

240.

SEDUTA DI LUNEDÌ 19 DICEMBRE 1977

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ROGNONI

INDICE

	PAG.		PAG.
Missioni	13453	DE COSMO	13460
Disegni di legge:		FRASCA	13482
(Annunzio)	13453	MARRAFFINI	13488
(Assegnazione a Commissione in sede referente)	13502	PAVONE	13478
Disegno e proposte di legge (Seguito della discussione):		PRESUTTI	13487
Istituzione del servizio sanitario nazionale (1252);		Proposte di legge:	
TRIVA ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale (971);		(Annunzio)	13453
GORLA MASSIMO ed altri: Istituzione del servizio nazionale sanitario e sociale (1105);		(Assegnazione a Commissione in sede referente)	13502
TIRABOSCHI ed altri: Istituzione del servizio sanitario nazionale (1145);		(Trasmissione dal Senato)	13453
ZANONE ed altri: Istituzione del servizio sanitario pubblico (1271)	13453	Interrogazioni (Annunzio)	13502
PRESIDENTE	13453	Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia in Sicilia (Trasmissione di documentazione allegata alla relazione conclusiva)	13487
BOFFARDI INES	13454	Proroga del termine per la presentazione di una relazione:	
BOGI	13491	PRESIDENTE	13496, 13498, 13499, 13502
BOZZI	13456	FRANCHI	13499
D'AREZZO	13464	MAMMÌ, <i>Presidente della Commissione</i>	13500
D'AQUINO	13469	PANNELLA	13496
		Risposte scritte ad interrogazioni (Annunzio)	13453
		Ordine del giorno della seduta di domani	13502

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 16.

MORINI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta del 14 dicembre 1977.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, a norma dell'articolo 46, secondo comma, del regolamento, i deputati Cassanmagnago Cerretti Maria Luisa e Fioret sono in missione per incarico del loro ufficio.

**Annunzio
di una proposta di legge.**

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

ANIASI ed altri: « Norme per la regolamentazione e l'organizzazione del servizio di pubblico trasporto di persone con autovetture da piazza » (1943).

Sarà stampata e distribuita.

Trasmissione dal Senato.

PRESIDENTE. Il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza la seguente proposta di legge:

Senatore ROMAGNOLI CARETONI TULLIA: « Abrogazione della rilevanza penale della causa d'onore » (approvata da quel consesso) (1942).

Sarà stampata e distribuita.

**Annunzio
di disegni di legge.**

PRESIDENTE. Sono stati presentati alla Presidenza i seguenti disegni di legge:

dal Presidente del Consiglio dei ministri:

« Norme di interpretazione e di attuazione dell'articolo 6 della legge 29 aprile

1976, n. 177, sul trasferimento degli assegni vitalizi al fondo sociale e riapertura dei termini per la opzione » (1944);

dal Ministro delle finanze:

« Nuova disciplina dei servizi di riscossione delle imposte dirette » (1945);

dal Ministro delle partecipazioni statali:

« Attuazione e finanziamento del programma per il risanamento delle società già inquadrate nel gruppo EGAM » (1946).

Saranno stampati e distribuiti.

**Annunzio di risposte scritte
ad interrogazioni.**

PRESIDENTE. Sono pervenute alla Presidenza dai competenti ministeri risposte scritte ad interrogazioni. Saranno pubblicate in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

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 d'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 iscritta a parlare l'onorevole Ines Boffardi. Ne ha facoltà.

BOFFARDI INES. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, il disegno di legge al nostro esame è il frutto di una lunga ed attenta elaborazione che ha impegnato per lunghi mesi la competente Commissione, alla quale è doveroso dare atto del buon lavoro compiuto. Desidero ringraziare per il solerte ed intelligente lavoro il relatore Morini e la nostra ottima presidente, **Maria Eletta Martini**.

Ciascuno di noi è consapevole che la discussione in questa Assemblea del progetto di legge istitutivo del servizio sanitario nazionale - destinato a divenire entro pochi mesi legge dello Stato - rappresenta un autentico evento storico, che conclude un lungo dibattito culturale e politico e soddisfa l'esigenza di rinnovamento e di trasformazione del nostro sistema sanitario nel senso voluto dalla Costituzione repubblicana.

Non sono tra i critici preconcepi del sistema mutuo-previdenziale, il quale ha assolto, in una determinata fase della vita del paese, una sua precisa funzione di progresso sociale e di miglioramento delle condizioni di vita di intere categorie di lavoratori che, grazie ad esso, hanno potuto accedere a strutture sanitarie ed a metodi di cura più avanzati. È certo, tuttavia, che la mutualità ha fatto il suo tempo: sia dal punto di vista istituzionale, in rapporto cioè all'attuazione delle norme costituzionali che attribuiscono alle regioni funzioni e compiti nel campo sanitario; sia dal punto di vista politico, in rapporto all'esigenza di decentramento e di partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi di immediato interesse per la collettività; sia infine, sotto il profilo degli obiettivi da perseguire, che non possono essere più soltanto quelli di una tutela settoriale e della cura dell'evento morboso allorché questo si manifesta, ma devono ampliarsi alla tutela globale della salute. Ritengo che, pur con gli ulteriori perfezionamenti che potranno essere introdotti attraverso il dibattito in Assemblea, il testo elaborato dalla Commissione risponda a queste finalità di fondo, appunto perché realizza un ampio decentramento delle competenze, dando anche nel settore sanitario concreto significato al principio costituzionale delle autonomie e prevedendo, attraverso l'iniziativa democratica dei comuni e delle comunità montane, la partecipazione degli operatori sanitari, delle forze sociali e dei cittadini

alla programmazione ed alla gestione sociale dei servizi sanitari ed al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle esigenze della comunità.

In secondo luogo, il provvedimento è tutto ispirato ad una prospettiva di intervento sanitario globale ed unitario a favore di tutti i cittadini. Come ha rilevato l'onorevole Morini, nella sua ampia e precisa relazione, l'unitarietà e la globalità dell'intervento sono state intese non solo come l'insieme delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione, ma anche come azione volta a realizzare una completa tutela da tutti i rischi personali e sociali di danno alla salute, in una visione programmatica. Soprattutto, deve essere sottolineato come il progetto in esame riconosca e sancisca il principio che il nuovo assetto sanitario e la tutela della salute dei cittadini debbono realizzarsi nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana; affinché questo principio si concretizzi, è però necessario che, oltre alle enunciazioni di carattere generale, la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale contenga precise disposizioni volte a riconoscere al cittadino, pur nella salvaguardia delle esigenze organizzative e finanziarie della struttura pubblica, un reale diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura. Sotto questo profilo ritengo che talune norme contenute nel progetto necessitino di un ulteriore approfondimento e di qualche perfezionamento, che mi riservo di proporre in sede di esame degli articoli. A mio parere, la esigenza primaria di cui dobbiamo farci carico tutti è che il nuovo servizio risponda alle aspettative del cittadino che - al di fuori di ogni schematismo ideologico - chiede di veder soddisfatto il suo bisogno di assistenza, nel momento in cui è colpito da un evento morboso. Ecco perché occorre realizzare strutture sanitarie scevre da ogni burocraticismo; dobbiamo fare una grande attenzione a questa burocrazia che purtroppo, spesso, impedisce la tempestività dell'intervento assistenziale. Fa d'uopo che nell'ambito di tali strutture sia massimamente valorizzato il rapporto umano: esse dovrebbero consentire l'attuazione di un intervento sanitario che, nello stesso tempo, sia socializzato per quanto concerne le esigenze globali (soprattutto di prevenzione) della collettività, e personalizzato per quanto riguarda gli individuali bisogni sui piani della diagnosi, della cura e della riabilitazione.

La corretta impostazione dell'istituendo servizio per questo delicato aspetto dei rapporti con gli utenti ed i destinatari dell'intervento assistenziale postula un'attenta valutazione ed una impostazione parimenti corretta delle soluzioni da dare ai gravi problemi concernenti il personale che sarà chiamato ad operare nelle nuove strutture. Onorevoli colleghi, tutti abbiamo coscienza del fatto che il futuro del servizio sanitario nazionale e la possibilità che, attraverso di esso, si realizzino gli obiettivi di rinnovamento stabiliti dalla legge, sono essenzialmente affidati agli operatori sanitari. Al riguardo è innanzitutto necessario recuperare e valorizzare le energie ed il contributo del personale già appartenente ai disciolti enti mutualistici, che costituiscono, diciamo pure, un prezioso patrimonio di competenze ed esperienze non facilmente sostituibile: disperderlo, sarebbe veramente delittuoso. L'inserimento di questi lavoratori nel servizio sanitario nazionale, con adeguate garanzie per la conservazione delle posizioni e dei diritti acquisiti in lunghi anni di attività, dovrà costituire la struttura di base della rinnovata organizzazione sanitaria del paese sulla quale si innesteranno, con la dovuta ed opportuna gradualità, le diverse articolazioni del servizio a livello territoriale.

Si tratta, ovviamente, di un problema di estrema complessità, anche per l'esigenza di armonizzare le situazioni non omogenee di lavoratori provenienti da settori finora distinti e regolati da normative diverse come erano, appunto, quelle degli enti mutualistici, degli enti ospedalieri e degli altri presidi operanti nell'ambito degli enti locali territoriali.

In questa considerazione, mi sembra senz'altro da condividere l'orientamento della Commissione sanità — di cui faccio parte — che ha optato per il conferimento di una ampia delega al Governo attraverso la quale sarà definito lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali.

Sulla base dei principi e criteri direttivi fissati dal Parlamento, sarà possibile in questo modo dare alla materia una compiuta disciplina alla luce di una valutazione attenta ed approfondita di tutti i suoi aspetti, che potrà coinvolgere tutte le componenti sociali e le rappresentanze sindacali interessate.

In questo ambito, un particolare rilievo assume la disciplina della futura collocazione del personale sanitario ed in partico-

lare dei medici, considerato che su questo aspetto si misurerà la capacità del nuovo servizio sanitario di rinnovare profondamente rispetto ad un passato che ha visto un progressivo deterioramento della funzione del medico e del rapporto medico-paziente. Come è unanimemente riconosciuto, si tratta di dar vita ad un nuovo modo di intendere l'attività medica e di collegarle alla società ed alle sue esigenze di tutela globale della salute.

Occorre, quindi, che il medico operi sempre più nella consapevolezza della funzione sociale della sua professione, senza però mai sottrarsi a quel rapporto personale ed umano con l'assistito che, a mio avviso, continua ad essere il caposaldo di qualsivoglia sistema sanitario, perché credo che tutti i parlamentari — a qualsiasi schieramento appartengano — pensino soprattutto alla riforma guardando all'assistito, a colui cioè che dovrà recepire veramente questo rinnovamento delle strutture sanitarie.

Affinché questa duplice condizione si realizzi, la riforma sanitaria dovrà sottrarsi alla tentazione di una impiegatizzazione generalizzata dei medici, specie di quelli preposti alla medicina diagnostica e curativa, che è l'area in cui maggiormente si manifesta l'esigenza di una libera scelta da parte del paziente, e — sottolineo — di uno spontaneo rapporto di fiducia con il sanitario curante.

Soprattutto, la legge di riforma deve salvaguardare e valorizzare la professionalità del medico, attraverso una disciplina che riconosca la peculiarità e l'autonomia della funzione, che si estrinseca non solo nell'indipendenza di giudizio nel compimento dell'atto medico, ma anche nell'autonoma gestione dei contratti e delle convenzioni e nel riconoscimento di talune specifiche esigenze della categoria per quanto attiene alla formazione, all'aggiornamento professionale ed alle caratteristiche del rapporto.

Per queste considerazioni, ritengo che, nell'ambito del personale del servizio sanitario nazionale, i medici debbano avere una loro specifica collocazione; infatti, al di là dei diritti e dei doveri fondamentali del rapporto di impiego — che devono essere comuni a tutti — occorre disciplinare in modo diverso ed autonomo quei particolari doveri che sono peculiari del medico e nei quali si sostanziano i valori etici ed umani della professione medica, anche se svolta all'interno della struttura pubblica e con un rapporto di dipendenza.

Questa autonoma collocazione del medico deve essere difesa nell'interesse dello stesso servizio sanitario pubblico, affinché la collettività possa continuare a chiedere al medico un impegno professionale e sociale che va, e deve andare, ben oltre gli obblighi meramente giuridici investendo profondamente la sfera della coscienza individuale.

Non a caso, del resto, in tutti i paesi (compresi quelli dell'est europeo) i medici sono inquadrati in un proprio ruolo, riconoscendosi appunto la particolarità della loro posizione ed il carattere esclusivo dei loro doveri nei confronti delle strutture sanitarie per le quali operano.

Nel quadro dell'autonoma disciplina dello stato giuridico del personale medico, dovranno essere salvaguardati alcuni principi della vigente legislazione ospedaliera sui quali il mio giudizio rimane sostanzialmente positivo, anche se talune disposizioni, come quella sul tempo pieno, avrebbero avuto sorte migliore se fossero state attuate completamente così come era nelle intenzioni del legislatore.

In particolare, anche sulla scorta delle indicazioni fornite dalla legge n. 349 occorre confermare la distinzione tra tempo pieno e tempo definito, come riconoscimento sia di un libero impegno personale, sia di una differente collocazione operativa professionale.

Conseguentemente, deve essere riconosciuto l'accesso dei medici a tempo definito alle convenzioni, secondo i limiti che saranno previsti dai contratti e dalle convenzioni stesse. In questo ambito, deve essere previsto il riconoscimento dell'attività libero-professionale per tutti i medici, secondo le modalità ed i limiti che saranno anche essi previsti dagli accordi nazionali di lavoro.

Non dovranno mancare nella legge, a mio parere, una serie di norme, che saranno successivamente rese operative dalle regioni, riguardanti la qualificazione culturale e professionale dei medici.

Mi riferisco, in particolare, alle strutture dipartimentali, da utilizzare nella valorizzazione del lavoro di gruppo e nel collegamento tra il territorio e le strutture ospedaliere e non, allo scopo di meglio definire il ruolo della medicina pubblica; mi riferisco, inoltre, alla formazione permanente divenuta necessaria per il rapido evolvere delle conoscenze mediche; mi riferisco, infine, alla qualificazione con funzioni didat-

tiche e di ricerca dei medici a tempo pieno, ma anche di quelli a tempo definito, da perfezionare sia utilizzando le strutture ospedaliere che quelle extraospedaliere, in modo che il servizio sanitario nazionale possa divenire anche un'occasione per migliorare il livello di formazione professionale della classe medica.

Riservandomi di presentare alcuni emendamenti, che mi sembrano opportuni, su questi ed altri specifici aspetti del provvedimento, non posso esimermi dal constatare l'ottimo lavoro compiuto dai colleghi di tutte le parti politiche della Commissione igiene e sanità per esprimere una valutazione più che positiva sul progetto nel suo complesso, che pone finalmente i presupposti per un radicale rinnovamento delle strutture sanitarie e per la creazione di un organico sistema di tutela della salute. Di questo, signor ministro, lei deve essere ampiamente soddisfatto: con il suo contributo si è finalmente arrivati alla discussione in aula di questo progetto di riforma sanitaria di cui si parla da tanti anni.

Ci accingiamo a compiere, con l'approvazione di questo provvedimento, certamente un atto politico di eccezionale importanza per l'avvenire del paese: esso rappresenta una tappa decisiva sulla via del progresso sociale e civile della collettività nazionale, capace di restituire ai cittadini fiducia nelle istituzioni e nelle forze politiche che, con unità di intenti e considerando i reali interessi della popolazione, hanno concorso alla sua elaborazione (*Applausi al centro*).

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

BOZZI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, credo sia inutile premettere considerazioni sulla necessità della riforma sanitaria. Su questo punto siamo tutti d'accordo, ed anche noi liberali abbiamo presentato una proposta di legge sull'argomento. Mi duole soltanto che il giovane relatore, nelle prime battute dei lavori della Commissione, l'abbia liquidata. Mi auguro che l'esperienza non debba imporgli qualche amara rimediazione.

L'onorevole Maria Eletta Martini, della quale ho la massima stima ed alla quale desidero dare atto dell'impegno posto nell'elaborazione di questo provvedimento, ha affermato nel suo intervento di venerdì che bisogna guardare l'architettura della rifor-

ma, senza perdersi nei particolari, ed ha anche detto — cosa sulla quale concordo — che ogni riforma presenta i suoi rischi. È vero: bisogna avere una dose di coraggio, in quanto ogni riforma turba equilibri e situazioni, determinando scontenti. Ma c'è un rischio, onorevole Maria Eletta Martini, che dobbiamo cercare di non correre, dopo averlo corso in tante occasioni, ed è quello di dar vita a riforme di scarsa realizzabilità, di creare delle cattedrali su terreni difficili, come questo della materia sanitaria, senza che poi nessuno possa accedervi per pregare.

Ho il timore — mi limito ad esprimere un timore, quindi sono molto cauto — che questa riforma, che chiamerei cosmica, possa non trovare applicazione, o per lo meno possa determinare seri turbamenti e necessità di revisione. Mi rendo conto della difficoltà della materia, mi rendo conto che vi sono deficienze in tutti i presidi sanitari vigenti. Vi sono anche iniziative assistenziali che proliferano da parte di enti locali. C'è quasi il caos in questa materia. Inoltre la riforma è stata affrontata in assenza di due elementi che, in certo senso, potevano condizionarla.

È mancata innanzi tutto la revisione della facoltà universitaria di medicina. Oggi, le nostre università — lo hanno detto e ripetuto tanti colleghi — sfornano medici in grandissima quantità e questo costituisce un punto al quale bisognerà porre attenzione.

L'altro elemento che è mancato, di cui si nota traccia nel provvedimento quando si parla della provincia, è la riforma delle autonomie locali.

Dicevo dianzi che spesso ci siamo incamminati sulla via delle riforme promettendo e non mantenendo. Con ciò abbiamo determinato amare delusioni ed anche proteste, corrodendo il rapporto fiduciario che è l'alimento vero del regime democratico.

Abbiamo fatto la scuola dell'obbligo, ma poi abbiamo dovuto assistere al patologico fenomeno dei doppi e tripli turni. Abbiamo operato la liberalizzazione degli accessi universitari senza creare le aule universitarie necessarie e determinando il dilagare della disoccupazione intellettuale. Abbiamo fatto anche la riforma carceraria; riforme giuste, che io non critico in sé, ma che avevano il difetto di non trasformare la realtà.

L'architettura complessa di questa riforma, onorevole Maria Eletta Martini, è costituita innanzi tutto di molti spazi vuoti. Se si scorre il complesso delle norme si trae una strana impressione. Capisco la difficoltà dello sforzo da compiere. Innanzi tutto ci sono dei rinvii a leggi dello Stato. All'articolo 3, infatti, si dice testualmente che « con legge dello Stato sono dettate norme... ». È veramente anomalo che una legge dello Stato imponga al futuro legislatore, che è sovrano, di dettare norme. Il legislatore futuro si regolerà nel modo che riterrà più opportuno, nell'esercizio, appunto, del suo potere sovrano. Ma ci sono anche rinvii legislativi, a leggi regionali, a decreti presidenziali e ministeriali, a programmi nazionali e regionali.

Una architettura — dicevo — alquanto complessa, che spesso fa perdere di vista il profilo dell'insieme. Inoltre, non sempre sono ben determinate le linee di confine tra la competenza statale e quella regionale. Anzi si ha l'impressione — lo approfondirò in sede di esame degli articoli — che la competenza dello Stato prevarichi quella regionale.

In ogni caso vi è una certa confusione, come agli articoli 14 e 15. All'articolo 14 si enumerano i compiti delle unità sanitarie locali; quindi una enunciazione di competenza statale. All'articolo 15, si afferma invece che spetta alla regione la determinazione dei compiti di queste unità sanitarie locali. Quanto meno vi è qualche cosa da rivedere.

All'articolo 13 poi affiora qualche dubbio di incostituzionalità. Va bene che tale articolo riproduce un articolo del decreto legislativo n. 616, ma qui si converte l'eccezione in regola, in contrasto — mi sembra — con l'articolo 118 della Costituzione.

Se vogliamo intrattenerci un attimo su questi particolari, che poi tanto particolari non sono, in quanto concorrono in definitiva a determinare le linee della riforma, esaminiamo anche l'articolo 4 che afferma: « Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale ». Come si realizzerà questo concorso delle regioni? Attraverso un parere? E questo parere di quale natura sarà? Vincolante o consultivo? Sono tutti aspetti da precisare.

Andando verso il cuore del problema, esiste — a mio parere — uno sviamento nel-

l'uso dello strumento legislativo. Credo di non sbagliare se dico che, in questo progetto di legge, la norma giuridica è chiamata a soddisfare esigenze che non sono proprie della disciplina legislativa; cioè la legge entra in aree che non le sono congeniali.

Due esempi, di grande importanza, si trovano all'articolo 23, al quinto ed ultimo comma. Il quinto comma, infatti, così recita: « L'assistenza medico specialistica è prestata di norma » (vi è un abuso dell'espressione « di norma ») « presso gli ambulatori dell'unità sanitaria locale di cui l'utente fa parte o presso gli ambulatori convenzionati ai sensi della presente legge. In determinati casi, previsti da apposita normativa regionale, le prestazioni specialistiche possono essere erogate a domicilio dell'utente ». Come potrà una norma, regionale o statale, stabilire i casi in cui si potranno effettuare prestazioni specialistiche a domicilio? Ecco, qui entriamo nel cuore del problema; qui si erode la professionalità del medico.

MORINI, *Relatore per la maggioranza*. Attualmente le mutue non erogano queste prestazioni!

BOZZI. Noi dobbiamo cercare di migliorare! Oppure lei vuole razionalizzare l'attuale disastroso sistema?

MARTINI MARIA ELETTA, *Presidente della Commissione*. Per questo si dice che si erogheranno!

BOZZI. Credo di dare un apporto di collaborazione; mi sembra impossibile che una legge stabilisca i « determinati casi » in cui si debbono erogare le prestazioni a domicilio! Qui si espropria il medico della sua professionalità; seguiranno poi alla norma astratta una attività amministrativa concreta e certamente lungaggini che sono proprie di tutti i sistemi in cui domina la burocrazia.

Nell'ultimo comma dell'articolo 23, onorevole Morini, sempre nella stessa logica espropriativa della professionalità del medico, si legge: « La legge regionale prevede e disciplina i casi in cui, per motivate ragioni, è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione, ubicati fuori del territorio della regione ». Anche qui come si può prevedere

una normativa di fattispecie mediche nelle quali dominano l'intuito, l'arte, la scienza e la coscienza del medico?

La proposta in esame è assai importante: non ci troviamo infatti di fronte ad una normativa tecnica (certo, vi sono anche aspetti tecnici), ma siamo in presenza di una proposta che incide sul tipo di società. Il conformare in uno o altro modo il servizio pubblico sanitario si riflette su valori che attengono al tipo di società.

Se dovessi fare una critica complessiva a questo progetto di legge (e mi auguro che possa essere emendato, per cui il mio atteggiamento è ancora interlocutorio), dovrei dire che lo stile della sua architettura denuncia una eccessiva carica di pubblicizzazione. A mio giudizio, tale pubblicizzazione non è necessaria, anzi è inutile; e non è sempre rispettosa del valore costituzionalmente garantito della persona umana e della professionalità del sanitario. Vorrei indicare i segni di questa carica di pubblicizzazione; e mi soffermerò brevemente sugli organi collegiali di gestione.

Capisco bene come la materia sia pregiudicata dal decreto delegato di attuazione della legge n. 382, esattamente dall'articolo 32 di tale decreto. Ma noi non abbiamo migliorato le cose: quale figura giuridica abbiamo definito, onorevoli colleghi? Questi complessi di presidi sono uffici comunali, sono una ripartizione del comune? Sono — come è stato detto da un collega comunista, di cui non ricordo il nome — una sorta di azienda municipalizzata un po' anomala? La definizione giuridica ha anche una sua importanza; e noi rischiamo di creare una sorta di ibrido giuridico, mediante questa specie di *dépendance* del comune, con negative conseguenze. Creiamo una situazione per cui, nell'incertezza, vi sarà un palleggiamento di responsabilità tra il consiglio comunale e l'organo di gestione, come si evince dall'articolo 15, là dove si stabilisce che bisognerà con legge regionale individuare gli atti di particolare rilevanza inerenti l'esercizio delle funzioni da riservare comunque alla competenza del consiglio o, se si tratta di comuni raggruppati, dei consigli comunali.

Vi è quindi una ripartizione di competenze tra l'organo di gestione e i consigli comunali e una sfera di materia, che potrà essere ridotta o ampliata, a seconda della volontà politica delle regioni, da riservare ai consigli comunali. Immaginate quanta

lungaggine burocratica vi sarà prima che il servizio sanitario possa essere reso, prima che le prestazioni possano essere erogate! Inoltre, questa composizione può subire influenze partitiche e, per quanto in un articolo si garantisca l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi, quest'ultima, in assenza di autonomia finanziaria, non potrà realizzarsi rispetto all'organo di gestione, o, al limite, rispetto al consiglio comunale.

Dunque, l'influenza politica esiste, e ciò non è bene in un servizio di tanta delicatezza. Probabilmente la forza delle cose porterà a mettere l'accento sulle spese di carattere amministrativo e burocratico, anziché su quelle destinate alle prestazioni sanitarie.

Il secondo punto richiama quello che ha detto or ora l'onorevole Ines Boffardi: in fondo, si istituisce una esasperata impiegatizzazione dei medici. Lo dimostra l'articolo 40, con il valore marginale che attribuisce alle convenzioni; l'organo di gestione, poi, avrà ingerenza in quell'aspetto definito profilo funzionale dell'attività sanitaria. Ma cos'è questo «profilo funzionale»? E quale sarà la collocazione del medico nei ruoli impiegatizi?

Inoltre, onorevoli colleghi, vedo vanificarsi il diritto di scelta da parte del cliente sia del sanitario sia del luogo di cura: due aspetti connessi, l'uno inscindibile dall'altro. Tale diritto è largamente affermato nella relazione, ma poi è condizionato da un avverbio che contiene insidie impensabili: «compatibilmente con le esigenze del servizio». Allora non è un diritto incondizionato, è un diritto che può subire affievolimento, compressione ed eliminazione, a seconda della valutazione ampiamente discrezionale che farà l'organo di gestione dell'unità sanitaria locale.

Non dite allora che ci sarà il diritto di scelta! Ci potrà essere in ipotesi! Anche qui poi questo esame di compatibilità porterà a lungaggini amministrative e ad un rallentamento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. In tal modo, quella che è stata chiamata la spontaneità del rapporto fiduciario viene meno e credo che andremo a ratificare quello che già esiste sotto una diversa angolatura: l'atto medico diventa un atto di routine, il malato rischia di diventare una pratica o, addirittura, un numero. Queste sono tutte cose alle quali bisogna porre riparo, se non vogliamo met-

tere un vestito nuovo ad una situazione esistente da tutti giustamente deprecata.

Rientra poi in questa stessa logica la spinta verso il tempo pieno, che porta al livellamento, e la eliminazione sostanziale dell'assistenza indiretta, che è riservata ad una valutazione delle regioni. L'assistenza indiretta invece, soprattutto nella fase intermedia, è uno stimolo, è la spinta della concorrenza perché il servizio sanitario pubblico possa funzionare.

Onorevoli colleghi, noi ci rendiamo conto che c'è un deplorabile corporativismo in alcuni settori della classe medica, ma non dobbiamo per questo fare leggi punitive. Le leggi punitive sono le peggiori leggi, anche perché di regola viene ad esser colpito dalla punizione un soggetto diverso da quello al quale la sanzione voleva rivolgersi. Contro il corporativismo dei medici bisogna istituire un regime finanziario che funzioni e non fare una legge sanitaria imperfetta per punire i medici.

Il mio timore è infine che questa architettura possa determinare un effetto esattamente contrario a quello che giustamente ci si prefigge e che si esprime nella relazione con tanto ottimismo. Si potrebbe, cioè, avere una fuga dal servizio sanitario pubblico e si potrebbe determinare una sorta di borsa nera della medicina; tutti vogliamo la generalità, l'uguaglianza, la globalità e tante altre cose che condivido in pieno e invece potremmo creare una situazione per cui coloro che hanno quattrini possono scegliersi la clinica privata e il medico che alza gli onorari, e viceversa il disgraziato deve, come avviene in Inghilterra, mettersi in coda o in lista di attesa; si potrebbe avere, inoltre, l'aumento delle cliniche private, che noi liberali per primi non vogliamo.

Noi vogliamo invece un servizio che funzioni bene, che rispetti i principi della professionalità e il rapporto fiduciario, senza i quali — è inutile ripeterlo — non ci può essere una assistenza sanitaria in una società libera. Ecco perché noi ci proponiamo di presentare degli emendamenti, alcuni dei quali avranno un carattere incisivo, come si desume dalle cose che ho brevemente detto. Ovviamente, quindi, il nostro voto conclusivo sarà determinato dall'esito che avranno i nostri emendamenti.

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

DE COSMO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, desidero anch'io innanzitutto dichiarare la piena adesione ai principi cui si informa il testo unificato elaborato dalla Commissione sanità della Camera; desidero pertanto rinnovare al presidente della Commissione, onorevole Maria Eletta Martini, al relatore per la maggioranza, collega Morini, e a tutti i suoi componenti il più vivo apprezzamento ed un sentito ringraziamento per aver consentito il concreto avvio della discussione in aula sul fondamentale problema della riforma sanitaria. Ma, fermo restando il complessivo giudizio positivo sull'articolato redatto dalla XIV Commissione, ritengo doveroso formulare talune considerazioni, che attengono ad alcuni aspetti essenziali della proposta riforma e rimangono nella sua logica di fondo.

In primo luogo, mi sembra utile ricordare che, per effetto dell'articolo 32 della Costituzione, la tutela della salute è compito devoluto alla Repubblica, intesa questa (come è pacifico nella dottrina e nella prassi costituzionalistica) quale complesso delle pubbliche istituzioni in cui si articola il nostro ordinamento (Stato, regioni, enti locali territoriali, strutture infra e sovra-comunali, e via dicendo). Ma non bisogna dimenticare la norma fondamentale contenuta nell'articolo 2 della Costituzione, che prescrive ai singoli cittadini « l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale ». L'affermazione di questo dovere del singolo, sia verso lo Stato sia verso la comunità nazionale, non si esaurisce in una enunciazione enfatica, ma ha un contenuto preciso e concreto che condiziona e qualifica la gran parte delle norme costituzionali e che, collegato con l'articolo 32, precisa che la tutela della salute non è un risultato che si persegue solo mediante l'intervento pubblico, bensì anche attraverso la indefettibile, attiva collaborazione dei cittadini i quali devono assumere, verso se stessi, verso gli altri, verso le cose e l'ambiente, i comportamenti positivi e negativi necessari ad assicurare la sanità, individuale e collettiva. Proporei pertanto che il primo comma dell'articolo 1 del testo della Commissione sia integrato con l'aggiunta di una breve ma incisiva proposizione che richiami appunto questo dovere di solidarietà dei cittadini, senza il quale nessun pubblico intervento può sortire effetti positivi e definitivi.

Desidero anche sottolineare, in premessa, che i primi due articoli del testo in esame, che pongono i principi e gli obiettivi generali del servizio sanitario nazionale (specialmente il secondo articolo) contengono elencazioni di attività da svolgere e di risultati da perseguire che potrebbero essere sintetizzati eliminando qualche ripetizione e qualche inciso superfluo, allo scopo di evitare che tali dettagliate elencazioni finiscano per limitare le competenze del servizio sanitario nazionale.

L'articolo 3 del testo in esame, al primo comma, garantisce l'uguaglianza dei trattamenti rivolti alla tutela della salute, mentre il secondo comma demanda ad un decreto presidenziale (senza per altro una precisa determinazione di criteri e principi direttivi, nonché di termini) la fissazione dei livelli minimi delle prestazioni sanitarie. Mi domando se la sola previsione dei livelli minimi sia sufficiente a garantire la parità dei trattamenti assistenziali in tutto il territorio nazionale, tenuto conto che evidentemente compete alle singole regioni regolare i trattamenti stessi, fatti salvi i minimi stabiliti con il citato decreto presidenziale.

L'articolo 5, all'ultimo comma, fa obbligo al ministro della sanità e alle amministrazioni regionali di fornirsi reciprocamente ed a richiesta ogni notizia utile allo svolgimento delle rispettive funzioni, nell'ambito di un sistema informativo sanitario. Si tratta di una norma molto importante, perché la gestione consapevole di efficace della sanità è possibile solo quando si disponga di tutti i dati che consentono di conoscere le realtà socio-economiche nell'ambito delle quali si deve operare. Il predetto inciso, a mio modo di vedere, va pertanto accentuato: la raccolta dei dati deve avvenire secondo congegni unitari che metodicamente acquisiscano ogni elemento di conoscenza necessaria a tutti gli organi ed enti che facciano parte del servizio sanitario nazionale per svolgere le proprie competenze con piena consapevolezza. In altri termini, nessuna componente operativa del servizio sanitario nazionale (Stato, regioni, enti locali territoriali, unità sanitarie locali) deve subordinare la propria azione al fatto che un'altra componente sia disposta o meno a trasmettere le informazioni. Il sistema informativo del servizio sanitario nazionale deve quindi essere unitario, e potrebbe dipendere dal Consiglio sanitario nazionale.

I dibattiti di questi ultimi tempi, nei quali sono stati valutati i progetti di riforma sanitaria presentati dal Governo e dai vari partiti politici, hanno messo in luce l'opportunità di ristrutturare il Consiglio sanitario nazionale, come una sede in cui attuare il confronto tra le esperienze maturate ai vari livelli del servizio stesso, superando la impostazione adottata in molte leggi per siffatti organi di coordinamento: impostazione che si basa sull'inserimento nei collegi stessi degli esponenti delle molteplici categorie professionali solitamente designate dai sindacati. Tale tradizionale modello organizzativo non è risultato in pratica idoneo in altri campi, in quanto ha manifestato i difetti propri delle sopresse corporazioni, la cui incapacità di risolvere i problemi di coordinamento generale e di indirizzo venne posta in risalto perfino durante il regime in cui le corporazioni stesse furono istituite. Mi sembra pertanto, che la norma dell'articolo 8, nel testo della Commissione, vada integrata in coerenza con le norme più generali che costituiscono una sorta di premessa generale, e che articolano il servizio sanitario nazionale nei tre livelli statale, regionale e degli enti locali territoriali. Infatti nel Consiglio sanitario nazionale, stando al testo della Commissione si attuerebbe il confronto soltanto tra Stato e regioni, restando esclusi gli enti locali territoriali. A mio modo di vedere, invece, il Consiglio va integrato mediante l'inserimento in esso di un rappresentante dei comuni per ciascuna regione. Ciò consentirebbe di conoscere, valutare ed utilizzare le preziose esperienze maturate dagli organi di gestione delle unità sanitarie locali, organi che sono appunto espressione dei comuni.

L'articolo 10 - e in ciò concordo con l'onorevole Bozzi, che mi ha preceduto - non precisa se l'unità sanitaria locale sia un ente a sé stante, dotato di una propria personalità giuridica, o se sia un organo del comune o dell'associazione di comuni, secondo il modello delle aziende municipali. Questo è un punto importante, sul quale non si possono avere incertezze; è un aspetto su cui nei dibattiti degli ultimi anni, si è incentrata l'attenzione degli studiosi dell'organizzazione sanitaria, degli operatori e dei politici, con ipotesi diverse. La legge-quadro deve definire con chiarezza l'unità sanitaria locale e non può lasciare all'interprete la ricerca della natura giuridica di questo nuovo modello organizzati-

vo. Infatti, a seconda che l'unità sanitaria locale sia un ente autonomo o un organo del comune, scaturiscono conseguenze diverse ai fini dei rapporti giuridici ed economici nonché delle eventuali azioni giudiziarie, delle responsabilità, eccetera. Poiché, comunque, dal testo della Commissione, e soprattutto dalle norme in materia di controllo sulle unità sanitarie locali, sembra potersi dedurre che queste sono organi dei comuni o dell'associazione di comuni, sarebbe utile esplicitarlo normativamente.

Mentre all'articolo 11 è prevista una corretta articolazione delle competenze regionali e comunali, l'articolo 12 suscita perplessità, in quanto non chiarisce sufficientemente le competenze delle province nell'ambito delle competenze spettanti alle regioni ed ai comuni.

Infatti, la localizzazione dei presidi socio-sanitari è un momento importante, forse essenziale, della programmazione in materia sanitaria, sicché questa, che per sua natura deve essere pensata ed attuata da un unico centro (la regione) avendo riguardo ad una visione di insieme, appare frantumata in due fasi corrispondenti a due diverse competenze, a due distinti livelli di valutazione.

Suggerirei, pertanto, di inserire l'indicazione della provincia nei meccanismi di partecipazione degli enti locali territoriali alla programmazione regionale, riservando la programmazione stessa alla regione in coerenza con il suo ruolo istituzionale.

Un punto molto delicato da chiarire, al fine di non lasciare adito ad interpretazioni contrastanti, attiene alla formula contenuta nel punto 3 dell'articolo 15: « autonomia tecnico-funzionale dei servizi dell'unità sanitaria locale ». In quale senso va intesa questa autonomia? Si tratta di una autonomia in senso tecnico (non certo giuridico) dell'intera unità sanitaria locale rispetto al comune, oppure dell'autonomia funzionale dei singoli servizi che si esplicano nella unità sanitaria locale? Nell'uno e nell'altro caso, cosa comporta sul piano pratico questa autonomia? Forse una esclusione di ingerenza nell'attività tecnica dell'unità sanitaria locale? Si tratta di aspetti importanti, in ordine ai quali occorre essere chiari e precisi, per prevenire possibili conflittualità, rischi di frantumazione nelle strutture e nelle attività. A me sembra più opportuno parlare di

coordinamento tra i servizi che si svolgono attraverso l'unità sanitaria locale (per garantire risultati in una visione di insieme), anziché di autonomia dei servizi stessi. A questo proposito va fatto un importante rilievo: nessun congegno è previsto per assicurare l'efficienza tecnica e gestionale del servizio sanitario nazionale. Eppure, la crisi dell'attuale sistema (se di sistema si può parlare) è dovuta non solo a carenze normative e strutturali, ma anche e prevalentemente a cause di ordine economico.

La riforma sanitaria va attuata non solo mediante l'impiego di denaro (di cui non si dispone), ma anche razionalizzando al massimo le strutture. Occorre cioè il costante controllo dei costi e dei consumi; sono indispensabili tecniche manageriali per contenere gli stessi costi e consumi garantendo nel medesimo tempo i massimi risultati possibili. Occorre stabilire gli *standards* assistenziali, cioè le misure dei servizi socio-sanitari necessari in rapporto alle varie realtà, e verificarli continuamente, per evitare una discrasia tra quantità e qualità del servizio prodotto e consistenza del bisogno sociale da soddisfare.

È dunque indispensabile prevedere e regolare l'efficienza del sistema nel senso indicato e quindi inserire ai vari livelli del servizio sanitario nazionale, ed in particolare nelle unità sanitarie locali, centri di funzione manageriale con operatori altamente qualificati, dotati di una cultura nuova, di una formazione professionale polivalente (economica, sociologica, giuridica, eccetera); altrimenti, si rischia di andare incontro a quelle stesse insuperabili difficoltà e carenze che hanno determinato la insostenibile crisi della organizzazione assistenziale da cui ci sforziamo da anni (questa volta risolutamente) di uscire.

L'articolo 16 del progetto di legge, nel lasciare in vigore gli articoli 19, primo comma, e 35 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, abroga la restante parte della legge stessa. Ciò potrebbe creare, immediatamente dopo l'entrata in vigore della legge-quadro, incertezze e disorientamenti, in quanto è certamente difficile far funzionare gli ospedali in attesa di nuove norme sulla organizzazione interna degli stessi, sapendo soltanto che essi si articolano in divisioni, sezioni e servizi. Incertezze potrebbero sorgere circa la sopravvivenza o meno di altre norme che regolano sotto diversi profili la struttura degli ospedali: mi riferi-

sco ai decreti delegati n. 128 e n. 129 del 27 marzo 1969 e ad altre disposizioni legislative che è superfluo richiamare. Propongo dunque di indicare espressamente e analiticamente tutte le eventuali norme che restano in vigore (temporaneamente o definitivamente) come conseguenza della permanenza in vigore degli articoli 19, primo comma, e 35 della legge n. 132 del 1968.

Mi pare che nessuno dubiti circa la necessità che la legge-quadro, nel devolvere alla legislazione regionale la nuova organizzazione degli ospedali, indichi anche i criteri e i principi tendenti a rendere uniforme la normazione in materia: a tal fine suggerirei di integrare adeguatamente l'articolo 17 del testo in esame.

Estremamente opportuna è la previsione nell'articolo 17, lettera c), dell'articolazione del consiglio di gestione dell'unità sanitaria locale in gruppi o commissioni di lavoro in rapporto alle specifiche esigenze delle attività. In tale articolazione potrà trovare soddisfazione l'istanza di una particolare attenzione del consiglio di gestione per il governo dei complessi ospedalieri di media e di grande dimensione.

Circa l'articolo 18, occorre chiarire se nell'assistenza sanitaria è introdotto il criterio della territorialità, essendo previsto come eccezionale il ricorso ad una unità sanitaria locale diversa da quella del luogo di residenza dell'utente.

È un discorso fondamentale che attiene alla regolazione del diritto alla libera scelta del medico e della organizzazione sanitaria. Se questo diritto è configurato in modo meno esteso rispetto ad oggi, occorre considerare alcuni importanti risvolti sociali: è cioè necessario distribuire in ogni parte del territorio nazionale strutture, presidi e operatori socio-sanitari in modo da rendere l'assistenza qualitativamente a quantitativamente uguale nelle diverse aree del paese, per evitare che i cittadini di alcune regioni (o di alcune zone nell'ambito di queste) siano privilegiati rispetto agli altri.

Qui si innesta il grosso problema dello stato fatiscente di gran parte delle strutture socio-sanitarie delle regioni meridionali e delle isole. È una grave questione, che non può passare inosservata nella legge-quadro di riforma, la quale deve necessariamente contenere precise norme rivolte a garantire la parità dei trattamenti, tenendo presente che tale parità viene meno (finché, chi sa quando, non sarà possibile investire co-

spicue risorse per l'edilizia ospedaliera e sanitaria nel Mezzogiorno) se si vincola il diritto all'assistenza ad un criterio di territorialità.

Molto opportunamente l'articolo 19 mira al potenziamento dell'intervento sanitario preventivo. Al riguardo, va ricordato che mancano oggi in Italia medici che si occupino specificamente di prevenzione e a tal fine sarebbe utile, ed anche meno costosa, l'utilizzazione professionale, mediante appropriati aggiornamenti, delle numerosissime categorie di medici-funzionari dipendenti da quasi tutte le pubbliche amministrazioni statali e locali. Tali medici sono oggi adibiti a funzioni prevalentemente amministrative che non sempre o non del tutto richiedono una valutazione specificamente medica (si tratta per lo più di igienisti). Occorre dunque riqualificare questi medici e utilizzarli come tali in tutta la loro professionalità, adibirli ai servizi preventivi; si tratta di migliaia di sanitari che rappresentano un costo notevole per i bilanci pubblici e che potrebbero agevolare l'avvio concreto delle attività di prevenzione.

Gli articoli 22, 23 e 24 sembrano escludere l'ospedale dai servizi di prevenzione e riabilitazione che, dalla lettera delle norme, appaiono riservati ad altre istituzioni. È forse utile chiarire — ma è fin troppo ovvio — che le dotazioni tecnologiche e gli operatori degli ospedali ben possono essere impiegati — se ciò è necessario e possibile — nel quadro degli interventi preventivi e riabilitativi.

Con riguardo alle norme sull'assistenza farmaceutica (articoli 26 e seguenti), va rilevato che non è previsto il *ticket* in funzione di una riduzione del consumo dei farmaci: non intendo criticare questa scelta, ma desidero sottolineare la necessità di rendere particolarmente rigorosi i meccanismi preventivi e repressivi di controllo dei consumi dei medicinali e di produzione, propaganda e vendita degli stessi. La nuova normativa che sopraggiungerà in materia sarà presumibilmente inadatta a modificare radicalmente le degenerazioni e speculazioni, cui da molti anni si assiste impotenti nel campo dell'assistenza farmaceutica.

Circa l'articolo 34, va richiamata la necessità di superare il dualismo tra strutture universitarie e presidi sanitari pubblici. Nell'unità sanitaria locale, nei servizi ospedalieri ed extraospedalieri, vanno svolte an-

che la ricerca scientifica, la didattica, la specializzazione dei medici e degli altri operatori sanitari; in ciò occorre essere molto chiari: propongo un'integrazione delle norme volte al superamento delle attuali anacronistiche scuole universitarie di specializzazione a numero chiuso, rimesse all'ampia discrezionalità dei cattedratici.

Occorre inoltre stabilire criteri e principi ben precisi per assicurare che la normativa regionale in tema di libera professione dei medici ospedalieri ed universitari (articolo 40) sia uniforme in tutto il territorio nazionale. Per altro, la conservazione del diritto alla libera professione dei medici pubblici dipendenti e della distinzione tra medico a tempo pieno ed a tempo definito richiede forse un'attenta rimediazione, in quanto si tratta di soluzioni che corrispondono alle attese della categoria, ma contrastano con la generale opinione secondo la quale (considerato oltretutto il gran numero dei laureati in medicina, in progressivo aumento) il sanitario deve operare una consapevole scelta e dedicarsi soltanto alla sanità pubblica in cui può realizzare in pieno la sua professionalità, ovvero deve optare per la libera professione. Sorvolando sulle norme che recepiscono le disposizioni della legge 30 giugno 1977, n. 349, mi soffermo brevemente sui controlli sulle unità sanitarie locali di cui all'articolo 42.

I controlli sugli atti delle unità sanitarie locali sono in parte devoluti ai comuni: ma c'è un inconveniente, con un appesantimento burocratico derivante dal doppio controllo, in quanto le deliberazioni comunali sono a loro volta assoggettate al sindacato dell'organo regionale di cui alla legge n. 62 del 1953. Per alcuni atti speciali dell'unità sanitaria locale è previsto il controllo diretto da parte del predetto organo regionale. Ciò appare alquanto incoerente rispetto alla qualificazione della stessa unità sanitaria locale, come organo del comune o dell'associazione dei comuni. È un punto piuttosto incerto, che va chiarito: va comunque ricordato che l'unità sanitaria locale produce un servizio tecnico, più che atti giuridici; essa quindi va controllata per il complesso della sua attività, più che per singoli atti, cioè sotto l'aspetto dell'efficienza sanitaria e di gestione, più che per i profili giuridici di singoli provvedimenti.

Per anni gli esperti della materia hanno insistito su questo punto, e mi pare doveroso tener conto delle indicazioni che al

riguardo sono state espresse univocamente in congressi, in tavole rotonde, in qualificati studi. Le relazioni annuali che l'unità sanitaria locale deve predisporre e trasmettere ai comuni non soddisfano l'esigenza dei controlli di efficienza.

Con riferimento alle norme di contabilità e di finanziamento delle unità sanitarie locali (articoli 43 e 44), va ancora richiamata la necessità — già prima da me prospettata — di appropriati meccanismi e di centri manageriali per il controllo ed il contenimento dei costi e dei consumi, e per la osservanza degli *standards* dei servizi assistenziali.

Le considerazioni svolte, come ho precisato all'inizio, riguardano soltanto taluni essenziali e significativi aspetti del progetto di riforma sanitaria; sulle norme richiamate e sulle altre cui ora non ritengo di soffermarmi, mi riservo di intervenire in sede di esame e di discussione dei singoli articoli.

Sottolineo ancora una volta che — come credo di aver dimostrato con le argomentazioni prospettate — la mia posizione è di adesione e di sostegno al testo della Commissione, ma sono profondamente convinto della necessità delle chiarificazioni, delle integrazioni e dei correttivi che ho brevemente illustrato e che attengono al modo di concepire il nuovo ordinamento socio-sanitario italiano (*Applausi al centro*).

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

D'AREZZO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, rispetto alle vicissitudini della passata legislatura — e non solo di quella — la maturazione sofferta intorno ad un problema tanto avvertito dal paese e la maniera responsabile con la quale si giunge alla riforma sanitaria da parte di tutti i gruppi politici mi fanno affermare che questa riforma è in vista del traguardo.

C'è stato tutto un lavoro complesso, difficile, eccezionale che, anche se non spetta a me giudicarlo, non mi sento nemmeno di sottacere. Questo lavoro è terminato l'8 dicembre, e a distanza di pochi giorni stiamo discutendo in Assemblea il testo che ne è scaturito.

Dico questo non per evidenziare una data storica, ma piuttosto — ed è quello che importa — per sottolineare la portata di que-

sta riforma, per l'interesse che ha suscitato nel paese, per la viva attesa che investe i cittadini di ogni ceto, per le aspettative che, ci auguriamo, non saranno deluse.

Naturalmente, l'aver spaziato nei più vari settori, dall'istituzionale all'organizzativo, dal finanziario al sociale, ha fatto sì che talune problematiche siano state appena sfiorate nella prevalente preoccupazione di pervenire comunque ad un disegno globale che facesse salve quelle linee comuni sulle quali più semplice era stato trovare un accordo tra le forze politiche. Si tratta di un fatto che vale più delle parole che spiega anche la preferenza che si è voluto dare allo strumento della delega legislativa, non già per affidare al Governo soluzioni spinose, ma per consentire a questo di mediare tra esigenze opposte e per giungere a risultati più meditati.

E non si tratta nemmeno di una riforma che si sostanzia soltanto in queste prescrizioni normative, poiché essa investe un processo già avviato da tempo, come testimoniano le leggi n. 386 del 1974 e n. 349 del 1977. Con queste leggi non si è decretata solo la fine del sistema mutualistico, ma si sono fornite le indicazioni circa le modalità per attuare il trasferimento di funzioni e di competenze degli enti mutualistici in liquidazione alle regioni ed agli enti locali. Per non dire poi della legge n. 382 del 1975, e dei successivi decreti delegati, i quali definiscono le competenze in materia sanitaria che fanno capo agli enti locali, alle regioni ed all'amministrazione centrale dello Stato. In sintesi, l'avvio della riforma sanitaria è già tutto in questi provvedimenti e si completa oggi con il provvedimento al nostro esame. Tale provvedimento, che è urgente approvare, detta le linee di un processo di trasformazione istituzionale che per altro è già in atto e ristrutturata il sistema sanitario italiano come è ormai inevitabile. Si tratta quindi di un progetto di legge che, nel rispetto delle autonomie regionali e degli enti locali, delinea in maniera inequivocabile le caratteristiche di fondo della futura organizzazione sanitaria nazionale.

Non sfugge a questa riforma l'ottica dei cambiamenti anche più complessi e profondi, la necessità di interrompere l'evolversi — o per meglio dire, il degradare — di una realtà secondo logiche distorte, scoordinate e contraddittorie, per prefigurare un modello che disegna tre distinti livelli, ciascuno dei quali naturalmente caratterizzato da specifiche attribuzioni.

Il servizio sanitario nazionale si realizza, infatti, attraverso la coordinata articolazione di strutture e poteri dello Stato, delle regioni e degli enti locali, in vista di un intervento globale a tutela della salute della persona che è anche interesse della collettività.

In altre parole, la realizzazione di una riforma organica in grado di segnare un progresso civile, prima ancora che sociale, passa solo attraverso una legge-quadro istitutiva del servizio sanitario nazionale. L'esistenza di una organizzazione centrale costituirà una garanzia per il cittadino nell'ambito di qualsiasi area di utenza.

Significativo può essere considerato il problema di una regolamentazione del rapporto di impiego del personale proveniente da diverse amministrazioni e da assegnare ai diversi livelli del servizio sanitario nazionale.

Si è ipotizzata, infatti, una netta divisione del personale in blocchi e il relativo trattamento è stato diversificato in relazione all'ambito in cui detto personale viene a collocarsi. Mentre per il personale assegnato alle unità sanitarie locali si è, infatti, previsto un sistema normativo tale da configurare una completa dipendenza sotto ogni profilo dal comune, in guisa tale da far ritenere che i ruoli nominativi regionali, nei quali detto personale viene ad inserirsi, costituiscano una mera finzione — con conseguente potenziale difficoltà a conseguire quella mobilità da tutti auspicata — per quello che confluirà negli altri livelli istituzionali c'è da presumere, stando agli scarni e talvolta dubbi riferimenti, che la disciplina del relativo rapporto sarà ispirata a criteri del tutto diversi.

Ma, a parte tale rilievo di fondo, non si può non sottolineare la genericità dei principi nell'ambito dei quali dovrebbe operare il Governo nella emanazione dei decreti delegati.

Basterebbe por mente alla previsione di cui al punto 3) del terzo comma dell'articolo 40, dove viene fissato il principio della equiparazione per le molteplici posizioni rivestite dai dipendenti delle diverse amministrazioni coinvolte nel processo di riforma. La peculiarità degli ordinamenti delle diverse istituzioni — le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali — non consente infatti una sovrapposizione delle singole posizioni di carriera, quale è invece postulata dal punto 2) dello stesso com-

ma, il quale espressamente prevede che i ruoli regionali sono articolati in « qualifiche funzionali con la specificazione dei profili di professionalità e delle mansioni ».

Siffatta genericità speriamo non determini una dilatazione del numero delle possibili qualifiche funzionali o, per converso, una loro eccessiva concentrazione con inevitabili e giustificati risentimenti da parte dei dipendenti che potrebbero vedere mortificata la specificità professionale, che è invece individuata negli enti di provenienza.

È pur vero che la previsione di una Commissione parlamentare, in cui sono rappresentate tutte le componenti politiche, con funzione consultiva per il Governo, è garanzia di una adeguata valutazione del problema sotto il profilo politico, ma la marginalità del ruolo assegnato alle associazioni sindacali di categoria desta qualche sorpresa ove si consideri la rilevanza della funzione esercitata dai sindacati nella definizione non solo dei problemi più propriamente attinenti alla sfera di interessi propria del mondo del lavoro, ma anche di quelli relativi alle grandi scelte di politica economica e sociale sul piano nazionale.

L'insorgere continuo anche in questo delicato settore di conflitti più o meno giustificati o giustificabili, lo spegnersi e l'immediato rinascere di polemiche vecchie e nuove, più o meno scontate ma sempre virulente quanto basta per rendere difficile qualsiasi rinuncia, hanno, secondo me, offerto l'occasione concreta per dimostrare quanto sia valida la costruzione fuori da ogni integralismo di parte.

Infatti, è positivo rilevare che in tema di riforma sanitaria l'intesa a sei ha funzionato, che almeno su questo terreno la emergenza dei problemi ha finito con il coincidere con una obiettiva evidenza delle comuni soluzioni alle quali tutte le componenti politiche sono concordemente pervenute, senza contare poi che la stessa valutazione positiva può essere espressa anche per quanto riguarda i contenuti del progetto di riforma.

Ecco perché, associandomi al relatore, onorevole Morini, nell'auspicare una sollecita approvazione a larghissima maggioranza del progetto di legge in esame — qui alla Camera e, a distanza mi auguro ravvicinata, al Senato — desidero manifestare a lui, lavoratore acuto, paziente e tenace non solo simpatia, ma solidarietà politica convinta. E le stesse considerazioni valgono per il presidente della Commissione, nonché

per tutti i componenti del Comitato ristretto e per l'onorevole ministro. A tutti costoro va il riconoscimento convinto di chi, stando in mezzo a loro, ha potuto constatare lo sforzo politico immenso che hanno compiuto; e questo stesso sforzo politico legittima l'augurio che siano quanto più possibile abbreviati i tempi di approvazione del progetto di riforma.

Le strutture sanitarie passate, logorate dall'incalzare dei tempi nuovi, hanno bisogno di una prospettiva di più ampio respiro, che solo questa legge può dare, anche se taluni profili devono essere perfezionati e sperimentati.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, a questo punto si presenta l'istanza insopprimibile di mettere sotto controllo un negativo fenomeno di espansione della spesa sanitaria ormai incompatibile sia con la congiuntura della crisi economica, che sicuramente è la più grave dal dopoguerra ad oggi, sia con i normali meccanismi di accumulo strutturale delle risorse di cui il sistema economico italiano oggi — ma anche per l'immediato futuro — dispone.

Dal 1964 al 1974 la spesa sanitaria si è quintuplicata, senza che si registrasse un decisivo e generalizzato miglioramento sia delle condizioni sanitarie della popolazione, sia dello *standard* dei servizi resi. Il fatto è largamente noto, ma non vi è stata una adeguata ed approfondita analisi delle cause che hanno determinato una così drammatica situazione finanziaria delle istituzioni sanitarie e degli ospedali in particolare.

In qualche modo può, infatti, essere vero che la carente situazione odierna può considerarsi riflesso e conseguenza di un duplice ordine di fattori; fattori che la riforma sanitaria dovrà in ogni caso eliminare. Il primo di questi è rappresentato dalla mancata individuazione delle cause principali della lievitazione della spesa, e quindi della mancata predisposizione di provvedimenti appropriati.

Il secondo consiste nel tentativo di costringere i saggi di incremento della spesa entro limiti compatibili con le esigenze di equilibrio esterno ed interno della nostra economia agendo semplicemente sulle risorse finanziarie poste annualmente a disposizione della attività sanitaria; risorse, per altro, marcatamente insufficienti e rese disponibili con enorme ritardo rispetto alle esigenze di bilancio.

Questo atteggiamento, errato nella sua impostazione, è ancora più deleterio nei suoi risvolti pratici. Esso ha anzitutto consentito che la spesa sanitaria si evolvesse nel tempo secondo una logica che non teneva in alcun modo conto dell'ottica con cui nel frattempo si andavano attestando le risorse economiche « reali » del paese; ottica che esige una costante e congruo confronto di compatibilità tra risorse e bisogni da soddisfare.

Non si è riusciti ad evitare, per esempio, che una percentuale assai rilevante e crescente nel tempo della spesa in parola venisse finanziata ricorrendo a forme anomale di indebitamento, cioè a forme di intervento estemporaneo, incostante ed incongruo.

Di qui, ancora, l'urgenza di saldare i sostanziali requisiti di fondo della riforma con provvedimenti a breve in grado di eliminare gli effetti negativi di dette anomalie, cioè attraverso l'assunzione di provvedimenti immediatamente e concretamente operanti nelle more di attuazione della legge.

Detto questo, desidero soffermarmi su qualche aspetto che, a mio avviso, richiede un maggior approfondimento.

Intendo riferirmi alla definizione degli ambiti territoriali dei servizi; al ruolo dell'ospedale e al controllo della sua gestione; al problema della partecipazione popolare, specie in riferimento al controllo democratico dei punti terminali dell'istituendo servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda gli ambiti territoriali, concordo con l'onorevole Morini quando afferma che la riforma delle autonomie locali avrebbe dovuto precedere la riforma sanitaria. Infatti, il riassetto dei poteri locali, in quanto notoriamente implica la costituzione del cosiddetto « ente intermedio » a livello comprensoriale del territorio, avrebbe indirettamente favorito una più efficace riorganizzazione delle stesse funzioni sanitarie, comunque definite o ipotizzate dalla riforma a livello di realtà territoriale.

Anche senza voler esasperare il problema, si tratta di vedere se la sfasatura evidenziata contenga in sé elementi tali da pregiudicare in modo seriamente negativo la funzionale definizione del livello di governo dei presidi e servizi multizonali, cioè la tendenza a realizzare un insieme di « operanti strumenti di collaborazione intercomunale, diversi e più efficienti degli

attuali, che potrebbero essere utilizzati proprio per radicarvi le unità sanitarie locali ».

Sempre in linea di ipotesi, è possibile intravedere un riassetto dei poteri locali meno « indifferente » ad esperienze di gestione comprensoriale, distrettuale e consortile del territorio, già realizzate o sperimentabili nel contesto di settori dove è competente la legislazione regionale; dalla urbanistica alla formazione professionale e allo stesso settore sanitario.

Da questo punto di vista, la riforma sanitaria è in qualche modo, secondo me, essa medesima una istanza di pre-riforma o, se si preferisce, introduce, per prima, istanze di rottura degli attuali ordinamenti provinciali e comunali.

E le introduce per l'appunto, a seconda dei casi, in chiave sovracomunale o sub-provinciale, in un'ottica cioè che pone a carico del sistema delle autonomie locali misure « diverse » di ripianamento dei bilanci e di pianificazione zonale, vale a dire di finanziamenti « programmati », di progetti « speciali » di intervento per l'area specifica dei bisogni da coprire in un determinato territorio.

In tale prospettazione problematica si inserisce anche la questione concernente il finanziamento della spesa del nuovo assetto istituzionale. Troppo note sono le difficoltà di reperimento delle risorse indispensabili alla gestione del nuovo sistema perché se ne debba anche solo accennare in questa sede. Dando per scontate tutte le forme di partecipazione dell'utente alla spesa, la cui incidenza in positivo su una situazione così fortemente deficitaria, quale è quella che si eredita dal sistema mutualistico, è ancora tutta da verificare, resta il fatto che nella prospettiva di una futura fiscalizzazione degli oneri sociali lo accertamento e la riscossione dei contributi previdenziali sono affidati all'Istituto nazionale della previdenza sociale.

Non può negarsi che la soluzione adottata ingenera qualche perplessità, con riguardo al disagio operativo che sembra accompagnare nell'attuale momento la gestione dell'INPS, soprattutto nel delicatissimo settore dell'acquisizione delle risorse, considerato altresì che verrebbero affidati a detto ente nuovi onerosi compiti quali quelli connessi alla liquidazione di milioni di pratiche ogni anno per l'erogazione ai lavoratori delle indennità di malattia.

Si tratta di una massa cospicua di risorse finanziarie dell'ordine di alcune migliaia di miliardi la cui tempestiva e puntuale acquisizione è condizione indispensabile per far fronte ad impegni di spesa ricorrenti con scadenza ravvicinata e quindi per la stessa sopravvivenza di un sistema quale quello attuale che pure non include tra i suoi obiettivi istituzionali la prevenzione e la riabilitazione.

L'assoluta impossibilità, d'altro canto, di fare ricorso al bilancio del Tesoro, il cui *deficit* non può essere ulteriormente dilatato, impone l'esigenza di un'assoluta oculatezza e della massima efficienza operativa degli organismi preposti dall'accertamento del dovuto e alla sua successiva, sollecita riscossione.

In un'ottica quale quella che ha ispirato il disegno riformatore dell'assistenza sanitaria, tesa non solo a ridisegnare sotto il profilo esclusivamente strutturale il sistema, ma ad incidere soprattutto in vista di una più elevata produttività dei relativi servizi, si è ormai imposta una riconsiderazione critica dell'assetto che il sistema previdenziale italiano è venuto acquisendo.

Alla luce di tale orientamento, vivamente avvertito nella coscienza comune, desta qualche preoccupazione la tendenza che viene emergendo di affidare ulteriori compiti all'INPS senza una preventiva, meditata valutazione delle possibili loro incidenze negative sulla funzionalità dei servizi di detto ente, laddove era legittimo attendersi che proprio in occasione di una riforma che tocca anche aspetti di rilievo del sistema previdenziale, si prevedesse un alleggerimento delle incombenze istituzionalmente attribuite al maggiore ente pubblico italiano.

Il problema è di estrema rilevanza e meritevole della più attenta e responsabile considerazione in vista di una soluzione che, sia pure in via transitoria, al di là del necessario recupero di funzionalità dell'INPS, non ulteriormente dilazionabile, costituisca un primo passo di quel processo graduale di razionalizzazione del settore contributivo, il cui termine finale dovrà essere rappresentato dalla completa fiscalizzazione degli oneri sociali.

L'istituzione, ad esempio, di un organismo disegnato in termini di flessibilità operativa, incaricato di provvedere all'accertamento e alla riscossione di tutti i contributi assicurativi, e che potrebbe avvalersi a

tale scopo delle strutture e dei mezzi strumentali e umani già oggi esistenti presso la generalità degli enti, rappresenterebbe una delle possibili soluzioni ai contingenti problemi dell'INPS, senza trascurare la circostanza che il minore ricorso al bilancio del Tesoro per il finanziamento del sistema sanitario — diretta conseguenza di una maggiore efficienza dei servizi preposti alla acquisizione delle risorse — consentirebbe al Governo di incrementare gli stanziamenti destinati a programmi di investimenti con positivi riflessi sul piano occupazionale.

Tutto questo non deve pregiudicare in alcun modo il decollo della riforma sanitaria. Presuppone però una più approfondita coscienza dei problemi che maturano a livello di articolazione istituzionale del territorio, nelle diverse sfere di riferimento regionale e locale, specie per quanto concerne la praticabilità democratica di istanze parallele, spinte sociali e pressioni sindacali, di cui in dette sfere si rendono protagoniste le popolazioni alla ricerca di maggiori spazi di autentica e autonoma partecipazione politica.

Ed è per l'appunto in questo senso che alla partecipazione « popolare » attribuisco un valore non secondario, quantunque il testo in discussione stabilisca — all'articolo 13 — che i comuni e le comunità montane « assicurano la più ampia partecipazione degli operatori sanitari, delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini a tutte le fasi della programmazione della attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale ».

È una scelta politica corretta, ma che rimarrebbe tuttavia sterile se non riuscisse ad individuare forme e modalità di indiscutibile efficacia all'atto di tradurre in concreto l'auspicata partecipazione. Il testo tace in proposito forse non volendo — come anche è stato detto per un giusto e rispettabilissimo verso — « prefigurare dall'alto un sistema di partecipazione uniforme che non tenga conto di scelte già effettuate dalle regioni attraverso i loro statuti, o di orientamenti già maturati nella legislazione in materia socio-assistenziale ».

Si potrebbe però sempre correre il rischio di operare una mistificazione di principi e di convincimenti autenticamente « democratici » qualora si continuasse a parlare

astrattamente di partecipazione senza prefigurare i suoi spazi di impegno, i suoi strumenti e i suoi canali. Sarebbe cioè giustificato porsi l'interrogativo: in che modo vengono conferiti poteri « reali » ai protagonisti della vita civile ?

PRESIDENTE. Onorevole D'Arezzo, la invito al rispetto dei limiti di tempo previsti dal regolamento per la lettura dei discorsi.

D'AREZZO. Sto concludendo, signor Presidente. C'è da chiedersi: è chiara in tutti noi la esigenza di lasciare al meccanismo della partecipazione la possibilità di estendersi — in prospettiva e nelle premesse — ad ambiti più vasti ?

Anche a voler prescindere da un discorso sulle esigenze di partecipazione espresse dai cittadini e dalle forze sociali, se la partecipazione non sarà assicurata verrà meno la possibilità di rilevare i bisogni reali, verrà meno il supporto di validi e non contestabili elementi di « comparazione » dell'intero tessuto sociale del paese. Si renderà in un qualche modo, ed è bene ripeterlo, disarmonico e disorganico il disegno conclusivo del servizio sanitario che è « locale », necessariamente « regionale », ma anche — e non marginalmente — « nazionale ».

La stessa norma istitutiva del Consiglio sanitario nazionale menziona la presenza di rappresentanti delle « formazioni sociali » presenti a livello nazionale con una propria realtà organizzata, come se la totalità delle espressioni « pluralistiche » della società civile possa essere emblematicamente riassunta in esse.

Il giudizio per altro rimane nella sua sostanza « storica », cioè riguarda le lentezze o le reticenze con cui nel nostro paese è in atto un fecondo e costruttivo processo di superamento del cosiddetto divario esistente tra società civile e società politica. La riforma sanitaria dovrà avere la possibilità di fornire più espliciti ed operanti contributi a detto processo, soprattutto quando — e questo è ovviamente un corollario di fresca attualità politica — omogenee e parallele forme di più estesa partecipazione « popolare » stanno dando gli attesi frutti sul fronte della democratizzazione della scuola.

Può essere una sottolineatura che è più genuinamente caratteristica dell'intera esperienza dei cattolici democratici, cioè di un

movimento di accentuata partecipazione popolare che ha sempre avuto come obiettivo di fondo la difesa delle autonomie locali e il rafforzamento dei cosiddetti « corpi intermedi », per usare l'espressione tipica del pensiero sturziano, delle tradizionali istanze di un impegno civile cristianamente ispirato.

E non è nemmeno casuale il fatto che nel problema del ruolo dell'ospedale e del controllo della sua gestione si inserisca anche il discorso della definizione degli ambiti territoriali dei servizi e della partecipazione popolare. Unanime e concorde è l'avviso di superare la perplessità giuridica degli enti ospedalieri: non è questo in discussione, non vale la pena di soffermarsi su un aspetto ormai sepolto dietro polemiche che appartengono definitivamente al passato.

C'è però il problema dell'autonomia funzionale degli ospedali, e il provvedimento all'articolo 15 indirettamente ne parla quando sottolinea l'esigenza di « assicurare l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi dell'unità sanitaria locale ». Ma c'è anche il problema del controllo democratico della gestione degli ospedali: il testo in effetti non ne parla ed è un problema che sarà necessario affrontare nel quadro di una più estesa valorizzazione dei meccanismi di partecipazione popolare a livello locale, come minimo nella forma di rappresentanza di secondo grado dei cosiddetti comitati di gestione.

Tra autonomia funzionale degli ospedali e necessità di un controllo democratico della loro gestione, fra l'altro, si fa strada la non trascurabile problema di evitare il rischio di una burocratizzazione del servizio ospedaliero e di chiusura delle sue strutture.

A proposito dei piani sanitari regionali, onorevoli colleghi, permettetemi un'ultima osservazione. « Il piano è presentato al Parlamento sei mesi prima della scadenza di ogni triennio », così afferma il secondo comma dell'articolo 45 in riferimento al piano nazionale. Nella fattispecie, però, considerando che ai sensi del successivo articolo 46 i piani sanitari triennali delle regioni devono essere approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio, nonché considerando che detti piani regionali « debbono uniformarsi ai contenuti e agli indirizzi del piano sanitario nazionale », i tempi a disposizione delle regioni per elaborare ed ap-

provare i piani in questione sono assai ridotti. Per questa ragione ed all'unico scopo di evitare procedure che risulterebbero poi inapplicabili, ritengo di dover proporre la modifica dell'ultimo periodo del comma secondo dell'articolo 45, nel senso di ampliare i tempi fissati per la presentazione del piano nazionale e di stabilire invece in sei mesi prima della scadenza di ogni triennio l'approvazione del piano stesso da parte del Parlamento.

Sono d'accordo con coloro che hanno detto che non possiamo permetterci il lusso di sbagliare. Per questo mi è parso doveroso richiamare aspetti di possibile controversia su cui richiamare l'attenzione dei colleghi. Non si tratta di perdere tempo e di risultare così contraddittori rispetto all'urgenza con cui si chiede l'approvazione del provvedimento, ma si tratta di approfondire.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, in un momento tanto difficile come quello che sta attraversando il paese, non a caso si affaccia questa riforma con un'ampiezza di respiro che lascia sperare. Al di fuori e al di sopra di ogni considerazione c'è l'aspetto più significativo che si innesta nella lunga marcia che le forze politiche democratiche italiane stanno facendo su strade parallele ma nell'intento di convergere tutte al servizio del paese.

L'aspetto più vero è rappresentato dall'esplosione inimmaginabile che questa riforma ha creato in tante direzioni. Basterebbe solo questo aspetto, e non è certamente il solo, a caratterizzare per un lungo futuro l'importanza storica e politica della riforma sanitaria (*Applausi al centro*).

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

d'AQUINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il quadro sociale della nazione in quest'ultimo decennio 1970-1980 appare dominato da una necessità imminente: quella di riformare, diremmo meglio forse di ristrutturare, il sistema sanitario italiano.

La crisi delle strutture, ma anche e soprattutto la disarmonia e la disarticolazione degli organismi periferici, sia in connessione alle nuove attribuzioni regionali, sia anche a livello comunale e provinciale, manifestano più significativamente la necessità che deve sentire lo Stato di intervenire in maniera rapida e positiva per infrenare lo

sfacelo che da tempo incombe sull'igiene pubblica e quindi sulla sicurezza sanitaria del paese. La crisi delle organizzazioni sanitarie è apparsa limpida e chiara, in questi ultimi anni; e la frammentarietà degli interventi ha contribuito ad aggravare ogni giorno di più la incompletezza dell'assistenza e la limitazione, anche tecnica, delle prestazioni.

L'Italia si trova oggi, in materia di politica sanitaria, in uno stato di assoluto disagio e finora non è riuscita a trovare una linea moderna sul tema della salute, né a porsi al passo dei tempi, per quanto attiene alla medicina sia preventiva sia curativa, sia assistenziale sia previdenziale. Tale situazione anacronistica, che è caratterizzata dalla diversa dipendenza delle strutture diagnostico-curative e previdenziali, articolate su due competenze ministeriali, ha finora aggravato lo stato delle cose rendendo più confusi gli interventi e la regolamentazione dell'assistenza.

Nei miei precedenti interventi, svolti in questo ramo del Parlamento in tema di igiene e sanità, ho sempre auspicato una più moderna e snella organizzazione del sistema sanitario, fondato su un'assistenza preventiva veramente organizzata per tutti i cittadini, e su una graduata, ma sufficiente e qualificata, assistenza totale, curativa e riabilitativa da parte dello Stato, da estendere agli assistiti e a quelli fino ad oggi non assistiti, per obbedire alla necessità, ormai logica, di intervenire presto e subito in tema di salute pubblica, con un'ampia ristrutturazione, certamente riformatrice, dell'assistenza sanitaria nazionale, nel quadro di una globale riforma del sistema assistenziale e previdenziale.

Ciò ha mosso la nostra opera in Commissione e in Assemblea, al fine di ottenere un più vivo interesse da parte dello Stato sui problemi della salute e dell'igiene, ma soprattutto in considerazione del fatto che in Italia, ieri come oggi, mancano le strutture di base, e del fatto che più si è andati avanti con provvedimenti parziali e interlocutori, più sono venuti meno i collegamenti necessari tra centro e periferia, ancor più cagionevoli per l'intersecarsi contrastante, in questi ultimi periodi soprattutto, delle diverse attribuzioni tra Stato e regioni e tra regioni, province e comuni. In questa disarticolazione, oltre che nella grave carenza di mezzi tecnici a disposizione, ha finito per dissolversi, nel nostro paese, il poco delle strutture esistenti e si appa-

lesa la grave degradazione sociale in ordine ai problemi della salute.

Sono quasi dieci anni che ho l'onore di rappresentare le genti di Sicilia in questo Parlamento. Ho sempre ascoltato discussioni, enunciazioni, nuove proposte di riforma; ma in verità si sono sempre sfornate a colpi di maggioranza leggi e leggine con le quali si è solo riusciti a tamponare qualche problema, senza risolvere alcuna questione, se non per scopi di falsa demagogia, di piccolo sabotaggio, che ha, in buona sostanza, aggravato le condizioni dell'ordinamento sanitario del paese, qualche volta perfino disarticolandolo maggiormente nei suoi collegamenti. Oggi viene finalmente all'esame dell'Assemblea un progetto di riforma del sistema sanitario nazionale; e bisogna riconoscere che, seppure a nostro giudizio non esente da contraddizioni e da lacune, per lo meno esso tenta di affrontare globalmente i problemi connessi all'igiene, alla salute e all'educazione sanitaria nello Stato, indirizzando gli sforzi del Parlamento verso la ricerca di una soluzione valida, attuale e soprattutto completa. Su questo progetto vogliamo dire la nostra parola, di critica serena, nel tentativo di ottenere, attraverso il confronto e la discussione, miglioramenti qualitativi nelle strutture e negli ordinamenti. Tuttavia — ripeto — abbiamo il dovere di riconoscere che per la prima volta si è realizzato uno schema riformatore il quale, anziché esser dominato da ripetizioni sbagliate di soluzioni particolaristiche, segue un indirizzo generale di ampio respiro, non solo per avviare la riforma delle strutture, ma anche per assicurare condizioni sanitarie generali fondate su un piano organizzativo abbastanza consono ai temi principali su cui è fondato il sistema sanitario civile di un paese sviluppato e moderno, il quale deve essere adatto al costume, alle esigenze e alla vita della società italiana.

Non vi è dubbio che l'argomento che muove lo studio sui problemi della salute e dell'igiene sia complesso e difficile; e siamo perfettamente d'accordo con quanti stigmatizzano come superficiali le facili critiche di chi ritiene agevole, e non problematico, un discorso riformatore sul servizio sanitario nazionale. Se ciò da un lato è vero, tuttavia non può non dirsi, procedendo all'esame del testo licenziato dalla Commissione, che sussistono argomenti di fondo scarsamente affrontati; che si sono ritenute risolte grandi questioni

con facili e certamente inadatte risoluzioni; che altri e gravi problemi o sono stati appena sfiorati, o rimangono ancora del tutto da affrontare, come si può dire in tema di previdenza.

Le condizioni sanitarie generali riflettono ancora oggi la situazione di grave disagio e di scarsa efficienza dell'organizzazione sanitaria nazionale; vogliamo pertanto sperare che il nuovo ordinamento propugnato dalla riforma, pur con le necessarie carenze da attribuire al suo avvio, consenta tuttavia di tener conto dello stato di evoluzione sociale dei nostri tempi, delle necessità preventivo-curativo-assistenziali e previdenziali italiane ai fini dell'organizzazione e della cura dell'ambiente (terra, mare, aria) in cui vivono, lavorano e si muovono 60 milioni di italiani.

Il relatore per la maggioranza, nel presentare il testo approvato in Commissione, afferma che « spetta ai pubblici poteri provvedere alla tutela della salute, che viene presa in considerazione dall'ordinamento giuridico perché ritenuta bene primario dell'uomo, in quanto è la condizione indispensabile affinché l'individuo possa estrinsecare, liberamente e compiutamente, la sua personalità ».

Noi concordiamo con la premessa da cui è partito il relatore per la maggioranza; ma, per un immediato riferimento alla libera scelta che l'individuo dovrebbe avere nella società (così come mercoledì scorso sottolineava il relatore per la maggioranza Morini), rileviamo la prima fondamentale contraddizione all'articolo 23 del testo della Commissione, il cui secondo comma prescrive, a proposito delle prestazioni di cura, che « l'assistenza medico generica e pediatrica è prestata dal personale dell'unità sanitaria locale o del distretto di cui l'utente fa parte e dai medici convenzionati ». Ed il terzo comma di questo stesso articolo aggiunge: « La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente ». A questo proposito abbiamo le nostre perplessità, come uomini e come medici, perché riteniamo che non ci si possa limitare esclusivamente ad una scelta nell'ambito dell'unità sanitaria locale, soprattutto per le grandi città. Viene pertanto spontanea la domanda: così si comprende e si interpreta la libera scelta dell'utente nei confronti del medico di fiducia? Noi riteniamo che vi sia limitazione nella libertà di scelta del medico, quando si vuole fissare

nei limiti angusti del distretto o dell'unità sanitaria locale la possibilità di scelta del medico di fiducia da parte di ciascuno. Come si vede, questo motivo di dubbio, che viene posto alla nostra coscienza e che investe la generale interpretazione del principio di libera scelta, ci pone subito di fronte ad una difficile credibilità in ordine alla risoluzione di taluni problemi, forse in senso assoluto i più importanti, che avrebbero dovuto caratterizzare la nuova regolamentazione delle prestazioni di cura. Ho voluto subito citare un punto, forse il più qualificante, per spiegare i fondati motivi delle nostre perplessità a ritenere come definitivo il testo licenziato dalla Commissione.

Un altro punto, che tratteremo meglio in sede di discussione degli articoli, è quello che riguarda il personale dipendente, dal momento che l'articolo 40 così recita: « Le unità sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture, divisioni e servizi, la prestazione del servizio a tempo pieno ». Qui ci pare di ravvisare un'altra interpretazione limitativa della libertà, che si riferisce questa volta ai medici, ai quali si fa obbligo, anche in carenza di loro specifica richiesta, di una prestazione di servizio nell'unità sanitaria locale.

Ritengo che si sarebbe dovuto agire diversamente, prevedendo, sì, il diritto delle unità sanitarie locali di designare la prestazione del servizio a tempo pieno, ma senza obbligare i medici inquadrati negli organici delle unità sanitarie locali all'accettazione di quel tipo di rapporto. Piuttosto, ove il medico non avesse accettato di effettuare il tempo pieno, si sarebbe dovuto ricorrere a nuovi concorsi che prevedessero nuovi rapporti di lavoro a tempo pieno con bandi stabiliti *ad hoc*. E ciò perché la discrezionalità di gestione dell'unità sanitaria locale potrebbe configurare, nella scelta dei servizi a tempo pieno, preconcrete ed univoche determinazioni che, per essere preconcrete, potrebbero soggiacere a punti di vista troppo discrezionali. Non si può infatti dimenticare che la gestione è effettuata da-

gli stessi consigli comunali o da persone a ciò delegate dai consigli comunali medesimi, sia pure con la rappresentanza delle minoranze. Gli amministratori, prima di essere tali, sono uomini politici, rappresentano i loro elettori: ciò potrebbe consentire una discrezionalità che potrebbe sfociare in discriminazione politica o in persecuzione. Si sostiene, per altro, che il tempo pieno sia necessario nelle unità sanitarie locali e nei distretti sanitari. Noi rispondiamo che in tal caso si può ricorrere a medici che siano interessati ad operare nel distretto o nelle unità. Comunque, non dovrebbe mai trattarsi di un obbligo, che nel primo intervento è sempre controproducente.

Una particolare attenzione vorremmo poi rivolgere a tutta la materia del personale a rapporto convenzionale, regolata dall'articolo 41, il quale prevede una serie di clausole che rimettono ad accordi collettivi nazionali la disciplina dei rapporti convenzionali. Il nostro monito va agli organi delegati a stipulare gli accordi nazionali, ma si tratta anche di un appunto che noi muoviamo a noi stessi, perché non abbiamo saputo trovare un accorgimento che risolvesse la questione, sia pure in via di massima. È vero infatti che il lavoro è assai difficile, anche per la globalità di interessi connessi alle varie categorie; ma è altrettanto vero che abbiamo cercato di lavorare il più speditamente possibile, proprio in vista delle necessità (che esistono, e che sono obiettive), nel tentativo di avviare a soluzione i problemi della salute. Abbiamo, per altro, delegato troppo ampiamente la possibilità di regolamentazione in questa materia; e ciò potrebbe finire per assumere un rilevanza preponderante rispetto alla economia generale del provvedimento. Ricordavo il nostro monito agli organi delegati a definire gli accordi collettivi nazionali; ed è un monito che vuole dar conto di alcune perplessità, soprattutto in ordine alla disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni, rispetto alle altre attività mediche ed alla qualificazione delle prestazioni. Pertanto sia chiaramente stabilita, negli accordi collettivi nazionali, una linea di orientamento univoca, eguale per tutte le regioni — questo è importantissimo! —, poiché si assiste già fin d'ora, nel quadro delle convenzioni delle case di cura con gli organismi regionali, a discriminazioni. Si guardi a quanto sta avvenendo in Emilia ed a quanto accade in Calabria, o a quanto sta per verificarsi in Sicilia. Tutto ciò ci pone ve-

ramente in una situazione da « armata Brancaleone »! Vi sono medici e case di cura che possono rifarsi a determinate convenzioni, in Calabria, diverse da quelle che possono essere stabilite in Emilia o in Lombardia: sono questioni obiettive, rilevabili oggi! Naturalmente, ci troveremo di fronte a situazioni proporzionalmente centuplicate, quando si tratterà di adempiere un obbligo di legge.

MARTINI MARIA ELETTA, *Presidente della Commissione*. Vi sono schemi a carattere nazionale!

d'AQUINO. È esatto. Lo si dica, per altro, con chiarezza, in modo che la soluzione prescelta non sia lasciata alle più varie interpretazioni. Chiunque sia chiamato ad interpretarla, l'organo collegiale o lo stesso assessore regionale, vi deve essere una regolamentazione chiara, eguale per tutte le regioni, che faccia obbligo di identiche convenzioni, idonee ad essere applicate per tutte le unità sanitarie e per tutti i distretti sanitari.

Ciò valga, specialmente, per le convenzioni specialistiche. Si tenga soprattutto presente che le rigide incompatibilità determinano, come conseguenza, l'appiattimento delle prestazioni assistenziali. È un altro aspetto rilevante, che richiamo come medico. Si tratta di una situazione che determinerà la fuga dei migliori cervelli e lo svilimento della qualità e dei mezzi di assistenza, che bisogna, invece, offrire ricchi di qualificazioni per le migliori prestazioni. Se siamo tutti d'accordo che determinate prestazioni non possono essere date perché esiste insufficienza di mezzi tecnici e di personale, cerchiamo di portare il tutto ad un livello superiore, non di appiattare ad un livello inferiore! Occorre, in special modo, essere attenti a non svilire le libere attività professionali, rendendole incompatibili con altri impegni professionali, perché in tale maniera, specie per quanto si riferisce ai primari ed ai clinici universitari, si vanificherebbe la qualificazione di merito delle prestazioni specialistiche.

Un altro punto che ci lascia profondamente perplessi concerne la gestione delle unità sanitarie locali, affidata ai comuni. E lo diciamo non per distaccarsi dal concetto informatore che la rappresentanza comunale è la espressione tipica della volontà dei cittadini, ma perché avremmo preferito

dissociare dalla responsabilità degli amministratori in questione (anche per le ragioni cui mi sono riferito poc'anzi) la direzione economico-organizzativa delle strutture sanitarie locali. E ciò per il convincimento che, nel momento cui si riconosce necessaria la spinta al massimo decentramento, fino alle autonomie ben valide dei consigli di quartiere, nell'ambito della gestione amministrativa del comune, sembra a noi veramente strano che, per quanto attiene ai servizi sanitari, si voglia accorpate, nel consiglio comunale e nella sua delegazione, un'altra più immanente responsabilità, che è quella economica ed organizzativa delle unità sanitarie locali. A prescindere da ogni altro discorso, sono infatti convinto — rivesto anche la carica di consigliere comunale — che non sia possibile, oggi come oggi, stanti le strutture della maggior parte dei nostri comuni, gravare i comuni stessi di questo ulteriore compito; e bisogna valutare con cautela questo orientamento, se è vero — come è vero — che ognuno di noi aspira ad una seria riforma che ponga fine alle contraddizioni esistenti, superando l'attuale degradazione del sistema sanitario italiano.

Per giunta, la proposta riforma avviene in assenza di una riforma adeguata degli enti locali: eppure, si finisce con l'obere i comuni di un compito che forse è più grave di quanto non sia l'attuale complesso delle attribuzioni comunali. Dico questo per il timore che, pur riconoscendo come necessaria la spinta al massimo decentramento, poi non si ritengano validi i motivi per i quali lo si è concepito. Avremmo preferito la creazione di un differente assetto amministrativo dell'unità sanitaria locale. Si sono fatte e si fanno tante elezioni e, forse, la più valida avrebbe potuto essere quella diretta ad assicurare un solido supporto amministrativo e tecnico a tali unità sanitarie locali, che svolgono un ruolo importantissimo; ma forse non siamo ancora sufficientemente convinti di quanto sia delicato amministrare la salute e l'igiene, quando si è concentrata (come del resto era giusto) in un progetto di riforma del sistema sanitario italiano tutta la materia dell'igiene e della salute, dalla medicina preventiva a quella curativa, riabilitativa e previdenziale. Qui rientra la definizione dell'intera materia dell'ambiente e dei settori in cui deve concretizzarsi una univocità di indirizzo. Avremmo preferito (come abbiamo avuto modo di sottolinea-

re) che, rispondendo ad una esigenza primaria e democratica di reggimento amministrativo, si fosse articolato un ordinamento di rappresentanza popolare diretta, espressa in consigli elettivi di amministrazione delle unità sanitarie locali e dei servizi consorziali e regionali delle strutture del servizio sanitario. Stabilita, comunque, la dipendenza amministrativa delle unità sanitarie locali dal consiglio comunale, vorremmo si chiarisse che gli oneri di gestione non sono a carico del bilancio propriamente comunale, per evitare fin dall'inizio ogni confusione che condurrebbe a perturbazioni dei conti economici, vuoi per i comuni, vuoi per le autorità sanitarie, allorché i due bilanci dovessero interferire a vicenda. Essi non devono rappresentare due momenti di un'unica conduzione amministrativa: devono configurare due espressioni economiche ben distinte e qualificate, diverse l'una dall'altra, ancorché amministrate dallo stesso organo, e cioè dal consiglio comunale o da una sua delegazione. È necessario che tali nostre perplessità siano chiaramente espresse, stanti le esperienze negative che generalmente si sono avute in Italia quando, pur configurandosi chiaramente l'ordinamento di una nuova istituzione, si sono finiti per sovrapporre compiti istituzionalmente diversi, ma affidati a gestioni comprensoriali uniche.

Altra considerazione attiene alla spesa per l'istituzione del servizio sanitario nazionale, spesa limitata a non oltre il 6,50 per cento del reddito nazionale previsto per il 1979. A nostro giudizio, tale spesa non corrisponde affatto a quelle che saranno le esigenze necessarie a fornire i mezzi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e la previdenza, che rappresentano i quattro essenziali momenti su cui è imperniato l'ordinamento sanitario nazionale. Dobbiamo allora fare un discorso serio.

Insomma, vogliamo, sia pure tra contrasti e dubbi, avviare un discorso globale di riforma strutturale del sistema sanitario nazionale? Vogliamo farlo rendendoci conto degli sforzi economici che comporta? Se, come pare, siamo tutti d'accordo su questa conclusione, cerchiamo di mantenerci seri nel predisporre i mezzi necessari a realizzare le attività di impegno e di assistenza connesse all'ordinamento di riforma. Se dobbiamo riformare *in peius*, è inutile riformare!

Se questo è quanto vogliamo veramente, ritengo che non possiamo fissare al 6,50

per cento del reddito nazionale il minimo da assegnarsi alle necessità dell'igiene e della salute ma, almeno per il primo impianto, dobbiamo portare questo minimo mediamente all'8 per cento del reddito nazionale, tenendo presente che le spese di riorganizzazione e di prima conduzione assorbiranno ingenti quote della spesa prevista (mi riferisco soprattutto agli impegni che la riforma del servizio sanitario nazionale prevede in materia di orientamento dell'attività di prevenzione, diagnosi e cura).

Un altro punto essenziale che desidero sottolineare e che mi pare non bene puntualizzato dall'articolato del progetto di riforma attiene alla gradualità di allineamento dei livelli di prestazione a parametri uniformi nell'intero territorio nazionale. In proposito, da deputato meridionale, ho da fare un appunto preconcelto alla parola più volte citata « di graduale » livellamento. Siamo abituati, nell'Italia insulare e meridionale, forse fin da quando acquistammo la ragione, a sentirci ripetere che « gradualmente » si deve rapportare il sud alle condizioni del nord e del centro; ma, regolarmente, prima i nostri nonni, poi i nostri padri, quindi i nostri figli sentono ripetere questa « gradualità di allineamento » nei progetti futuribili dei governi e del Parlamento. Il risultato è sempre lo stesso: mentre il nord non si ferma, il sud arranca. Cerca di muoversi magari più speditamente, ma ciò non cambia niente, perché un piccolo mezzo in più al meridione non è grande cosa ed il progredire non è mai tale da portare il livello della organizzazione sanitaria del sud a quello del centro e soprattutto del nord Italia. Ciò comporta un costante scadimento dell'organizzazione per la salvaguardia della salute nel sud, con la facile conclusione che non si può affidare il livellamento delle condizioni sanitarie del sud a quelle del nord al graduale, piccolo contributo in più. Ed allora in fase organizzativa dello istituendo servizio sanitario nazionale ci saremmo aspettati, come avevamo propugnato, una perequazione distributiva dei mezzi al meridione ed alle isole, tale da compensare il dislivello nelle strutture sanitarie, che in taluni posti del sud non esistono affatto e che solo attraverso una perequazione sin dall'inizio avrebbero potuto non dico raffrontarsi nè eguagliarsi, ma almeno avvicinarsi al minimo indispensabile riconosciuto oggi necessario per il disimpegno delle attività medico-sanitarie.

Ciò purtroppo non solo non avviene, ma la dipendenza del finanziamento dal numero degli assistiti deprime ancor più, nel sud, gli stanziamenti del fondo sanitario nazionale, sempre a vantaggio degli agglomerati maggiori che si riscontrano nel centro e nel nord Italia.

Questa nostra legittima critica vuole rappresentare uno stimolo nell'esame dei punti salienti della riforma affinché si possa modificare, se possibile, il dispositivo di ripartizione del fondo sanitario nazionale in favore del meridione e delle isole, perché non solo a parole ma con i fatti si voglia venire incontro alle esigenze necessarie per riorganizzare (e talvolta istituire *ex novo*) le strutture igieniche e medico-sanitarie, che in alcuni luoghi del sud mancano completamente.

Scorrendo l'articolato, abbiamo potuto osservare che, pur essendo diversa l'impostazione che ha caratterizzato questo provvedimento - impostazione diversa dalle prime stesure dei progetti di legge, ma soprattutto dai primi orientamenti emersi in materia - non si può dire che questa sia una riforma positiva nei confronti dei medici. Concedetemi di parlare da medico e da professore universitario per fare alcune chiare considerazioni - che io ritengo legittime - allo scopo di allontanare ogni perplessità dall'animo di chiunque abbia avuto o abbia pensieri preconcelti nei confronti della classe medica.

Sì, è vero: si fanno molti raffronti tra la classe medica ed il singolo, grande « barone », di vecchia ed ormai tramontata memoria. Se ne configura una immagine a somiglianza di una categoria: e qui è lo errore grave che si commette, perché si sposta il discorso, dal particolare al generale, su una categoria che pure ha il merito di aver retto finora, in condizioni di organizzazione disastrose, un servizio sanitario che, bene o male, privo quasi di tutte le strutture, ha funzionato, consentendo a sua volta il funzionamento di una struttura sanitaria povera di mezzi e invecchiata nell'ordinamento. L'aver escluso quasi completamente il medico dalla conduzione tecnico-amministrativo-sanitaria delle unità sanitarie locali rappresenta, a mio giudizio, una remora allo sforzo organizzativo di ristrutturazione. L'aver rimandato ad accordi collettivi nazionali la regolamentazione dei rapporti di obbligo del medico, sia con l'assistito sia con l'unità sanitaria locale oltre che la disciplina delle incompatibilità

e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto alle altre attività mediche, rappresenta un passo avanti rispetto alle precedenti soluzioni adottate. Tuttavia ciò lascia aperte strade verso altre soluzioni, che speriamo non siano peggiorative, ma che avrebbero dovuto riconoscere chiaramente alla libera professione una libertà di movimento dentro e fuori le unità sanitarie, già nelle norme del progetto in esame. Ciò era il minimo che si potesse riconoscere alla libertà di una categoria di professionisti che fanno della loro vita un viatico di missioni, e di cui non sembra giusto limitare l'operosità e le prestazioni entro precostituite barriere e limitazioni!

Ho voluto riassumere brevemente, nella mia memoria, alcune considerazioni che erano venute dalle osservazioni che i rappresentanti delle varie categorie mediche e sindacali avevano esposto in Commissione igiene e sanità prima dell'inizio della discussione della riforma sanitaria. Non mi pare, però, che molte di queste osservazioni abbiano trovato riscontro nella stesura del testo della Commissione. Dai resoconti di quelle sedute si evince la grossa mole di lavoro sostenuta nell'ascoltare i rappresentanti delle varie categorie. Se, come dicevo, non tutte le osservazioni formulate in quella sede sono state accolte nel testo unificato al nostro esame, ciò non è certo dovuto a colpa del presidente della Commissione, onorevole Maria Eletta Martini, o del relatore per la maggioranza, al quale va il merito di aver condotto con garbo e con fermezza il discorso sulla riforma del servizio sanitario nazionale e di aver voluto portare in porto, con estrema amabilità e con precise convinzioni, una risoluzione globale del problema (condizionata, se vogliamo, da alcune contrapposte opinioni, ma riassunta, come è stato possibile, in una organicità che, pur con alcune lacunose incertezze, ci ha consentito finalmente di portare all'esame dell'Assemblea le soluzioni che in Commissione avevano raccolto motivate ragioni di adesione ad un indirizzo comune). Di tutto ciò ringraziamo il presidente della Commissione e il relatore per la maggioranza, augurandoci, insieme a loro, che la discussione sulle linee generali, ma ancor più quella sull'articolato, consentano, se possibile, di chiarire e modificare i punti ancora lacunosi e di inserire opportuni emendamenti nei punti in cui, a nostro parere, ancora occorre rettificare e meglio risolvere taluni aspetti dei vari problemi.

Pur tra le tante critiche che si possono fare al progetto della Commissione, vi è un punto sostanziale di merito, consistente nel principio informativo cui si attiene la riforma, quello cioè di ritenere come essenziali i quattro momenti assistenziali: ciò acquista, a parere mio e del mio gruppo, un fondamentale interesse.

Come ho già avuto modo di affermare, nel progetto di legge si supera il momento solamente assicurativo dell'assistenza sanitaria, per inquadrare il problema della salute pubblica tra quelli più generali dell'assistenza sociale in uno Stato moderno ed evoluto. Con ciò si riassume il problema della medicina in due concetti fondamentali, anche se la questione viene nettamente rivolta considerando questi due momenti nella loro globalità anche se entrambi finalizzati alla tutela della salute dei cittadini. Vi è, dunque, un aspetto individuale, che è quello della persona che ricorre al medico sulla base del rapporto di fiducia. Qui l'iniziativa non può che essere di carattere personale, e si deve lasciare al cittadino l'assoluta garanzia della libera scelta del medico e del luogo di cura. In questo campo, vale il principio della dignità umana, da tutelare appunto attraverso un rapporto individuale e personale tra medico e malato, che deve essere risolto nell'ambito della libera professione e garantito da un rapporto di lavoro del medico addetto ai compiti diagnostico-curativi, utile a consentirgli una intera applicazione assistenziale e curativa.

L'altro aspetto della medicina è quello, che noi consideriamo spettante d'obbligo allo Stato per il bene di tutti e di ciascuno, e che riguarda la profilattica e la medicina preventiva. Qui non occorre un rapporto di fiducia tra medico e malato, ma è sufficiente l'iniziativa dell'individuo nel quadro di una apposita posizione legislativa che consenta l'intervento della medicina profilattica ed igienica. In questo caso, avremmo dovuto stabilire con maggior precisione i termini e i modi dell'applicazione di misure di medicina preventiva. Lo Stato non può rinunciare ad esercitare direttamente compiti finalizzati al bene della collettività; e, tra gli obblighi di volta in volta attinenti alla vaccinazione, all'igiene pubblica, a quella del suolo e dell'abitato o a quella scolastica, noi avremmo pensato, forse anche per deformazione professionale, che sarebbe stato giusto e qualificante introdurre un accenno ad un obbligo di *routine* di controlli diagnostici per la prevenzione pre-

coce dei tumori. Le ultime statistiche hanno accertato, nel 1976, 123 mila morti per tumore in Italia; tale numero è secondo soltanto a quello delle morti per malattie cardiovascolari, e in graduale aumento anche rispetto ad esso. E noi sappiamo che la scienza moderna ha dato la sua parola definitiva: il cancro si può combattere soltanto con una prevenzione da attuarsi in tutti i distretti sanitari, in tutte le unità sanitarie locali. Solo in questo modo, il 50 per cento della morbilità può essere ridotto e il 30 per cento della mortalità può cessare.

La distinzione che ho testé fatto dei due concetti della medicina non vuole però contrastare — come ho già detto — il concetto conclusivo, che è di globalità della medicina stessa, specie nell'applicazione di ciascuno dei quattro momenti assistenziali, che si collegano l'un l'altro e si completano per significare in un tutto armonico la struttura ed il tessuto connettivo di una politica sanitaria. Come ho già accennato, i quattro momenti di cui l'istituzione del servizio sanitario nazionale deve tener conto sono la medicina preventiva, la medicina curativa, la medicina riabilitativa, la medicina fiscale e la valutazione medico-legale.

La prevenzione comporta un atto conoscitivo di previsione di un fatto ed un atto decisionale di intervento anticipatore del fatto medesimo, affinché questo non si verifichi o si verifichi con una intensità diminuita.

Da quanto detto derivano due conseguenze sull'impostazione strutturale e funzionale della protezione globale della salute: la prima è che la prevenzione, sia come atto conoscitivo, sia come atto decisionale, si estenda dall'uomo a tutto l'ambiente e a tutte le attività. E poiché l'uomo, l'ambiente e le attività dell'uomo nell'ambiente sono sempre ed intimamente interferenti, tutti gli atti conoscitivi e decisionali della prevenzione — siano essi riferiti all'uomo, all'ambiente o alle attività, siano essi di natura sanitaria o extrasanitaria — devono sempre comportare, direttamente o indirettamente, nella programmazione, nell'esecuzione e nella vigilanza, una partecipazione sanitaria.

PRESIDENTE. Onorevole d'Aquino, la invito a concludere: il limite di tempo previsto dal regolamento per la lettura dei discorsi sta per scadere.

D'AQUINO. D'accordo, signor Presidente.

Come dicevo, la seconda conseguenza è che, ai fini della prevenzione, il momento della cura ed il momento della valutazione medico-legale sono atti conoscitivi e decisionali necessari ed insostituibili all'attuazione degli interventi. Separare pertanto il momento curativo da quello preventivo o addirittura contrapporre il momento della valutazione medico-legale agli altri, come era caratteristica del sistema mutuo-previdenziale, significa contraddire il principio della protezione globale della salute. Ne deriva quindi, per la prevenzione, una problematica organizzativa molto più complessa di quella relativa al momento curativo.

Sotto questo profilo, la prevenzione comporta in primo luogo una distinzione generale fra prevenzione ambientale e umana. La prevenzione ambientale deve riguardare letteralmente tutto quello che circonda l'uomo; la terra, l'acqua, le piante, gli animali, i fenomeni naturali ed artificiali, le attività stesse dell'uomo negli aspetti fisici e psicologici, affinché tutto quello che circonda l'uomo, o che deriva dalla sua attività, gli sia di vantaggio e non di danno. Inoltre, la prevenzione ambientale deve sempre soggiacere a norme imperative e ad obbligo di vigilanza. Avrei voluto che tutto ciò fosse stato tenuto presente nella stesura dell'articolo, perché le interpretazioni postume della legge comportano sempre contrasti interpretativi, per cui moltissime volte, poi, occorre procedere a chiarimenti.

La prevenzione umana, a sua volta, deve essere distinta in obbligatoria e facoltativa. Sotto il profilo organizzativo, la prevenzione umana facoltativa nel nostro paese è ancora allo stato embrionale; e del resto, è impossibile organizzarla compiutamente anche per motivi istituzionali, perché in genere il sistema mutualistico-previdenziale difficilmente può organizzarsi per le finalità della medicina preventiva. I suoi compiti sono assai complessi e devono essere ripartiti in interventi di medicina preventiva individuale e di massa e in interventi contro le malattie sociali, tutti reciprocamente coordinati.

Gli interventi di medicina preventiva individuale comprendono quelli tradizionali del medico curante nell'ambito del gruppo familiare, il più delle volte come parte integrante del suo programma terapeutico

in occasione del caso di malattia, nonché le visite periodiche di controllo generale suggerite sempre più largamente in questi ultimi anni, specie dopo il raggiungimento dell'età critica e facilitate dall'automazione di molte ricerche richieste dall'individuo ed eseguite secondo programmi di indagine standardizzati.

L'altro tipo di medicina preventiva, quella di massa, comprende i provvedimenti, i suggerimenti, gli indirizzi igienici, alimentari e terapeutici da adottare su base collettiva, in conseguenza dello studio accurato dell'epidemiologia di una determinata zona che la caratterizza rispetto alle altre sotto il profilo nosografico, ponendo in evidenza quali siano, in quella zona, le cause più importanti di turbamento dello stato di salute. Questo tipo di intervento, nella nuova epoca della patologia da degenerazione, da intossicazione, da usura, da trauma e da alienazione, esige un impegno molto più ampio di ricerca statistica e sociale, una più intima connessione tra le strutture sanitarie e la popolazione, una più decisa e responsabile utilizzazione del medico, della persona e dei servizi sociali.

Medicina preventiva di massa e lotta contro le malattie sociali devono considerarsi, pertanto, più che identificabili, reciprocamente integrantisi, tanto sul piano concettuale che su quello organizzativo: il tutto — e mi avvio veramente a concludere —, come si evince dalle argomentazioni prima enunciate, va ovviamente posto in collegamento con la medicina curativa ed in armonia con la interdipendenza dei momenti sanitari.

È fuori di dubbio che, qualunque sia stato il supporto politico ed organizzativo alla base della proposta riforma delle strutture igieniche e sanitarie, questo momento di medicina curativa deve ora restare ancorato alla tradizionale ripartizione tra medicina generale e specialistica e tra assistenza a domicilio, in ambulatorio ed in ospedale. Noi ci auguriamo che l'istituzione del servizio sanitario nazionale porti un contributo risolutivo per sollevare la medicina generale extraospedaliera dal declassamento in cui l'assetto politico ed organizzativo del sistema mutualistico-previdenziale l'aveva posta, in maniera tale che la figura del medico di famiglia riemerga con l'evoluzione strutturale e psicologica del nucleo familiare, tenendo presente che il processo scientifico e tecnologico comporta una rivalutazione del rapporto di fiducia

tra medico e malato, e non una depressione di questo momento della medicina curativa.

Tali scopi pare si evincano, ma non completamente chiari, nell'articolato posto alla nostra attenzione; e noi ci auguriamo che tutto ciò che ha frantumato la responsabilità unitaria diagnostica-terapeutica e pressoché annullato anche l'efficienza del rapporto fiduciario tra medico e malato (considerando tra l'altro, ed in misura non lieve, una delle cause dell'espansione innaturale delle prescrizioni farmaceutiche, di quelle specialistiche, del numero e della durata dei ricoveri, propria del sistema mutualistico) venga completamente spazzato via dal nuovo sistema assistenziale, che intende seguire l'individuo dalla nascita alla bara, senza soluzioni di continuità.

Occorre ricordare — mi si permetta di sottolinearlo — che ogni sforzo che si riesce a compiere in favore di una migliore organizzazione della salute significa qualificare una società nazionale, significa produrre una diminuzione della morbilità e della mortalità che migliora non solo la salute dei cittadini, ma anche la qualità e la salute della società.

Bisogna rammentare che lo stato di malattia è una vicenda essenziale nel contesto sociale cui partecipano, condizionandola e restandone condizionati, la persona dell'ammalato e quella del medico. La sua evoluzione non è correlata soltanto con la scienza e con la tecnica (che sono mutevoli nel tempo), ma anche con tre condizioni immutabili ed indispensabili in ogni tempo: la fiducia del malato nel medico, la libertà professionale di quest'ultimo e la libera scelta del medico da parte dell'assistito. A queste tre fondamentali proposizioni si deve guardare, se si vuole rammodernare veramente il sistema, rafforzandolo non solo nella sua struttura tecnico-scientifica ed ambulatoriale, non solo nella struttura degli ospedali e delle cliniche, ma soprattutto nella struttura umana e sociale.

Dovremmo brevemente soffermarci sulla medicina riabilitativa e su quella fiscale e medico-legale, ma di queste cose parleremo all'epoca in cui discuteremo gli articoli che recano le normative specifiche.

Da quanto abbiamo potuto dire, riesce agevole concludere che i due aspetti della medicina, quello individuale e quello della medicina collettiva profilattico-preventiva, pure essendo stati trattati da questa mia

breve relazione, si prestano ad interpretazioni lacunose, a contrasti e contraddizioni *in terminis* che necessitano di adeguate specificazioni per quanto riguarda la libera professione del medico e la libera scelta del malato. Esistono, dunque, questi problemi essenziali che noi ci siamo permessi di sottolineare in alcuni emendamenti che abbiamo formulato e che presenteremo; ci auguriamo che essi possano trovare da parte dell'Assemblea un benevolo accoglimento, per poter migliorare alcuni punti importanti del progetto di legge al nostro esame.

Per quanto riguarda il mio gruppo, noi seguiremo attentamente la discussione, stabilendo successivamente la nostra posizione, tenendo soprattutto conto di quanto accadrà in sede di discussione degli articoli e dei relativi emendamenti, che noi ci auguriamo sia quanto mai proficua e costruttiva (*Applausi dei deputati del gruppo Costituente di destra-democrazia nazionale*).

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

PAVONE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, ogni riforma di struttura investe ed interessa il cittadino, o meglio, l'uomo-cittadino e la società nella quale egli viene chiamato a svolgere il suo ruolo. Ne deriva che tutte le riforme rivestono una particolare e fondamentale importanza e che corrono sui binari di una logica filosofica e politica che risponde alla maniera con la quale si concepisce l'uomo, il suo ruolo e la sua presenza nella società e nello Stato.

Se tutto questo è vero (come io ritengo sia vero) per ogni tipo di riforma, diventa verità difficilmente negabile, quando ci si appresta ad una riforma che riguarda la salute dei cittadini.

La riforma sanitaria interessa profondamente il cittadino, perché chiama in causa la sua salute sia sul piano preventivo sia su quello curativo. Ma se anche la tutela della salute pubblica è interesse primario dello Stato, occorre tener presenti le garanzie costituzionali poste a tutela della libertà dei cittadini.

Dal testo al nostro esame traspare un impegno generoso, sofferto, teso alla ricerca di soluzioni capaci di tutelare la salute del cittadino, senza intaccare il suo diritto a gestire la propria salute. Dinanzi al lavoro della Commissione, il mio intervento non

avrà un carattere critico, ma il tono di una pacata riflessione, che serva a chiarire alcuni dubbi interpretativi e a rilevare eventuali omissioni, che per la complessità della materia si potrebbero registrare.

Desidero innanzitutto richiamare l'articolo 2 della Costituzione, là dove si prescrive che « la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo »; e l'articolo 32, che, al secondo comma, recita: « Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ».

Desidero esprimere la mia maggiore perplessità, chiedendo: il provvedimento in discussione risponde allo spirito degli articoli citati? Questa riforma riconosce al cittadino il diritto inviolabile di gestire la sua salute o vi sono spinte in senso contrario che cercano di creare una gestione statale della salute del singolo e della società? Lo Stato risponde al suo dovere di creare con la riforma strutture alternative, nelle quali il gestore della salute, il cittadino-uomo, possa scegliere quella che ritiene più idonea; o viceversa tende a creare la struttura attraverso la quale il cittadino deve passare necessariamente per tutelare la sua salute, finendo con il non poterne più essere lui stesso il gestore? Dobbiamo riflettere attentamente su questo fatto perché, se dovesse verificarsi la seconda ipotesi, la legge diverrebbe incostituzionale in quanto andrebbe a violare l'articolo 2 della Costituzione che concerne i diritti inviolabili dell'uomo (e il diritto a gestire la salute è certamente tra questi) e l'articolo 32 della Costituzione che prescrive che « la legge non può in ogni caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana », e questo rispetto della persona umana credo che in alcune parti di questo provvedimento sia seriamente messo in dubbio. Ci sono infatti nell'articolato espressioni o affermazioni che fanno nascere questi dubbi, e le vedremo.

Vorrei innanzitutto fermare la mia attenzione e l'attenzione di coloro che cortesemente mi stanno ascoltando sul problema dell'unità sanitaria locale.

Il disegno di legge istitutivo del servizio sanitario nazionale si caratterizza per la scelta fatta sulla collocazione dell'unità sanitaria locale, elemento fondamentale del sistema, inserita nel comune e configurata come un'articolazione di questo, a livello

sub-comunale (circostrizione) nei grandi centri, comunale in quelli medi e sopra-comunale (consorziale) nei centri minori. È il consiglio comunale (o l'assemblea consorziale) che nomina il comitato di gestione dell'unità, rimanendo pertanto esclusa ogni elezione diretta.

La mia perplessità si innesta sul fatto che vi sono ambiguità nella configurazione giuridica dell'unità sanitaria locale, che per taluni aspetti costituisce un ufficio dell'ente comunale (come si vede dall'articolato), per altri invece viene in rilievo come un soggetto di diritto. Sarebbe certamente desiderabile, per la chiarezza dei rapporti e delle responsabilità facenti capo all'unità sanitaria locale, che ogni equivoco fosse dissipato, non con spiegazioni verbali, ma con una costruzione dell'istituto più coerente con i principi adottati.

In via generale, occorre inoltre rivendicare il diritto di partecipazione o consultazione passiva delle organizzazioni e dei sindacati dei lavoratori autonomi ogniqualvolta tali diritti siano attribuiti alle organizzazioni ed ai sindacati dei lavoratori dipendenti. Si veda per esempio l'articolo 25, comma quinto, in tema di registro dei dati di rischio.

Tralasciando osservazioni minori, che potrebbero pur esprimersi su aspetti formali della legge, desidero considerare in particolare alcuni punti che si riferiscono a quel mio dubbio di costituzionalità e all'altro dubbio circa l'alternativa tra gestione della salute pubblica da parte del cittadino in quanto tale oppure da parte della società.

In primo luogo, l'articolo 18, comma secondo, recita: « I servizi sono organizzati, compatibilmente con le esigenze obiettive dell'assistenza, in modo da consentire ai cittadini la libera scelta del medico e del luogo di cura ». Sembra che l'inciso « compatibilmente con le esigenze obiettive dell'assistenza » frustri la garanzia che la norma contiene. Poiché d'altro canto si comprendono le difficoltà pratiche di assicurare sempre e comunque la libera scelta, si potrebbe eliminare l'inciso e sostituire l'intero comma con il seguente testo: « L'organizzazione dei servizi deve tendere a consentire ai cittadini la libera scelta del medico e del luogo di cura ». E qui mi riporto a quanto richiamavo poco fa citando gli articoli 2 e 32 della Costituzione.

Inoltre, l'articolo 23, terzo comma, dispone che la scelta del medico di fiducia avvenga fra i sanitari (impiegati o conven-

zionati) dell'unità sanitaria (o del distretto) di cui l'utente fa parte. Si tratta di una evidente, grave limitazione di libertà, che sarebbe desiderabile correggere, almeno per quanto riguarda i medici convenzionati, nel senso di confermare il limite per chi scelga il medico impiegato (presumibilmente più disponibile) e rimuoverlo invece per chi preferisca il medico convenzionato. Vedete, onorevoli colleghi, in base alla mia esperienza ritengo di poter affermare che, al di là di quella violazione della quale ho parlato, noi, confermando l'attuale articolato, concorreremo a formare un atto medico meno qualificato e ad incrementare la stessa « medicina nera ».

MARTINI MARIA ELETTA, *Presidente della Commissione*. Ma oggi si fa già!

PAVONE. Certo, ma dovendo riformare, riformiamo in questo senso.

Pur nella consapevolezza che si tratta, per i riformatori, di una posizione di principio, cui si ricollegano aspettative di efficienza e di economia, sembra irrinunciabile, per chiunque abbia a cuore il rispetto della persona umana e della sua libertà (con i conseguenti favorevoli riflessi sull'iniziativa privata nel settore delle professioni e delle istituzioni sanitarie), la richiesta che l'assistenza indiretta venga prevista espressamente dal legislatore nazionale come diritto alternativo del cittadino. Infatti, onorevoli colleghi, l'assistenza indiretta, anche dal punto di vista economico, non comporta alcun aggravio di bilancio, in quanto essa, oltre la quota prevista, viene pagata direttamente da chi è chiamato a gestire la sua salute, cioè dal cittadino. Si propone, quindi, di sopprimere il quarto comma dell'articolo 23 e di aggiungere invece il seguente comma: « La legge regionale disciplina inoltre l'assistenza indiretta, specialistica ed ospedaliera, sulla base dei costi del servizio sanitario »; sottolineo: « sulla base dei costi del servizio sanitario », quindi senza maggiori spese; si tratta solo di consentire una libera scelta, sulla base di un rapporto fiduciario, perché indubbiamente il rapporto tra ammalato e medico è un rapporto di fiducia, e non può essere diversamente.

L'articolo 26, in tema di erogazione dell'assistenza farmaceutica (ed anche qui è una questione di libertà; ma a questo proposito vorrei un chiarimento, perché può anche darsi che io intenda male), preve-

dendo che l'unità sanitaria locale si avvalga a tal fine delle farmacie pubbliche e delle farmacie convenzionate, sembra ammettere la possibilità di farmacie private non convenzionate, non si comprende se per loro volontà o per esclusione autoritativa. Poiché l'articolo 15 della legge 2 aprile 1968, n. 475, afferma il diritto dell'assistito a scegliere liberamente le farmacie, converrebbe coordinare esplicitamente le due norme: in luogo della parola « convenzionate », potrebbe introdursi l'inciso: « all'uopo convenzionate ».

L'articolo 39 dichiara libera la mutualità volontaria, con divieto di contributi pubblici al suo finanziamento. La disposizione è accettabile e conforme ai principi accolti nel disegno di legge. Si può osservare però che l'ultima parte dell'articolo è da rivedere, poiché non si comprende l'esatto significato dell'espressione « prestazioni integrative ». Deve intendersi aggiuntive a quelle fornite dal servizio sanitario? Oppure anche sostitutive di esse? E il divieto colpirebbe sole le une o anche le altre? Per togliere questi dubbi si potrebbe sopprimere l'ultima parte del secondo comma, poiché non vedo il motivo di aggiungere questa prestazione integrativa; è una prestazione facoltativa che il cittadino assieme ad altri cittadini può benissimo darsi a sue spese, senza per altro pesare assolutamente sulla società e sullo Stato.

Poiché anche qui si tratta di fare salva una residua area di libertà personale nel rispetto della persona umana sancito dallo stesso articolo 32 della Costituzione, su cui si basa la riforma sanitaria, si propone un comma aggiuntivo che preveda la possibilità di convenzioni fra unità sanitarie e mutue volontarie, per l'esercizio dei settori di assistenza sanitaria da parte di queste ultime, con trasferimento nella corrispondente quota di mezzi finanziari.

L'articolo 45 prevede l'adozione di un piano nazionale sanitario di durata triennale, che tra l'altro deve indicare le fasi e i tempi della graduale unificazione delle prestazioni sanitarie ed i conseguenti adeguamenti dei contributi assicurativi, sino alla generale fiscalizzazione degli stessi.

Il successivo articolo 47 stabilisce che i provvedimenti concreti di unificazione delle prestazioni e di adeguamento dei contributi siano adottati con decreto del Presidente della Repubblica. Considerati i sistemi impositivi attualmente vigenti per

l'artigianato, non si comprende come gli adeguamenti saranno realizzati.

Esistono, d'altra parte, estese aree scoperte, interamente o parzialmente, nell'assistenza medico-generica e farmaceutica, in special modo per le categorie autonome.

Sono circostanze da tenere presenti, per le quali non è possibile in questa sede formulare proposte di emendamenti, ciascuna delle quali comporterebbe anche rinuncia a livelli assistenziali maggiori, o accettazioni di più onerosi impegni finanziari da parte della categoria, in confronto con le situazioni attuali.

L'articolo 46 prevede che ciascuna regione deliberi il proprio piano sanitario triennale, stabilendo fra l'altro l'importo della quota da iscrivere per ogni anno del triennio nel proprio bilancio.

Al riguardo converrà tenere presente che numerose regioni hanno concesso ai lavoratori autonomi, con proprie leggi, contributi alle spese di assistenza farmaceutica e spesso anche di assistenza medico-generica. Tali stanziamenti finalizzati dovrebbero essere mantenuti, per evitare peggioramenti nei livelli assistenziali già raggiunti o improvvisi, eccessivi aggravii di spesa.

Si propone di aggiungere al terzo comma, lettera a) dell'articolo 46 il seguente periodo: « Restano confermati gli stanziamenti specificamente disposti con leggi regionali a favore di lavoratori autonomi, quale contributo al finanziamento dell'assistenza farmaceutica e generica, fin quando tali forme di assistenza saranno assicurate dal servizio sanitario nazionale, anche alle dette categorie di lavoratori ».

L'articolo 57 regola il passaggio del personale dipendente dagli enti e gestioni mutualistiche soppressi alle nuove strutture.

Si può rilevare che mancano norme sul trattamento di previdenza e quiescenza, sia principale sia integrativa; così pure si avverte la mancanza di garanzie di mantenimento della sede di lavoro per il personale destinato al ruolo della Presidenza del Consiglio dei ministri, che sarà presumibilmente quello maggiormente impegnato nella ingloriosa ma difficile attività finale degli enti e perciò decisamente benemerito.

Proponiamo i seguenti commi aggiuntivi: « Il personale di cui al sesto comma sarà messo a disposizione delle prefetture della provincia di rispettiva ultima residenza per l'utilizzo presso uffici dell'amministrazione statale e di enti pubblici nella provincia medesima, e potrà essere trasfe-

rito temporaneamente o definitivamente in altra provincia soltanto con il suo consenso» (dobbiamo infatti tener conto del personale che, nel corso degli anni, si è formato una famiglia e ha stabilito una residenza). « Il Governo è delegato ad emanare entro il 31 dicembre 1978 norme rivolte a regolare il trattamento di previdenza e quiescenza, compresi gli eventuali trattamenti integrativi di cui all'articolo 14 della legge 20 marzo 1975, n. 70, del personale di cui al presente articolo. Dovrà essere prevista la possibilità di opzione fra l'immediata liquidazione totale o parziale delle spettanze già maturate e la saldatura delle pregresse posizioni previdenziali e di quiescenza con quelle inerenti al nuovo stato giuridico. La gestione dei fondi di previdenza di cui al citato articolo 14 della legge 20 marzo 1975, n. 70, è affidata ad un apposito ufficio del Ministero del tesoro ».

L'articolo 64 prevede il passaggio allo INPS, a partire dal 1° gennaio 1978, degli adempimenti relativi all'accertamento e alla riscossione dei contributi sociali di malattia per il successivo versamento al bilancio dello Stato; e ciò fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali. Riteniamo necessario modificare la norma per chiarire che la competenza transitoria dell'INPS non riguarda le partite afferenti ad esercizi precedenti al 1° gennaio 1979, che rimangono invece di competenza delle gestioni di liquidazione dei singoli enti. Tali gestioni verrebbero altrimenti depauperate di proventi di loro spettanza, con aggravio dei saldi finali.

Sorgono problemi per quanto riguarda le particolari modalità di imposizione dei contributi agli artigiani, tuttora differenziati sia nella determinazione dell'imponibile (con riguardo al generico riferimento alla capacità economica delle aziende contenuto nell'articolo 23 della legge n. 1533 del 1956), sia nelle aliquote (con riguardo sia alla diversa estensione qualitativa e quantitativa dell'assistenza nelle singole province, sia alla diversa incidenza delle spese fisse in relazione alle dimensioni della cassa ed alla popolazione assistita delle singole province).

Dovranno ritenersi cristallizzate le ultime deliberazioni impositive, con conseguente variabilità del gettito unicamente in funzione del movimento iscrizioni-cancellazioni e delle variazioni del reddito individuale? Vi sarà un momento autorita-

tivo unificante dei livelli contributivi personali? E questo momento sarà di natura legislativa oppure autonomo, previo concerto delle organizzazioni sindacali di categoria?

Intanto, nel corso dello stesso anno 1978 si potrebbero revocare le varie forme integrative, in modo da concentrare la contribuzione sulle forme obbligatorie e sulle due facoltative privilegiate, cioè la generica e farmaceutica, in questo ordine di priorità. Faccio richiamo a quanto già detto per gli articoli 45 e 47, poiché la risposta agli interrogativi qui formulati non può che essere messa in relazione con quella agli interrogativi afferenti ai detti articoli.

Può dirsi, in via di principio, che il sistema del graduale adeguamento sembra presupporre la preventiva introduzione, in luogo dell'attuale varietà impositiva, di un unico congegno basato sul puro reddito, compresa la fascia esente dall'IRPEF, temperato eventualmente da una quota capitaria maggiore delle lire mille derivanti dalla legge n. 1533.

Salterebbe ovviamente il principio del pareggio del bilancio perché è chiaro che, determinando in misura unica per tutta l'Italia l'aliquota del prelievo, il gettito potrebbe risultare sovrabbondante, per esempio, a Como ed insufficiente a Campobasso. Ciò induce ad approfondire il tema per stabilire se non convenga emanare una norma apposita, sia pure (per esigenze tattiche intuitive) fuori del presente dibattito parlamentare.

PRESIDENTE. Onorevole Pavone, la prego di concludere; il tempo a sua disposizione sta per scadere.

PAVONE. Concludo, signor Presidente.

L'articolo 65 prevede che la liquidazione delle residue attività degli enti si svolga secondo le direttive impartite dal comitato centrale liquidazioni enti; e che il disavanzo della liquidazione stessa sia finanziato con apposito fondo del Ministero del tesoro, integrabile con lo stesso sistema introdotto per il debito ospedaliero con l'articolo 1 della legge n. 386 del 1974. Ciò significa, mediante emissione di certificati di crediti pluriennali, fatti acquistare dalle banche, e mediante destinazione del relativo provento al finanziamento di cui sopra, con messa a carico dei mutuatari di quote di ammortamento a tempo indeterminato.

L'artigianato, nel suo complesso, non ha motivo di dolersi per l'entità della somma assegnata alle proprie casse provinciali, per il pagamento del debito ospedaliero, in relazione all'entità delle quote di ammortamento: lagnanze possono esservi, invece, per il modo indiscriminato con cui tutti i mutuati artigiani sono stati sottoposti al tributo di ammortamento, senza corrispondenza col reale debito ospedaliero della loro cassa provinciale, alla data del 31 dicembre 1974.

Poiché attualmente si persegue la linea del pareggio, e difficilmente il solo esercizio 1978 potrà disestare tale situazione (nonostante le gravi previsioni di maggiore spesa per l'assistenza generica e gli aumenti certi di assistenza specialistica), è prevedibile che le casse mutue artigiane giungeranno in sostanziale pareggio di competenza al 31 dicembre 1978, data finale della gestione straordinaria transitoria e di effettivo inizio delle operazioni di liquidazione.

In tale situazione si troveranno presumibilmente anche le mutue commercianti, mentre gravi disavanzi sono certi in tutti gli altri grandi enti (INAM, ENPAS, ENP-DEP, INADEL, Mutue coldiretti). Ciò stante, per non essere chiamati all'ammortamento del debito altrui e per evitare che, nell'ambito della stessa mutualità artigiana, gli assistiti di una provincia debbano sopportare l'ammortamento dei debiti di altre province, si chiede l'inserimento nell'articolo 65, dopo il secondo comma, del seguente comma aggiuntivo: « Per quanto riguarda le casse mutue dei lavoratori autonomi artigiani ed esercenti attività commerciali, si provvederà con piani separati e specifici, riflettenti i rispettivi disavanzi effettivi ».

L'articolo 65, nel dettare norme sulla liquidazione degli enti, non ha precisato come si provvede al finanziamento della relativa spesa corrente, essendosi limitato a porre a carico del fondo di cui all'articolo 14 della legge 4 dicembre 1956, n. 1404, il finanziamento del disavanzo della liquidazione, che è il dato conclusivo della stessa.

PRESIDENTE. Onorevole Pavone, le rinnovo l'invito a concludere.

PAVONE. Concludo subito, signor Presidente.

Deve presumersi che il finanziamento, nei limiti di quanto stabilito dal comitato

centrale e per esso, a far tempo dal 1° gennaio 1979, dal costituendo consiglio sanitario nazionale, gravi sui contributi mutualistici riscossi dall'INPS, ma un chiarimento sarebbe certamente utile. Mi auguro che tale chiarimento possa essere fornito in sede di esame degli articoli. Ritengo che Commissione e Governo siano disponibili, per lo meno, ad introdurre modifiche significative in alcuni aspetti importanti della riforma (*Applausi al centro*).

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

FRASCA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, desidero innanzi tutto dare atto a tutti i colleghi della Commissione sanità e, in primo luogo, al suo Presidente onorevole Maria Eletta Martini, dello sforzo condotto per sottoporre al nostro esame il testo della riforma sanitaria: si è trattato di un lavoro impegnativo ed avvincente, che la Camera non deve sottovalutare, come pare stia avvenendo nel corso di queste stanche sedute; esso deve anzi essere integrato con il contributo, altrettanto serio ed impegnativo, di ognuno di noi. Il nostro lavoro per altro è agevolato dalla pregevole relazione dell'onorevole Morini che, già nella precedente legislatura, in cui i problemi della salute pubblica esplosero con particolare evidenza, aveva avuto occasione di dimostrare la sua ardente passione per tutto ciò che concerne la salute nella società contemporanea.

Tra i primi obiettivi che una moderna democrazia deve conseguire, figura certamente quello della difesa della salute, e dobbiamo riconoscere onestamente che in Italia siamo ben lungi dall'aver raggiunto tale traguardo di civiltà. Le condizioni igienico-sanitarie del nostro paese sono molto preoccupanti, anche perché sono tuttora diffuse le malattie cosiddette della mobilità, proprie di una società in via di sviluppo, che sono foriere di altissimi tassi di mortalità prenatale ed infantile, nonché quelle denominate della patologia dello sviluppo. Queste ultime tipiche di una società industrializzata, come i disturbi cardiocircolatori, i tumori, le crisi psichico-depressive, le malattie professionali ed altre ancora.

Aggiungendo a tutto questo la carenza delle nostre strutture sanitarie, soprattutto nel meridione d'Italia, contrassegnate dalle deficienze qualitative e quantitative della rete ospedaliera e da una situazione vera-

mente critica nell'organizzazione della medicina di primo intervento, nonché dalla quasi totale inesistenza dei servizi sociali, a cominciare da quelli diretti al sostegno degli anziani, si deduce che il quadro al nostro esame è tutt'altro che soddisfacente.

Eppure, l'onere annuale per il nostro Stato non è certamente irrisorio. Da calcoli approssimativi, si evince che nello scorso anno la spesa globale per la sanità ammontava a circa diecimila miliardi, somma certamente considerevole specialmente se si tiene conto che la Svezia spende annualmente intorno ai 3 mila miliardi per erogare prestazioni sanitarie a livelli di tecnica e di civiltà ben più elevati di quelli che si registrano nel nostro paese, i cui sistemi assistenziali sono di gran lunga inferiori a quelli medi dell'Europa occidentale. Per i soli ospedali la spesa è di circa 5 mila miliardi all'anno; il tasso di spedalizzazione annuo è di 1620,5 per 10 mila abitanti. In Inghilterra viene erogata un'assistenza certamente migliore della nostra, mentre il tasso è di 1112 per ogni 10 mila abitanti. Per giunta, da più parti si afferma che l'ospedale è in Italia il luogo in cui si va a morire! Ho qui alcuni titoli tratti dalla stampa quotidiana, del seguente tenore: « Operaio muore per la garza dimenticata dal chirurgo all'ospedale "Monaldi" di Napoli »; « All'ospedale di Catania, iniezione sbagliata uccide un undicenne »; « La sposina morta a Milano — accerta la magistratura — aveva ricevuto per errore in sala parto ossicianuro di mercurio, invece di penicillina »; « Due mortali epidemie di salmonellosi proprio all'ospedale di Bergamo »; « Cinque bambini morti a Brescia per trasfusioni di plasma, ed altri, per lo stesso motivo, ad Arezzo »; « Otto donne a Brescia, questa volta all'ospedale psichiatrico, per un cardiotonico avariato », eccetera.

Non c'è allora da stupirsi che il chirurgo Azzolina denunci da anni la « strage continuata » in atto nella maggioranza degli ospedali italiani, dove — a suo giudizio — le cifre della mortalità sono del tutto inattendibili perché ai dimessi vivi bisogna aggiungere i dimessi moribondi e perfino, per proteggere il buon nome dell'ospedale e per abbassare le statistiche di mortalità, quelli che vengono dimessi come vivi dopo che sono morti. Ha ragione altresì lo stesso professor Parenzan per il quale l'Italia è un « cesso »: perché stupirsi che lo sia anche l'ospedale di Bergamo? Quali, dunque, le cause di questo stato di cose?

Perché si è lasciato passare inutilmente tanto tempo senza porvi alcun rimedio?

La risposta a questi interrogativi porta inevitabilmente al discorso su questa riforma che, sebbene nel corso di questi ultimi trent'anni sia stata posta come obiettivo prioritario nei programmi dei vari governi che si sono succeduti, in realtà è stata sempre sabotata. Risalgono infatti allo immediato dopoguerra i primi tentativi di riforma; in quel periodo si andavano organizzando nei paesi dell'est europeo nuove forme di sistemi sanitari ed in Inghilterra, con il piano Beveridge, veniva instaurato dal governo laburista il *national health service*, che è il primo esempio di servizio sanitario nazionale nell'occidente.

Sin da allora, gli influssi di queste nuove concezioni non potevano non farsi sentire nel nostro paese, tanto che i nostri Costituenti sancirono nell'articolo 32 della Costituzione che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Nonostante ciò i vari governi che si succedettero negli anni del centrismo, e con essi il partito della democrazia cristiana, più che a determinare le condizioni per la creazione di un nuovo e moderno sistema sanitario, mirarono ad impadronirsi dell'apparato mutualistico, accrescendone la disorganicità, creando enormi sperequazioni nel trattamento tra un mutuo e l'altro e facendo delle mutue vere e proprie centrali di potere e di clientelismo.

Noi socialisti abbiamo il merito di avere posto sempre, quando eravamo all'opposizione ed anche quando abbiamo fatto parte del Governo, all'attenzione del Parlamento e del paese la necessità e l'urgenza della riforma sanitaria; di averla sempre sollecitata, di aver operato per determinare le basi su cui collocarla. Il primo progetto organico di riforma porta infatti la firma di un ministro socialista, anche se si deve amaramente constatare che quel progetto non soltanto non venne mai portato all'esame delle Camere, ma non fu nemmeno approvato dal Consiglio dei ministri, proprio a causa delle resistenze della democrazia cristiana.

Non si consideri, perciò, il nostro un peccato di orgoglio di partito o di presunzione politica se affermiamo che gran parte della tematica riformista, che oggi è divenuta patrimonio di tutte le forze democratiche, porta il segno della elaborazione socialista! Così come portano il se-

gno dell'iniziativa socialista alcuni provvedimenti anticipatori della riforma, quale la nuova legge ospedaliera e quella del passaggio degli ospedali alle regioni, anche se dobbiamo onestamente riconoscere che non sempre queste leggi hanno potuto produrre i risultati sperati a causa del caos generale esistente nelle strutture sanitarie del paese, che ha determinato altresì un ritardo nel varo della riforma.

Su questi provvedimenti sono piovute critiche da destra e, qualche volta, anche da sinistra: la verità è che la legge Mariotti sugli ospedali ha consentito la piena trasformazione dei nosocomi da opere pie in luoghi di cura e di assistenza gestiti dalla collettività. Così come è vero che oggi non ci troveremmo a discutere sulla riforma sanitaria se con la legge n. 386 non si fosse decretato lo scioglimento delle mutue. E di questo vorremmo ci fosse dato atto non soltanto dal centro, ma anche dalla sinistra dello schieramento parlamentare.

Qual è il giudizio che noi socialisti esprimiamo sul progetto di riforma? A questo interrogativo hanno già risposto i colleghi del mio gruppo in precedenza intervenuti. Essi hanno detto che i socialisti in gran parte si riconoscono nel progetto al nostro esame ma che tuttavia non mancheranno di suggerire quelle modifiche che riterranno opportune. Intendo evidenziare nel mio intervento le lacune riscontrate sforzandomi, nel contempo, di indicare qualche orientamento per colmarle.

Non si tratta di fare una riforma ma di fare una buona riforma. Accennerò, in primo luogo, a due gravissime lacune: l'una riguarda la formazione del medico e del personale paramedico, la cui definizione viene rinviata ad altri progetti di legge, l'altra la mancata disciplina dei farmaci.

A nessuno di voi, onorevoli colleghi, sfuggirà l'importanza di questi due problemi ai fini della creazione di un moderno servizio e sistema sanitario. È a tutti noto che il sistema mutualistico ha determinato da un lato l'impoverimento professionale del medico, dall'altro ha fatto della professione medica un mezzo per conseguire ingenti guadagni. Da ciò deriva la crescita spaventosa del numero degli studenti delle facoltà di medicina e quindi dei medici, mentre le strutture universitarie sono rimaste all'incirca quelle di molti anni or sono. La medicina italiana è divenuta così

una medicina mercantile: occorre dire questo con forza e con coraggio. Non c'è da sorprendersi se, quando si partecipa a convegni internazionali, non esiste più la traduzione per i medici italiani; da ciò si deduce che non abbiamo bisogno di un maggior numero di medici, ma semmai necessitiamo di medici più qualificati.

In presenza di queste carenze sorge l'urgenza di una riforma della facoltà di medicina al fine di dare agli studi medici quella serietà (insieme alle attrezzature e agli indispensabili indirizzi culturali) di cui il paese ha bisogno.

Il problema, perciò, non consiste soltanto nell'istituzione del numero chiuso o del numero programmato perché, se così fosse, basterebbe ridurre il numero degli studenti ed esso sarebbe risolto. Occorre riformare in modo coraggioso l'insegnamento della medicina, una volta assai serio, e oggi invece trascurato.

Il discorso fatto per i medici vale anche per il personale paramedico. Su questo tema valgono le cifre: in Italia abbiamo un infermiere diplomato ogni 2.500 abitanti mentre, secondo l'OMS, il rapporto ottimale è di infermiere ogni 300 abitanti. In Inghilterra vi sono, per ogni medico, 10.8 infermieri; in Italia 2.4. Il fabbisogno nel nostro paese è di 150-160 mila infermieri professionalmente qualificati e non espressione di quella manovalanza che presso i nostri ospedali viene attualmente reclutata sotto la spinta dell'urgenza.

Il progetto di riforma elude questi problemi così come trascura tutta la gamma di quelli riguardanti la complessa materia della ricerca scientifica. Ora, affrontare la riforma senza affrontare il problema della formazione dei medici e del personale paramedico e quello della ricerca scientifica, può significare dare vita ad un corpo senz'anima.

Circa i farmaci, il provvedimento demanda la disciplina ad un apposito disegno di legge. Intanto il Governo ha presentato al Senato un disegno di legge che prevede l'introduzione del *ticket*, mentre preannuncia la partecipazione degli assistiti alle spese di ricovero in ospedale. Siamo, quindi, molto lontani da una organica e coraggiosa politica dei farmaci. Né si venga a dire che il *ticket* è stato adottato da tanti altri paesi, perché ciò vorrebbe significare lanciare semplici *slogans* e parole d'ordine insignificanti. Bisognerebbe allora

dire che i Paesi che si prendono a riferimento hanno anche altri strumenti per il controllo della spesa sanitaria e farmaceutica ed hanno quindi una situazione, nel complesso, profondamente diversa. Se si vuole ridurre e riqualificare la spesa farmaceutica bisogna togliere dal commercio tutti i farmaci dannosi ed inutili ed aggiornare la farmacopea allineandola a quella degli altri paesi.

Il problema è, cioè, quello di sfoltire la farmacopea e di non riclassificare i farmaci in categorie con ardate operazioni farmacologiche. Agli oltre 16 mila farmaci in commercio in Italia fanno riscontro, infatti, i 9 mila della Francia, i 12 mila dell'Inghilterra, i 2.500 della Svezia.

Altro problema da risolvere è quello di una diversa distribuzione dei prodotti. A fronte di 250 grossisti per 13 mila farmacie in Italia abbiamo, in Francia, 56 grossisti per 15 mila farmacie e nella Repubblica federale di Germania 80 grossisti per 11 mila farmacie. Varare la riforma senza avere affrontato questi problemi riguardanti i farmaci può significare fare una riforma claudicante!

Approfondendo l'esame del progetto di legge si evince che scarso rilievo viene assegnato alla prevenzione. Come ha avuto occasione di dire più di una volta l'illustre professor Seppilli, la medicina preventiva è andata via via assumendo proporzioni sempre più rilevanti man mano che si è potuta documentare l'importanza dell'ambiente e di tutte le sue componenti nella conservazione della salute. Grazie a questa importante intuizione, l'interesse del medico si va perciò dilatando dall'individuo all'ambiente, e la scienza medica si va orientando a colpire le cause delle malattie appunto nell'ambiente dove esse nascono o, quanto meno, ad impedire che esse possano colpire. Si calcola che in Italia ogni due minuti muoia una persona, la cui fine è stata accelerata, se non provocata direttamente, dall'inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo.

All'ambiente di lavoro bisogna rivolgere senza alcun dubbio la maggiore attenzione. In questi ultimi anni si è posto giustamente l'accento sui rapporti fra progresso tecnologico e salute dei lavoratori. Si è sottolineata l'alienazione derivante da discutibili prestazioni di lavoro. Non ci si deve quindi sorprendere se è potuto accadere in questi ultimi tempi che, su mille ricoverati presso l'ospedale psichiatrico di

Ivrea, oltre cento provenivano dalla locale fabbrica della Olivetti, con un'età media di appena 34 anni.

Ciò nonostante, la prevenzione non ha trovato finora concreta attuazione. Essa si è scontrata con il sistema mutualistico, che svolge una funzione chiaramente riparatoria. Sul tema della prevenzione, dunque, il progetto di riforma contiene delle indicazioni che non possono essere facilmente condivise. Il termine « prevenzione » o « preventivo » appare qua e là, in maniera contorta e disordinata. Sotto questo aspetto, il testo in esame rappresenta senza dubbio un evidente, grossolano passo indietro, rispetto ai precedenti disegni di legge presentati dal Governo. Lo scioglimento dell'ENPI e dell'ANCC appare come una grossa mistificazione. Che senso ha sciogliere questo o quell'ente per farne un altro da mettere al servizio della Presidenza del Consiglio dei ministri, e non del servizio sanitario nazionale? Ciò significa che si viene meno ad uno degli aspetti più qualificanti della riforma, cioè a quello della prevenzione. Non abbiamo forse sempre ribadito che prevenzione e riforma sono due facce della stessa medaglia? La ricca impostazione culturale di questi anni, che ha fatto della prevenzione la base della piramide della riforma, viene così accantonata.

Nella precedente legislatura volendo attribuire valore alla prevenzione, e quindi all'ambiente, agli insediamenti urbani, al modo di porsi dell'uomo rispetto al territorio, avevamo definito la nuova struttura sanitaria di base « unità socio-sanitaria locale ». Ora, in obbedienza al carattere riduttivo della riforma che si intende varare, la parola « socio » è scomparsa. Sarebbe opportuno che quei colleghi che hanno parlato di questo progetto in modo esaltante dessero una spiegazione di ciò.

La semplice modificazione delle istituzioni sanitarie non significa varare la riforma sanitaria. Per riforma noi intendiamo soprattutto un nuovo modello sanitario, nel quale il cittadino italiano sia assistito — come si dice con frase scandinava — « dalla culla fino alla tomba »; quindi un sistema di sicurezza organico e completo, non frammentario e spezzettato, capace di trovare il suo compendio in tre essenziali momenti di intervento; la prevenzione, la cura e la riabilitazione. Non sorprendetevi perciò, se sin da questo momento preannunciamo la presentazione di alcuni emendamenti, tesi a rendere più chiari e precisi gli

obiettivi del sistema che intendiamo varare.

Tralascio, per questioni di tempo, altri aspetti della riforma, che pure meritano di essere approfonditi, quali quelli attinenti alla definizione e all'autogestione della unità sanitaria locale, al rapporto fra i medici e il servizio sanitario nazionale, alle convenzioni fra l'unità sanitaria locale e le strutture private, non senza aver rilevato che la disciplina che ad essi si intende dare con il testo in discussione rappresenta senza dubbio un passo indietro rispetto al testo approvato in Commissione nella precedente legislatura, così come rappresenta un passo indietro rispetto al testo di riforma presentato a suo tempo dall'allora ministro della sanità, onorevole Vittorino Colombo. Avremo occasione di trattare, nel corso dell'esame dei singoli articoli, questi ed altri problemi.

Dagli interventi svolti da molti colleghi in Commissione ed ora in aula mi è parso di capire che siamo tutti convinti che la riforma è imposta non soltanto dalle necessità di rimediare alla critica situazione sanitaria del paese, alla quale ho fatto cenno all'inizio, ma anche da ragioni economiche.

Il discorso sulla reale attuazione della riforma deve essere chiaro, preciso ed inequivocabile; vi sono, infatti, molti precedenti che debbono indurci a questa riflessione. Dopo Seveso e l'ICMESA il discorso ecologico si è fatto sempre più insistente, ma i passi concreti compiuti si sono rivelati molto pochi. Al convegno delle camere di commercio lombarde, tenutosi di recente a Como, uno dei giuristi presenti ha elencato le leggi esistenti in difesa dell'ambiente. Si tratta — egli ha detto — di un vero e proprio « corpus ecologico », ma quali di queste leggi — ha aggiunto — vengono applicate? La sola legge Merli esigerebbe una spesa di 7 mila miliardi e 899 milioni (al valore della lira del 1976) di investimenti e 432 miliardi all'anno per oneri gestionali.

L'istituzione del fondo nazionale ospedaliero, di cui alla legge n. 386, è senza dubbio una grande conquista sociale, una pietra miliare lungo l'arduo cammino della riforma sanitaria, ma gli ospedali sono nuovamente oberati di debiti e questo non solo per la già ricordata carenza del sistema sanitario, ma anche perché non si è voluto creare una specie di « meccanismo di scala mobile » nella formazione del fondo medesimo. Ed il ministro del tesoro pensa di

risolvere agevolmente il problema con il sistema degli interventi con il contagocce?

Onorevole ministro della sanità, può la gente credere nella nostra volontà riformatrice se non si risolvono con la necessaria urgenza questi problemi? O giustamente essa si deve sentire autorizzata a pensare che stiamo scrivendo l'ennesimo libro dei sogni, sul tipo di quello relativo alla programmazione economica del nostro paese?

Attenzione, perciò, a non varare una riforma senza adeguati mezzi di finanziamento. L'articolo 44 del progetto in esame va profondamente meditato da ognuno di noi. Personalmente ho su di esso molte perplessità.

La percentuale del 6,50 per cento del prodotto interno lordo per il 1979 e la previsione di un importo decrescente per gli anni successivi — di cui all'articolo 45 — rappresentano certamente, per il primo triennio, una dotazione del tutto inadeguata se si tiene presente che attualmente la spesa sanitaria raggiunge — come dicevo all'inizio — quasi il 10 per cento del prodotto nazionale lordo. La misura del 6,50 per cento appare tanto più inadeguata, almeno per i primi tre anni, a coprire la reale spesa sanitaria, se si tiene presente che in essa è compresa la spesa attualmente sostenuta per l'ENPI e l'ANCC, quella sostenuta dalle province per l'assistenza psichiatrica e per i laboratori di igiene e profilassi, quella sostenuta dai comuni per la medicina scolastica, eccetera.

Il criterio di distribuzione e ripartizione annuale del fondo è da considerare antimeridionalistico, dal momento che affida solo ad una lenta progressione la eliminazione degli squilibri strutturali esistenti nel paese e fa ricadere sulle regioni meridionali la parte di spesa che dovesse superare la quota di dotazione. Ciò, mentre nel Mezzogiorno abbiamo una situazione veramente disastrosa e squilibrata rispetto al resto del paese: 5,1 posti letto per ogni mille abitanti in Calabria contro i 13,4 nel Veneto; 4,5 in Basilicata contro i 13 del Friuli; 4,1 nel Molise contro gli 11,9 nella Liguria. Questi sono criteri e metodi che devono essere chiariti nel corso dell'approvazione dell'articolato, se non si vuole costruire un colosso dai piedi di argilla.

Onorevoli colleghi, questo è certamente l'atto conclusivo di una attività di studi e di ricerche, di battaglie portate avanti per circa 30 anni, nel paese e nel Parlamento,

dalle forze politiche e sociali di questa nostra Repubblica. Il progetto di riforma riflette ideali e sentimenti ormai radicati nella storia del nostro paese, accoglie esperienze di milioni di cittadini, rispecchia la nostra convinzione che il traguardo che stiamo per raggiungere ci porta ad un livello di elevata civiltà; ma perché le speranze e le attese non vadano deluse, i sentimenti non vengano mortificati, vi invitiamo a meditare e a riflettere sui singoli articoli perché la riforma che vogliamo mettere a disposizione del paese, dopo tanti anni di amarezze e di delusioni, sia una vera, effettiva riforma voluta dal nostro popolo ed approvata da questo Parlamento.

È per queste ragioni, signor Presidente, onorevoli colleghi, che, nel momento stesso in cui non ci sentiamo di aderire ad un certo trionfalismo di maniera che abbiamo scorto in taluni interventi pronunciati anche dai banchi della sinistra (trionfalismo dettato più che dal tema in esame, da questioni di politica generale) dichiariamo di voler impiegare il tempo necessario nella discussione perché la riforma sanitaria costituisca veramente un momento esaltante della vita del nostro paese (*Applausi dei deputati del gruppo del PSI*).

Trasmissione di documentazione allegata alla relazione conclusiva della Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia in Sicilia.

PRESIDENTE. Comunico che la segreteria della Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia in Sicilia ha trasmesso la seconda ed ultima parte del terzo volume della documentazione allegata alla relazione conclusiva presentata nella VI legislatura (doc. XXIII, n. 3-bis).

Il documento sarà stampato e distribuito.

Si riprende la discussione.

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

PRESUTTI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, dopo la pregevole e completa relazione dell'amico Morini e i numerosi interventi di consenso al testo di riforma sanitaria al nostro esame,

grande è il rischio (che io non voglio correre) di ripetere cose già dette o di dire cose banali ed ovvie. Perciò, nel mio intervento, mi limiterò a trattare due degli aspetti più importanti e qualificanti del progetto di riforma sanitaria, che si possono racchiudere nella risposta da dare alla domanda del cittadino comune: in che cosa cambierà per l'utente l'assistenza sanitaria con l'approvazione del testo di riforma? In che modo ed in quali tempi avverrà tale cambiamento?

Uno degli obiettivi fondamentali dell'istituendo servizio sanitario nazionale (come ha egregiamente messo in evidenza il collega Morini) è senza dubbio quello di assicurare un uguale trattamento nelle prestazioni sanitarie a tutti i cittadini. Per raggiungere tale obiettivo, è evidente che bisogna superare gli squilibri sia territoriali, sia sociali esistenti nell'attuale organizzazione sanitaria del nostro paese.

Ma se l'eliminazione delle differenze nell'assistenza sanitaria tra le diverse categorie sociali è abbastanza agevole, arduo e difficile è il superamento degli squilibri territoriali interregionali e intraregionali, poiché si tratta per lo più di agire nel campo delle strutture che spesso — come nel Mezzogiorno — debbono essere create *ex novo*.

Il primo passo, comunque, così come previsto nel progetto di legge in esame, non può che essere rappresentato dalla individuazione dei livelli minimi delle prestazioni sanitarie da garantire a tutti i cittadini; tali livelli, una volta individuati, debbono essere calati nella realtà del sistema sanitario del nostro paese: il servizio sanitario nazionale li erediterà, trovandosi a gestirli ed a modificarli.

Ecco allora che una grande rilevanza politica acquista la scelta metodologica della programmazione e dei piani triennali nazionali e regionali; in particolare, spetterà al primo piano triennale nazionale indicare le fasi ed i tempi della graduale unificazione delle prestazioni sanitarie, con priorità per l'assistenza generica, ed eliminare gli squilibri intraregionali.

La scelta del metodo dei piani triennali, nazionali e regionali, è l'unica possibile e valida per procedere con razionalità e senza brusche interruzioni o accelerazioni incompatibili, tra l'altro, con la situazione economica e finanziaria del nostro paese, allo scopo di offrire a tutti i cittadini un'assistenza sanitaria adeguata e moderna, anche se i tempi non saranno certamente bre-

vi. Si pensi, ad esempio, alla totale mancanza in molte regioni di strutture per la cardiocirurgia, per le nefropatie croniche, per le ipertensioni e per il *depistage* delle neoplasie.

Un secondo fondamentale obiettivo che ci si propone di raggiungere con l'istituzione del servizio sanitario nazionale è quello di attuare un sistema di tutela della salute. Come è noto, l'attuale organizzazione sanitaria nel nostro paese è quasi esclusivamente fondata sul principio della assicurazione contro le malattie, per cui essa ha finito con l'esaurirsi nel solo momento della diagnosi e cura, trascurando quasi completamente quelli della prevenzione e della riabilitazione, come se la salute dell'uomo fosse paragonabile all'efficienza del motore di una macchina che interessa solo quando perde colpi.

Tale modo di intendere il concetto di salute ha provocato guasti a tutti noti. Quante persone, a causa dell'inquinamento di acqua potabile, hanno contratto un'epatite virale, esitata in cirrosi epatica? Quanti lavoratori, affetti da silicosi per mancanza di adeguate protezioni negli ambienti di lavoro, sono deceduti o decederanno per cuore polmonare cronico? Quante malformazioni somatiche ed alterazioni psicologiche possono essere scoperte e curate tempestivamente nei bambini in età scolare? Quanti infartuati, quante vittime di incidenti sul lavoro e sulla strada sono costretti a vivere tra mille difficoltà di carattere economico, sociale e psicologico, per non essere stati recuperati in tempo alla vita normale di ogni giorno? Insomma, la salute dell'uomo non va solo curata, ma va preservata dalla malattia o, se malattia vi è stata, recuperata alla vita normale di relazione.

Credo che la volontà di introdurre nel nostro ordinamento sanitario norme precise, anche se non molto estese, in tema di prevenzione e di riabilitazione, rappresenti di per sé un fatto di grande interesse, perché dà corpo e sostanza al concetto di tutela della salute, ad una nuova filosofia di politica sanitaria. Da alcuni possono essere sollevate critiche e riserve sui limiti e sull'ampiezza delle norme in tema di prevenzione e di riabilitazione contenute nel progetto di legge in esame, ma costoro non possono dimenticare che una riforma come quella sanitaria non si realizza con una legge, ma va perseguita ed attuata con impegno e perseveranza, apportando successi-

vamente le correzioni e gli aggiustamenti che si renderanno necessari in base alle esperienze maturate ed ai mezzi disponibili.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, avviandomi alla conclusione, credo di poter dire in tutta coscienza che il progetto di riforma sanitaria al nostro esame è un buon progetto, emendabile in alcune parti secondarie e di dettaglio, ma valido per la chiarezza, per i principi informativi, per gli obiettivi che si intendono raggiungere e per la scelta degli strumenti operativi (*Applausi al centro*).

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

MARRAFFINI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, da troppo tempo il nostro paese aveva bisogno della riforma sanitaria; oggi finalmente il provvedimento è giunto in aula, in un momento politico particolarmente difficile. E vi è giunto dopo una discussione approfondita, svoltasi nel Comitato ristretto e in Commissione, dove vi sono stati un confronto puntuale e ravvicinato e anche alcuni punti di scontro reale, che non hanno però portato all'affossamento della riforma, perché tra i partiti dell'accordo programmatico è prevalsa, almeno finora, la volontà politica di superare gli ostacoli e di dare l'avvio al processo di rinnovamento nel settore sanitario, di cui il paese aveva da tempo ed ha oggi urgente bisogno.

Noi giudichiamo positivo il testo al nostro esame, che insieme con altre forze democratiche abbiamo contribuito a definire. Lo consideriamo positivamente perché lo riteniamo capace, non certo meccanicamente, ma attraverso l'impegno culturale e le lotte necessarie, di aprire la strada al controllo democratico dell'ambiente di vita e di lavoro, al recupero degli handicappati, alla priorità da dare ai servizi domiciliari e ambulatoriali su quelli di ricovero, al tentativo di integrazione sociale per meglio curare le malattie mentali.

Ci sembra che a base del progetto di legge vi siano gli orientamenti elaborati dalla cultura democratica e antifascista in questi anni, che la classe operaia, con le sue lotte negli anni passati, ha imposto all'attenzione generale in contrapposizione netta alla concezione tradizionale della medicina, che fa da sfondo e da coagulo

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 19 DICEMBRE 1977

a tutte le resistenze ed agli interessi conservatori.

L'affermazione dei nuovi principi sarebbe stata certo più consistente se la classe operaia nel suo complesso avesse potuto dare, anche in quest'ultimo periodo di tempo, tutto il suo contributo al processo di rinnovamento, ma la crisi economica, la crescita della disoccupazione, la difesa del posto di lavoro l'ha impegnata e la impegna drammaticamente. E ciò, ovviamente, si risente anche nel progetto di legge che stiamo esaminando.

La gravità della crisi che il paese attraversa è stata chiamata in causa in quest'aula — da pochi, per la verità — per affermare che non c'è tempo per pensare alla riforma sanitaria, la quale avrebbe un costo troppo alto che la nostra economia non potrebbe fronteggiare.

La risposta da dare ai reazionari che vogliono apparire saggi e prudenti è semplice: avete calcolato con un minimo di attenzione e serietà il costo della non riforma? Avete esaminato l'aumento costante della spesa sanitaria giunta ormai a 11.500 miliardi, il livello assai basso delle prestazioni erogate e la loro incidenza anche nel settore produttivo?

La riforma sanitaria è perciò necessaria per la salvaguardia della salute, per il contenimento e la produttività della spesa e per il superamento degli squilibri esistenti fra il Mezzogiorno e il resto del paese. Detti squilibri sono facilmente riscontrabili nelle strutture ospedaliere, nelle strutture extraospedaliere e nella stessa spesa sanitaria, in cui si evidenzia il divario tra nord e sud, soprattutto nei consumi per le prestazioni complesse, e cioè quelle ospedaliere e specialistiche.

Il progetto di legge al nostro esame ha affrontato il problema del riequilibrio, sia nella parte che riguarda gli obiettivi del servizio sanitario nazionale, sia all'articolo 44, che prevede in seno ai capitoli del bilancio dello Stato destinati a finanziare la spesa per il servizio sanitario nazionale, la distinzione tra spesa corrente e spesa in conto capitale, la ripartizione della spesa tra le regioni con parametri che debbono tendere a garantire livelli di prestazioni sanitarie uniformi su tutto il territorio nazionale, infine l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 43 della legge n. 1525 del 1967 per la ripartizione della spesa prevista in conto capitale.

Dette norme potranno però produrre conseguenze di riequilibrio se la programmazione sanitaria nazionale definirà in primo luogo gli obiettivi da raggiungere entro periodi di tempo precisi, se prevederà inoltre la dotazione regionale di impianti sanitari necessari al raggiungimento di detti obiettivi, se ripartirà la spesa in conto capitale in modo conseguente agli impianti sanitari da costruire e se ripartirà infine la spesa corrente tenendo conto della dinamica delle varie prestazioni sanitarie che si vogliono realizzare.

A questo punto mi corre l'obbligo di rilevare che con la spesa sanitaria prevista nel progetto di legge, rapportata al 6,5 per cento del prodotto interno lordo, si può far fronte alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ed anche all'acquisto di apparecchiature sanitarie. Certo è impossibile prevedere che con questa spesa si possano anche costruire ospedali e presidi sanitari dove mancano. È necessario perciò che le scelte fatte nella programmazione sanitaria siano rapportate a precisi vincoli nelle leggi che finanziano la costruzione dei presidi sanitari. Ciò è tanto più necessario in quanto è noto che sono stati predisposti programmi di edilizia ospedaliera che prevedono la costruzione di altri posti-letto in zone dove il rapporto tra posti-letto e popolazione ha già superato il 12-13 per mille.

Definito l'assetto istituzionale della riforma, decretato lo scioglimento delle mutue con la legge n. 349, che dal 1° luglio 1977 ha trasferito alle regioni le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria, precedentemente esercitata dalle mutue, la Commissione ha dovuto affrontare il non facile problema del personale che sarà chiamato ad operare nel servizio sanitario nazionale e, quindi, di tutto il personale, quello già dipendente dalle mutue, quello dipendente dagli enti ospedalieri, dagli enti locali, eccetera.

Nell'affrontare tale problema si sono dovute tenere presenti alcune esigenze molto importanti: condurre ad unità il personale, numericamente rilevante e di provenienza tanto diversa; muoversi in direzione della omogeneizzazione dei rapporti di lavoro; evitare ogni forma di espropriazione delle competenze dei comuni; individuare nelle unità sanitarie locali, prive di personalità giuridica, momenti organizzativi e funzionali del governo locale; infine, rendere pos-

sibile la mobilità, conseguente alla programmazione dei servizi sanitari sul territorio.

La soluzione adottata dalla Commissione prevede, come noto, che il personale delle unità sanitarie locali non sia personale regionale, ma venga inquadrato in un apposito ruolo regionale ai fini del reclutamento e dell'assegnazione alle unità sanitarie locali, mentre lo stato giuridico viene disciplinato con legge della Repubblica ed il trattamento economico è stabilito a seguito di contrattazione nazionale.

Al problema del personale, inoltre, sono connessi altri problemi ed interessi, intorno ai quali si sta discutendo da diversi anni; così il problema di come erogare l'assistenza generica e specialistica attraverso convenzioni o in forma diretta da parte delle unità sanitarie locali; il problema del tempo pieno o tempo definito degli operatori sanitari; infine, la regolamentazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale.

Il testo in esame, a nostro avviso, al riguardo propone soluzioni che nel complesso giudichiamo positive. Esso prevede, infatti, che l'assistenza medico-generica e specialistica venga prestata dal personale delle unità sanitarie locali o del distretto e dai medici convenzionati.

Le unità sanitarie locali possono, quindi, erogare l'assistenza generica e specialistica con gruppi di lavoro organizzati anche a livello tecnico e infermieristico, elevando, quindi, il livello delle prestazioni e sune-rando così quelle distorsioni esistenti nel rapporto di libera scelta del medico, il cui lavoro atomizzato ha, tra l'altro, contribuito non poco ad aumentare in modo eccessivo la spedalizzazione. È aperta, perciò, la strada ad un processo nuovo, che deve essere costruito con la partecipazione degli utenti e degli stessi operatori sanitari.

Riteniamo che l'aver previsto la possibilità, da parte delle unità sanitarie locali, di utilizzare il proprio personale nei diversi presidi esistenti sul territorio, abbia creato la condizione per abbattere la separazione in atto tra attività ospedaliera ed extraospedaliera.

Per quanto ci riguarda, riconfermiamo l'esigenza di privilegiare il rapporto di lavoro a tempo pieno, ma non ignoriamo la realtà di partenza: entro gli ospedali oggi vi sono circa il 50 per cento dei sanitari a tempo definito. Il testo in esame mette in condizione le unità sanitarie locali di individuare le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti i sanitari a tempo

pieno, di prescrivere il tempo pieno agli interessati e di bandire i relativi concorsi, sempre a tempo pieno.

Certo, tali norme erano già previste da altre leggi vigenti, ma acquistano solo oggi una reale possibilità di essere applicate, perché l'unità sanitaria agisce su tutto il territorio e, quindi, ha la possibilità di considerare tutto l'aspetto della erogazione dei servizi su una scala molto più vasta, e non soltanto dentro l'ospedale.

Si parte, quindi, dalla necessità del servizio, per andare verso il tempo pieno e anteporre l'esigenza della salute alla esigenza dei singoli. È questa la strada per superare la duplicità di rapporti per diversi medici nel nostro paese, cioè a tempo definito e anche a rapporto di convenzione.

Nel riaffermare il riconoscimento del diritto alla libera professione dei sanitari all'interno dei presidi delle unità sanitarie locali, noi sentiamo di dover riconfermare il diritto alla libera scelta del medico da parte dei cittadini. Ma in questo modo si è inteso demandare alla legislazione regionale una più precisa regolamentazione in rapporto alla specificità delle singole situazioni locali e in rapporto anche agli obiettivi ed esigenze del servizio.

Non possiamo ignorare infine la carenza per quantità e preparazione del personale tecnico ed infermieristico, capace di polivalenza nelle mansioni e di assorbire diversi compiti oggi affidati ai medici. Questa è l'area da sviluppare con tempestività, tenendo presente sia l'accordo di Strasburgo sulla preparazione infermieristica sia le richieste degli operatori che vogliono frequentare corsi idonei ad elevare il loro livello professionale per essere utilizzati e valorizzati al massimo delle loro competenze.

Siamo consapevoli che la riforma non cambia dall'oggi al domani il modo di fare la prevenzione e la medicina. Il rinnovamento è strettamente collegato alla formazione di un nuovo operatore sanitario che deve trovare nella sua attività l'affermazione e lo sviluppo della sua professionalità. Perciò devono essere sconfitte le troppo nette demarcazioni e sperequazioni oggi esistenti. La dignità di tutti e la collaborazione tra operatori diversi debbono sostituire la gerarchizzazione in atto. E quanto più la riforma punterà sulla prevenzione tanto più certi steccati perderanno la loro ragione di essere. Al riguardo non tutto è stato risolto, né poteva esserlo: ne siamo consapevoli. I guasti provocati da

una concezione mercantilistica della medicina sono profondamente presenti nella realtà che viviamo; occorre che un rinnovamento culturale profondo investa strati sempre più larghi della società e degli operatori sanitari perché la riforma, per produrre tutti i suoi effetti, ha bisogno di personale sanitario specializzato che sia tecnicamente qualificato e politicamente orientato (*Applausi all'estrema sinistra*).

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

BOGI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, è facile dire oggi che la riforma sanitaria è indispensabile e urgente, soprattutto perché gran parte dei contenuti culturali del dibattito che ha preceduto la proposta legislativa al nostro esame è patrimonio comune di molti di noi. Questa premessa consente quindi di citare soltanto questi elementi culturali che stanno alla base della esigenza e di alcuni obiettivi della riforma sanitaria; soprattutto il rapporto tra la sicurezza e la democrazia conquistata onestamente non recentissima ma anzi giunta a maturazione forse da non molto tempo.

È impossibile immaginare un corretto governo democratico di una società evoluta senza che sia garantita la sicurezza e nella fattispecie la tutela della salute.

La questione che si presentò sotto il profilo culturale era il rapporto tra questa esigenza di sicurezza come garante di democrazia e i problemi che la spesa sanitaria da molto tempo propone, nel quadro di complessi equilibri economici di una società moderna ed anche in riferimento ai modelli di sviluppo economico che si intendono adottare.

È ormai cosa largamente superata il ritenere che la tutela della salute possa prescindere dalla valutazione dei modelli economici che si scelgono. Se questi sono i termini di rapporto tra spesa sanitaria ed equilibrio e sviluppo economico del paese e se abbiamo constatato in tutti gli Stati del mondo l'aumento incessante della spesa sanitaria non solo in termini assoluti, ma in termini percentuali rispetto al prodotto lordo dei singoli Stati, il problema del rapporto tra l'esigenza di sicurezza e l'esigenza di contenimento della spesa sanitaria entro limiti di compatibilità economica è un dato culturale di acquisizione più recente, che certo però è stato uno de-

gli elementi fondamentali sui quali si è dibattuto nelle fasi di avvio della riforma sanitaria.

Ciò che si è constatato soprattutto in Italia (ma non solo in Italia) è la scarsa controllabilità, fino ad oggi, della spesa sanitaria: la disfunzione come elemento importante del suo modo di formarsi, la difficoltà di indirizzare questa spesa verso obiettivi sanitari mirati. Un esempio classico, ancora un volta, in proposito, è stato il nostro paese, dove si è realizzata una confusione nella spesa sanitaria che è elemento di disfunzione e che verosimilmente, oltre che servire da esempio a noi, sarà servito da esempio ad altri paesi del mondo. Quindi, il problema del rapporto tra spesa e sicurezza attiene al generale equilibrio economico del paese.

L'altro problema culturalmente importante fu quello della gestione democratica del servizio sanitario, e quindi ciò che il relatore chiamava « il problema della globalità e dell'eguaglianza », e cioè il problema della riunificazione delle prestazioni mediche in termini non solo di maggiore efficienza e controllabilità nel perseguimento degli obiettivi, ma anche di conquista di quanto di più moderno vi è oggi nella medicina, ossia di recupero dell'unità della prestazione medica, una volta acquisito il concetto che il rapporto tra ambiente (sviluppo economico) e salute è strettissimo, e che quindi il problema sanitario non può essere inteso come un problema di settore, ma attiene ad un modo generale di essere della società. È dunque giusta l'osservazione secondo la quale, nel momento in cui si propone una riforma sanitaria, si adombrano caratteri del modello di società che si intende costruire. Pertanto, riunificazione non solo per ottenere efficienza della prestazione, ma anche perché questo chiede la cultura medica, anche in termini di ricomposizione unitaria delle caratteristiche del paziente.

La medicina di fine '700 che scopre, sulla base del rilievo anatomo-patologico, i dati morfologici che stanno alla base delle malattie dell'uomo, e che quindi scopre la malattia degli organi, degli apparati dell'uomo, compie enormi progressi, ma configura quell'evoluzione per divisione e per separazione in specializzazioni di apparato che non sono state poca cosa nel rapporto autoritario tra medico e paziente, se è vero quello che dicono alcuni psicologi, secondo i quali questo tipo di medicina tende a

configurare il paziente come un viscere malato, quindi come soggetto con il quale il rapporto deve essere inevitabilmente di autorità, o per lo meno di estrema autorevolezza.

Il tentativo, quindi, di costruire un nuovo rapporto tra medico e paziente passa anche attraverso il recupero di questa convinzione culturale della fine del '700, che ha rappresentato storicamente, però, un elemento di grande evoluzione della medicina.

La riforma in esame, come giustamente è stato detto, è probabilmente una delle più importanti del dopoguerra. Stupisce — mi si consenta dirlo — che sia stata scelta per questa grande riforma una modalità di discussione che appare obbedire a un banale cerimoniale parlamentare. Se questa è, come riteniamo, una delle maggiori riforme del dopoguerra, sarebbe stato opportuno organizzare il dibattito in modo che esso, per quanto riguarda la parte generale della riforma, non fosse ristretto tra il Natale e gli altri impegni inderogabili dell'Assemblea. Non vorrei che questa volontà di fare comunque il dibattito e di chiuderlo, in ogni caso, lestamente, corrispondesse ad un'erronea esigenza di credibilità delle forze politiche italiane, trasmessa al Parlamento. In medicina, un tale atteggiamento è sempre prova di debolezza del soggetto...

Non discutiamo, dunque, in questa sede, dei grandi fini, dei contenuti culturali, dei grandi obiettivi della riforma, sui quali tutti conveniamo, o, almeno, moltissimi di noi convengono come pure sulla urgenza e sulla indispensabilità della riforma stessa. Discutiamo, caso mai, sul come perseguire tali obiettivi, che appartengono alla moralità della politica, se è vero che essa è pratica e che le fughe di principio non sollevano dall'obbligo della concretezza.

Dicevo che stiamo discutendo sul se e sul come gli strumenti che proponiamo per perseguire gli obiettivi che ci trovano largamente consenzienti siano o meno idonei allo scopo.

Se uno degli elementi fondamentali è il rapporto tra esigenza di sicurezza del singolo cittadino e spesa sanitaria, nel senso che indicavo precedentemente, se uno dei problemi più importanti è la riunificazione del trattamento, la sua eguaglianza per tutti, appare difficile pensare che uno degli elementi fondamentali non sia il meccanismo programmatico.

Come repubblicani, abbiamo posto una particolare attenzione al problema, non

esclusivamente in relazione al controllo della spesa ed al suo impiego « mirato », ma anche perché la programmazione, se correttamente impegnata, consente ai « politici » (preciso, politici tra virgolette) di assumere le responsabilità che ad essi competono.

Al di là delle colpe, di segno corporativo, di non pochi medici, va rilevato che troppo spesso in Italia si è inteso imputare la gravità della situazione sanitaria prevalentemente ai medici stessi, mentre non vi è dubbio che la responsabilità principale deve risalire alla classe politica italiana. Non intendo, con ciò, beninteso, attribuire pari colpe a tutte le forze politiche.

L'adozione del metodo della programmazione porterebbe la classe politica, al livello che ad essa compete, a fare le sue scelte responsabili, affidando, quindi, al livello tecnico-professionale il compito della esecuzione. Riteniamo che il mantenimento della distinzione di responsabilità, tra livello politico-amministrativo di scelta e tecnico-professionale di comportamento, debba essere salvaguardato con estremo rigore.

Se il problema è quello cui mi sono riferito, in ordine alla programmazione, vorrei passare all'analisi generale del progetto di legge in esame, partendo dall'elemento in questione. L'articolo 10 afferma che: « alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, mediante una rete completa di unità sanitarie locali ». L'uniformità, però, si consegue sia definendo con precisione i caratteri organizzativi del servizio, specie per quanto attiene alla sua direzione e gestione, sia predisponendo meccanismi di programmazione che possano assicurare tale uniformità. Altrimenti, detta uniformità sembrerebbe doversi ricondurre al semplice fatto che esiste dovunque una unità sanitaria locale (e noi non lo crediamo). Quindi con la definizione a tutti i livelli degli strumenti programmatori si creano le condizioni perché prevalga l'esigenza di unità che lo Stato deve garantire. Nel progetto di legge, però, esiste una dispersione dei centri di programmazione e delle attività che influiscono sulla programmazione stessa e, secondo noi, vi è anche una certa confusione di rapporti tra i livelli della medesima. Insistemmo per l'adozione di un piano sanitario nazionale quale elemento di partenza dell'organizzazione di questo rigoroso meccanismo programmatico e non ci può certo dispiacere

il constatare appunto che il testo licenziato dalla Commissione lo prevede. Quanto dico, in senso critico, dunque, vuole correggere alcuni elementi che riteniamo non ancora confacenti al rigore richiesto dal meccanismo programmatico; non già rifiutare indisponibilità della sua definizione.

Ci ha sorpresi il fatto che il piano sanitario sia collocato tra le procedure e le norme di attuazione; nella sua dinamicità, lo riteniamo un fondamentale elemento istituzionale.

L'articolo 45 recita che all'attuazione del servizio sanitario nazionale ed al conseguimento degli obiettivi indicati dall'articolo 2 si provvede in base a piani nazionali triennali approvati dal Parlamento. Ciò farebbe pensare che gli obiettivi di cui all'articolo 2 si intendono come permanenti. Viceversa, l'analisi di tali obiettivi mostra che essi muovono chiaramente dalle esigenze storiche del paese e non casualmente si fa riferimento ad alcune esigenze e non ad altre. Quindi si tratta di una valutazione di programma per quanto riguarda il perseguimento di particolari obiettivi storicizzati e non permanenti. Non si può intendere come permanente l'obiettivo della tutela della maternità, se non nella misura in cui questo è un dato elementare del comportamento sanitario. O il progetto di legge dice quello che appare ovvio, oppure ritiene che in questo momento la tutela della maternità non sia perseguita nel modo che è opportuno storicamente perseguire, e quindi dà una valutazione storica di esigenza. Sull'articolo 2 in Commissione ci fu una polemica molto viva che ripropongo all'attenzione dell'Assemblea. Il testo mi sembra quasi distortivo, laddove impegna i piani a realizzarsi per il conseguimento di obiettivi che tra alcuni anni potrebbero non essere più storicamente rilevanti. Riteniamo che questo sia un modo di legiferare inadeguato. La legge deve essere un metodo, uno strumento e non può indicare obiettivi di estrema caducità, a meno che con questi obiettivi, ancora una volta, non si vogliano dare indicazioni dimostrative: non si voglia cioè suscitare rapporti « affettivi », come si direbbe in medicina, rispetto al comportamento delle forze politiche.

A parte queste considerazioni, il piano quale è descritto dal citato articolo, prevede indirizzi ed elementi compatibili con la disponibilità finanziaria, nonché priorità e deve essere approvato dal Parlamento.

Di più, onestamente, non si dice. Che cosa bisogna rilevare? Che in base a questo disegno di legge i livelli minimi delle prestazioni sanitarie, che debbono essere garantite a tutti i cittadini, sono stabiliti con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri su proposta del Presidente del Consiglio, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Questo sì è un dato programmatico! Se voi varierete questi livelli minimi — e li varierà il Presidente della Repubblica con l'iter da voi indicato — voi impiegherete più o meno risorse, ed allora non si capisce perché questo non debba essere un dato interno del piano sanitario nazionale. Questa è la dispersione dei centri di programmazione cui accennavo all'inizio.

TRIVA. È previsto alla lettera c) del piano!

BOGI. Il Parlamento non può fare un piano, e poi affidare questo potere ad altri. Devo dire che i parametri numerici, distintamente definiti per la spesa corrente ed in conto capitale (è questo il testo della proposta) per la ripartizione tra le regioni della somma stanziata negli stati di previsione delle spese dei Ministeri del tesoro e del bilancio, vengono stabiliti dal CIPE su proposta del ministro della sanità, sentito il Consiglio nazionale sanitario, certo riferendosi al piano. Quello che ho difficoltà a condividere è che non ci si riferisca al piano. Devo dire, inoltre, che vi è un altro elemento, e cioè il rapporto cosiddetto ottimale medico-assistibili, che, non v'è dubbio, costituisce un elemento di programmazione del comportamento sanitario, perché in relazione alla modifica di questo rapporto voi varierete il numero dei medici abilitati ad agire. Questo, non v'è alcun dubbio, costituisce un elemento programmatico, eppure esso è affidato agli accordi collettivi nazionali fra le parti.

Con questo non voglio dire che si vuol « gabbare » il piano, ma pongo in evidenza elementi di dispersione dell'attività programmatica in un settore che vuol far combaciare le possibilità di spesa per la sanità con l'esigenza della sicurezza in un paese che attraversa una grave crisi economica. Devo dire che questo nostro pensiero lo tradurremo in emendamenti specifici, perché secondo noi è difficile che si possa attuare il piano nazionale senza prevedere rapporti tra obiettivi sanitari, affidati al

servizio sanitario nazionale, e ricerca biomedica e formazione del personale sanitario e non che lavori all'interno del servizio sanitario stesso.

Sempre per quanto attiene alla programmazione ed ai rapporti fra i suoi vari livelli, la mancata definizione dell'ente intermedio fra comune e regione, il famoso comprensorio, non è elemento marginale. Non può essere certo imputato ai cultori. — diciamo così — delle ricerche in merito alla riforma sanitaria o alla Commissione sanità il fatto che i partiti politici, quando in luglio si trovarono a trattare per il famoso accordo a sei, su questo argomento non furono affatto d'accordo.

Quello che è certo è che, mentre questo accordo non è stato raggiunto, le regioni hanno proceduto e stanno procedendo alla realizzazione di comprensori che, non di rado, hanno caratteristiche di estrema difformità da una regione all'altra. Basti pensare che in Liguria esiste un comprensorio di 32 mila abitanti (legge votata non più di 20 giorni fa), mentre la norma parla di unità sanitarie locali oscillanti tra i 50 mila e i 200 mila abitanti, ed il comprensorio dovrebbe comprendere più abitanti ancora. Ebbene, ripeto, la regione Liguria con una sua legge ha approvato un comprensorio (dell'alta vallata del Magra) di 32 mila abitanti, e non so proprio come potremmo ricondurlo alla logica programmata delle unità sanitarie locali. Certamente non sarà un problema politico da poco! Il Veneto, teniamo presente, ha 52 comprensori, piccoli, indubbiamente, se raggiungono questo numero; e quindi, mentre manca un accordo politico nazionale, le regioni procedono su questa strada. C'è da ritenere che ci troveremo di fronte ad una situazione di fatto che sarà di difficilissima correzione, e quanto più si ritarderà la creazione del comprensorio istituzionale, tanto più la situazione di fatto sarà difficile da correggere. Solo un paese come il nostro, che la fatica ad abolire migliaia di enti inutili, può capire come sia difficile correggere situazioni cristallizzate, anche se vi è una legge che ne chiede la correzione.

Devo dire che la mancanza del comprensorio crea rilevanti problemi per la esecuzione della programmazione regionale giustamente prevista dal progetto di legge, per l'esecuzione e la formazione di programmi operativi ai quali vincolare la unità sanitaria locale; questo infatti sarà uno dei problemi di carattere operativo del

servizio sanitario nazionale tra i più importanti. Nessuno di noi, né chi ha redatto il progetto né chi non l'ha redatto, si può augurare che il comportamento del servizio sanitario locale non sia vincolato a precisi programmi operativi di snodo inferiore a quello regionale. Queste sono cose che ci siamo detti tutti; io vi pongo davanti agli occhi un concreto pericolo.

A questo riguardo il semplice rinvio alla legislazione regionale, senza adeguati principi-cornice che vincolino le unità sanitarie locali anche in assenza del comprensorio, appare insufficiente e corre il rischio di divenire equivoco, cioè di far pensare che il problema sia risolto mentre, di fatto, sarà difficile da risolvere.

In fondo non si comprende bene quali caratteristiche di organismo intermedio — organismo per modo di dire perché non c'è dubbio che sia spesso superiore al comune e sempre inferiore alla regione — avrà il servizio sanitario locale. Sarà molto difficile che la stessa unità sanitaria, in assenza dell'attività programmatrice più operativa e quindi comprensoriale, non tenda ad assumere compiti di programmazione. I comuni avranno poche possibilità di impedirlo. La regione avrà, quindi, di fatto, in mano solo la leva finanziaria — il che non è poca cosa intendiamoci — che a lungo andare potrebbe risultare non risolutiva. A rimediare a questo aspetto del problema non basterà quanto l'articolo 10 dispone a proposito delle province transitoriamente in attesa della definizione dell'assetto del potere locale.

L'unità sanitaria locale potrà tendere, di fatto, a diventare essa stessa un ente intermedio con funzioni di programmazione e di gestione; anzi non potrà che essere così, se assumerà di fatto alcuni atteggiamenti programmatori.

Ritengo quindi che la mancanza del comprensorio sia più complessa di quanto il relatore non appaia voler riconoscere là dove, appunto, nella sua relazione dice che vi è una grave disfunzione ma che la riforma sanitaria ci potrebbe aiutare. Ho la impressione, e lo ripeto, che tale riforma non ci aiuterà molto su questa strada ma che sarà un'occasione ricca di conflitti politici e richiederà ferme ed orientate volontà per evitare che si abbia un assetto istituzionale derivato da situazioni di fatto accumulate e non facilmente correggibili.

Questo è quanto più ci preoccupa in merito al meccanismo programmatico e in

questo senso presenteremo opportuni emendamenti.

Un problema che non ci sembra marginale è che nel progetto di legge l'assetto del vertice del servizio sanitario nazionale appare impreciso e ci sembra che la formula adottata, per altro in parte obbligata e in fondo obsoleta, non risolva il problema del vertice. Andrà, quindi, individuato un vertice del servizio sanitario nazionale, pur tenendo conto della sua articolazione decentrata, in quanto nel testo attuale del progetto di legge si mescolano, per semplice richiamo, di volta in volta, il Governo, il CIPE, il Ministero della sanità e non si riesce ad individuare nulla con precisione.

Sul piano istituzionale il principale problema è indubbiamente quello dell'unità sanitaria locale e del suo inserimento in un sistema di organizzazione dei poteri locali che non vede ancora attuato l'ente intermedio. Ho già parlato della preoccupazione che in noi suscita questo tipo di assetto e metto rapidamente in evidenza che secondo noi bisognerebbe meglio, o con più precisione definire i rapporti dell'unità sanitaria locale con i comuni, nonché quelli attinenti alla programmazione di ambito comprensoriale, che certo non può essere svolta — sarebbe la prima volta — dai comuni associati. Vanno precisati i rapporti con il servizio sanitario nazionale complessivamente inteso, nei suoi fini istituzionali di perseguimento della tutela della salute, soprattutto per quanto attiene ai controlli sulla spesa.

Ci sembra, quindi, che emerga con chiarezza il rischio che l'unità sanitaria locale tenda ad assumere numerose funzioni, molte delle quali onestamente indispensabili se vogliamo ricomporre ad unità le prestazioni, ma alcune, secondo noi, verosimilmente non indispensabili per l'unità sanitaria locale, specie quelle attinenti all'ambito della potestà autoritativa. Ciò che in fondo ci preoccupa è che l'unità sanitaria locale finisca per sopraffare qualsiasi struttura pubblica di carattere locale. È facile immaginare che l'unità sanitaria locale, se la salute è un prodotto, sarà la più grande industria locale in Italia, diffusa su tutto il territorio nazionale.

In ordine ai controlli, i meccanismi previsti non ci sembrano sufficienti. Non ci sembra un elemento di grande rilevanza; comunque, alla regione dovrebbe spettare un controllo ispettivo globale e di efficienza sulle unità sanitarie locali, oltre che sul

rispetto della spesa e del programma regionale.

Al comprensorio — ipotizzata la sua costituzione — parrebbe indispensabile affidare il controllo sul rispetto dei piani comprensoriali e, da un punto di vista legale, sembrerebbe opportuno che il controllo dei comitati regionali avesse, come parametro essenziale di riferimento per gli atti dell'unità sanitaria locale, la coerenza delle decisioni e delle scelte prese da quest'ultima rispetto alle direttive regionali ed ai piani comprensoriali. È un criterio che vedremmo volentieri analizzato anche per quanto riguarda gli atti non legislativi della regione in ordine al piano sanitario nazionale.

Un terzo elemento riguarda il ruolo dell'operatore sanitario nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Non desidero entrare nella diatriba lunghissima che è sorta, come era inevitabile, a proposito del personale sanitario. Su questo punto torneremo in sede di esame e discussione degli articoli. Desidero sottolineare che credo non sia sfuggito alla Commissione igiene e sanità che il medico può essere coinvolto nella riforma sanitaria — qualcuno ha detto che non si può fare riforma sanitaria contro i medici — non se si identifica la sua funzione sociale, che somiglia troppo a quel ruolo di missionario che si è sempre attribuito al medico anche quando egli guadagnava 50 milioni al mese, ma se si arriva ad affermare che il medico nel servizio sanitario nazionale non può, per convenienza sua e per convenienza generale, non assumere il ruolo di « intellettuale sanitario ».

Se non attribuiamo al medico (o a chiunque operi nell'ambito del servizio sanitario nazionale) una funzione avente queste caratteristiche, se non gli attribuiamo l'abilitazione al ruolo dirigenziale, è impossibile coinvolgere il medico nella riforma. L'alternativa per il medico è guadagnare 50 milioni al mese. Se si riconosce che il medico ha quelle caratteristiche che l'università dovrebbe avergli fornite — i problemi del rapporto fra riforma degli istituti medici e riforma sanitaria sono notissimi a tutti ed è inutile parlarne —, tali caratteristiche non gli danno necessariamente diritto di tutela corporativa: semmai avviene il contrario! Tuttavia, non si possono negare le caratteristiche dirigenziali della prestazione sanitaria, e quindi il diritto all'autonomia tecnico-professionale, che il set-

tore sanitario ha distinta dalle responsabilità politiche ed amministrative nel servizio. In assenza di questo tipo di organizzazione, ci sembra difficile coinvolgere i medici.

Si è parlato della riforma degli studi medici. Devo dare atto alla Commissione sanità che il lavoro sulla università e sui rapporti con il servizio sanitario è stato veramente faticoso. Accettiamo come elemento positivo la conclusione che si è avuta in ordine ai vari aspetti dell'articolo 34 del testo unificato e anche all'ultimo comma di questo articolo, laddove si riconducono, però, a decisioni nazionali, nel rapporto tra ministeri, le decisioni per gli schemi tipo di convenzione tra le regioni e le università, allontanando il rischio appunto di una frammentazione di rapporti che, da parte di alcuni, si intese indicare addirittura fra unità sanitaria locale e università, a parità di titolo. Ci sembra, questo, un elemento dal quale sarebbe un errore clamoroso discostarsi.

Per concludere, devo rilevare che quanto ho detto di critico sta nella preoccupazione che la condizione politica del nostro paese, la stabilità politica che forme di accordo e di comportamento vario delle forze politiche italiane perseguono tenacemente, non consentirebbero di produrre un'altra riforma con i piedi di argilla.

Se il 1979 ci portasse un servizio sanitario non gestibile, il rimbalzo in termini di instabilità politica sarebbe drammatico, al di là delle nostre intenzioni in ordine alla riforma sanitaria.

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

Il seguito del dibattito è rinviato a domani.

Proroga del termine per la presentazione di una relazione.

PRESIDENTE. Comunico che da parte del presidente del gruppo radicale è stata richiesta, a norma dell'articolo 81, quarto comma, del regolamento, l'iscrizione all'ordine del giorno dell'Assemblea dei progetti di legge nn. 12, 900, 1167, 1338, 1376, 1381, 1468, 272, 368, 372, 379, 485, 576, 1152, 1278, 1707 e 1800, concernenti la riforma della pubblica sicurezza.

Poiché per altro la II Commissione (Interni), cui i progetti sono assegnati in sede referente, ha deliberato, nella seduta del 15 dicembre 1977, di chiedere la concessione di una congrua proroga per riferire all'Assemblea, propongo che la Camera, sempre ai sensi del quarto comma dell'articolo 81, fissi alla Commissione il termine ulteriore di quattro mesi, non più prorogabile.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

PANNELLA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PANNELLA. Signor Presidente, ci saranno senz'altro dei precedenti (ma non li conosco) su una vicenda di questo genere: cioè su di un richiamo all'articolo 81 del regolamento e sulla obiezione da me sollevata. Quindi si limiti a iscrivere come probabilmente immotivato riflesso di sorpresa e di meraviglia, l'aver udito testè il Presidente proporre all'Assemblea la concessione di un congruo termine (quello di quattro mesi), e non essersi egli, invece, limitato a trasmettere la richiesta della Commissione, cosa che dalla lettura del quarto comma dell'articolo 81, probabilmente nella mia inesperienza, sembrava più lecita da attendersi.

Motivi regolamentari e motivi politici si alleano, signor Presidente, per questa nostra richiesta, o meglio iniziativa. Non so se sia più importante la formale motivazione regolamentare, che è apparsa chiara nella lettera della nostra richiesta, o quella politica, che è implicita in questa vicenda di continuo affossamento di un'esigenza di riforma dovuta ad una situazione di subalternità costante delle maggioranze parlamentari, in questa legislatura, al Governo e alla democrazia cristiana.

Volevo intrattenermi innanzitutto, signor Presidente, sulla prima parte. Il nostro regolamento è, su questo punto, tassativo e con una dizione particolarmente interessante. Dice l'articolo 81, primo comma: « Le relazioni delle Commissioni devono essere presentate all'Assemblea nel termine massimo di quattro mesi dall'assegnazione del progetto ». Tutta l'economia procedurale-legislativa del nostro regolamento, signor Presidente, senza possibilità di dubbio iscrive l'ipotesi massima per la produzione legislativa da parte della Camera entro otto mesi al massimo.

Nel nostro caso sono già scaduti i primi quattro mesi, per cui è possibile chiedere una proroga di altri quattro mesi; questo corrisponde ad un'esigenza di legislazione, mentre è indubbio che, in una legislatura, se una buona legge richiede otto mesi di lavoro, ciò significa che il legislatore ed il parlamentare hanno previsto che ciò sia possibile per le grandi leggi e per quelle buone. Nel nostro regolamento non c'è scritto che questo vale per approvare il decreto-legge sulla distillazione delle patate; questi termini sono stati stabiliti per la nostra attività legislativa ordinaria.

Credo, quindi, che un Parlamento rispettoso delle proprie funzioni dovrebbe normalmente aver a che fare molto di più con leggi ampie ed importanti, piuttosto che (e questa è la triste singolarità del Parlamento italiano) con migliaia di leggine corporative e particolari, che normalmente in altri paesi non sono pertinenti alle attribuzioni normative di un Parlamento. Si tratta di una eredità rafforzata e consolidata con la camera dei fasci e delle corporazioni, con una struttura corporativistica dello Stato che ha preso sempre più piede e che si è affermata non nel 1938, nel 1939 o nel 1940, ma in quest'ultimo ventennio.

Un richiamo di questo tipo non vuol essere solamente relativo ad un problema scottante, ma vuole sollevare una questione di principio che vogliamo porre e che ci porterà sovente a disturbare la maggioranza di quest'aula, per infrangere una prassi che, a nostro avviso, rappresenta una disapplicazione costante del regolamento. Un Parlamento, il cui centro di gravità è costantemente extraparlamentare, non può nemmeno tentare di mantenere i termini regolamentari obbligatori, indiscutibilmente fissati dal regolamento per la produzione legislativa.

Mi pare sia utile ricordare l'itinerario di questa vicenda. Il 29 luglio 1976 viene assegnato alla Commissione interni il progetto di legge di cui discutiamo. Solamente il 6 aprile di quest'anno, cioè una volta decorso il doppio del tempo concesso dal nostro regolamento per concludere l'esame referente di questo progetto, la Commissione inizia il dibattito in proposito. È lecito chiedere conto di questo fatto? Perché è avvenuto questo, signor presidente Mammi? Ciò è avvenuto perché il vostro Governo aveva annunciato, prima per il dicembre 1976, poi per il 5 febbraio 1977, la presen-

tazione di un proprio disegno di legge in merito; sicché, dovendo scegliere tra il rispetto delle norme regolamentari (quattro mesi per concludere l'esame in Commissione di quel progetto di legge), avete invece, secondo la « vostra » legge (che sempre di più è una legge gentiliana) rispettato il valore etico e l'opportunità politica; per voi non ha nessun valore l'elemento regolamentare. Ogni volta che vi trovate di fronte all'etica dell'accordo politico extraparlamentare o della obbedienza e della subalternità del Parlamento rispetto all'esecutivo, disattendete senza problemi il regolamento ed il diritto in genere.

Ormai la procedura è unanime: diciamo no a questa procedura. Voi cominciate solo ad aprire quando le contraddizioni o le non contraddizioni interne della DC e del Governo portano la Commissione a constatare che il Governo non aveva ottemperato al suo impegno di presentare quel disegno di legge e, quindi, non potete fare a meno, il 6 aprile, di convocarvi e di convocarci, per cominciare. Facciamo le sedute del 6, del 20, del 27 e del 28 aprile, e poi si incarica un Comitato ristretto. Se teniamo presente il regolamento della Camera, l'opera del Comitato ristretto, in realtà (vi sono circolari del Presidente Pertini del 1967, del 1968 e del 1969, di richiamo in questo senso), è un lavoro tecnico a conclusione del dibattito preliminare.

A questo punto ricomincia la storia: avete 30 o 40 giorni stabiliti dalla Commissione, però tenete il progetto in Comitato ristretto fino al 22 novembre. Poi, finalmente, la DC ed il Governo si sono impegnati a dare via libera, ma sappiamo cosa è accaduto. Arriviamo fino alla malattia diplomatica (della quale il collega Flamigni ha chiaramente, in Commissione, denunciato la pretestuosità), per impedire, attraverso un abuso, attraverso la mancata risposta del Governo, di arrivare alle conclusioni. A questo punto, la filosofia di tutti voi, quella che prima denunciavo, è stata detta magnificamente dal collega Felisetti, del quale voglio leggere una frase: « L'iniziativa ha avuto l'effetto di offrire un concreto aiuto a chi chiede tempo e ha rimosso la condizione di inadempienza, in cui la Commissione si trova, facendo decorere il nuovo termine ».

Qual è l'accusa che ci viene mossa? La Commissione si trova da sedici mesi in condizioni di inadempienza. Noi riteniamo che

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 19 DICEMBRE 1977

una Commissione non possa rimanere per sedici mesi in simili condizioni, ma il collega Felisetti ci dice molto cattolicamente: voi rimuovete il nostro complesso di colpa, ci rimettete in regola, se proponete che il provvedimento torni in Assemblea e da qui sia rinviato alla Commissione! È la filosofia della tutela della ragione etica del potere, della ragione di partito (estranea, ma importantissima anch'essa) contro quella che è iscritta in modo chiaro nella moralità, nella stessa essenza del lavoro della Camera e del momento legislativo.

Signor Presidente, è presto detto perché riteniamo che questo incidente, questa nostra posizione, vada oltre la pur gravissima ragione politica che lo sostiene. Ci avete persino escluso contro il regolamento (con una violenza che non è quella della P.38, ma le violenze contro il diritto sono altrettanto gravi!) dalla Giunta per il regolamento. O qui, d'ora in poi, si rispettano i termini regolamentari per l'iter legislativo, o altrimenti abbiate il coraggio di riformare in questo senso, da Camera dei fasci e delle corporazioni, il regolamento di questa Camera!

PANI. Non puoi fare un insulto di questo genere, non puoi dire che questa è la Camera dei fasci e delle corporazioni!

PANNELLA. Io credo che, per esempio, non sia un insulto dire che le leggi Bonifacio e Cossiga, che tu appoggi, sono infinitamente peggiori, più ignobili, sporche e fasciste del codice Rocco; e tutti i vostri giuristi le riconoscono!

ZOLLA. Vai a dire queste cose a piazza Navona!

PRESIDENTE. Onorevole Zolla!

PANNELLA. C'è poi l'aspetto politico. Cos'è accaduto? Come mai all'inizio della legislatura ci si è impegnati per la riforma della polizia e a tutt'oggi non se ne è fatto nulla?

PRESIDENTE. Onorevole Pannella, devo farle presente che i quindici minuti di tempo, previsti dal regolamento per gli interventi del tipo di quello che ella sta ora svolgendo, stanno per scadere.

PANNELLA. Allora, signor Presidente, quando scadono mi avvisi; però le faccio

presente che ho chiesto la parola per oppormi alle proposte di proroga del termine alla Commissione interni e che ho — ritengo — un altro titolo per parlare, dato che ho una proposta alternativa da formulare. Le preannuncio, infatti, che noi proponiamo che vi sia una proroga non di quattro mesi, come proposto dalla Presidenza, ma al massimo fino al 15 o 20 gennaio. Comunque eccipirò questo ulteriore titolo a parlare quando lei mi avviserà nuovamente, perché il tempo non sta per scadere, ma è già scaduto...

PRESIDENTE. Le faccio presente, onorevole Pannella, che la Presidenza non ritiene che lei abbia altro titolo per prendere la parola oltre quello per il quale le è stata concessa. Se intende formulare una proposta alternativa, comunque, può farlo in questa sede.

PANNELLA. Le chiedo scusa, signor Presidente, ma vorrei sapere come fa la Presidenza ad avere (oltre che il prestigio, l'intelligenza e l'esperienza che deve avere), la capacità divinatoria di sapere che io non avrò altri titoli per chiedere la parola, quando ancora non ho avanzato la mia richiesta?

PRESIDENTE. Io non ho fatto alcuna operazione divinatoria. Lei ha annunciato di parlare in questo momento per obiettare e di riservarsi di parlare ulteriormente per proporre: ma l'una cosa non è distinta dall'altra. Lei, infatti, in questo momento parla contro la proposta comunicata dalla Presidenza e ne avanza una diversa. Torno quindi ad avvertirla che il termine a lei assegnato sta per scadere.

PANNELLA. Signor Presidente, ho prestato molta attenzione a quanto lei ha detto, per cui le chiedo di voler trasmettere alla Giunta per il regolamento la nostra obiezione contro questa sua decisione (controlleremo letteralmente il modo con cui lei si è espresso sul resoconto stenografico), per vedere se la Giunta per il regolamento — così come io non credo — ritiene che prendere la parola per una obiezione ad una sua richiesta e per una proposta di altra natura sia la stessa cosa. Comunque mi avvio a concludere.

La situazione è questa: dal 1972 si è promossa e proposta una riforma della polizia italiana; siamo arrivati — come si è

visto — per le esigenze non contraddittorie ma univoche della democrazia cristiana e del Governo, a passare semplicemente ad una proposta di riforma di una parte della polizia, del Corpo della pubblica sicurezza, disattendendo le lotte e le esigenze di un perimetro molto più vasto (carabinieri, Guardia di finanza). Lo si è fatto — si è detto — per ragioni di rapidità. Sono passati ormai dall'inizio della nostra legislatura il doppio dei termini totali che il nostro regolamento prevede come possibili per la analisi compiuta di un progetto di legge, e adesso si vuol prorogare ulteriormente tali termini. Questo è un modo, in realtà, per continuare a chinare il capo dinanzi a volontà extraparlamentari e di fatto rendere subalterna la volontà del Parlamento nei confronti di queste altre forze. E come sempre quando si è subalterni non si può rispettare un regolamento basato sulla non subalternità del potere legislativo rispetto all'esecutivo. Ed è da queste premesse che discende tutta questa putrefazione costante delle leggi, delle riforme, dei termini, che diventano di sedici, di ventiquattro, di ventotto mesi. Dinanzi a quello che i colleghi comunisti per primi hanno detto, gridando in Commissione e sui loro giornali, non capisco perché bisogna dare quattro mesi, salvo poi attendersi la liberalità preannunciata dal presidente Mammi di non usarli tutti, questi quattro mesi. Io credo che noi abbiamo il diritto-dovere di dire al Governo che ha il dovere di rispondere subito, e che, dopo sedici mesi di tempo che abbiamo avuto e dopo dieci mesi di presa in considerazione, per il 20 gennaio l'aula ha il diritto di attendersi finalmente il progetto di riforma della polizia.

Quindi, signor Presidente, la mia proposta formale è che il progetto di riforma sia portato all'esame dell'Assemblea non tra quattro mesi (sicché il ministro Cossiga potrà di nuovo far gridare allo scandalo il collega Flamigni ad aprile!), ma tra il 20 e il 25 gennaio, perché abbiamo tutto il tempo tecnico necessario per arrivare a concludere questa prima fase di una riforma, che tutti dicono importante, ma che sta diventando sempre meno importante, e che ha ancora un *iter* da compiere, al Senato, con rischi di nuove elezioni e via dicendo, sicché poi ci saremmo fatti tur-lupinare in nome della serietà, della prudenza, dei compromessi, così che la riforma, quando verrà fuori, verrà fuori in

una situazione tanto putrefatta che non servirà più a nulla.

PRESIDENTE. Onorevole Pannella, a parte il merito delle questioni da lei sollevate, in cui non entro, debbo farle osservare che la proposta della Presidenza all'Assemblea di fissare — su richiesta della Commissione — un ulteriore termine (nella fattispecie di quattro mesi) alla Commissione stessa per riferire, costituisce un atto dovuto, ai sensi dell'articolo 81, quarto comma, del regolamento. La Presidenza è, in questo caso, puro e semplice *nuncius* delle richieste della Commissione.

FRANCHI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FRANCHI. Signor Presidente, onorevoli colleghi (*Commenti a sinistra*). Poi mi spiegherò, abbiate la bontà di ascoltarmi, perché accadono cose non strane, ma sconcertanti attorno a questa riforma!

Intanto prendo atto che l'onorevole Pannella questa sera — se ho ben compreso — ha rinunciato alla richiesta originaria, di chiedere cioè la iscrizione immediata dei vari progetti di legge all'ordine del giorno dell'Assemblea (*Interruzione del deputato Pannella — Commenti*).

Signor Presidente, evidentemente una proposta di quel genere avrebbe comportato, qualora fosse stata approvata, non lo slittamento, ma l'insabbiamento perpetuo della riforma. Si sono avuti nove mesi di discussione in Comitato ristretto, oltre ai mesi precedentemente perduti: figuriamoci se l'Assemblea è in grado di formulare un testo unificato dei singoli progetti di legge, che presentano articolati che oscillano dai 40 agli 80 articoli! Dunque, si sarebbe avuto l'insabbiamento totale della riforma.

La richiesta di oggi è una richiesta — mi consenta l'onorevole Pannella — assurda, tenendo tra l'altro conto del particolare non trascurabile della interruzione dei lavori parlamentari per le festività natalizie. Entro il 20 gennaio il Comitato ristretto non riuscirà a fare niente, se non quelle cose che potrebbe fare e che io mi permetterò di segnalare come controproposta. Non è possibile, dicevo, pensare di accogliere la proposta dell'onorevole Pannella perché vi è stato un altro particolare, un fatto sconcertante del quale il partito comunista — ecco i fatti strani! — non si è lamentato. Dopo che la democrazia cristiana

ha presentato una proposta fondata sulla smilitarizzazione del Corpo; dopo che la democrazia cristiana ha contribuito ad elaborare il primo testo (mese di luglio) del Comitato ristretto fondato sulla smilitarizzazione del Corpo, dopo che ha contribuito ad elaborare il secondo testo unificato del Comitato ristretto, che è l'ultimo grido della moda, fondato sulla smilitarizzazione, tre giorni fa l'onorevole Mazzola scopre l'America e dice che il Corpo non si può smilitarizzare! Dopo di che, signor Presidente, è possibile in poche battute rielaborare l'intero impianto della legge? Non è possibile! Se la democrazia cristiana avesse accolto dieci mesi fa questa tesi, alla quale oggi aderisce (era la nostra tesi!), noi non avremmo lavorato invano, come oggi siamo costretti a dichiarare.

Mi permetto allora di avanzare la nostra proposta che è una proposta di brevissima proroga, che può essere anche fino al 10 gennaio, giorno della ripresa dei lavori parlamentari, a condizione che la Commissione operi lo stralcio immediato di tutte quelle norme sulle quali c'è l'accordo di tutti i gruppi, e che riguardano l'orario di servizio, il pagamento degli straordinari al personale, il riposo festivo, il recupero delle giornate festive lavorate e tutti quegli altri miglioramenti in tema di condizioni di lavoro.

Per quale motivo, infatti, mentre si lavora da parte di qualcuno per far naufragare la riforma, noi dovremmo far naufragare anche questi miglioramenti? Occorrono dieci minuti per approvare uno stralcio! Quindi, la nostra proposta è quella di una proroga condizionata ad operare lo stralcio per garantire immediatamente i miglioramenti normativi ed economici a tutta la categoria; e propongo, in proposito, la data del 10 gennaio. Per la riforma siamo nelle mani (stavo per dire di Dio) del partito comunista e della democrazia cristiana.

MAMMI, *Presidente della Commissione*.
Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAMMI, *Presidente della Commissione*.
Non sono un così attento studioso del regolamento da poter scendere in polemica con l'onorevole Pannella sul terreno dei vari articoli; né sono un così colto e profondo conoscitore della filosofia gentiliana

per dire se il comportamento della Commissione che ho l'onore di presiedere sia stato o meno gentiliano. Devo però dire che respingo, a nome di tutta la Commissione e — se in questa occasione mi fosse consentito e se avessi sufficiente autorevolezza per farlo — a nome del Parlamento, le accuse di subalternità e di attendere il via che l'onorevole Pannella ha rivolto ad una Commissione parlamentare. Le respingo non con le parole, ma con i fatti, onorevole Pannella, perché — me lo consente — è un po' troppo abile a far risalire questa vicenda alla data del 29 luglio 1976, un mese dopo le elezioni di quello anno, cioè alla prima proposta di legge presentata in materia da parte di un gruppo parlamentare. Respingo queste accuse perché, se anomalia vi è — ed è una anomalia che sottolineo in termini di critica anche nei riguardi di quel « mio » Governo cui lei ha fatto riferimento — è che si affronti la riforma della polizia, una delle riforme istituzionali più importanti, in assenza di quel punto indispensabile di riferimento che è costituito da un disegno di legge governativo. È stato un fatto di responsabilità, di autonomia e di indipendenza del Parlamento, se questo ha ritenuto di farsi carico del problema in assenza di quel punto di riferimento, contribuendo con ciò ad attenuare le tensioni all'interno del Corpo della polizia in un momento particolarmente difficile.

Respingo tali accuse con i fatti, perché è vero che abbiamo atteso, come dovevamo attendere, il 15 febbraio; ma è anche vero che l'ufficio di presidenza della Commissione, forse fiscalmente, il 16 febbraio ha inviato una lettera al ministro per sollecitare la presentazione del disegno di legge governativo; ed è vero che abbiamo cominciato in aprile l'esame in Commissione delle proposte di legge presentate. Abbiamo doverosamente dovuto attendere (perché la democrazia non è fatta di punti e virgole di un regolamento) che il gruppo parlamentare del partito di maggioranza relativa presentasse una sua proposta di legge; e alla fine di aprile abbiamo nominato il Comitato ristretto.

Il Comitato ristretto ha iniziato i propri lavori il 4 maggio e li ha sospesi a fine luglio, dopo aver redatto una prima bozza (anche per poter raccogliere il contributo di apporti esterni al Parlamento, degli interessati) per riprenderli il 21 settembre. Quindi, con cinque mesi scarsi di lavoro;

con sessantadue sedute (cioè, tre sedute alla settimana), ha redatto un testo con cui è riuscito ad unificare, con una larghissima maggioranza di consensi in Commissione, tutti i punti della riforma, tranne il problema ancora controverso del sindacato, e ha fissato le repliche del relatore e del Governo per la seduta di mercoledì 14 dicembre.

Vorrei sapere quale sia stata, in questo iter, la subalternità del Parlamento nei confronti dell'esecutivo; in che cosa il Parlamento abbia mancato, nel corso di questo iter, quanto a rivendicare le sue attribuzioni.

Certo, onorevole Pannella....

FRANCHI. Ci hanno dato il giocattolo, onorevole Mammi! Lei, probabilmente, è una vittima!

MAMMI, *Presidente della Commissione*. Non so se ci abbiano dato il giocattolo, onorevole Franchi. Io, evidentemente, sono più ottimista di lei. So una cosa: noi stiamo facendo il nostro dovere, passo per passo; lo stiamo facendo nel rispetto delle funzioni e dei compiti degli altri organi dello Stato; lo stiamo facendo nel rispetto reciproco tra gruppi parlamentari; ma stiamo facendo passo per passo il nostro dovere, e stiamo facendo politica, nell'accezione più nobile del termine, evitando qualsiasi motivo di carattere propagandistico.

POCHETTI. L'onorevole Pannella faceva parte del Comitato ristretto, ma non vi è mai andato!

MAMMI, *Presidente della Commissione*. Vorrei dire ancora che mercoledì 14 dicembre avrebbero dovuto aver luogo le repliche del relatore e del ministro Cossiga. Per l'indisposizione che lo ha colpito, non vi è stata la replica del ministro, mentre vi è stata quella del relatore. Al termine di questa, l'onorevole Pannella ha chiesto la convocazione della Commissione per venerdì 16, con all'ordine del giorno la replica del ministro e, in assenza di tale replica, il passaggio all'esame degli articoli. La Commissione ne ha discusso, deliberando la convocazione del suo ufficio di presidenza per il giorno successivo.

In Commissione prima, e poi in ufficio di presidenza, ci si è trovati di fronte al richiamo — per altro lealmente preannun-

ciato dall'onorevole Pannella — all'articolo 81, quarto comma, del regolamento, ed è prevalsa nell'ufficio di presidenza della Commissione l'opinione che, entro un ragionevole lasso di tempo, nulla dovesse essere fatto dalla Commissione che esentasse (quanta subalternità!) il ministro ed il Governo dal dovere di replica e di proposta, in una materia concernente una riforma istituzionale che compete al ministro e al Governo e sulla quale ministro e Governo hanno il dovere, prima ancora che il diritto, di pronunciarsi.

L'ufficio di presidenza della Commissione, di fronte alla richiesta dell'onorevole Pannella, ha convocato la Commissione per il giorno successivo ed ha proposto alla Commissione stessa di chiedere la proroga di quattro mesi del termine per riferire all'Assemblea. Infatti, è vero che il primo comma dell'articolo 81 prevede che le relazioni delle Commissioni siano presentate all'Assemblea nel termine massimo di quattro mesi dall'assegnazione del progetto; ma è anche vero che, scaduti tali termini, il quarto comma di quello stesso articolo prevede un potere di iniziativa, esercitato dai proponenti, da un presidente di gruppo o da dieci deputati, perché il provvedimento sia iscritto all'ordine del giorno dell'Assemblea. Tale iniziativa è stata assunta dall'onorevole Pannella. Dirò subito, concludendo, perché abbiamo chiesto il massimo termine di proroga consentito, e spiegherò perché sono contrario alla proposta, già presentata in Commissione e di cui abbiamo discusso, avanzata dall'onorevole Franchi.

Non vi è dubbio che l'iscrizione delle proposte di legge all'ordine del giorno dell'Assemblea costituirebbe l'insabbiamento della riforma. Se avessi il suo temperamento, onorevole Pannella, direi perché e per chi. Io dico semplicemente che lei si è sbagliato. In buonissima fede, lei si è sbagliato. Non ho l'abitudine (evidentemente, sono meno sospettoso di quanto lei stesso non sia) di cercare i retroscena, di cercare le subalternità. Non vi è dubbio che la sua iniziativa potrebbe significare l'insabbiamento della riforma. Dico semplicemente che lei si è sbagliato; non chiedo né perché né per chi, perché credo non vi siano né un perché né un per chi che siano diversi da quello che si è appena detto. Lei si è sbagliato.

Per quanto riguarda la proposta presentata dall'onorevole Franchi, ricorderò che

ci è capitato di fare riforme ospedaliere per gli ospedalieri; non vorrei che la riforma sanitaria diventasse la riforma dei medici. Quando si stralcia, si rischia di fare, ad esempio, la riforma della polizia per i poliziotti. No, dobbiamo farla invece per l'ordine democratico e per la sicurezza pubblica.

FRANCHI. Ma le norme di cui ho parlato riguardano l'efficienza!

MAMMI, *Presidente della Commissione*. Ritengo sia opportuno guardare con una certa ostilità agli stralci. Abbiamo richiesto il termine massimo previsto dal regolamento per la presentazione della relazione perché non abbiamo sulle ginocchia il futuro, non ci sentiamo Giove; quindi ribadiamo tale richiesta, pur sapendo che tecnicamente, nel giro di pochissimo tempo, in una settimana al massimo, sarebbe possibile affrontare il testo unificato e presentare all'Assemblea la relazione. I 60 articoli sui quali si è manifestato così largo consenso in Comitato ristretto potrebbero essere esaminati ed approvati nei tempi che ho indicato. Non sappiamo cosa ci attenda il 10 gennaio. Non abbiamo - ripeto - il futuro sulle ginocchia e, piuttosto che insabbiare questa riforma, preferiamo la prudenza di richiedere il termine massimo consentito dal regolamento per presentare la relazione; tanto più che, in questa ipotesi, il termine non sarebbe ulteriormente prorogabile.

PAZZAGLIA. Non basterà il tempo richiesto, se fate questi ragionamenti!

MAMMI, *Presidente della Commissione*. Ringrazio la Presidenza per avermi concesso di prendere la parola e, a nome della Commissione, chiedo all'Assemblea di concedere la richiesta proroga di quattro mesi per la presentazione della relazione.

FRANCHI. Dopo quello che ha detto Mazzola dovrete rifare tutto!

PRESIDENTE. Pongo in votazione la proposta della Presidenza di concedere, su richiesta della II Commissione (Interni), un ulteriore termine di 4 mesi per riferire sui progetti di legge concernenti la riforma della pubblica sicurezza.

(È approvata).

Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.

PRESIDENTE. A norma del primo comma dell'articolo 72 del regolamento, i seguenti progetti di legge sono deferiti alle sottoindicate Commissioni in sede referente:

II Commissione (Interni):

BOFFARDI INES ed altri: « Riconoscimento agli effetti civili quali enti ecclesiastici degli ospedali evangelici di Genova e di Napoli » (1918) (con parere della I e della XIV Commissione);

III Commissione (Esteri):

« Ratifica ed esecuzione delle convenzioni nn. 74, 109, 129, 132, 134, 135, 136, 137, 138 e 139, dell'Organizzazione internazionale del lavoro » (1109) (con parere della IX, della X e della XIII Commissione);

V Commissione (Bilancio):

« Variazioni al bilancio dello Stato ed a quelli delle aziende autonome per l'anno finanziario 1977 (terzo provvedimento) » (1844) (con parere della I, della II, della III, della IV, della VI, della VII, della VIII, della IX, della X, della XI, della XII, della XIII e della XIV Commissione);

VIII Commissione (Istruzione):

ZANONE ed altri: « Modifiche alla legge 26 luglio 1973, n. 438, concernente nuovo ordinamento dell'ente autonomo "La Biennale di Venezia" » (1858) (con parere della I Commissione);

SCALIA: « Istituzione dell'albo nazionale dei traduttori e degli interpreti » (1879) (con parere della I, della IV e della XII Commissione);

X Commissione (Trasporti):

PICCINELLI ed altri: « Nuove disposizioni in materia di circolazione dei ciclomotori » (1864) (con parere della III, della IV, della IX e della XII Commissione).

Annuncio di interrogazioni.

MORINI, *Segretario*, legge le interrogazioni pervenute alla Presidenza.

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

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

Martedì 20 dicembre 1977, alle 11:

1. — *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.*

2. — *Discussione del disegno di legge:*

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 ottobre 1977, n. 778, concernente provvedimenti urgenti sulla pro-

roga dei contratti di locazione e di sublocazione degli immobili urbani (*approvato dal Senato*) (1912);

— *Relatore:* Boldrin.

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

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

— *Relatore:* Labriola.

4. — *Discussione della proposta di legge (ai sensi dell'articolo 81, comma 4, del Regolamento):*

MELLINI ed altri: Istituzione di una commissione parlamentare d'inchiesta sulle vicende che hanno determinato la fine della detenzione del criminale di guerra Herbert Kappler (*Urgenza*) (1742);

— *Relatore:* Accame.

La seduta termina alle 21,10.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DEI RESOCONTI
Avv. DARIO CASSANELLO

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
Dott. MANLIO ROSSI

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 19 DICEMBRE 1977

INTERROGAZIONI ANNUNZiate

INTERROGAZIONE
A RISPOSTA IN COMMISSIONE

BELLOCCHIO, BERNARDINI E MARZANO. — *Al Ministro del tesoro.* — Per sapere se sia a conoscenza dello sciopero effettuato negli scorsi giorni dal personale del Banco di Napoli per protestare contro l'atteggiamento della direzione che intenderebbe sia procedere alla ristrutturazione aziendale senza un preliminare confronto con il sindacato che all'attuazione di delibere di promozioni che per essere « di comodo » non potrebbero non avere un carattere discriminatorio;

per conoscere quali provvedimenti intenda attuare per impedire quanto denunciato dalle organizzazioni sindacali e perché più in generale il Banco recuperi quel tasso di produttività perduto nel corso degli anni trascorsi per la sua gestione clientelare, al fine di fargli assolvere il compito istituzionale di istituto di credito nell'interesse dell'economia meridionale.

(5-00982)

INTERROGAZIONI
A RISPOSTA SCRITTA

AMALFITANO. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per sapere:

se è informato di quanto accaduto nei giorni scorsi nella Casa circondariale di Taranto ad un ragazzo sedicenne, che, secondo quanto scritto da *La Gazzetta del Mezzogiorno* del 15 dicembre 1977, è stato oggetto di ignobile violenza;

quali provvedimenti e quali precauzioni si intendano prendere ai fini di accertare responsabilità ed evitare ulteriori episodi disdicevoli;

quali motivi ostano alla istituzione di una sezione di custodia per minori, vistone la necessità;

come si intende provvedere alla penuria del personale di custodia, causa prima di quanto avvenuto;

per quali motivi i lavori per la costruzione della nuova Casa circondariale in Taranto (oggetto di una precedente interrogazione dell'interrogante al Ministro dei lavori pubblici e allo stesso Ministro di grazia e giustizia, rimasta ancora inevasa) pur espletata la gara di appalto, ancora non sono iniziati. (4-04183)

FRASCA. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri del lavoro e previdenza sociale e dei beni culturali e ambientali.* — Per conoscere -

premessi che da 17 mesi i lavoratori del *Giornale d'Italia*, chiuso il 24 luglio 1976 dal cavaliere del lavoro Attilio Monti, occupano lo stabilimento romano di via Appia Nuova 696;

che il corpo redazionale si è riunito nella « Cooperativa romana giornalisti tra redattori del *Giornale d'Italia* »;

considerato che il gruppo Monti ha clamorosamente violato l'accordo firmato dinanzi al Governo e con i massimi rappresentanti sindacali dei giornalisti e dei poligrafici nella notte del 27 gennaio 1976;

tenuto conto che tale accordo, raggiunto dopo un difficile negoziato, prevedeva l'invio in cassa integrazione di 71 tra operai e impiegati e la riduzione a 40 dei giornalisti « per consentire la riorganizzazione dell'azienda e il rilancio del giornale »;

considerato che i giornalisti e i poligrafici hanno scrupolosamente rispettato, per la onerosa parte che li riguardava, l'impegno sottoscritto -

se e quali responsabilità possano ravvisarsi nel comportamento di un imprenditore, nella fattispecie il cavaliere del lavoro Monti, che dopo avere chiesto e ottenuto sei mesi di cassa integrazione per 71 propri dipendenti, onde « procedere alla ristrutturazione aziendale », decide di liquidare l'azienda (e di chiudere *Il Giornale d'Italia* trenta giorni dopo, e non trenta giorni prima, delle elezioni politiche).

L'interrogante chiede inoltre di sapere quali iniziative vi sono state o sono eventualmente in corso per ridare lavoro ai poligrafici del *Giornale d'Italia* e per restituire ai lettori e al patrimonio culturale del paese una testata che per tre quarti di secolo ha servito la causa della libertà.

L'interrogante desidera anche sapere quale sorte è stata riservata all'archivio del *Giornale d'Italia*, in cui, a partire dal lon-

tano 1901, erano state raccolte importanti testimonianze degli avvenimenti politici, sociali e culturali del paese. Di tale archivio, preziosa fonte di informazioni per ricercatori e studiosi, soltanto una minima parte, costituita da ritagli e fotografie degli ultimi anni, sarebbe malamente conservata in una piccola stanza dello stabilimento romano di via Appia Nuova. (4-04184)

CONCHIGLIA CALASSO CRISTINA. — *Al Ministro del tesoro.* — Per sapere — premesso che il militare in congedo Cesare De Masi chiedeva a suo tempo che gli venisse corrisposta la pensione di guerra per malattia contratta in servizio e per causa di servizio.

Su tale domanda, mentre la commissione medica di Taranto proponeva il De Masi per l'ottava categoria, rinnovabile, per due anni, il Ministero del tesoro (Direzione generale delle pensioni di guerra) emetteva decreto negativo.

Il De Masi sentendosi leso nei suoi diritti e divenuto nel frattempo inabile per aggravamento della sua infermità, inoltrava ricorso alla Corte dei conti la cui Procura generale lo iscriveva col n. 770341.

La Corte dei conti sollecitata dall'interrogante ha risposto che il suddetto ricorso è stato trasmesso in data 29 luglio 1972 con elenco n. 5028 al Ministero del tesoro ai fini del riesame amministrativo ai sensi dell'articolo 13 della legge 27 agosto 1971, n. 585 — se crede il Ministro di dovere intervenire per ottenere il riesame del ricorso giacente fin dal 1972 presso la Direzione generale delle pensioni di guerra. (4-04185)

BIANCO. — *Ai Ministri delle poste e telecomunicazioni e delle partecipazioni statali.* — Per conoscere quali ostacoli si frappongano alla attivazione della seconda rete televisiva nei comuni di Piaggine (Salerno), Valle dell'Angelo e Laurino (Salerno) e del comune di Mercogliano (Avellino).

L'interrogante fa presente che un notevole malumore serpeggia fra le popolazioni dei detti comuni che si vedono private di un servizio al quale avrebbero diritto in virtù del canone televisivo regolarmente pagato.

L'interrogante chiede di conoscere quali provvedimenti si intendano adottare per risolvere il problema. (4-04186)

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 19 DICEMBRE 1977

**INTERROGAZIONI
A RISPOSTA ORALE**

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dell'interno per conoscere il risultato delle indagini sul criminale attentato alla sede dell'Unione monarchica italiana di Milano che ha causato ingentissimi danni e solo per miracolo non ha provocato una strage;

per conoscere, inoltre, le sue valutazioni sul comportamento dei dirigenti della questura di Milano che, messi sull'avviso da tentativi di assalto alla sede verificatisi nei giorni precedenti, non abbiano ritenuto disporre alcun servizio di protezione o di difesa;

per conoscere, infine, quali provvedimenti intenda adottare il Governo per assicurare il più possibile i cittadini in ordine alla ormai intollerabile orchestrata violenza e criminalità che imperversa nel paese.

(3-02289)

« COVELLI, DELFINO ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dell'interno per conoscere come si sono svolti i fatti che hanno determinato la devastazione della sede della Unione monarchica nell'imminenza di una tavola rotonda sull'anticomunismo e di un locale allestito da Comunione e Liberazione presso l'Istituto di chimica della Facoltà di scienze.

« Gli interroganti chiedono altresì di sapere quali indagini sono state svolte o sono in via di svolgimento per la identificazione dei responsabili e quali i risultati.

« Gli interroganti chiedono infine di conoscere quali provvedimenti il Ministro intenda prendere per tutelare le libertà costituzionali di tutti i cittadini e a tutte le associazioni.

(3-02290)

« BOLLATI, SERVELLO ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro dell'interno per conoscere le sue valutazioni sulla opportunità di mantenere al comando dell'Accademia di polizia un generale che si è ripetutamente esposto e compromesso con atteggiamenti e con attive

presenze in irrituali demagogiche assemblee per la sindacalizzazione e la smilitarizzazione della polizia e ancor di più con dichiarazioni come quelle recenti relative a ciò che sarebbe avvenuto nella caserma "Castro Pretorio" a seguito delle ultime manifestazioni di criminale violenza nella capitale, dichiarazioni che si sono rivelate polemiche nei confronti dei solerti dirigenti della questura romana e pressoché solidali con i peggiori denigratori ed aggressori delle forze dell'ordine.

(3-02291)

« COVELLI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dell'interno, per conoscere quali provvedimenti intenda adottare nei confronti dei responsabili dei pestaggi avvenuti il 12 dicembre 1977 nella caserma di Castro Pretorio contro alcune decine di giovani fermati durante i concentramenti che si svolgevano in vari punti della città di Roma. Molti di questi giovani fermati erano completamente estranei alla manifestazione.

« Per conoscere il motivo per cui i fermati sono stati condotti in questa caserma e non in questura come vuole la prassi normale adottata in questi casi.

(3-02292) « CORVISIERI, CASTELLINA LUCIANA, MILANI ELISEO, MAGRI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro degli affari esteri, per conoscere se risponde a verità la notizia diffusa dagli studenti democratici iraniani in Italia secondo cui la Savak (la polizia segreta iraniana) agisce indisturbata nel nostro paese minacciando gli studenti iraniani e prendendo informazioni sui cittadini italiani che condannano il regime fascista dell'Iran.

« Per conoscere come sia possibile che la Savak possa agire indisturbata e quali provvedimenti intenda prendere per salvaguardare i diritti degli studenti iraniani in Italia e dei cittadini italiani sorvegliati dagli agenti della Savak.

(3-02293) « CASTELLINA LUCIANA, CORVISIERI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri dell'agricoltura e foreste, del bilancio e programmazione economica, delle

partecipazioni statali e dell'industria, commercio e artigianato, per sapere:

se siano a conoscenza dell'occupazione dello zuccherificio "Cirio" di Capua (Casserta) avvenuta negli scorsi giorni da parte dei produttori di bietole a seguito del mancato pagamento (da oltre 5 mesi) dell'acconto sulle loro spettanze, così come previsto da regolare contratto sottoscritto dalle parti;

come giudicano l'atteggiamento della Cirio, quando si pensi che analoga inadempienza è da rilevarsi anche nei confronti dei produttori di pomodoro, e che essendo un'azienda a partecipazione statale avrebbe il dovere più di ogni altra azienda di onorare gli impegni;

quali provvedimenti urgenti s'intendono adottare al fine di indurre la Cirio al rispetto degli accordi interprofessionali che prevedono addirittura il saldo delle spettanze entro la fine del corrente anno.

(3-02294) « BELLOCCHIO, BROCCOLI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro di grazia e giustizia, per conoscere se non ritenga di intervenire con urgenza presso il Consiglio superiore della magistratura per rappresentare la necessità di assegnare il personale necessario al Tribunale ed alla Procura della Repubblica di Tempio Pausania presso i quali sono in servizio, rispettivamente, il presidente con il giudice istruttore, ed il sostituto procuratore della Repubblica.

« L'interrogante fa presente che l'unica attività del Tribunale è quella che può essere svolta dal presidente e dal giudice istruttore, oltre qualche udienza penale tenuta chiamando a far parte del Collegio pretori anche onorari.

(3-02295) « PAZZAGLIA ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri per conoscere se risponde a verità la notizia che circola per cui il mensile *Oltreconfine*, che si pubblica a Stoccarda sarebbe stato escluso dalla ripartizione dei contributi previsti dalla legge che prevede provvidenze a favore della stampa italiana all'estero, per il secondo semestre del 1975.

« Se la notizia è esatta, gli interroganti chiedono di sapere i motivi che hanno portato all'esclusione, che rappresenta una di-

scriminazione e atto gravemente arbitrario, ai danni di un periodico che da otto anni ininterrottamente assolve alla sua funzione di formazione e informazione dei nostri emigrati in Europa, funzione che è stata riconosciuta dallo stesso Ministero degli affari esteri e dall'organo tecnico dell'Unione stampa periodica italiana che hanno espresso parere favorevole al finanziamento.

« Se quanto sopra è vero, gli interroganti chiedono di conoscere quali provvedimenti si intendano prendere per riparare all'atto antidemocratico e di palese ingiustizia che, trattandosi di denaro, può determinare anche responsabilità di carattere penale.

(3-02296) « TREMAGLIA, PAZZAGLIA ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri dell'interno e della pubblica istruzione, per sapere - in relazione al gravissimo episodio avvenuto nella scuola media "Giorgio Scalia" nel quartiere Primavalle a Roma, dove a seguito della sparizione di un portafogli contenente undicimila lire, oltre cinquecento ragazzi sono stati perquisiti da agenti di polizia chiamati dal preside dell'istituto, trattenuti all'interno della scuola oltre l'orario fino al compimento "dell'operazione" di polizia, mentre veniva impedito ai genitori, in attesa all'esterno, qualsiasi contatto con i loro figli e il preside rifiutava di informare gli stessi di quanto stava accadendo -:

se gli organi competenti hanno avviato una urgente e rigorosa inchiesta;

se prima di chiamare la polizia e di consentire la perquisizione di massa il preside ha consultato il Provveditore agli studi e gli organi ministeriali;

se si ritiene comunque il comportamento del preside e di alcuni insegnanti, che con esso hanno collaborato, incompatibile con la funzione di direzione e di responsabilità della formazione educativa di un così gran numero di giovanissimi;

quale funzionario di polizia ha impartito la odiosa direttiva di procedere ad una operazione così pesante e intimidatoria nei confronti di centinaia di ragazzi, poco più che bambini, all'interno di una istituzione scolastica.

(3-02297) « CIAI TRIVELLI ANNA MARIA, GIANNANTONI, POCETTI, CANULLO, TOZZETTI, VACCARO MELUCCO ALESSANDRA ».

VII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 19 DICEMBRE 1977

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dell'interno, per conoscere - in relazione alle notizie e alle testimonianze apparse sulla stampa, riguardanti i gravi episodi di violenza messi in atto da appartenenti alle forze di polizia nei confronti dei giovani fermati durante la manifestazione del 12 dicembre 1977, avvenuti lo stesso giorno all'interno della caserma della pubblica sicurezza di Castro Pretorio a Roma -:

se corrisponda a verità che si è trattato di un intervento preordinato con chiaro intervento provocatorio, messo in atto da un gruppo operativo presente all'interno della caserma di Castro Pretorio;

quali funzionari e quali ufficiali avevano la responsabilità di dirigere e di controllare l'operato degli agenti e dei graduati a disposizione;

da chi e in relazione a quali elementi è stata impartita la direttiva, ovvero è partita la indicazione di procedere ai pestaggi e al lancio di lacrimogeni all'interno dei locali dove erano stati rinchiusi i fermati in attesa della identificazione;

quali provvedimenti siano stati adottati per individuare e quindi punire severamente sia gli esecutori sia i responsabili delle inaudite e intollerabili violenze, dalle quali per altro si sono dissociate, stigmatizzando, la gran parte delle forze dell'ordine in servizio presso la caserma di Castro Pretorio.

(3-02298) « CIAI TRIVELLI ANNA MARIA, FLAMIGNI, POCHETTI, D'ALESSIO, CANULLO, COCCIA, TREZZINI ».

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO