

238.

## SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 DICEMBRE 1977

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE SCALFARO

INDI

DEL VICEPRESIDENTE ROGNONI

## INDICE

	PAG.		PAG.
		ZANONE ed altri: Istituzione del servizio sanitario pubblico (1271) . . . . .	13351
Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede legislativa . . . . .	13351	PRESIDENTE . . . . .	13351
<b>Disegni di legge:</b>		AGNELLI SUSANNA . . . . .	13382
<i>(Approvazione in Commissione)</i> . . . . .	13403	BRUSCA . . . . .	13400
<i>(Assegnazione a Commissione in sede referente)</i> . . . . .	13383, 13404	CIRINO POMICINO . . . . .	13394
<i>(Assegnazione a Commissione speciale in sede referente)</i> . . . . .	13370	COSTAMAGNA . . . . .	13370
<i>(Autorizzazione di relazione orale)</i> . . . . .	13370	FERRARI MARTE . . . . .	13392
<i>(Presentazione)</i> . . . . .	13404	GASCO . . . . .	13380
<i>(Rimessione all'Assemblea)</i> . . . . .	13370	GORLA MASSIMO . . . . .	13357
<i>(Trasmissione dal Senato)</i> . . . . .	13383, 13403	MELLINI . . . . .	13387
<b>Disegno e proposte di legge (Seguito della discussione):</b>		NICOLAZZI . . . . .	13384
Istituzione del servizio sanitario nazionale (1252);		ORSINI BRUNO . . . . .	13352
TRIVA ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale (971);		PALOPOLI . . . . .	13375
GORLA MASSIMO ed altri: Istituzione del servizio nazionale sanitario e sociale (1105);		TEDESCHI . . . . .	13364
TIRABOSCHI ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale (1145);		<b>Proposte di legge:</b>	
		<i>(Annunzio)</i> . . . . .	13351
		<i>(Approvazione in Commissione)</i> . . . . .	13403
		<i>(Proposta di trasferimento dalla sede referente alla sede legislativa)</i> . . . . .	13369
		<b>Interrogazioni e interpellanze (Annunzio)</b>	13404
		<b>Risoluzione (Annunzio)</b> . . . . .	13404
		<b>Ordine del giorno della seduta di domani</b>	13404
		<b>Ritiro di documenti del sindacato ispettivo</b>	13405

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 11.

MAGNANI NOYA MARIA, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta del 13 dicembre 1977.

(È approvato).

**Annunzio  
di una proposta di legge.**

PRESIDENTE. È stata presentata alla Presidenza la seguente proposta di legge dai deputati:

PERRONE e MANNINO: « Estensione dei benefici previsti dall'ultimo comma dell'articolo 15 della legge 30 luglio 1973, n. 477, agli ex combattenti ed assimilati cessati dal servizio anteriormente al 1° settembre 1973 » (1939).

Sarà stampata e distribuita.

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

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

*II Commissione (Interni):*

Senatori GHERBEZ GABRIELLA ed altri: « Intervento finanziario dello Stato per la associazione " Stalno slovensko glendališče " » (approvato dalla VII Commissione del Senato) (1928) (con parere della I, della V e della VIII Commissione).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Per consentire alla stessa Commissione di procedere all'abbinamento richiesto dall'articolo 77 del regolamento, sono quindi trasferite in sede legislativa le proposte di

legge d'iniziativa dei deputati Belci ed altri: « Contributo dello Stato per la valorizzazione delle attività teatrali in lingua slovena » (381); Fortuna ed altri: « Sistemazione del Teatro stabile sloveno come valorizzazione della cultura della minoranza nazionale slovena » (706), attualmente assegnate in sede referente e vertenti su materia identica a quella contenuta nel predetto progetto di legge n. 1928.

*VI Commissione (Finanze e tesoro):*

« Modificazione delle norme sulla registrazione degli atti da prodursi al pubblico registro automobilistico e di altre norme in materia di imposte di registro » (approvato dalla VI Commissione del Senato) (1937) (con parere della IV e della X Commissione).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

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

È iscritto a parlare l'onorevole Bruno Orsini. Ne ha facoltà.

ORSINI BRUNO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il testo di legge che discutiamo rappresenta, senza alcun dubbio, uno dei più organici ed incisivi provvedimenti strutturalmente riformatori, elaborati dal Parlamento della Repubblica, e affronta innumerevoli problemi di rilevanza nodale per la vita civile. Credo, tuttavia, di non sbagliare affermando che uno degli aspetti più radicalmente innovatori sia quello relativo alla regolamentazione della politica della salute mentale.

Su questo tema è da tempo in atto nel paese un vivacissimo dibattito politico, sociale, culturale e tecnico. Su questo tema è stato proposto al paese un *referendum*, sullo stesso sono state poste, meno di 48 ore fa, questioni pregiudiziali nei confronti della intera legge. Esso interessa decine e decine di migliaia di ammalati oggi reclusi, coinvolge implicazioni costituzionali, tocca nel profondo la stessa coscienza civile del paese. Perciò, dedicando ad esso l'intervento che pronuncio a nome del gruppo democratico cristiano, ho la consapevolezza di affrontare non tanto una questione settoriale, quanto una delle materie più significative della nostra stessa convivenza civile. Gli articoli 3, 52, 54 del testo che abbiamo dinanzi configurano un apporto del tutto nuovo nella lunga e drammatica vicenda dell'atteggiamento della società nei confronti dei malati psichici, in particolare, e dei diversi, in generale.

Consentitemi di sottolineare brevemente questo aspetto, che è tra i più significativi della stessa storia del pensiero umano. Infatti, il rapporto tra i cosiddetti sani ed i disturbati psichici investe l'atteggiamento dei più nei confronti di minoranze fastidiose, talvolta pericolose, e comunque diverse, definite - con una espressione sintomatica di un atteggiamento psicologico fondamentalmente errato - come alienati, e cioè come persone la cui mente è considerata aliena, estranea, diversa da quella dei cosiddetti normali.

Tale atteggiamento è condizionato dalla scarsa conoscenza della esatta natura delle malattie mentali, da pregiudizi e da paure irrazionali che, per il loro carattere collettivo, spesso determinano reazioni espulsive, largamente eccedenti le corrette necessità di una giusta difesa sociale.

È noto che fino alla fine del '700, il malato mentale venne considerato, quasi esclusivamente, come un individuo pericoloso ed inguaribile e, come tale, spesso

rinchiuso in carcere. Non a caso uno dei pezzi forti della geografia psichiatrica positivista è costituito dalle immagini di Chiarugi e di Pinel che, proprio negli anni tra il 1700 e il 1800, liberano i pazzi dalle catene cui erano avvinti nei luoghi di detenzione, per portarli nei primi ospedali psichiatrici, da loro stessi fondati.

Permeato di cultura positivista, il 1800 propose alla società del tempo un'interpretazione della malattia mentale formulata in termini rigidamente biologici; evidentemente la cultura positivista, per la sua stessa natura, considerava soltanto marginali ed accessori i fattori sociologici, culturali e psicologici, incidenti sulla genesi e sul manifestarsi e divenire delle malattie mentali.

In questo quadro culturale, gli psichiatri del tempo considerarono quindi sostanzialmente lo psicotico come un malato, che doveva essere esaminato e curato in ambiente idoneo a consentire indagini e terapie biologiche. Essi si batterono, quindi, per la creazione di istituti dotati di strutture ed attrezzature di tipo ospedaliero, pur con le deroghe connesse alla necessità di vigilare particolarmente i loro pazienti ed all'opportunità di consentire loro, assai spesso lungodegenti, l'esplicazione di attività lavorativa. Tuttavia, il concetto allora prevalente nell'opinione pubblica, e quindi nel legislatore, era ancora quello dell'inguaribilità e della pericolosità dei malati di mente, i quali, pertanto, dovevano essere prima di tutto custoditi e poi, magari, anche curati in luoghi per lo più lontani dai centri abitati, dove desero cioè il minor fastidio.

La sintesi delle istanze proposte dalla psichiatria positivista, da un lato, e delle risposte dei pubblici poteri, dall'altro, è costituita dagli ospedali psichiatrici quali essi, in gran parte, ancora oggi sono. Infatti, sia le strutture legislative sia quelle edilizie in gran parte risalgono agli inizi del secolo. Le norme legislative del 1904 sono quelle che noi liquidiamo con la legge di riforma; esse affidavano sostanzialmente alla pubblica sicurezza ed alla magistratura le decisioni ed i controlli per tutti i ricoveri, le degenze e le dimissioni, anche nei casi in cui il malato accedesse spontaneamente all'istituzione psichiatrica. Sin dall'inizio di questo secolo (era Presidente del Consiglio Giolitti), allorché l'intervento sociale in materia terapeutica ed il mutualismo erano pressoché ignorati, ve-

niva affidato ad un ente pubblico territoriale, privo di particolari vocazioni sanitarie, l'incarico di gestire i manicomi, concepiti sostanzialmente come un servizio pubblico destinato a rispondere ad una pubblica necessità: quella di difendere la società dall'attuale e potenziale violenza dei folli.

In questo quadro, nel codice Rocco del 1929, veniva prevista l'iscrizione sul certificato penale dell'avvenuto ricovero in manicomio. Tali norme, comprensibili all'inizio del secolo allorché vennero emanate, divennero ben presto incompatibili con la evoluzione delle tecniche terapeutiche — valide figlie della stessa cultura positivista — e con i successi oggettivi che esse ottennero.

Le terapie di *shock* (oggi certo discusse, ma la cui efficacia, in determinati casi, è fuori discussione), in primo luogo, e quelle psicofarmacologiche, in secondo luogo, consentirono di capovolgere la prognosi di molte malattie mentali e comunque di ridurre drasticamente nel tempo e nell'entità le autentiche manifestazioni di pericolosità. Naturalmente, la stessa crescita delle potenzialità terapeutiche poneva in crisi le istituzioni psichiatriche di ricovero; a mano a mano che esse si trasformavano in entità capaci di guarire, diventava intollerabile l'atmosfera poliziesca che gravava su di esse. Il personale reclutato per custodire si dimostrava numericamente e qualitativamente non idoneo a curare; gli stanziamenti — sufficienti per un'istituzione statica — erano palesemente inadeguati per una struttura che doveva necessariamente assumere, ed assumeva per quanto possibile, un ruolo attivamente terapeutico. Inoltre, le acquisizioni della psichiatria dinamica consentivano di identificare e descrivere disturbi psichici da spedalizzazione protratta: in altri termini, veniva dimostrato che molte manifestazioni psicopatologiche regressive, presentate da ammalati lungodegenti negli ospedali psichiatrici, non erano diretto effetto della malattia originaria, bensì della nociva azione esplicata su di essi dalla desocializzazione conseguente alla condizione di ricoverato cronico. Tuttavia tali fatti oggettivi ed incontestabili e tali intuizioni scientifiche non riuscirono a produrre modificazioni sostanziali nelle strutture, palesemente inadeguate e per molti aspetti antiterapeutiche, delle istituzioni psichiatriche sociali italiane, incentrate sugli ospedali psichiatrici, sino al 1968, allorché si

concretizzarono pur timide misure legislative riformatrici.

I motivi di tale pauroso ritardo, per cui abbiamo pagato e stiamo tuttora pagando un durissimo prezzo in termini di sofferenza umana e di costi sociali, credo siano stati almeno tre: il primo di ordine culturale, il secondo di ordine socioeconomico, il terzo connesso alle generali vicende della politica sanitaria italiana nel suo complesso.

Quanto ai motivi culturali, non vi è dubbio che una formidabile spinta, morale prima ancora che scientifica e tecnica, a rifiutare la segregazione e, al limite, la nullificazione del malato mentale, ci viene dalla consapevolezza che egli non è radicalmente diverso da noi, non è uno strano essere calato da un altro pianeta, ma è una persona che si è arrestata a fasi di vita psichica che noi stessi abbiamo vissuto o che ad esse è regredita a seguito di vicende patologiche. Noi tutti, cioè, sappiamo oggi che la patologia mentale è potenzialmente in tutti noi, nel più equilibrato e normale di noi. Certamente essa è superata, governata, resa innocua, sublimata, dall'armonico ed articolato livello psichico cui noi, cosiddetti normali, siamo giunti attraverso un processo, spesso doloroso e sempre complesso, di organizzazione della nostra personalità. Tutto questo credo sia ormai patrimonio comune del nostro capire e del nostro sentire, e ci porta naturalmente a vedere il malato mentale non come un estraneo ed un alieno, ma come un fratello minore e sfortunato. Ma questo atteggiamento — se era già presente in termini etici nel messaggio cristiano e si è concretato in infinite iniziative che, anche nei secoli di oscurantismo psichiatrico, sono state realizzate sulla base della spinta cristiana alla carità — è divenuto culturalmente motivato e scientificamente acquisito solo dopo l'avvento della psicodinamica e dopo la rivoluzione psicoanalitica.

Ebbene, queste conquiste del pensiero umano hanno trovato in Italia, nei primi sessant'anni di questo secolo, ben poco spazio e ben difficile udienza. Allorché, all'inizio del 1900, la psicodinamica cominciò a configurarsi, il mondo scientifico del nostro paese era ancora in gran parte egemonizzato dagli epigoni del positivismo, era ancorato a concezioni rigidamente biologico-organiciste, incentrate sulla esclusiva interpretazione ereditaria e somato-genetica della malattia mentale. Ma anche la reazione antipositivista, affermatasi in Italia a partire

dagli anni 20, fu profondamente aliena dal concepire la vita psichica dell'uomo così come l'avvento della psicodinamica ce l'ha fatta comprendere. La reazione antipositivista italiana si è compiuta, come sapete, sotto il segno dell'idealismo, che da noi ha assunto l'aspetto di una sorta di spiritualismo storicista. In una filosofia siffatta non vi è alcuna sensibilità particolare per i rapporti interpersonali; il sesso non esiste; il gioco delle energie libidiche e dell'*eros* è impensabile, non è teorizzato; la psicoanalisi è confinata tra le varie forme di irrazionalismo e come tale liquidata e la psicologia viene definita da Croce pseudoscienza, guazzabuglio, empirismo e da Gentile mitologia complicata (è del resto nota la lotta che Gentile condusse contro l'insediamento della psicologia nelle università italiane). Ma anche dopo il 1945 la psicodinamica dovette fare i suoi conti, non semplici né facili, con il pensiero marxista e con quello cattolico. Accennare anche fuggevolmente a tale dialettica significherebbe toccare uno dei punti più appassionanti e focali del confronto culturale, e quindi politico, del nostro tempo, ma ciò è evidentemente impossibile in questa sede.

Queste sono a mio avviso, in larga sintesi, le ragioni culturali dell'incredibile sopravvivenza nella realtà del paese di istituzioni psichiatriche palesemente superate, indifendibili ed inadeguate. Ma esse sono sopravvissute anche per ragioni socio-economiche. Non v'è dubbio che in una struttura sociale caratterizzata dalla industrializzazione e dall'urbanesimo la soglia di tolleranza nei confronti del malato psichico tende a farsi progressivamente più bassa. Tenterò di spiegarmi con esempi banali, ma spero chiari. Uno schizoide bizzarro, parzialmente compensato, può fare il contadino, ma difficilmente può lavorare in una catena di montaggio; un oligofrenico che ignora i segnali stradali è compatibile con una microsocietà rurale, ma crea problemi in una macrosocietà urbana; una famiglia patriarcale, in cui le donne non lavorano ad orari e fanno da cerniera tra le generazioni, può tollerare un disturbato psichico assai più di una famiglia operaia, che vive sul lavoro di tutti gli adulti e sulla sempre più precoce scolarizzazione, possibilmente a tempo pieno, dei figli non autosufficienti.

In tale contesto, l'esclusione del malato di mente dalla realtà sociale divenne in qualche modo funzionale ad una realtà qua-

le quella italiana del dopoguerra, caratterizzata da rapidi e spesso disordinati processi di industrializzazione e di urbanizzazione, da migrazioni interne di milioni e milioni di uomini, da una logica di sviluppo legata all'efficientismo ed alla competitività, e quindi emarginante i deboli e i disturbatori. In questo quadro le istituzioni psichiatriche segreganti erano in qualche modo funzionali al sistema, ed è questa una delle ragioni della loro eccessiva sopravvivenza.

Infine va considerata quale terza causa fondamentale della mummificazione del sistema manicomiale previsto dalla legge del 1904 la complessa vicenda della copertura sociale del rischio malattia, che ha caratterizzato la storia sanitaria del nostro paese. Essa è stata, come è noto, incentrata sul mutualismo, e nessuno contesta che la mutualità abbia avuto dei grandi meriti. Essa era probabilmente l'unica possibile forma di passaggio tra la medicina liberista e la moderna medicina sociale. Sta di fatto, però, che essa ha sempre drasticamente rifiutato la copertura economica della malattia. Il principio assicurativo che governava il mutualismo faceva ritenere troppo onerosa la copertura del rischio costituito dalle evenienze psicopatologiche di tipo psicotico, e il suo secondo principio ispiratore — quello solidaristico — non si estendeva ai malati di mente, visti come alieni, diversi, estranei. Inoltre il sistema mutualistico, per la sua stessa originaria concezione, tutelava i lavoratori e non i cittadini, ed ha quindi escluso per lungo tempo disoccupati, vecchi non pensionati, inabili, orfani. Tutto ciò ha determinato per decenni una odiosa discriminazione tra il malato mentale e gli altri malati, caratterizzata da una spesa per le degenze in ospedale psichiatrico estremamente più bassa di quella per i ricoveri in tutti gli altri ospedali, con l'inevitabile effetto di un minore livello terapeutico e assistenziale.

Tutte queste cose furono ripetutamente denunciate ed esposte dagli psichiatri italiani almeno negli ultimi cinquant'anni. Ma sta di fatto che la crisi si fece esplosiva e investì anche le aree non tecnicizzate della pubblica opinione a partire dal 1960, sotto la duplice spinta della contestazione da un lato e del riformismo psichiatrico dall'altro, che misero duramente sotto accusa il sistema manicomiale. La contestazione trovò il suo più noto teorico in America, con Goffmann, che nel 1961 pubblicò un libro

intitolato *Gli asili*, tradotto in italiano con un sottotitolo esplicativo: *Le istituzioni totali: meccanismi dell'esclusione e della violenza*, in cui viene drammaticamente descritta la « carriera morale del malato di mente ». In Italia, Basaglia, qualche anno dopo, definì estremisticamente l'ospedale psichiatrico « una violenza esercitata da chi ha il coltello dalla parte del manico contro chi è irrimediabilmente succubo ».

Il discorso si allargò poi (anche abbastanza abusivamente) alla sfera ideologico-politica complessiva, assumendo per certi aspetti il carattere di contestazione globale di tutta la società industriale interpretata come struttura repressiva globalmente basata sulla violenza. I riformisti in quegli anni (stiamo parlando degli anni '60) chiesero la copertura mutualistica delle malattie mentali, sempre pervicacemente negata; la costituzione di reti di intervento psichiatrico extraospedaliero per prevenire e curare i disturbi psichici fuori degli ospedali psichiatrici; la ristrutturazione radicale degli ospedali psichiatrici; l'apertura di reparti psichiatrici negli ospedali civili; la autonomia scientifica e pratica della psichiatria dalla neurologia. Tale movimento sfociò in una legge di parziale riforma delle vecchie norme del 1904, votata dal Parlamento il 7 marzo 1968. Essa, definita dagli stessi estensori come una legge-stralcio, fu vissuta anche da coloro che, come il sottoscritto — non dai banchi del Parlamento, ma dalla realtà della società — per essa si batterono soltanto come un momento interlocutorio per l'affrancamento dell'assistenza psichiatrica dall'insostenibile situazione in cui versava.

Proseguiva perciò e si allargava il discorso più generale dell'inserimento pieno della psichiatria in un sistema sanitario radicalmente nuovo, che liquidasse la frammentazione dei centri direzionali, l'ormai palese inadeguatezza del mutualismo, la concentrazione della spesa sul momento clinico e terapeutico a detrimento di quello preventivo e riabilitativo, e che consentisse la partecipazione della collettività alle scelte di politica sanitaria.

Ebbene, posso dire ai pochi colleghi che mi ascoltano, ma che certamente non sanno questa cosa, che i principi di fondo che ispirano la struttura generale del sistema sanitario nazionale sono stati elaborati, con oggettiva priorità, dal movimento di modernizzazione della psichiatria, che ha fatto

suoi questi modelli almeno dieci anni prima che essi diventassero modelli di massa su cui strutturare tutto il sistema sanitario nazionale.

Tutto ciò, però, ad una condizione essenziale: che i malati di mente e quindi la psichiatria facessero parte integrante del servizio sanitario nazionale a pieno titolo e in condizioni di assoluta parità. Si chiedeva che ogni disposizione di legge o provvidenza in tema di sanità mentale dovesse tener conto di due essenziali principi: la necessità di garantire una continuità terapeutica, e di conseguenza l'unitarietà del servizio stesso; l'inserimento sempre più intimo dei servizi psichiatrici nella trama sociale.

Al fine di ottenere l'abolizione dell'artificioso isolamento della psichiatria dalle altre branche mediche, si riteneva necessario favorire uno stretto collegamento tra ciascun servizio di sanità mentale e gli altri servizi medici. Si riteneva che il servizio per la tutela e per la promozione della salute mentale dovesse essere considerato, per la rilevanza quantitativa e per le caratteristiche qualitative dei suoi compiti, un servizio di base, e quindi da includersi nell'area di competenza di ciascuna unità sanitaria locale. Si sottolineava che per i problemi della salute mentale, in modo più evidente che per gli altri problemi sanitari, risultava indispensabile che l'intervento non fosse frazionato e comprendesse quindi, in maniera globale, i momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione. Sotto questo profilo, si postulava l'inserimento delle norme relative all'assistenza psichiatrica nelle leggi sanitarie generali, si chiedeva che venissero comunque assicurati, in ogni loro accezione, l'unitarietà dei servizi di sanità mentale e il principio della continuità terapeutica, affidando allo stesso gruppo di operatori dell'assistenza psichiatrica (profilassi, cura intra ed extraospedaliera e riabilitazione) della popolazione di un definito ambito territoriale.

Veniva ravvisata la necessità di individuare come strumento fondamentale di ciascun servizio di sanità mentale la *équipe* psichiatrica composta di vari operatori (psichiatri, psicologi, assistenti sanitari e sociali, infermieri, eccetera). A questa *équipe* si proponeva di affidare la soluzione di ogni problema di sanità mentale di un ben definito territorio: dalla profilassi alla cura ambulatoriale ed ospedaliera alla post-cura

ed alla riabilitazione di ogni cittadino bisognoso di assistenza psichiatrica.

Ebbene, debbo dire con profondo compiacimento che la legge che abbiamo dinanzi è esattamente basata su questi principi, che non sono il frutto di una improvvisazione, bensì di un lungo travaglio, di una lunga storia, di una lunga lotta culturale ed operativa condotta da quanti a questo settore hanno dedicato la loro vita e condotta anche da quanti in questo settore hanno vissuto la loro difficile condizione umana.

La legge che stiamo esaminando si propone, nell'unico modo realisticamente possibile, il problema del superamento della famigerata legge manicomiale del 1904. Come è noto, la legislazione speciale psichiatrica trae in gran parte origine dalla necessità di prevedere modalità idonee a consentire, in casi estremi, il ricovero coatto di psicotici in fase acuta. È noto che la patologia mentale è, in certi casi, una « patologia della libertà », e perciò può darsi il caso di psicopazienti estremamente bisognosi di cure urgenti ospedaliere, che tuttavia non siano in grado di chiederle o addirittura le rifiutino. Tuttavia, la legge coglie giustamente un punto centrale: il ricovero coatto, come tutti i trattamenti sanitari obbligatori, non è emergenza solo psichiatrica (si pensi alle malattie infettive) e non giustifica quindi una legislazione speciale, ma semmai una più moderna e coordinata regolamentazione dei casi che lo rendono indispensabile, così come la legge, appunto, prevede.

Onorevoli colleghi, avviandomi alla conclusione di questo intervento, non sarei pienamente sincero, né con me stesso né con voi, se non sottolineassi che questo processo non sarà né semplice né facile, per opposte ragioni. La liquidazione della legislazione speciale, delle strutture custodialistiche manicomiali, l'inserimento degli psicopazienti nel servizio sanitario nazionale, alla pari con tutti gli altri malati, susciterà resistenze, soprattutto per i casi di psicosi cronica.

Si dovrà, al riguardo, ricordare che la cronicità e la lungodegenza sono comuni alle più diverse forme morbose e comunque, per quanto concerne le malattie psichiche, sono assai più spesso effetto e non giustificazione del perdurante sistema manicomiale.

Per dare un volto più civile alla politica della salute mentale, si dovranno quindi su-

perare posizioni e talvolta anche pregiudizi che appartengono al passato; ma si dovranno anche evitare errori gravi, che potrebbero essere indotti da posizioni pseudomoderne, che magari si autodefiniscono democratiche.

Come abbiamo ricordato, per secoli la psichiatria non è stata scienza ma magia, e le cause del disturbo psichico sono state considerate metafisiche. Oggi corriamo lo stesso rischio, anche se lo corriamo, per usare espressioni gergali, da sinistra e non più da destra. Solo che la malattia mentale, da taluno una volta attribuita agli spiriti, alla fattura o al malocchio, viene oggi da taluno integralmente addebitata a un nuovo demone da esorcizzare: la società.

Nessuno nega le influenze ambientali, ma esse, seppure in variabile misura, incidono praticamente su tutte le manifestazioni morbose, non solo su quelle psichiche. Tuttavia, il nuovo corso, nella sua enfasi sociogenetica, contesta la stessa nozione di malattia mentale e sembra ritenere che l'unico intervento terapeutico ammesso sia quello collettivo e politico.

Occorre avere ben chiari i pericoli involutivi che da tale impostazione derivano, la nuova sottile emarginazione cui tutto ciò espone i disturbati psichici. Per quanto suggestivo possa apparire, il trasformare tutti i malati in sociopatici e tutti gli operatori psichiatrici in rivoluzionari è operazione semplicistica, che distrugge la psichiatria come scienza, riducendola soltanto a occasione di sperimentazione o di scontro di proposte politiche generali, talvolta farneticanti.

La legge in esame rifiuta queste impostazioni estremistiche ed erranee. Anche per questo, essa è strumento valido per porre fine, in termini realistici, a una lunga ingiustizia, per far sì che, in termini economici, legislativi e umani, i malati psichici vengano trattati come tutti gli altri ammalati.

Credo però sia necessario un impegno comune e, a nome del mio partito, a questo impegno voglio far cenno nel concludere. Deve trattarsi di un impegno comune delle forze politiche e sociali affinché, anche in sede di legislazione regionale e di gestione concreta della legge, si evitino le fughe in avanti di avanguardisti incauti che comprometterebbero il necessario consenso sociale ad una legge autenticamente e profondamente riformatrice.

Noi non vogliamo la vittoria dell'antipsichiatria, vogliamo l'umanizzazione della psichiatria e giudichiamo questa legge un fatto importante verso questo obiettivo (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare l'onorevole Massimo Gorla. Ne ha facoltà.

**GORLA MASSIMO.** Signor Presidente, a nome del gruppo di democrazia proletaria, vorrei fare alcune considerazioni di carattere generale e di metodo sul testo che la Commissione igiene e sanità ci presenta a conclusione di un lavoro durato parecchi mesi e che ha preso le mosse dalla presentazione di diversi progetti di legge, fra i quali una proposta di legge presentata dal mio gruppo.

La prima cosa che vorrei domandarmi è che cosa sia cambiato nel testo elaborato dalla Commissione rispetto ai progetti di legge inizialmente presentati. Credo di poter così sintetizzare il mio giudizio in proposito: il testo redatto dalla Commissione nei suoi primi articoli recepisce l'impostazione progressiva in materia di concezione della struttura sanitaria, che esce da anni e anni di lotta del movimento dei lavoratori, da anni e anni di elaborazione fatta dalle correnti progressiste e democratiche del pensiero scientifico. Ad esempio, sulla scorta di queste impostazioni, vediamo che nel testo vengono attaccate istituzioni assolutamente superate, istituzioni troppo a lungo sopravvissute nel nostro ordinamento sanitario, quali le mutue e gli ospedali psichiatrici. Scompaiono le mutue, ma i medici rimangono convenzionati: di questo ci occuperemo più avanti.

Stando ad alcune affermazioni iniziali, questo provvedimento sembra recepire — come dicevo — in modo positivo la spinta al rinnovamento. Ma il giudizio cambia quando si passa dalle enunciazioni generali alla concretizzazione dei principi, alla soluzione di alcuni punti altamente qualificanti. Notiamo così come molti, troppi pilastri negativi del nostro ordinamento sanitario vengano conservati e come, in un certo senso, se ne aggiungano altri.

Mi pare che si possano riassumere in tre grandi categorie i tipi di concreta soluzione offerti in linea generale da questo provvedimento: da un lato, abbiamo le misure che sostanzialmente non modificano lo assetto attuale (sottolineo « sostanzialmente », poi spiegherò perché). Si pensi, ad esem-

pio, alla questione della prevenzione, ma si pensi anche alla questione dei farmaci e alla figura sociale e professionale del medico così come esce da questo provvedimento. Abbiamo, poi, una serie di misure che possono essere definite vaghe, anche se positive nell'ispirazione: in queste misure inserirei la tematica del controllo. Infine, vi sono delle misure da considerare in modo strettamente negativo e che suscitano molte perplessità: mi riferisco, in particolare, alle formulazioni contenute nell'articolo 30 in merito al trattamento sanitario obbligatorio.

Fatte queste poche considerazioni di carattere introduttivo, vorrei entrare nel merito di alcuni di quei punti qualificanti che, nell'articolato in esame, sono risolti in un modo che noi giudichiamo negativo. Mi riferisco anzitutto alla tematica della prevenzione, che è certamente (o, meglio, avrebbe dovuto essere) uno dei punti qualificanti della riforma sanitaria. Avrebbe dovuto esserlo perché la sistemazione che a questa tematica viene data dall'articolo 21 nel testo della Commissione è formalmente imprecisa, lasciando immutata la sostanza dell'impostazione precedente, e rimanendo sorda ad ogni criterio veramente innovativo. Non basta, cioè, abolire la sigla ENPI dal catalogo dei carrozzoni statali per riformare veramente la struttura della prevenzione, accogliendo ciò che il movimento dei lavoratori ha, con la sua lotta e la sua elaborazione di lunghi anni, espresso in proposito.

È infatti a questo tipo di impostazione che bisognava rifarsi ed è a questo tipo di impostazione che ci rifacciamo nella nostra proposta di legge, che intendiamo esplicitamente richiamare. Ricordiamo che da oltre un secolo la classe operaia lotta duramente contro la tecnologia e l'ambiente che il padronato ha imposto nelle fabbriche per lo sfruttamento del lavoro. È stata univoca la linea politica perché le lotte hanno sempre avuto come obiettivo la riappropriazione del rapporto uomo-macchina-ambiente nel contesto determinato dalla tecnologia industriale, con la conseguente « non delega » ad alcuno della definizione dello *status* lavorativo e abitativo e sino alla stessa organizzazione del lavoro nel senso più compressivo.

Il movimento sindacale si è inserito in questa tematica negli ultimi anni in modo non trascurabile, con la elaborazione e il contributo di proposte concrete (gruppo

omogeneo, contrattazione degli *standards*, eccetera). L'intera sinistra ha sempre trovato l'unità sulla linea della « non delega » in tema di controllo della nocività ambientale e dei ritmi di lavoro, considerando ormai superata dal tempo l'impostazione del lavoro che vede una macchina progettata, costruita e collaudata fuori dal contesto lavorativo e dalla soggettività dell'operaio.

Sul piano giuridico, poi, il movimento dei lavoratori ha ottenuto nel 1970 l'articolo 9 della legge n. 300, il quale sancisce che i lavoratori, mediante loro rappresentanti, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica.

Rispetto a tutto questo, assolutamente inaccettabile — a nostro parere — è il citato articolo 21 del testo in esame, che propone, in sostanza, di concentrare in un nuovo istituto, sottoposto alla vigilanza della Presidenza del Consiglio dei ministri, i compiti relativi allo studio, alla sperimentazione, alla elaborazione di tecniche prevenzionali, nonché — dice testualmente l'articolo — la « determinazione dei criteri di sicurezza e dei relativi metodi di rilevazione ai fini della omologazione di macchine, di impianti, di apparecchi, di strumenti, e di mezzi personali di protezione e dei prototipi ». Con questa, e con le altre disposizioni previste nel medesimo articolo, si tende ad impedire che si crei una regolamentazione della materia, fondata — come soltanto può e deve essere — sull'iniziativa e sul controllo dei lavoratori, delle loro organizzazioni, di tecnici da essi chiamati a collaborare e delle unità sanitarie locali.

Inoltre, la proposta della Commissione è inaccettabile perché crea altri danni alla funzionalità, già ridotta, di altre istituzioni e, più in generale, all'intera collettività, per lo spreco di denaro e di risorse che essa comporta. Infatti, le conseguenze che derivano da tale impostazione sono, a nostro avviso, la separazione degli aspetti tecnici della prevenzione da quelli sanitari, insostenibile sotto ogni profilo, a partire dal profilo scientifico; la compressione e la delimitazione delle competenze in materia di ricerca degli organismi già esistenti (Istituto superiore di sanità, CNR) per quanto concerne funzioni di coordinamento e confronto e che non possono in alcun modo

essere separate dal contesto tecnico dei problemi; la creazione, infine, di evidenti conflitti di competenza e di ingerenza reciproca, che bloccherebbero ogni seria azione di prevenzione a livello di ricerca, di intervento e di coordinamento, sia nelle unità sanitarie locali sia a livello di istituzioni di ambito nazionale.

Disgraziatamente, il caso di Seveso ci insegna proprio che la sclerosi degli organismi preposti, oltre che per ragioni endemiche-istituzionali, si è verificata anche per sovrapposizioni e per conflitti di competenza (ENPI, ispettorato del lavoro, vigili del fuoco eccetera) tra gli enti medesimi. Particolarmente grave, comunque, resta la costituzione di questo nuovo Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, collocato fuori del contesto del servizio sanitario nazionale, sottratto ad ogni controllo che non sia quello del potere centrale al quale, con questa legge, si delegano gli aspetti più delicati e qualificati della prevenzione. Noi consideriamo questo fatto del tutto inaccettabile.

Infatti, per quanto riguarda la normativa antinfortunistica (per evitare di scoprire l'acqua calda) basta riferirsi al contenuto del terzo principio di prevenzione della CEE ed al progetto sulla prevenzione della CGIL-CISL-UIL, elaborato fin dal giugno del 1971. In quel documento troviamo, da un lato, i criteri per la definizione di una corretta normativa e, dall'altro, le indicazioni politiche che il sindacato ha formulato su questo tema, partendo dalla critica dell'attuale legislazione, per realizzare una normativa nuova, tale da considerare organicamente tutti i fattori tecnici, ambientali, umani e sociali che concorrono — in relazione alle specifiche condizioni di vita e di lavoro — a determinare soddisfacenti livelli di benessere della popolazione.

Migliaia di esperienze e di indagini effettuate con i lavoratori nelle fabbriche, molte sentenze pretorili ed altrettanti non lontani convegni hanno convinto tutti della necessità di rifondare completamente l'insieme delle norme oggi in vigore. Il sindacato ha indicato il quadro di riferimento, con gli aspetti più importanti: dall'obbligo per l'imprenditore di adottare tutte le misure di sicurezza, alla normativa tecnica del settore, alle funzioni di vigilanza con le relative sanzioni, fino anche alla struttura che dovrà emetterle — con la reale partecipazione del sindacato — affinché le strutture periferiche del servizio sani-

tario nazionale possano correttamente applicarle e farle rispettare.

Oggi non si possono immaginare strumenti organizzativi fuori del contesto del servizio sanitario nazionale che abbiano la delega ad emanare norme di sicurezza; come non si può pensare ad un processo riformatore senza una solida garanzia per il movimento sul modo in cui dovranno essere riformulate le norme medesime.

È noto che le norme dovranno contenere elementi per la definizione degli *standards* relativi alla massima concentrazione ammissibile delle sostanze e delle energie usate nelle lavorazioni; e occorrerà altresì prevedere l'opportuno inserimento di contenuti contrattuali che, su questi temi, hanno fatto notevoli passi in avanti negli ultimi anni.

Occorre, pertanto, la massima attenzione nell'impostare la legislazione sulla prevenzione dei rischi del lavoro. Si profila così la soluzione del rapporto tra ente locale e servizio sanitario nazionale, laddove — una volta stabilito il complesso delle norme, ivi comprese quelle omologanti le macchine e quelle relative ai progetti degli impianti — dovranno essere le regioni ed i comuni, per mezzo dei tecnici addetti ai controlli responsabili del collaudo e della omologazione, a verificare l'applicazione delle norme di attuazione ispezionando periodicamente — quando occorra — i complessi industriali ed i luoghi di lavoro.

Solo in questo senso è salvaguardato il potere sancito da quell'articolo 9 dello statuto dei lavoratori che poc'anzi citavo. Pertanto, per quanto concerne la prevenzione ed il controllo dell'ambiente di lavoro nelle fabbriche, è vitale per i lavoratori la riappropriazione — a livello di unità sanitarie locali — del potere di intervento, oltre che di analisi e di ricerca. A livello centrale, invece, per quanto concerne il coordinamento degli interventi ed il confronto delle esperienze, la contrattazione e la revisione della normativa, questa legge di riforma sanitaria dovrebbe prevedere il funzionamento di un apposito organo, come ad esempio una commissione mista del servizio sanitario nazionale del tipo di quella tuttora funzionante — almeno sulla carta — presso il Ministero del lavoro (commissione consultiva permanente per la prevenzione degli infortuni e l'igiene del lavoro), nella quale però sia rideterminata completamente la dipendenza degli organi superiori, la gestione e la composizione reale, con la pre-

visione di una presenza maggioritaria dei membri delle categorie sindacali operaie e con poteri non soltanto consultivi ma anche vincolanti e decisionali.

Ma di questa impostazione — l'unica che, a nostro avviso, può farci parlare di una riforma reale e progressiva del sistema di prevenzione — non v'è traccia nel progetto varato dalla Commissione. Ed è per questo che abbiamo affermato, in proposito, che in sostanza si intende modificare assai poco rispetto al deprecabile stato di cose oggi esistente.

Passo ora ad un altro argomento che, pur essendo stato indicato come qualificante, nel provvedimento non trova soluzione positiva: quello dei farmaci. Anche in questo caso si è proceduto lasciando sostanzialmente immutata la situazione precedente, o addirittura aggravandola. Mi riferisco, in particolare, alla posizione dell'industria farmaceutica nel nostro sistema sanitario, in ordine alla quale il progetto di legge predispone dei controlli che dovranno esercitarsi sulla base di criteri fissati con legge dello Stato, senza indicare, tuttavia, le linee di una trasformazione radicale — quanto mai necessaria — in materia di qualità e quantità dei farmaci ammessi. L'intera e reale assunzione dell'informazione scientifica da parte dello Stato, mentre da un lato viene affermata, dall'altro è negata nei fatti, poiché l'ultimo comma dell'articolo 28 reintroduce la possibilità di effettuare pubblicità da parte delle singole imprese produttrici. E questo argomento — è inutile ricordarlo — è stato un cavallo di battaglia delle sinistre, vale a dire del partito socialista, del partito comunista e dei sindacati. Con l'articolo 27, poi, si affida il compito di compilare la proposta per il prontuario terapeutico ad un « comitato » composto prevalentemente da alti funzionari, esperti nominati a livello centrale e « baroni » universitari. Crediamo che questa soluzione non sia affatto soddisfacente.

Altri elementi aggravano sotto taluni aspetti lo stato di cose precedente. Tra di essi può essere ricordata la posizione conferita agli assistiti, sotto il profilo della loro partecipazione alla spesa sanitaria. E qui mi riferisco alla questione del *ticket*, che è stata contestualmente definita — anche se stralciata — nel quadro di questa legge di riforma. Esso rappresenta una « mazzata » sulle spalle degli assistiti, « mazzata » che, per giunta, è destinata, secondo

noi, a non risolvere nulla circa l'auspicata limitazione nel consumo dei farmaci.

La nostra posizione sul complesso di questi problemi è chiaramente espressa nella proposta di legge da noi presentata. La richiamo, quindi, soltanto brevemente. Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, siamo decisamente contrari ad ogni partecipazione degli assistiti alla spesa; già pagano le medicine, finanziando oggi le mutue e domani il servizio sanitario nazionale. Siamo contrari perché l'esperienza internazionale dimostra che questa misura non serve a bloccare l'espansione del consumo dei medicinali. Ci sembra inoltre del tutto aberrante la divisione dei farmaci in varie classi, a seconda della loro maggiore o minore necessità ed utilità.

La nostra posizione è molto chiara: devono essere prodotte ed immesse al consumo solo le medicine necessarie; e queste devono essere fornite senza ulteriore aggravio finanziario per chi ne abbia bisogno. Le medicine inutili o, peggio, dannose non devono essere prodotte, e comunque ne deve essere proibita la diffusione.

Siamo convinti che il settore farmaceutico sia un settore sviluppatosi in eccesso, rispetto agli altri settori sanitari; non certo per colpa dei cittadini, che chiedono troppe medicine, ma perché esso ha obbedito finora soltanto al principio del profitto privato, singolarmente caratterizzato dal fatto che tale profitto è stato garantito dalla collettività. Pensiamo che sia possibile intervenire sui costi di produzione dei farmaci, utilizzando in modo corretto nell'interesse della collettività l'industria di Stato a partecipazione statale, che attualmente si articola su alcuni grandi complessi farmaceutici: Farmitalia, Carlo Erba, Istituto Sclavo.

Una misura indispensabile per ridurre la spesa farmaceutica è inoltre quella dell'abolizione totale di ogni tipo di propaganda, affidando la necessaria informazione all'Istituto superiore di sanità e alle regioni. Si può infine intervenire sul settore della distribuzione, garantendo la possibilità di fornire direttamente i farmaci ai malati attraverso le unità sanitarie locali, principio che in parte è stato accolto dal provvedimento al nostro esame.

Per concludere su questo punto, devo dire che con la definizione data a questa materia la Commissione sanità ha mostrato di privilegiare l'interesse privato e la logica del profitto, rispetto all'interesse pub-

blico e alla necessità di por fine al carattere mercantile dell'industria della salute. È una decisione grave, di conservazione degli interessi costituiti, che vengono assunti come dati oggettivi, invalicabili, del nostro ordinamento economico e sociale.

Passo ora ad alcune considerazioni sul problema del personale sanitario, in particolare dei medici. Con lo stesso criterio inaccettabile, cui accennavo concludendo le mie considerazioni sui farmaci, il testo della Commissione si muove definendo la posizione della principale figura di operatore sanitario, quella del medico. Su questo delicato problema si fissano criteri che rappresentano una vera e propria inversione di tendenza sul problema del tempo pieno per il medico, contravvenendo ai principi ormai accettati in larga parte nella cultura medica e nella coscienza politica delle forze di Governo, delle forze democristiane; questa mia affermazione è tanto più valida se pensiamo che cinque anni fa un disegno di legge del ministro Vittorino Colombo prevedeva l'inibizione totale della libera attività professionale a tutti i medici dipendenti.

Sappiamo tutti che nell'attuale struttura mutualistica il personale medico è considerato libero professionista, anche se è pagato dalla collettività e i suoi rapporti di lavoro sono regolati tramite convenzione con gli enti mutualistici. Negli ospedali, circa la metà dei medici è dipendente a tempo definito e mantiene il diritto di esercitare la libera professione.

A questo proposito sorgono due problemi. Il primo è quello di obbligare al tempo pieno tutti i dipendenti del servizio sanitario nazionale. Su questa impostazione tutti sembrano essere d'accordo, ma nel progetto in esame l'affermazione teorica risulta in pratica ancora una volta smentita dall'articolato. A questo punto vogliamo denunciare con forza questa che consideriamo un'ipocrisia: da una parte si utilizza il termine « tempo pieno » e dall'altra si garantisce ai medici cosiddetti « tempopienisti » il diritto di esercitare la libera professione sia all'interno sia all'esterno delle strutture pubbliche.

Si pensi, per esempio, a ciò che è detto nel punto 4) del terzo comma dell'articolo 40 del progetto di legge. La commistione di pubblico e di privato (che in questo caso porterebbe, tra l'altro, alla suddivisione dei malati delle strutture pubbliche nelle categorie degli assistiti dal servizio

sanitario nazionale e in quella dei paganti in proprio, con gravi discriminazioni) è un fatto grave, che permette soltanto di garantire privilegi ingiustificati.

Vogliamo richiamare l'attenzione della Camera su un altro aspetto. Anche noi siamo convinti che non sia possibile trasformare immediatamente le attuali convenzioni con gli istituti mutualistici dei sanitari adibiti alla assistenza domiciliare e ambulatoriale in un rapporto di lavoro dipendente con il servizio sanitario nazionale. Proponiamo, quindi, che i sanitari attualmente convenzionati possano, a richiesta, mantenere il rapporto di convenzione con il servizio sanitario nazionale. Ma riteniamo sia un grave errore rinunciare in via di principio ad una progressiva trasformazione del servizio sanitario nazionale, con l'utilizzazione dei medici pubblici dipendenti, a tempo pieno, anche per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare. Perciò chiediamo che tutte le nuove assunzioni debbano essere effettuate con un contratto di lavoro pubblico e con l'obbligo del tempo pieno, avviando un processo di coinvolgimento — anche in compiti di prevenzione, di didattica e di ricerca — dei nuovi assunti dal servizio.

Ciò che abbiamo teso ad affermare nella nostra proposta di legge, e che ribadiamo ora, è la figura di un medico, di un operatore socio-sanitario del servizio sanitario nazionale fortemente sburocratizzato, privo di condizionamenti gerarchici che ne limitino lo sviluppo creativo, legato, tramite gli strumenti di autogoverno delle unità sanitarie locali, alle esigenze sanitarie e sociali del territorio, utilizzato, dovunque sia possibile, anche in compiti di didattica e di ricerca; ricerca di tipo nuovo, naturalmente, non limitata ai centri tradizionali e separati della ricerca accademica, ma organizzata in tutte le unità sanitarie locali, in una grandiosa opera di prevenzione delle condizioni di vita e di lavoro produttrici di malattia, da condurre in stretto rapporto con i consigli di fabbrica e con tutta la fitta rete di organismi democratici che il movimento dei lavoratori ha creato nel territorio.

Una figura di questo genere non può che lavorare a tempo pieno nel servizio sanitario nazionale. Ogni commistione con i momenti di profitto privato verrebbe a contraddire profondamente l'impegno sociale del nuovo operatore sanitario. Esso non nasce all'improvviso, naturalmente, ma si for-

ma nel lavoro comune di costruzione democratica delle unità sanitarie locali, tanto più rapidamente quanto maggiore sarà l'impegno e la partecipazione di tutti i lavoratori e delle grandi masse popolari.

Ma evidentemente la Commissione, piuttosto che recepire questa spinta che viene dal movimento dei lavoratori, dalla sua cultura, ma anche dalla cultura medica, ha preferito subire la pressione delle corporazioni mediche, invece di agire coraggiosamente al loro interno, dividendo chi andava diviso, e a sostegno di una coscienza sociale e di una concezione professionale non mercantile, che oggi avanza, ed avanza soprattutto nelle nuove generazioni mediche.

E non si parli, per giustificare questo operato, di richiami al realismo politico, ma si chiamino piuttosto le cose con il loro nome. Noi pensiamo che si sia privilegiata una logica clientelare ed elettoralistica, che da sempre è un tratto distintivo del sistema del potere democristiano.

Esprimerò ora alcune considerazioni su quei punti che nelle osservazioni introduttive definivo per lo più vaghi nel contesto dell'articolato, pur se esso recepisce elementi positivi.

Mi riferisco alla questione del controllo. La regolamentazione di questa materia appartiene a quel tipo di misure contenute nel testo della Commissione che appunto definivo all'inizio positive nelle ispirazioni, ma vaghe e contraddittorie nella formulazione.

Uno dei nodi fondamentali della riforma sanitaria da noi auspicata è la partecipazione democratica intesa come controllo dal basso, da parte dei cittadini, di tutte le strutture sanitarie e sociali, come garanzia non solo di democrazia, ma anche di efficienza delle strutture stesse.

L'unica garanzia di efficienza reale in un servizio nazionale sanitario e sociale è data dal controllo popolare, e non dal controllo burocratico e tecnocratico. Questo è il punto centrale della riforma, che deve costituire l'applicazione, nella realtà concreta delle strutture sanitarie e sociali, della linea generale della « non delega » sui problemi della salute; linea che è nata ed è stata espressa da anni ed anni di lotte dei lavoratori.

Su tale questione, in teoria, vi è un accordo quasi unanime. Tutti affermano la necessità della partecipazione; ma si tratta, a nostro avviso (e qui ci sembra carente e

contraddittorio l'articolato), di trasferire questa teoria nella pratica. Per quel che riguarda il reale controllo dal basso, non riteniamo che un progetto di legge debba prefigurare schemi rigidi, eguali dovunque, di partecipazione. Questi schemi, che finiscono con il tradursi in una sorta di lottizzazione per il controllo tra le varie organizzazioni sociali, costituiscono al tempo stesso una delega ed una corporativizzazione del servizio stesso. Noi affidiamo, di conseguenza, alla regione e ad una apposita legge regionale il compito di delineare le modalità con le quali deve essere garantita la più ampia partecipazione popolare al controllo sulla gestione e sulla funzionalità del servizio.

Qui voglio introdurre un piccolo inciso, ricordando che noi non confondiamo gestione e controllo e, quando parliamo di questa struttura di partecipazione dal basso ci riferiamo al controllo. Non contestiamo minimamente il ruolo delle istituzioni locali nella gestione del servizio sanitario.

**PRESIDENTE.** Onorevole Gorla, richiamo la sua attenzione sul fatto che il tempo a sua disposizione sta per scadere.

**GORLA MASSIMO.** Signor Presidente, sebbene io non abbia chiesto, all'inizio della discussione sulle linee generali, una deroga ai limiti di tempo, poiché gli onorevoli Pinto e Luciana Castellina, iscritti a parlare, hanno deciso di non intervenire, se me lo consente, prolungherei il mio intervento a titolo di compensazione. Mi rendo conto che questa richiesta non rientra nell'ambito del regolamento.

**PRESIDENTE.** D'accordo, onorevole Gorla; tuttavia la prego di non andare oltre misura, tenendo conto dei limiti di tempo previsti.

**GORLA MASSIMO.** Cercherò di abbreviare al massimo il mio intervento.

Come dicevo, sarà il movimento di lotta dei lavoratori, tramite le sue organizzazioni nelle unità sanitarie locali, ad assumersi la responsabilità allo stesso tempo di garantire e di richiedere la massima democrazia del sistema sanitario e sociale. A livello legislativo, tuttavia, prevediamo un tipo di controllo obbligatorio in tutto il territorio nazionale (lo prevedevamo nella nostra proposta di legge); controllo assembleare a livello di aree elementari, che

naturalmente non devono superare i 10.000 abitanti, come del resto è previsto nella stessa legge. Questo controllo ha il compito di garantire il diritto di intervento sui problemi socio-sanitari ad ogni cittadino, e in modo particolare a quei cittadini, come i pensionati, i disoccupati, le casalinghe, che non hanno ancora trovato un inserimento negli organismi democratici dal basso.

Rispetto a questa nostra concezione del controllo popolare dal basso, la formulazione del testo della Commissione è insoddisfacente e riduttiva. Mi riferisco, ad esempio, all'articolo 13, dove trattando della partecipazione si indica un ordine che, a nostro giudizio, è invertito: cioè operatori sanitari, formazioni sociali e cittadini, in una materia dove invece deve avvenire proprio il contrario. Infatti, prima i cittadini e poi le loro organizzazioni associative devono essere collocati in cima ai meccanismi di controllo delle loro condizioni di esistenza, della loro salute. Mi riferisco altresì all'articolo 10, che non prevede assolutamente, a livello di queste aggregazioni sanitarie elementari, una struttura di controllo assembleare, che in questo caso sarebbe possibile, oltre che necessaria. Anche su questo punto così qualificante, dunque, la Commissione ha voluto fermarsi a metà, non sappiamo se per paura della democrazia di base o per la preoccupazione che i cittadini non siano in grado di pensare al proprio benessere fisico e al modo migliore per tutelarlo.

Vengo ora ad un ultimo ordine di considerazioni, che data la scarsità di tempo mi limito ad accennare soltanto. Si tratta di una questione che ha suscitato la nostra inquietudine, e qualche cosa di più che una forte perplessità.

Parlo dell'articolo 30, che riguarda il trattamento sanitario obbligatorio. Vi sono alcune cose che ci lasciano stupefatti: ad esempio, che si introducano misure restrittive che toccano la libertà del cittadino, con la previsione di trattamenti sanitari obbligatori, su proposta di un medico. Tra i vari meccanismi descritti dal testo legislativo, quelli che particolarmente ci colpiscono sono i meccanismi che assomigliano alle norme che regolano i rapporti tra il cittadino e la giustizia, in caso di infrazione delle leggi. Si guardi al modo in cui è tutelato il diritto del malato. Si afferma che il malato ha diritto a comunicare con l'esterno. Io credo bene! Ci mancherebbe

altro che non avesse tale diritto! Non capisco perché si debba regolamentarlo per legge. Si afferma ancora che il malato ha diritto di opporsi ad un trattamento coatto (naturalmente nel corso del trattamento), rivolgendosi, direttamente o attraverso i suoi legali, al giudice tutelare. Signor Presidente, confesso di non capire. Ho la sensazione che, accanto al fermo di polizia che stiamo trattando in altra sede, si stia istituendo il « fermo di malattia », anche per la vaghezza con la quale la materia viene definita. Si parla di trattamenti sanitari in generale e nessun limite viene indicato nella impostazione di un'assistenza e di un trattamento coatto.

Vi è da rilevare che non esistevano norme di questo genere. In tal senso, dunque, vi è un peggioramento. Esistevano norme relative, ad esempio, alle malattie infettive, che prevedevano l'isolamento. Nel nostro caso, invece, siamo al trattamento coatto. Penso che vi siano motivi di preoccupazione, al riguardo, anche con riferimento alla possibilità che la dizione generale usata dal testo legislativo - trattamento sanitario - possa riguardare non soltanto le tradizionali categorie di malati che, in un modo o nell'altro, sono soggette a forme di trattamento coatto (gli psicopatici), ma anche altre categorie, quali i drogati e così via.

Credevo che tali dubbi e tali inquietudini vadano sciolti, anche perché mi sorge il dubbio che il modo con cui è stato affrontato, nell'articolo 30, il problema in argomento ponga questioni di costituzionalità. Si fa riferimento alla Costituzione, ma ho l'impressione che la si smentisca, precisando quei punti ai quali mi sono poc'anzi riferito.

Non mi è possibile, per ragioni di tempo, andare oltre con le considerazioni su questo punto. Desidero semplicemente ricordare alcuni temi che o non trovano alcuna soluzione nel testo in esame o ne trovano una negativa. Vi è innanzitutto quello, particolarmente grave ed odioso, che rientra in un ordine di considerazione che svolgemmo in precedenza in ordine alla figura dell'operatore sanitario: faccio riferimento alle condizioni sanitarie dell'assistito. Nel testo in esame, cioè, non è prevista l'abolizione delle camere a pagamento in ospedali pubblici. Consideriamo tale mancata soluzione un fatto di portata fortemente negativa. Vi risparmio ogni possibile considerazione in proposito.

Avevamo richiesto - con ragioni molto serie - che i militari ed i detenuti fossero assistiti non da strutture sanitarie particolari ma da quelle del servizio sanitario nazionale. Anche tale richiesta non è stata accolta. Ancora un'altra considerazione. Per i servizi sociali, si prevede una legislazione esclusivamente regionale: siamo d'accordo, ma sarebbe stato opportuno stabilire alcuni criteri (come è stato fatto per altre materie considerate dalla normativa), perché in questo campo ci troviamo oggi di fronte ad una situazione veramente drammatica. Vi è una spedalizzazione dei bisogni sanitari ed una sanitarizzazione dei bisogni sociali: è una situazione assolutamente intollerabile! Demandando alle regioni il compito di legiferare in materia, sarebbe stato opportuno fissare criteri e principi da rendere vincolanti, pur nel quadro dell'autonomia legislativa in materia, riconosciuta alle regioni.

In conclusione, signor Presidente, pensiamo che sia stata perduta una grossa occasione di fronte al paese, ai suoi bisogni ed alla necessità di rimuoverne le arretratezze e le storture, di tagliare alla radice le prevaricazioni degli interessi corporativi, di sovvertire il rapporto che oggi privilegia la logica del profitto e degli interessi del potere costituito, rispetto a quelli fondamentali dell'intera collettività dei cittadini, e, per giunta, in una materia come quella della salute! È stata persa un'occasione per affermare che il primario bene della salute non può essere postposto ad alcuna altra considerazione, più o meno mascherata, di realismo politico. Mi riferisco alle questioni dei farmaci e della figura del medico, alle pressioni ed alle logiche accolte in contrapposizione all'accertato interesse collettivo e privato del cittadino in materia di tutela della salute.

Nella vicenda che ha condotto alla formulazione del testo che la Commissione ha licenziato sono stati accantonati acquisizioni e capisaldi espressi dal movimento operaio e sindacale in varie materie, nonché dalle correnti progressiste e democratiche di pensiero. Tutto ciò è grave perché questo accantonamento - ne sono convinto - non risponde ad una malvagità generica, ma risponde ad una precisa scelta: quella di privilegiare, attraverso una mistificazione di realismo politico, interessi costituiti di carattere economico e sociale e di potere in questo paese, su una materia come quella della salute: è veramente scandaloso! Sem-

bra perfino che la logica instauratasi con l'accordo a sei finisca con il ridurre progressivamente il contenuto di tutto ciò che tocca, man mano che lo tocca. Altrimenti non si spiega come le stesse forze di sinistra, quali i partiti comunista e socialista, abbiano rinunciato in questa vicenda a difendere quanto non era certamente ideologismo, ma era semplicemente espressione di quegli interessi che i lavoratori avevano maturato e definito nel corso delle loro esperienze e delle loro lotte; interessi che le grandi formazioni del movimento operaio avevano giustamente fatto propri. Anche questo è preoccupante: il modo — cioè — in cui si è giunti alla definizione del testo unificato da parte della Commissione.

Ebbene, signor Presidente, stando così le cose, dobbiamo dichiararci profondamente insoddisfatti del lavoro compiuto in Commissione. In tale sede abbiamo già presentato emendamenti; ne proporremo altri all'Assemblea su tutti i punti che abbiamo considerato qualificanti e che non trovano una definizione adeguata nel testo in esame, che fornisce, anzi, una risposta addirittura negativa ed inaccettabile a talune istanze fondamentali.

A questo punto, essendosi voluto trattare così la materia, dobbiamo pensare che il movimento di lotta sul problema della salute sarà il solo che riuscirà a definire ed a regolamentare — con criteri di profonda giustizia sociale, che privilegi gli interessi della collettività rispetto a quelli particolari di profitto economico e di potere — quei problemi per i quali non troviamo una soluzione adeguata nel testo al nostro esame. È un peccato perché — come dicevo prima — questo provvedimento mostra, nelle sue premesse, di recepire aspirazioni ed impostazioni progressiste; esso scade, però, nel momento della definizione concreta delle modalità con cui procedere per realizzare quei principi e soddisfare quelle aspirazioni.

Concludo, signor Presidente, augurandomi che lo sforzo che compiremo anche in questa sede al fine di apportare al testo della Commissione i necessari correttivi, venga accolto dall'Assemblea e correttamente interpretato per lo spirito che lo anima; uno spirito di salvaguardia degli interessi della collettività e di rispetto delle acquisizioni raggiunte dal movimento dei lavoratori in tutti questi anni.

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

TEDESCHI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, incentrerò il mio intervento su un aspetto particolare del provvedimento in discussione, quello relativo alla prevenzione ed alla sicurezza del lavoro, che è stato già affrontato da altri colleghi, ma che certamente merita un ulteriore approfondimento per la rilevanza che assume nell'ambito della riforma e per le conseguenze che, proprio attraverso la riforma, esso comporterà, con carattere di grande rilevanza, anche in riferimento ad altri settori.

Mi sia comunque consentito, per quanto riguarda gli aspetti più generali, di esprimere una valutazione complessivamente positiva sul testo licenziato dalla Commissione sanità. Si tratta di un lavoro di grande rilevanza, che recepisce molte delle indicazioni che sono state portate avanti negli ultimi tempi; e credo che tutti coloro che in tale lavoro si sono particolarmente impegnati — dal relatore, al presidente della Commissione, agli stessi componenti della medesima Commissione — debbano essere ringraziati per l'opera complessa e faticosa alla quale si sono sottoposti, conseguendo i risultati che sono oggi alla nostra attenzione.

Mi sembra che il « taglio » complessivo del progetto di legge in esame, pur essendo ovviamente suscettibile di ulteriori miglioramenti in questa sede assembleare, contenga caratteristiche di una certa validità. Non sono da raccogliere, pertanto — almeno dal nostro punto di vista — alcune definizioni ideologiche, che ho sentito riecheggiare in qualche intervento nella seduta di ieri e, in maniera opposta, in quello appena conclusosi dell'onorevole Massimo Gorla. Ciò perché il provvedimento rappresenta la sintesi operata tra l'esigenza di valorizzazione della persona — e quindi di tendenza al non appiattimento degli operatori — nei confronti di tutti coloro che si occupano più direttamente di questa materia, e l'esigenza di garantire la solidarietà dello Stato e della società nei riguardi di tutti i cittadini per quanto concerne il diritto alla salute. Si tratta quindi di una riforma che si inserisce in quel tipo di *welfare State* che stiamo realizzando e che certamente è una cosa molto diversa (e tuttora in divenire) sia rispetto ad alcune semplificazioni operate ieri da alcuni oratori che ad altre semplificazioni ideologiche enunziate quest'oggi nel corso del dibattito.

Per quanto concerne, in particolare, il problema della sicurezza e della prevenzione del lavoro, ritengo che anche in Italia questo argomento abbia assunto una notevole rilevanza negli ultimi tempi non solo a livello culturale, politico e scientifico, ma anche a livello di proposte e di iniziative, come dimostra, appunto, la riforma che ci accingiamo ad approvare. È superfluo, tuttavia, fare della retorica in materia. Sono note le cifre che riguardano le malattie professionali e gli incidenti sul lavoro. Una industrializzazione affrettata, la carenza di una maggiore coscienza collettiva, la difettosa strumentazione, una legislazione prodotta attraverso il sistema della sovrapposizione di norme, non hanno certo favorito una impostazione corretta del problema, con risultati molto spesso negativi sul piano della salute dei lavoratori. È mancata, in generale, una coerente responsabilizzazione dell'utente, del costruttore, del gestore; si è badato spesso ad anteporre il risultato produttivo, in una visione limitata del problema, piuttosto che la salvaguardia della dignità della persona attraverso una scrupolosa prevenzione degli incidenti ed una vera tutela della salute.

Altri paesi a processo industriale avanzato hanno adottato, con molto anticipo rispetto a noi, normative e strumenti che hanno via via evitato, almeno in parte, pericolosi riflessi sulla salute, anche se tutti i paesi industrializzati o in via di industrializzazione debbono affrontare un problema importante — che è alla radice della questione — obiettivamente difficile da risolvere. Infatti l'industrializzazione, di per sé, modifica abitudini secolari di vita, modifica profondamente l'ambiente, creando perturbamenti e inquinamenti di varia natura, influisce sugli stessi processi di vita e modelli produttivi agricoli, determinando un modo nuovo di affrontare, in generale, il problema della prevenzione e della sicurezza sul lavoro.

In linea generale, non è tuttavia da condividere la tesi che vuole giudicare del tutto irrilevanti le iniziative assunte in questo campo nel nostro paese, soprattutto negli ultimi anni. Va dato indubbiamente merito al sindacato di aver posto, in generale, la questione della sicurezza, attraverso l'introduzione di tale elemento nella contrattazione generale e particolare e attraverso il rifiuto della cosiddetta « monetizzazione » del rischio. Parallelamente, notevoli

sono state le iniziative in materia da parte di forze culturali e politiche le più disparate, determinando, specialmente in rapporto al tema della difesa dell'ambiente, situazioni di profonda innovazione rispetto agli anni passati, tanto è vero che siamo arrivati in porto — direi — con una proposta complessiva di riforma.

Sul piano legislativo, va ricordato in particolare l'articolo 9 dello statuto dei lavoratori (la legge n. 300), che, affidando agli stessi lavoratori compiti di prevenzione e di controllo, al di là della sua parziale ed insufficiente applicazione, ha segnato un momento senza dubbio significativo in materia. Per altro l'istituzione delle regioni — alle quali sono affidati compiti via via crescenti in materia sanitaria — ha aperto nuove prospettive e ha dato vita ad innovativi strumenti nel campo della medicina del lavoro. Ma certamente, sul piano legislativo e quindi anche su quello delle strutture, il tema ha assunto più che mai dimensioni unitarie, in una visione globale del problema, con il dibattito sulla riforma sanitaria generale, e soprattutto a partire dal 1974.

Se lo scopo del servizio sanitario nazionale, infatti, è quello della prevenzione come conseguenza del concetto di diritto alla salute, non vi è dubbio che il tema della medicina del lavoro e della sicurezza del lavoro, in una società fortemente condizionata da processi produttivi industriali o da processi industrializzanti, acquisti un particolare significato ed entri nel cuore stesso della riforma. Quindi la riforma sanitaria, nella sua concezione generale e nella sua struttura istituzionale ed organizzativa, comprende ampiamente questo aspetto come uno dei problemi fondamentali per i quali la riforma stessa viene posta. Ne consegue la necessità di tenere nel debito conto, appunto, l'attività preventiva nell'ambito delle competenze dei nuovi organismi sanitari, così che si registri un coerente impegno in materia da parte degli organi centrali dello Stato, delle regioni, delle unità sanitarie locali.

Esiste il problema di come armonizzare permanentemente la legislazione e le normative regolamentari per quanto riguarda le norme di sicurezza nella fabbricazione di macchinari e nell'uso di essi. Sono problemi certamente non facili, e difficilmente possono contribuire a determinare un punto di partenza omogeneo per la riforma sanitaria, ovvero a garantirle la necessaria efficacia tenendo presente la prevedibile fase

di evoluzione nei processi tecnologici e nell'organizzazione del lavoro.

Sul piano istituzionale è importante una precisa definizione delle responsabilità e delle concrete possibilità di controllo nel settore della sicurezza del lavoro, quanto meno per evitare le gravi conseguenze che potrebbero derivare dalle imperizie in materia. Sarà opportuno, oltre che tenere conto delle varie proposte avanzate, approfondire i contributi e cercare di risolvere i problemi nella migliore maniera che sarà consentita.

Qualche richiamo — anche se si tratta di questione ormai nota, che è stata dibattuta con ampiezza di documentazione negli ultimi tempi — sulla situazione esistente in questo campo in Italia e in Europa, e non tanto per fare un'analisi dei dati (che non è lo scopo del mio intervento), quanto, piuttosto, per porre in evidenza alcuni aspetti positivi ed alcune indicazioni circa eventuali variazioni che l'Assemblea potrà apportare per migliorare ulteriormente il progetto di legge in esame. È noto che una delle maggiori lacune del nostro attuale sistema di prevenzione è costituita dallo stato della legislazione in materia, che registra una sovrapposizione di fonti normative a partire da alcuni provvedimenti emanati già alla fine del secolo scorso e, successivamente dalle disposizioni contenute nel codice penale, benché abbia ricevuto con la legge del 1955 una impostazione abbastanza completa (almeno per quei tempi), appunto perché, trattandosi di una legge di delega, essa ha consentito al Governo di adottare, con successivi decreti del 1955 e del 1956 (ricordo i nn. 547, 302, 164 e 303), una normativa che poteva anche essere in sintonia con i tempi, ma che, comunque, recepiva molte delle indicazioni e delle necessità che apparivano già in quel periodo caratterizzato da una fase avanzata di industrializzazione nel nostro paese.

Tuttavia, soprattutto tenendo presenti i cambiamenti successivamente intervenuti in fatto di strutture, di situazioni sociali e di evoluzione tecnologica, tale normativa appare, nel complesso, quanto mai farraginoso e inadeguato rispetto alle esigenze attuali. Ecco perché la riforma sanitaria ha affrontato e affronta questo problema in termini globali, indicando l'esigenza (prevista dall'articolo 22) di una legislazione omogenea e completa in materia. Ciò anche in base ad una precisa indicazione espressa dalla Commissione lavoro, la quale al pun-

to 1) del suo parere sul provvedimento (che, tra l'altro, è stato frutto di un dibattito piuttosto approfondito) ribadisce la necessità che nella riforma sanitaria si preveda, entro un tempo definito, una diversa organizzazione della legislazione e della normativa ad essa conseguente, creando criteri di omogeneità sia per quanto riguarda l'omologazione di macchine ed impianti, sia per quanto riguarda gli *standards*, sia per quanto riguarda altri effetti notevolmente importanti, e recependo, nel contempo, le indicazioni che sono venute dalla CEE, dall'Organizzazione internazionale del lavoro e dal Consiglio d'Europa, oltre che dall'esperienza di altri paesi che hanno affrontato prima di noi questo problema.

Quindi, ripeto, il progetto di riforma sanitaria recepisce — direi senza alcun dubbio — questa necessità prioritaria di una revisione legislativa nei tempi brevi. All'articolo 22, anche in relazione al parere espresso dalla Commissione lavoro, si prevede che questo periodo non debba essere superiore ad un anno, dando al Parlamento la possibilità di provvedervi con legge ordinaria. C'è da chiedersi, però — e non perché vi siano differenziazioni di fondo in materia —, se sia più congruo operare mediante una legge ordinaria oppure ricorrendo alla delega legislativa al Governo, proprio per avere maggiori garanzie che siano rispettati i tempi, visto che sarebbe estremamente negativo che, dopo l'approvazione della legge sulla riforma sanitaria, passasse un eccessivo lasso di tempo prima dell'entrata in vigore di questo che è stato definito il codice della sicurezza e, comunque, di una normativa omogenea e completa: un tale ritardo, infatti, rischierebbe di creare grosse difficoltà.

Sulla base dei dibattiti svoltisi in Commissione (e anche al di fuori del Parlamento), si può dire che non discenderebbero conseguenze di diversa impostazione dei contenuti del ricorso alla legge di delega — e conseguenti decreti delegati — ovvero alla legge ordinaria. Differenze si registrano, piuttosto, in ordine all'opportunità della scelta dell'uno o dell'altro strumento: è una valutazione che viene ora rimessa all'Assemblea, la quale potrà tenere conto di questo problema nell'esame degli articoli. Deve comunque essere chiaro che la scelta dell'una o dell'altra via non determina alternative di contenuti, ma soltanto di carattere formale ed in ordine alla necessità di

garantire il più possibile il rispetto di certe scadenze.

È chiaro che, se si dovesse decidere per la delega, si dovranno anche indicare i principi cui essa deve ispirarsi, in modo che il Governo non abbia la possibilità di muoversi in maniera difforme da quanto contenuto nella riforma sanitaria, essendo assolutamente necessario che vi sia una completa sintonia tra quest'ultima e la regolamentazione generale che bisognerà elaborare in un secondo momento.

Per quanto riguarda la prevenzione, si può dire che l'attuale sistema è assolutamente carente e basato su una organizzazione non corretta, che ha determinato in molti casi confusione, sovrapposizione o deficienza di interventi, i quali risultano molto spesso assolutamente difformi l'uno dall'altro. Il fatto è che troppi sono gli enti e gli istituti preposti — direttamente o indirettamente — all'attività di prevenzione, a cominciare dall'organizzazione centrale dello Stato (con il coinvolgimento di numerosi ministeri, oltre a quello del lavoro, che è il principale titolare di questa materia). Vi è poi tutta una serie di istituti, pubblici e privati, che agiscono spesso senza un preciso coordinamento e ai quali sono attribuite competenze che, in molti casi, sono proprie degli enti locali e delle regioni. Tutto questo ha determinato, specie negli ultimi tempi, una notevole confusione e grosse difficoltà di intervento: quando poi gli interventi ci sono stati (ma spesso la carenza ha predominato), si è trattato di operazioni non omogenee.

In definitiva, questo è uno degli aspetti che l'attuale riforma si propone di affrontare in modo preciso e ai quali ha dato una risposta sufficientemente adeguata. E l'ha data sulla base delle precise indicazioni contenute nel parere della Commissione lavoro, cercando di distinguere i compiti dello Stato, delle regioni e del servizio sanitario nazionale, ed avendo recepito un concetto molto importante, riguardo al quale, per la verità, vi era all'inizio dei dibattiti una notevole disparità di vedute che, per una certa parte, ancora permane, come si è avvertito anche da alcuni interventi di ieri. Mi riferisco alla tendenza a considerare tutta la prevenzione sotto un aspetto essenzialmente sanitario, mentre così non è, perché esiste una differenza di fondo tra la prevenzione cosiddetta tecnica e

quella sanitaria, come dimostrano le legislazioni e le organizzazioni di prevenzione di tutti i paesi industriali.

Evidentemente non è possibile ridurre tutto in termini di sanità, anche perché ci sono grosse questioni, come l'organizzazione del lavoro e l'organizzazione della produzione, nelle quali si deve tener conto in via prioritaria della garanzia della salute, ma non si deve dimenticare di garantire la produzione del reddito. Infatti, non vedo come si possa andare avanti chiedendo di fare questo o quello — come abbiamo sentito riecheggiare nell'intervento dell'onorevole Gorla — se non ci si preoccupa di come produrre il reddito indispensabile per realizzare, appunto, tutti questi obiettivi.

Ecco perché, tenendo presenti le indicazioni fornite dalla Commissione lavoro e quanto prescritto dalla legge n. 382 — che, all'articolo 27, definisce i compiti delle regioni in materia sanitaria e, all'articolo 30, definisce altresì i compiti dello Stato — la soluzione che ne deriva è una soluzione che recepisce un'impostazione più avanzata del problema rispetto ad una tendenza alla « sanitarizzazione » di tutto, specialmente con la definizione di alcuni compiti dello Stato. Ricordiamo soprattutto l'Istituto centrale per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, che viene molto bene individuato nell'articolo 21 del provvedimento. Esso non rappresenta affatto un rimescolamento degli enti da sopprimere di cui alla legge n. 382, ma rappresenta qualcosa di innovativo, che consente allo Stato nel suo complesso, e agli organi centrali dello Stato in particolare, di avere gli strumenti necessari per un'attività di ricerca, di omologazione, di collegamento con organizzazioni analoghe negli altri paesi, e in particolare con organizzazioni dei paesi della CEE, nonché di predisporre quegli strumenti che consentano di recepire le indicazioni degli organismi internazionali e di attuarle coerentemente per quanto possibile.

Pertanto, l'impostazione dell'articolo 21 che, con la creazione dell'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro, dà allo Stato la possibilità di un intervento complessivo in materia, è senz'altro uno degli aspetti positivi del provvedimento. Questo articolo è il risultato di un lavoro e di un dibattito molto approfonditi, così come di un confronto molto serrato tra le diverse parti politiche. C'è so-

lo da chiedersi se la tendenza a porre ogni questione sotto la supervisione della Presidenza del Consiglio sia una cosa giusta oppure no. Comunque, la soluzione proposta tende a realizzare questa supervisione al fine di garantire un coordinamento fra le attività residue dell'amministrazione centrale dello Stato; tuttavia, non bisogna dimenticare che queste competenze in tutti i paesi della Comunità economica europea sono attribuite specificamente al Ministero del lavoro. Ciò deve essere tenuto presente, almeno a livello di conoscenza, pur ritenendo l'impostazione generale del provvedimento sostanzialmente valida e tale da fornire allo Stato nel suo complesso, ed ai suoi organi centrali in particolare, una capacità di intervento coerente in questo settore.

Per quanto riguarda la prevenzione, i problemi vengono prevalentemente impostati e definiti in riferimento all'attività delle regioni e delle unità sanitarie locali, che dovranno cercare, nell'ambito dei compiti specifici ad esse attribuiti dalla riforma sanitaria, di adempiere anche ai nuovi compiti attribuiti allo Stato per consentire alla prevenzione stessa, attività di carattere specificatamente tecnico, di essere collegata con le esigenze più generali di garanzia della salute dei lavoratori.

Ho richiamato molto rapidamente (credo che non vi sia bisogno di ulteriori approfondimenti) l'organizzazione sanitaria vigente negli altri paesi industrializzati, in particolare nella Comunità economica europea, dove, pur con differenziazioni tra Stato e Stato, si ha la tendenza al collegamento tra la prevenzione di carattere tecnico e la prevenzione sanitaria, alla ripartizione di compiti tra lo Stato centrale e le strutture periferiche dello Stato, che variano evidentemente da un'organizzazione statale all'altra a causa delle differenti impostazioni costituzionali; il nostro progetto di riforma sanitaria tiene conto, sia pure parzialmente, degli schemi adottati negli altri paesi e tende ad adeguarsi, in parte anche ad identificarsi con essi riguardo agli aspetti sanitari di carattere internazionale, in particolare circa gli aspetti dell'organizzazione del lavoro, della prevenzione di carattere tecnico, i problemi attinenti alle attività produttive, che certamente hanno una grande rilevanza in riferimento alla tutela della salute.

Per quanto concerne i richiami fatti ad alcune impostazioni della legge n. 382, di

cui mi sembra che il progetto di legge tenga sufficientemente conto, ritengo che non vi sia nulla da aggiungere. Ritengo invece che sia da tener presente — forse questo lo si può risolvere introducendo qualche modifica — una indicazione specifica che era contenuta al punto 3) del parere della Commissione lavoro, che dice: « Nel rispetto delle norme di principio stabilite con l'emanazione della legge e sulla base delle proposte del costituendo istituto, il Governo emanerà regolamenti contenenti le prescrizioni di dettaglio per i vari settori nelle diverse attività produttive e negli stessi limiti e con le medesime procedure adotterà i successivi aggiornamenti; nel contempo rimangono in vigore le normative attuali ». Pur nell'ambito, cioè, di quello che è stato definito il codice della sicurezza, da emanarsi o attraverso una legge ordinaria, o attraverso una legge di delega (questa è una scelta che ripropongo all'Assemblea) bisogna evidentemente prevedere anche la possibilità da parte del Governo di emanare via via dei regolamenti di attuazione, così come avviene negli altri Stati industrializzati e in particolare negli altri paesi della CEE, proprio per non arrivare ad una legislazione eccessivamente di dettaglio che si dimostrerebbe controproducente (come si è dimostrata controproducente quella del 1955 e del 1956), ma ad una legislazione contenente dei principi, avendo contemporaneamente l'obiettivo — attraverso i regolamenti, attraverso altre normative — di rimanere aderenti alle esigenze, alle modificazioni dell'attività produttiva e alle varie necessità che la stessa evoluzione tecnologica va ponendo e andrà ponendo prevedibilmente nei prossimi anni.

Emerge da questa visione, anche se nel progetto di riforma sanitaria non vi è una coerente soluzione del problema, la necessità di attuare una profonda revisione della organizzazione del Ministero del lavoro e soprattutto della sua organizzazione periferica, e il servizio sanitario nazionale previsto dalla riforma sanitaria, che speriamo possa essere definita il più rapidamente possibile e sulla quale dobbiamo impegnarci con particolare attenzione.

Avviandomi alla conclusione, ritengo che la riforma sanitaria al nostro esame non sia una riforma qualsiasi (come ha detto ieri anche il collega onorevole Forni), ma una riforma fondamentale per il nostro paese, anche a causa della delicata situa-

zione politica che stiamo attraversando conseguente agli accordi intervenuti tra i partiti nello scorso mese di luglio.

La salute, garantita come un diritto nella società e nello Stato, ha un profondo significato non solo per se stessa, ma anche per i suoi riflessi culturali e sociali. In questa direzione, nonostante le numerose critiche e i rilievi avanzati, qualcosa è stato fatto, tanto è vero che esistono le condizioni per una riforma complessiva delle strutture sanitarie che, sul piano quantitativo ed anche qualitativo, reggono in qualche caso il confronto con quelle degli altri paesi.

Esiste il problema di condurre in porto le riforme secondo le possibilità economiche del paese; gli accordi di programma raggiunti tra i partiti, recepiti dal Governo, ce ne indicano la strada. È necessario porre un freno allo spreco dei medicinali e delle risorse negli altri settori dell'organizzazione sanitaria. Ciò per quanto riguarda il prossimo futuro; ma sono convinto che, attraverso un serio lavoro di prevenzione svolto in tutte le direzioni, sia possibile raggiungere obiettivi importanti circa la tutela della salute che poi avranno effetti positivi anche sui costi generali in rapporto al reddito. Nella attuazione della legge sarà necessario comunque procedere con gradualità rivolgendo particolare attenzione agli impegni di spesa in modo da non determinare peggioramenti rispetto alla situazione attuale che, tra l'altro, genererebbero sfiducia fra i cittadini.

Occorre creare soprattutto un clima di responsabilità fra tutti i cittadini; senza di essa ogni riforma rimane — come ben sappiamo — solo un pezzo di carta. Dico questo affinché tutte le forze politiche e sociali si impegnino a svolgere la loro funzione di responsabilizzazione e sensibilizzazione dei cittadini rispetto al tema in questione.

I problemi del personale, della sua qualificazione, delle prospettive professionali, sono altrettanto fondamentali; bisogna muoversi non in senso punitivo, ma coinvolgendo — come la riforma pone in evidenza — tutti gli operatori sanitari (che devono diventare i veri protagonisti della riforma) e creando le condizioni perché sia svolto un lavoro serio basato sulla fiducia dei cittadini.

In questo senso questa legge ha bisogno di essere perfezionata non solo per quanto riguarda la prevenzione, ma anche nel cam-

po scolastico e della formazione professionale. Per tutte queste ragioni ed altre ancora, la riforma sanitaria è importante: bisogna avere presenti i temi essenziali per trovare non solo soluzioni giuridiche, ma anche motivazioni valide per ottenere il consenso dei cittadini.

Una nuova fiducia nelle istituzioni da parte del popolo italiano dipenderà anche dalla nostra capacità di dare risposte complessive valide, idonee a realizzare gli obiettivi di garanzia e di libertà che sono alla base del nostro ordinamento costituzionale e che sono da noi fermamente voluti per realizzare una società capace di dare risposte coerenti e capaci di coinvolgere i cittadini in vista della realizzazione di obiettivi di libertà, di giustizia sociale, per i quali dobbiamo batterci, se vogliamo che diventino una realtà (*Applausi al centro*).

#### **Proposta di trasferimento di progetti di legge dalla sede referente alla sede legislativa.**

PRESIDENTE. A norma del sesto comma dell'articolo 92 del regolamento, propongo alla Camera l'assegnazione in sede legislativa dei seguenti progetti di legge, per i quali la II Commissione (Interni), cui erano stati assegnati in sede referente, ha chiesto, con le prescritte condizioni, il trasferimento alla sede legislativa:

VALENSISE e TRIPODI: « Istituzione di una Commissione parlamentare d'inchiesta sulla recrudescenza della criminalità in Calabria, sulle incidenze mafiose nelle attività economiche, e private e pubbliche e nelle attività connesse alle attribuzioni di posti di lavoro » (520); FRASCA: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno della mafia in Calabria » (761); NAPOLI ed altri: « Istituzione di una Commissione parlamentare d'inchiesta sulle condizioni e sulle strutture socio-economiche in Calabria e sui conseguenti fenomeni tra cui quelli della delinquenza organizzata, e del costume e dell'organizzazione mafiosa » (1774) (*la Commissione ha proceduto all'esame abbinato*).

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

**Autorizzazione di relazione orale.**

**PRESIDENTE.** La XIII Commissione (Lavoro) ha deliberato di chiedere l'autorizzazione a riferire oralmente all'Assemblea sul seguente disegno di legge:

« Conversione in legge del decreto-legge 3 dicembre 1977, n. 876, concernente la disciplina del contratto di lavoro a tempo determinato nei settori del commercio e del turismo » (1925).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

*(Così rimane stabilito).*

**Rimessione all'Assemblea.**

**PRESIDENTE.** Comunico che, a norma del quarto comma dell'articolo 92 del regolamento, un quinto dei componenti la VII Commissione (Difesa) ha chiesto la rimessione in Assemblea del seguente disegno di legge:

« Integrazione della legge 9 gennaio 1951, n. 204, sulle onoranze ai caduti in guerra » *(approvato dalla IV Commissione del Senato)* (1694).

Il disegno di legge resta, pertanto, allo esame della stessa Commissione in sede referente.

Suspendo la seduta fino alle 16.

La seduta, sospesa alle 13, è ripresa alle 16.

**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
ROGNONI**

**Assegnazione di un progetto di legge a una Commissione speciale, in sede referente.**

**PRESIDENTE.** A norma del primo comma dell'articolo 72 del regolamento, comunico che il seguente disegno di legge è deferito alla Commissione speciale fitti in sede referente, con il parere della I e della V Commissione:

« Disciplina delle locazioni di immobili urbani » *(approvato dal Senato)* (1931).

**Si riprende la discussione.**

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

**COSTAMAGNA.** Signor Presidente, mai un disegno di legge o una riforma sono giunti tanto poco opportuni come questa riforma sanitaria. È una specie di feticcio, del quale si parla da più di vent'anni, e che capita in Parlamento proprio nel momento più grave della nostra crisi economica e, ahimé, della nostra crisi politica. Se la nostra Camera, anziché eletta su base proporzionale con scrutinio di lista, fosse eletta, come piace ai socialisti e ai conservatori inglesi, sulla base di collegi uninominali, soltanto un coro di risate avrebbe potuto accogliere la proposta di un Governo di procedere ad una grande e dispendiosa riforma in un momento tanto drammatico di carestia. Invece, nessuno ha riso qui in aula e nessuno ha riso nelle varie Commissioni, nelle quali questa riforma presuntuosa è stata dibattuta, stiracchiata tra demagoghi di ogni genere e colore.

Nessuno ha riso, forse perché nessuno osa più ridere in un Parlamento nel quale tutti si sentono sempre più comparse, sempre più funzionari di partito. È un segno terribile; specie se uno, avendo i capelli bianchi, osasse rammentare che, mentre l'Europa si apprestava al massacro, il signor Mussolini e l'onorevole Bottai, buon'anima, annunciavano una faraonica riforma della scuola; come *Herr Hitler*, mentre già i bombardieri volavano, portatori di morte, annunciava un piano regolatore faraonico di una grande Berlino.

Ritengo che la storia dovrebbe ammaestrarci su questi sintomi di paranoia collettiva. Se di questa riforma sanitaria, proposta dal Governo, si occupassero i giornali esteri, è probabile che a qualcuno, a Bonn, a Parigi, a Londra o a New York, verrebbe voglia di non mandarci più studiosi di economia o banchieri per trattare qualche prestito, ma una qualche delegazione psichiatrica, per venire a vedere se è ancora possibile curare con le buone una classe dirigente che, in una Italia a pezzi e a bocconi, pretende di dar vita ad una riforma di questo genere.

A scorrere gli articoli di questa legge viene la sensazione che si tratti di un atto di follia collettiva, di un *raptus*, che non deve aver colto solo il nostro florido mini-

stro della sanità, ma anche tanta gente che siede nelle Commissioni e nelle direzioni dei partiti.

Se ne avessi la possibilità, proporrei al signor ministro — e non solo a lui, ma anche a quello del tesoro — di chiamare i migliori psichiatri del paese (anche il professor Basaglia, quello di *Psichiatria democratica*). Dal Falco e Stammati dovrebbero sottoporre loro soltanto due testi: questo della riforma sanitaria ed il bilancio di previsione dello Stato, quel bilancio sul quale tanto si arrabbiano La Malfa, Carli e Baffi. Secondo me, dopo aver dato una scorsa ai due testi, gli psichiatri ordinerebbero il ricovero immediato in clinica. Neppure il professor Basaglia, che pure è abituato a lasciare i matti a piede libero, potrebbe in questo caso rinunciare alla prescrizione più dura: clinica con sbarre di ferro e possibilmente, se i due ministri gridassero ed invocassero l'aiuto di Andreotti, anche la camicia di forza!

È sbalorditivo come un Governo, che non sa come rimediare il denaro necessario per salvare i posti di lavoro nelle dissestate aziende di Stato, possa proporre al Parlamento di imbarcare Stato e popolo italiano in una barca e in un viaggio tanto costosi, che si chiamano riforma sanitaria o meglio, più pomposamente, servizio sanitario nazionale.

MORINI, *Relatore per la maggioranza*. Ma questi soldi si spendono già, onorevole Costamagna.

COSTAMAGNA. Non è però il caso di arrabbiarsi. Anche questa proposta dovrebbe appartenere al repertorio di evasione che ha in serbo l'onorevole Andreotti, nel tentativo di distrarre gli italiani dalla situazione nella quale versano per colpa di una allegra e quasi ventennale gestione del denaro pubblico.

Negli anni '60 gli onorevoli Moro e Fanfani, imboccando il centro-sinistra, tentarono di distrarre il paese con la piccola sciocchezza — altro repertorio di evasione! — della nazionalizzazione della energia elettrica. Anche allora, i due infallibili proclamarono che l'operazione sarebbe costata pochissimo, che si trattava di razionalizzare una spesa che già il pubblico pagava. Ricordo come se fosse ora le frivolezze che dissero in giro i due infallibili ed alcuni loro complici — come l'onorevole Colombo, come l'onorevole Togni —, cioè che la spesa

dell'esproprio si sarebbe ammortizzata in pochi anni, con una minima tangente sulle tariffe elettriche, che nel tempo si sarebbero pure abbassate; che, insomma, sarebbe stato un affare per lo Stato e per il popolo italiano. Infatti, abbiamo ora un ENEL con mille miliardi di *deficit*.

Se la nazionalizzazione dell'energia elettrica fu deposta — come atto di follia, di imprevidenza, di leggerezza — sull'ara del centro-sinistra da costituire, probabilmente il coro degli infallibili che guida, con l'ausilio dello Spirito Santo, il mio partito, vorrà deporre forse quest'altra riforma sull'ara dell'accordo a sei, premessa del regime a due.

Sento il dovere a questo punto di richiamare al buon senso gli amici comunisti. Senza la emorragia dell'ENEL, il centro-sinistra avrebbe potuto dar frutti, mentre fu fregato in partenza proprio dalla congiuntura economica. Così potrebbe capitare anche al regime a due. I comunisti stiano attenti perché, varando un'altra folle riforma di questo genere, si potrebbe dare un altro colpo decisivo all'economia del paese.

Mi fa piacere, a questo punto, invocare i precedenti dell'Unione Sovietica. Credete forse che mentre infuriava la carestia e c'era la guerra civile, il governo di Lenin potesse preoccuparsi di assicurare una gratuita, confortevole e dispendiosa riforma sanitaria? Fecero invece leggi-stralcio, giustificate dal loro punto di vista ideologico, per statalizzare i pochi ospedali che c'erano, per garantire i medici a poco costo, ma in una prospettiva nella quale il denaro che c'era si spendeva per migliorare la produzione nell'industria e nell'agricoltura, per garantire posti di lavoro ed un minimo alimentare a tutti.

Certamente l'Italia del 1977 non è nella situazione della Russia del 1917, anche se molti, specie tra i demagoghi dei partiti democratici, lavorano con riforme di questo genere per portarcela. Ma a me pare che non sia una prospettiva così fantastica, se pensiamo che siamo già sull'orlo del precipizio: una spesa pubblica immensa, una produzione che diminuisce, una esportazione sempre più difficile, una borghesia che non vorrebbe fare sacrifici di alcun genere, una manodopera che vuol lavorare sempre meno.

È un quadro dissestato, nel quale, come terapia al disordine ed alla delinquenza, l'onorevole Flamigni e soci propongono di sindacalizzare gli ultimi corpi armati non

sindacalizzati; nel quale, come terapia cosiddetta pluralista, i partiti propongono di aggiungere elezioni ad elezioni: non bastano più le politiche e le comunali, le provinciali e le regionali, ci mettiamo pure le comprensoriali, le circoscrizionali, ed ancora le scolastiche, ed in aggiunta ora anche queste designazioni nelle unità sanitarie locali.

Ma chi lavorerà più, in un paese nel quale ogni tre mesi vi sarà da votare, in un paese nel quale il popolo sarà permanentemente riunito a discutere in corpi elettivi perfino sul sesso degli angeli, perfino sul purgante da distribuire gratis? È una mania, quella che ha preso il governante ed il legislatore italiano: su ogni cosa ed in ogni settore si vuole sindacalizzare ed eleggere. E, man mano che queste cose fioriscono, diminuisce la produzione nel settore preso di mira, si abbassa il suo livello tecnico. Guardate la scuola: elezioni di ogni genere che inorgogliscono il senatore Cervone, l'onorevole Malfatti, gli onorevoli Tesini e Occhetto, mentre i ragazzi studiano sempre di meno, mentre si diffonde la mala pianta degli esami facili e del « quasi tutti promossi ». Guardate i giornali: elezioni di ogni genere e comitati redazionali scatenati, ma giornali tutti in passivo e tutti più o meno con le stesse notizie, confezionate allo stesso modo.

Ora che questa folle riforma sarà varata, toccherà agli ospedali, ai medici, alle cliniche e alle farmacie; sarà un'altra sagra democratica, un altro tentativo di promuovere un settore per poi finire con l'abbassarne i livelli di rendimento. Ma questa volta demagoghi e politici giocano su un terreno terribile qual è quello della salute pubblica. Perciò confesso che, malgrado mi proponga di non arrabbiarmi, finirò con l'arrabbiarmi anch'io. Infatti, delle due l'una: o tutte le cose scritte in questi testi sono vere, e allora la legge costerà molto più delle facili previsioni del ministro; o non sono vere, e allora si tratta di un altro inganno, poiché i cittadini ai quali si offrono queste cose finiranno con il restare delusi e si creerà un disordine spaventoso in un settore delicato come quello sanitario.

Per meglio capire quello che dico, basta leggere i primi tre articoli della « riforma »: si parla di tutto lo scibile, dall'educazione sanitaria alla prevenzione, dalla cura alla riabilitazione e alla prevenzione, dall'igiene al controllo degli alimenti, dai

farmaci all'addestramento degli infermieri, dalla sicurezza nel lavoro alla tutela della maternità, dalla medicina scolastica alla medicina sportiva, dalla salute degli anziani alla lotta contro gli inquinamenti, dalla raccolta del sangue umano all'eliminazione della discriminazione nei riguardi delle malattie mentali. Convengo che quest'ultimo obiettivo sembra il più ragionevole, ritenendo che gli autori di questo testo debbano avvertire, più o meno inconsapevolmente, la loro dolce follia: quella di voler radunare in una legge tutto quello che resta del risparmio nazionale per investirlo nella spesa sanitaria, specie considerando che questi obiettivi si dovrebbero raggiungere con la collaborazione di altri enti non funzionanti — le regioni — ai quali si delegano compiti di ogni genere, riservando allo Stato altre funzioni amministrative riguardanti un mare di questioni, che non si sa come potranno essere svolte in periferia da parte di uno Stato che non ha organi sanitari periferici propri.

A me pare che, in un paese democratico, le riforme dovrebbero essere graduali, supportabili finanziariamente, tali da non modificare radicalmente le cose, ma da avviare il progressivo riordinamento. Perciò diffido dei testi lunghissimi, degli articolati che non finiscono mai, dove si può trovare tutto e il contrario di tutto, tra l'altro mettendo in difficoltà, ritengo, la grande maggioranza dei parlamentari, che dovrebbero esaminare una riforma così ampia senza avere il tempo di approfondire quelle semplici questioni di principio sulle quali ognuno sarebbe in grado di ragionare, decidendo se siano approvabili o meno. Ad esempio, ho cercato disperatamente un principio fondamentale, in questo libro dei sogni: quello della libera scelta del medico, del luogo di cura, del farmaco.

Signor ministro, non ho trovato questa enunciazione di libertà. Può darsi pure che vi sia, che il meccanismo porti a questa libertà, ma essa non viene dichiarata apertamente nei primi articoli. Non vi è l'affermazione categorica secondo cui il cittadino malato potrà scegliere il suo medico e rifiutare quello che ritenesse asino; non c'è l'affermazione categorica che il cittadino malato potrà rifiutare il luogo di cura indicatogli per sceglierne uno di suo gradimento; non c'è l'affermazione categorica che il cittadino potrà rifiutare un farmaco desiderandone un altro.

Mi pare, perciò, che questa riforma sia una elencazione di obiettivi, di deleghe, di spese, ma senza che su di essa spiri dichiaratamente aria di libertà, come avrebbe dovuto essere almeno nell'articolo 1. Vi si parla di dignità e di libertà della persona umana, ma senza precisare quale libertà e quale dignità.

Questa riforma — se una parte dell'Assemblea non si offende — dirò che somiglia alla nuova Costituzione sovietica, quella gabbellata per più liberale e per più garantista da Breznev. Anche questa Costituzione è una elencazione di obiettivi, di competenze; ma in essa, come nella riforma di Dal Falco, il protagonista è lo Stato. La persona umana e singola vi fa capolino, ma di riflesso, nel senso che la legge dovrebbe, se realizzata, almeno giovargli.

È inutile che mi dilunghi molto sui singoli articoli, anche perché, tra l'altro, prevedo che presenterò emendamenti, nella idea che sia anche mio dovere battermi per riportare la persona umana e singola al centro di questa legge, di questo fantastico servizio sanitario nazionale.

Comunque, debbo aggiungere che la prima critica è quella che ho avanzato: questa riforma finirà col costare l'ira di Dio, finirà col rappresentare un'altra palla al piede di una economia tanto in difficoltà come quella italiana, di uno Stato tanto indebitato come il nostro: uno Stato che non è indebitato solo per eventi passati, ma è pieno di debiti correnti, nel senso che le sue entrate, anche a volerle allungare, non possono bastare per pagare un mantenimento così oneroso.

Ripeto che mi meraviglio del consenso del Ministero del tesoro e della Ragioneria generale dello Stato. Ripeto che non vi è copertura valida per questa riforma. Ritengo, perciò che, anche se il Parlamento l'approvasse, il Presidente della Repubblica dovrebbe rifiutarne la promulgazione, poiché non si sa chi andrà a pagare e come si potrà pagare una spesa tanto imprevedibile.

Vi è poi la seconda critica. La Svezia, l'Inghilterra, hanno fatto riforme sanitarie, ma in un momento buono per le loro economie, mentre per l'Italia questo è il momento della più nera disperazione dall'unità del 1860 in poi. Non sappiamo come potremo pagare l'esistenza delle aziende di Stato e, frattanto, ci vorremmo caricare di una sanità gratuita, mentre già i de-

magoghi parlano di trasporti pubblici gratuiti o semi-gratuiti.

La terza critica è la seguente: si tratta di una riforma statalista che potrebbe portare le cose — ove vi fossero molte disponibilità finanziarie — anche a livello inglese. Mancando, per altro, i fondi, questa riforma può soltanto portare la sanità italiana ai livelli della Russia sovietica o della Romania. È una riforma statalista che, con un aggiustamento di parole, rischia pure di trasformarsi in truffaldina. E ne faccio subito un esempio riferendomi alle norme transitorie per l'assistenza psichiatrica, che dispongono che entro sei mesi si farà un elenco dei degenti da lasciare in manicomio e di quelli per i quali tale misura non si riveli ulteriormente necessaria. Quasi a dire che nei manicomi teniamo tuttora soggetti non malati di mente!

Una legge di questo genere avrebbe dovuto partire dall'idea che i protagonisti della riforma e della spesa sanitaria dovevano tornare ad essere gli ammalati; gli ammalati con il loro diritto alla libera scelta del medico, del luogo di cura, del farmaco. Compagno, invece, troppe volte le parole «programmazione» ed «uniformità nazionale». A me tutto ciò fa senso, poiché si possono programmare le scarpe da produrre, ma è difficile convincermi che si possano programmare malattie e cure. Tra l'altro, si parla troppo nella legge del trasferimento del personale degli enti mutualistici e del trasferimento del personale degli enti locali. Tutto ciò mi dà la sensazione che i veri protagonisti di questa legge siano i dipendenti sanitari, tutta quella gente, cioè, che — negli anni in cui erano ministri della sanità il senatore Ripamonti e l'onorevole Mariotti — balzò a trattamenti retributivi astronomici, facendo giungere la spesa del ricovero ospedaliero dalle poche migliaia di lire alle attuali 60-70 mila lire giornaliere.

Aggiungo che non ho alcuna fiducia negli articoli 64 e 65, il primo dei quali avverte che, fino a che non vi sarà la fiscalizzazione, a pagare l'onere dei contributi obbligatori di malattia dovrebbe essere l'INPS, che a sua volta dovrebbe incassare dai datori di lavoro per questo servizio e dovrebbe avvalersi di personale passato ad esso dagli enti mutualistici in via di liquidazione. Tutto ciò mentre sappiamo che l'INPS sta assumendo o sta per assumere nuovo personale, mentre non sappiamo che cosa andrà a fare quello che l'Istituto stesso erediterà. Se fosse così, d'altronde, si

tratterebbe di un circolo vizioso: si sciogliono gli enti ma il personale passa all'INPS, che - a sua volta - incassa dai cittadini, per versare ciò che incassa ad un servizio sanitario che - a sua volta - dovrà subversarlo alle regioni, le quali - a loro volta ancora - dovranno versarlo alle unità sanitarie locali. Un sistema, cioè, che pare molto gattopardesco nel senso che, pur tra grandi promesse, i contenuti resterebbero eguali, se non ci fosse questo benedetto articolo 53 che prevede l'obbligo dell'assicurazione contro le malattie per tutti i cittadini. Se vi fossero ancora casalinghe non assicurate, ecco un'altra spesa familiare che si profilerebbe! Ma è un'osservazione di poco conto, considerando che oramai quasi tutti rientrano nella sfera dell'assicurazione obbligatoria in Italia.

La gravità dell'articolo 53 è determinata dal fatto che si prevede di procedere, entro il settembre 1979, su proposta del ministro delle finanze, all'applicazione di un'aliquota a far tempo dallo stesso 1979: ecco un'altra imposta nascosta nelle pieghe di questo provvedimento; una specie di tassa di scopo che non dovrebbe essere ammessa in base alla Costituzione (dovrebbe essere stata inserita per tranquillizzare il ministro del tesoro). Confesso che non ho mai avuto dubbi al riguardo. So bene che Pantalone finisce per pagare tutte le follie, sempre; ed infatti questa aliquota da introdurre nel prossimo anno non è specificata quanto al suo importo perché, evidentemente, al Ministero del tesoro vogliono vedere prima quale sarà il costo reale della legge, per invitare poi i cittadini a por mano alla tasca e pagare.

Si parla di aliquota e non di imposta, per evitare di incorrere nel sospetto di incostituzionalità: ma questa tassa sulla salute sarà riferita al reddito imponibile delle persone fisiche; ciò significa che la pagheranno personalmente gli Agnelli, ma non la pagherà la FIAT. Significa pure che quanti rientrano nel cosiddetto reddito basso popolare « esentasse » o non hanno l'obbligo di presentare la denuncia dei redditi, non pagheranno un bel niente!

Trascuro molte altre considerazioni, perché la discussione di una legge siffatta si protrarrebbe per mesi. Ma se non vi fosse demagogia, messianica attesa di un evento riformatore che non potrà migliorare le prestazioni, dovremmo varare non questa legge ma, in sua vece, decine di leggi-stralcio per migliorare ognuno dei settori di cui

si occupa questo provvedimento. Sarebbe stata un'impresa più razionale, anche dando per scontato che la mutualità è superata, che occorre razionalizzare la spesa sanitaria.

Troppi argomenti sono stati recepiti in una sola legge, considerando che, nel suo genere, e per ciò che essa potrà comportare per ogni cittadino, questa normativa potrà assumere importanza maggiore di quella della stessa Costituzione della Repubblica! Per questa ultima si discusse per due anni, mentre solo l'altro ieri gli uffici della Camera ci hanno rifilato i testi di questo provvedimento. Del resto, il fatto che si parli di questa riforma da vent'anni non mi convince, come non mi convince la considerazione che su di essa abbiano lavorato per mesi le Commissioni.

Io non credo al Parlamento degli addetti ai lavori: questi ultimi giovano per le leggi di dettaglio, mentre le leggi-quadro, come questa, debbono essere maturate non solo dai membri della Commissione sanità, ma da tutti i componenti l'Assemblea. Le mie critiche non sono un inno al pessimismo determinato da interessi calpestati o da delusioni; penso che le mie critiche potrebbero diventare un fatto costruttivo; e posso pure aver ragione sostenendo che, al posto di questa legge tanto faraonica ed imprevedibile, sarebbe stato meglio varare, ripetuto, dieci leggi-quadro, per graduare nel tempo e nella spesa lo sforzo riformatore.

Spero che nessuno si sia offeso per le critiche che ho avanzato, soprattutto perché ho formulato il sospetto che vi sia anche una nota di follia nel presentare, ad una Italia economicamente disperata, una spesa pubblica sanitaria tanto imponente: dichiaro a mia discolpa che in una legge tanto ampia avrebbe pur potuto essere recepita una norma intesa ad obbligare i candidati a cariche pubbliche od a pubbliche elezioni a produrre un attestato della propria capacità di intendere e di volere! Spero, tra l'altro, che una cosa del genere si introduca all'articolo 25, che prevede l'istituzione del libretto personale sanitario.

Al termine di tante critiche, voglio concludere con una ammissione. Questa legge, tanto dispendiosa, potrebbe pur rappresentare un atto di fede nel futuro del paese, perché un Governo che in un momento come questo presenta un disegno di legge siffatto, offre la sensazione di nutrire fiducia nell'imminente cessazione della « qua-

resima» italiana e nella prossima ripresa dei guadagni, come ai bei tempi. Sarebbe come in un film, ove un poveraccio dagli abiti rattoppati e dalle scarpe rotte si reca in farmacia per spendervi tutto l'ultimo denaro di cui disponeva: quel poveraccio, in fondo, potrebbe somigliare al nostro Governo e sarebbe un ottimista. Altrimenti, se non fosse ottimista, non vorrebbe andare a spendere tutto in farmacia!

Aggiungo che questa legge tanto ampia pare voglia seguire l'assistito tutta la vita, dalla culla alla — si fa per dire — bara. Anche se per l'esattezza pare che l'unica parte dimenticata sia proprio quella delle bare e dei cimiteri. Forse perché gli autori della legge si illudono con una assistenza tanto imponente di debellare non solo il terribile fenomeno delle malattie, ma in parte anche quello, ancora più terribile, della morte. Se fosse così, metteremmo tutti la firma su questa legge. Se essa veramente — data la spesa che comporta — potesse garantirci la longevità o la salute perenne, daremmo addio tutti quanti ad ogni critica sia chi, come me, avanza critiche perché la ritiene una legge troppo statalista, sia chi, come l'onorevole Massimo Gorla, ha detto di crederla ancora troppo privatista.

Concludo dicendo che invece — malgrado la spesa — sfortunatamente non sarà così. Sfortunatamente, quali che possano essere le spese, ben difficilmente potremo garantire prestazioni sanitarie in grado di debellare le malattie nemiche dell'uomo. E torno così ad affermare che anche questa legge è un'altra prova della tendenza a creare in Italia uno Stato unicamente assistenziale. Anzi, penso che questa legge sia il più grande monumento erigibile allo Stato assistenziale, frutto di una concezione diffusa secondo la quale lo Stato-padre (l'idea che ne abbiamo noi democristiani) e lo Stato-padrone (l'idea che ne hanno i marxisti) dovrebbe dare a tutti stipendi, pensioni, case, trasporti ed anche — perché no? — medicinali!

Mi dispiace non essere d'accordo né con questo progetto di legge né con questa concezione dello Stato assistenziale, ritenendo che una comunità civile e nazionale dovrebbe fondarsi, prima di tutto, sul lavoro, così come dice la nostra Costituzione, e non sull'assistenza gratuita, una specie di bene obbligatorio che non si sa da chi dovrebbe essere pagato.

Mi onoro perciò, signor Presidente, signor ministro, di aver riaffermato in una epoca di demagogia tutti i miei dubbi sul tipo di società civile che stiamo creando con leggi che, come questa sulla riforma sanitaria, possono pure avere motivazioni nobilissime, ma che si riveleranno — o almeno potrebbero rivelarsi — ampollose e costose, veri impedimenti all'unico, grande obiettivo che avremmo dovuto avere in questi tempi, quello cioè di tirar fuori l'Italia dalle secche di una gravissima crisi economica e di lavoro.

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

PALOPOLI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, voglio, nell'iniziare questo mio intervento, associarmi allo auspicio con cui l'onorevole Morini concludeva la sua ampia relazione, l'auspicio cioè che si realizzi su questa legge, alla Camera e poi al più presto al Senato, quella larghissima convergenza che si è realizzata nel corso di tutto il lungo lavoro della Commissione sanità. Un lavoro che ha prodotto risultati importanti e positivi e che è stato favorito — anche in questo concordo con lo onorevole Morini — dai nuovi rapporti fra le forze politiche democratiche e dall'intesa programmatica.

È assai significativo, a mio parere, che il primo tentativo di affermare la riforma sanitaria da parte dello Stato repubblicano, se si prescinde dal progetto predisposto dal Comitato di liberazione nazionale per l'alta Italia, sia stato bruscamente bloccato trenta anni fa dal Governo in coincidenza con la rottura dell'unità antifascista e che, nel perdurare delle divisioni e delle pregiudiziali anticomuniste, non sia stato possibile far giungere in porto, nonostante le ripetute promesse dei governi e le numerose iniziative della sinistra e le grandi lotte di massa che le rivendicavano, nessuna delle grandi riforme sociali nei settori della casa, della scuola, dei trasporti, della sanità.

È significativo poi che, nel nuovo clima caratterizzato dall'intesa programmatica, tutti questi temi si presentino all'esame del Parlamento come scadenze non ulteriormente differibili, come problemi che possono e debbono essere affrontati e risolti.

Il caso della riforma sanitaria è significativo anche sotto questo profilo: non può essere sottovalutato, infatti — lo ricordavano ieri il collega Triva ed altri — che, proprio

## VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

nella fase più intensa del dibattito tra le forze democratiche per la intesa programmatica, sia stato possibile approvare gli articoli del primo titolo, che definiscono la struttura e l'ordinamento istituzionale del servizio sanitario nazionale, contribuendo così a completare, per la materia in esame, i decreti delegati previsti dalla legge n. 382. Altrettanto significativo è che, nello stesso tempo, con l'approvazione della legge n. 349, si ponevano in liquidazione gli enti mutualistici, nel rispetto dei tempi e delle norme stabilite dalla legge n. 386 del 1974.

Tali provvedimenti non erano né facili, né scontati. La pagina bianca sulla sanità nel progetto del Governo sul trasferimento delle funzioni alle regioni ed il ritardo nella presentazione del disegno di legge di riforma costituirono oggettivamente — e non solo oggettivamente — una spinta al rinvio e un formidabile aiuto alle forze e agli interessi costituiti che si oppongono alla riforma. L'approvazione di quei provvedimenti rende ora certamente meno difficoltosa e, nello stesso tempo, ancora più necessaria e urgente l'approvazione della legge di riforma.

Non si può pensare, infatti, in rapporto alle scadenze fissate dal decreto delegato n. 616 del 1977, di passare ai comuni la gestione dei servizi sanitari nello stato di disgregazione funzionale e finanziario in cui oggi essi si trovano, né si può pensare di protrarre ancora più a lungo la gestione commissariale delle mutue senza il rischio di ulteriori gravissimi guasti. Per questo, assumono grande importanza i tempi e i modi con cui si affronteranno i molteplici e complessi provvedimenti che dovranno raccordare l'approvazione della legge con l'avvio del nuovo servizio sanitario.

In questa delicata fase, che, per la natura stessa della riforma e per la ripartizione delle responsabilità tra i diversi livelli istituzionali, impegnerà severamente il Governo, le regioni, i comuni e lo stesso Parlamento, non mancheranno certo i tentativi diversivi e dilatori e la resistenza delle forze che da sempre si oppongono alla riforma. Noi siamo convinti che l'approvazione della legge servirà a ridare slancio e vigore al movimento democratico di massa per la riforma, e siamo convinti che questa approvazione permetterà di affrontare e superare le difficoltà e le resistenze che si incontreranno nella fase di attuazione. È però necessario che tutte le forze

politiche democratiche riescano a sfuggire a considerazioni opportunistiche, a miopi calcoli di parte, per assumere piena coscienza dei problemi e piena responsabilità delle soluzioni, sia per quanto riguarda la definizione dei provvedimenti previsti dalla legge di riforma, sia per quanto riguarda la gestione dei compiti attribuiti da altre leggi, che devono essere svolti in piena coerenza con il processo di riforma per favorire il passaggio dal vecchio al nuovo sistema.

A titolo di esempio, non possiamo non esprimere preoccupazioni sulle notizie che circolano in relazione al comportamento contraddittorio del Governo sulla stipula delle convenzioni uniche con i medici. Se tali notizie fossero confermate — e noi ci auguriamo che vengano smentite — non vi sarebbe coerenza con le affermazioni e le sollecitazioni rivolte alla Commissione sanità dal ministro del tesoro e da altri rappresentanti del Governo per la formulazione di norme atte a garantire il contenimento e la governabilità della spesa sanitaria.

La coerenza e la volontà politica, necessarie alla corretta definizione delle norme e alla gestione del processo di riforma ad ogni livello, sono legate alla comprensione e alla coscienza della importanza e dell'ampiezza di tale processo. Da tempo sosteniamo l'esigenza di superare ogni visione settoriale della riforma sanitaria e di collegarla al quadro generale dello sviluppo economico e sociale.

Le esigenze imprescindibili, poste dalla grave crisi economica, sociale e politica del paese, comportano una modifica profonda del modello di sviluppo e di quello dei consumi, per garantire in modi più economici e civilmente più avanzati il soddisfacimento di bisogni fondamentali delle grandi masse e per realizzare — attraverso una rigorosa qualificazione della crescita della spesa e della produttività della spesa stessa — un cospicuo spostamento di risorse verso investimenti produttivi.

La riforma sanitaria si colloca pienamente in questo quadro di riferimento, così come si colloca al centro del problema della riforma democratica dello Stato, della valorizzazione delle autonomie locali e della partecipazione popolare.

Non c'è dubbio che la comprensione, la coscienza di questi problemi si siano notevolmente estese negli ultimi anni; tuttavia, mi pare che ancora rimangano e sia-

no molto forti posizioni che tendono a vedere i nessi tra la riforma sanitaria e i problemi economici generali del paese in termini meramente quantitativi. È a queste posizioni che rispondeva, mi pare, il Presidente della Commissione igiene e sanità, onorevole Maria Eletta Martini, quando affermava efficacemente che costa più non fare la riforma che farla.

Non si può negare che queste posizioni trovino argomenti seri. Non mi soffermerò su quanto il compagno Triva e altri colleghi hanno detto a proposito della spesa sanitaria e della sua crescente ingovernabilità in assenza della riforma; voglio solo dire che il problema della riforma sanitaria e lo stesso problema della riqualificazione della spesa dovrebbero essere affrontati — e, per la verità, anche in quest'aula essi più volte sono stati così prospettati — per motivi obbiettivi, che travalicano la crisi finanziaria del sistema sanitario. Voglio dire che le posizioni di chi oggi accetta la riforma per il solo fatto che costa più non farla che farla non sono molto diverse e lontane da quelle di coloro che hanno osteggiato la riforma, negli scorsi anni, sulla base di calcoli più o meno attendibili sui relativi oneri finanziari.

Queste considerazioni mi sembrano necessarie, in primo luogo, per capire le ragioni culturali, oltre che politiche, del trentennale ritardo della riforma e degli innumerevoli interventi di tamponamento dei *deficit* degli enti mutualistici, attuati per rinviarla; e anche per capire le ragioni dei mutamenti intervenuti, che hanno reso oggi possibile giungere ad una convergenza così ampia sul testo in discussione. È da questa comprensione che, a mio parere, si può e si deve partire per individuare punti di riferimento certi e linee politiche coerenti per l'approvazione e l'attuazione della riforma.

Il dato di fondo originario, che caratterizza negativamente il sistema sanitario che stiamo per riformare, non è riconducibile, dunque, solo alla sua dispendiosità, ma va piuttosto individuato nella sua inadeguatezza, nella sua incapacità, sempre più marcata, di rispondere alle esigenze di tutela sanitaria della popolazione. E tale incapacità non si manifesta più soltanto nei settori tradizionalmente trascurati da un sistema fondato sull'assicurazione e sull'intervento riparatore *a posteriori* del danno alla salute; ma si è esteso, assai rapidamente e ampiamente, a settori tradizional-

mente più qualificati, sui quali si sono scaricate le carenze e le distorsioni generali.

Per molti, troppi anni si è cercato di rispondere alla domanda popolare di tutela sanitaria estendendo a nuove categorie ed elevando quantitativamente le prestazioni, senza osare mettere in discussione l'ordinamento burocratico del sistema assistenziale: in primo luogo, le mutue, poi gli altri enti preposti alla prevenzione, i quali venivano assumendo, sempre più marcatamente, caratteristiche corporative e clientelari, trasformandosi da strumenti di tutela sanitaria in strumenti di potere e di controllo politico sulle categorie degli assistiti.

Da queste distorsioni, dallo stravolgimento degli obiettivi e dei metodi di gestione di tali enti sono derivati lo sviluppo abnorme dei consumi sanitari, lo scadimento delle prestazioni, l'accentuato squilibrio territoriale dei servizi, la progressiva dequalificazione professionale degli operatori e, naturalmente, la crescita paurosa delle risorse assorbite.

A mettere in discussione tutto questo, a farne oggetto di dibattito e di lotta, a livello di massa, ad affermare l'esigenza di passare dall'assistenza alla tutela della salute sono stati i lavoratori, è stata in primo luogo la classe operaia, che ha scoperto nella fabbrica, nelle condizioni dell'ambiente di lavoro e di vita l'origine e la dinamica della nuova patologia. Tali lotte partivano dalla presa di coscienza dell'insostenibile costo umano e sociale pagato all'organizzazione capitalistica del lavoro, per comprendere faticosamente l'intreccio ed i rapporti tra le condizioni di nocività nella fabbrica e fuori della fabbrica.

Ieri il compagno Tiraboschi ricordava Brindisi e Seveso. La lista si potrebbe estendere a volontà: Priolo, Porto Marghera, Manfredonia, Cirié. Ma occorre aggiungere anche i casi diversi, eppure a quelli strettamente legati, di tante città e paesi, soprattutto del Mezzogiorno, dove le condizioni delle infrastrutture civili aggiungono alla patologia del progresso quella del sottosviluppo. È questa la chiave per capire le ragioni di fondo della riforma, per capire perché ci si presenti oggi la possibilità di contribuire tutti, partendo da esperienze e posizioni diverse, all'approvazione e all'attuazione di questo provvedimento.

Le lotte dei lavoratori hanno posto domande; hanno evidenziato bisogni nuovi; hanno investito e mobilitato le energie di centinaia di comuni e province, affinché si

cimentassero tra grandi difficoltà nel tentativo di offrire una risposta corretta a queste domande; hanno stimolato le regioni ad impegnarsi in uno sforzo di elaborazione unitaria che è stato di grande vantaggio nella stesura dei vari progetti di riforma e dello stesso testo che stiamo discutendo; hanno conquistato ampi strati di operatori sanitari alla causa della riforma, favorendo l'estendersi della consapevolezza che solo la attuazione della riforma può offrire alla grande maggioranza dei medici e degli altri operatori sanitari adeguate possibilità di qualificare sul piano culturale e sociale il loro ruolo professionale, superando la contraddizione frustrante fra interessi scientifici e interessi economici e corporativi.

A me sembra che il testo in discussione, ricco di contributi di tante forze politiche democratiche, porti il segno della grande elaborazione sociale di questi anni e dia una risposta positiva alle domande e ai bisogni delle masse. Certo, vi sono insufficienze e non sempre le soluzioni adottate hanno potuto essere accolte con soddisfazione di tutti. Nella discussione sono già emerse riserve in questo senso. E anche noi avremmo osservazioni da avanzare su alcuni punti. Siamo convinti, però, che il lavoro dei prossimi giorni, se affrontato con lo stesso spirito costruttivo che ha segnato fin qui il cammino della legge, permetterà di ridurre l'area delle riserve e di migliorare il testo ulteriormente.

È stato detto nel corso del dibattito che il testo predisposto dalla Commissione sarebbe nella sostanza un insieme di scatole vuote. Se è vero, invece, come abbiamo cercato sommariamente di dimostrare, che i guasti dell'attuale sistema sono stati originati soprattutto dall'assetto verticale, burocratico e corporativo, rappresentato in primo luogo dalle mutue e dalla conseguente separazione e frantumazione delle competenze e degli interventi, allora tale critica è priva di senso, e si dimostra giusta e produttiva la scelta, su cui si è soffermato ampiamente il compagno Triva nel suo intervento di ieri, di avere definito in via prioritaria il nuovo assetto istituzionale del servizio fondato su una corretta ripartizione delle funzioni tra gli organi centrali dello Stato, le regioni ed i comuni. Tale scelta ha comportato, come necessaria conseguenza, la definizione e la formazione di due principi, che devono caratterizzare in modo permanente e determinante la costruzione e la gestione del servizio sanitario nazionale: il

principio della programmazione e il principio della partecipazione.

I due articoli che affrontano il problema della programmazione dovrebbero fugare le preoccupazioni espresse, in particolare, dai colleghi repubblicani per le gravi conseguenze che deriverebbero dagli articoli relativi ai principi ed agli obiettivi generali del servizio. È infatti evidente che gli impegni fissati nei primi articoli del provvedimento non potranno pienamente realizzarsi senza una svolta profonda nella politica sanitaria e senza misure che garantiscano un effettivo e corposo contenimento della spesa tradizionale. Non solo, ma quegli indirizzi e quegli obiettivi richiedono, più in generale, una svolta nella politica economica e sociale nel suo complesso. Il metodo della programmazione serve dunque a quantificare e a scaglionare nel tempo gli obiettivi in relazione alle risorse disponibili e a quelle che si riesce a liberare riducendo progressivamente sprechi e distorsioni.

Per quanto riguarda la partecipazione delle componenti sociali dei cittadini sia alla definizione degli orientamenti e delle scelte del servizio, sia al controllo e alla gestione sociale dei servizi di base, essa è una garanzia fondamentale per il perseguimento degli obiettivi, per la crescita e per il rafforzamento del sistema delle autonomie locali, nonché uno strumento insostituibile di educazione, di qualificazione sociale e professionale dei cittadini e degli operatori del servizio.

Assai profondi sono stati i guasti che l'attuale sistema sanitario ha prodotto, oltre che nella situazione sanitaria, anche nelle coscienze, nella mentalità di numerosi operatori e amministratori e di grandi masse di cittadini. Si è ad esempio parlato molto di consumismo (ne ho parlato anch'io poc'anzi), ma non è possibile modificare i dati scandalosi come quello delle 21 e mezzo prescrizioni farmaceutiche e delle 14 prestazioni mediche generiche all'anno per ogni assistito, o dei 9 milioni e mezzo di ricoveri ospedalieri ogni anno, se non si creano con la riforma le condizioni, per operatori e cittadini, di cresce insieme, di confrontarsi, di maturare insieme una nuova coscienza sanitaria, anche al fine di superare una diffusa mercificazione della prestazione sanitaria ed un esercizio dell'attività professionale in termini concorrenziali rispetto al servizio pubblico.

Desidero inoltre affermare che l'impegno della Commissione non si è fermato soltanto all'impianto istituzionale del servizio, come è facile verificare da una non frettolosa lettura del testo in esame, e che anzi è stata affrontata e risolta, nel complesso positivamente, una serie di problemi di contenuto estremamente delicato e complesso. A questo proposito ha pesato positivamente la domanda e la elaborazione di massa scaturita dalle grandi lotte per le riforme di questi anni.

Mi preme richiamare rapidamente (altri colleghi del mio gruppo vi si soffermeranno) l'attenzione degli onorevoli colleghi su alcuni di questi problemi. Giudichiamo innanzi tutto positiva e adeguata la soluzione che la Commissione ha dato al problema della gestione di quei presidi sanitari che, per le loro caratteristiche funzionali, sono diretti alla popolazione di più di una unità sanitaria locale. L'attribuzione della gestione di tali presidi all'unità sanitaria locale nella quale sono ubicati, prevedendo tuttavia adeguate forme che tengano conto della loro specificità nella gestione, garantisce l'unità della gestione di tutti i presidi a livello territoriale e supera la separazione tra i servizi ospedalieri e quelli extraospedalieri, che è causa tra le più rilevanti di distorsioni, di inefficienza e di spreco. La chiara affermazione della gestione di tutti i presidi con riferimento al territorio è fra l'altro l'indispensabile premessa per un generale riequilibrio del servizio e per una piena utilizzazione e valorizzazione del personale sanitario.

Giudichiamo inoltre positivo il complesso di norme con cui si affronta il problema della prevenzione. È da tempo acquisito nel dibattito politico che gli interventi per la tutela della salute, in particolare nel settore della prevenzione, richiedono l'esercizio di una molteplicità di funzioni e l'attuazione di provvedimenti in campi assai diversi, quali in particolare quello dell'assistenza sociale, dell'urbanistica, dell'assetto territoriale, della lotta agli inquinamenti, della tutela dell'ambiente, della scuola, della organizzazione produttiva e del lavoro.

Il testo che discutiamo, in riferimento agli articoli sui principi e sugli obiettivi generali, colloca la prevenzione in questo quadro di riferimento ed affronta poi in altri articoli il problema dell'attribuzione delle funzioni e quello della definizione di specifici strumenti di intervento. Devo ricordare che su questo complesso di norme il

dibattito è stato particolarmente impegnato e che, pur partendo da posizioni molto differenziate, siamo riusciti (anche per il prezioso contributo della Commissione lavoro) a definire in modo complessivamente soddisfacente la materia.

Il nostro giudizio positivo sulle norme definite riguarda in particolare la corretta distribuzione delle funzioni in materia di prevenzione tra i diversi livelli istituzionali e l'attribuzione globale alla unità sanitaria locale della gestione di tutti relativi servizi organizzati nel territorio, anche in materia antinfortunistica.

Per questo non ci sembra fondata la preoccupazione del compagno Tiraboschi relativamente alla natura dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro. La chiara definizione dei compiti spettanti a questo organismo non offre spazi alla riesumazione degli inadeguati e screditati enti che vengono sciolti, mentre si prospetta, invece, la possibilità di dar vita ad un serio strumento di ricerca e di consulenza tecnico-scientifica per gli organi responsabili dell'attuazione del servizio ai vari livelli. Tanto più che la soluzione adottata non trascura il rischio, evidenziato dall'onorevole Tiraboschi, di una separazione tra l'Istituto in questione e il servizio, e prevede, quindi, che sia assicurata « la piena integrazione dell'Istituto nel servizio sanitario nazionale per tutte le attività... che riguardano la prevenzione dalle malattie professionali e dagli infortuni sul lavoro »; prevede, inoltre, che l'Istituto « collabori anche ai fini dei programmi di ricerca e di sperimentazione con l'Istituto superiore di sanità ».

Per quanto riguarda il riordinamento dell'intera normativa sulla prevenzione, dobbiamo riaffermare (tale questione è stata qui richiamata dal relatore e da altri colleghi intervenuti), quanto abbiamo dichiarato in Commissione, e cioè che andare ad una nuova normativa, innovatrice in materia di prevenzione, richiede un approfondimento che non può essere limitato a quella discussione che si è avuta in Commissione. Il fatto che noi non abbiamo accettato, anzi, abbiamo respinto le proposte che sono state formulate in Commissione su questo tema va chiarito una volta per tutte e va messo in relazione con le proposte che prospettavano una delega al Governo priva di criteri direttivi, o in cui essi si limitavano soltanto alle enunciazioni dei titoli, in una materia (voglio ricordarlo) di straordinaria

complessità e delicatezza, che coinvolge fondamentali rapporti fra grandi forze sociali e sulla quale, a nostro parere, occorre un ulteriore approfondimento.

Mi pare, infine, importante che il progetto di riforma abbia colto le istanze di rinnovamento che sono proposte nel paese da un movimento sempre più ampio di operatori, di amministratori e di cittadini, in materia di assistenza psichiatrica; e ci sembra qualificante che su una questione così delicata e complessa siano stati fissati, in modo responsabile, dei punti di riferimento che danno una risposta concreta alla esigenza di innovare i modelli di gestione dei servizi per la tutela della salute mentale, tradizionalmente emarginati e segreganti, abrogando, coerentemente con quanto ho detto, le leggi vigenti in materia.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, sono certo che affronteremo con il massimo impegno e con spirito costruttivo il lavoro che ci resta da svolgere per l'approvazione della legge.

I compiti connessi all'attuazione del servizio sanitario nazionale ed affidati ai comuni, alle regioni e al Governo sono impegnativi e complessi. Essi esigono la più rigorosa coerenza con i principi e gli obiettivi della riforma e richiedono fermezza e vigore nell'affrontare, nella delicata fase dell'attuazione e della gestione, il groviglio degli interessi e dei privilegi che si è venuto consolidando attorno al sistema sanitario.

Permettetemi di osservare, concludendo, che il processo di attuazione della riforma sarebbe più sicuro e più rapido se la fase di attuazione fosse gestita da un Governo e da una maggioranza ampia ed autorevole come quella che ha portato in aula questo progetto di legge. (*Applausi all'estrema sinistra*).

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

**GASCO.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, mi riprometto, in questo mio intervento, di approfondire alcuni aspetti che si riferiscono al tema più generale del rispetto del pluralismo e dell'affermazione del diritto alla partecipazione.

L'intero testo della Commissione sanità ha largamente recepito questi concetti che giudico molto importanti. Credo, infatti, che nessuno possa illudersi di portare avanti

una riforma di questa portata senza il consenso della generalità dei cittadini e senza la più larga partecipazione di tutti alla programmazione ed alla gestione dei servizi nelle nuove strutture del servizio sanitario nazionale. La discussione in aula sull'istituzione del servizio sanitario nazionale avviene mentre di fronte alle Commissioni riunite affari costituzionali ed interni è iniziata la discussione generale sulla proposta di legge-quadro per l'assistenza pubblica.

Entrambe queste riforme sono state rese più urgenti dai termini fissati dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616, con il quale i problemi relativi alla assistenza ed alla sanità sono stati trattati in modo parallelo nel capitolo dedicato ai servizi sociali, fissando al 1° gennaio 1979 il limite entro il quale il Parlamento può approvare leggi-quadro di indirizzo per la legislazione regionale in tali materie.

Sia per la sanità sia per l'assistenza, nelle citate norme delegate, emanate in base alla legge n. 382, è stata fatta una scelta a favore dei comuni, singoli o associati, ai quali — a norma dell'articolo 118, primo comma, della Costituzione — sono stati attribuiti direttamente compiti estremamente importanti nelle materie indicate.

La scelta a favore dei comuni ha anticipato, nel decreto del Presidente della Repubblica n. 616, la soluzione che viene ora proposta con l'istituzione dell'unità sanitaria locale, a proposito della quale non posso che sottoscrivere le considerazioni formulate dal preciso ed appassionato relatore, onorevole Morini. Infatti, la soluzione così adottata è sufficientemente flessibile e tale da consentire di coprire l'intero territorio nazionale con la nuova struttura di carattere locale che unificherà sul territorio tutti i servizi sanitari oggi esistenti e dipendenti dagli enti più disparati. Si tratta, come ho detto, di una struttura flessibile, poiché consente di far fronte sia alle necessità delle città con grande concentrazione di popolazione sia dei piccoli comuni sparsi su un territorio molto vasto.

Sarebbe stato assai utile che il Parlamento avesse, in precedenza, già affrontato e risolto anche il problema della riforma delle autonomie locali: conoscere con esattezza le nuove strutture attraverso cui si eserciterà l'autogoverno locale avrebbe indubbiamente giovato non poco alla definizione della unità sanitaria locale. In particolare sarebbe stato assai utile avere già definito le caratteristiche del cosiddetto

ente intermedio. In mancanza di tutto ciò la soluzione proposta per l'unità sanitaria locale è la più idonea ad assicurare la continuità di servizi sanitari nel difficile momento del passaggio dalle vecchie alle nuove strutture.

Esiste uno stretto parallelismo, anzi una complementarità tra il settore della sanità e quello dell'assistenza; questo elemento ha già indotto alcune regioni a legiferare in tali materie unificandole in uno stesso provvedimento sui servizi sociali. L'analogia tra i due settori non si limita — ovviamente — alla impostazione nelle unità locali dei servizi strettamente legati ai comuni, ma si estende anche ad altri aspetti. Ciò accresce l'importanza della discussione che si svolge oggi in Parlamento, in quanto taluni orientamenti ed impostazioni, accolti nel testo proposto dalla Commissione sanità, non potranno certamente essere ignorati o contraddetti in sede di legge per l'assistenza pubblica.

Desidero, pertanto, sottolineare con piacere lo spazio che in questo testo è stato riconosciuto negli articoli 37, 38 e 39 alle associazioni di volontariato, alla mutualità volontaria ed alle stesse istituzioni sanitarie private. Particolarmente significativo è l'articolo 38, che ha rimediato a lacune e carenze emerse da una lettura più attenta dell'articolo 25 delle citate norme delegate della legge n. 382.

Considerazioni analoghe occorre fare in linea di massima anche per quanto concerne il diritto alla partecipazione. Infatti, tale principio è accolto sia all'articolo 11, per quanto riguarda la programmazione ed i piani sanitari regionali, sia all'articolo 13, per quanto concerne l'attività delle unità sanitarie locali.

È a questo punto che desidero richiamare l'attenzione dei colleghi su alcuni aspetti più particolari. L'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica n. 616, definendo il concetto di assistenza sanitaria ed ospedaliera, ha incluso al punto b) la riabilitazione degli stati di invalidità e la cosiddetta assistenza protesica agli inabili. Il concetto è stato puntualmente recepito all'articolo 24 del testo della Commissione, che ha attribuito tali prestazioni alle unità sanitarie locali.

È superfluo ricordare come all'istituzione del servizio sanitario nazionale si guardi con fiduciosa attesa e con un senso di speranza, particolarmente da parte di quelle categorie di cittadini che, per essere invalidi in modo

permanente (si tratta di milioni di cittadini) sono destinati, non certo per loro scelta, ad essere utenti in modo continuativo delle nuove strutture.

In un recente incontro di carattere nazionale, organizzato per incarico del mio partito, i temi di questa legge-quadro sono stati dibattuti in modo approfondito; e sento il dovere di farmi qui eco di alcune considerazioni molto pertinenti, che sono emerse da tali discussioni.

In ordine alle leggi-quadro per il servizio nazionale e per l'assistenza sono state avanzate alcune richieste, che risultano già in larga misura comprese nel testo in esame. La prima è relativa al vincolo di destinazione ai servizi sanitari delle strutture a tal fine utilizzate da enti locali e nazionali. In secondo luogo, si chiede la garanzia del mantenimento dei livelli delle prestazioni già in atto, fruite dagli invalidi di ogni tipo e categoria. Ancora, si chiede la garanzia della libertà di scelta per gli utenti, attraverso pluralità di interventi, finalizzati allo sviluppo integrale dell'uomo.

La richiesta che considero più importante, che è stata ribadita con insistenza da esponenti di tutte le categorie di invalidi, riguarda la presenza di loro rappresentanze negli organismi di programmazione, gestione e controllo dei servizi sanitari ed assistenziali. Nel corso di parecchi decenni, durante i quali l'assistenza sanitaria specifica agli invalidi di ogni tipo è stata gestita direttamente dallo Stato o da enti pubblici nazionali, questo diritto alla partecipazione è stato sempre riconosciuto dalle nostre leggi alle varie associazioni di categoria, alle quali sono attribuite la rappresentanza e la tutela degli invalidi.

Mentre il nuovo assetto del servizio sanitario nazionale si apre al pluralismo e alla partecipazione di tutti, non pare logico cancellare forme di partecipazione e di rappresentanza che sono in atto. Non bisogna dimenticare che coloro che sono invalidi in modo permanente sono destinati ad essere utenti in modo continuativo di particolari servizi, come quelli riabilitativi e protesici. Questi ultimi sono particolarmente delicati e, anche per ragioni psicologiche, appare opportuno che almeno per tali servizi specifici si mantengano in vita forme di partecipazione che si sono rivelate positive. Mi spiegherò con un piccolo esempio per non essere frainteso.

Attualmente la fornitura ed il collaudo delle protesi fornite dall'ONIG ai mutilati

di guerra e agli invalidi per servizio sono approvati da apposite commissioni, nelle quali sono ampiamente rappresentate le categorie interessate. Si tratta di forme di partecipazione che consentono agli invalidi di sentirsi tutelati ed inseriti di pieno diritto nelle strutture pubbliche del nostro paese.

Queste considerazioni le ritengo importanti, particolarmente per questa fase iniziale di trapasso verso un nuovo sistema di assistenza sanitaria nel quale occorre assicurare in ogni modo che proprio i cittadini che sono maggiormente in difficoltà non debbano risentire alcuna conseguenza negativa per il mutamento.

La radicale trasformazione dei nostri servizi sanitari può essere l'occasione per far compiere al nostro paese un notevole salto di qualità; il suo successo dipende in larghissima misura dal consenso e dal favore col quale tale trasformazione verrà accolta dai nostri cittadini.

Se il rispetto del pluralismo e del diritto alla partecipazione, che ha ispirato in larga misura i lavori della Commissione, potrà essere esteso a tutta la legislazione regionale, si saranno creati, in tal modo, i presupposti perché la creazione del servizio sanitario nazionale coincida con una crescita della nostra società libera e democratica (*Applausi al centro*).

**PRESIDENTE.** È iscritta a parlare la onorevole Susanna Agnelli. Ne ha facoltà.

**AGNELLI SUSANNA.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, da quando si parla di riforma sanitaria è stato obiettivo costante del partito repubblicano italiano un servizio sanitario nazionale efficace per la salute dei cittadini e il riequilibrio della prestazione dei servizi su tutto il territorio del paese, efficiente nella sua organizzazione istituzionale e cioè nella ripartizione delle competenze, nella qualificazione del personale, negli strumenti e nelle procedure operative; e ciò anche al fine di controllare l'andamento crescente della spesa sanitaria che, se costituisce un problema per tutti i paesi, rappresenta per noi addirittura un dramma.

Il lavoro finora svolto in Commissione ha indubbiamente il merito di avere finalmente affrontato un problema che si trascina da anni; ma, forse anche per il modo in cui tale lavoro si è svolto — nell'arco di dieci mesi e con un procedimento fram-

mentario — sussistono alcune fondamentali perplessità.

Innanzitutto, sul sistema di programmazione, il progetto di legge prevede la fissazione di principi per assicurare uno *standard* sanitario uniforme per tutto il territorio nazionale e la determinazione dei livelli minimi delle prestazioni che devono essere garantite a tutti. Prevede inoltre che lo Stato ne definisca gli obiettivi col concorso delle regioni, ma non viene indicata la sede istituzionale propria per adempiere a tali prescrizioni. Si prevedono, in effetti, piani nazionali triennali nel cui ambito dovrebbero poi essere definiti quelli regionali, ma non risulta chiaro il meccanismo di successione di tempi, di modalità di reciproca comunicazione, di sedi istituzionali per una sostanziale e funzionale integrazione dei piani stessi.

Il quadro si complica poi ulteriormente se si considera che comuni e province intervengono per alcuni aspetti nella definizione e nell'attuazione dei programmi, mentre le unità sanitarie locali sono gli effettivi centri erogatori di spesa e di prestazione, pur non avendo alcuna competenza in materia di programmazione.

#### PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE SCALFARO

**AGNELLI SUSANNA.** Un secondo motivo di perplessità riguarda il finanziamento. La procedura prevista dal provvedimento in discussione è molto complessa e tuttavia non determina in alcun modo i limiti del finanziamento. Il pericolo di uno sviluppo incontrollabile della spesa — con eccedenze dai limiti originariamente previsti — si profila con assoluta certezza per la mancanza di termini chiari e perentori in ordine alla presentazione dei bilanci consuntivi ed all'attribuzione di responsabilità specifiche agli amministratori. Così come è pericoloso aver previsto che i comuni, le comunità montane e i consorzi dei comuni possono provvedere ad autonomi impegni di spesa corrente superiori a quanto previsto; di qui la possibilità che si accentui il divario tra le zone in base al reddito.

Un'ulteriore complicazione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale è costituita dall'attribuzione della competenza ad accettare e riscuotere i contributi sociali di malattia dovuti agli enti mutualistici — fino al 31 dicembre 1978 e, dal

1° gennaio 1979 fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali - all'INPS, di cui sono note le gravi difficoltà di funzionamento e l'exasperante lentezza nell'erogazione delle prestazioni.

Infine, il meccanismo del finanziamento e delle erogazioni delle somme stanziato non tiene conto dei tempi tecnici necessari perché le somme vengano effettivamente spese, il che fa legittimamente prevedere la permanenza degli oneri passivi conseguenti alla necessità di assumere crediti, da parte degli organismi operativi, per le esigenze correnti.

La terza perplessità riguarda le unità sanitarie locali. L'autonomia tecnico-funzionale loro attribuita, con gli organi di gestione nominati dai comuni interessati territorialmente, da un lato creerà, prevedibilmente, una duplicità di impegni per gli amministratori locali; dall'altro provocherà la coesistenza, nella stessa unità sanitaria locale, di interessi, anche politici, fondamentalmente diversi, che potranno portare, in alcuni casi, a gravi difficoltà di funzionamento, quando non addirittura alla paralisi. Il progetto di legge, infatti, non prevede una responsabilità individualizzata per il funzionamento dell'unità sanitaria locale (quale potrebbe essere una direzione amministrativa e gestionale); ne conseguono competenze estremamente differenziate tra strutture locali del servizio sanitario nazionale (ad esempio, le competenze ospedaliere, quelle poliambulatoriali, quelle dei servizi sul territorio), ognuna delle quali - se non sufficientemente coordinata con le altre in una continuità funzionale - condurrà al permanere della separazione netta degli interventi e delle prestazioni, mancando così l'obiettivo fondamentale della riforma che è l'educazione sanitaria in un processo integrato di prevenzione, cura, riabilitazione e servizi territoriali.

Un'ultima perplessità riguarda l'aspetto istituzionale: si tratta di una molteplicità di strutture, e quindi di competenze (non coordinate), che può risultare da un semplice elenco. Per le competenze riservate allo Stato è previsto l'intervento della Presidenza del Consiglio dei ministri, del Consiglio dei ministri, del CIPE, del ministro della sanità previo parere del Consiglio nazionale sanitario, del Consiglio superiore di sanità e, in alcuni casi, dell'Istituto superiore di sanità. A livello decentrato è prevista la competenza delle regioni, sia in materia di programmazione, sia in

materia di destinazione dei fondi, mentre ai comuni e alle comunità montane sono attribuite tutte le funzioni amministrative residue in materia di assistenza sanitaria ospedaliera e alle unità sanitarie locali è attribuita autonomia tecnico-funzionale nonché la gestione dei fondi. Alle province è infine attribuita la competenza ad approvare, nell'ambito dei piani regionali, la localizzazione dei presidi e servizi sanitari che riguardano più unità sanitarie locali, il tutto nell'ambito dei piani regionali.

Un aspetto a parte - ma di particolare gravità - riguarda il periodo transitorio fino all'entrata in funzione del servizio sanitario nazionale. Intanto, per non preconstituire situazioni di fatto, le regioni dovrebbero essere vincolate a non mettere in atto strutture sanitarie a livello territoriale, come i consorzi socio-sanitari, doppiando le unità sanitarie locali. Più pericoloso e oneroso ancora è il fatto che non sia previsto un finanziamento per il periodo transitorio, anche perché con la legge n. 565 del 1977 si è provveduto al finanziamento limitatamente agli anni 1975-1976, lasciando però scoperta la quota finanziaria riguardante il 1977 e il 1978. Da ciò la necessità, per le regioni, di ricorrere alle anticipazioni bancarie. Per il 1977 gli oneri passivi sono ammontati ad oltre 400 miliardi: un aumento senza alcun beneficio.

Si potrebbero dire molte altre cose sul provvedimento oggi in discussione; ma questi enunciati ci sembrano i punti fondamentali sui quali richiamare l'attenzione della Camera, queste le perplessità che abbiamo ritenuto giusto manifestare agli onorevoli colleghi ed al paese.

#### **Trasmissione dal Senato di un disegno di legge, sua assegnazione a Commissione in sede referente e autorizzazione di relazione orale.**

**PRESIDENTE.** Il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza il seguente disegno di legge, modificato da quel Consesso;

« Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 ottobre 1977, n. 798, concernente la distillazione agevolata di patate » (1838-B).

Ritengo che esso possa essere deferito alla XI Commissione (Agricoltura), in sede

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

referente, con parere della I, della V e della VI Commissione.

Dati i motivi di particolare urgenza, propongo, altresì, che la Commissione stessa sia autorizzata sin d'ora a riferire oralmente all'Assemblea.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

*(Così rimane stabilito).*

### Si riprende la discussione.

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

**NICOLAZZI.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, l'affermare che il progetto di riforma sanitaria dal paese si trasferisce nell'aula di questa Camera, significa non soltanto sottolineare un momento storico per l'evoluzione democratica della nostra società, ma altresì evidenziare la sintesi di così larga partecipazione, registratasi nelle fasi preparatorie, come per nessun altro problema si era in precedenza verificato. Non pochi di noi, già nelle precedenti legislature, hanno lavorato a lungo per la elaborazione di una riforma che rispondesse alle esigenze della società. Ma ostacoli imprevedibili, come le elezioni anticipate del 1976, hanno vanificato ogni impegno, che pur aveva portato a larghe convergenze.

Per la prima volta un progetto di legge di riforma sanitaria giunge nell'aula di Montecitorio. L'importanza e l'urgenza della sua approvazione siano per noi motivo di meditazione, affinché il senso di responsabilità verso il paese ci consenta, finalmente, di esercitare pienamente questo nostro mandato. I socialisti democratici, che da sempre vedono nel problema della salute pubblica uno dei tre cardini del loro programma sociale, in tutti questi anni hanno dato il loro contributo alle iniziative, alle proposte, ai pubblici confronti per la soluzione del problema della riforma. Gli atti del nostro convegno del marzo 1975 — cui hanno partecipato tutte le forze politiche — si riscontrano in gran parte nelle proposte che si trovano all'esame dell'Assemblea e che sono il risultato della più ampia consultazione. I partiti, i sindacati e tutte le categorie interessate — medice e non — attraverso convegni, dibattiti e confronti con la stessa Commissione sanità hanno dato un contributo responsabile e qualificato. Così

come gli enti locali, attraverso l'ANCI e le regioni, hanno avuto un ruolo di stretta collaborazione durante tutto l'iter dei nostri lavori.

La presentazione all'Assemblea del progetto di legge di riforma sanitaria è, di conseguenza, un avvenimento di grande rilevanza politica, resosi necessario ed obbligatorio, dopo l'approvazione della legge n. 386 del 1974, che, ove non inquadrata nel più generale disegno riformatore, con il coordinamento di tutte le strutture pubbliche operanti nel settore sanitario, avrebbe finito col determinare, per una insostenibile dicotomia istituzionale tra strutture ospedaliere e strutture extraospedaliere, una situazione di grave ed assurda precarietà del sistema, con imprevedibili conseguenze sul piano del finanziamento e dell'incidenza incontrollata della spesa.

Per queste ragioni, i socialisti democratici confermano il loro impegno per una puntuale ed organica riforma, rispondente ad un assetto adeguato alle esigenze della società, con la realizzazione di un servizio sanitario nazionale concepito quale organizzazione pubblica interdipendente e coordinato nei servizi preposti, sul piano preventivo, curativo e riabilitativo, alla tutela della salute fisica e psichica dei cittadini.

Per essere imperniato sulla estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, per il fatto di poggiare sul riconoscimento della tutela della salute pubblica, quale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, con il superamento della mutualità ed il trasferimento alle regioni delle competenze legislative ed amministrative previste dalla Costituzione, l'istituzione del servizio sanitario nazionale è configurabile quale adempimento di un dovere sociale e, nello stesso tempo, quale attuazione di un progetto costituzionale. Le discussioni che si sono intrecciate lungo l'arco di un decennio sulla impostazione di fondo, il confronto che ha preso consistenza e che su alcuni aspetti si svilupperà, nei prossimi giorni, anche in questa sede, sono stati vivi ed impegnati.

Durante il dibattito hanno preso sempre maggiore consistenza sia la consapevolezza della irrazionalità di un assetto dell'assistenza sanitaria, raggiunto attraverso la stratificazione legislativa delle norme entrate in vigore lungo ben tre quarti di secolo, sia l'avvio del suo superamento, che è stato reso effettivo ed irreversibile dai dispositivi

dei termini di scadenza di cui alla ricordata legge 17 agosto 1974, n. 386.

L'istituendo servizio sanitario nazionale dovrà garantire *in primis et ante omnia* la protezione sanitaria globale di tutti i cittadini come impegno di civile solidarietà di tutta la collettività nazionale; la continuità senza limiti di tempo del diritto a fruire dell'assistenza di cui si ha bisogno; la libera scelta del medico e del luogo di cura, nella logica dell'inviolabilità dei limiti posti dalla Costituzione nel campo della tutela della salute, a garanzia del rispetto della personalità umana; il decentramento e la partecipazione democratica, a tutti i livelli, degli utenti e delle formazioni sociali alla gestione del servizio.

Più in particolare, il nuovo assetto sanitario (non sembri superfluo ribadirlo) sul piano dei principi deve assicurare: la globalità dell'intervento sanitario nei momenti preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo; l'eguaglianza nel diritto all'assistenza di tutti i cittadini senza distinzione sociale; la continuità dell'assistenza senza limiti di tempo; il rispetto costante della libertà della persona umana nell'esercizio del diritto all'assistenza; l'avvio di un sistema di finanziamento che chiami i cittadini a contribuire secondo le singole possibilità; la partecipazione democratica a tutti i livelli di gestione degli utenti e delle formazioni sociali.

Un impegno del genere, sulla base dell'assunto costituzionale, nasce dalla consapevolezza in sede politica della capacità di autorganizzazione degli enti locali, in termini di maturità democratica. Il raggiungimento del fine è certo collegato al senso di responsabilità e di partecipazione dei cittadini, al coinvolgimento del loro impegno democratico per un funzionamento organico del servizio sanitario nazionale. Non va però sottaciuto che restano ancora problemi aperti, sui quali è chiamata a pronunciarsi questa Assemblea.

In ordine agli aspetti relativi alla struttura dell'unità sanitaria locale (istituzione di primaria importanza per tutta la riforma), si impongono alcune riflessioni più volte espresse, affinché la gestione corrisponda agli obiettivi. Anche se il testo non esclude un organismo ad elezione diretta, riteniamo che, per le specifiche responsabilità cui la gestione stessa è chiamata, sia più facile individuare una rappresentanza qualificata attraverso elezioni indirette, almeno come primo momento d'attuazione.

Un'altra preoccupazione è stata da me palesata in Commissione circa la gestione dei presidi sanitari. Ritengo che, sempre nella prima fase di attuazione, l'organismo eletto non sia nella possibilità di gestire direttamente gli ospedali. Se vogliamo che fin dal primo impatto non derivino effetti negativi dai quali risulterebbero subito vanificati i primi risultati, bisogna prevedere commissioni gestionali alle dirette dipendenze delle unità sanitarie locali.

Anche l'impostazione e la definizione dei problemi della prevenzione hanno visto disattese alcune puntualizzazioni emerse nel corso dei lavori del Comitato ristretto; in taluni particolari aspetti è compito di questa Assemblea giungere a più precise definizioni in materia.

Lo stesso va detto per lo stato giuridico ed economico degli operatori sanitari (in particolare degli operatori medici), in relazione non certo ad una qualsiasi impostazione settoriale corporativa, bensì ad una specificità ed essenzialità di funzione che non può disconoscersi.

La riforma psichiatrica, poi, costituisce un obiettivo di grande impegno. Concordi nel riconoscere le condizioni di particolare arretratezza legislativa e strutturale del settore, ci si impone di giungere nel più breve tempo possibile alla soppressione dei manicomi, all'istituzione di strutture sostitutive con la scomparsa di ogni carattere emarginante di custodia, collocando l'assistenza psichiatrica nell'ambito di quella sanitaria generale.

Tralasciando altri problemi sui quali altrove ci siamo ampiamente intrattenuti (come ad esempio la riforma del settore farmaceutico), mi sia consentita qualche osservazione in ordine agli impegni finanziari comportati dalla realizzazione del sistema, non per interporre ostacoli, bensì per dimostrare con quanto senso realistico affrontiamo il problema e per smentire altresì quanti avversano la riforma, adducendo pretestuose impossibilità di sostenere una spesa di tanta entità in un momento così difficile per la nostra economia, ma dimenticando che in prospettiva costerà molto di più il non dare al sistema un'adeguata riforma.

La dilatazione della spesa mutualistica — come è noto — nel periodo intercorrente tra il 1954 e il 1974 ha registrato un incremento annuo superiore al 17 per cento. In un solo anno fra il 1975 e 1976 l'onere gravante sul settore sanitario è passato da

7.427 miliardi a 9.314 miliardi. L'incidenza di queste cifre ci fa sembrare astratto e poco credibile che l'ammontare dello stanziamento da devolvere al fondo nazionale per l'assistenza sanitaria in ogni caso non possa superare il 6 per cento del prodotto nazionale lordo ai prezzi di mercato. La realtà è che, restando ferme le attuali strutture e ammettendo l'ipotesi tutt'altro che accertabile che rimangano ferme le prestazioni, il costo della tutela della salute non potrà non continuare ad accrescersi.

È per queste ragioni che l'ipotesi elaborata per il CNEL dal professor Mario Alberto Coppini non può essere passata sotto silenzio: tenuto conto dei dati relativi al 1976, da integrare sulla base del tasso medio aggiuntivo registrato nel quinquennio, è da prevedere che nel 1978, ove vengano assunti quali costanti la moneta ed il reddito del 1976, la spesa per le istituzioni sanitarie finirà con il superare i 10 mila miliardi.

L'esigenza di puntare attraverso l'istituzione del servizio sanitario nazionale su una razionale e rigorosa riqualificazione della spesa gravante sul settore è quindi fuori discussione. Non è realistico, invece, il prevedere che il risultato della pur possibile e necessaria riqualificazione della spesa possa essere la compressione dell'onere finora sostenuto.

È nostra opinione che alla dilatazione delle prestazioni ed all'allargamento dei potenziali beneficiari dei servizi da erogare non potrà far riscontro, soprattutto nei primi anni, una compressione della spesa. Tutto questo indipendentemente dalla portata e dall'incidenza della razionalizzazione introdotta.

L'unificazione dei livelli assistenziali, la estensione delle prestazioni ai 2 milioni di cittadini non inseriti per il passato nel sistema mutualistico, la parificazione delle retribuzioni che l'esperienza dimostra essere conseguibile soltanto sui livelli medio-alti, i gravami conseguenti al maggiore impegno nei settori della prevenzione sanitaria e della riabilitazione, tutti questi fattori non potranno non far sentire la loro incidenza. Ed è per questo che riteniamo che l'effettiva realizzazione di un disegno di riforma sanitaria, allorché sarà diventato legge, esiga una corretta previsione delle risorse che, come già individuato nel programma economico nazionale per gli anni 1966-1970, abbia a propria base la « fiscalizzazione

progressiva del sistema di finanziamento, diretta a realizzare un'equa distribuzione degli oneri tra i cittadini in base alla rispettiva capacità contributiva anche in collegamento con la riforma tributaria ».

Sono questi i nodi finanziari che bisogna sciogliere preventivamente ed in maniera chiara partendo dal presupposto che il raggiungimento degli obiettivi nei quali è da individuare la ragione d'essere del servizio sanitario nazionale non può più essere procrastinato nel tempo, a meno che non ci si voglia rendere responsabili della paralisi del sistema e della vanificazione di un disegno di riforma che impegna da oltre 10 anni tutti i settori politici.

Siamo d'altra parte convinti che una stasi nell'*iter* già delineato nella Commissione sanità della Camera comporterebbe, oltre ad un aggravamento delle disfunzioni, anche una lievitazione incontrollata ed incontrollabile della spesa sanitaria alla quale, per altro, non farebbe riscontro alcun miglioramento delle prestazioni.

I socialisti democratici realisticamente ritengono che l'incidenza della spesa sanitaria debba essere prevista, sin dall'inizio, su valori che si aggirano intorno al 7 per cento del prodotto nazionale lordo. Tale previsione dovrebbe assicurarsi attraverso la parziale revisione delle contribuzioni e mediante un avvio deciso della fiscalizzazione.

Una riforma come quella che stiamo per varare è profondamente innovatrice; per questo comporta chiarezza sul piano normativo. Di qui la nostra preoccupazione ed il nostro invito a meglio definire quei temi che non ci sembrano sufficientemente risolti in sede di Commissione. La riforma comporta chiarezza sui tempi, gli assetti e sulle prospettive del nuovo sistema, il coinvolgimento responsabile, convinto e partecipato dei medici e di tutti gli altri operatori sanitari, il raccordo trasparente ed operante sul piano della concretezza tra le iniziative in corso di realizzazione, in applicazione di leggi già approvate, e quanto previsto nella seconda parte del progetto di legge generale di riforma.

Onorevoli colleghi, le forze politiche che hanno contribuito alla stesura del progetto di legge approvato dalla Commissione, e che è oggi all'esame dell'Assemblea, hanno manifestato soddisfazione per il risultato raggiunto, anche se taluna di esse ha denunciato zone d'ombra ancora esistenti e talaltra si è richiamata alla necessità che in questa sede un nuovo sforzo venga compiuto

to per migliorare quei passi ancora lacunosi e fugare i dubbi residui.

Noi manifestiamo la volontà che, attraverso un confronto delle proposte espresse attraverso gli emendamenti che ogni parte politica certamente presenterà, si debba rapidamente arrivare alla più larga intesa che consenta di dare l'avvio ad una riforma che pur nelle sue inevitabili difficoltà iniziali e di fronte ad immancabili ostacoli rappresentati da tenaci resistenze di taluni settori, trovi consenso e disponibilità nelle sue graduali realizzazioni, anziché critiche frenanti nel suo cammino. Approvazione sollecita non significa però sottrarsi ad un ulteriore, responsabile approfondimento del problema: l'entusiasmo di chi ritiene che tra pochi giorni la Camera dei deputati possa dare la propria approvazione deve essere contenuto dalla necessità di qualche settimana di riflessione, di ulteriore e costruttivo confronto.

Noi manifestiamo la nostra soddisfazione perché l'iter di questa riforma ha corrisposto alle nostre attese: ci siamo sempre opposti a stralci che ne snaturassero i principi e i contenuti o che potessero significare il rinvio indefinito di una soluzione globale. Oggi — dunque — seppure nella perplessità con cui accettiamo talune deleghe, ci sentiamo partecipi e protagonisti con altre forze politiche del varo di una riforma che da sola può caratterizzare un'intera legislatura.

Nel dare atto al presidente della Commissione sanità, al relatore, ai colleghi del Comitato ristretto della serietà e dell'impegno profuso nella lunga e responsabile preparazione del testo in esame, e nel ringraziare il ministro per l'assidua e costruttiva partecipazione ai nostri lavori, desidero sottolineare che da parte nostra, con lo stesso impegno e lo stesso senso di responsabilità, parteciperemo ai tempi di realizzazione che non consideriamo né brevi né facili, ma certo irreversibili nella loro gradualità se in tutti vi sarà la volontà politica di creare, con il servizio sanitario nazionale, uno strumento adeguato alle esigenze della nostra società.

Occorre soprattutto un impegno sul piano politico, che i socialisti democratici confermano per loro conto in questa sede, con vinti che la riforma sanitaria sia un obiettivo sociale di grande rilevanza, per il cui raggiungimento esistono nel paese pieno impegno e consapevolezza (*Applausi dei deputati del gruppo del PSDI*).

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

**MELLINI.** Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, colleghi, all'apertura della discussione su questa importante riforma noi abbiamo ritenuto di dover proporre una pregiudiziale di incostituzionalità ed una sospensiva. In quella sede, abbiamo voluto sottolineare che questa nostra presa di posizione non sottintendeva affatto un atteggiamento negativo nei confronti dell'intera legge che, se potrà giungere in porto con la necessaria rapidità, costituirà un elemento indubbiamente positivo per la situazione sanitaria del paese, che è particolarmente grave e, sotto certi aspetti, veramente aberrante. E questo malgrado alcune carenze ed alcuni aspetti negativi della legge stessa.

Abbiamo tuttavia voluto sottolineare due aspetti che, in modo diverso e per diverse ragioni, sono particolarmente gravi; aspetti che, con il nostro gesto, abbiamo fin dal primo momento voluto sottoporre all'attenzione della Camera.

Non intendo ora tornare sull'argomento, anche se dovremo farlo presto, per materie che sono ormai giunte al vaglio della Camera. Basterà rilevare le manchevolezze di un certo rapporto tra il potere legislativo ordinario e quello di democrazia diretta attuato con il *referendum*: in alcuni casi, anche gravi, si assiste a indebite interferenze e addirittura a manipolazioni del procedimento referendario.

Desideriamo invece tornare sulle argomentazioni con cui abbiamo illustrato la nostra pregiudiziale di incostituzionalità, con la quale avevamo inteso fare appello soprattutto ai colleghi della Commissione sanità, richiamando il loro senso di civiltà, prima ancora che la loro collocazione politica.

Tra l'altro, noi riteniamo che quanto è stato introdotto nel testo licenziato dalla Commissione, all'articolo 30, non sia stato frutto di una effettiva volontà o di un reale convincimento dei membri della Commissione stessa. Dopo aver ascoltato le pur apprezzabili precisazioni del collega Bruno Orsini in sede di discussione sulla nostra pregiudiziale, rimaniamo convinti che l'introdurre un trattamento sanitario obbligatorio indiscriminato e indipendente da una specifica previsione di legge sia indiscutibilmente contrario alla Costituzione, al di

là, lo ripeto, della stessa volontà di coloro che hanno proceduto alla stesura del testo.

Così stando le cose, non possiamo limitarci a rinviare il tutto al momento in cui discuteremo questo articolo, in quanto riteniamo che le norme relative all'assistenza psichiatrica e, in generale, alla tutela del malato di mente siano qualificanti per l'intera riforma sanitaria. E se qualcuno avesse pensato che la nostra pregiudiziale fosse motivata dal desiderio di non far cadere il *referendum* con cui il nostro partito ha chiesto l'abrogazione della legge del 1904, teniamo a precisare in questa occasione che se comunque un passo in avanti il Parlamento e le forze politiche sono stati indotti a compiere in questo settore, questo certamente è avvenuto anche in relazione ad una proposta di *referendum* che su questo punto ha posto una scadenza precisa.

Se, una volta tanto, invece di una legge truffa, ci verrà presentata, nei limiti di aderenza al dettato costituzionale, una proposta che non sia peggiorativa delle disposizioni del barbaro testo del 1904, non potremo che rallegrarcene. L'abrogazione di questa legge, la sostituzione di essa con norme diverse, purché non sia meramente fittizia come è avvenuto in altri casi nei confronti di altre norme pure soggette a *referendum*, non potrà che trovarci consenzienti, non potrà che rappresentare un fatto positivo. Ma proprio per questo credo sia necessario osservare con grande attenzione questa questione, in quanto, se ad un tema così delicato come quello del diritto alla salute si aggiungono e si intrecciano altri temi riguardanti altri diritti civili, come il diritto alla libertà, alla libera disposizione della propria persona, alle libere disposizioni in ordine ai trattamenti curativi, evidentemente vengono a crearsi questioni di importanza determinante, rispetto alle quali anche la precisione del linguaggio legislativo diventa problema di non secondaria importanza. Infatti, ogni volta che ci si trova di fronte a disposizioni di legge oscure, di difficile o ambigua interpretazione, rese con un linguaggio legislativo impreciso — e questo è un fenomeno sempre più allarmante nell'ambito dell'attività legislativa — dobbiamo notare che tali norme rappresentano, qualunque sia il loro fine, un elemento quanto meno potenziale — ma spesso non soltanto potenziale — di violazione dei diritti civili.

Se ci troviamo dinanzi ad una situazione nella quale appare tradito il pensiero degli stessi legislatori, non possiamo lamentarci di nulla, in quanto, una volta che tale pensiero sia diventato disposizione di legge, non si può più invocare la vera natura di quel pensiero, ma si può soltanto far riferimento ad un ipotetico ed astratto legislatore, emergente dai dati obiettivi che risultano dal testo legislativo. E quando ci troviamo ad ascoltare affermazioni come quelle che sono state fatte in quest'aula, relative al fatto che il provvedimento dovrebbe dire cose diverse da quelle che dice, crediamo ancora una volta di dover fare appello a quanti sono meno disattenti di fronte a questi problemi e si rendono conto della gravità del deterioramento progressivo del linguaggio legislativo e della sua chiarezza.

Mi auguro che l'affermazione che abbiamo ascoltato in quest'aula, di fronte all'evidenza del diverso intento che obiettivamente risulta dal provvedimento, prelude alla accettazione di quegli emendamenti che possano ricondurre una norma di tanta importanza, che dovrebbe essere qualificante per tutta l'impostazione della riforma sanitaria, al suo vero spirito. Non possiamo non prendere atto di questa situazione. Il testo che la Commissione igiene e sanità ha varato afferma certe cose che sono particolarmente gravi: su esse dobbiamo discutere, e non delle intenzioni dei proponenti.

Dobbiamo anche dire che in questo caso si è verificata una situazione piuttosto grave, a nostro avviso, e piuttosto ambigua. Questo testo avrebbe dovuto essere esaminato dalla Commissione igiene e sanità con il parere, tra l'altro, della Commissione giustizia. Questo parere ancora non è pervenuto ed io ritengo che da questa occasione dovremmo trarre un elemento di riflessione, perché ritengo che questo metodo di impostare le discussioni parlamentari, facendo pervenire pareri (che pure dovrebbero avere una qualche importanza in relazione alla materia che viene esaminata) da parte di determinate Commissioni dopo vari giorni da quando è iniziata la discussione sulle linee generali (questo parere infatti ci perverrà la settimana prossima) sia un metodo che può indurre a porre minore attenzione su certi aspetti della legge che sono di competenza di determinate Commissioni.

In sostanza, l'articolo 30 del testo in esame dice che « gli accertamenti ed i tratta-

menti sanitari sono di norma volontari » e che « si intendono volontari anche gli accertamenti », eccetera. E non ci interessano quelli che non si intendono volontari, anche se l'espressione « si intendono » potrebbe essere preoccupante sotto certi profili. « Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori possono essere disposti dalla autorità sanitaria secondo l'articolo 32 della Costituzione... » (ma l'articolo 32 della Costituzione dice che possono essere disposti dalla legge e non dall'autorità sanitaria). « L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti... ». Il comma successivo dice che « Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento dell'autorità sanitaria sulla base della proposta motivata di un medico dell'unità sanitaria locale ». Le condizioni non sono l'esistenza di una norma specifica che renda obbligatori determinati trattamenti sanitari, ma c'è una previsione generica di trattamenti sanitari obbligatori in determinate condizioni da accertarsi da parte dell'autorità sanitaria. « Tali misure possono essere adottate solo ove esistano alterazioni gravi dello stato di salute... », quindi di qualunque tipo: il cancro può dar luogo ad un trattamento sanitario obbligatorio, secondo questa disposizione.

Attenzione, colleghi: attenzione soprattutto per quanto riguarda quelle parti che hanno, credo giustamente, sollevato, in paesi lontani dal nostro, problemi relativi a questi trattamenti obbligatori. Stiamo attenti, perché non vorrei che preterintenzionalmente il nostro legislatore manifestasse posizioni che dal punto di vista ideologico sono respinte da tutte le parti della Camera. Sarebbe cosa assai poco piacevole che poi, fuori di qui, ci si dovesse rimproverare di preterintenzionale violazione della Costituzione e dei diritti civili. Perché qui c'è scritto proprio questo, e l'evento preterintenzionalmente sarebbe questo se non intervenisse una modifica da parte della Camera.

Leggendo questo lungo articolo 30 ci accorgiamo che si è voluto certamente parlare non soltanto delle misure sanitarie obbligatorie per quello che riguarda i malati di mente, perché si specifica: « quando riguardino i malati di mente ». Il che significa che queste misure possono riguardare anche altri stati di malattia, e quindi non i malati di mente.

Ci è stato fatto osservare, proprio in occasione della proposizione della nostra pregiudiziale di incostituzionalità, che la nor-

ma va raccordata con l'articolo 52, in cui si afferma che restano in vigore le norme del testo unico delle leggi sanitarie e che, comunque, il Governo è autorizzato a redigere un nuovo testo unico riguardante le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie e le altre norme specifiche, tenendo conto dei principi, delle disposizioni e delle competenze previsti dalla presente legge.

Si tratta, evidentemente, di norme speciali che riguardano queste profilassi, queste vaccinazioni obbligatorie, queste disposizioni in materia di profilassi internazionale, ma che lasciano, eminentemente, integra (e quindi libera dal riferimento normativo) la possibilità di una serie indistinta — non determinata e non disposta specificamente per legge in relazione ai singoli trattamenti — di altre ipotesi di intervento sanitario obbligatorio.

Con questo abbiamo demolito e non attuato (come è scritto nell'articolo) l'articolo 32 della Costituzione, il quale, disponendo la necessità di una specifica previsione legislativa per i trattamenti sanitari obbligatori (e quindi una riserva di legge), fa di questa previsione un principio costituzionale, per cui, evidentemente, non si può supplire e sostituire alla specifica previsione di legge la determinazione dei criteri generali (che poi sono molto poco generali, anzi, molto generici) con cui l'autorità sanitaria può disporre questi trattamenti obbligatori.

Mi auguro, appunto, che qui si tratti soltanto di un errore di formulazione e che, ad un certo punto, non si insista su un testo di questo genere e che si supplisca con un emendamento che stabilisca che, comunque, questi criteri devono essere applicati in presenza di norme specifiche di legge che autorizzino specifici trattamenti, altrimenti avremmo introdotto questo criterio dal punto di vista (diciamo così) ideologico. Ma le ideologie sono cose che stanno dietro la legge, e vanno tradotte in un linguaggio corretto; ma, ripeto ancora una volta, il rispetto del linguaggio legislativo, della tecnica legislativa, non è un di più rispetto alle leggi.

Mi rivolgo a pochi colleghi, ma certamente al Presidente, perché siamo tutti giuristi quando apparteniamo ad un'Assemblea legislativa... Giuristi direi che lo siamo soprattutto in quello che dovrebbe esse-

re il nostro sforzo e il nostro impegno di volontà, ma c'è chi è più giurista degli altri perché non è giurista soltanto nella sua attività di legislatore. E ai giuristi, in questo senso più lato, io — che mi distinguo soltanto per l'impegno e l'attenzione che metto in queste cose — faccio appello, anche perché, credo sarebbe molto grave se, sia pure involontariamente, sorgesse anche soltanto il dubbio di un'interpretazione di questo genere.

Ma io credo che anche altri aspetti che riguardano i diritti civili (e che riguardano i diritti civili di cittadini particolarmente bisognosi di una tutela di questi loro diritti, quali sono i malati di mente, a cui espressamente si riferisce, come ho dimostrato, l'articolo 30) vengano in evidenza in questo progetto di legge.

Noi certamente apprezziamo nel disegno complessivo della riforma (e, specificamente, anche in questo articolo 30) l'intonazione generale, la buona volontà che deriva dalla civiltà dei nostri giorni e, direi, anche dagli atteggiamenti di tutta la scienza medico-psichiatrica che certamente debbono tradursi anche in dati legislativi: il trattamento del malato di mente, qualunque sia la gravità del suo stato, deve essere rivolto, sempre e comunque, alla cura della sua infermità, piuttosto che al suo ritiro dalla circolazione e alla sicurezza di altre persone, come è nello spirito di quella barbara legge del 1904 (legge che, siamo tutti d'accordo, deve essere abrogata).

È certo che questo problema apre questioni che in questa legge non trovano una completa trattazione, provocando una confusione abbastanza pericolosa; indubbiamente il malato di mente non deve essere (come dice questo progetto) tolto dalla circolazione o detenuto come, invece, indicava la legge del 1904. È anche vero che non si deve attribuire il marchio di pazzo ai malati come, appunto, sosteneva la succitata norma del 1904 e come prevedono le norme di cui oggi si profila l'abrogazione.

Questa, quindi, deve essere l'impostazione, ma è anche vero che si sono manifestate gravi carenze anche in relazione alla situazione dei diritti civili, proprio a causa della legge del 1904 e delle altre disposizioni regolamentari. Ci sembra che a queste carenze non sia stato dato rimedio nemmeno con le disposizioni dell'articolo 30; per certi aspetti, anzi, esso risulta

peggiorativo, proprio per la mancanza di alcune previsioni.

A mio avviso esistono due ordini di problemi. In primo luogo è necessario garantire che, imponendo una cura obbligatoria, non si attenti ad altri diritti del malato; non si deve porre in essere uno sviamento di questo potere, poiché sappiamo che casi di questo tipo sono tutt'altro che impossibili. Debbono essere adottate precise garanzie che mettano al riparo da provvedimenti che, provenendo da una autorità sanitaria, forzano — al di là di una specifica determinazione legislativa — la volontà del soggetto, costringendolo ad una certa cura. Vi possono essere delle cure, infatti, che per la loro incidenza sulla sfera psichica del malato e per il costo morale che implicano, possono essere respinte. Indubbiamente deve essere fissato un limite oltre il quale non sia lecito per qualsiasi autorità imporre questo tipo di cure, sopravanzando il giudizio di una persona che non sia priva della possibilità di adottare decisioni al riguardo.

Bisogna altresì evitare (e questo è il fatto più grave) che si giunga addirittura a privare della libertà a scopo doloso il malato di mente. In questo caso il soggetto deve poter ricorrere ad una qualche autorità.

Qui si prevedono due possibilità: in primo luogo una opposizione alla autorità sanitaria, non meglio identificata nei suoi lineamenti; soprattutto essa non è strutturata in maniera tale da poter garantire una agilità ed una speditezza tali da poter essere a disposizione anche di chi si trovi in condizioni particolari, come quelle in cui può trovarsi il malato cui vengono somministrati particolari sedativi. In questo caso, evidentemente, egli non potrà occuparsi di procedure particolarmente complicate, mentre avrà bisogno di un contatto diverso con questa « autorità », la quale — quasi d'ufficio — dovrà controllare ed impedire certi comportamenti.

Da una parte si dice che è possibile l'opposizione davanti all'autorità amministrativa ed è possibile il ricorso al giudice tutelare; ma si stabilisce anche che il giudice tutelare dovrebbe intervenire anche per la profilassi obbligatoria della rabbia o del colera. Questa mi sembra una cosa particolarmente strana, anche perché quanti più ricorsi si fanno, quante più competenze si attribuiscono, quanti più rapporti si trasmettono, tanto meno esiste la possibilità effet-

tiva di un intervento efficace ed utile. Non riesco a capire perché debba essere prevista per tutti i trattamenti sanitari obbligatori la trasmissione degli atti al giudice tutelare. Mi sembra strano che, per un coleroso si debba far ricorso al giudice tutelare. Forse la questione dovrebbe essere precisata meglio, anche dal punto di vista della copertura giudiziaria, in relazione a provvedimenti che rischiano di intasare gli uffici giudiziari. In caso contrario, non servono a nulla i rinvii alla competenza dei magistrati!

Si dovrebbe quanto meno presupporre, ai fini del ricorso al giudice tutelare, che ci si trovi dinanzi ad una persona priva della capacità di disporre di se stessa, priva della capacità di intendere e di volere. Dobbiamo anche ricordare che, nell'ordinamento attuale, al giudice tutelare — nella normalità dei casi — è totalmente estranea la competenza relativa all'accertamento dell'incapacità di agire. Il giudice tutelare tutela gli interessi degli incapaci, previo un giudizio che normalmente è attribuito al tribunale e che è sollecitato da altri.

A questo punto, occorre introdurre il discorso delle garanzie. Qualcuno può sostituirsi alla volontà del malato, ma tale possibilità non deve essere diretta a finalità diverse da quelle per le quali è preconstituita. Occorrono garanzie contro possibili abusi; ma vi è pure il problema del collegamento di queste norme relative ad aspetti propriamente terapeutici con quelle concernenti lo stato di interdizione, di inabilitazione ed il relativo procedimento.

Si diceva finora che la persona internata in manicomio non è automaticamente interdetta, non è privata della sua capacità di agire, ma con un provvedimento del tribunale si può stabilire la nomina di un tutore provvisorio. Siamo d'accordo che quando si abolisce il concetto di internamento definitivo (fatto di restrizione e di privazione della libertà, fondato sul presupposto vero o falso di una mancanza di capacità), l'automatismo della nomina di un tutore provvisorio debba venir meno, perché non ha più senso. È anche vero che l'autorità sanitaria deve farsi carico del problema, perché non basta investire il giudice tutelare, il quale non può intervenire nei confronti di una persona non ancora privata della sua capacità di agire.

Ma il giudice tutelare, per di più, non è nemmeno l'organo che può promuovere il giudizio di interdizione avanti al tribu-

nale — che rimane competente per tale giudizio — in quei casi in cui questo si palesi come opportuno e necessario. Infatti, in alcuni casi il medico, l'ospedale, l'unità sanitaria — usiamo il termine che vogliamo — dovrà constatare che questa persona è affetta da uno stato tale che, in relazione alle sue condizioni, alla sua attività, alla sua posizione sociale, rende necessario l'intervento di chi provveda ai suoi affari, di chi provveda a sostituirsi all'esercizio giuridicamente rilevante della sua volontà. È evidente allora che occorre pensare — ed in questa legge certamente non c'è traccia di questa impostazione e di questi strumenti — a chi provveda a sopperire a questa esigenza, promuovendo questo giudizio di interdizione, nel caso vada promosso; se invece non andrà promosso, nessuno meglio dell'autorità sanitaria, indubbiamente, potrà dire: questa è una persona in cura e la malattia da cui è affetta non importa certamente la necessità di provvedimenti che riguardino la sua capacità di agire, la necessità di attendere eventualmente ai suoi affari, di disporre delle sue sostanze, e pertanto, oltre al provvedimento relativo all'obbligo di sottoporsi a cure, non c'è bisogno di altro.

Però, se questa opportunità viene rilevata o prospettata o profilata in sede sanitaria, occorre che qualcuno provveda a portare davanti al giudice competente — che resta il tribunale, anche secondo queste disposizioni di legge — il giudizio di interdizione. Qui invece non è previsto nulla al riguardo. Questo è certamente un elemento che fa venir meno l'attenzione per i diritti civili dell'infermo, che necessita a questo punto — al punto proprio di imporre addirittura trattamenti obbligatori — di una tutela di certi suoi interessi essenziali.

La legge del 1904, nella sua impostazione — barbara sotto certi profili, e classista sotto altri — ha dato luogo a delle conseguenze anche sotto questo aspetto certamente gravi. Infatti, la nomina del tutore provvisorio (che doveva essere intesa poi a tamponare la situazione così come si presentava al momento di questo ricovero definitivo in manicomio — atroce espressione! — fino al momento della interdizione) doveva appunto essere un provvedimento di carattere essenzialmente cautelare, cui doveva far seguito la promozione da parte del pubblico ministero dell'azione di interdizione.

La discordanza tra le due disposizioni anche allora era grave perché, tra l'altro,

né si stabiliva un termine temporale per la durata di questo provvedimento relativo al tutore provvisorio, né si stabilivano le conseguenze in ordine all'internamento nella ipotesi che il giudizio di interdizione avesse dato esito negativo, cosicché si poteva avere il caso — dato che queste norme erano congegnate in modo veramente assurdo — di una persona ristretta in manicomio, senza che poi vi fosse uno strumento agile ed immediato che disponesse che questa, nel momento in cui il tribunale diceva che — viceversa — non doveva essere interdetta e nemmeno inabilitata, potesse liberamente disporre ad un certo punto di se stessa per sottrarsi a queste cure.

Ora siamo d'accordo che qui ci muoviamo in un'ottica diversa, che non è più quella del « restringere in manicomio », quella relativa al problema del « pubblico scandalo », come diceva la legge del 1904. L'ottica è diversa, è più civile. Però vi sono dei dati di fatto dei quali non possiamo fare a meno di occuparci. Quei provvedimenti peccavano per il fatto che in pratica la nomina del tutore provvisorio e l'internamento in manicomio era la interdizione dei poveri, perché non faceva più seguito nessun provvedimento relativo all'interdizione e, quindi, questo tutore provvisorio rimaneva tutore provvisorio a vita.

Oggi, qui, il rischio è legato a situazioni diverse. Crediamo che, malgrado la abolizione degli ospedali psichiatrici, rimarranno certi casi e certe situazioni. Non possiamo pensare, infatti, che con un tratto di penna, con una legge, certe situazioni possano essere abolite. Soprattutto non aboliamo l'infermità di mente, l'istituto giuridico dell'interdizione. E mentre allora avevamo una discordanza che era fondata essenzialmente sulla possibilità di un protrarsi oltre i limiti temporali — quindi a tempo indeterminato — di questa situazione che avrebbe dovuto essere ipotizzata soltanto come temporale e provvisoria e — diciamo così — di pronto intervento, oggi rischiamo di non avere altro mezzo di intervento, e soprattutto di mancare di quel collegamento che dovrebbe esistere proprio per chi non ha parenti che, secondo il codice civile, si facciano promotori di un giudizio, oppure non se ne facciano promotori per interessi opposti a quelli reali del malato.

Le due carenze che ho indicato riflettono, a nostro avviso, una scarsa considerazione per i problemi dei diritti civili del

malato di mente. Il provvedimento in discussione dovrebbe farsi carico anche di questo aspetto, e noi sollecitiamo caldamente i colleghi della Commissione sanità a porre in atto quegli intendimenti cui ha fatto cenno l'onorevole Bruno Orsini (il quale, è vero, non parlava a nome della Commissione, ma ne è un autorevole esponente). Da quell'intervento abbiamo appreso che lo intendimento non era quello di prevedere una possibilità indiscriminata e indeterminata di interventi sanitari, ma l'interpretazione che noi ne diamo è questa, e dobbiamo preoccuparci anche di questo fatto.

Ritengo altresì che sia intendimento non soltanto della mia parte o mio personale far sì che siano regolati con completezza gli aspetti che attengono ai diritti civili del malato di mente, sia pure in un'ottica diversa e con collegamenti che debbono necessariamente tener conto di una più totale possibilità (mi si consenta questa infelice espressione) diversità rispetto alla struttura precedente.

Il testo a noi sottoposto presenta numerosi altri aspetti che dovranno essere rivolti anche dal punto di vista della tecnica legislativa. Ritengo, comunque, che un tema così grave come quello dei diritti civili dei malati di mente non possa non essere esaminato con la massima attenzione. Se il testo sarà malformulato e darà luogo alla possibilità di interpretazioni negative o a soluzioni macchinose, questa categoria di cittadini emarginati verrà privata di quella attenzione che le è dovuta da parte del legislatore e di ogni cittadino democratico.

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare l'onorevole Marte Ferrari. Ne ha facoltà.

**FERRARI MARTE.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il progetto di legge sulla riforma sanitaria è, a mio parere, insufficiente e contraddittorio nella parte che riguarda la prevenzione e la tutela dell'ambiente di lavoro, perché riproduce la tradizionale separazione tra tutela sanitaria e prevenzione, che va intesa come intervento a monte delle cause di malattia.

Per affrontare concretamente la tematica complessa e fondamentale della prevenzione, è necessario partire dall'esperienza operaia e dalle lotte per la salute nella fabbrica che si sono sviluppate in questi anni nel nostro paese. In questi ultimi dieci anni gli interventi e la ricerca sui problemi della

prevenzione e dell'igiene del lavoro hanno avuto talune caratteristiche significative, concernenti la constatazione del ruolo e del significato dell'ENPI, in particolare riguardo alla qualità e alla quantità del lavoro svolto da quell'istituzione. In ordine alla qualità, si è posta l'attenzione sulla limitazione della ricerca alla sola omologazione dei macchinari, sulla separazione metodologica e pratica tra prevenzione tecnica e prevenzione medica, sulla assenza di ricerca sui rischi lavorativi e sui danni, sulla sua funzione subordinata agli imprenditori. In ordine alla quantità, i rilievi concernono la scarsa e superficiale presenza negli ambienti di lavoro, al punto da disattendere quasi ovunque quella « minima » funzione che all'ENPI era propria, oltre che la garanzia di periodici controlli sull'ambiente e sull'uomo.

Altri temi toccati dal dibattito in questione sono stati la verifica dei limiti strutturali degli ispettorati del lavoro, carenti dal punto di vista qualitativo e quantitativo (assenza di strutture per i rilievi sull'ambiente e sull'uomo, aderenza ad una logica legale e legalistica, scarsità di personale preparato - i casi clamorosi dell'IPCA e dell'ICMESA hanno evidenziato l'assenza degli ispettorati), nonché la verifica complessiva dell'assenza e della negatività dei servizi pubblici che dovevano garantire la difesa della salute dei lavoratori.

Partendo da queste considerazioni, si sono sviluppate in Italia esperienze di medicina del lavoro e di prevenzione, promosse dalle organizzazioni sindacali in collegamento con gli enti locali e con alcuni istituti universitari. Di fatto, le prime significative esperienze realizzate in Italia sui problemi dell'ambiente di lavoro e le prime (e fino ad oggi uniche) esperienze di ricerca, sono il frutto dell'attività che gli enti locali hanno avviato in collaborazione con alcune strutture universitarie, sulla base delle indicazioni fornite dalle organizzazioni dei lavoratori (confrontare l'esperienza emiliana sul piombo e gli altri metalli pesanti, l'esperienza triestina e quella genovese sulla cantieristica e la siderurgia, l'indagine sul cloruro di vinile a Marghera, i programmi e gli interventi della Lombardia sui rumori, le polveri, i collanti e così via). Le esperienze realizzate hanno anche consentito l'identificazione di modelli organizzativi locali e nazionali per la prevenzione negli ambienti di lavoro, messi a punto dagli enti locali e dalle organizzazioni sin-

dacali. Faccio riferimento alle leggi regionali della Lombardia, dell'Emilia, del Friuli, della Liguria; ed ancora, ai convegni di Rimini della CGIL-CISL-UIL, di Pordenone degli enti locali, di Modena della regione Emilia, di Firenze della regione Toscana e dell'unione delle province toscane, di Modena della FLM, di Rimini della regione Emilia, e così via. Sulla base di tali esperienze, è stato anche elaborato l'articolo 9 dello statuto dei diritti dei lavoratori.

I tratti comuni alle esperienze realizzate ed alle proposte formulate sono i seguenti: il superamento della artificiosa differenziazione tra prevenzione tecnica e prevenzione medica; la saldatura tra ricerca ed esperienza, per affrontare problemi tecnici sui quali le istituzioni pubbliche di ricerca e la stessa università sono state carenti o assenti; il controllo dei lavoratori sulle scelte e i contenuti dei servizi di prevenzione, per superare la delega e la monetizzazione della salute; lo scioglimento dell'ENPI; il trasferimento delle funzioni degli ispettorati del lavoro agli enti locali; l'unificazione nel servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni legate alla prevenzione. In quest'ultimo contesto va vista anche la riforma dell'istituto superiore di sanità, che va inteso come istituto di ricerca e collegamento del servizio sanitario nazionale, legato organicamente con tutti i diversi livelli operativi del servizio stesso.

Da queste considerazioni occorre muoversi per affrontare concretamente il problema della tutela della salute dei lavoratori e del controllo dell'ambiente di lavoro. Emerge con chiarezza che un'unità di prevenzione, cura e riabilitazione risulta possibile solo se tutte le funzioni per la prevenzione stessa vengono assunte dal servizio sanitario nazionale.

In questo modo si realizzano gli obiettivi indicati in tutti questi anni dal movimento riformatore, perché nel servizio sanitario nazionale si identifica il momento di sintesi e gestione unitaria di tutti gli interventi riguardanti la salute, tenendo conto che necessariamente la ricerca e la sperimentazione nel settore della prevenzione ed igiene industriale hanno momento importante di verifica nella esperienza. Così si supera la frammentarietà di competenze e di livelli di gestione, che è alla base delle carenze del sistema attuale. Tale situazione si rileva giornalmente, esaminando i problemi che nascono dai risultati dei lavori della Commissione di inchiesta per

Seveso. Si dà altresì contenuto reale alla riforma dell'Istituto superiore di sanità, che nella sua organizzazione interna va profondamente trasformato, attuando intanto quanto previsto dalla legge. Si creano le condizioni migliori per privilegiare il momento della gestione e del controllo operaio sulla salute conservando l'unità locale del servizio sanitario al centro del sistema.

Il progetto di legge in discussione è carente perché non garantisce l'unità del momento preventivo con gli interventi più complessivi per la tutela della salute dell'intera popolazione. Nel momento, infatti, in cui è prospettata la creazione di un istituto nazionale per la prevenzione e la gestione separata del servizio sanitario nazionale, le funzioni di omologazione, la determinazione degli *standards*, lo scambio con gli organismi internazionali e la programmazione degli interventi sul territorio nazionale, vengono delegati ad una sede non omogenea (come struttura tecnica e gestione politica) con il servizio sanitario nazionale. Si tratta di competenze che sono strettamente connesse con la difesa della salute della popolazione. A chi vengono assegnate le funzioni di controllo e prescrizione (oggi di competenza degli ispettori del lavoro) se *standards* e ricerca sono di competenza dell'istituto nazionale prima citato? Il collegamento tra esperienze di lavoro a livello locale e ricerca a livello nazionale, quali canali utilizza? Diventano struttura periferica dell'istituto nazionale i servizi locali, che oggi realizzano di fatto le più significative esperienze di ricerca? In questo modo la prevenzione sui luoghi di lavoro è ancora di competenza del servizio sanitario nazionale? La giustificazione che assegna all'istituto nazionale le funzioni di ricerca per motivi di funzionalità, trova una sua giustificazione solo se l'istituto nazionale viene identificato (o verrà identificato) come centro di ricerca unica per tutti i settori. Ma così non si sceglie di separare la ricerca dall'esperienza, secondo criteri che hanno già messo in crisi le università italiane ed in particolare le facoltà di medicina? Come si può giustificare una scelta del genere, quando si portano avanti progetti di riforma della facoltà di medicina che puntano invece alla saldatura tra formazione professionale ed esperienza nel territorio? È opportuno quindi procedere nel modo più semplice e lineare, evitando la sovrapposizione di competenze e di organismi. A livello locale,

vanno precisate le competenze dell'unità locale del servizio sanitario in materia di prevenzione, specificando che alla suddetta unità (cioè ai comuni o al territorio considerato) sono delegate le competenze degli ispettorati del lavoro. Spetterà alle regioni, sulla base delle realtà locali, programmare la quantità di servizi per la prevenzione, definendo anche le modalità di rapporto o convenzione tra le unità locali: in ogni caso la competenza della prevenzione, del controllo sull'ambiente, della verifica sulla compatibilità degli impianti industriali con la salute, vanno tutte unificate nelle unità locali.

A livello nazionale, le funzioni di ricerca vanno affidate al servizio sanitario nazionale, che potrà attuare tale funzione attraverso l'Istituto superiore di sanità.

I rapporti tra il livello della ricerca centrale ed altri istituti esterni al servizio sanitario nazionale dovranno essere stabiliti sulla base dei programmi del servizio sanitario e necessariamente dovranno essere coordinati nell'ambito di una programmazione più generale della ricerca scientifica nel nostro paese.

Va infatti rilevato che l'attività di ricerca all'interno del servizio sanitario nazionale non potrà mai da sola esaurire tutte le tematiche legate alla difesa della salute e alla tutela dell'ambiente. Pertanto, appare ovvio che resta aperta l'esigenza di regolamentare e saldare tra loro le varie esperienze di ricerca oggi attuate ai diversi livelli nel nostro paese.

Concludendo, mi permetto di evidenziare un altro problema posto dall'articolo 32, primo comma, lettera c) del progetto al nostro esame, che riguarda la disciplina dell'assistenza sanitaria dei cittadini residenti nel comune di Campione d'Italia, che dovrà a nostro parere trovare una diversa regolamentazione in rapporto anche alla legge 12 dicembre 1969, n. 1007, per risolvere definitivamente gli aspetti superati dalla recente esperienza.

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare l'onorevole Cirino Pomicino. Ne ha facoltà.

**CIRINO POMICINO.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, non sembri affermazione retorica il definire il progetto di riforma attualmente all'esame del Parlamento uno degli strumenti legislativi maggiormente destinati ad incidere, tra quelli della nostra trentennale esperienza

repubblicana, sulla vita complessiva del paese, tanta è la mole degli effetti che potrà e dovrà produrre sul piano istituzionale, territoriale, ambientale, finanziario e, ovviamente, sanitario.

Il non prendere consapevolezza della complessità e della importanza fondamentale della riforma sanitaria nel nuovo assetto dello Stato che si va gradualmente disegnando nel nostro paese può anche consentire la facile battuta di una « attesa trentennale per questa riforma », cedendo in tal modo alla tentazione pur legittima della polemica politica: si rischia in tal modo, però, di non farsi carico del dibattito culturale e politico che su questo tema ha investito il paese dalla metà degli anni '60 ad oggi.

Le profonde trasformazioni in atto nella nostra società, la domanda sempre più emergente di partecipazione che sale dal paese e che va canalizzata verso forme proprie ed istituzionali ad evitare il disperdersi pericoloso di enormi potenzialità di rinnovamento, l'evoluzione stessa ed il travaglio di alcune forze politiche, la crescita e la progressiva consapevolezza della propria forza e quindi delle proprie responsabilità da parte del movimento sindacale, la concezione delle autonomie che appartiene al patrimonio culturale e politico dei cattolici democratici costituivano elementi di riferimento indispensabili nella loro contestuale presenza e senza i quali diveniva difficile, per non dire impossibile, il varo di un progetto che avesse la forza di una vera riforma di struttura senza cedere né a tentazioni di razionalizzazione tecnocratica né a tendenze collettivizzanti estranee al patrimonio culturale del nostro paese.

Ecco perché, onorevoli colleghi, l'accordo programmatico fra i sei partiti, riassorbendo in sé quegli elementi di trasformazione che prima richiamavo, costituisce, pur nel suo equilibrio precario, il quadro politico di riferimento all'interno del quale è possibile oggi calare un testo di riforma dalla grande capacità innovatrice e nel pieno rispetto dei valori profondamente democratici della nostra Costituzione. Sarebbe però profondamente ingeneroso e politicamente errato non ricordare, nel momento in cui la Camera approva il testo di riforma sanitaria, il ruolo svolto dalla mutualità nella crescita civile del paese e, più in particolare, la progressiva consapevolezza del diritto alla tutela della salute come bene

primario dell'uomo e interesse primario della collettività.

Noi ben conosciamo i limiti, le distorsioni, l'inadeguatezza, che il sistema mutualistico ha palesato in particolare negli ultimi anni. Esso però ha pur sempre rappresentato una autentica conquista del mondo del lavoro e racchiude ancora oggi un patrimonio di competenze, di professionalità, di tensioni e di disponibilità che non possono essere né deluse né mortificate; al contrario devono essere chiamate allo sforzo unitario di costruzione del nuovo assetto che la riforma prevede.

Va respinto, pertanto, ogni giudizio semplicistico e giacobino sulle esperienze mutualistiche e va chiaramente affermato nel dibattito il compito delle regioni di rivitalizzare tutte le energie migliori del settore mutualistico, liberandole di quelle bardature burocratiche che hanno rappresentato uno dei limiti di fondo dell'attuale sistema sanitario, pagato in costi di esasperata estraneità dell'utente e di mortificante repressione della professionalità degli operatori tutti.

Ma il ritardo del passaggio in aula del testo di riforma ha conosciuto in questi ultimi due anni anche cause più contingenti e più propriamente politiche. Mi riferisco essenzialmente allo scioglimento anticipato delle Camere, che interruppe l'avanzato lavoro della Commissione sanità sul testo del ministro Vittorino Colombo, ed il dibattito che passò all'interno di tutti i partiti e che vide contrapposti gli economisti, preoccupati della ulteriore dilatazione della spesa sanitaria, a quanti, invece, sostenevano la indilazionabile esigenza di individuare strumenti di governabilità della spesa sanitaria, in assenza dei quali qualunque programmazione delle compatibilità diventava impossibile. L'aggravarsi della crisi economica e la carica inflattiva della spesa sanitaria hanno finito con il convincere anche i più restii e dubbiosi sul maggior costo — come è stato detto in quest'aula — che avrebbe comportato il mantenimento dell'attuale sistema che non il fare la riforma stessa.

Questa valutazione, ormai condivisa da tutti, non era tanto e solo legata all'ammontare complessivo, in valore assoluto percentuale della spesa sanitaria che, per quest'anno, supera gli 11 mila miliardi, quanto all'assenza totale nell'attuale sistema di qualunque strumento di governabilità della spesa stessa, capace di piegare

ai veri obiettivi di salute la destinazione dell'ingente risorsa finanziaria.

Su questo terreno il testo di legge in esame si muove nella direzione giusta, essenzialmente attraverso la piena responsabilizzazione dei livelli di gestione del servizio, sia in fase di erogazione delle prestazioni, sia in fase di programmazione, con l'aggiunta di norme che rendono possibile un effettivo controllo, quali, ad esempio, il rendiconto trimestrale da parte delle unità sanitarie locali, allo scopo di consentire di intervenire tempestivamente dinanzi a forme iniziali di disavanzo di gestione e di prevedere, quindi, l'immediata assunzione di provvedimenti atti a riportare in equilibrio il conto della gestione stessa.

Ma ben sappiamo che queste forme di controllo, unitamente alla definizione di un tetto invalicabile — individuato nel 6,50 per cento del prodotto nazionale lordo — e delle risorse finanziarie da destinare alla spesa sanitaria, non sortiranno gli effetti previsti o auspicati se non verranno accompagnati da altri provvedimenti. Va tenuto infatti presente che sarà possibile sottoporre a verifica critica la spesa solo nel momento in cui saremo capaci di incidere realmente sulle cause che hanno determinato per il passato il consolidarsi di un certo tipo di spesa sanitaria.

Tra queste, due assumono un aspetto fondamentale: la sempre maggior frequenza del ricorso alle prestazioni e l'aumento del costo unitario delle prestazioni stesse. L'aumento del ricorso alle prestazioni (si pensi che abbiamo il più alto tasso di ospedalizzazione in Europa, fonte primaria dell'enorme spesa ospedaliera) non è tanto la conseguenza della evoluzione dei bisogni, quanto dell'induzione di una domanda artificiosa da parte di una offerta che si avvale di un meccanismo capace di ridurre i bisogni effettivi e necessari per crearne dei nuovi appunto in maniera artificiosa. Provvedimenti per incidere su questa induzione di domanda sono previsti nel testo in esame: basti pensare alla quota capitaria per la medicina generica, al divieto di propaganda dei farmaci, alla formulazione del prontuario terapeutico, con esclusione dei prodotti da banco, mentre altri debbono ancora essere assunti e non possono, a nostro avviso, ulteriormente ritardare. Mi riferisco al *ticket* sui farmaci ed al divieto di ricorrere, in attesa dell'attuazione del

testo di riforma, al credito ordinario da parte degli ospedali, garantendo, però, contestualmente, l'effettiva e tempestiva erogazione del reale fabbisogno della ospedalità pubblica.

Ma siamo profondamente convinti che tutti questi provvedimenti da soli non saranno sufficienti se non saremo in condizione di modificare il modo di pensare dell'utente, i comportamenti delle strutture pubbliche nel loro complesso, gli atteggiamenti degli operatori sanitari, affermando definitivamente il concetto che i problemi della salute non si risolvono dando di più, ma sostituendo alla filosofia della quantità quella della qualità.

Resta l'esigenza di un nuovo modello culturale di salute, capace di coinvolgere ad un tempo operatori ed utenza, che privilegi i bisogni effettivi e che determini, per questa strada, la qualificazione della spesa sanitaria. Dobbiamo però avere il coraggio, per le implicazioni economiche che questo comporta, di dire al paese che un sistema sanitario moderno non può essere il santuario del piccolo rischio, della protezione totale del piccolo evento morboso; ma deve mirare a dirottare nei settori della prevenzione, della riabilitazione e della cura dei reali eventi morbosi le non illimitate risorse finanziarie competibili con il quadro economico complessivo del paese.

Alla stessa maniera, il contenimento del costo unitario delle prestazioni deve mirare innanzitutto alla de-ospedalizzazione, evitando in tal modo di scaricare quasi esclusivamente sui presidi ospedalieri — come è sostanzialmente avvenuto in questi ultimi anni — l'esigenza di soddisfare la domanda sanitaria del paese.

In questa linea, il testo di riforma si muove riportando ad unità di gestione, all'interno delle unità sanitarie locali, tutte le strutture sanitarie presenti sul territorio e superando in tal modo il grave scoordinamento attualmente esistente tra i vari enti e presidi, scoordinamento che è fonte non ultima di sperperi e di guasti.

Il contenimento del costo unitario viene inoltre garantito dalla fissazione delle piante organiche in sede regionale, ponendo in tal modo un effettivo e rigido controllo sulle assunzioni.

Questo sforzo di governabilità e di programmazione della spesa sanitaria non può però vedere impegnati solo il Parlamento ed il Governo; deve costituire il compito

fondamentale delle regioni, nella certezza che il banco di prova sul quale si misura la capacità complessiva dei poteri pubblici di realizzare nei fatti quel cambiamento che la riforma si propone è rappresentato proprio dalla qualificazione della spesa sanitaria e dal suo contenimento, nel quadro delle compatibilità economiche del paese.

Ma non è possibile, onorevoli colleghi, terminare queste brevi considerazioni sulla spesa sanitaria senza sottolineare con particolare forza il problema del Mezzogiorno. Allorquando, nella Commissione sanità, si discusse, qualche mese addietro, la situazione igienico-sanitaria di Caltanissetta, ebbi modo di riferire sulle drammatiche condizioni di tutto il sud.

Chi conosce, come me e come tanti altri colleghi, la drammatica situazione napoletana, che registra mensilmente oltre 150 casi di epatite virale e quasi cento casi di infezioni tifoidee, non può non richiedere che la riforma abbia, sotto l'aspetto finanziario, una forte connotazione meridionalistica. Devo dare atto alla Commissione di aver accettato di inserire nell'articolo relativo al finanziamento un nostro emendamento, secondo il quale, per la ripartizione della spesa in conto capitale, si applica quanto disposto dalle già approvate leggi per il Mezzogiorno.

Questo però, onorevoli colleghi, non è sufficiente. Il ritardo del Mezzogiorno sul piano sanitario è talmente grave da richiedere al Parlamento un ulteriore sforzo, per un periodo pari almeno ai primi due piani triennali. L'intervento straordinario garantito dal Parlamento e dal Governo nei vari settori delle opere pubbliche, con particolare riguardo al disinquinamento ed ai progetti speciali in corso di elaborazione presso la Cassa per il mezzogiorno, affrontano una parte del problema, quella del degrado ambientale. Però, i ritardi sono gravi anche sul piano delle strutture propriamente sanitarie, ospedaliere ed extra-ospedaliere, per cui è indispensabile destinare, nella prima fase, alle aree meridionali almeno il 60 per cento della spesa in conto capitale.

Se non facessimo questo, la riforma sanitaria costituirebbe una nuova occasione perduta per riequilibrare, in tempi politicamente compatibili, le condizioni di vita delle popolazioni meridionali, che sono oggi aggredite non solo dal dramma della disoccupazione, ma anche sul terreno dei

servizi civili, tra cui fanno spicco, per la loro carenza, la scuola e la sanità.

Per questi motivi, ripresenteremo in aula un emendamento in tal senso, auspicando che il Parlamento voglia, nella sua sovranità, farsi carico del debito secolare che il paese ha nei riguardi del Mezzogiorno, dando sostanza all'assunto, ormai da tutti condiviso, della centralità della questione meridionale.

Il testo di riforma al nostro esame affronta inoltre il problema dell'organizzazione del servizio sanitario nazionale, sulla scorta di una esigenza fondamentale emersa dal dibattito culturale e politico svoltosi nel paese: l'esigenza dell'unicità di gestione delle strutture sanitarie, all'interno di ambiti territoriali omogenei e dimensionati, onde evitare la ripetibilità di atti sanitari e la sovrapposizione di competenze, attualmente polverizzate in una miriade di enti. L'unicità di gestione, garantita attraverso le unità sanitarie locali, servirà anche a valorizzare il collegamento professionale tra gli operatori sanitari che lavorano in strutture diverse ma complementari per il raggiungimento degli obiettivi di salute; collegamento che rappresenta un arricchimento culturale capace di togliere dal ghetto dell'isolamento alcune categorie, di cui l'attuale sistema aveva finito per mortificare le notevoli capacità professionali, burocratizzandole ed appiattendone ogni tensione culturale.

Non ci nascondiamo, evitando in questo senso ogni tentazione trionfalistica, il rischio che la somma di competenze, attribuite alle unità sanitarie locali, finisca con il paralizzarne l'attività e le capacità di risposte organiche. L'aver voluto affidare, ad esempio, alle unità sanitarie locali anche la gestione di quei presidi multinazionali la cui area di utenza coinvolge più unità sanitarie locali rappresenta un oggettivo appesantimento gestionale, che si sarebbe forse potuto evitare prevedendo, come nel testo governativo, apposite forme di gestione, che avrebbero forse meglio garantito quel collegamento funzionale tra i presidi e le stesse unità sanitarie locali afferenti nei rispettivi bacini di utenza, garantendo nel contempo una snellezza gestionale a tutto vantaggio della non facile amministrazione di questi presidi. Ma spetterà alle regioni garantire ai presidi una vita meno burocratica, attraverso forme di gestione diverse da quelle previste per le altre unità sanitarie locali nel cui territo-

torio non si trovino presidî multizonali e che l'attuale testo certamente consente.

La fase di decollo delle unità sanitarie locali non sarà, per questi ed altri motivi, certamente facile né agevole, ed è per questo che abbiamo sollevato in Commissione l'esigenza di non scaricare fin dallo inizio sulle regioni e sulle stesse unità sanitarie locali un contenzioso attinente al personale precario attualmente in servizio nei vari enti, le cui funzioni verranno trasferite al servizio sanitario nazionale. Tale esigenza assume un rilievo ancora maggiore se si pensa che all'entrata in vigore della legge di riforma, accanto al blocco delle assunzioni per posti non previsti in pianta organica, ci sarà di fatto il blocco del meccanismo concorsuale, in attesa della legge delega prima e delle norme di attuazione regionale poi.

Formuliamo l'auspicio che questo problema, capace di incidere pesantemente sulla iniziale funzionalità delle unità sanitarie locali, possa trovare puntuale soluzione durante l'esame dell'articolato del provvedimento.

Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, l'aver posto l'accento sul ruolo delle strutture sanitarie non ospedaliere rappresenta, a nostro avviso, un concreto passo in avanti su quella strada della de-ospedalizzazione le cui implicazioni non sono valutabili solo sotto il profilo finanziario che prima richiamavo, ma anche, e forse soprattutto, per gli effetti capaci di produrre sulla generale acquisizione di un nuovo modello di salute, che deve tra l'altro determinare un più idoneo ruolo dell'ospedale, liberandolo da quell'inaturale affollamento che ne rappresenta attualmente una caratteristica antifunzionale ed antieconomica. Ma un nuovo ruolo dell'ospedale passa anche per una sua diversa organizzazione interna, che deve privilegiare il modello dipartimentale, inteso non come una somma burocratica di divisioni e servizi affini, ma come un'area di degenza o di servizi, dove le competenze professionali, complementari fra di loro e sempre più settorialmente dal progresso della scienza medica, sappiano, attraverso una loro contestuale presenza, ricondurre all'unità l'intervento medico. Tali strutture dipartimentali, che dovranno coinvolgere anche presidî non ospedalieri, dovranno sempre più rappresentare la struttura portante del nuovo modello del lavoro medico.

Dobbiamo però, onorevoli colleghi, constatare con amarezza come, nonostante esista in proposito una legislazione nazionale (di questo si deve dare atto al ministro Dal Falco), le regioni siano in grave ritardo nella realizzazione delle strutture dipartimentali. Il testo di riforma ripropone con chiarezza questa esigenza, sollecitando in tal modo ancora una volta il potere regionale a muoversi lungo questa linea richiesta ed attesa con consapevole forza anche dalle organizzazioni sindacali mediche.

È vero che nel lungo e costruttivo confronto avvenuto in sede di Commissione igiene e sanità molti pericoli, ricordati dall'onorevole Triva, sono stati evitati; ma è altrettanto vero che le tentazioni burocratizzanti, che costituivano altrettanti pericoli, sono state respinte nella finale, comune consapevolezza che alcuni valori di libertà andassero garantiti, anche se mediati e posti al servizio della primaria esigenza del cittadino, che è primo titolare di quella libertà che abbiamo voluto difendere.

In questo senso, mi sembra una giusta soluzione quella proposta dal testo in esame che, rifiutando di estendere lo stato giuridico dei dipendenti degli enti locali al personale del servizio sanitario nazionale, ne rinvia la definizione alla legge-delega, pur nell'ambito di principi molto precisi, stanti le complessive peculiarità delle sue funzioni e dei suoi compiti. Nella stessa direzione si è mossa la scelta per il personale medico, per il quale è stata mantenuta la distinzione fra tempo pieno e tempo definito. Il rischio oggettivo di un tempo pieno svincolato da ogni prospettiva incentivante sul piano culturale e professionale, e legato invece esclusivamente a pressante esigenze assistenziali, rappresentava una tesi gravida di rischi, con una carica burocratizzante estremamente pericolosa. Al contrario, il modello che oggi viene proposto è di una struttura pubblica in grado di offrire uno sviluppo professionale ed una prospettiva culturale capace di sollecitare gli operatori ad una scelta di lavoro a tempo pieno, il cui valore fondamentale di adesione e di consenso risiederà proprio nella libera scelta. È pur vero — e va detto con chiarezza — che l'esperienza fin qui svolta da quanti liberamente avevano scelto il rapporto di lavoro a tempo pieno nell'ambito della riforma ospedaliera è stata vissuta fin qui con frustrazioni e delusioni progressive. Questa delusione, nei medici a

tempo pieno, non nasceva — come pure si è tentato di sostenere — da un confronto meramente economico con quanti conservavano il rapporto di lavoro a tempo definito, ma dalla incapacità da parte dei poteri pubblici — in primo luogo gli enti ospedalieri e poi le regioni — di corrispondere in termini concreti a quella scelta di alternativa culturale e professionale che molti operatori avevano fatto e nella quale avevano creduto.

Il rilancio di questa proposta politica, attraverso la riformulazione più precisa e cogente di un tempo pieno qualificato anche sul piano della ricerca e della didattica, dovrà trovare le regioni pronte a realizzare un nuovo modello del lavoro medico, abbandonando gli atteggiamenti burocratici, molto spesso tecnicamente irrealizzabili, che hanno fin qui caratterizzato in larga parte la loro azione legislativa e amministrativa.

La grande disponibilità delle categorie mediche alla costruzione della riforma nel concreto, disponibilità il cui merito va ascritto, a mio avviso, alle forze politiche che hanno ricercato e trovato le formule di un dialogo costruttivo, non va frustrata o respinta attraverso il travaso nei nuovi livelli di gestione della vecchia mentalità burocratica e fiscalista. Ma, al contrario, vanno sollecitate le energie migliori di tali categorie, perché siano, insieme a tutte le altre componenti, le protagoniste reali di una svolta sanitaria nel paese.

Il giudizio totalizzante di una intossicazione mercantile — come è stato autorevolmente detto — degli operatori sanitari va respinto con serenità, ma anche con decisione, nella consapevolezza che ad una minoranza in cui è presente tale distorsione mercantile corrisponde una grande maggioranza di medici, mortificati ieri da un sistema burocratico e disponibili oggi ad un vero salto di qualità.

Non a caso le organizzazioni mediche sono riuscite a battere i tentativi di difesa corporativa ed esclusivamente mercantile, posti in essere da alcune frange di operatori sanitari particolarmente attivi in alcune grandi città (Milano e Napoli in primo luogo). A queste esigenze e a queste disponibilità il testo di legge in esame risponde a nostro avviso in maniera costruttiva e positiva, dando anche la giusta collocazione alla libera attività professionale, di cui garantisce il diritto, demandandone la disciplina alle singole regioni, nella con-

vinzione che essa rappresenta la naturale conseguenza del diritto fondamentale dell'utente alla libertà di scelta del medico e del luogo di cura.

Il ritardo delle regioni su questo terreno, le tentazioni impiegate che si evincano anche da alcuni documenti di questo periodo, non colpiscono tanto interessi categoriali, quanto le esigenze dei cittadini, il cui diritto alla libera scelta resta una connotazione fondamentale del nostro sistema politico e della nostra tradizione culturale. Le distorsioni del passato vanno colpite ed abbattute, ma non possono costituire la motivazione di una scelta revanscista capace di provocare guasti altrettanto gravi ed irrimediabili.

Il rapporto del servizio sanitario nazionale con le facoltà di medicina, pur nei limiti legati all'assenza di una riforma universitaria, scende, forse per la prima volta, su un terreno nuovo e ricco di possibili evoluzioni interessanti. L'autonomia universitaria — che, è bene ricordare, è essenzialmente legata ad una esigenza di profonda libertà della elaborazione critica e culturale, attraverso strumenti di ricerca e di didattica — non viene in questo testo né compromessa, né mortificata; ma al contrario, in un nuovo rapporto con i livelli istituzionali, trova una sua occasione di rilancio attraverso il recupero di quel legame complessivo con la società, la cui assenza in questi ultimi anni è stata una delle cause non ultime della crisi universitaria.

In questo nuovo rapporto paritario tra i livelli istituzionali universitari e regionali, si inseriscono norme precise, anche se non ancora sufficienti, tese a recuperare ad una funzione didattica strutture fino ad oggi emarginate e pur ricche di potenzialità.

Questo processo, onorevoli colleghi, è solo iniziale, e va approfondito e completato con la riforma delle facoltà mediche, che dovrà restituire, come già avviene nell'ambito delle comunità europee, la capacità professionalizzante e alcune funzioni didattiche alle strutture del servizio sanitario nazionale. La strada intrapresa consentirà, nella sua auspicata evoluzione, di corrispondere sempre più alle esigenze culturali di tutti gli operatori sanitari (universitari compresi) e alla domanda che sale dalla popolazione studentesca, le cui attuali dimensioni non consentono ulteriori e gravi ritardi.

Per quest'ultimo aspetto, si ripropone l'esigenza, sempre più cogente, del numero programmato, in particolare, anche se non esclusivamente, per le facoltà di medicina. Tale problema troverà la sua auspicata soluzione all'interno della riforma universitaria; ma, per quanto attiene alle facoltà mediche, la sua mancata definizione nel momento del varo della riforma sanitaria, rappresenta un obiettivo limite ed un pericoloso elemento disgregante per uno strumento legislativo, come quello che stiamo esaminando, che nella capacità programmatica trova la sua unica e fondamentale garanzia di realizzazione. La disoccupazione medica incomincia ad evidenziarsi drammaticamente, in particolare nei grandi centri urbani; ed ulteriori ritardi su questo problema, rischiano, oggettivamente, di determinare una pressione occupazionale insostenibile per le strutture periferiche (regioni comprese) con la conseguente rottura di ogni tenuta programmatica e con lo sfondamento di ogni previsione della spesa sanitaria.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, altri argomenti meriterebbero un pur rapido accenno nella discussione generale; ma il modo migliore di corrispondere alle esigenze del paese e al comune sforzo delle forze politiche è quello di restringere all'essenziale i nostri interventi. Non possiamo, concludendo, non registrare come uno degli impegni di fondo che l'onorevole Andreotti pose tra i punti fondamentali del programma di Governo, abbia trovato una sua puntuale realizzazione (e di questo va dato atto, in particolare, all'onorevole ministro). Alla puntualità dell'esecutivo ha corrisposto, nel clima costruttivo dell'accordo programmatico, una altrettanta pronta risposta delle forze politiche che, con il voto largamente maggioritario in Commissione, garantiscono il più ampio consenso ad una profonda riforma di struttura capace di incidere realmente nelle condizioni di vita e di salute del paese.

Siamo ben consapevoli, onorevoli colleghi, che questa, come ogni altra legge, è solo una condizione per realizzare un profondo rinnovamento e un sostanziale cambiamento del nostro sistema sanitario. Rinnovamento e cambiamento saranno obiettivi facilmente raggiungibili quanto più saremo capaci di mobilitare, intorno ai nuovi obiettivi che la riforma propone, le energie più ampie e il consenso più profondo.

L'approvazione della riforma costituirà, in tal senso, solo un punto di partenza per un impegno che (consentitemi di dire, senza alcuna retorica) è esaltante e al quale la democrazia cristiana apporterà, con la serenità e la forza che le sono proprie, tutto il suo contributo culturale e politico, nella certezza di trovare a questo appuntamento tutte le forze politiche democratiche che vorranno, anche su questo terreno, sviluppare le grandi potenzialità dell'attuale fase politica, al servizio di un processo di rinnovamento e di trasformazione che da sempre costituisce l'impegno prioritario e costante dei cattolici democratici (*Applausi al centro*).

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

**BRUSCA.** Signor Presidente, signor ministro, onorevoli colleghi, credo di poter dire, pur nella modestia del mio giudizio, che la crisi odierna della medicina non è solo un fenomeno nazionale. Dopo la scoperta degli antibiotici e delle ultime vaccinazioni (ad esempio contro la poliomielite) da venti anni a questa parte la vita media, nei paesi a civiltà occidentale, non è più aumentata di un solo giorno. Questo è avvenuto a dispetto di costi crescenti ed esorbitanti, di cure mediche intensive esasperate, a volte allucinanti, di procedimenti chirurgici (come trapianti di cuore e di reni, di organi di ogni sorta) che esaltano sì chi li esegue, ma che ben poco contribuiscono al benessere di chi li subisce, gravando, al tempo stesso, in modo rilevante sulla collettività.

Da qualche parte in quest'aula, e da altre parti per motivi opposti, ho sentito criticare il modello sanitario della Gran Bretagna, che, per la sua efficienza, è ritenuto (probabilmente a ragione) emblematico di un moderno sistema sanitario. Tale sistema sta dimostrando i suoi limiti; riproporne uno analogo nel nostro paese sarebbe un errore fondamentale. Se viene estrapolata dal contesto generale del problema, questa affermazione potrebbe avere una sua suggestione, ma l'insufficienza non è di questo o quel sistema sanitario: la crisi è di un tipo di medicina che ormai si è espressa al massimo delle sue possibilità e che viene spinta oltre quanto è in grado di dare; la crisi di una medicina che, per la logica stessa da cui è scaturita, non può più se-

guire lo sviluppo della società moderna, anzi — in un certo senso — vi si oppone.

Questa considerazione vale anche per gli aspetti che potrebbero sembrare i più avanzati di questa medicina: ad esempio la prevenzione, così come essa oggi la intende.

In realtà, spesso ciò che viene chiamato con il nome di medicina preventiva altro non è che « medicina predittiva ». In altre parole, forse anche sotto spinte non disinteressate, mezzi imponenti di uomini e strutture vengono impiegati non per prevenire un evento morboso, ma solo per diagnosticarne precocemente l'insorgenza. Potrei fare molti esempi, ma ne farò solamente due che riguardano i due grandi assassini del nostro tempo: le malattie delle coronarie ed i tumori. Un laboratorio costituito allo scopo di controllare sotto sforzo le funzioni del cuore e delle coronarie comporta un impiego di apparecchiature per oltre 100 milioni di lire; esso, lavorando a pieno ritmo, può esaminare 10-12 individui al giorno, con una spesa di 50 mila lire per esame. Una volta conseguita una prova positiva, non siamo praticamente in grado di modificare l'evoluzione naturale della malattia.

Uno studio è stato eseguito di recente su numerosi soggetti allo scopo di valutare l'efficacia di vari farmaci più comunemente impiegati nella prevenzione del secondo infarto. Questo studio non ha dimostrato nessuna differenza tra coloro che si servivano e coloro che non si servivano di tale medicamento. Non è senza significato (sia detto per inciso) che qualche risultato — al contrario — è stato ottenuto riducendo determinati consumi, quale il fumo e certi eccessi alimentari.

Per quanto riguarda i tumori penso che a tutti sia noto il popolare *test* di Papanicolaou per la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero. Questa prova, praticata in massa e sistematicamente nei paesi occidentali, incide in maniera pesante sulla spesa sanitaria, ma a circa trent'anni dalla sua applicazione clinica, la sua validità è ancora tutta da dimostrare. Vi sono invece buoni motivi per ritenere che la frequenza di tale malattia sia tanto minore quanto più curata è l'igiene del *partner* maschile.

Nella storia dell'umanità non è un fenomeno nuovo la staticità della medicina di fronte al progredire della scienza ed allo emergere di nuove forze, di nuove classi e di nuove esperienze: basti ricordare (come ha acutamente osservato di recente Giovanni

Berlinguer) il secolo XVII ed *Il malato immaginario* di Molière. Oggi come allora questa inerzia conservatrice non può certamente essere considerata casuale; le radici, al contrario, ci sono e ben profonde. Da un lato operano interessi consolidati, multinazionali chimico-farmaceutiche, industrie elettroniche e, in certi paesi, vere e proprie corporazioni mediche; dall'altro lato è determinante la logica di una organizzazione produttiva che considera la salute operaia come materia prima in cui le componenti costo-qualità devono tradursi in un prodotto remunerativo e commercialmente concorrenziale.

Da una fase iniziale di resa (quella dei bambini nelle miniere, su cui è stata fatta anche della letteratura romantica di Pirandello), i lavoratori sono passati ad una fase di difesa (quella dell'assicurazione del rischio di malattia), durata fino ad oggi.

Nella logica di ottimizzazione del rapporto conservazione-consumo della forza lavoro, si chiede e si ottiene dalla parte opposta un assetto che, tramite lo Stato, gliene assicuri il controllo. Si sviluppa così la mutualità con organismi verticali e centralizzati, che gestiscono le malattie del cittadino; organismi che ignorano il concetto di tutela della salute; organismi nei quali la salute del cittadino continua ad essere materia che da questi è ad altri delegata. E neppure diversa fisionomia di impostazione hanno i vari istituti per la prevenzione del rischio lavorativo, di cui oramai è a tutti nota in Italia l'anacronistica e quasi grottesca inefficienza.

In Italia la crisi della medicina ha raggiunto punte assai elevate, non solo perché sono venuti meno come in altri paesi gli elementi culturali e sociali di base, ma anche perché si sono inesorabilmente e più precocemente logorati e demistificati i suoi congegni più tradizionali e carismatici; vale a dire il medico, l'ospedale, il sistema assicurativo, lo stesso momento terapeutico. Si parte da una constatazione semplice, quotidiana: il nostro sistema sanitario non funziona più, pur essendo fra i più costosi del mondo. La sua produttività, il suo rendimento è molto basso. Poche cifre bastino per tutte. Si tratta di dati del 1975: in Gran Bretagna si ha un tasso di ospedalizzazione del 100 per mille contro il 170 per mille dell'Italia; la durata della degenza è di 9,5 giorni contro i 16 dell'Italia; il costo è di 3 mila miliardi contro i 3.700 dell'Italia. Si tenga conto nelle valutazioni di queste cifre che nei 3 mila miliardi della

spesa ospedaliera in Gran Bretagna sono comprese visite specialistiche ambulatoriali, le quali da noi gravano su altri bilanci. Né è pensabile che gli italiani debbano ammalarsi più degli inglesi e che le nostre malattie siano necessariamente più gravi delle loro.

Il nostro sistema quindi fallisce anche in quello che è il suo obiettivo tradizionale, ma certamente non il solo né il più importante: vale a dire la diagnosi e la cura dell'ammalato. Anche se un'analisi dettagliata delle cause di questo fenomeno si presenta molto complessa, alcune di esse tuttavia appaiono con tutta evidenza già ad una prima osservazione. Secondo una logica basata sugli interessi di cui ho parlato in precedenza, in Italia l'assistenza sanitaria si sviluppa praticamente in una sola direzione: la diagnosi e la cura. Tutto questo però avviene in tempi non sincronizzati, mediante strutture verticali, rigorosamente separate tra di loro. Da un lato l'ospedale, dall'altro la medicina ambulatoriale ed extra-ospedaliera, a sua volta suddivisa a compartimenti stagni in una miriade di enti, casse mutue, eccetera.

Lontani, emarginati, stanno gli ospedali psichiatrici ed i ricoveri per vecchi. Tutto questo avviene al di fuori di ogni programmazione, sotto la spinta di un numero crescente di cittadini che chiedono di avere almeno un'assistenza, ma anche, di regola, seguendo logiche clientelari, di potere, di prestigio. Così si spiegano i profondi squilibri esistenti nella distribuzione dei posti letto ospedalieri tra una regione e l'altra, sempre a svantaggio delle più povere; la disparità del trattamento da cittadino a cittadino; la ripetitività delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche; la spinta all'aumento dei costi. Il sistema più che mai si traduce in un ordigno munito di lunghi coltelli, che verticalmente penetrano nel tessuto connettivo del paese, recidendo l'ospedale dal territorio e soprattutto il cittadino dal contesto sociale in cui vive.

Allo stesso tempo, altro fattore determinante, racchiuso in un concetto di autonomia — che proviene sì dalla Costituzione, ma che ne esce stravolto e strumentalizzato —, l'università — e per essa la facoltà di medicina — diviene sempre più incapace di creare medici e specialisti; deforma i suoi compiti istituzionali di didattica e di ricerca, acquistando aberranti dimensioni assistenziali; perde ogni rapporto vero con la nuova realtà sociale.

Sospinti da una scuola secondaria superiore vecchia, che non conferisce alcuna capacità professionale, e attratti dal miraggio di una professione prestigiosa e remunerativa, i giovani sempre più numerosi entrano nelle facoltà mediche, le cui vecchie strutture risultano rapidamente inadeguate. Ma sempre in nome della sua autonomia, la facoltà rimane chiusa in sé stessa, rifiuta l'apporto di esperienza, di cultura, di strutture, che le potrebbe venire dagli ospedali o dal territorio; così lo studente, prima o poi, arriva alla laurea in medicina con un bagaglio professionale inesistente. Il prodotto finito che viene immesso sul mercato assistenziale — mi si perdoni l'espressione, ma tale lo si è fatto diventare — è sempre più abbondante, esuberante rispetto al reale fabbisogno, ma sempre più scadente anche nelle caratteristiche più tradizionali.

Negli spazi che così si sono creati si inserisce e preme l'industria farmaceutica che diventa in pratica la principale fonte di informazioni diagnostiche e terapeutiche. Il rapporto tra medico e paziente è strettamente individuale, perde ogni rispondenza sociale, si adultera. Il medico non ha più la sua funzione di filtro e migliaia di miliardi in prescrizioni diagnostiche di ogni tipo e medicinali passano attraverso la sua penna; gli ospedali, che già soffrono di tutte le contraddizioni e le deficienze insite al loro modello di sviluppo, si avviano rapidamente a disfunzioni macroscopiche.

Si inquina, così, anche il concetto di libera scelta, non più libera, ma imposta dalla inefficienza della struttura pubblica. Ma è anche così che in Italia nasce dapprima la protesta, poi la lotta organizzata e la progressiva presa di coscienza da parte dei cittadini del concetto di sanità, non più solo come guarigione da una malattia, ma come tutela della salute, nel senso più globale della parola; da questa protesta, da questa lotta, da questo movimento nasce « la consapevolezza del rapporto tra fabbrica e territorio: l'intelligenza, cioè, della fabbrica intesa quale massima concentrazione complessiva che si estende in ogni ambiente sociale ». È troppo facile dimostrare, ricordando Manfredonia, Seveso, Brindisi, la triste verità di questo concetto; ma è altrettanto facile e triste dimostrare come, spesso, questo concetto sia stato volutamente soffocato anche di fronte a tragiche realtà.

La legge di riforma sanitaria, quindi, che la Camera si appresta a votare, è resa sì urgente dalle insufficienze tecniche di un sistema, ma nasce ancor più dalla esigenza di una nuova medicina basata sulla consapevolezza sanitaria; intesa, quest'ultima, come salute, quale diritto dell'individuo e interesse della collettività secondo il dettato della Costituzione italiana.

Animato da questo grande principio innovatore, il progetto di legge contiene — a nostro avviso — tutti gli elementi di base perché il servizio sanitario nazionale possa inserirsi nel contesto sociale del paese, come struttura orizzontale competente, unitaria nel senso più lato della parola. Basti pensare alla eliminazione del sistema assicurativo mutualistico, degli enti e degli istituti antinfortunistici, alla corretta collocazione di funzioni e compiti istituzionali tra centralità, regioni e comuni.

Questo progetto di riforma contiene il seme perché la difesa della salute non sia più soltanto medica, nei suoi momenti fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, ma perché vada ad incidere anche sulle scelte generali di sviluppo e di trasformazione della società. Mi sia permesso ancora una volta un esempio. La medicina di oggi, anche quella tecnicamente funzionante, spende somme ingenti per curare malformazioni congenite del cuore o sostituire valvole cardiache lese dal reumatismo; e ben pochi sono i pazienti operati restituiti a lungo ad attività produttive. Sarebbe facilmente dimostrabile come la gran parte di queste malattie, e l'onere che esse comportano per l'individuo e la comunità, potrebbero essere evitate, non solo con una efficiente medicina scolastica, con una educazione sessuale, con consultori genetici ben funzionanti, ma anche con abitazioni più igieniche.

Nel progetto in esame vengono inoltre affermati i principi fondamentali della funzione sociale del farmaco, della partecipazione del cittadino alla gestione, in prima persona, della propria salute, principi della lotta alla segregazione e alla emarginazione. Su questi ed altri aspetti si intratterranno, credo, altri compagni. Tuttavia, penso di poter affermare che l'importanza di questi principi è tale per cui la loro attuazione dovrà necessariamente segnare una tappa fondamentale nella trasformazione della sanità; e, come medico insegnante universitario, mi pare di poter confidare che il progetto di riforma non solo offra

all'università l'ausilio didattico di strutture e personale del servizio sanitario nazionale, ma anche nuovi spunti, nuovi stimoli ad una ricerca che prenda le mosse dall'osservazione dell'uomo nel suo ambiente di lavoro e di vita.

Il servizio sanitario nazionale può dare ai suoi operatori sanitari ampia possibilità di qualificazione, con la didattica, la ricerca, con il lavoro di gruppo dipartimentale che comprendono personale intraospedaliero ed extra-ospedaliero, con la rivalutazione del medico di base quale figura essenziale dell'assetto sanitario.

I medici hanno già dimostrato la loro disponibilità, sollecitando essi stessi molti degli indirizzi che la legge propone. In questa prospettiva, certamente, problemi di oggi risultano chiaramente poter divenire falsi problemi in un domani che speriamo il più prossimo possibile (*Applausi all'estrema sinistra — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato a domani.

#### Trasmissione dal Senato.

PRESIDENTE. Il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza il seguente disegno di legge, approvato da quel Consesso:

« Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio per l'anno finanziario 1978 » (1940).

Sarà stampato e distribuito.

#### Approvazioni in Commissione.

PRESIDENTE. Nelle riunioni di oggi delle Commissioni, in sede legislativa, sono stati approvati i seguenti progetti di legge:

dalla III Commissione (Esteri):

PICCOLI FLAMINIO ed altri: « Contributo annuo a favore dell'Istituto per le relazioni tra l'Italia ed i paesi dell'Africa, dell'America Latina e del Medio Oriente (IPALMO) » (1349);

dalla VI Commissione (Finanze e tesoro):

Senatori TANGA e SALERNO: « Disposizioni in favore dei militari del Corpo della guardia di finanza in particolari situazioni »

(*approvato dal Senato*) (1831), con l'*assorbimento della proposta di legge*: FIORET ed altri: « Modifiche alle vigenti disposizioni sull'avanzamento degli ufficiali iscritti nel ruolo separato e limitato della guardia di finanza » (188), *la quale, pertanto, sarà cancellata dall'ordine del giorno*;

« 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 » (*modificato dalla VI Commissione del Senato*) (1852-B);

*dalla X Commissione (Trasporti)*:

BERNARDI ed altri: « Proroga del termine di cui all'articolo 61, secondo comma, della legge 6 giugno 1974, n. 298, concernente la istituzione dell'albo nazionale degli autotrasportatori di cose e istituzione di un sistema di tariffe a forcilla per i trasporti di merci su strada » (1841), *con modificazioni*.

#### **Autorizzazione di relazione orale.**

PRESIDENTE. La Commissione speciale fitti, nella seduta odierna, in sede referente, ha deliberato di chiedere l'autorizzazione a riferire oralmente all'Assemblea, ove non risulti tempestivamente possibile la stampa della relazione scritta, sul disegno di legge:

« Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 ottobre 1977, n. 778, concernente provvedimenti urgenti sulla proroga dei contratti di locazione e di sublocazione degli immobili urbani » (*approvato dal Senato*) (1912).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

#### **Assegnazione di un disegno di legge a Commissione in sede referente e auto- rizzazione di relazione orale.**

PRESIDENTE. A norma del primo comma dell'articolo 72 del regolamento il seguente disegno di legge è deferito alla V Commissione (Bilancio) in sede referente:

« Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio per l'anno finanziario 1978 » (*approvato dal Senato*) (1940).

Dati i motivi di particolare urgenza, propongo, altresì, che la Commissione sia autorizzata sin d'ora a riferire oralmente all'Assemblea.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

#### **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 dei lavori pubblici, il seguente disegno di legge:

« Autorizzazione della spesa di lire 7 mila milioni per il completamento dell'acquedotto consorziale delle Langhe ed Alpi Cuneesi ».

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

#### **Annunzio di interrogazioni e di interpellanze.**

MAGNANI NOYA MARIA, *Segretario*, legge le interrogazioni e le interpellanze pervenute alla Presidenza.

#### **Annunzio di una risoluzione.**

MAGNANI NOYA MARIA, *Segretario*, legge la risoluzione pervenuta alla Presidenza.

#### **Ordine del giorno della seduta di domani.**

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

Venerdì 16 dicembre 1977, alle 9,30:

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

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

2. — Dichiarazione di urgenza di progetti di legge (ex articolo 69 del regolamento).

3. — *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.*

4. — *Seguito della discussione della proposta di legge costituzionale:*

Senatori BRANCA ed altri: Modifica dell'articolo 1 della legge costituzionale 9 feb-

braio 1948, n. 1, recante norme sui giudizi di legittimità costituzionale (1441) (*Approvata dal Senato in prima deliberazione*);

— *Relatore:* Labriola.

La seduta termina alle 19,15.

---

#### **Ritiro di documenti del sindacato ispettivo.**

I seguenti documenti sono stati ritirati dal presentatore: interrogazioni a risposta scritta Frasca n. 4-03606 del 18 ottobre 1977 e n. 4-04029 del 30 novembre 1977.

---

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DEI RESOCONTI

AVV. DARIO CASSANELLO

---

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

Dott. MANLIO ROSSI

**RISOLUZIONE IN COMMISSIONE,  
INTERROGAZIONI E INTERPELLANZE  
ANNUNZIATE**

**RISOLUZIONE IN COMMISSIONE**

« La I Commissione,

tenuto conto dell'approssimarsi della data di collocamento a riposo, per limiti di età, dell'attuale presidente della Corte dei conti;

considerato che in relazione alle attribuzioni e all'ordinamento della Corte la nomina del presidente rappresenta un evento di grande rilievo ai fini del corretto esercizio delle funzioni istituzionali;

ricordato che in applicazione dei precetti contenuti negli articoli 100 e 103 della Costituzione rientrano nelle attribuzioni della Corte dei conti il controllo di legittimità sugli atti del Governo, il controllo sulla gestione del bilancio dello Stato e quello sulla gestione finanziaria degli enti pubblici, la tutela dell'ordinamento nei casi di danni patrimoniali che integrino responsabilità degli agenti amministratori e dipendenti pubblici, la giurisdizione in materia di contabilità pubblica;

considerato che in relazione alle predette attribuzioni la Costituzione richiede che sia assicurata l'indipendenza dell'istituto e dei suoi componenti di fronte al

Governo cui tuttavia compete di procedere, in base alla normativa vigente, alla nomina del presidente al quale sono attribuiti incisivi poteri per il governo dell'istituto sia sotto l'aspetto organizzativo che di amministrazione del personale, poteri che possono direttamente ed indirettamente essere di pregiudizio al corretto esercizio delle funzioni della Corte;

considerato pertanto che la nomina deve essere indirizzata su persona che per prestigio e autorevolezza di preparazione professionale e di rigoroso esercizio di incarichi pubblici abbia dato prova di possedere in sommo grado senso di responsabilità, di equilibrio e di spirito di indipendenza;

considerato che corrisponde all'interesse pubblico che l'attività di controllo affidata alla Corte nella gestione del pubblico denaro sia esercitata col massimo rigore e la massima serenità;

impegna il Governo

a fare tempestivamente conoscere i criteri che intende seguire per la nomina del nuovo presidente della Corte dei conti nonché a comunicare i nomi dei candidati con l'indicazione per ciascuno degli elementi che lo qualificano come idoneo alla alta carica.

(7-00087) « CARUSO ANTONIO, LABRIOLA, COLONNA, BARBERA, BERTOLI MARCO, COLOMBA GIULIO, IOTTI LEONILDE, CECCHI, MOSCHINI, NESPOLO CARLA FEDERICA, DE CARNERI, FRACCHIA, TONI FRANCESCO ».

**INTERROGAZIONI  
A RISPOSTA IN COMMISSIONE**

PAGLIAI MORENA AMABILE, FACCHINI, VAGLI MAURA E RAICICH. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere —

considerato che nell'Istituto professionale di Stato per le attività marine « Michele Fiorillo » di Massa Carrara si è determinata una situazione abnorme per quanto riguarda il rapporto insegnanti-alunni sia per ciò che concerne la prassi di non superare il numero di 30 alunni per classe, sia per ciò che riguarda la situazione delle aule di detto istituto;

considerato che fino dal settembre scorso era stata avanzata la richiesta di sdoppiamento delle classi sovraffollate, senza che ad essa si sia dato esito —

cosa s'intenda fare per mettere questa scuola in condizione di funzionare.

(5-00979)

FERRARI MARTE. — *Al Ministro delle finanze.* — Per conoscere — atteso che con il disposto dell'articolo 37 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 640, si è inteso definire chi debba intendersi abilitato sia all'accertamento, che al rilevamento di infrazioni inerenti le imposte sugli spettacoli —:

1) se gli accertatori debbano intendersi solo i funzionari in possesso della « tessera erariale » rilasciata dal Ministero;

2) ovvero anche i possessori di documenti interni rilasciati dall'amministrazione SIAE;

3) se nell'ipotesi del punto 2) ai fini « dell'accertamento delle violazioni » possono considerarsi giuridicamente valide sia le tessere modello 77 rilasciate dalla direzione generale e dalle direzioni delle sedi regionali della SIAE anche a personale dipendente, pur con qualifica diversa da « funzionario » e ai possessori delle tessere modello 315 rilasciate dagli agenti ai loro dipendenti e loro accertatori. (5-00980)

\* \* \*

**INTERROGAZIONI  
A RISPOSTA SCRITTA**

**GALASSO.** — *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* — Per conoscere quanto è venuto a costare il recente viaggio a Mosca del ministro Ossola che con sua moglie e il seguito, anziché servirsi degli aerei di linea normali dell'Alitalia o dell'Aerflot, si è servito di un DC9 dell'Aeronautica militare, come tutti hanno visto alla TV.

Per conoscere se il Presidente del Consiglio non ritenga di dover richiamare alla doverosa austerità del momento chi spende denari dello Stato con tanta leggerezza.

(4-04161)

**COSTA.** — *Al Ministro del tesoro.* — Per sapere per quali ragioni, dinanzi alle ondate di critiche relative alla gestione della Cassa di Risparmio di Asti, il Governo, anziché fornire indicazioni circa l'opera degli ispettori inviati appunto ad Asti per un controllo, abbia ritenuto di dar luogo alla sostituzione del presidente di detta Banca lasciando priva l'opinione pubblica, gli operatori commerciali, la clientela della banca, nonché il mondo politico ed amministrativo, di una benché minima spiegazione circa l'attendibilità delle gravi critiche all'Amministrazione della Cassa astigiana che se hanno trovato indiretta conferma nelle ultime decisioni del Governo attendono indispensabili chiarimenti.

(4-04162)

**COSTA.** — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per sapere se intende far conoscere i motivi che sino ad oggi hanno indotto il Ministero a non dar luogo, come espressamente richiesto sin dal 1966 e riproposto ancora nel 1975, alla istituzione di un ufficio postale nel comune di Verduno, in provincia di Cuneo.

Se non si debba ritenere discriminante, a distanza di anni dalla iniziale richiesta, un tale mancato accoglimento dopo le generose proposte ripetutamente formulate a mezzo delle locali autorità.

(4-04163)

**SQUERI, LUSSIGNOLI E BURO MARIA LUIGIA.** — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro delle poste e delle*

*telecomunicazioni.* — Per conoscere quali siano in realtà le rivendicazioni dei traduttori-annunciatori della Direzione servizi giornalistici e programmi per l'estero della RAI in considerazione del fatto che essi hanno diretto al quotidiano *La Repubblica* una lettera pubblicata il 30 novembre 1977 nella quale, tra l'altro, si afferma che « pur concordando con l'analisi sulla scandalosa situazione protrattasi per anni ed anni nel settore », detti prestatori d'opera sottolineano che « una iniziativa per arrivare ad una prima fase di normalizzazione del rapporto di lavoro è stata presa nell'aprile di quest'anno, in collaborazione con le organizzazioni sindacali della RAI che hanno raggiunto un accordo, accettato dai lavoratori, con la Direzione del personale della RAI ».

La lettera in questione conclude dicendo che « desideriamo precisare che la responsabilità della mancata soluzione della vertenza è della RAI la quale continua a rinviare l'applicazione dell'accordo, lasciando invariata a tutt'oggi la situazione di questi lavoratori e mettendoli quindi in condizione di dover ricorrere, ove l'accordo non venisse applicato al più presto, alle vie legali ».

(4-04164)

**FERRARI MARTE.** — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro della industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per conoscere —

atteso che con il 31 dicembre 1977 a norma dell'articolo 64 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 decadono dalle loro responsabilità i presidenti delle Camere di commercio;

tenendo conto che molte giunte camerali sono altresì carenti delle rappresentanze categoriali e sociali — :

1) quali criteri in sede di Governo siano stati definiti o si intendono con urgenza delineare affinché si concretizzino procedure puntuali e rigorosamente corrette delle competenze dell'Ente regione in tale contesto e perché le stesse rappresentanze categoriali e sociali siano effettiva espressione delle realtà territoriali e regionali competenti;

2) quali siano gli orientamenti ipotizzati per il nuovo assetto e di funzioni delle Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura nell'ambito regionale.

(4-04165)

FERRARI MARTE. — *Al Ministro dei trasporti.* — Per conoscere — atteso che è certamente conosciuta la pesantezza della situazione viaria e ferroviaria fra Milano-Lecce e la provincia di Sondrio — quali sono i programmi a tempo breve e a medio termine sulla linea di collegamento Sondrio-Milano in particolare in ordine a:

lavori in corso sul tratto Lecco-Colico;

l'approntamento di treni in partenza da Colico verso Sondrio con orari utili a lavoratori e studenti;

l'istituzione di nuovi treni in partenza da Sondrio alle ore 5,35 e da Milano per Sondrio alle ore 21;

quale sia la preventivata data di realizzazione del raddoppio della linea Calolzio-Carnate. (4-04166)

GIORDANO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per conoscere se — in considerazione delle condizioni generali di crisi economica e dei riflessi positivi che il lavoro ha sui giovani e sull'efficienza dell'industria turistico-alberghiera — non ritiene opportuno restituire ai Consigli di istituto la facoltà di adottare il calendario scolastico secondo le esigenze specifiche del settore turistico-alberghiero.

L'interrogante fa presente che l'attuale calendario scolastico danneggia notevolmente sia gli allievi, perché al 1° di luglio non potranno più essere assunti in quanto la stagione estiva turistica inizia ai primi di giugno; sia gli imprenditori del settore, che saranno privati di una mano d'opera specializzata per loro indispensabile e preziosa. (4-04167)

CASALINO E CONCHIGLIA CALASSO CRISTINA. — *Ai Ministri delle finanze, dell'agricoltura e foreste e del commercio con l'estero.* — Per conoscere — premesso che in Italia i tabacchicoltori sono costretti a conferire all'AIMA parte del tabacco prodotto, mentre le importazioni di tabacchi sono superiori alle esportazioni sia come materia prima che in manufatti di sigarette, ecc.; queste notizie allarmano vivamente in modo particolare i coltivatori di tabacco di tipo orientale o levantino, per le gravissime ripercussioni negative che si verificherebbero se ciò dovesse continuare —:

quali sono i motivi che ci costringono ad importare più tabacco di quanto ne e-

sportiamo (malgrado le buone prospettive indicate al momento della adesione alla CEE) e che oltre a colpire gli interessi di varie decine di migliaia di tabacchicoltori, di tabacchine e di lavoratori affini della provincia di Lecce e di altre zone d'Italia, incidono così negativamente sulla bilancia dei pagamenti con l'estero;

quanto è il tabacco in colli o in prodotto finito, pronto per il consumo, esportato e importato per tipo, varietà e in dettaglio per singole nazioni per gli anni 1975-1976-1977. (4-04168)

COSTAMAGNA. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per sapere se è a conoscenza che la superstrada Aosta-Monte Bianco, percorsa tutte le settimane tra l'altro da non meno di 1.000 *tir*, è diventata superpericolosa, per 40 chilometri senza indicazioni e senza strisce bianche e gialle.

L'interrogante chiede che il Governo intervenga presso l'ANAS per far eseguire le opere necessarie a migliorare la percorribilità dell'importante arteria della Valle d'Aosta. (4-04169)

COSTAMAGNA. — *Al Ministro delle finanze.* — Per sapere se è a conoscenza che l'amministrazione comunale di Angrogna, piccolo comune montano della Val Pellice, ha ritenuto di dover rendere di pubblica ragione in quale situazione lo Stato, inadempiente, ha posto il comune stesso, costringendolo a sospendere negli scorsi mesi ogni pagamento nei confronti dei propri creditori e con la probabilità di dover sospendere anche il pagamento degli stipendi al personale dipendente;

per sapere se è vero che l'Intendenza di finanza di Torino ha comunicato che, avendo corrisposto nel 1972 circa sei milioni in più del dovuto al comune per compartecipazione IGE ed avendo corrisposto negli anni successivi oltre 25 milioni in più del dovuto per somme sostitutive della compartecipazione IGE, avrebbe proceduto al recupero di tali somme, detraendole dalle somme dovute al Comune per gli anni 1977 e 1978.

L'interrogante sollecita l'intervento del Ministro perché lo Stato adempia ad un obbligo di legge, secondo la norma dell'articolo 9 della legge n. 62 del 17 marzo 1977 per l'annullamento del debito del Co-

mune, in modo che Angrogna possa avere finanziamenti ed aiuti adeguati alle sue condizioni di zona economicamente depressa, gravemente colpita tra l'altro dall'alluvione del maggio scorso, ricevendo le somme ad esso dovute, scongiurando così l'avvio graduale alla bancarotta per cause del tutto indipendenti dalla volontà e responsabilità della amministrazione comunale e della popolazione. (4-04170)

COSTAMAGNA. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per sapere se risponde a verità quanto denunciato dal settimanale *Il Risveglio Popolare* di Ivrea, che sabato 12 novembre 1977 è mancata ad Albiano in provincia di Torino l'energia elettrica sia per l'illuminazione pubblica che privata e che, in seguito all'intervento dell'ENEL dopo tre ore la luce è ritornata e non si è più spenta per tutto il giorno della domenica; che la stessa cosa si è ripetuta il lunedì, con tutte le luci della zona del paese poste verso Azeglio accese; che al martedì, mercoledì e giovedì la luce ha continuato imperterrita a rimanere accesa, malgrado l'intervento dello stesso sindaco di Albiano per far riparare il guasto.

L'interrogante inoltre chiede l'intervento energetico del Governo sulla direzione dell'ENEL per far cessare questo spreco di energia pagata dai contribuenti. (4-04171)

COSTAMAGNA. — *Ai Ministri della sanità e del turismo e spettacolo.* — Per sapere — di fronte alla situazione in Italia della medicina sportiva pressoché ignorata ed a quella del nostro Piemonte dove funziona un solo Centro di medicina sportiva, a Torino, diretto dal benemerito professor Wiss — se è a conoscenza che tale servizio sociale di prima necessità è stato proposto per circa metà Piemonte con un centro di medicina dello sport a Vercelli, fin dal 1968 ed è arenato nelle secche della burocrazia.

Per sapere perché il dialogo CONI, provincia di Vercelli-Ospedale S. Andrea di Vercelli-CONI nazionale, si è fermato al 6 ottobre 1975 e se non ritiene di riprenderlo sollecitamente, dopo che è avvenuta l'istituzione dei corsi di Medicina presso l'Ospedale S. Andrea di Vercelli, considerando che con l'equidistanza della città di Vercel-

li un centro di medicina sportiva ad alta qualificazione potrebbe servire un'ampia fascia del Piemonte, comprendente le città di Vercelli, Biella, Novara, Asti ed Alessandria. (4-04172)

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 — il perché il Ministero non osserva tale disposto di legge.

Per sapere pure 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 sapere dal Ministro quali intenzioni abbia per il rispetto della legge. (4-04173)

SERVADEI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere se è a conoscenza che la categoria degli impiegati privati di studi professionali ed uffici vari occupa nel paese all'incirca 400.000 persone (per il 90 per cento donne) in genere sprovviste del trattamento salariale, normativo, assistenziale e previdenziale comune alle analoghe attività pubbliche e private.

Quanto sopra in dipendenza della natura e del frazionamento del lavoro, che non consente la costituzione di organizzazioni sindacalmente consistenti in grado di tutelare la categoria, la quale continua ad essere alimentata e ricattata dalla vasta disoccupazione giovanile e femminile esistente

nel paese, con la creazione - spesso - di situazioni giuridicamente, economicamente, moralmente insostenibili ed intollerabili.

L'interrogante ritiene che questo stato di cose non possa e non debba perpetuarsi ulteriormente, ciò che sollecita nei confronti dei 400 mila in questione un maggiore controllo ed una più adeguata difesa pubblica.  
(4-04174)

**SERVADEI.** — *Al Ministro della difesa.* — Per conoscere le ragioni per le quali l'Istituto geografico militare di Firenze (che occupa circa 500 addetti, di cui un centinaio militari) è in ritardo di anni nell'aggiornamento cartografico del Paese, con gravi conseguenze non soltanto di natura militare, ma anche di carattere civile, privando Ministeri, Enti pubblici e geologi in genere di adeguati strumenti di studio e conoscenza del nostro territorio, anche ai fini della sua preservazione e difesa.

Per conoscere, inoltre, quali iniziative si propone di assumere per superare questo negativo stato di cose.  
(4-04175)

**SCOVACRICCHI.** — *Al Ministro della difesa.* — Per conoscere i motivi che hanno indotto il Comando militare territoriale della zona Nord-Est di Padova a respingere la proposta di trasferimento del sottotenente di complemento Albano Di Bernardo dall'Ufficio lavori del Genio militare di Trieste a quello di Udine, avanzata mesi or sono con parere favorevole del locale Comando Genio, sotto forma di scambio con un collega che avrebbe gradito il trasferimento inverso.

All'interrogante risulta che il Comiliter di Padova motivò il diniego assumendo che la famiglia del Di Bernardo non si trovava in condizioni di disagio economico e che detto Comando mantenne la sua opposizione anche dopo un successivo interessamento del Sottosegretario alla difesa, onorevole Caroli, col pretesto che l'ufficiale

ormai sarebbe stato congedato nel maggio 1978.

Mentre l'interrogante fa rilevare che le condizioni economiche della famiglia - tra l'altro obiettivamente precarie - non possono giustificare il diniego, attesi lo spirito dell'articolo 3 della legge n. 730 del 1976 (che esonera indiscriminatamente dal servizio militare di leva tutti i giovani delle zone « disastrose »), l'avvenuto crollo della casa dell'ufficiale, che provocò la morte di uno zio e l'attuale sistemazione della famiglia in una baracca di Venzone, invita a considerare:

1) che l'avvicinamento alla sede di residenza di un giovane militare - per di più perito edile - è indispensabile in ordine alle esigenze della ricostruzione;

2) che l'approssimarsi del congedo è dovuto alle lungaggini delle decisioni e che d'altra parte un periodo di mesi resta ancora disponibile per utilizzare il giovane all'Ufficio lavori del Genio militare di Udine, molto più utilmente che a Trieste.

Per quanto sopra detto, l'interrogante chiede al Ministro di sapere se intenda - con la sollecitudine che il caso richiede - disporre il trasferimento richiesto almeno per questo restante periodo di servizio.  
(4-04176)

**COLURCIO.** — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e nelle zone depresse del centro-nord.* — Per conoscere lo stato di attuazione e i tempi di ultimazione previsti per il complesso dei lavori riguardanti l'area di sviluppo industriale di Crotone (Catanzaro) e relativi alla variante SS n. 106, ampliamento del porto, raccordo ferroviario, strade interne, strade di penetrazione, ecc.

Atteso che già l'attuale sviluppo socio-economico necessita di infrastrutture adeguate e atteso che appare utile e necessario procedere, con urgenza, per sapere se si vuole facilitare e accelerare l'ulteriore sviluppo delle attività industriali e produttive della zona.  
(4-04177)

**INTERROGAZIONI  
A RISPOSTA ORALE**

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri per sapere quali provvedimenti sono stati adottati in merito alla designazione dei tre esperti di competenza del Governo in seno al Consiglio scientifico dell'Istituto di studi sulle Regioni del CNR, secondo quanto prescritto dall'articolo 5 dello statuto dello Istituto stesso, e che è stata sollecitata dal CNR fin dal settembre scorso.

« In particolare per sapere se è a conoscenza del fatto che le designazioni da parte delle Regioni e da parte del personale ricercatore dell'Istituto, sono già state effettuate; che il Comitato del CNR competente ha posto all'ordine del giorno la nomina dei cinque membri del Consiglio scientifico di sua spettanza; e che quindi ogni ulteriore ritardo da parte del Governo costituisce oggettivo impedimento per il rinnovo dell'organismo.

« Per sapere se il Governo intende concorrere ad una più sollecita attivazione dell'Istituto di studi sulle Regioni, che proprio per essere l'unico organismo pubblico di ricerca a carattere interdisciplinare, permanente, e a dimensione nazionale, può essere la sede più idonea per lo svolgimento di quelle indagini che oggi si rivelano particolarmente urgenti in tutto il campo della riforma dello Stato e in particolare sul potere locale e sulla riforma autonomistica delineata nel quinto titolo della Costituzione, tenuto conto che il suo Consiglio scientifico non è in grado di operare da più di due anni, e che da ciò è conseguito un sostanziale blocco dell'attività di ricerca scientifica.

(3-02262) « TRIVA, COLONNA, MOSCHINI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro del tesoro per conoscere i motivi per i quali il già preannunciato disegno di legge governativo per la riforma della finanza locale contenente sia la normativa generale e sia quella per il periodo transitorio, non è stato ancora presentato, malgrado il reiterato impegno assunto dal Ministro stesso di fronte al Parlamento anche nell'ultima occasione durante la seduta del-

la Commissione Finanze e tesoro del 18 novembre 1977, nella quale dichiarò che entro il 2 dicembre la proposta sarebbe stata depositata alla Camera.

« A tale riguardo gli interroganti chiedono di conoscere il pensiero del Ministro circa l'inderogabile esigenza che sia urgentemente presentato il provvedimento generale di riforma della finanza locale e non solo limitatamente alla parte stralcio. Inoltre per consentire che gli enti locali adempiano agli improrogabili impegni resi improcrastinabili dai pagamenti indispensabili per fine dicembre e per i mesi di gennaio e febbraio 1978 e per assicurare il funzionamento dei servizi pubblici devono essere valutati una serie di provvedimenti tali da garantire il pagamento degli stipendi e di quei fornitori che rendono servizi essenziali.

« Si richiedono pertanto precise notizie riguardo a immediate misure che potrebbero essere così configurate:

1) sia immediatamente reso possibile, anche per il 1978, confermando il già precisato orientamento del Ministro del tesoro, l'utilizzazione dei 3/12 delle entrate tributarie quali sono previste per l'anno 1977, come indispensabile mezzo di elasticità di cassa;

2) si provveda ad assicurare alle intendenze le somme necessarie per il pagamento delle maggiorazioni del 25 per cento sostitutive previste dalla legge 5 agosto e che tali pagamenti vengano effettuati nella esatta misura indicata dalla legge;

3) si provveda, inoltre, e non oltre il mese di gennaio, al pagamento delle somme dovute a seguito dell'approvazione dei mutui sui disavanzi 1977;

4) in via straordinaria e ove si rendano necessarie non siano effettuate compensazioni fra somme sostitutive che sono in corso di pagamento dalla Cassa depositi e prestiti e gli ammortamenti dei mutui per quei Comuni che versano in gravissime situazioni finanziarie;

5) si predispongano, entro il primo bimestre 1978, il pagamento delle somme dovute da anni agli enti locali e la differenza fra le somme emesse dalla Commissione finanza locale e le somme erogate attraverso i mutui, nella misura richiesta in base all'articolo 5 della legge 17 marzo 1977, n. 62.

« Queste straordinarie misure finanziarie inquadrate in una gestione unitaria della finanza pubblica che sia valida anche per

## VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

i pagamenti dell'intera spesa pubblica allargata, diventano un indispensabile punto di riferimento per una programmazione finanziaria degli enti locali.

« Gli interroganti richiedono inoltre, se non si ritenga ormai assolutamente necessario modificare il perverso criterio in atto e cioè quello di trasferire le somme corrisposte agli enti locali con il solito ritardo e sempre posticipatamente, ma se non sia invece interesse anche della finanza pubblica, predisporre i pagamenti in modo anticipato.

« Per tali valutazioni si sottolinea la opportunità che sulla somma indicata dal Governo per il 1978 in lire 13.500 miliardi al netto delle quote di ammortamento della legge sul consolidamento a breve n. 62, siano erogate agli enti locali quote di anticipazione trimestrale e per gli stessi, che in via propria o attraverso aziende che gestiscono aziende di trasporto, sia assicurata una anticipazione semestrale in attesa dell'effettivo funzionamento del Fondo dei trasporti.

(3-02263) « SARTI, ANIASI, CIAMPAGLIA, AGNELLI SUSANNA, ANTONI, TRIVA, BERNARDINI, NOVELLINI, CONTI PIETRO, GUALANDI, BERNINI, PELLICANI, CIRASINO, TONI FRANCESCO ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dell'interno per conoscere:

in base a quali valutazioni si è resa necessaria la decisione di vietare la manifestazione indetta dal movimento dell'università di Roma prevista per il 12 dicembre 1977;

se non ritenga che tale decisione abbia favorito il clima di violenza e provocazione che ha attanagliato la città per tutta la giornata del 12 dicembre;

se non ritenga che il questore di Roma Migliorini abbia dato, ancora una volta, prova di grave inefficienza contribuendo a creare il clima di tensione nella città con le decisioni prese;

come si giustifica l'atteggiamento della polizia che ha provveduto al fermo indiscriminato di oltre trecento persone, molte delle quali completamente estranee alla manifestazione, gettando nel terrore le vie della città;

se non ritenga che i continui divieti a manifestare nella città di Roma intacchino i

fondamentali diritti costituzionali della libertà di pensiero e di azione;

se non ritenga che continuare in questa direzione abbia l'unico effetto di provocare nuova tensione e non spezzare la spirale della violenza e del terrorismo;

quali provvedimenti intenda prendere perché in occasioni di nuove manifestazioni non si ricorra a quelle decisioni adottate finora, dimostratesi largamente inadeguate ad affrontare la situazione.

(3-02264)

« CORVISIERI, CASTELLINA LUCIANA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro dell'agricoltura e delle foreste, per conoscere se sia vera la notizia secondo la quale la FISE (Federazione Italiana Sport Equestri) abbia affiliato e riconosciuta una società ippica ed una scuola di equitazione — il Pony Club — che violano precise norme legislative in quanto utilizzano e sfruttano una vasta area ed attrezzature sportive della collettività senza alcuna diretta autorizzazione o concessione.

« Se la notizia risponde a verità, l'interrogante chiede quali provvedimenti siano stati adottati o si intendano adottare a carico della FISE medesima (che è un organo del CONI) per aver affiliato quella società equestre e quella scuola di equitazione senza sede legittima, né legittimamente in possesso di area ed attrezzature indispensabili ovviamente per l'affiliazione e il riconoscimento.

« Quanto sopra si chiede poiché la FISE — che pure ha una commissione incaricata per il sopralluogo e per il parere in proposito — sta dimostrando una evidente incapacità, attraverso singolari decisioni, di intendere lo sport equestre come una disciplina fondamentale per la formazione psico-fisica dei nostri giovani.

(3-02265)

« PRANDINI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro dell'interno per conoscere il pensiero del Governo sulla assemblea degli appartenenti al Corpo della pubblica sicurezza, tenutasi a Roma nei giorni scorsi, con la partecipazione dei massimi dirigenti confederali, che ha dato luogo alla elezione degli organi direttivi del sindacato dei

## VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

lavoratori di pubblica sicurezza collegato alla CGIL, CISL, UIL ed in cui è stato, anche, annunciato uno sciopero politico generale, in appoggio alle tesi dell'assemblea stessa, i cui organizzatori hanno, ancora una volta, ostentato l'audacia di scavalcare il Parlamento.

« Per conoscere, inoltre, quali provvedimenti si intendano, finalmente, assumere nei confronti dei responsabili di tale iniziativa condotta in spregio alle leggi e ai regolamenti vigenti per gli appartenenti al Corpo di pubblica sicurezza, in relazione anche alla partecipazione all'assemblea stessa di un generale, per di più comandante dell'Accademia degli ufficiali di pubblica sicurezza, che si vuole faccia parte dell'esecutivo del sindacato, il cui comportamento è inconcepibile e insostenibile per la rilevante posizione che occupa e per le mansioni incautamente affidategli.

« Gli interroganti denunciano a tale proposito che la mancanza, fino ad ora, di provvedimenti legittima il sospetto di connivenza nell'amministrazione centrale.

« Per sapere, infine, quali azioni intendano promuovere e quali misure mettere in atto, per stroncare le continue interferenze politiche e sindacali sulle forze di polizia, per ridare tranquillità e fiducia a tanta parte dell'opinione pubblica che assiste sgomenta allo scardinamento dei valori e dei principi propri di uno Stato di diritto, in un settore così vitale per la sicurezza del paese e in un momento così drammatico per le condizioni dell'ordine pubblico.

(3-02266) « CAPPELLI, ARMELLA, MARABINI, TESINI ARISTIDE, TESINI GIANCARLO, USELLINI, SANESE, ROSSI DI MONTELEA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro di grazia e giustizia per sapere se - in relazione alla sentenza del Tribunale amministrativo dell'Emilia Romagna n. 497 del 23 settembre 1976, confermata dalla sentenza n. 941 del 14 giugno 1977 dal Consiglio di Stato, sezione IV, che ha respinto il ricorso contrario della Avvocatura dello Stato; decisioni con le quali è stato ribadito il diritto alla percezione delle percentuali dovute agli ufficiali giudiziari ed aiutanti ufficiali giudiziari sui recuperi delle somme riscosse per conto dello Erario, sancito dall'articolo 122, secondo

comma, del decreto del Presidente della Repubblica 15 dicembre 1959, n. 1229, in vigore ma la cui applicazione era stata sospesa - ritenga di dare disposizioni affinché venga erogata agli aventi diritto la percentuale loro dovuta a partire dalla data di sospensione di tale diritto, e cioè dal bimestre novembre-dicembre 1973 compreso.

(3-02267)

« CERQUETTI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare i Ministri di grazia e giustizia e dell'interno per sapere se sono venuti a conoscenza del fatto che nei giorni scorsi, a Roma, due giovani aderenti a un noto " Collettivo " di sinistra sorpresi nottetempo a bordo di un autoveicolo, in possesso di sostanze atte a fabbricare ordigni incendiari, per ordine di un sostituto procuratore - figlio di un componente " laico " del Consiglio superiore della magistratura, esponente di sinistra - sono stati rilasciati senza che si procedesse al loro arresto. E ciò quando invece, com'è noto, oltre un mese fa otto altri giovani dello stesso ambiente dell'ultrasinistra, sorpresi anch'essi in possesso di elementi atti a fabbricare ordigni incendiari, sono stati arrestati; l'arresto stesso è stato convalidato dalla Procura di Roma e proprio pochi giorni prima dell'episodio che sta esponendo l'interrogante sono stati condannati ad un anno e mezzo di reclusione senza sospensione condizionale della pena.

« L'interrogante chiede in particolare di sapere:

a) per quali motivi il magistrato ha impartito l'ordine di rilascio, con un " trattamento preferenziale " che ha chiaramente violato una norma di legge;

b) quali siano le responsabilità del funzionario di pubblica sicurezza il quale, sia pure per ordine del suddetto magistrato, ha omesso di procedere all'arresto, che nella specie era obbligatorio;

c) se il Governo condivide, infine, l'atteggiamento tenuto, in tale occasione, dal procuratore capo di Roma il quale avrebbe omesso di intervenire direttamente nella vicenda.

(3-02268)

« RAUTI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro dei trasporti per conoscere se abbia preso in esame la situazione venutasi a creare nello scalo aeroportuale di Ca-

## VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

gliari a seguito della decisione di concedere alcune linee alla Itavia e quali decisioni il Ministro abbia adottato o intenda adottare al fine di far ristabilire un regolare funzionamento dei servizi a terra dell'ATI nel predetto scalo; ciò tenendo conto che i trasporti aerei con la Sardegna sono insostituibili, che in periodo festivo il traffico aumenta e che la soluzione valida e obiettiva dei problemi non deve avvenire dopo lunghi scioperi, né, ove sia già stata adottata, può essere modificata per essi.

(3-02269)

« PAZZAGLIA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro di grazia e giustizia, per sapere le risultanze dell'inchiesta disposta dal ministro medesimo ed annunciata alla Camera nella seduta del 7 ottobre 1977, sul comportamento del giudice istruttore del tribunale di Locri, il quale ha fatto decorrere i termini della carcerazione preventiva, mettendo di conseguenza in stato di libertà alcuni pericolosi banditi della Locride; ed in caso siano emerse responsabilità, quali provvedimenti ha inteso adottare.

(3-02270)

« FRASCA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro di grazia e giustizia per sapere quali sono le ragioni per le quali il giudice istruttore del Tribunale di Latina procede, con estrema lentezza, nell'istruttoria delle cause penali contro Ricciardelli Alfonso, pretore di Castellammare di Stabia, imputato di abuso innominato di ufficio e di furto di oggetti sequestrati; e per sapere altresì per quali motivi né il Ministro di grazia e giustizia, né il procuratore generale presso la Corte di cassazione non hanno ancora ritenuto opportuno promuovere azione disciplinare contro il predetto Ricciardelli.

« A giudizio dell'interrogante, è assolutamente grave e certamente lesivo del buon nome della giustizia che resti tuttora al suo posto un magistrato contro il quale è già in corso un procedimento disciplinare presso il Consiglio superiore della magistratura per " avere gravemente violato il dovere di correttezza, essenziale nel quadro dell'esercizio dell'attività di magistrato rendendosi immeritevole della fiducia di cui un magistrato deve godere anche nell'ambiente del-

l'ufficio per avere, nel corso dell'istruzione di una pratica di riconoscimento di malattia per causa di servizio iniziata a sua richiesta sostituito la domanda originaria... ad alcuni documenti originariamente allegati... " e che, nel contempo, si è reso, stando ai procedimenti in atto presso il tribunale di Latina, di " abuso innominato di ufficio e di furto di oggetti sequestrati, nonché di tutta un'altra serie di fatti illeciti (vedasi documento dell'interrogante del 17 maggio 1977, n. 4-02560 rimasto tuttora senza risposta).

« È quanto mai opportuno, quindi, sempre a giudizio dell'interrogante, che il Ministro sciogliendo la riserva espressa nella risposta a precedente interrogazione data il 14 giugno 1977, promuova tempestivamente azione disciplinare nei confronti del Ricciardelli e ne proponga, nel contempo, la sospensione in via cautelare.

« È altresì necessario che il Ministro compia - per quanto di propria competenza - tutti gli atti opportuni per una sollecita celebrazione dei menzionati processi presso il tribunale di Latina.

(3-02271)

« FRASCA ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro della pubblica istruzione, per sapere se sia vero che il Consiglio superiore della pubblica istruzione, Sezione universitaria, ha steso un allarmante documento, nel quale si descrive la grave situazione, che è in atto in alcune delle dieci Facoltà di architettura esistenti in Italia, e per sapere, in caso positivo, per quali motivi tale documento, che mette in rilievo il grave decadimento degli studi e l'irregolare funzionamento assembleare delle predette Facoltà, non è stato reso pubblico e in particolare non è stato comunicato al Parlamento, quantunque il problema sia di grande importanza per l'avvenire del paese, e quantunque il Parlamento stesso stia discutendo attualmente la riforma universitaria, per preparare la quale è necessaria la conoscenza delle situazioni di fatto esistenti negli atenei italiani.

(3-02272) « PRETI, REGGIANI, SCOVACRICCHI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro di grazia e giustizia per conoscere - sempre a proposito del suicidio, vero o

## VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

presunto che sia stato, del compianto onorevole Verga, accaduto nell'agosto 1975 - notizie precise sulla esposizione dell'onorevole Verga e degli organismi pro-immigrati ed emigrati che egli dirigeva con le banche ed in particolare con la Mediobanca.

« Per sapere ancora come possa essersi suicidato l'onorevole Verga in soli 30 centimetri d'acqua, ritenendo che la chiave del giallo non sia da ricercare nella lettera disperata lasciata dall'onorevole Verga - che altri potrebbe avergli ingiunto di scrivere - ma nella sua situazione economica e nella sua esposizione bancaria.

(3-02273)

« COSTAMAGNA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri ed il Ministro del tesoro per conoscere i motivi che hanno spinto i diversi Governi, fin qui succedutisi dagli anni '50 in poi, a confermare sempre il dottor Cuccia alla Mediobanca ed il dottor Cappon all'IMI.

« Per sapere se il Governo non ritenga giunto il momento di togliere i due istituti a questi altissimi e misteriosi esponenti della finanza, facendo così riassaporare agli italiani l'idea che sia la Mediobanca e sia l'IMI siano due banche pubbliche e che esse comunque non siano un vitalizio perenne per le ristrette cricche oligarchiche o logge segrete che finora le hanno governate.

(3-02274)

« COSTAMAGNA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, per sapere - avendo ricevuto un *depliant* per un convegno organizzato dal senatore (*sic!*) avvocato cavaliere del lavoro Mario Dosi, presidente della Cartiera Miliani Fabriano società per azioni, all'elegante Jolly Hotel di Roma, con la partecipazione di parlamentari ed esponenti della cultura (perfino un criminologo francese) e della finanza - come sia stata normalizzata la situazione di questa associata dell'Istituto assicurativo di Stato dopo il grave scandalo di alcuni mesi or sono, a seguito del quale fu arrestato pare anche uno degli amministratori delegati della Cartiera di nome Santucci.

« Per conoscere ancora se il Governo abbia raccomandato al signor Dosi, al momento della sua riconferma alla guida dell'INA, di economizzare il più possibile nel-

la gestione del gruppo INA ed in particolare in quella delle cartiere Miliani Fabriano.

(3-02275)

« COSTAMAGNA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare i Ministri degli affari esteri e dell'interno per sapere - ritenendo che sia interesse di tutti i Paesi rivieraschi del Mediterraneo ed in particolare dell'Italia assicurare la pace nel Medio oriente e garantire una permanente apertura del canale di Suez, la cui chiusura tanto ci danneggia - se non ritengano che alla Conferenza del Cairo tra Egitto ed Israele, non sia il caso di mandare una delegazione di grande prestigio, anche non intervenendo e limitandola a compiti di sola osservazione;

per suggerire, ove fosse possibile, la eventuale creazione di un ente internazionale del canale, allargando quello attuale o costruendone un altro più ampio, i cui profitti, ammortizzate le spese, dovrebbero sempre andare all'Egitto;

per chiedere, altresì, se non sia il momento di concludere un accordo antiterrorismo con i governi del Cairo e di Gerusalemme, domandando tra l'altro notizie sulle reti terroristiche straniere operanti in Italia sin dal 1969, probabilmente finanziate ed organizzate da un ricchissimo e fanatico governo dell'altra sponda mediterranea, specializzato in principio nell'incitamento antitaliano e poi nella strategia della destabilizzazione del nostro Paese, col fine di impadronirsi gradualmente ed a prezzi bassi del nostro potenziale industriale.

(3-02276)

« COSTAMAGNA ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dell'interno per conoscere se il provvedimento del questore di Sassari, dottor Fariello, notificato in data 15 dicembre 1977 al Partito radicale sardo, che ha, con la Lega per il disarmo e il Partito radicale organizzato per il 24, 25 e 26 dicembre nel comune di La Maddalena una serie di manifestazioni pacifiche e non violente per il disarmo e contro il pericolo nucleare, sia stato adottato d'intesa con il Ministero o personalmente con l'onorevole Cossiga o con altra autorità italiana o straniera, visto che il tenore del provvedimento è il seguente:

” Visto che il sindaco di La Maddalena dopo aver appositamente convocato i rappresentanti consiliari di tutte le forze poli-

## VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

tiche e sentito il parere di tutti i presidi e capi di istituto per la parte di propria competenza ha inteso rappresentare che a larga maggioranza è stato ritenuto che la manifestazione programmata dovrà essere spostata ad altra data, anche in aderenza alla volontà emergente in tal senso da parte di larghi strati della pubblica opinione, per evitare la coincidenza con le festività natalizie;

dovendosi quindi ritenere che la presenza di un numero considerevole di aderenti alla manifestazione in un comune in cui la popolazione si è dichiarata contraria alla sua effettuazione in coincidenza con le festività natalizie è tale da portare pregiudizio alla sicurezza pubblica;

considerato anche che lo stesso sindaco ha precisato l'indisponibilità della piazza del comune per la riunione di cui sopra, in quanto già destinata ad altre manifestazioni natalizie cittadine;

tenuto anche conto che la richiesta di scuole da adibire a dormitori per gli aderenti alla manifestazione non è stata accolta dalle competenti autorità scolastiche talché la presenza di manifestanti, privi di alloggio o di adeguato riparo, è tale da arrecare nocumento alla loro sicurezza ed incolumità e, conseguentemente, a quella pubblica in generale;

visti gli articoli 17 della Costituzione, 18 del testo unico di pubblica sicurezza nonché gli articoli 20 e 21 del regolamento del testo stesso di pubblica sicurezza

## DECRETA:

nelle piazze, nelle strade e in ogni altro luogo pubblico del comune di La Maddalena sono vietati, nei giorni 24, 25, 26 dicembre le riunioni, le assemblee, i cortei, le sfilate e tutte le altre manifestazioni preannunciate dal Partito radicale".

« Gli interroganti chiedono di conoscere se ritenga il Ministro che sia concepibile nella Repubblica italiana che siano vietate manifestazioni con simili pretesti e contenuti, fra l'altro l'affermazione del principio che debbano essere vietate le manifestazioni non gradite a determinati partiti ed a presunte maggioranze.

« Chiedono di conoscere se il Ministro non abbia sentore che le voci secondo cui per la manifestazione "arriveranno gli autonomi che bruciano le macchine" siano state propalate tra la popolazione della Maddalena allo scopo preciso di creare consensi al provvedimento del questore e di

turbare l'ordine pubblico e se siano state compiute indagini per individuare i responsabili della propalazione.

« Chiedono di conoscere quali provvedimenti intenda adottare il Ministro per ristabilire immediatamente il diritto fondamentale dei cittadini di riunirsi e manifestare pacificamente e per richiamare il questore di Sassari ai suoi doveri non verso determinate parti politiche, ma riguardo alle leggi ed alla Costituzione della Repubblica italiana.

(3-02277) « RONINO EMMA, FACCIO ADELE, MELLINI, PANNELLA ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri delle finanze e del lavoro e previdenza sociale, per conoscere quale apprezzamento diano dell'incredibile e scandalosa decisione del consiglio di amministrazione della Cassa di Risparmio di Rieti che ha deliberato un proprio regolamento interno che consente a ciascun dirigente di andarsene in pensione con dieci anni di anticipo con una somma di 30-40 milioni annui, decisione inammissibile che incentiva il grave fenomeno della giungla retributiva che il Parlamento ha recentemente accertato nella sua indagine, stimolando un processo politico generale di superamento.

« In particolare gli interroganti intendono sapere se i Ministri siano a conoscenza della denuncia sporta dal sindacato nazionale di categoria, secondo la quale in virtù di tali "modifiche" adottate con voto unanime di questo consiglio di amministrazione si è deciso di abbassare il minimo di età pensionabile da 35 a 25 anni, con la conseguenza che 25 tra dirigenti e funzionari avrebbero deciso di mettersi a riposo con dieci anni di anticipo a spese della Banca, con il risultato prevedibile che il ben noto direttore generale di questa Cassa Angelo Paciucci, che gode di una retribuzione, come ha accertato la Commissione di indagine parlamentare di oltre 50 milioni annui, con il nuovo regolamento potrebbe già andare in pensione con 32 milioni all'anno; ancora che non risultando più sufficiente la disponibilità del fondo aziendale per l'integrazione della pensione INPS, in rapporto al nuovo regime pensionistico che si vorrebbero dare, questi consiglieri avrebbero abrogato il contributo a carico dei dipendenti, addossando la copertura integralmente alla Cassa, con un aggravamento del proprio

## VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

conto economico di 330 milioni, con un onere che verrà naturalmente scaricato sugli utenti che rappresentano oltre il cinquanta per cento del risparmio della provincia di Rieti.

« Gli interroganti rilevato che il regolamento passa ora per il nulla-osta definitivo alla Banca d'Italia chiedono quali iniziative i Ministri intendono intraprendere in coerenza con la volontà del Parlamento per evitare la consumazione di tale grave e inammissibile decisione che offende il mondo del lavoro che sostiene il peso della crisi ed è chiamato a sempre più gravi sacrifici.

(3-02278) « COCCIA, CANULLO, POCETTI, D'ALESSIO, SARTI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro di grazia e giustizia per conoscere il suo apprezzamento in relazione al provvedimento di sequestro del film *Salò* di P. P. Pasolini da parte del pretore di Grottaglie, intervenuto il 6 giugno 1977, malgrado la nota sentenza di dissequestro della pellicola da parte della Corte di appello di Milano del 17 febbraio 1977, resa nota e divulgata da tutta la stampa nazionale, per l'ingiusto danno provocato e per la violazione che tale atto comporta della sovranità della legge, espressa attraverso la sentenza della Corte d'appello milanese, decisione nota allo stesso giudicante per sua stessa ammissione, ed alla cui efficacia ed esecutività in tutto il territorio nazionale è preposto l'ufficio del pubblico ministero, del quale anche il pretore fa

parte, tenuto conto che dieci giorni dopo la procura di Milano rilevata "la palese illegittimità del provvedimento di sequestro in quanto emesso da organo privo di relativi poteri ed in violazione dell'articolo 2 della Costituzione", dissequestrava la pellicola, la quale dopo quasi un mese ritornava in circolazione.

« Tanto premesso l'interrogante intende conoscere in particolare se in relazione al rigetto dell'istanza di revoca del sequestro adottato, anteriormente alla richiamata pronuncia della procura di Milano, non si configurino nel comportamento di detto magistrato un atto platealmente illegittimo, valutabile sotto il profilo disciplinare "perché compiuto con deliberato proposito di non applicare la legge", o "per errore conseguente ad una macroscopica violazione di legge, in relazione all'articolo 154 del codice di procedura penale", o "per violazione del principio d'imparzialità in violazione dell'articolo 97 della Costituzione e del principio del riserbo", secondo la giurisprudenza del Consiglio superiore della magistratura.

« Infine l'interrogante chiede sul piano del giudizio politico se il Ministro non condivida l'opportunità del prevalere di un generale orientamento e di provvedimenti legislativi conseguenti che evitino interventi che rendono ancora più complicata la già difficilissima e caotica situazione legislativa in cui si trova ad operare il cinema italiano, con tutte le implicazioni di carattere culturale ed economico che ne derivano, a svantaggio della collettività e lesivi della libertà d'espressione.

(3-02279)

« COCCIA ».

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

## INTERPELLANZE

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro dell'interno, per sapere quali valutazioni il Governo dà dei fatti accaduti nella giornata del 12 dicembre 1977 a Roma, tenendo presente che:

il 12 dicembre era stata indetta una manifestazione a Roma per commemorare le vittime della strage del 12 dicembre 1969 e per manifestare lo sdegno per il fatto che a distanza di tanti anni niente è stato fatto per individuarne gli esecutori, i mandanti, e soprattutto per il fatto che sempre più evidente appare il ruolo di importanti e decisivi organi dello Stato nella organizzazione della strage;

tale manifestazione era stata vietata dalla Questura di Roma con una decisione irresponsabile e illegittima, che di fatto equivale al divieto imposto per un mese intero nella primavera scorsa (provvedimento che era stato pesantemente criticato da più parti, anche da una parte della magistratura, come illegittimo e anticostituzionale), con l'aggravante che ora questo provvedimento è attuato esclusivamente nei confronti delle organizzazioni della sinistra;

in seguito a tale divieto la polizia ha messo l'intera città in stato d'assedio, intervenendo — con brutalità ed una violenza che ha pochi precedenti, e solo paragone con quella esercitata nella giornata del 12 maggio, durante la quale fu uccisa Giordana Masi, e del 12 novembre — contro cittadini e passanti, anche quando, in tutta evidenza, nulla avevano a che fare con la manifestazione e con gli incidenti che stavano avvenendo nella città in seguito all'intervento delle forze di polizia;

nel corso di questa giornata 328 persone venivano fermate, e per 7 delle quali il fermo veniva tramutato in arresto;

i fermati sono stati portati dalla polizia nella palestra di viale Castro Pretorio, e quindi sottoposti a percosse, aggressioni, offese, e in particolare — come risulta da molte testimonianze specialmente dalle notizie della stampa — sottoposti a vere e proprie cariche, quando erano rinchiusi, a pestaggi organizzati da folti gruppi di agenti, e anche che candelotti lacrimogeni sono stati lanciati all'interno della palestra, men-

tre veniva impedito ai fermati di uscirne, pena il pestaggio da parte dei poliziotti che bloccavano la porta (*La Repubblica*, 14 dicembre 1977).

« Si chiede inoltre al Governo se non trova particolarmente grave l'arresto di Sandro Silvestri, segretario della FRED, giornalista di Radio Città Futura, presente nei luoghi dove avvenivano incidenti proprio in qualità di giornalista; se non ritiene che sia questo un gravissimo attacco alla libertà di informazione, seguente fra l'altro la chiusura avvenuta circa un mese fa della stessa radio in base — ancora una volta — a motivazioni pretestuose.

« Si chiede infine al Ministro dell'interno se, sulla base dei fatti denunciati, e non solo per quanto avvenuto nella giornata del 12 dicembre, ma sulla base di quanto accaduto a Roma da marzo ad oggi, che dimostra per lo meno la pervicace volontà di creare nella città di Roma un clima di violenza, di paura e di insicurezza, oltre a una intollerabile situazione di disordine pubblico, non intende soddisfare le richieste che da più parti e da molto tempo chiedono — responsabilmente — la destituzione del questore Migliorini, e inoltre se non ritiene opportuno verificare l'operato del dottor Spinella, recentemente nominato capo dell'ufficio politico della Questura di Roma, anche in considerazione delle voci ancora da smentire — che lo vedono coinvolto in azioni strettamente legate alla strage del 12 dicembre 1969.

(2-00303)

« PINTO, GORLA MASSIMO ».

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro delle finanze, per sapere:

se gli è noto che, con sentenza in data 1° giugno 1977 depositata in cancelleria il 13 settembre 1977, il Tribunale civile di Roma sezione 2<sup>a</sup> ha dichiarato la nullità delle deliberazioni adottate dall'Assemblea ordinaria dei soci della Società metallurgica italiana società per azioni in data 21 dicembre 1970, 18 dicembre 1971, 22 dicembre 1972 e 20 dicembre 1973, con cui furono rispettivamente approvati i bilanci di esercizio con i conti dei profitti e delle perdite al 31 agosto 1970, al 31 agosto 1971, al 31 agosto 1972 e al 31 agosto 1973. Tale nullità dalla sentenza viene motivata con la " formazione di cospicue riserve latenti " valutate per gli anni 1970, 1971, 1972 e 1973 rispettivamente in circa

## VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1977

miliardi 14,691, 10,184, 8,025 e 22,867 e risultanti da procedure che la stessa definisce non giustificate " né alla stregua della normativa civilista, né da quella fiscale ";

quali provvedimenti ha adottato o intende adottare per recuperare allo Stato le ingenti evasioni fiscali messe alla luce dalle cospicue " riserve occulte ", evidenziate dalla sentenza del tribunale di Roma;

se ritiene che dai fatti sopra esposti emergano, in base alla normativa fiscale, reati perseguibili oltre che in via amministrativa anche in via penale nei confronti degli amministratori della SMI società per azioni e che cosa intende fare per perseguirli;

se non ritiene che quanto prima riferito imponga un sollecito intervento da parte degli organi ai quali è preposto il Ministero delle finanze per indagare sulla gestione della stessa SMI società per azioni per gli anni 1970, 1971, 1972, 1973 e successivi con ciò dando una prova significativa di voler realmente perseguire le ancora massicce evasioni fiscali esistenti nel nostro paese.

(2-00304)

« TOCCO, FRASCA ».

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro dell'interno, per sapere se risponda a verità quanto pubblicato su numerosi quotidiani del 14 e 15 dicembre 1977 sugli episodi di violenza che sarebbero avvenuti nella caserma di viale Castro Pretorio.

« Nei quotidiani suddetti sono infatti riportate testimonianze e dichiarazioni di cittadini che affermano di essere stati fermati senza alcun motivo, di essere stati picchiati sia nei cellulari che nella palestra di Castro Pretorio da agenti del primo reparto celere. Si afferma ancora che alcuni candelotti lacrimogeni sarebbero stati lanciati nella palestra e che una giovane avrebbe abortito in seguito alle percosse ricevute dalla polizia. In dichiarazioni rilasciate dal questore di Roma Migliorini, dal generale Felsani e da altri funzionari di polizia il giorno 15 dicembre si trova inoltre parziale ammissione dei fatti prima esposti.

« Gli interpellanti, rilevando che identici episodi furono denunciati dalla stampa in relazione alla manifestazione del 12 novembre e che nell'interrogazione 3-02035 il

gruppo radicale aveva già denunciato i " pestaggi " delle " forze dell'ordine " contro i giovani fermati e custoditi nella palestra di Castro Pretorio, chiedono di sapere:

a) in base a quali norme di legge vengono fermati e trattenuti cittadini non sorpresi in flagranza di reato;

b) se i fermi di cittadini sono stati autorizzati dal ministero in anticipata attuazione del disegno di legge n. 1798;

c) quali provvedimenti sono stati presi nel passato e si intendono prendere oggi nei confronti dei funzionari, agenti ed ufficiali che hanno ordinato, tollerato, eseguito le azioni illegali sopra denunciate.

« Gli interpellanti chiedono inoltre di sapere se il Ministro, sulla base dei fatti denunciati ma anche in riferimento ad altri avvenimenti delittuosi che dimostrano con chiarezza non solo la incapacità dei massimi responsabili dell'ordine pubblico di Roma ma la loro chiara e dolosa volontà di innescare una tragica *escalation* di azioni e reazioni violente nella capitale; in relazione alle pubbliche richieste di dimissioni del questore Migliorini da parte di alcuni dei maggiori partiti che sostengono l'attuale Governo, e che gli interpellanti confermano anche in questa occasione, e che finora non hanno trovato alcuna risposta, intenda esplicitamente assumere la responsabilità della gestione dell' " ordine pubblico " a Roma così come è stata condotta dal questore Migliorini o invece prendere quegli adeguati e conseguenti provvedimenti per porre fine alla " strategia della tensione " che viene perseguita nella capitale.

« Gli interpellanti chiedono infine di sapere se il Governo non intenda immediatamente prendere adeguate iniziative per rovesciare i tradizionali criteri di formazione e di preparazione degli agenti purtroppo usati in numerosi settori e corpi della polizia, in primo luogo il I e II reparto Celere; se non intenda immediatamente trasferire ad altro incarico non operativo o addestrativo, indipendentemente da eventuali misure penali e provvedimenti disciplinari, gli ufficiali di questi reparti cui non può non essere fatta risalire la formazione violenta e antidemocratica data ai giovani agenti, affidati al loro comando ed alla loro formazione.

(2-00305) « PANNELLA, BONINO EMMA, MEL-  
LINI, FACCIO ADELE ».

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro di grazia e giustizia per sapere quali iniziative informative e cautelative abbia preso dopo gli scandalosi avvenimenti connessi al caso PID, per il quale appare sempre più determinante la responsabilità del consigliere Gallucci, capo dell'Ufficio istruzione del tribunale di Roma, anche alla luce dell'inaudita, professionalmente aberrante e sconsiderata misura di unificazione dei procedimenti penali a carico dei PID e di gruppi di autonomi, sotto l'imputazione di cospirazione politica.

« Il consigliere Gallucci prescelse il magistrato Alibrandi, fra tutti il meno qualificato per garantire serenità e equità al procedimento contro i PID. Lo stesso Gallucci ha poi ulteriormente provocato, con il suo atteggiamento, grave discredito e turbamento della magistratura e dell'opinione pubblica, fino alle dimissioni del magistrato Giorgio Santacroce dall'incarico a lui assegnato.

« Gli interpellanti chiedono di sapere quale linea il Ministro intenda seguire per colpire comportamenti di tale natura, e se non intenda usare con maggior pertinenza e prudenza (quindi evitando omissioni di atti sostanzialmente dovuti) del suo diritto di iniziativa per aprire procedimenti disciplinari a carico di chi indubbiamente sono responsabili di fatti non compatibili con il diritto e la Costituzione.

(2-00306) « PANNELLA, PINTO, MELLINI, BONINO EMMA, FACCIO ADELE ».

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, per sapere, a seguito delle dichiarazioni rilasciate alla stampa dal capo del Governo italiano subito dopo gli incontri con i responsabili del governo canadese, in relazione ai problemi dei rapporti in campo elettronucleare:

a) se la eventuale realizzazione di due unità elettronucleari tipo CANDU siano comprese nella gara di qualificazione per la costruzione di quattro unità per le quali è intervenuto l'assenso del Parlamento;

b) come, in caso contrario, questa eventuale realizzazione si inquadri nella recente deliberazione parlamentare in materia di energia, tenuto presente che per quanto riguarda i reattori CANDU, il Parlamento

ha deliberato solo "l'opportunità di avviare la sperimentazione di centrali ad acqua pesante", e non ha quindi approvato la costruzione di centrali di potenza, per le quali ha approvato la sopraindicata gara di qualificazione per quattro unità;

c) quali sono le condizioni politiche, finanziarie, tecnologiche ed economiche offerte dai canadesi e se il Governo non ritiene di dover presentare queste condizioni al Parlamento unitamente e in confronto con le condizioni emerse dalla gara di qualificazione ed alle altre trattative per le quattro unità deliberate ed eventualmente di tipo diverso;

d) se corrispondono al vero le notizie circa l'ubicazione delle due unità CANDU nella regione siciliana e nella regione sarda e, in caso positivo, in base a quale programma e a quale piano territoriale generale e particolare, tenute presenti le reali necessità energetiche di queste regioni ed in particolare la situazione di eccedenza elettroproduttiva e la disponibilità nei prossimi anni, da parte della Regione siciliana, del metano derivante dai recenti accordi con l'Algeria;

e) se, in relazione a tale eventuale ubicazione, sono state svolte le necessarie indagini tecniche sui siti e se e come si è attuata o si intenda attuare la delibera approvata dal Parlamento e in particolare l'impegno di "assicurare una più attiva partecipazione degli enti locali" nonché gli impegni previsti dalla risoluzione n. 7-00068 presentata dall'onorevole Fortuna e approvata dal Parlamento stesso;

f) se e quale autonoma capacità e quali esperienze in materia di sicurezza siano attualmente acquisite dagli organi di controllo - e in particolare CNEN e Istituto superiore di sanità - nel campo dei reattori CANDU;

g) come si concilia la eventuale costruzione delle due separate unità con l'asserita economicità di reattori CANDU in centrali costituite da quattro unità;

h) se e quali valutazioni e provvedimenti sono stati attuati in relazione alle diverse tecnologie e infrastrutture che si renderebbero necessarie per l'esercizio dei reattori tipo CANDU e quindi provvedimenti economici, di ricerca, e industriali - e con quali previsioni di impegno finanziario - si intendano attuare a questo fine nel campo dell'impianto, del ciclo del combustibile e dell'acqua pesante;

2) se e quali prospettive si intendano dare ai reattori CANDU all'interno del sistema energetico nazionale e se e come si ritiene che la realizzazione delle due unità possano rappresentare e consentire, senza una adeguata e significativa prospettiva nazionale, un elemento coerente e non dispersivo rispetto all'obiettivo indicato dal Parlamento di "un qualificato ed autonomo sviluppo di una industria elettromeccanico-nucleare nazionale e la piena soluzione dei problemi relativi alla sicurezza e alla protezione della salute" e la contemporanea riconosciuta necessità di « un ricorso equilibrato e controllato alla energia nucleare » e che soltanto non riducendosi ad episodi estemporanei si può dar luogo all'attrezzatura di una autonoma industria nazionale.

(2-00307)

« CAPRIA, DE MICHELIS ».

« Il sottoscritto chiede di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e i Ministri dell'interno e del lavoro e previdenza sociale, per sapere che valutazione dà il Governo dei fatti avvenuti nella giornata del 14 dicembre 1977 nelle città di Milano, San Donà di Piave e Napoli, che hanno visto le forze di polizia caricare cortei e picchetti di operai che protestavano contro i licenziamenti, e in particolare le valutazioni in ordine:

a quanto avvenuto a Milano - tenendo presente che gli stabilimenti Unidal sono regolarmente presidiati dalla polizia ogni qual volta c'è una iniziativa sindacale; che la settimana scorsa il corteo degli operai Unidal diretto alla Prefettura è stato bloccato a centinaia di metri dal palazzo del Governo da uno schieramento incredibile di polizia - dove la polizia ha effettuato durissime cariche contro i lavoratori impegnati in una protesta per la drammatica situazione della fabbrica, contro i cinquemila licenziamenti, contro la chiusura della più grande industria dolciaria; da quanto risulta dalle notizie della stampa la polizia ha effettuato quattro o cinque cariche, in seguito alle quali due operai sono stati portati in ospedale e altri sono rimasti contusi (*La Repubblica*, 15 dicembre 1977);

a quanto avvenuto a San Donà di Piave dove il corteo degli operai della Papa è stato caricato da un reparto dei carabinieri, tenendo presente che gli operai della Papa sono scesi in sciopero perché da mesi

non ricevevano salario e contro la denuncia di 9 di loro per precedenti blocchi stradali; si chiede inoltre se è vero che le cariche dei carabinieri sono state caratterizzate dalla brutalità più selvaggia, con candelotti sparati ad altezza d'uomo, moschetti usati come bastoni, ecc.;

a quanto avvenuto a Napoli dove una folta delegazione di paramedici, disoccupati ed handicappati, mentre si recava alla sede della Giunta regionale è stata caricata da due gipponi della polizia; in seguito a tale fatto è stato arrestato il disoccupato Antonio di Cicco, con la imputazione di resistenza, oltraggio e lesioni.

« Si chiede pertanto al Governo se non ritiene che nel momento in cui le condizioni di vita degli operai sono attaccate da una politica governativa che è basata sui licenziamenti, sulla cassa integrazione, sulla disoccupazione, sia particolarmente grave, intollerabile, cinico e provocatorio che si adotti una linea fondata sulla repressione più dura opponendo alla legittima richiesta di lavoro, solo reparti armati di polizia.

(2-00308)

« PINTO ».

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro dell'interno, per sapere -

considerando quanto già richiesto dagli interpellanti su quanto successo nella palestra di Castro Pretorio, in una interpellanza presentata ieri 14 dicembre 1977;

tenendo presente quanto pubblicato dai quotidiani di oggi, 15 dicembre 1977 (*La Repubblica*, *Lotta Continua*, *l'Unità*, *Il Messaggero*) sugli stessi episodi -

quali valutazioni dà del comportamento della polizia, e in particolare per sapere se è a conoscenza:

del fatto che il questore Migliorini ha oggi dichiarato, in una intervista a *La Repubblica* che "Noi ci siamo effettivamente accorti che a Castro Pretorio qualcosa non andava, e d'accordo con il dottor Spinella abbiamo deciso di controllare quanto succedeva";

che nella stessa intervista il dottor Spinella ha dichiarato che "I miei colleghi dell'Ufficio politico mi hanno riferito che a Castro Pretorio stava succedendo qualcosa di grave. Allora ci sono andato io stesso però quando sono arrivato io non c'era niente di anormale, anche se si capiva che qualcosa era successo";

che nella stessa intervista il generale Felsani ha confermato che almeno un candelotto è stato gettato nella palestra, e che i fermati sono stati picchiati con i manganelli all'uscita della palestra;

che in seguito alle percosse subite una ragazza incinta di quattro mesi ha abortito.

« Si chiede quindi al Ministro se non ritiene che anche solo questi ultimi fatti siano sufficienti per legittimare la richiesta più volte e da più parti avanzata di destituzione del questore Migliorini, responsabile non solo di quanto è accaduto il 12 dicembre, ma di tutta la gestione dell'ordine pubblico a Roma che ha creato — a partire dal marzo 1977 — una situazione intollerabile e un clima di terrore, mettendo in più occasioni la città in stato d'assedio, autorizzando e legittimando regolarmente l'uso delle armi da parte delle forze di polizia in borghese e non, tollerando e

anche coprendo le aggressioni da parte dei fascisti nei confronti di cittadini e militanti della sinistra, la qual cosa ha permesso loro una tal libertà di movimenti da giungere all'assassinio — tutt'ora impunito — di Walter Rossi.

« Si chiede anche al Ministro se non ritenga che tale provvedimento vada esteso a tutti coloro che erano responsabili del mantenimento dell'ordine pubblico il 12 dicembre e in particolare al capo dell'Ufficio politico, dottor Spinella.

« Si chiede infine al Ministro che cosa intende fare per individuare i responsabili delle aggressioni avvenute a Castro Pretorio e quali provvedimenti intenda prendere anche nei loro confronti.

(2-00309)

« PINTO, GORLA MASSIMO ».