

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

## RESOCONTO STENOGRAFICO

359.

### SEDUTA DI VENERDÌ 4 OTTOBRE 1985

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ALDO ANIASI

#### INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Missione</b> . . . . .	31697	<b>ARTIOLI ROSSELLA (PSI)</b> . . . . .	31701
<b>Disegni di legge:</b>		<b>DEGAN COSTANTE, Ministro della sanità</b>	31701
(Annunzio) . . . . .	31697	<b>GUERZONI LUCIANO (Sin. Ind.)</b> . . . . .	31703
<b>Proposte di legge:</b>		<b>LUSSIGNOLI FRANCESCO (DC), Relatore</b>	31698
(Annunzio) . . . . .	31697	<b>MUSCARDINI PALLI CRISTIANA (MSI-DN)</b>	31708
<b>Disegno di legge (Discussione):</b>		<b>PASTORE ALDO (PCI)</b> . . . . .	31712, 31715
S. 195-quater-256-bis. — Norme per la		<b>RONCHI EDOARDO (DP)</b> . . . . .	31719
programmazione sanitaria e per il			
piano sanitario triennale 1986-1988		<b>Interrogazioni e interpellanza:</b>	
<i>(approvato dal Senato)</i> (2981).		(Annunzio) . . . . .	31721
<b>PRESIDENTE</b> . . . . .	31698, 31701, 31703,	<b>Ordine del giorno della prossima se-</b>	
	31708, 31712, 31719, 31721	duta . . . . .	31721

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

---

**La seduta comincia alle 9,30.**

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

(È approvato).

**Missione.**

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

**Annunzio di proposte di legge.**

PRESIDENTE. In data 3 ottobre 1985 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge dai deputati:

SANNELLA ed altri: «Modifica dell'articolo 9 della legge 18 marzo 1968, n. 444, sull'ordinamento della scuola materna statale» (3179);

LABRIOLA ed altri: «Modifiche ed integrazioni alla legge 13 maggio 1983, n. 197, relativa alla ristrutturazione della Cassa depositi e prestiti» (3180);

RONCHI ed altri: «Norme sull'obiezione di coscienza al servizio militare, sul servizio civile e sul servizio di difesa popolare non violenta» (3181);

RONCHI ed altri: «Rinnovo dei contratti di locazione di immobili adibiti ad uso abitativo in assenza di necessità del proprietario» (3182);

RONCHI ed altri: «Norme per la requisizione da parte dei sindaci di alloggi da assegnare a famiglie colpite da provvedimenti esecutivi di rilascio» (3183);

TESINI ed altri: «Concessione di un contributo straordinario all'università di Bologna per le celebrazioni del IX centenario della sua fondazione» (3184);

TIRABOSCHI ed altri: «Istituzione ed esercizio della professione di tributarista» (3186);

MARTINAT ed altri: «Istituzione del Servizio fiscale gratuito e norme relative al gratuito patrocinio in materia fiscale» (3187).

Saranno stampate e distribuite.

**Annunzio di un disegno di legge.**

PRESIDENTE. In data 3 ottobre 1985 è stato presentato alla Presidenza il seguente disegno di legge:

*dal Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato:*

«Modificazioni alla legge 6 agosto 1984, n. 431, concernente norme per il con-

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

trollo dei listini dei prezzi e delle condizioni di vendita dei prodotti siderurgici» (3185).

Sarà stampato e distribuito.

**Discussione del disegno di legge: S. 195-  
quater-256-bis: Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988 (approvato dal Senato) (2981).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge, già approvato dal Senato: Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988.

Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Il relatore, onorevole Lussignoli, ha facoltà di parlare.

FRANCESCO LUSSIGNOLI, *Relatore*. È al nostro esame il provvedimento n. 2981, recante norme per la programmazione sanitaria ed il piano sanitario triennale 1986-1988. Ritengo si tratti del provvedimento più atteso, da quanti operano nel settore sanitario, dall'approvazione della legge di riforma in poi: atteso perché considerato strumento indispensabile per qualsiasi ipotesi di razionalizzazione e utilizzo delle risorse esistenti e necessario per creare condizioni di governabilità nel settore; atteso anche perché la legge n. 833 prevedeva la sua approvazione entro un anno, cioè entro il 1979: purtroppo, ricevutolo nel novembre di quell'anno, il Senato ha licenziato il testo al nostro esame solo nel giugno 1985. Tutti noi sappiamo come il nostro paese nel suo insieme soffra gli effetti negativi di discorsi di programmazione mai o poco realizzati e si sia trovato, di fatto, a rincorrere nei consuntivi delle diverse sedi gli attivi ed i passivi della sua crescita, nonché ad esprimere soddisfazioni o lagnanze a cose fatte.

Almeno per la sanità, per la correzione in positivo dell'attuale situazione, che è da tutti sollecitata (nonché condivisa dal

sottoscritto e, credo, da questo Consesso), noi riteniamo fondamentale che si debba fare riferimento al piano e non a trattative improvvisate, annuali o semestrali, tra ministri o ministeri di diversa competenza.

Onorevoli colleghi, signor ministro, le norme di programmazione sanitaria e di piano per il triennio 1986-1988, contenute nel testo in esame, hanno la primaria finalità di fissare i livelli di prestazione che si intende garantire, di determinare in tempo utile — e credo che ciò sia fondamentale — la spesa per il triennio di durata del piano e di tendere ad uniformare il servizio sanitario sull'intero territorio nazionale: metodo e procedure, onorevoli colleghi, unanimemente condivisi nel dibattito al Senato ed in quello svolto in Commissione, in questo ramo del Parlamento, anche perché «conformi» — così leggiamo nell'articolo 1 del disegno di legge — «ai metodi ed agli obiettivi della programmazione socio-sanitaria nazionale». Ora, proprio in considerazione di questo ampio consenso sulle funzioni e sulle finalità, sembra difficile capire e spiegare il motivo di tanto ritardo. Ma non voglio insistere su un aspetto del quale a lungo si è parlato, in Commissione, e che ha rappresentato, presidente Casalnuovo, uno dei motivi che hanno indotto i commissari a procedere speditamente, approvando il testo senza emendamenti e rinviando a questa sede la decisione su eventuali proposte di modificazione.

Aggiungo che l'importanza del provvedimento e l'urgenza della sua approvazione sono aumentati, dal momento che il Parlamento ha cominciato l'esame della legge finanziaria per il 1986 che, almeno per quello che mi riguarda, non credo possa sbrigativamente o surrettiziamente sostituire o tentare di sostituire il piano, pena il riprodursi dei risultati negativi ripetutisi negli anni scorsi, come ritengo che i colleghi presenti non abbiano certo dimenticato.

Non credo che il Servizio sanitario nazionale sia ai livelli tracciati dalla stampa negli ultimi mesi. Ritengo, invece, che si-

curamente il Servizio debba essere corretto, sia nell'assetto sia nella organizzazione, per essere più vicino — queste erano, del resto, le intenzioni del legislatore quando approvò la legge n. 833 — ai malati e, dove è possibile, per evitare che le persone si ammalino; per essere più dinamico nelle risposte. Tutti, infatti, anche se non siamo medici, ci rendiamo conto che tali debbono essere sia la diagnosi sia la cura perché possano risultare efficaci.

È ingiusto affermare che si spende troppo. Va detto, invece, che in alcune situazioni si spende e si è speso male. Ritengo sia sbagliato pensare che basti tagliare le previsioni per spendere meno e meglio. Ripeto ancora che, a mio avviso, l'esperienza degli anni scorsi dovrebbe costituire per noi parlamentari, ma anche per il Governo, un monito da non trascurare.

Per quanto riguarda la spesa, mi sono impegnato a non tediare i colleghi soprattutto con cifre e dati, ma sarà bene tener presente che la percentuale media del 6 per cento del prodotto interno lordo che, signor ministro, riserviamo alla sanità, è fra le più basse tra i paesi industrializzati, cioè rispetto ai paesi con i quali ritengo che possiamo dignitosamente accettare il confronto.

Non è solo il relatore ad affermarlo: lo conferma, se necessario, una voce meno sospetta o meno dubbia di quanto possa essere quella del sottoscritto. Mi riferisco alla intervista, che credo abbiamo letto un po' tutti quanti questa settimana, dell'avvocato Agnelli, in cui, a proposito del *welfare state*, afferma che, se fossimo veramente un paese moderno, per sicurezza sociale o *welfare state*, spenderemmo meglio e di più.

Credo che questo riferimento sicuramente autorevole e non sospetto dovrebbe far riflettere, anche in relazione ad alcune affermazioni che spesso si sentono ripetere dentro e fuori di quest'aula.

Nel quadro di queste considerazioni trova ragione, colleghi, la proposta di programmazione e di piano di cui sono relatore, per il cui merito mi rimetto alla

relazione scritta, limitandomi in questa sede solo ad alcune sottolineature.

Innanzitutto desidero ribadire che il piano vero e proprio, in base alle norme che stiamo per approvare, sarà presentato entro 45 giorni. Contestualmente a tale piano il Governo presenterà un disegno di legge contenente le norme prelettive di applicazione e le norme di finanziamento.

So che a proposito delle norme di finanziamento vi sono preoccupazioni in relazione a quanto già contenuto nella legge finanziaria per il 1986 in discussione al Senato. Al riguardo mi permetto di anticipare, quanto meno come considerazione, che, se condividiamo l'importanza e la funzione del piano, nulla vieta di estrapolare, come già si è fatto in anni passati, quella parte per inserirla nel piano che il Governo presenterà.

Fra gli obiettivi della programmazione già contenuti nel testo rivestono particolare importanza le azioni programmate ed i progetti-obiettivo, per i quali sono stati identificati specifici settori di malattia o settori sociali che hanno bisogno di particolare assistenza sanitaria. A questo proposito, faccio presente che la Lega contro i tumori chiede giustamente di essere coinvolta, nel momento in cui si entrerà nel merito della attivazione di questi progetti, per la parte che si riferisce alle malattie neoplastiche.

Non sono mancate, rispetto a questi progetti, alcune critiche, anche da parte mia, soprattutto per alcune malattie che interessano larghi strati di popolazione, come il diabete mellito, le emopatie e altre che sono state indicate dai colleghi intervenuti in Commissione e che non sono state incluse nei progetti o nelle azioni programmate.

Pur rendendomi conto, signor ministro, che sarebbe facile fare una elencazione e che è più difficile individuare delle priorità, credo che ciò dovrà farlo il Governo, in quanto è indispensabile anche per dare concretezza al piano; tuttavia, anche qui ci troviamo di fronte ad una domanda, come sempre, di gran lunga superiore alle disponibilità e forse alle potenzialità.

Signor Presidente, non ci sono dubbi — mi rivolgo anche e soprattutto al ministro della sanità — che ogni qualvolta noi parliamo, anche nelle norme al nostro esame, di Servizio sanitario nazionale, ogni qualvolta parliamo di programmazione sanitaria, di piano e delle necessità di razionalizzare l'esistente, ci riferiamo alla parte pubblica e alla parte privata convenzionata. Quella del privato convenzionato è una componente che per qualità e serietà deve essere all'altezza della sua funzione, ma che tale non può essere se, come ho detto e scritto nella relazione che accompagna il testo in esame, viene considerata in posizione residuale o se in pratica ci si rivolge alla componente privata convenzionata in maniera discontinua. Credo che questo non sia il metodo migliore per consentire a queste strutture di svolgere la loro funzione in termini seri e qualificati come noi sottintendiamo.

Quindi, queste strutture devono sentirsi inserite a pieno titolo sapendo che a ciò, oltre alle affermazioni e alle dichiarazioni, può concorrere uno spazio definito nei piani poliennali e regionali; ma, aggiungo, che può concorrervi — non lo dico per attenuare quanto ho già affermato prima, ma perché ne sono fermamente convinto — anche la definizione meno equivoca delle compatibilità e delle incompatibilità del personale, soprattutto medico, che presta la sua opera con più rapporti di lavoro.

Da ultimo, credo che vada modificato — questa è la valutazione del relatore e sarò sicuramente attento a quanto diranno i colleghi nel dibattito che seguirà questa mia breve introduzione — lo stanziamento previsto per gli anni 1986, 1987 e 1988: mi riferisco all'articolo 12 del testo in esame, secondo quanto già è scritto nel disegno di legge della finanziaria per il 1986. I valori che troviamo al punto a) dell'articolo 12 — 129.300 miliardi per il triennio, 41.200 per il 1986, 43.220 per il 1987 e 44.950 per il 1988 — secondo la mia proposta debbono essere allineati con i valori già inseriti nella finanziaria 1986, per un totale triennale di

130.605 miliardi, di cui 41.600 per il 1986, con un aumento del 5 per cento per il 1987, per una cifra di 43.630 miliardi, e con un aumento del 4 per cento per il 1988, per una cifra pari a 45.375 miliardi.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, nella speranza che si possa procedere speditamente nell'esame del testo, e attento, come dicevo prima, ai suggerimenti e alle considerazioni che esprimerà il dibattito, non posso ignorare, come ultima osservazione, l'importanza determinante e il ruolo del Ministero della sanità rispetto alla funzionalità del Servizio sanitario nazionale. Il piano è stato esaltato non soltanto dal relatore, ma da tutti coloro che sono intervenuti al Senato e alla Camera, per non parlare delle valutazioni e delle sollecitazioni che abbiamo raccolto come Commissione sanità nell'indagine conoscitiva svolta in alcune regioni del territorio nazionale. Penso tuttavia che esso perderà la sua efficacia se non troverà una struttura ministeriale adeguata, in grado di esercitare con la necessaria autorevolezza la sua funzione di indirizzo e di controllo. È questa una esigenza già inserita nella legge n. 833, che finora ha avuto parziale risposta; credo che questa sia l'occasione per rispondere in modo concreto, creando gli strumenti necessari, a realizzare i contenuti del piano. Mi auguro quindi che, con l'approvazione del testo al nostro esame, si possa procedere al rinnovo degli organi delle unità sanitarie locali. Mi auguro, infatti, che il testo che è all'ordine del giorno della Camera per la settimana prossima possa essere approvato, e pertanto si possa procedere al rinnovo di quegli organi. Con l'approvazione anche dei piani regionali che dovranno seguire il piano sanitario nazionale, mi auguro che il Ministero possa essere messo in grado di svolgere la sua funzione, e che i cittadini ritrovino la necessaria fiducia nel piano dal momento che in Italia, questa è la mia convinzione, possediamo quanto meno potenzialità, professionalità e strutture in grado di dare una risposta soddisfacente (*Applausi*).

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

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

COSTANTE DEGAN, *Ministro della sanità*. Mi riservo di intervenire in sede di replica.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Artioli. Ne ha facoltà.

ROSSELLA ARTIOLI. Presidente, colleghi, ministro, credo che il clima politico che abbiamo respirato tanto in Commissione quanto oggi in aula sia di disagio rispetto ad un atto legislativo che avrebbe dovuto giungere, se non sbaglio, alla nostra attenzione già dal 1979, mentre siamo ormai nell'ottobre del 1985. Cerchiamo, per quanto possibile, di non rendere questo *iter* troppo burocratico e semplicemente ratificante, entrando, al contrario, nel merito delle singole questioni, nella piena consapevolezza dell'urgenza dell'approvazione del provvedimento; cercando, quindi, di non essere notai di un atto che tutti ci rendiamo conto deve rappresentare la struttura portante della legge n. 833.

Il provvedimento al nostro esame è, quindi, uno dei primi atti dovuti all'attuazione della legge di riforma sanitaria. I sei anni trascorsi sono stati molto lunghi e gravidi di conseguenze, spesso anche fonte di molte disfunzioni delle quali ci si lamenta nell'universo sanitario del nostro paese. Ne cito alcune. In primo luogo la difficoltà di programmazione per le regioni, dalla quale scaturisce una sorta di arlecchinata regionalistica con interventi difformi sul territorio nazionale e, quindi, con prestazioni differenziate per gli utenti.

Molti degli interventi attuati possono essere, in altri termini, definiti «tamponare». Del resto, mancando la struttura, e cioè mancando quelli che avrebbero dovuto essere i pilastri sui quali basare gli interventi legislativi, abbiamo dovuto «tamponare» tutte le disfunzioni esistenti. Probabilmente è mancata anche una visione organica di programmazione e di pianificazione sanitaria. La mancanza di

una tale solida cornice che avrebbe dovuto inquadrare la legge n. 833 ha dato origine a confronti, che definirei meri battibecchi, di carattere teorico tra riformisti e controriformisti della riforma. A volte i dibattiti teorici ci fanno sfuggire un approccio realistico e pragmatico nei confronti dei bisogni dei cittadini, avviandoci su strade che spesso portano a contrapposizioni poco produttive e poco costruttive.

Siamo perfettamente consapevoli che la legge n. 833 aveva come tessuto connettivo una filosofia ben precisa, cioè quella della programmazione sanitaria. Certamente i ritardi nell'approvazione del piano sono stati determinati anche dall'avvicinarsi delle legislature, quindi da cause esterne a coloro che avrebbero dovuto forse essere più solleciti nell'approvare il piano. Senza dubbio, però, ve ne sono state anche nel paese, ed hanno trovato veicoli abbastanza veloci interni ed esterni al Parlamento, spinte ed interessi corporativi che indubbiamente hanno rallentato l'*iter* del provvedimento, tant'è che il piano sanitario nazionale è stato delegificato con la legge finanziaria del 1984.

In ogni caso è inutile versare lacrime su ciò che si è perduto. Credo che, proprio in questo settore, non si debba procedere con la testa rivolta indietro e che, al contrario, si debba cercare di guardare avanti e tentare, anche se nel passato le carenze sono state particolarmente gravi, di provvedere per il futuro.

Bisogna fare però una riflessione. In questi sei anni di profonda meditazione per il varo del piano sanitario nazionale forse si poteva fare qualcosa di più, ed anche lo stesso provvedimento in esame non aggiunge molto di nuovo. Costituisce, però, un primo passo: tardivo ma dovuto. Noi ci auguriamo che sia un punto di partenza, da cui successivamente procedere per la presentazione sollecita del piano sanitario nazionale e delle norme precettive; e in questo senso, come partito socialista, diamo a questo voto il significato di un importante atto politico.

Come giustamente ricordava il relatore, il testo al nostro esame presenta discre-

panze con quello della legge finanziaria per il 1986, che devono essere assolutamente cancellate; esse riguardano non solo le cifre, ma anche i parametri dell'organizzazione ospedaliera ed i diritti alle prestazioni.

Rilevo che, se come membri della Commissione sanità avessimo potuto avere un'idea di quelli che saranno i contenuti precisi del piano sanitario nazionale, forse avremmo lavorato con maggiore capacità di incidere sul contenuto complessivo delle sue disposizioni. Ritengo, comunque, impellente la necessità di varare al più presto queste norme e, subito dopo, il testo del piano sanitario nazionale, che deve essere approvato dalle Camere perché ormai dobbiamo muoverci su schemi precisi e non possiamo più pensare di improvvisare.

È il paese che chiede di operare scelte prioritarie, di definire con precisione gli *standards*, nonché gli obiettivi e gli strumenti dell'organizzazione sanitaria. Ciò è tanto più importante perché richiediamo uniformità di intervento sul territorio nazionale da parte delle regioni, non fornendo più alibi per la mancata predisposizione di piani di razionalizzazione.

Per quanto riguarda il merito del provvedimento in discussione, il relatore nelle sue esposizioni, quella scritta e quella orale, è stato molto puntuale, per cui non credo sia il caso di ripercorrere terreni già percorsi. Vorrei solo sottolineare le due note positive più rilevanti di queste norme, e cioè le quattro azioni programmate e i cinque progetti-obiettivo. Oltre alla loro finalizzazione, credo sia importante la filosofia in cui si muovono: cioè in una logica a raggiera, dipartimentale o interdipartimentale, evitando gli interventi settoriali e i compartimenti stagno che fino ad oggi hanno caratterizzato l'esistenza delle strutture sanitarie e sono stati causa di scadimento e disfunzioni nel nostro servizio.

Per i progetti-obiettivo che riguardano le donne, gli anziani, i malati psichici, gli handicappati e i tossicodipendenti si è evidenziata l'interdipendenza che esiste

fra problemi ed interventi sanitari e problemi ed interventi sociali.

Come donna, mi permetto di sottolineare positivamente il fatto che tra i progetti-obiettivo al primo posto vi sia (non per ragioni di priorità) quello mirato alla salvaguardia della salute e alla prevenzione sanitaria per le donne.

Il gruppo socialista aveva presentato, nella precedente legislatura, una mozione, ed in questa legislatura alcune interrogazioni, per sollecitare su questo punto una soluzione. Ed una risposta, anche se parziale, è finalmente venuta con la definizione di questo progetto-obiettivo.

Come dicevo, il punto più importante è la filosofia di interdipendenza tra problemi sanitari e problemi sociali che ritroviamo in questo provvedimento. Voglio a questo proposito rivolgere un appello alla Presidenza affinché sia al più presto iscritta all'ordine del giorno della Camera la legge-quadro sull'assistenza, che ha una storia ancora più antica di quella del piano sanitario nazionale, visto che risale addirittura al 1972: bisognerebbe proprio riuscire a ragionare in termini di eternità per poter avere una sensazione meno sgradevole di fronte ai continui ritardi che accompagnano la nostra vita politica!

Una nota negativa (anche se non molto rilevante) è rappresentata, come ha già sottolineato il relatore, dalla esiguità delle spese in conto capitale, mentre sappiamo tutti quanto importanti siano gli investimenti in questo campo, essendo necessari per le ristrutturazioni ospedaliere e per ovviare all'obsolescenza delle attrezzature.

In sostanza, il partito socialista, pur consapevole delle luci e delle ombre che hanno accompagnato fino ad oggi il cammino di questo provvedimento (speriamo che in futuro si possa operare con maggiore celerità), ritiene che queste norme costituiscano un tassello importante per la realizzazione della programmazione e pianificazione sanitaria, soprattutto perché non dobbiamo ripetere gli errori degli anni passati, quando sono stati strumenti

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

impropri (come la legge finanziaria) ad occuparsi della pianificazione e programmazione sanitaria.

Da ciò l'urgenza che si possa addivenire nella prossima settimana, prima di procedere all'esame e alla votazione della legge finanziaria, all'approvazione di questo provvedimento. E il partito socialista, proprio per evitare pericoli di questo genere, che non farebbero che aumentare la confusione ed il senso di episodicità e di parzialità degli interventi in campo sanitario, è orientato a rendersi interprete di queste esigenze e quindi ad operare affinché si giunga al più presto all'approvazione di questo disegno di legge (*Applausi dei deputati del gruppo socialista*).

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

LUCIANO GUERZONI. Signor Presidente, colleghi, signor ministro, vorrei anche io sottolineare, così come hanno fatto i colleghi che mi hanno preceduto, l'importanza e la delicatezza del provvedimento in discussione. Importanza dovuta in primo luogo ad una ragione che potremmo definire di carattere storico, visto che la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale è del 1978 e prevedeva l'approvazione del piano entro il 1979: sono passati sei anni e tre legislature, ed oggi arriviamo finalmente alla discussione e, speriamo, all'approvazione di questo provvedimento, che dovrebbe dar luogo successivamente all'adozione del piano sanitario nazionale.

C'è anche una ragione di carattere politico che evidenzia l'importanza e la delicatezza del provvedimento in discussione: per un caso nell'andamento dell'*iter* politico e parlamentare, questo disegno di legge che reca norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988 di fatto viene ad intrecciarsi ed intersecarsi con il disegno di legge finanziaria per il 1986. È un intreccio, o meglio un pasticcio, casuale ma, nella sua casualità, rivelatore soprattutto dell'incredibile situazione che si è prodotta dopo la legge n. 833, istitutiva del

Servizio sanitario nazionale, la quale postulava, come fondamentale strumento di avvio di una politica sanitaria, un piano sanitario nazionale che non c'è stato. Di conseguenza, sono passati sei anni in cui si può dire che di fatto sia mancata una politica sanitaria, nel senso di una politica orientata secondo obiettivi programmati, convenuti e perseguiti.

Si è parlato spesso di sanità, nel dibattito politico, ma essenzialmente o prevalentemente in una logica e in un'ottica soltanto di spesa: quella delle tre *T* (tagli, *tickets* e tetti di spesa) che, per definizione, è una logica contrastante con qualsiasi possibilità di politica per la salute del cittadino. Nei fatti, tale logica è stata una pratica, sistematica negazione, a mio parere, del diritto alla salute come fondamentale diritto della persona e come interesse della collettività, secondo quanto sancito dalla Costituzione repubblicana! Dicevo di un intreccio casuale, ma rivelatore, fra questo provvedimento e il disegno di legge finanziaria; ho detto che è rivelatore, anche perché da quelli che sono stati gli interventi del Governo (in Commissione bilancio, ad esempio, proprio in sede di parere su questo provvedimento), si ricava la percezione che si vorrebbe tuttora procedere, anche nella situazione che pur si apre con il disegno di legge in discussione, secondo la logica della legge finanziaria che, ripeto, è aberrante rispetto ad una impostazione di una politica per la salute.

Vi è una terza ragione che evidenzia la delicatezza e l'importanza di questa legge: una ragione imprescindibile di correttezza istituzionale e costituzionale. Intendo dire la necessità imprescindibile che siano approntate le necessarie condizioni istituzionali perché si possa riprendere un discorso di politica sanitaria nell'ottica sancita dalla Costituzione.

Questo provvedimento, a mio avviso, pur con i suoi limiti, con le sue lacune ricordate puntualmente dal relatore ed emerse anche nel dibattito in Commissione, ha la caratteristica importante di porre le condizioni istituzionali neces-

## IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

sarie perché si possa riprendere un discorso di politica sanitaria, di programmazione sanitaria, un discorso quindi nell'ottica della tutela di quel diritto fondamentale configurato dalla Costituzione.

Ho detto «condizioni necessarie» ma non mi illudo, e credo che nessuno si illuda, che si tratti anche di condizioni sufficienti, soprattutto condizioni praticamente sufficienti perché poi si abbia effettivamente una politica programmata per la salute in questo paese. È un'illusione che nessuno di noi ha, meno che mai chi di noi ha a che fare con i problemi della sanità, perché la complessità della problematica di una politica per la salute nel contesto attuale è tale da rendere evidente l'impossibilità che basti una legge per risolvere tale complessità. Vi è una evoluzione del bisogno di salute e del corrispondente diritto alla salute; vi è una trasformazione di tutte le politiche sociali che è in atto; vi è una ormai manifesta esiguità di risorse; vi è una arretratezza degli apparati istituzionalmente preposti alla politica per la salute. Basterebbe ricordare che il Ministero della sanità, che è un'altra delle leve configurate dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, è rimasto fermo al momento antecedente la riforma e all'istituzione del Servizio stesso.

Tutti questi problemi ed altri ancora, che si potrebbero ricordare, evidenziano appunto il dato della complessità, della oggettiva complessità della problematica relativa ad una politica per la salute, ed evidenziano che non ci si può illudere che basti una legge, anche se fosse perfetta, per risolvere questi problemi. Meno che mai possiamo illuderci che sia risolutivo questo provvedimento che abbiamo oggi in discussione, per i suoi limiti manifesti.

Nel disegno di legge vi sono — come è stato ricordato dal relatore e denunciato nel dibattito in Commissione sanità — omissioni vistose in quelle che vengono indicate come priorità della politica sanitaria per il triennio '86-88. Basterebbe pensare, lo ricorda appunto il relatore,

all'omissione in queste priorità ed in questa programmazione di una malattia di rilevanza sociale come il diabete. Manca interamente nel provvedimento oggi in discussione il capitolo dei controlli, intesi non tanto e non soltanto come controlli contabili, ma soprattutto come controlli di efficienza e di efficacia della programmazione sanitaria, degli obiettivi che ci si è posti, del modo in cui sono stati perseguiti.

Ancora, il provvedimento in esame non ha in sé la forza sufficiente per rovesciare, una volta per tutte, quella visione che chiamerei ragionieristico-contabile della politica della salute. Manca interamente ogni elemento che introduca quelli che potremmo chiamare fattori di competitività, di emulazione tra, ad esempio, le unità sanitarie locali nel perseguire obiettivi di politica sanitaria.

Si tratta, insomma, di un provvedimento che, nell'insieme, rimane entro un'ottica riduttiva, e al tempo stesso generica, della politica della salute. Basterebbe ricordare la sproporzione manifesta fra le risorse previste per il finanziamento ordinario e quelle previste per il finanziamento in conto capitale.

Ma, rilevati tutti questi limiti, anche pesanti, del provvedimento in discussione, non di meno il gruppo della sinistra indipendente ritiene che esso, proprio perché pone le condizioni istituzionali minime necessarie per il funzionamento del servizio sanitario nazionale, segni potenzialmente — e sottolineo potenzialmente — un'inversione di tendenza per l'avvio, finalmente, di un'ipotesi di programmazione nella politica sanitaria.

A questo proposito, si potrebbero ricordare le norme concernenti il comparto ospedaliero. Si tratta di norme, senz'altro discutibili, controvertibili, ma non più procrastinabili di fronte alla distorsione, che si è determinata in questi sei anni, di tutta la politica per la salute che, omettendo interamente i settori dell'educazione sanitaria e della prevenzione sul territorio, ha finito per incentrare tutto sulla vecchia e costosa logica della ospedalizzazione.

## IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

Allora, proprio perché questo provvedimento, pur con tali limiti, dà la possibilità di un'inversione di tendenza, noi riteniamo che sia importante una sua rapida approvazione e, lo dico esplicitamente, così come l'ho sostenuto anche in Commissione, nel testo che ci ha trasmesso il Senato. Non credo con questo — non c'è alcun intendimento in tal senso — che possa essere limitata la sovranità e la autonomia della Camera: ritengo piuttosto che il dibattito svoltosi in Commissione e quello che sta seguendo in aula segneranno momenti importanti anche per i successivi interventi legislativi e per le iniziative di questo ramo del Parlamento; ma ci sembra che ci siano ragioni — e sono quelle che ho dianzi ricordato — che rendono determinante l'approvazione di queste norme di programmazione sanitaria nel tempo più sollecito possibile.

La ragione decisiva, a mio modo di vedere, di questa nostra posizione sta nell'intreccio, a cui ho già fatto cenno, fra il provvedimento in discussione e le norme del disegno di legge finanziaria per il 1986 concernenti la sanità.

Va qui denunciata l'ambiguità e la contraddittorietà del comportamento assunto dal Governo, proprio in relazione alla intersezione fra il provvedimento per il piano sanitario nazionale ed il disegno di legge finanziaria per il 1986. È un comportamento contraddittorio ed ambiguo, che ha portato il ministro della sanità, in Commissione, già nel giugno 1985, dopo l'approvazione di questo testo al Senato, a dichiarare che il Ministero aveva pronto il complesso degli strumenti necessari per dare attuazione a questa legge, cioè gli strumenti di piano, mentre lo stesso Governo, pochi giorni fa, in Commissione bilancio, in sede di parere sul testo del disegno di legge in discussione, ha dichiarato che si deve dare precedenza al disegno di legge finanziaria rispetto al disegno di legge di programmazione della politica sanitaria. Questa posizione è inaccettabile perché, oltre che essere contraddittoria per lo stesso Governo e per la stessa maggioranza, è una posizione che chiaramente intende perpetuare tuttora,

anche mentre stiamo discutendo e varando finalmente un provvedimento di programmazione della politica della salute, la vecchia logica che ha governato finora il comparto della sanità, che è la logica delle incursioni, delle scorribande annuali della legge finanziaria, che hanno sconvolto e continuano a sconvolgere ogni possibilità di corretta gestione della politica della salute.

La posizione espressa dal rappresentante del Tesoro in sede di Commissione bilancio, come risulta dal resoconto della seduta, è una posizione che, nell'assumere la priorità della legge finanziaria rispetto al provvedimento oggi in discussione, tende a vanificare interamente il contenuto del provvedimento al nostro esame, su cui saremo chiamati a votare.

Se prevarrà ancora per il 1986 la logica della legge finanziaria, non solo avremo un ulteriore guasto in un servizio che già ha problemi rilevanti di funzionamento e di efficienza, ma rimanderemo anche di un altro anno (non se ne parlerà più fino al 1987) ogni possibilità ed ogni ipotesi di programmazione della politica sanitaria del nostro paese.

È questa una posizione che noi denunciavamo, che intendiamo combattere e che riteniamo possa essere superata unicamente con l'immediata approvazione del testo del disegno di legge nella formulazione già approvata dal Senato.

La manovra è evidente, perché improvvisamente, qualche giorno fa, si sono scoperti problemi e difficoltà che sono stati prospettati come problemi e difficoltà insolubili. Ci sarebbero discrepanze tra il provvedimento in esame e il disegno di legge finanziaria; discrepanze tali da far sì — non si capisce perché — che necessariamente debba prevalere la legge finanziaria rispetto allo strumento legislativo di programmazione sanitaria.

Mi soffermerò qualche attimo su queste presunte difficoltà, ma intendo anticipare fin da ora che la scoperta improvvisa, che non a caso è venuta dopo la presentazione del disegno di legge finanziaria per il 1986, delle presunte insormontabili discrepanze e difficoltà non

corrisponde al contenuto reale del provvedimento in discussione. Si tratta di una scoperta strumentale, che ha il solo fine di perpetuare una logica che tutti diciamo insufficiente, una logica che ha prodotto dei guasti, una logica che va respinta, ma nell'ambito della quale, alla resa dei conti, la maggioranza ed il Governo continuano a muoversi.

Spenderò poche parole per esaminare, dunque, queste presunte difficoltà. Vorrei prendere in considerazione, innanzitutto, quello che è il contenuto effettivo del provvedimento in discussione. Tale contenuto, come è esplicitato anche dal titolo, è costituito dalle norme per la programmazione sanitaria. Quindi, si tratta di norme e di procedure. Siamo in presenza di un provvedimento che ha prevalentemente un carattere ed una funzione che, se mi è consentito il termine tecnico, molto brutto dal punto di vista linguistico, sono di natura procedimentale.

Questa legge fissa eminentemente dei procedimenti, attraverso i quali si può avviare una programmazione. Il titolo primo del disegno di legge, che credo rappresenti il suo contenuto più rilevante, ha appunto la funzione di configurare un impianto istituzionale che, a regime, avrà ben determinate caratteristiche, sulla base di un piano sanitario nazionale presentato dal Governo al Parlamento, per l'approvazione con atto non legislativo, e della contestuale presentazione di un disegno di legge contenente le norme precettive del piano e quelle per il finanziamento pluriennale.

Ora, rispetto a tale impianto istituzionale, la legge finanziaria dovrà intervenire unicamente come strumento di aggiustamento nel quadro dei flussi di spesa e della politica di bilancio, secondo quelle che appunto dovrebbero essere le finalità proprie della legge finanziaria stessa. Ciò vuol dire, sulla base di una interpretazione giuridicamente corretta, che in presenza di un siffatto impianto istituzionale, il comparto della sanità non potrà più rappresentare un terreno di incursione per la legge finanziaria, come è avvenuto fino ad ora, nel quadro della drammatiz-

zazione settembrina dei problemi del settore (nel dibattito politico del paese solo a settembre si parla della sanità!); non potrà più costituire l'oggetto del massacro annuale di ogni prospettiva di programmazione e di politica per la salute *tout court*, cui stiamo assistendo.

Il provvedimento legislativo in esame, configurando un impianto istituzionale come quello illustrato, credo produca la conseguenza, a mio parere innegabile ed importante, per cui anche per il comparto sanitario la legge finanziaria perde quelle caratteristiche di strumento dotato di una totale discrezionalità di interventi (mi pongo da un punto di vista non formale, ma sostanziale): di fronte, infatti, ad una legge specifica che configura norme, criteri e procedimenti di programmazione, la legge finanziaria potrà disporre soltanto interventi di aggiustamento, e non di sovversione.

Questo, ripeto, è l'impianto configurato dal provvedimento, nel quadro di un sistema istituzionale funzionante a regime. Certamente, però, il provvedimento porta in sé le lacune e le contraddizioni di uno strumento che interviene in una fase di transizione tra la situazione in atto e quella a regime, nella quale si opererà in futuro. Ora, è vero — e questa è la parte più controvertibile e discutibile del provvedimento — che questa legge contiene, nel titolo secondo, l'indicazione delle priorità e degli indirizzi di piano per il periodo 1986-1988. È vero, cioè, che questa legge, nell'operare il passaggio da un regime caratterizzato dall'assenza di strumenti di programmazione alla previsione di un sistema istituzionale di programmazione, si pone in contraddizione con se stessa, come è dimostrato dal fatto che mancherà, in questa fase di transizione, la contestualità tra la presentazione del piano sanitario nazionale e la presentazione del disegno di legge contenente le norme precettive del piano e le norme per il suo finanziamento pluriennale. È vero che esiste tale contraddizione, ma è anche vero che la legge deve operare un simile passaggio.

In questo senso deve operare una transizione delicata, che pone delle difficoltà, ma non è nella logica del provvedimento che i problemi delle sue intersezioni con la legge finanziaria debbano essere risolti attraverso il suo adattamento alla legge finanziaria stessa. Sarebbe questa, a mio avviso, una logica totalmente aberrante. Semmai dovrebbe avvenire l'inverso. È la legge finanziaria, cioè, che dovrà adeguarsi alle norme di programmazione sanitaria, qualora esse siano tempestivamente approvate.

Tutto ciò toglie valore, secondo me, all'ultima insidia, sollevata in sede di Commissione bilancio da parte del rappresentante del Governo, per determinare una modifica del testo in discussione che comporterebbe la necessità del riesame del provvedimento da parte del Senato e, dunque, un rinvio pressoché *sine die* della portata applicativa del provvedimento.

Il disegno di legge in esame non conterrebbe la copertura finanziaria per il 1988. Dunque, si è sostenuto, o si toglie il riferimento al 1988 o si inserisce una norma di copertura: in ogni caso una modifica del testo e, quindi, il rinvio al Senato, che è già in sessione di bilancio, con il risultato, a mio giudizio da evitare, di posticipare il provvedimento di programmazione alla legge finanziaria per il 1986.

L'argomento della mancanza della copertura finanziaria per il 1988 non ha valore, a mio avviso, né sotto il profilo sostanziale, né sotto quello formale.

Dal punto di vista sostanziale, infatti, i meccanismi di copertura della spesa sono previsti dalla legge n. 833 e dal provvedimento in discussione agli articoli 1 e 12 (non è possibile leggere l'articolo 12 senza riferimento all'articolo 1). Si tratta di meccanismi di copertura interni al provvedimento perché il fondo sanitario nazionale è alimentato da un insieme di entrate prevedibili. Vi è, quindi, una copertura interna. Per il 1986-1987 essa viene quantificata; per il 1988 non è esplicitamente quantificata, ma, alla luce di questo provvedimento, è quantificabile con altrettanta esattezza. L'articolo 12, che richiama le cifre indicate nella legge

finanziaria 1985, al secondo comma, lettera a), prevede per il 1986-1987 un importo che viene adeguato al tasso di inflazione programmato dal Governo.

La copertura finanziaria per il 1988 non è esplicitamente enunciata, ma è prevista dall'articolato, in quanto desumibile dai criteri in esso indicati.

La necessità di modificare il testo in esame, in relazione alla mancata esplicita previsione di una norma di copertura per il 1988, come dicevo prima, non vale neppure, a mio avviso, sotto il profilo formale. Ciò perché il provvedimento in esame interviene in una situazione normativa in cui, allo stato dei fatti, l'unica legge di bilancio approvata, e quindi in vigore, è la legge finanziaria del 1985, che contiene una quantificazione per gli anni 1985, 1986 e 1987.

Sarebbe stato, forse, scorretto che la legge al nostro esame operasse a sua volta arbitrariamente una copertura per il 1988 in un contesto in cui, dal punto di vista legislativo, l'unico strumento validamente operante era ed è la legge finanziaria 1985. Da un punto di vista di diritto la legge finanziaria 1986 è, allo stato dei fatti, un disegno di legge, una proposta del Governo, e non una legge dello Stato. Quindi, questa quantificazione per il 1988 potrà essere operata dalla legge finanziaria per il 1986, che già prevede un adeguamento di queste cifre, in quanto se si va a rapportare la previsione dell'articolo 12, n. 2 lettera a) per il 1986 e il 1987 vediamo che questa è inferiore come quantificazione del fondo sanitario nazionale a quella prevista dalla legge finanziaria del 1986. In tutto ciò non c'è nulla di drammatico, di allarmante e di insormontabile perché la legge finanziaria 1986, a mio avviso, opera legittimamente questo adeguamento nel momento in cui le compatibilità di bilancio per il triennio 1986-1988 vengono in discussione e sono quantificate. La legge in discussione, approvata dal Senato e spero anche da questo ramo del Parlamento, in un altro e diverso contesto legislativo, non poteva operare altrimenti.

Per queste ragioni, pur riconoscendo i

limiti, le ambiguità, le lacune e le contraddizioni del disegno di legge in discussione, noi riteniamo, tuttavia, che il disegno di legge segni un momento importante e che abbia in sé la potenzialità per determinare una inversione delle tendenze sin qui prevalenti nel comparto della sanità e, quindi, ne auspichiamo una immediata approvazione del provvedimento anche da parte di questo ramo del Parlamento (*Applausi*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Muscardini Palli. Ne ha facoltà.

CRISTIANA MUSCARDINI PALLI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, è lodevole lo sforzo dei colleghi della maggioranza e dell'opposizione per accelerare l'iter di questo provvedimento con il fiato caldo della legge finanziaria sul collo, né ci può stupire, perché ormai siamo assuefatti, che vi sia tanta improvvisa celerità, quando da quasi sette anni il piano sanitario attende che i partiti della maggioranza si decidano.

Oggi emerge dalla relazione più una volontà antiriforma che una volontà anti-piano, ma in ogni modo è evidente l'incertezza che ha dominato la scena di questi anni. Onorevole Lussignoli, lei non è né iscritto né simpatizzante, credo, del Movimento sociale italiano, ma autorevole rappresentante della democrazia cristiana, cioè di un partito da anni presente nella maggioranza. Ora, se queste volontà antiriforma si annidano nella stessa maggioranza che ha voluto la riforma, come si può volere che noi poi a cuor leggero approviamo il piano sanitario nazionale, piuttosto che la riforma delle unità sanitarie locali o qualsiasi altra cosa che riguardi la sanità? Quest'ultima non è malata soltanto perché la riforma così come è è inattuabile o perché è inattuata, ma perché manca da parte dei componenti la maggioranza e, mi si consenta, anche da parte di alcuni componenti le altre opposizioni, proprio la volontà di rendere chiaro dove e come si debba agire per superare le difficoltà.

Nella relazione si parla delle «difficoltà di costruire un apparato cognitivo che dia dati credibili»; e si dice che «non da ultimo, l'insufficiente struttura del Ministero della sanità, inadeguata a svolgere le nuove funzioni di governo, di controllo e di indirizzo previste con l'istituzione del servizio sanitario nazionale, non ha favorito l'affermazione e il consolidamento dei principi della riforma». Ma se il Ministero non è in grado perché non è attrezzato, perché non ha gli strumenti, perché non ha la capacità, e non solo politica, di svolgere il proprio compito, la colpa non è dei cittadini italiani e dei malati. Ci stupisce allora che oggi si tenti di presentare come una panacea questo piano sanitario che è semplicemente, non voglio dire un'accozzaglia, ma certamente un insieme di strumenti di per sé inadeguati a risolvere i problemi.

Noi abbiamo letto attentamente gli interventi degli onorevoli senatori, e abbiamo potuto apprezzare come da tutte le parti politiche, dalla democrazia cristiana al partito comunista, siano stati sollevati problemi inerenti al Ministero della sanità e all'attuazione della riforma. Ma quello che continua a stupirci è che questi senatori appartengono a forze politiche che da sempre sono di maggioranza, ufficiale o officiosa. È perfettamente inutile, onorevoli colleghi, vedere nel piano il tentativo di uniformare il servizio sull'intero territorio nazionale: questo non potrà essere, perché voi avete voluto le regioni così come sono; e così come sono esse non attuano le leggi nazionali, ma le interpretano a loro modo, le stravolgono e le pongono in esecuzione in maniera difforme sul territorio nazionale, così che il cittadino fruisce di servizi diversi a seconda che viva in Lombardia piuttosto che in Sicilia o addirittura ha servizi diversi nella stessa regione, a seconda che la regione stessa emani ordinamenti diversi per i comuni che le appartengono.

Come possiamo parlare di validità di un piano sanitario nazionale quando in pratica, al di là di qualche pia intenzione tra un articolo e l'altro, per invalidi ed an-

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

ziani si parla sì di riabilitazione, ma ci si è completamente dimenticati della terapia di mantenimento? Quando, infatti, onorevoli colleghi, abbiamo riabilitato il portatore di *handicap*, ma non continuiamo a praticargli una terapia di mantenimento, dopo uno o due mesi o un anno egli si troverà nella stessa situazione di prima.

Parliamo, ancora, di undici giorni come durata media della degenza ospedaliera. Certo, potrebbe essere un lodevole punto di partenza, se però, onorevoli colleghi, si fosse chiarito in modo esauriente, una volta per tutte, come debbano essere organizzate le strutture ospedaliere; se certi esami, per esempio, si potessero fare ambulatoriamente prima di entrare in ospedale.

Sappiamo infatti benissimo che certe persone ricoverate attendono giorni per avere i risultati delle analisi, prima di poter essere operate; nel frattempo è passato un mese, e le code di coloro che devono essere a loro volta ricoverati continuano ad aumentare.

Come si può parlare di durata media di degenza ospedaliera di undici giorni quando non è chiarito il discorso dello spreco e non si è eliminata l'obbligatorietà del ricovero per certi esami, come per esempio la TAC? Su *l'Avvenire* è stata pubblicata un'interessante e drammatica intervista con il professor Vittorio Staudacher, presidente del policlinico milanese e, mi auguro, non criticato esponente di una filosofia sanitaria che va al di là della democrazia cristiana, o di qualche altro partito; una filosofia che si muove nella direzione della ricerca, fin dove è possibile, del sistema migliore per lo svolgimento del proprio dovere verso i malati. In questa intervista leggiamo che vi sono, ad esempio, guanti ospedalieri che costano 11 lire ed altri che ne costano 2800 e che i medici non hanno contatti tali con l'amministrazione da consentire di concordare le ordinazioni, per cui gli amministratori spesso ordinano quello che loro interessa e che magari non serve ai medici, mentre questi ultimi chiedono cose che gli amministratori non sono in grado di dare.

Cosa si può dire a fronte della notizia di sondini che costano 300 mila lire e che poi invece di essere riutilizzati sono buttati via? Questo, onorevoli colleghi, non avviene a Canicattì di Sotto, ma al policlinico di Milano. Parlo spesso di questa città non tanto perché ne sia particolarmente innamorata, ma ancor di più perché sono disamorata per la mancanza di funzionalità del Parlamento che è la dimostrazione di quanto diceva quel tassistà romano: il pesce puzza dalla testa.

Quando ci dilettiamo in una discussione sul piano sanitario nazionale e ci dimentichiamo che vi sono ospedali nei quali la degenza giornaliera costa un milione, facciamo soltanto dialettica fine a se stessa. Come possiamo parlare di piano sanitario nazionale quando non viene preso in considerazione in nessun modo quello che avrebbe dovuto essere il vero spirito della riforma? Se le cose fossero state diverse, il nostro apporto, ferma restando la nostra opposizione alle USL, sarebbe stato di tipo ben diverso. Intendo riferirmi alla prevenzione!

Quando il ministro Degan rilascia alla televisione interviste sull'AIDS, dimentica di dire che vi sono — e mi corregga se sbaglio — 120 mila persone l'anno che muoiono di epatite e 400 mila bambini colpiti da poliomielite invalidante. Abbiamo una riforma sanitaria? Non me ne ero accorta.

Ci accingiamo a varare un piano sanitario nazionale: ma dov'è la prevenzione? Non si risparmia né sulle USL né sugli ospedali se non si risparmia prima sulla salute dei cittadini. Non si devono operare tagli sulla spesa farmaceutica o sui giorni di ricovero, bensì prima bisogna cercare di impedire che la gente si ammali. Questo è il solo risparmio, è la forza trainante di una nazione che vuole i suoi cittadini in grado di svolgere i propri compiti con pienezza di titolo e non sempre come emarginati, handicappati o assistiti. Il cittadino non vuole lo Stato assistenziale, ma vuole essere messo in grado di svolgere le proprie funzioni.

Quando parliamo di prevenzione, dobbiamo anche ricordarci che le allergie

sono in aumento, che venti bambini su cento ne sono colpiti. I bambini saranno gli adulti di domani e curarli prima e dopo costa, perché quando certe problematiche mediche insorgono è difficile che siano poi completamente guaribili. Le allergie non sono soltanto di tipo cutaneo, ma anche interne, come alcune coliti e gastroenteriti. Inoltre, per il 20 per cento sono causate del cattivo uso di farmaci, quasi sempre da fattori ambientali, ereditari ed alimentari. Si tratta, cioè, di cause preventivabili e curabili prima che insorga la malattia vera e propria.

Il grave problema da risolvere è quello della sanità e con l'articolo 1, settimo comma, ci si comporta come quando si è di fronte a quei regolamenti dei consigli comunali nei quali, dopo tante diatribe con il consiglio di zona, si arriva finalmente alla grande trovata del silenzio-assenso! Come se fosse certo che la burocrazia italiana, se non risponde in 60 giorni, è perché ha letto, ha capito e si adegua!

Onorevoli colleghi, nel piano sanitario non ho trovato un punto che mi chiarisca che fine fanno gli ospedali in parte realizzati e mai completati, nè ho capito se gli ospedali che intendano costruire strutture per ricoverare nuove attrezzature possono o non possono farlo. Non ho capito come si intenda la collaborazione tra case di cura e sanità pubblica, quando sappiamo che in molti casi la convenzione con una casa di cura cambia, e da vari reparti convenzionati (chirurgia, cardiologia, eccetera) si passa ad una convenzione limitata alla riabilitazione, cosicché, quella casa di cura deve mandare medici a spasso, perché un'altra, non dico più amica, ma più pronta a sollecitare (nei dovuti modi, sicuramente) l'interesse autorevole dei responsabili regionali della sanità pubblica ha avuto modo di vedere convenzionati i suoi reparti magari con posti-letto ancora da costruire.

Onorevoli colleghi, credo che abbiate letto tutti sui giornali quanto in questi giorni è avvenuto al San Matteo di Pavia, ospedale di ricerca scientifica. A seguito di una denuncia sporta, se non sbaglia, da

un esponente regionale, è stato trovato lo stratigrafo negli scantinati, abbandonato da 3 anni; le stanze sono con 20 letti, mentre altri reparti sono chiusi. Nel 1984, il San Matteo è costato 123 miliardi; l'anno scorso, la regione ha stanziato 2.700 milioni per una risonanza magnetica nucleare. Siamo nel 1985, ma al San Matteo di Pavia devono ancora costruire il padiglione adatto alla sua installazione; per cui, quando finalmente sarà costruito il padiglione, acquistata la risonanza magnetica nucleare e messa in condizione di funzionare, saranno passati tre o quattro anni e i 2.700 milioni della regione non serviranno più a niente.

Vi sono due TAC al San Matteo, una delle quali è utilizzata solo 4 volte alla settimana per poche ore; eppure, vi sono 4 mesi di coda al San Matteo per fare la TAC. La radioterapia non funziona dal 1983 e i malati sono costretti ad andare a Brescia (notoriamente Pavia e Brescia sono vicinissime): e parliamo di un ospedale a carattere scientifico! Inoltre, i reparti speciali, la cui costruzione è cominciata nel 1974, non sono ancora stati ultimati: le previsioni erano di 3.700 milioni, oggi si parla di 50 miliardi. Per avere un ricovero in cardiologia si aspetta un anno, sette mesi si aspetta per una otturazione, quattro mesi per il *laser*, due per il glaucoma: è un istituto, ripeto, a carattere scientifico!

Ma come posso osare parlare io di Pavia, quando a Milano il San Paolo attende ancora di avere ultimata la costruzione? Sono tanti anni, signor Presidente, che il San Paolo attende di essere finalmente e completamente edificato a Milano! E non è forse vero che si parla di un milione al giorno per il ricovero?

Credo sia difficile parlare di sanità senza sentire vibrare in noi (come cittadini prima ancora che come politici) la nota della disperazione. Che al politico spesso manchi il buon senso, in omaggio a quella che è la ragion partitica, è un fatto; ciò nonostante ci risulta spesso faticoso ammettere che questo sia possibile in un campo che riguarda il presente e il futuro di tutti i nostri concittadini, che si

affrontino questi argomenti con tanta superficialità: non sarà certo questo piano nazionale sanitario, con la legge finanziaria che gli alita sul collo, a risolvere i problemi della sanità!

È pur vero che noi come tutti gli altri abbiamo più volte sottolineato l'assoluta necessità di avere un piano sanitario nazionale. È però vero anche che, dopo aver atteso 6 anni (per colpa certo non del Movimento sociale ma dei partiti della maggioranza e di quei partiti di opposizione che, forse troppo tesi a difendere i loro presidenti delle unità sanitarie locali, hanno dimenticato di fare pressione sulla maggioranza o ne hanno fatta troppo poca), dopo aver ripetuto tante volte che era urgente arrivare a questo traguardo, ci siamo trovati di fronte a questo tipo di piano. E due errori non fanno mai una ragione: se è stato un errore non fare prima un piano sanitario nazionale, ancora peggio è vararne oggi uno incompleto!

Certo, il problema della sanità è anche un problema di tipo economico, ed è per questo che ci riserviamo di intervenire a lungo, in sede di discussione della legge finanziaria, proprio su questo aspetto, per chiarire una volta per tutte (se ancora ve ne fosse bisogno!) che non è inventando tagli alla spesa sanitaria che si può garantire la «sanità» dell'Italia.

Quando però si discute del piano sanitario nazionale, il problema non è tanto quello della spesa quanto piuttosto quello dei contenuti. Ed è per questo che vogliamo, onorevoli colleghi, ricordare alle vostre coscienze che, ad esempio, non si elabora un piano sanitario nazionale senza parlare della istituzione delle unità cerebrospinali, perché sappiamo benissimo che non identificare una organizzazione specifica sul territorio per il problema dei cerebrolesi significa condannare centinaia di persone ogni giorno ad una vita da handicappati o peggio ancora. Oggi i nostri cittadini devono andare all'estero, sempre che lo possano e sempre che vengano informati sul fatto che all'estero vi sono posti per curarsi. Gli altri rimangono a vegetare sulle carroz-

zelle anche se in molti casi potrebbero essere messi in condizione di riprendere una vita praticamente normale.

Un altro esempio: tra i tanti altri problemi, il piano sanitario non tocca affatto quello della talassemia, che pure colpisce 7 milioni di persone!

Il relatore parlava della «necessità di fissare i livelli dei servizi che si intende garantire». Certo, questo sarebbe auspicabile, fatto sta che il piano non fissa affatto tali livelli e comunque, anche se li fissasse, bisognerebbe sempre fare i conti con il fatto che la legge finanziaria incombe.

Ci troviamo dunque una volta di più di fronte ad un libro dei sogni, nel quale per di più — mi si consenta di dirlo — si sogna con troppa modestia. Ecco un motivo in più per dire che non è certo possibile appassionarsi nella discussione di norme che probabilmente non saranno comunque applicabili a causa della legge finanziaria.

Se si sogna, cerchiamo almeno di sognare con entusiasmo e fantasia, cerchiamo di avere un colpo d'ala per trovare, almeno sulla carta, una soluzione dei problemi di tutte le categorie di cittadini che da noi parlamentari attendono una risposta!

Concludo questo mio intervento con un'affermazione che da voi sarà considerata sicuramente provocatoria, mentre purtroppo non è che una mia assoluta convinzione. Stando così le cose nelle unità sanitarie locali e soprattutto negli ospedali; data la volontà del Governo di fare in modo che non ci sia sufficiente adeguamento economico alla spesa sanitaria; date le dichiarazioni di tanti autorevoli membri ufficiali, o di partiti o di categorie mediche, sulle disfunzioni degli ospedali, per le discrasie fra gli amministratori e i tecnici, soprattutto per le carenze di volontà, le speculazioni e gli imbarbarimenti (ricordiamo l'episodio della carne sequestrata da un ospedale siciliano, se non erro, dopo che un amministratore della USL fortunatamente si era accorto che era stata tutta trasportata su carrelli per le immondizie... Questa noti-

zia, apparsa sui giornali, sarà senz'altro nota agli onorevoli colleghi che tanto attentamente seguono i problemi della sanità e non è la prima volta che si verificano episodi del genere); la proposta che formulo, lungi dall'essere provocatoria, è l'unica che in questo momento può far luce sugli specifici, congiunturali e quotidiani problemi posti dalle disfunzioni del sistema ospedaliero e sulla sanità pubblica.

Chiediamo al Governo l'istituzione di una polizia sanitaria, affinché una volta per tutte, di là dalle indagini parlamentari a campione, per quello che servono, al di là dalle prese di posizione del ministro (che in genere rientrano subito, per l'intervento del Governo) e quali che siano gli sproloqui che ciascuno di noi può fare in qualsiasi momento, vi sia finalmente la certezza per il cittadino italiano che, quando è ricoverato in ospedale, non è alla mercé dell'ultimo medico o del primo infermiere, dell'ultimo amministratore o del primo macellaio di turno!

Da parte del cittadino come da parte dei medici, degli infermieri, degli amministratori, si sappia che vi è un minimo di garanzia, di certezza del diritto, in questo Stato. Certezza del diritto, negli ospedali, significa anche potersi curare e potere anche, da parte dei medici, svolgere la propria professione con garanzie di competenza e di funzionalità! (*Applausi a destra — Congratulazioni*).

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

ALDO PASTORE. Signor Presidente, colleghi, signor ministro, questo disegno di legge giunge finalmente all'esame della nostra Assemblea. Ho detto «finalmente», non a caso: registriamo infatti un colpevole ritardo di oltre sei anni in tale esame; eppure quasi tutti i componenti di questa Assemblea convengono sul fatto che la discussione e l'approvazione di questo strumento legislativo siano un atto fondamentale e dovuto (*Commenti della deputata Mariapia Garavaglia*). Ho detto, infatti: «quasi tutti i componenti»!

È un atto dovuto perché come tale ci viene imposto dagli articoli 3, 53 e 54 della legge n. 833, ma è anche un atto fondamentale soprattutto per chi, come gran parte di noi, crede nell'uso razionale della programmazione per definire un corretto assetto del servizio sanitario nazionale e per addivenire all'attuazione concreta dei principi fondamentali della legge di riforma sanitaria.

Certo, non siamo tra coloro che enfatizzano oltre misura il valore e il significato del piano sanitario nazionale, e considerano questo strumento legislativo come un toccasana di tutti i mali e di tutte le disfunzioni che travagliano la sanità del nostro paese. Siamo tuttavia profondamente convinti che la totale assenza di tale strumento legislativo, e quindi l'assoluta carenza di una seria e razionale politica di programmazione, è stato uno dei fattori fondamentali della crisi della sanità del nostro paese.

Altri elementi, anche molto importanti, possono essere chiamati in causa nel determinismo di tale crisi e tra questi, a nostro giudizio, vanno annoverati i continui, reiterati e spesso contraddittori provvedimenti legislativi varati dai vari Governi in questi ultimi cinque anni, il più delle volte ricorrendo impropriamente allo strumento del decreto-legge; provvedimenti che hanno profondamente modificato l'originale concezione e la primitiva stesura della legge di riforma, sino al punto che della legge n. 833 ben poco è rimasto, e sino al punto che oggi possiamo tranquillamente affermare che l'attuale Servizio sanitario nazionale non è il figlio legittimo della legge n. 833, ma ne è piuttosto il figlio degenerare.

Ma un esame approfondito delle cause delle disfunzioni del nostro sistema sanitario, anche se stimolante e forse necessario, signor ministro, ci porterebbe molto lontano, ben oltre comunque i limiti dell'attuale disegno di legge e ben oltre i limiti temporali a noi concessi per l'esame di questo provvedimento.

Ritorno quindi all'oggetto della nostra discussione. Dicevo poc'anzi che la totale assenza di una seria e razionale politica di

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

programmazione è stata uno dei fattori fondamentali della crisi della sanità nel nostro paese. Quali conseguenze ha determinato infatti la carenza di una tale impostazione politica? La conseguenza più evidente, anzi più vistosa, è che, senza un razionale filo conduttore, la sanità nel nostro paese ha vissuto costantemente alla giornata, ha vestito l'abito di Arlecchino, si è arricchita giornalmente di toppe di emergenza, toppe chiamate di volta in volta «tagli al fondo sanitario» *tickets* sulle ricette, *tickets* sui farmaci e sulle indagini diagnostiche, ipotesi di soppressione di strutture ospedaliere, progetti di modifica dell'assetto istituzionale delle unità sanitarie locali, supercontrolli a livello contabile e via dicendo.

Nel frattempo, sono diventate cose estremamente remote i principi ispiratori della riforma, le premesse di globalità di intervento cui la riforma aspirava. Sono stati accantonati i principi qualificanti della prevenzione sul territorio, nei luoghi di lavoro, nella scuola. Sono diventate solo episodiche e circoscritte le attività sanitarie riabilitative, il più delle volte delegate all'area del privato o, nella migliore delle ipotesi, all'area del volontariato.

Di fronte alle originarie speranze e aspirazioni dei cittadini e degli operatori del settore sono subentrati l'avvilimento, la sfiducia e la rassegnazione di gran parte della nostra collettività.

Senza una seria politica programmatica i principi che avrebbero dovuto rendere competitiva e privilegiata la sanità pubblica sembrano essersi dissolti in una specie di atmosfera rarefatta, ma tuttavia densa di contraddizioni, degna della società preconizzata da George Orwell nel suo romanzo *1984*. Il fatto è che la sanità, come ogni altro settore della vita pubblica, non può vivere alla giornata. Questo metodo, portato avanti irrazionalmente ed irresponsabilmente per oltre sei anni, non solo ha mortificato i principi ispiratori della riforma, non solo ha creato confusione e sconcerto fra gli operatori e fra i cittadini, ma ha aggravato viepiù gli antichi mali della nostra socie-

tà, ha accentuato gli squilibri territoriali esistenti nel nostro paese, ha approfondito ulteriormente il solco che divide il Sud dal Nord d'Italia.

Per queste ragioni noi comunisti, pur denunciando con forza le responsabilità del Governo e delle forze politiche di maggioranza per la situazione di quasi ingovernabilità creatasi, accogliamo la proposta del relatore, rivolta a procedere speditamente nell'esame di questo provvedimento, convinti come siamo che malgrado il colpevole ritardo accumulato, il discutere e l'approvare il piano rappresenti un mezzo concreto ed efficace non soltanto per difendere i principi insiti nella riforma, ma anche per avviare nel concreto il processo riformatore e sventare, quindi, tutti i tentativi di controriforma, che da più parti stanno scatenandosi contro la nostra sanità. In effetti il Servizio sanitario nazionale e questo stesso piano che stiamo oggi discutendo sono sottoposti, proprio in questi giorni, ad attacchi estremamente duri che, per la loro consistenza, rappresentano motivo di preoccupazione, per le forze sociali e per le forze politiche progressiste, ben più serio dei ritardi che ora ho denunciato.

Abbiamo assistito e stiamo assistendo, anche in questi giorni, ad autorevoli, anche se convulsi, confusi e contraddittori, tentativi di demolizione dell'intero Stato sociale nel nostro paese e non solo del Servizio sanitario nazionale.

Approfondiremo, certamente, questo tema durante la discussione della legge finanziaria per il 1986; desidero tuttavia dire subito ai tanti ministri muniti di piccone che non sarà facile, né agevole per loro, demolire le fondamenta del nostro Stato sociale. Consiglio ai nostri ministri, così ricchi di pragmatismo e di interesse per il nuovo, di meditare alquanto sul passato, sulle origini e sulla natura dello Stato sociale nel nostro paese. Consiglio soprattutto ai ministri Gorla e De Michelis di andare a leggere alcuni statuti originari delle molte società di mutuo soccorso, di diversa ispirazione ideologica e culturale, sorte in ogni parte d'Italia fra il 1860 ed il 1890, in un periodo storico,

cioè, antecedente alla nascita del partito socialista e delle stesse organizzazioni confederali. Dalla lettura non superficiale di quei documenti i nostri ministri potranno comprendere l'origine dello Stato sociale nel nostro paese, quali profonde radici esso abbia, quali legami esso abbia intrecciato con la nostra storia e con la nostra tradizione più profonda. Vengono affrontati in questi statuti, in termini assolutamente chiari di solidarietà sociale, il tema dell'assistenza sanitaria in caso di malattia o di infortunio del socio, il tema dell'integrazione salariale del lavoratore in caso di disoccupazione e, comunque, in caso di perdita del posto di lavoro. Vengono sanciti in maniera certamente non equivoca i principi dell'elevazione spirituale, civile, sociale ed economica del lavoratore singolo e della classe operaia nel suo complesso.

Certo, troviamo in questi statuti, talvolta profondamente intrecciati e soggettivamente interpretati, il pensiero politico di Marx e di Gioberti, di Bakunin e di Mazzini. E tuttavia proprio in questi documenti, che sono oggi patrimonio storico dell'intera nostra collettività, troviamo tutti i fermenti originari che hanno condotto nel nostro paese alla creazione di un sistema destinato a garantire a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria, la tutela previdenziale e pensionistica, la garanzia contro la perdita del posto di lavoro e contro la disoccupazione.

Dirò, per inciso, che nemmeno l'avvento del fascismo è servito a bloccare e ad infrangere il movimento innovatore progressista. Dirò di più: il fascismo ha dovuto prendere atto dell'esistenza di tali fermenti, che erano ormai profondamente radicati nella coscienza individuale e collettiva della nostra gente, e fu costretto in qualche modo a tollerare tale spinta solidaristica e a darle corso, pur preoccupandosi di controllare dall'alto tale movimento innovatore, attraverso la creazione dei grandi istituti previdenziali e mutualistici come l'INAM, l'INPS e l'INAIL.

Infine, la stessa Costituzione italiana, nata dalla Resistenza, attraverso nume-

rosi suoi articoli ha sancito definitivamente tali principi innovatori, che sono ormai patrimonio comune dell'intero popolo italiano.

Il nostro Stato sociale e, in questo contesto, il Servizio sanitario nazionale hanno dunque queste origini. E allora, sono ben tenaci le sue radici. Esse sono, ripeto, intimamente legate alla nostra storia ed alla nostra tradizione più genuina e più profonda.

Aggiungo che non ho compreso perché, ad esempio, nella recente pubblicazione *Italia oggi*, edita per iniziativa della Presidenza del Consiglio dei ministri, consegnata a tutti i parlamentari e destinata agli italiani (è scritto nella prefazione) affinché possano conoscere la realtà socio-economica e culturale della nazione, non si fa alcun cenno agli aspetti più significativi della nostra vita sociale. Non si parla né della sanità né della previdenza.

Per queste ragioni, sarà difficile ai nostri ministri demolitori portare a compimento la loro opera. Sembra a noi irrealistico ed antistorico ogni discorso, ogni disegno rivolto a demolire lo Stato sociale, per ipotizzare un impossibile ritorno al privato, alla gestione individualistica della sanità, dell'assistenza e della previdenza.

Dicevo che avremo occasione di tornare su questi temi durante la discussione della legge finanziaria per il 1986. Tuttavia, ritengo che alcuni problemi vadano affrontati subito, durante la discussione del disegno di legge in esame. In particolare, ritengo che il Governo e le forze politiche di maggioranza siano tenute a fornire puntuali risposte ad alcuni quesiti che io qui esplicitamente desidero porre a lei, onorevole ministro.

Mi pare assolutamente necessario porre alcune domande per la ragione, molto semplice, che talune affermazioni e taluni principi sanciti dal disegno di legge mal si conciliano non solo con le diverse filosofie ed ipotesi di lavoro dei ministri Gorla e De Michelis, ma soprattutto con gli atti concreti di questo Governo.

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

Facciamo qualche esempio. Come si conciliano, ad esempio, con le recenti disposizioni previste dalla legge finanziaria 1986 i propositi contenuti nell'articolo 7 del disegno di legge, in base ai quali «per il triennio 1986-1988 sono confermate le prestazioni sanitarie ed integrative attualmente erogate dal servizio sanitario nazionale»; o quelli contenuti nel primo comma dell'articolo 3, laddove si afferma che «le prestazioni sanitarie sono erogate, di norma, in forma diretta attraverso le strutture pubbliche o convenzionate»? Come si conciliano con la politica e con la logica dei tagli le affermazioni contenute nel secondo comma dell'articolo 2, dove si parla di «potenziamento dei servizi di prevenzione», «potenziamento dei servizi territoriali di medicina di base, di igiene e sanità pubblica nonché dei servizi specialistici ambulatoriali intra ed extraospedalieri», «potenziamento [...] dei servizi di emergenza», «potenziamento dei servizi sanitari finalizzati alla realizzazione di azioni programmate e di progetti-obiettivo»? Voglio sapere come si possa potenziare con i tagli!

Non possiamo dimenticare che il ministro Gorla insiste, ormai da almeno due anni...

MARIAPIA GARAVAGLIA. È un piemontese...!

ALDO PASTORE. ...sul concetto che l'interesse della mano pubblica, e quindi dello Stato, in materia sanitaria deve concentrarsi pressoché esclusivamente sulla tutela del cittadino in ambito ospedaliero, mentre l'assistenza sanitaria del cittadino sul territorio deve essere lasciata al libero mercato ed alle possibilità di scelta del cittadino stesso. E non v'è dubbio che questo principio contrasta radicalmente con i contenuti dell'articolo 2 del provvedimento che oggi stiamo esaminando, in cui si parla, in modo certamente non equivoco, di potenziamento dei servizi territoriali pubblici.

Voglio chiedere al ministro Degan come si possa conciliare la norma di cui al comma 5 dell'articolo 2, laddove si

parla di «impegno operativo idoneo», in relazione alla finalità «di perseguire la tutela sociosanitaria dei soggetti destinatari dei progetti-obiettivo», con i contenuti del decreto del Presidente del Consiglio pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale* del 14 agosto scorso.

EDOARDO RONCHI. Del giorno 15 agosto!

ALDO PASTORE. Tale decreto, come tutti sanno, si rivolge alle regioni, ai fini dell'indirizzo e del coordinamento di attività di rilievo socio-sanitario connesse con quelle socioassistenziali. Desidero ricordare, in proposito, che nell'articolo 2 di tale decreto si afferma che non rientrano tra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socioassistenziali le attività direttamente ed esclusivamente socioassistenziali, e tra tali attività vengono annoverate: l'assistenza economica in denaro o in natura, l'assistenza domestica, le comunità-alloggio, le strutture diurne socio-formative, gli interventi per l'inserimento ed il reinserimento lavorativo, i ricoveri in strutture protette extra-ospedaliere.

Tutti questi provvedimenti socio-assistenziali, secondo il decreto ora ricordato, non sono collegati o collegabili alle attività sanitarie. Siamo veramente curiosi di verificare come sia possibile raggiungere risultati concreti e tangibili in materia di tutela della salute degli anziani, della salute mentale e della risocializzazione dei disabili psichici, della riabilitazione e socializzazione degli handicappati, della riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti attraverso gli indirizzi sanciti nel predetto decreto.

Cosa avremo, in effetti, signor ministro, invece dei progetti-obiettivo definiti dal provvedimento in discussione? È presto detto. In nome della razionalizzazione della spesa pubblica, verranno amputati tutti i finanziamenti rivolti ad attivare quei presidi e quei servizi che avevano segnato un nuovo corso in psichiatria, nel trattamento delle tossicomanie, nella tutela socio-sanitaria degli anziani e degli

handicappati. Per contro, avremo il ritorno ai ricoveri, coatti o quasi, negli ospizi, nelle case di riposo, negli istituti, nei manicomi.

Non a caso l'articolo 6 del già ricordato decreto presidenziale afferma testualmente che rientrano tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri al fondo sanitario nazionale, i ricoveri in strutture protette. Insomma, signor ministro, è tutto chiaro: per i ricoveri i soldi vi sono.

Con questo decreto — diciamo celofrancamente — è stata ripristinata la linea della ospedalizzazione e dell'internamento e sono stati bloccati gli interventi sul territorio, i servizi alternativi, le iniziative di reinserimento nella società di tutti coloro che, per varie ragioni, ne sono stati emarginati.

Domandiamo dunque — e vorremmo una risposta dal ministro Degan — se sia questa la tutela socio-sanitaria che si vuole garantire agli anziani, ai disabili psichici, agli handicappati, ai tossicomani.

Infine, non comprendiamo come si possa conciliare l'ipotesi di lavoro del ministro Gorla, rivolta ad ingabbiare rigidamente la spesa sanitaria nell'ambito della legge finanziaria, con la scelta compiuta in questo provvedimento, secondo cui il servizio sanitario nazionale potrà contare, proprio per avviare la programmazione, su una propria autonoma legge finanziaria.

Gli articoli 1 e 12 del disegno di legge in discussione sono estremamente chiari in proposito. Il Governo dovrà presentare al Parlamento un apposito disegno di legge per destinare i fondi alla sanità, impedendo che di anno in anno, sotto le spinte restrittive del tesoro, si rimettano in discussione le prestazioni.

Vorremmo sapere come si conciliano le norme dei due articoli ora citati, riguardanti appunto le modalità di finanziamento del servizio sanitario nazionale, con l'ipotesi di lavoro del ministro Gorla e con gli stessi condizionamenti indotti dal disegno di legge finanziaria per il 1986.

Credo, dunque, che il Governo e le forze politiche di maggioranza debbano uscire allo scoperto e fornire adeguate risposte ai quesiti che noi oggi qui poniamo. In caso contrario, rimarremmo in una situazione di perenne ambiguità, con un disegno di legge come quello in discussione, firmato tra gli altri dai ministri De Michelis, Degan e Gorla, che contiene determinate affermazioni ed una legge finanziaria, predisposta e sottoscritta dagli stessi ministri, che non solo prevede norme legislative in netto contrasto con le suddette affermazioni, ma addirittura sovverte i principi della legge di riforma sanitaria e, più in generale, i presupposti storici, culturali e politici sui quali si è fondato in Italia l'intero Stato sociale.

Allora, riteniamo che la chiarezza e la trasparenza di intenti, in questo piano sanitario triennale 1986-1988, sia un atto politico necessario e dovuto. Per quanto ci riguarda, vogliamo attribuire a questo provvedimento legislativo l'importanza che esso indiscutibilmente merita, e per questa ragione ci impegneremo nel dibattito per una seria discussione e porteremo al confronto delle forze politiche di maggioranza le nostre idee e le nostre proposte.

Torno a ripetere che noi non vogliamo enfatizzare oltre misura l'importanza del piano e non pensiamo affatto che esso rappresenti il toccasana per tutti i mali, anche perché le modifiche all'articolo 53 della legge n. 833, contenute nella legge n. 638 del 1983, con conseguente delegificazione di una parte della programmazione sanitaria, hanno oggettivamente ridotto il valore e il significato politico di questo provvedimento.

Tuttavia pensiamo che esso rappresenti un fatto e un momento significativo per meditare sul futuro del servizio sanitario nazionale e sul futuro dell'intero Stato sociale nel nostro paese. L'ho detto prima e lo voglio ribadire: noi comunisti siamo difensori tenaci e convinti dello Stato sociale non solo per ragioni ideologiche ma anche per ragioni storiche e culturali, nel senso che ci sentiamo parte integrante e decisiva del movimento che ha determi-

## IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

nato e accompagnato la sua nascita. Tuttavia non c'è dubbio che l'intero Stato sociale si trova oggi in una situazione estremamente delicata e di crisi reale. Noi comunisti siamo per una revisione anche critica del suo modo di essere, siamo per il risanamento dello Stato sociale attuale, siamo contro gli sprechi clientelari, il rigonfiamento burocratico, gli eccessi statistici, l'inefficienza elevata a sistema, e siamo soprattutto contro la situazione di fatto attuale, che vede lo Stato sociale finanziato con il contributo dei più poveri che suppliscono in qualche maniera all'evasione contributiva sempre più massiccia dei più abbienti.

Questo discorso riguarda in particolare il settore della sanità e tutti sappiamo che la sanità in Italia versa in condizioni difficili e di grande instabilità; tuttavia, pretendere di risolvere questi problemi in chiave individualistica e privatistica, eliminando ogni forma di solidarietà umana, tentando di arrivare ad una forma primitiva di darwinismo sociale, è atto illusorio e mistificante. Un tale disegno verrebbe fatalmente a scontrarsi con principi che sono non solo patrimonio della sinistra ma dell'intera collettività nazionale.

In questo contesto, dunque, noi non consideriamo il servizio sanitario nazionale come qualcosa di statico e di immutabile: al contrario, consideriamo il nostro sistema sanitario come un soggetto dinamico, capace di adeguarsi all'evolvere dei tempi e degli eventi. In particolare, non solo noi comunisti, ma noi tutti in questa Assemblea dobbiamo prendere atto che la situazione politica, sociale ed economica di oggi è profondamente modificata rispetto alla situazione durante la quale il servizio sanitario nazionale è nato. Noi non abbiamo nessuna difficoltà ad affermare che il nostro servizio sanitario deve adattarsi convenientemente alla situazione socio-economica che oggi si è creata, ed io ritengo che tutto questo non solo è possibile e realizzabile, ma che la possibilità di un adeguamento del servizio sanitario nazionale alle nuove condizioni, determinatesi nel frattempo, è in-

sita nelle stesse norme della legge n. 833, che ad esso hanno dato appunto origine. E non a caso, all'articolo 3 della legge n. 833, si afferma esplicitamente che lo Stato determina gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale nell'ambito della programmazione economica nazionale; non a caso l'articolo 53 della stessa legge sottolinea che le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento della attività istituzionale del servizio sanitario nazionale sono stabilite col piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale.

Stando così le cose, noi pensiamo che il disegno di legge oggi al nostro esame potrebbe offrire un grande, reale e corretto contributo alla definizione di un nuovo assetto della sanità nel nostro paese. Non si tratta, in effetti, di smontare e di liquidare il servizio sanitario nazionale, ma di indicare la strada più corretta, più equilibrata, per conciliare i principi e gli obiettivi perseguiti dalla riforma con i più vasti obiettivi della programmazione economica nazionale.

Sorge però a questo punto, onorevoli colleghi, un interrogativo, che desidero porre chiaramente alla vostra attenzione: esiste veramente una programmazione economica nazionale alla quale collegare poi la programmazione sanitaria? Io ritengo che occorra una buona dose di fantasia, o se volete di improntitudine, per affermare che questo Governo è stato o è in condizione di programmare l'economia. In realtà, siamo di fronte ad un coacervo incredibile di posizioni e di contrapposizioni dei diversi partiti o, peggio, di correnti all'interno dei partiti, che null'altro hanno in comune se non la visione asfittica e miope dell'avvenire del nostro paese. In effetti, tutti i provvedimenti governativi, compreso quello oggi al nostro esame, sono rivolti non già ad adeguare il nostro Servizio sanitario alla programmazione economica nazionale, come una corretta politica vorrebbe, ma ad adeguarlo invece alla situazione contingente, con una visione quindi miope e superficiale dell'esistente, senza un mi-

nimo di approfondimento delle cause delle disfunzioni del sistema attuale, e senza un minimo di progettualità credibile per l'avvenire. Tutti i provvedimenti legislativi di questo Governo in materia sanitaria portano dentro di sé questa ricerca ossessiva della diminuzione della spesa sanitaria, senza che vengano individuati i meccanismi che l'hanno fatta patologicamente lievitare. Eppure basta guardarsi attorno, signor ministro, basta conoscere anche superficialmente la realtà sanitaria del nostro paese per rendersi conto che è possibile adeguare il nostro Servizio sanitario nazionale alla realtà socio-economica del paese; è possibile, in questo contesto, giungere anche ad una reale contrazione della spesa sanitaria.

In effetti, però, in molti settori governativi e di maggioranza, per diminuzione della spesa sanitaria si intende unicamente abbattere una cieca mannaia sull'esistente, si intende assestare il colpo definitivo alla struttura portante della protezione sociale e civile ed aprire le porte alla privatizzazione. Per noi comunisti, invece, diminuzione della spesa sanitaria significa lotta agli sprechi, alle disfunzioni, ai doppioni, alle inefficienze, ai privilegi clientelari che troppo spesso contraddistinguono la vita delle unità sanitarie locali.

Con tale visione dei problemi, diciamo che il provvedimento in discussione potrebbe fornire un grande contributo nella giusta direzione. A nostro giudizio, infatti, il piano dovrebbe puntare a raggiungere tre obiettivi fondamentali. Il primo è quello dell'aumento della produttività dei servizi e, quindi, di una resa maggiore delle risorse impiegate in termini sia quantitativi sia qualitativi.

Il secondo obiettivo, che non è alternativo ma concorrente al primo, è quello dell'eliminazione degli sprechi, della soppressione delle spese non essenziali, della riconversione delle risorse in nuove e più qualificanti funzioni quali le attività di prevenzione, di educazione sanitaria, l'assistenza di base, la formazione degli operatori, la ricerca sanitaria finalizzata.

Il terzo obiettivo, infine, è quello della destinazione delle risorse ai progetti-obiettivo ed alle azioni finalizzate per programmare razionalmente e con rigore scientifico alcune tra le maggiori emergenze sanitarie che caratterizzano il nostro paese.

Il quesito che tutti noi dobbiamo ragionevolmente porci è se questo disegno di legge, e quindi questo piano, rispondano allo scopo e siano in condizione di raggiungere gli obiettivi che poc'anzi ho citato. Noi comunisti dubitiamo fortemente sulla efficacia del piano non già e non tanto per le affermazioni e le proposte in esso formulate, quanto piuttosto per il contenuto di altri provvedimenti legislativi, precedenti o successivi al piano stesso e che, di fatto, ne hanno snaturato il significato e svuotato i più qualificanti propositi.

Desidero accennare, sia pure sinteticamente, ai punti che giudichiamo nebulosi ed insoddisfacenti, riservandoci di intervenire nel dettaglio durante la discussione dei singoli articoli. In maniera telegrafica elencherò tali punti che noi giudichiamo carenti e sui quali faremo convergere i nostri pochi ma qualificati emendamenti. Il primo è che non vengono fissati in questo piano parametri e *standards* per far funzionare al meglio le strutture. Il secondo è che non vengono individuati gli interventi e gli strumenti per superare lo squilibrio tra il Nord e il Sud. Il terzo: non viene affrontato con chiarezza il rapporto tra le strutture pubbliche e quelle private. Il quarto: non esistono nel piano norme sulle incompatibilità degli operatori. Il quinto: appare deludente e comunque non funzionale alla riduzione ed alla riconversione della spesa la parte che riguarda la riorganizzazione degli ospedali. Il sesto: non sono previste norme veramente efficaci e razionali che portino ad una effettiva contrazione dei consumi nei settori dei farmaci, degli accertamenti diagnostici e delle degenze ospedaliere. Il settimo: sono totalmente elusi i temi fondamentali della creazione dei distretti e dei dipartimenti. L'ottavo: appaiono improvvisate e certamente non frutto di una

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

seria ricerca epidemiologica le scelte dei progetti-obiettivo e delle azioni finalizzate. Il nono ed ultimo punto è che viene privilegiato il momento della diagnosi e della cura rispetto a quello della prevenzione all'interno degli stessi progetti-obiettivo e delle stesse azioni finalizzate.

Tutto questo, signor Presidente, signor ministro, rende poco credibile e vanamente declamatorio il piano triennale. Esso appare, in ogni caso, inadeguato rispetto alle attese dei cittadini e alle serie difficoltà che il nostro Servizio sanitario nazionale sta attraversando.

Per queste ragioni, dicevo, cercheremo di modificare tale piano in alcune parti con nostri emendamenti. Il nostro sarà un apporto critico, ma costruttivo. Ci auguriamo sinceramente che le forze politiche di maggioranza sappiano raccogliere il significato ed il valore delle nostre proposte, affinché questo piano possa rappresentare una inversione di tendenza rispetto all'andamento attuale, e possa contribuire alla crescita sociale e civile della nostra società (*Applausi all'estrema sinistra — Congratulazioni*).

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

EDOARDO RONCHI. Signor Presidente, penso che il giudizio su questo provvedimento, certo lungamente atteso, ma anche così deludente, presupponga la necessità di comprenderne la filosofia, che non è estranea ad un contesto che vede un pesante attacco allo Stato sociale e all'imposizione della stessa riforma sanitaria.

Tale filosofia, a mio parere, si deduce molto sinteticamente dall'articolo 2, dagli obiettivi generali di quello che viene definito «piano sanitario triennale» e «piano di programmazione sanitaria», quando si indicano obiettivi di razionalizzazione, di equilibrata distribuzione e di incremento dell'efficienza dei servizi. Almeno qui bisognava precisare che c'era una continuità con la filosofia e con l'impostazione della riforma sanitaria: manca un riferimento, infatti, alla tutela della salute in

termini di intervento unitario e globale, centrato sulla prevenzione e sui servizi socio-sanitari.

Penso che questa dimenticanza e questo carattere ragionieristico, essenzialmente finanziario, degli obiettivi generali, non sia casuale nella articolazione del piano sanitario. La stessa efficienza, infatti, è misurata come fattore in sé e non tanto in relazione ai benefici conseguiti e alla loro importanza. In coerenza con questa impostazione, all'articolo 3 si dice, — ma, lo ripeto, traspare anche in altri punti — che non può far carico al fondo sanitario nazionale la concessione di concorsi nelle spese di carattere non strettamente sanitario.

Non solo sono d'accordo con la critica che poc'anzi il collega e compagno Pastore muoveva al decreto del Presidente della Repubblica del 14 agosto 1985, ma ritengo che questa formulazione del piano sanitario sia addirittura più riduttiva dell'impostazione di questo decreto, che almeno, nell'articolo 1, diceva che le attività di rilievo sanitario sono connesse con quelle socio-assistenziali. In sostanza, nel primo comma dell'articolo 1, si ammetteva che vi sono delle attività socio-assistenziali che sono inscindibilmente legate ad un intervento di rilievo sanitario; quindi è quello «strettamente sanitario» che costituisce un passo indietro sul piano non solo culturale, ma anche politico-operativo, del piano sanitario nazionale.

Qui non si tratta di rivendicare un assemblaggio tra assistenza e intervento sanitario in generale, ma piuttosto di comprendere che l'intervento sanitario è necessariamente di carattere socio-sanitario e che il separare i due interventi significa ridurre alla «medicalizzazione» la malattia, cioè ad uno dei suoi aspetti. Il medico, il farmaco, l'ospedale: questa non è una triade sufficiente e non è la filosofia della stessa riforma sanitaria.

Un altro rilievo molto importante deriva dal fatto che in questo provvedimento si giunge ad equiparare, a porre anche formalmente sullo stesso piano, le strutture pubbliche e quelle convenzio-

nate, arrivando a dire: «attraverso strutture pubbliche o convenzionate». Si prevede inoltre la possibilità di erogare assistenza in forma indiretta, così equilibrando ulteriormente l'intervento sanitario sul versante della privatizzazione.

Non voglio qui riaprire un discorso di principio, ma penso non vi sia dubbio sul fatto che un piano sanitario nazionale dovrebbe assicurare priorità all'intervento pubblico, traducendo poi tale affermazione in atti concreti. Non credo sia accettabile che la struttura pubblica non abbia priorità in un settore di così fondamentale rilevanza! Non dimentichiamo poi che la struttura privata risponde ad una logica che si chiama profitto, che essa è normalmente costituita non per finalità di interesse generale dei cittadini ma per garantire dei profitti.

Ma la ragione del mio dissenso non è solo questa. C'è anche il fatto che lo Stato non può rinunciare a questo intervento, che è fondamentale per la sua azione, delegando strutture convenzionate equiparate a quelle pubbliche.

La terza osservazione è legata al fatto che questo disegno di legge, già approvato dal Senato, rilancia paradossalmente, al di là di tanti discorsi fatti, la struttura ospedaliera come centro della strategia sanitaria. Qualsiasi altro intervento, infatti, è ridotto a mera enunciazione, perché non sono previsti progetti-obiettivi finalizzati alternativi dotati di finanziamenti adeguati.

Si conferma dunque ciò che già esiste: la struttura ospedaliera, salvo poi aggiungere che si devono utilizzare parametri di efficienza e di utilizzo di tali strutture. E, così come tagliamo 2800 chilometri di ferrovie, tagliamo qualche centinaio di piccoli ospedali, senza sostituirli con qualcos'altro. Elimineremo gli ospedali dei centri agricoli e montani, quelli di tanti piccoli paesi di provincia, lasciando tante popolazioni con... il nulla, con edifici vuoti. Poi, si dice, potranno essere adoperati per qualcos'altro.

Certo, anche noi siamo favorevoli alla deospedalizzazione, purché però sia accompagnata dallo sviluppo dei servizi ter-

ritoriali e di medicina di base, da servizi specialistici e ambulatoriali, da strutture di assistenza domiciliare. In questo caso sì che saremmo d'accordo! Anzi, saremmo noi stessi a sollecitare un taglio di strutture ospedaliere eccessivamente onerose e comunque scarsamente efficaci. Ma in questo caso si tratta di un taglio che risponde ad una logica puramente quantitativa, che finisce con il gravare ancora pesantemente sui settori più deboli e più poveri del paese e della società.

Tra le azioni programmatiche previste nel piano mi sembra ne manchi una fondamentale e di grandissima rilevanza. Mi sembra indiscutibile che la legge n. 833 abbia affidato alle unità sanitarie locali la competenza per costituire un sistema di controllo costante sulle qualità dell'ambiente; mi sembra però altrettanto indiscutibile che questo è uno dei settori più negativi dell'azione delle unità sanitarie locali. Il fatto che non si preveda, fra le azioni programmate, un intervento in campo ambientale, almeno con la stessa importanza che viene attribuita ad altri interventi, è secondo me una carenza gravissima di questo provvedimento.

Ricordo gli interventi dovuti, previsti dall'articolo 20 del capo III (attività di prevenzione), che invece sono stati attuati male o non attuati affatto dalle strutture delle unità sanitarie, e cioè l'individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività negli ambienti di vita; la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza; l'indicazione di misure idonee per l'eliminazione dei fattori di rischio ed il risanamento di questi ambienti; la formulazione delle mappe di rischio. Sull'importanza di queste mappe sono stati scritti volumi, ma esse non esistono, o risultano documenti praticamente inservibili, superficiali, inutili. Ancora: la possibilità di verificare anche la compatibilità dei piani urbanistici, dei progetti di insediamenti industriali delle attività produttive, con l'esigenza di tutelare la qualità dell'ambiente sulla base quindi di *standards* di qualità dell'ambiente, che

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

consentano di misurare il livello di sfruttamento delle risorse ambientali (acqua, suolo, aria) in base alle mappe di rischio esistenti, per contribuire alla programmazione dell'uso delle risorse del territorio.

Questa azione programmatica è essenziale dal lato della prevenzione, perché non basta, sebbene sia importante, ribadire le indagini epidemiologiche. Se manca tale aspetto, manca una parte, il pilastro fondamentale, della prevenzione. Si ribadisce, fra gli interventi prioritari, l'attivazione ed il potenziamento dei servizi di prevenzione e di controllo sanitario nell'ambiente di vita, eccetera; si raccomanda il potenziamento dei servizi territoriali di medicina di base, ma credo che vi sia anche una contraddizione, nel testo di questo provvedimento. Mentre, cioè, si ribadiscono gli interventi in via prioritaria, alcuni di questi non vengono assolutamente ripresi, né in un progetto obiettivo, né in un'azione programmata; dunque, in nessuna delle azioni poste come vincolate dal piano stesso. I casi sono due: o si pensa che già il servizio sanitario, le USL, stiano sviluppando questi interventi, oppure ci si prende in giro perché si indicano interventi in via prioritaria che poi non si pongono fra le azioni prioritarie che devono essere fissate dallo stesso piano sanitario nazionale.

Auspichiamo che questo piano sanitario venga modificato, e presenteremo a tal fine emendamenti; sulla base dell'atteggiamento della maggioranza, decideremo via via se mantenere un'opposizione intransigente, che consenta di utilizzare tutti gli strumenti regolamentari, ovvero se regolarla sulla base delle risposte che ci verranno date su questi che per noi sono i punti fondamentali che, per un verso, non cambierebbero il senso già molto riduttivo di questo piano sanitario, ma per altro verso impedirebbero di trasformare questo piano sanitario da strumento di programmazione, nell'ambito della riforma, a piano di programmazione dell'affossamento della riforma sanitaria!

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

### **Annunzio di interrogazioni e di una interpellanza.**

**PRESIDENTE.** Sono state presentate alla Presidenza interrogazioni e una interpellanza. Sono pubblicate in allegato ai resoconti della seduta odierna.

### **Ordine del giorno della prossima seduta.**

**PRESIDENTE.** Comunico l'ordine del giorno della prossima seduta.

Lunedì 7 ottobre 1985, alle 17:

1. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

S. 195-quarter-256-bis. — Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988 (*approvato dal Senato*) (2981).

— *Relatore:* Lussignoli.

2. — *Discussione del disegno di legge:*

S. 1383. — Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali (*approvato dal Senato*) (3113)

— *Relatore:* Saretta.

**La seduta termina alle 12,10.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO  
DEI RESOCONTI  
DOTT. MARIO CORSO

---

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE  
AVV. GIAN FRANCO CIAURRO

---

*Licenziato per la composizione e la stampa  
dal Servizio Resoconti alle 13,50.*

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

**INTERROGAZIONI E INTERPELLANZA  
ANNUNZIATE****INTERROGAZIONE  
A RISPOSTA IN COMMISSIONE**

**BELARDI MERLO, CODRIGNANI, CAPECCHI PALLINI, FAGNI, MINOZZI, BIANCHI BERETTA E FERRETTI.** — *Ai Ministri dei trasporti e del lavoro e previdenza sociale.* — Per sapere - premesso che

il ministro dei trasporti ha indetto in data 13 settembre 1985 due pubblici concorsi, nel profilo professionale di manovale, dell'azienda autonoma delle Ferrovie dello Stato, per i compartimenti di Firenze e di Ancona, nei quali è prevista la « prova ergometrica eseguita mediante apparecchiatura dinamometrica » come fattore determinante per la formazione del punteggio finale del concorrente;

nel recente ed analogo concorso per n. 10 posti svolto nel compartimento di Bologna, molte donne concorrenti, pur ottenendo voti assai elevati nelle prove scritte ed orali, sono state poi escluse e dichiarate non idonee, una volta sottoposte a tali prove di forza, tanto che tra le poche risultate idonee, la prima di queste si è collocata al 551° posto della graduatoria;

nel concorso di Bologna ed in altro analogo concorso attualmente in svolgimento nel compartimento di Trieste si sarebbero sottoposte e si starebbero per sottoporre a tali prove di forza, donne in gravidanza e in avanzato stato di gravidanza;

le interroganti sono assolutamente insoddisfatte della risposta scritta fornita ad altra interrogazione sulla stessa materia, in quanto ritengono che le norme concorsuali violino la legislazione italiana in materia di parità ed il diritto comunitario sulle pari opportunità di lavoro;

in epoche diverse e per altri concorsi pubblici di manovale nelle ferrovie dello Stato non erano previste prove di tale genere -:

se corrisponde al vero e come si sono oggettivamente svolti i fatti in ordine alla prova di forza delle donne in stato di gravidanza;

quali iniziative intendono assumere per la immediata soppressione di quella parte di norme concorsuali che sono in netto contrasto con la legge di parità (n. 903 del 1977), con la direttiva CEE del 9 febbraio 1976 e con la raccomandazione n. 84/635 del Consiglio delle Comunità europee sulla promozione di azioni positive a favore delle donne. (5-02004)

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

**INTERROGAZIONI  
A RISPOSTA SCRITTA**

TESTA. — *Al Ministro dell'agricoltura e foreste.* — Per sapere — premesso che in data 4 settembre 1985 il ministro dell'agricoltura scrivendo alla Federazione regionale degli agricoltori del Piemonte ed alla Associazione macellatori avicoli ha affermato che « a motivo della crisi del predetto settore (avicolo) non ha incluso nei propri programmi iniziative da finanziare per la realizzazione o per l'ampliamento di impianti avicoli » —:

se per « realizzazione od ampliamento di impianti » si debbono intendere anche quelli già impostati nello scorso anno come il finanziamento di ben 35 miliardi alla CAVEN — Società cooperativa a responsabilità limitata di Verona, finanziamento finalizzato all'acquisto di un macello di grande potenzialità produttiva sito in Nogarole Rocca (Verona) e già di proprietà della SIPA — Pollo Arena che lo ha gestito con grave passività fino al subentro della neo costituita CAVEN;

se il prezzo di lire 35 miliardi che la CAVEN pagherebbe alla SIPA viene ritenuto congruo rispetto al valore del bene, quindi se l'uso del denaro del finanziamento pubblico viene ritenuto conforme al pubblico interesse, quali siano stati i criteri per la stima e se siano state compiute operazioni di accertamento serio ed obiettivo e non complacenti. Se si ritenga in proposito utile e conforme all'interesse pubblico esperire nuove indagini e nuovi accertamenti più approfonditi. Si fa, infatti, presente che appare esservi un sovrapprezzo di oltre sei miliardi e mezzo, dato che il complesso trasferito era iscritto tra la attività della SIPA per un valore di soli 28 miliardi, che poi vengono essere valutati in lire 35 miliardi quando la SIPA-Pollo Arena trasferisce i beni *de quo* in conferimento alla propria società « Stabilimenti Riuniti srl » operazione avvenuta il 24 dicembre 1984 — atti notaio Peloso di

Verona — e codesta srl « Stabilimenti Riuniti » sorge nello stesso dicembre 1984 ed è al 99,99 per cento di proprietà della SIPA - Pollo Arena che in questa maniera vende a 35 miliardi un bene che stimava essere di 28 miliardi.

Si chiede quindi di conoscere quali controlli sono stati esperiti e quali si intendano esperire. (4-11330)

VITI. — *Al Ministro delle partecipazioni statali.* — Per conoscere se sappia degli orientamenti che sarebbe per assumere l'ANIC servizi in ordine alla commissione di progetti finalizzati alla reindustrializzazione della valle del Basento, oggetto, com'è noto, di un lungo e defaticante negoziato fra ENI e sindacati e di difficili mediazioni politiche e istituzionali. Si ha notizia che incarichi di progettazione sia per singoli impianti e attrezzature sia per l'area attrezzata sarebbero per essere commessi a studi lombardi e comunque esterni alla Basilicata.

Se le informazioni fossero fondate e si rivelasse attendibile la prospettiva dell'affidamento di un indotto qualificato e « intelligente » fuori di una regione che pure vanta presenze significative ed esperienze tecniche e progettuali di chiaro e indiscutibile affidamento anche in *partnership* con strutture di dimensione nazionale, esse sarebbero di particolare gravità e vanificherebbero lo spirito di intese costruite con grande impegno e con dichiarazioni di reciproca lealtà.

Sarebbe pertanto indispensabile una direttiva del ministro che voglia tener conto dell'esigenza di un impiego delle strutture tecniche e professionali disponibili in Basilicata e di un reinvestimento nella regione delle risorse che vi sono state destinate. (4-11331)

VITI. — *Al Ministro delle partecipazioni statali.* — Per conoscere quali effetti possa avere sui programmi ENI e particolarmente sui progetti di investimento dell'ENICHIMICA in Basilicata la

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

rinuncia al fondo di dotazione annunciata dal presidente della *holding* pubblica. Pur se la decisione di rinunciare al fondo di dotazione appare la testimonianza del conseguito equilibrio finanziario da parte dell'ente di Stato, ancor più significativamente deve essere giudicata la capacità dell'ENI di corrispondere in tempi storici agli impegni che contrae con le istituzioni e con il movimento politico e sindacale. Sarebbe una gravissima iattura se, in ossequio alla logica formalistica di un rientro dal *deficit* entro tempi stretti e precostituiti, l'ENI venisse meno a obiettivi di sviluppo produttivo e di riconversione in grado di giovare globalmente alla rinascita, al risanamento e all'espansione dell'economia meridionale e nazionale.

Per le enunciate ragioni sarebbe indispensabile che il ministro rassicurasse quanti sono legittimamente in apprensione di fronte alle notizie annunciate dall'ENI alla stampa. (4-11332)

VALENSISE, ALOI E BAGHINO. — *Al Ministro delle poste e telecomunicazioni.* — Per conoscere se ritenga di intervenire presso la concessionaria SIP - Società italiana per l'esercizio telefonico p.a. - per ottenere l'urgente ripristino di un unico elenco telefonico per le provincie di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, in considerazione del fatto che l'edizione e la distribuzione di elenchi separati per ciascuna provincia è in contrasto con le necessità degli utenti ed è pregiudizievole alle esigenze operative, specie nel settore turistico in via di faticosa crescita nella regione, essendo evidenti i vantaggi di una unica pubblicazione di agevole consultazione da parte dei residenti, degli operatori economici e, soprattutto, dei turisti, oggettivamente messi in difficoltà dalla individuazione delle località delle relative provincie, ed essendo, peraltro, adottato il sistema dell'elenco unico per tutta la regione per le quattro provincie dell'Abruzzo, per le due provincie della Basilicata o per più provincie contigue e con interessi omo-

genei (Agrigento-Caltanissetta, Ascoli Piceno-Macerata, Avellino-Salerno, Livorno-Pisa, Pordenone-Udine etc.). (4-11333)

TATARELLA. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere se intende intervenire presso le autorità scolastiche provinciali per l'autorizzazione della seconda e terza classe della sezione staccata dell'istituto magistrale a Cagnano Varano (Foggia). In merito si fa presente che: a) il decreto istitutivo della sezione staccata pone il solo limite del numero legale per l'autorizzazione delle classi; b) tale numero legale esiste e non c'è nessun motivo di divieto; c) la richiesta di nuove classi è collegata al ruolo dell'importante cittadina del Gargano e di tutto il Gargano nord, già penalizzato per i collegamenti e per i trasporti; d) l'intera popolazione chiede tale istituzione ed è in agitazione permanente per un'esigenza scolastica reale, sentita e che quindi non può essere inevasa con un rifiuto aprioristico. (4-11334)

MUSCARDINI PALLI E SERVELLO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* — Per sapere -

considerato quanto denunciato in merito all'ospedale San Matteo di Pavia e cioè: lo stratigrafo è abbandonato negli scantinati da tre anni, vi sono stanze con venti letti ed altri reparti chiusi, la regione ha stanziato due miliardi e settecento milioni l'anno scorso per l'acquisto di una risonanza magnetica nucleare ma a tutt'oggi si deve ancora costruire il locale dove metterla (nonostante la presenza di tanti reparti vuoti), una delle due TAC è utilizzata solo quattro volte alla settimana e per poche ore per cui si arriva fino a quattro mesi di coda, la radioterapia non funziona dal 1983 e i malati devono andare a Brescia, i reparti speciali, la cui costruzione è cominciata nel 1974, non sono ancora stati finiti e mentre le previsioni erano di tre miliardi e settecento milioni oggi si parla di cinquan-

## IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

ta miliardi, le attese dei malati sono lunghissime, si parla di un anno per cardiocirurgia, di sette mesi per un'otturazione, di quattro per il laser, di due per il glaucoma;

considerato che tale ospedale è istituto di ricerca scientifica e che i dati sopra enunciati non sono assolutamente compatibili con quella che deve essere la funzionalità degli ospedali italiani e che si

possono evincere oltre a carenze anche disimpegno e colpevoli errori di carattere amministrativo, non a caso l'ex presidente e tre consiglieri sono stati arrestati per truffa, peculato, associazione per delinquere -:

se intenda intervenire di persona, vista la non tempestività del Ministero della sanità a dare risposta ai problemi sollecitati. (4-11335)

\* \* \*

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA, DEL 4 OTTOBRE 1985

**INTERROGAZIONE  
A RISPOSTA ORALE**

GELLI, CECI BONIFAZI, NEBBIA, GRADUATA, LOPS, VACCA, CERRINA FERONI, PASTORE, MONTANARI FORNARI, BENEVELLI, SERAFINI, BOSELLI, FERRI E BOSI MARAMOTTI. — *Ai Ministri dell'industria, commercio e artigianato, della sanità e per l'ecologia.* — Per sapere — premesso che

in territorio comunale di Brindisi, località Cerano, si sta procedendo all'insediamento di una centrale a carbone con potenza di 2.600 MW (centrale sud) ed alla trasformazione della centrale ad olio combustibile in centrale a carbone (centrale nord) con potenza di 1.280 MW;

nello stesso comprensorio è localizzata una centrale privata della Montedison di 280 MW ad olio combustibile;

dette centrali insistono nel raggio di appena 8 chilometri realizzando in totale la potenza di 4.160 MW;

per la costruzione del molo carbonifero sono previste opere portuali di portata rilevante; con interrimento di 76 ettari di mare ed un dragaggio a meno di 20 metri di oltre 80 ettari;

da una recente informazione del centro provinciale di igiene e profilassi sul monitoraggio di inquinamento ambientale annuale, rilevato da 5 centraline risulta che nell'82 i valori di anidride solforosa sono in certe zone ai limiti consentiti dalle più recenti disposizioni CEE.

Considerato che

l'insediamento è stato avviato dall'ENEL sulla base di una convenzione con il comune di Brindisi, con la esclusione di comuni, quali quello di Lecce, che distano, in linea d'aria, appena 21 chilometri dall'insediamento energetico e che sono direttamente interessati agli effetti inquinanti;

nel marzo 1985 sono state rese note le valutazioni della commissione tecnico-scientifica nominata dal comune allorché i lavori di costruzione della centrale sud erano già in fase di avanzata attuazione —:

se è a conoscenza dei risultati cui la commissione scientifica è pervenuta e se ritiene di dover condividere le riserve da questa espresse in merito ai seguenti punti:

1) la documentazione fornita dall'ENEL per la centrale di Brindisi sud non costituirebbe un vero e proprio rapporto di impatto ambientale;

2) detta documentazione non fornirebbe dati ambientali sufficienti a definire in partenza una mappa degli inquinanti presenti nell'area interessata prima dell'entrata in esercizio degli impianti della centrale di Brindisi sud;

3) non conterrebbe le necessarie valutazioni di impatto ambientale conseguente alla installazione del molo carbonifero nel porto di Brindisi con le inevitabili interferenze tra la movimentazione della materia prima e le altre attività portuali (turistico di transito, nautico da diporto, da rinfusa);

4) presenterebbe numerose carenze in merito allo smaltimento dei rifiuti (filtrazione delle polveri negli effluenti gassosi, abbattimento dell'anidride solforosa, smaltimento delle ceneri, ecc.) —:

se ritiene che gli interventi predisposti dall'ENEL per ridurre il rischio di inquinamento garantiscano a sufficienza:

a) la salute delle popolazioni interessate, in relazione ad un possibile aumento di malattie dell'apparato respiratorio per effetto dei gas tossici delle centrali e della polvere di carbone;

b) l'equilibrio biologico della costa e la salvaguardia della flora e della fauna marina;

c) l'agricoltura che potrebbe essere danneggiata dall'immobilizzazione e l'accumulo di composti dello zolfo nel suolo e dagli eventuali effetti sul biochimismo dei vegetali;

## IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 4 OTTOBRE 1985

d) i beni culturali, che possono risentire dell'azione delle ceneri e delle piogge acide (desta in tal senso allarme l'effetto deleterio che tale situazione comporterebbe sulla pietra dei monumenti del barocco leccese);

quali iniziative intenda assumere per verificare se l'insediamento della centrale di Brindisi sud e la trasformazione di quella nord da olio combustibile a carbone e le relative opere portuali siano realizzate nel rispetto della salute dell'uomo e dell'ambiente;

se non ritiene infine, che sia necessario intervenire per riconsiderare con l'ENEL, in raccordo con gli enti locali interessati la convenzione o un protocollo aggiuntivo ad essa, per meglio precisare impegni e strumenti relativi all'abbattimento dei rischi e degli inquinamenti, e mettere in atto un sistema di controllo e verifica che garantiscano ad un tempo la difesa dell'uomo e del suo ambiente oltre che il lavoro e lo sviluppo, condizione indispensabile per il proseguimento stesso dei lavori di attivazione e compimento delle centrali di Brindisi. (3-02170)

\* \* \*

## INTERPELLANZA

I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri, per sapere -

premesso che ormai a conclusione dell'esercizio 1985 non risultano ancora individuati i progetti finanziabili con gli stanziamenti del fondo investimenti ed occupazione previsti nella legge finanziaria per l'anno in corso;

considerato che il nucleo di valutazione è stato incaricato dell'istruttoria dei progetti presentati sul FIO 1985, senza che siano stati approvati preventivamente i procedimenti di analisi, e che la grave situazione interna del nucleo di valutazione (modalità di ricostituzione, assenza del coordinatore) ne lede l'autonomia, la indipendenza e la collegialità rendendo praticamente impossibile una valutazione tecnicamente corretta dei progetti presentati da amministrazioni centrali e regionali;

ritenuto che l'istruttoria costituisce fase necessaria dell'*iter* procedurale per l'individuazione delle scelte di investimento della pubblica amministrazione e che in particolare in relazione ai fondi FIO solo una istruttoria tecnicamente garantita costituisca condizione per il superamento di altri meccanismi di garanzia per la ordinaria legislazione di contabilità dello Stato;

considerato infine che il ministro del bilancio ha disatteso gli impegni assunti

con l'ordine del giorno approvato dal senato il 26 marzo 1985 relativi alle modalità di funzionamento del nucleo e al rendiconto di attività -:

1) se non ritenga indispensabile procedere immediatamente alla presentazione in Parlamento di un disegno di legge ovvero ad una dichiarazione di appoggio alla proposta di iniziativa parlamentare già in discussione, per la nuova regolamentazione del nucleo di valutazione;

2) se non ritenga comunque che la ricostituzione del nucleo su basi certe e nuove sia ormai presupposto indispensabile per la stessa prosecuzione dell'attività dell'organo;

3) se non ritenga quindi indispensabile la sospensione della istruttoria in corso e, anche in relazione alla prossima discussione parlamentare sulla legge finanziaria, prevedere che la istruttoria sui fondi FIO 1985 e 1986 si svolga in modo unificato, consentendo così sia di recuperare i ritardi sin qui accumulati e che hanno portato di fatto allo slittamento dell'esercizio successivo degli stanziamenti disposti a partire dal 1982, sia di evitare che una frettolosa conclusione dell'istruttoria dia luogo ad una ripartizione delle risorse fondata non su criteri rigorosi di produttività e di imparzialità della pubblica amministrazione ma su una contrattazione clientelare tra le diverse amministrazioni.

(2-00726) « NAPOLITANO, REICHLIN, MACCIOTTA, CERRINA FERONI, VIGNOLA ».