

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

RESOCONTO STENOGRAFICO

360.

SEDUTA DI LUNEDÌ 7 OTTOBRE 1985

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ALDO ANIASI

INDICE

	PAG.		PAG.
Missione	31731	S. 195-quater-256-bis. — Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988 (<i>approvato dal Senato</i>) (2981).	
Disegni di legge:		PRESIDENTE	31733, 31736, 31740, 31748, 31753, 31755, 31762
(Annunzio)	31731	BARONTINI ROBERTO (PRI)	31736, 31739
(Trasmissione dal Senato)	31731	CASALINUOVO MARIO (PSI), Presidente della Commissione	31748, 31760
Disegno di legge di conversione:		DEGAN COSTANTE, Ministro della sanità	31755, 31758, 31761
(Annunzio della assegnazione a Com- missione in sede referente ai sensi dell'articolo 96-bis del regola- mento)	31731	GARAVAGLIA MARIAPIA (DC)	31733, 31746
(Annunzio della trasmissione dal Se- nato)	31731	LUSSIGNOLI FRANCESCO (DC), Relatore	31739, 31743, 31753, 31754
Disegno di legge (Seguito della discus- sione):		SPADACCIA GIANFRANCO (PR)	31740, 31741, 31743, 31748, 31754

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

	PAG.		PAG.
Disegno di legge (Discussione):		Interrogazioni, interpellanza e mo-	
S. 1383. — Disposizioni transitorie		zione:	
nell'attesa della riforma istituzio-		(Annunzio)	31771
nale delle unità sanitarie locali (<i>ap-</i>		Corte dei conti:	
provviso dal Senato) (3113).		(Trasmissione di documenti)	31772
PRESIDENTE	31762, 31763, 31765, 31771	Documenti ministeriali:	
DEGAN COSTANTE, <i>Ministro della sanità</i>	31765	(Trasmissione)	31732, 31733
POCHETTI MARIO (<i>PCI</i>)	31763	Risposte scritte ad interrogazioni:	
RUTELLI FRANCESCO (<i>PR</i>)	31762	(Annunzio)	31732
SARETTA GIUSEPPE (<i>DC</i>), <i>Relatore</i>	31763, 31765	Ordine del giorno della seduta di do-	
VENTRE ANTONIO (<i>DC</i>)	31765, 31767, 31768, 31769	mani	31771
Proposte di legge:			
(Annunzio)	31731		

La seduta comincia alle 17.

PIETRO ZOPPI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta pomeridiana del 2 ottobre 1985.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, a norma dell'articolo 46, secondo comma, del regolamento, i deputati Antoni, Bianchini, Citaristi, Colzi, Facchetti, Silvestro Ferrari, Graduata, Grassucci, Martinat, Napoli, Nucara, Olivi, Righi, Tamino e Viscardi sono in missione per incarico del loro ufficio.

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. In data 4 ottobre 1985 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge dai deputati:

FERRARI MARTE ed altri: «Norme per il riscatto dei periodi assicurativi da parte dei lavoratori "occasionalisti" nei porti» (3190);

FERRARI MARTE e BARBALACE: «Provvedimenti a favore dei cittadini tubercolotici» (3191).

Saranno stampate e distribuite.

Trasmissioni dal Senato.

PRESIDENTE. In data 4 ottobre 1985 il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza i seguenti disegni di legge:

S. 1384. — «Modifiche al codice penale militare di pace» (già approvato dalle Commissioni permanenti IV e VII della Camera e modificato da quelle Commissioni permanenti II e IV) (1152-B);

S. 674. — «Nuove norme per l'esercizio delle assicurazioni private sulla vita» (approvato da quel Consesso) (3189).

Saranno stampati e distribuiti.

Annunzio di un disegno di legge.

PRESIDENTE. In data 4 ottobre 1985 è stato presentato alla Presidenza il seguente disegno di legge:

dal Ministro dei lavori pubblici:

«Nuove norme sulla difesa del suolo» (3188).

Sarà stampato e distribuito.

Annunzio della trasmissione dal Senato di un disegno di legge di conversione e sua assegnazione a Commissione in sede referente ai sensi dell'articolo 96-bis del regolamento.

PRESIDENTE. Il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza, in data 5

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

ottobre 1985, il seguente disegno di legge approvato da quel Consesso:

S. 1488. — «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 settembre 1985 n. 463, recante provvedimenti urgenti per il contenimento dei fenomeni di eutrofizzazione» (3192).

A norma del primo comma dell'articolo 96-bis del regolamento il suddetto disegno di legge è già stato deferito, in pari data, alla XIV Commissione permanente (Sanità) in sede referente, con il parere della I, della IV, della V, della IX, della XI e della XII Commissione.

Il suddetto disegno di legge è altresì assegnato alla I Commissione permanente (Affari costituzionali) per il parere all'Assemblea, di cui al secondo comma dell'articolo 96-bis.

Tale parere dovrà essere espresso entro mercoledì 9 ottobre 1985.

Trasmissioni dalla Corte dei conti.

PRESIDENTE. Il presidente della Corte dei conti, con lettera in data 30 settembre 1985, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relativa relazione sulla gestione finanziaria del Consorzio autonomo per il porto di Civitavecchia per gli esercizi 1982 e 1983 (doc. XV, n. 85/1982-1983).

Il presidente della Corte dei conti, con lettera in data 3 ottobre 1985, ha altresì trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e relativa relazione con cui la Corte riferisce il risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti (ENPAF) per gli esercizi 1982-1983 (doc. XV, n. 86/82-83).

Questi documenti saranno stampati e distribuiti.

Trasmissione dal ministro degli affari esteri.

PRESIDENTE. Il ministro degli affari esteri, con lettera in data 24 settembre 1985, ha trasmesso i testi delle convenzioni e delle raccomandazioni adottate a Ginevra dalla Conferenza internazionale del lavoro concernenti argomenti in materia di lavoro, ai sensi dell'articolo 19 della Costituzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro approvata dall'Italia con legge 13 novembre 1947, n. 1622.

Questa documentazione sarà inviata alla Commissione competente.

Trasmissione dal ministro del tesoro.

PRESIDENTE. Il ministro del tesoro, con lettera in data 30 settembre 1985, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 28, primo comma, della legge 24 maggio 1977, n. 227, il piano previsionale degli impegni assicurativi della Sezione speciale per l'assicurazione del credito all'esportazione (SACE) e dei fabbisogni finanziari dell'Istituto centrale per il credito a medio termine (Mediocredito centrale) nel settore del finanziamento delle esportazioni per il 1986 (doc. XLIX, n. 3).

Questo documento sarà stampato e distribuito.

Trasmissione dal ministro della difesa.

PRESIDENTE. Nel mese di settembre il ministro della difesa ha comunicato, in adempimento alle disposizioni previste dall'articolo 7 della legge 27 luglio 1962, n. 1114, le autorizzazioni revocate o concesse a dipendenti di quel Ministero a prestare servizio presso enti o organismi internazionali.

Queste comunicazioni sono depositate presso gli uffici del Segretario generale a disposizione degli onorevoli deputati.

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

Trasmissione dal ministro delle partecipazioni statali.

PRESIDENTE. Il ministro delle partecipazioni statali ha trasmesso, in data 7 ottobre 1985, ai sensi dell'articolo 12 della legge 12 ottobre 1977, n. 675, i programmi pluriennali di intervento delle imprese a partecipazione statale.

Ai sensi della predetta disposizione e dell'articolo 143 del regolamento, detti programmi sono stati deferiti dal Presidente del Senato, d'intesa con il Presidente della Camera, alla Commissione parlamentare per la ristrutturazione e riconversione industriale e per i programmi delle partecipazioni statali, che dovrà esprimere il proprio parere entro il 31 gennaio 1986.

Annuncio di risposte scritte ed interrogazioni.

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

Seguito della discussione 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 il seguito della discussione del disegno di legge, già approvato dal Senato: Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988.

Ricordo che nella seduta di venerdì 4 ottobre è stata aperta la discussione sulle linee generali.

È iscritta a parlare l'onorevole Garavaglia. Ne ha facoltà.

MARIAPIA GARAVAGLIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, sono contenta

che presieda i lavori dell'Assemblea un ex ministro della sanità, mentre sono un po' meno contenta che la trattazione del disegno di legge concernente il piano sanitario triennale sia relegata al lunedì pomeriggio, al posto delle interrogazioni ed interpellanze di rito.

Poiché da poco si è conclusa una estate ricca di polemiche sullo Stato sociale e sulla sanità nel nostro paese, quasi che tutti i problemi economici e finanziari del Governo fossero collegati al comparto sanitario, prendiamo atto che i gruppi parlamentari, il Governo e la Presidenza della Camera, al fine di dare molto risalto alla discussione del piano sanitario nazionale, hanno concentrato la discussione di questo argomento al venerdì mattina ed al lunedì pomeriggio, mentre le votazioni sono previste per martedì.

Non intendo alimentare vecchie polemiche: mi interessa solo segnalare che noi solo oggi, dal dicembre 1978, abbiamo l'opportunità di discutere su determinati strumenti al fine di realizzare la riforma sanitaria. Siamo convinti che la riforma della legge n. 833 in realtà sia stata vanificata dalla mancanza di una programmazione. Si tratta infatti di una riforma istituzionale che non era di per sé indicativa dei meccanismi gestionali e degli *standards* organizzativi.

In questi anni tuttavia il servizio sanitario nazionale ha svolto un relevantissimo compito, che purtroppo non è stato mai adeguatamente considerato dalla stampa. Il nostro servizio sanitario ha dato, anche in assenza di un piano organico, una razionalizzazione a servizi che, in maniera quasi privatistica, non corrispondevano adeguatamente al fondamentale diritto dei cittadini alla tutela della propria salute.

Non dobbiamo dimenticare che vi è una giungla di mutue, una giungla di assistenze integrative; ebbene, malgrado tutto ciò siamo riusciti a creare un fronte unico composto da lavoratori, da professionisti, da dirigenti provenienti dai più diversi organismi i quali hanno saputo integrarsi ed uniformarsi, anche se non sempre omogeneizzarsi. Chi ritiene che gli organi

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

di governo centrali e periferici non abbiano saputo lavorare, vorrei che per un momento ricordasse che cosa ha significato coordinare il lavoro svolto dal medico provinciale, dal veterinario provinciale, dall'ostetrico comunale, nonché vigilare sui servizi concernenti la medicina dell'ambiente, quella scolastica, quella specialistica, nonché sugli stessi ospedali. Se questo lavoro è poco, chiediamo scusa; in realtà è stato esteso un servizio unico a tutti i cittadini italiani.

Vogliamo, con le nostre modestissime possibilità, anche di eloquio, ricordare questo a tutte le forze politiche, anche a quelle che allora non votarono a favore della riforma ma che con grande coerenza scelsero addirittura quel dicastero per mettervi un loro uomo (mi riferisco al partito liberale e all'onorevole Altissimo, che ringrazio perché fece il ministro com'è richiesto ad un ministro della Repubblica). Purtroppo gli adempimenti, le necessità di dare coerentemente consequenzialità agli atti legislativi caddero in un momento in cui l'opinione pubblica era aizzata dalla stampa e da noi stessi, così che — dobbiamo dire la verità, signor Presidente — a furia di sentirsi dire che le unità sanitarie locali non funzionavano, la gente ha cominciato davvero a credere che esse non funzionassero.

Se i vertici, qualche volta le istituzioni, imputano alla sanità la responsabilità dei buchi più gravi della finanza pubblica, evidentemente la tentazione immediata, che si sente come un dovere morale, è di fare in modo che questi buchi non si realizzino più. È per questo che oggi stiamo segnalando un dato importante: è un passaggio obbligatorio quello che il Parlamento ha di fronte. Forse addirittura, per essere tempestivi e bruciare un po' di tempo rispetto alla tempestività che non avremmo, dobbiamo essere oggi anche meno desiderosi di perfezione in questo piano; un piano che ci troviamo a discutere, secondo dato che non possiamo fare a meno di sottolineare, contemporaneamente alla legge finanziaria.

Non sono un costituzionalista (c'è in aula, in questo stesso banco, un collega

illustre sotto questo profilo), ma certo a mio avviso la legge n. 468, che ha abbinato legge di bilancio e legge finanziaria, probabilmente per come la abbiamo saputa interpretare, per come l'abbiamo in questi anni attuata, sottrae gran parte del potere legislativo al Parlamento (sempre che il Parlamento durante l'anno solare sia poi ossequiente verso i tetti di spesa che si impone: in realtà, purtroppo, anche questo non è, e ciò costituisce un dato negativo all'interno delle istituzioni)

Se fossimo effettivamente rispettosi di ciò che con la legge finanziaria decidiamo, per il resto dell'anno dovremmo semplicemente riuscire a realizzare ciò che in essa abbiamo catalogato. Siccome tra i cataloghi vi è anche il capitolo relativo alla sanità, se ci autolimitiamo nella nostra volontà di perfezionare questo piano, è perché vogliamo bruciare i tempi affinché il piano veda la possibilità di divenire legge prima della legge finanziaria. Abbiamo paura, signor Presidente, lo dico con molta sincerità, che la legge finanziaria alla fine, con la sua logica anche regolamentare rispetto a quello che noi ci siamo imposti di fare, possa avere il sopravvento sul piano sanitario. Allora sarà di nuovo una legge generale, con le carenze che ho segnalato prima, a sostituire il piano sanitario; di nuovo quindi verremmo meno ad un impegno che la legge n. 833 ci aveva imposto come legislatori nel 1978, e che in questi anni la prassi gestionale ci ha fatto sentire come urgente.

Per quello che può valere la nostra voce (è la voce comunque di un gruppo significativo all'interno del Parlamento, di una forza politica che crede nella doverosità di attuare la riforma sanitaria perché è una delle riforme fondamentali di questo quarantennio democratico e repubblicano) riteniamo che anche da quest'aula debba venire un appello solenne a far sì che, seguendo l'esempio dell'anno scorso e di due anni fa, si stralci dal disegno di legge finanziaria la parte che si riferisce alla sanità affinché, sia pure di venerdì, lunedì e martedì, e avendo come riferimento questo disegno sulla programma-

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

zione sanitaria, sia il parlamento a decidere sovranamente come organizzare la sanità nel nostro paese.

In fondo i principi generali in questo piano, che ha avuto un parto tanto lungo, sembrano tutti racchiusi e rispettati. Ci sembra che purtroppo non siano molto valorizzati alcuni contenuti specifici. Ho visto, ad esempio, come nel dibattito che sta interessando anche la più grande forza politica d'opposizione del nostro paese emerga il discorso dell'integrazione fra il pubblico ed il privato e si sostenga la concorrenzialità fra le varie agenzie che animano, sia sotto il profilo culturale che economico, il nostro paese, e che dovrebbero essere lasciate libere di giocare nel cosiddetto mercato.

Nonostante da molte parti si siano voluti dare tali suggerimenti anche alla sanità, per dare ad essa un connotato di managerialità (ma dove è, se c'è, negli altri settori la managerialità?), forse questo punto è quello meno palesemente sottolineato nel piano in discussione. Non ci facciamo però velo dal ricordare che dopo questo intervento legislativo dovranno esservi altri interventi del Governo, per esempio l'emanazione delle norme precettive, che sono un atto conseguente all'approvazione del piano.

Siamo sicuri che il Governo saprà tenere in considerazione ciò che dal dibattito generale e dalla discussione specifica di questo disegno di legge potrà emergere, affinché nelle norme precettive siano contenuti con maggiore precisione alcuni principi che ci stanno molto a cuore, come forza politica che vuole che la sanità in Italia sia gestita in modo efficiente ed efficace.

Ci riferiamo all'integrazione fra i servizi pubblici e quelli convenzionati (non, quindi, al semplice privato, che non può interessarci, essendo noi preoccupati della qualità del servizio pubblico): perché non è sempre stata usata nel testo l'espressione «pubblici e privati», ma semplicemente quella di «servizi sanitari»? Forse perché gli estensori del piano hanno ritenuto sottinteso il concetto, per cui hanno reputato inutile esprimerlo apertamente.

Ci rendiamo conto che entrare nel dettaglio dei punti di questo piano potrebbe anche creare divisioni fra le forze politiche che pure, a voce, sostengono la necessità di mantenere viva la riforma sanitaria nel nostro paese. Non quindi per viltà, o per autolimitarci nelle critiche che ancora potremmo avanzare, perché tutto è perfettibile, non ci permettiamo di entrare nel dettaglio, ma perché ci sembra necessario ribadire la priorità dell'approvazione di questo provvedimento rispetto alla legge finanziaria, che è ormai divenuta cronologicamente contestuale nell'esame del Parlamento.

Ma poiché il disegno di legge finanziaria solo in questi giorni ha iniziato il suo *iter* parlamentare, mentre questo disegno di legge è già stato approvato dal Senato, abbiamo concretamente la possibilità di concludere l'esame del piano sanitario nazionale prima dell'approvazione della legge finanziaria; se ci sarà un accordo fra le forze politiche, naturalmente d'intesa con il Governo, per introdurre le modifiche necessarie a rendere ancora più chiaro questo disegno di legge, senza però prolungare il suo *iter*, posso sin d'ora dire che il gruppo della democrazia cristiana darà il suo assenso.

Ma l'impossibilità di concludere rapidamente l'esame parlamentare di questo disegno di legge, e quindi di dare ai nostri amministratori periferici la garanzia dei finanziamenti e degli *standards* nell'erogazione dei servizi, ci porrebbe in una grave difficoltà anche di ordine morale, per cui saremmo senz'altro contrari, in questo caso, ad eventuali modifiche. Qualche volta essere più realisti del re, o inseguire il premio Nobel della bravura nell'approvare le leggi, può cozzare con l'interesse dei cittadini. Noi questo proprio non lo desideriamo, specialmente in un settore come quello della sanità che, riguardando 57 milioni di cittadini, cioè l'intera popolazione italiana, ci fa sentire, pur con le amarezze segnalate poco fa, molto responsabilizzati (*Applausi al centro*)

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

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

ROBERTO BARONTINI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, vorrei fare subito una battuta: forse l'ottimismo cattolico della collega Garavaglia verrà mitigato, nell'analizzare i risultati che il servizio sanitario nazionale ha raggiunto nel nostro paese dalla sua istituzione dal pessimismo laico di chi vi parla.

Noi apparteniamo ad uno di quei partiti che non votarono a favore del disegno di legge istitutivo del servizio sanitario nazionale, e tutti lo sanno. Vorrei tuttavia ricordare in questa sede che le ragioni dall'astensione dei parlamentari del PRI su quel disegno di legge erano motivate dallo scorretto assetto istituzionale che noi individuavamo nell'articolato di quella che diventò la legge n. 833, nello scorretto rapporto tra unità sanitaria locale ed ente locale (comune in particolare), nella inadeguata corrispondenza fra gli organi di governo della sanità e gli organi di direzione della medesima. Questi elementi avrebbero dovuto farci votare contro la legge n. 833. Invece ci astenemmo, per un dato positivo che era rappresentato proprio da quell'articolo 53 che fu inserito (e non voglio in questa sede accampare paternità particolari) su proposta dei colleghi repubblicani.

L'articolo 53 conteneva il concetto della programmazione sanitaria collegata alla programmazione economica; inseriva cioè l'idea della programmazione in un settore vitale ed importante della vita sociale e civile del paese.

E non poteva non essere così. Lo dico senza presunzione, perché chi mi conosce sa che non sono presuntuoso, né personalmente, né politicamente. Non poteva che essere il partito repubblicano italiano ad inserire l'idea della programmazione, che scaturisce dal concetto della stessa che il PRI ha sempre portato avanti, soprattutto a partire da quella luminosissima nota aggiuntiva ricordata in un recente libro di una istituzione cattolica bolognese. In esso si legge: «Il documento più

rappresentativo della svolta della programmazione è ormai la famosa nota aggiuntiva, presentata al Parlamento dal nuovo ministro del bilancio Ugo La Malfa. La nota parte dalla constatazione che l'impetuoso sviluppo sia accompagnato dal permanere di situazioni settoriali, regionali e sociali di arretratezza e di ritardo economico. Necessita pertanto ovviare a questa situazione attraverso lo strumento della programmazione, che dovrà avere tra i suoi obiettivi primari la sostituzione dei consumi opulenti, adottati anche da parte dei percettori di bassi redditi al posto di quelli essenziali per un distorto effetto di imitazione, con quelli riferiti all'istruzione e all'assistenza sanitaria, che deve essere ugualmente valida ed efficiente per tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro condizioni finanziarie».

Partendo da questa idea di fondo di programmazione sanitaria si inserì allora nel dibattito parlamentare il partito che rappresento. Vorrei perciò leggere alcune frasi della relazione che accompagnò il progetto di legge che il partito repubblicano presentò alla Camera in occasione del dibattito sulla legge n. 833. Parlando proprio del piano sanitario nazionale (cioè di cui stiamo discutendo stasera), dicevamo allora: «Sarà bene aggiungere che il piano sanitario nazionale è un punto di riferimento flessibile e duttile. La spesa sanitaria, infatti, la sua entità e la sua qualità sono destinate a variare nel tempo, per intervento di molteplici e talora imprevedibili fattori. Perciò il piano sanitario nazionale deve avere la durata — dicevamo allora — di cinque anni, per essere in grado di modificare, quando è necessario, l'entità e la qualità della nostra spesa. Crediamo che, prima di tutto, sia necessaria una rete rigorosa, coerente, di istituzioni fisse di base; poi ci innestiamo sopra un meccanismo che è, appunto, il piano sanitario nazionale, che altro non è se non un'altra rete di istituzioni altrettanto coerente, ma questa volta flessibile, che gira sulle istituzioni di base come una ruota sul suo mozzo e ne indirizza l'attività in un senso determinato».

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

È per queste ragioni, onorevoli colleghi, che noi diamo una grande importanza, una importanza — consentitemi — storica, al dibattito che qui si sta svolgendo sul piano sanitario nazionale, anche se purtroppo nel disinteresse dei nostri colleghi e della stampa. Nondimeno, noi stiamo davvero discutendo e siamo davvero sul punto di approvare uno dei punti nodali, fondamentali, dell'assetto sanitario del nostro paese: stiamo per approvare il piano sanitario nazionale, che fa e deve fare riferimento soprattutto a due punti intorno ai quali gira l'intero problema della programmazione sanitaria.

Da un lato, infatti non appare possibile (è stato scritto anche da insigni giuristi) una pianificazione di interventi, in un settore che richiede l'impegno di notevoli mezzi finanziari, prescindendo dal quadro programmatico unitario di distribuzione delle risorse disponibili in un determinato arco temporale; dall'altro lato non può prescindersi, anche in questa attività, dall'apporto delle regioni, cui istituzionalmente spetta la cura, tra le altre, della materia dell'assistenza sanitaria ospedaliera.

Emerge, dunque, la prima clamorosa deficienza di quella che è stata la programmazione sanitaria nel nostro paese e di quello che è l'attuale piano sanitario nazionale: la mancanza di collegamento reale con la programmazione economica nazionale e la mancanza dell'apporto delle regioni. Nel momento in cui la programmazione si instaurava nella fase ascendente noi prevedevamo (lo consideravamo fondamentale) che le regioni partecipassero, appunto, alla fase in questione. Individuato, però, successivamente il piano sanitario nazionale, tutto doveva essere coerentemente redistribuito, attraverso i rivoli della fase discendente, dalle regioni fino alle unità sanitarie locali, che dovevano e debbono rappresentare i cardini della programmazione sanitaria.

Invece noi, onorevoli colleghi, ci siamo trovati di fronte, nelle more del piano sanitario nazionale, a piani sanitari regio-

nali che si sono dovuti muovere in maniera scoordinata rispetto alla programmazione sanitaria nazionale; e ci troviamo altresì di fronte ad una situazione contestativa, da parte delle regioni, di quella che è la programmazione sanitaria nazionale; tutto ciò anche in queste circostanze, in cui la reale ed incisiva programmazione sanitaria avrebbe dovuto partire da una fase ascendente, nella quale il bisogno viene realmente ed esattamente valutato (una fase di scelte precise e programmatiche). Vi è poi una fase discendente in cui, attraverso i rivoli istituzionali delle regioni e delle unità sanitarie locali, le scelte si determinano e realizzano.

Abbiamo, dunque, creato un sistema in cui la fase ascendente, cioè quella dell'apporto generale, si è mossa per conto suo, senza inserirsi nel punto nodale della elaborazione della programmazione. Ma, onorevoli colleghi, quest'ultima deve avere sue caratteristiche specifiche, dal punto di vista tecnico e, appunto, delle scelte: deve, cioè, essere misurata sui giudizi di valore, sugli obiettivi finali e intermedi che la programmazione si prefigge, sul ruolo operativo mediante il quale tali obiettivi si raggiungono, cioè sul tipo di programmazione che si sceglie (una programmazione per sistemi o per progetti). A questo punto, dobbiamo vedere come ed in quale misura il piano sanitario nazionale che discutiamo in questa sede presenti giudizi di valore, obiettivi finali ed obiettivi intermedi.

I giudizi di valore devono essere basati sull'equità e sull'efficienza. Le scelte politiche di fondo di un piano sanitario corretto debbono basarsi su tali principi. Gli obiettivi finali forniscono la struttura basilare per il piano, prendendo in considerazione direttamente specifici problemi sanitari o aree di interesse. Essi — e si tratta di quelli che vediamo indicati nell'articolato del piano sanitario che stiamo esaminando — non sono vincolati dall'orizzonte temporale del piano, e non sono stabiliti in termini di attività della comunità o dell'ente produttore di servizi. Gli obiettivi finali sono espressione delle

condizioni desiderate dello stato di salute e dei sistemi sanitari, esplicitati come aspirazioni qualificanti, ma senza un vincolo temporale. A questi obiettivi finali, che sono individuati nell'articolato, debbono corrispondere obiettivi intermedi. Constatiamo invece — ecco la prima critica che mi sento di rivolgere a questo piano sanitario nazionale — che, accanto agli obiettivi finali mancano però obiettivi a medio termine, attraverso i quali sia possibile raggiungere gli obiettivi finali prescelti. Non c'è una scadenza precisa delle fasi intermedie nel processo di avvicinamento agli obiettivi finali indicati dal piano.

La scelta e la quantificazione degli obiettivi finali ed intermedi richiede la presenza e l'elaborazione di opportuni indicatori della realtà sanitaria attuale, e gli indicatori costituiscono l'insieme delle informazioni quantitative su cui si fonda il processo desiderato. Essi sono rappresentati dai tassi di mortalità, distinti per fascia di età e per malattia, dal tasso di mortalità infantile, dalla disponibilità di posti letto e dal tasso della loro utilizzazione, dalla lunghezza media di degenza per ogni tipo di intervento, dal tasso di mortalità, dalla frequenza media dei ricoveri, dal numero dei medici che debbono essere utilizzati. Ai valori di fondo che ogni piano sanitario deve indicare, e che sono quelli dell'equità e dell'efficienza, come ho già detto; agli obiettivi finali individuati, che sono quelli ben elencati nell'articolo 4 del progetto in esame; agli obiettivi intermedi, che invece non sono ben individuati, dovevano dunque (e devono) corrispondere degli indicatori significativi e degli *standards* precisi come parametri per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Prima di analizzare alcuni aspetti dell'articolato e di compiere alcune riflessioni su quelli che a mio avviso devono essere considerati come aspetto delicato e forse come punti da correggere nel piano sanitario nazionale che verrà approvato successivamente a quello in esame, occorre considerare che questo piano è un atto di programmazione che si cala in una

politica sanitaria generale che ha tuttora grossi problemi irrisolti, e precisamente quelli concernenti l'assetto istituzionale del servizio sanitario nazionale, che non si può ritenere sufficientemente corretto dalla miniriforma che è già all'esame del Parlamento e che la Commissione sanità della Camera ha avuto modo di prendere in esame.

La riforma degli studi medici, collegata ad una più corretta e moderna individuazione del rapporto medico-paziente; la riforma del Ministero della sanità, che tutti da tempo chiedono e che sta diventando davvero urgente; la riforma del sistema di informazione scientifica e farmacologica, che è un altro tema importante, al fine di distinguere in maniera corretta e tecnicamente adeguata l'educazione sanitaria dall'informazione sanitaria; la riforma e la revisione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale e la riforma dell'assistenza, che da tempo attende di essere affrontata dal Parlamento e senza la quale, come è stato già affermato in questo dibattito, non potremo creare una articolazione corretta tra interventi sanitari ed interventi sociali e non potremo avere una giusta individuazione delle istituzioni deputate alla erogazione delle prestazioni sanitarie e di quelle tuttora deputate alla erogazione delle prestazioni assistenziali che, come tutti sanno, il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 indica nei comuni. Senza la riforma della assistenza, infatti, non sarà possibile realizzare l'integrazione tra intervento sociale ed intervento sanitario prevista dalla stessa legge di riforma sanitaria.

Questi sono i punti nodali e le necessità impellenti che occorre affrontare perché si abbia un reale decollo della programmazione sanitaria.

Vengo ora ad alcune riflessioni, in parte anche abbastanza scontate e banali, sull'articolato del provvedimento. L'articolazione e l'individuazione, ad esempio, delle azioni programmate e dei progetti-obiettivo non mi sembrano del tutto corrette. All'articolo 8, lettera a), là dove si elencano le azioni programmate, l'indica-

zione relativa alla «sicurezza e tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro» mi sembra più un progetto-obiettivo che un'azione programmata. Tale indicazione, dunque, andrebbe inserita tra i progetti-obiettivo.

All'articolo 10 si prevede la ristrutturazione degli ospedali che registrino un tasso di utilizzazione inferiore ad una data soglia percentuale e la loro trasformazione in strutture con migliore recettività alberghiera o finalizzate ad interventi di *day-hospital*. Si tratta di una misura certamente importante, ma occorre stare attenti perché, se non si dimostra una sufficiente sensibilità rispetto alle corrette esigenze della programmazione, si rischia in questo modo di migliorare la situazione delle regioni che già oggi assicurano delle decenti prestazioni sanitarie, peggiorando invece la situazione delle regioni meridionali, che registrano un tasso di ospedalizzazione molto alto ed avrebbero, quindi, bisogno di decongestionare gli ospedali con strutture-filtro quali, appunto, i servizi di *day-hospital*.

L'articolo 12 concerne il finanziamento del piano sanitario nazionale. Su questo punto sono già intervenuti molti colleghi, ma vorrei svolgere anch'io qualche considerazione in proposito.

Se la programmazione sanitaria fosse stata tempestiva, così come prevedeva la stessa legge di riforma — doveva essere realizzata addirittura sei mesi dopo l'entrata in vigore della legge stessa — avremmo potuto cadenzare i finanziamenti triennali o quinquennali del piano sanitario nazionale attraverso un disegno programmatico collegato ai bisogni da soddisfare ed agli *standards* da raggiungere. Ora invece ci troviamo a dovere approvare il finanziamento del piano sanitario nazionale nel momento in cui stiamo per discutere ed approvare il disegno di legge finanziaria per il 1986. A questo punto si pone un problema, che non è di poco conto: gli stanziamenti per il finanziamento triennale del piano sanitario nazionale, riportati nell'articolo 12 di questo provvedimento, potranno o dovranno essere modificati attraverso il di-

segno di legge finanziaria, che ha tra i suoi oggetti anche la programmazione sanitaria, collegandola con il bilancio dello Stato e — cosa ancora più importante — con la programmazione economica nazionale? Direi di sì proprio, in ossequio a quel principio che richiama all'inizio del mio intervento, cioè al fatto che la programmazione sanitaria, come d'altra parte recita lo stesso articolo 53 della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, deve essere collegata con la programmazione economica per superare, cito a memoria, gli squilibri territoriali e settoriali del nostro paese.

A questo punto credo veramente che occorra rivedere ed eventualmente stralciare l'articolo 12 di questo disegno di legge — come mi sembra, leggendo il resoconto stenografico della precedente seduta, abbia proposto il relatore...

GIANFRANCO TAGLIABUE. Il relatore ha proposto l'inverso.

ROBERTO BARONTINI. Comunque mi permetto di avanzare questa proposta per poter poi collegare il finanziamento del piano sanitario nazionale al finanziamento generale dei nostri interventi in campo economico e in campo sociale e vedere come portare avanti in maniera corretta il problema del finanziamento.

Onorevoli colleghi, nel terminare il mio intervento vorrei ricordare soprattutto a me stesso che il problema della salute, il problema della sanità, deve essere affrontato dalle forze culturali, sociali e politiche che si ritengono moderne, avanzate, serie, impegnate, progressiste attraverso i tre seguenti concetti fondamentali: quello dell'equità, dell'efficienza e dell'economicità.

Il superamento degli squilibri settoriali e territoriali del nostro paese corrisponde...

FRANCESCO LUSSIGNOLI, *Relatore*. Criteri di sana amministrazione.

ROBERTO BARONTINI. Volevo giungere proprio a questo concetto. Dicevo che il

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

superamento degli squilibri settoriali e territoriali del nostro paese corrisponde al concetto di equità; la maggiore efficienza e funzionalità dei servizi, un minor spreco, minori abusi, minori disfunzioni, maggiore efficacia dei servizi corrispondono al concetto della efficienza; un più rigoroso controllo degli sprechi stessi e una maggiore capacità di programmare e un maggior rigore nella programmazione finanziaria degli interventi corrispondono al concetto di economicità.

In sostanza, i concetti fondamentali sono: economicità, equità ed efficienza.

A questo punto vorrei dire che quando si discute e si approva una programmazione economica e una programmazione sanitaria si deve tener presente che l'efficienza è forse il punto nodale intorno al quale deve girare tutto il concetto di programmazione, tenendo anche conto che il collegamento tra efficienza, economicità ed equità, in sostanza, avviene di fatto; infatti, se offriamo ai nostri cittadini servizi più efficienti riusciamo anche ad essere più equi, più giusti e nello stesso tempo forse anche ad essere meno spreconi e pasticcioni.

Per concludere, vorrei dire che, nonostante la nostra attenzione debba essere orientata a combattere abusi, evitare sprechi, realizzare una maggiore efficienza e funzionalità, inserire in maniera più corretta i tecnici e gli operatori sanitari nella direzione del servizio sanitario nazionale; nonostante io ritenga che nel momento in cui discutiamo una programmazione sanitaria ed approviamo un piano sanitario nazionale questo deve essere il concetto fondamentale dal quale dobbiamo partire, credo di dover dire, con parole non mie ma di un caro amico, che: «la vicenda della riforma sanitaria è esemplare nel nostro paese. La gente l'ha invocata invano per venti anni, poi finalmente è arrivata. Adesso, dopo parecchi anni, siccome la riforma tarda a decollare, si dice alla gente che abbiamo sbagliato tutto, e che il vero problema è quello di riprivatizzare».

Temo (a questo punto le parole sono mie) che i sostenitori di questa proposta

ne sottovalutino il costo politico, ed anche quello economico, se è vero che un certo grado di consenso è indispensabile per la riuscita della manovra del rientro dall'inflazione. Il punto, infatti, è questo, onorevoli colleghi: quando si tocca il principio dell'intervento dello Stato nell'attività sanitaria non si toccano soltanto gli interessi economici della gente: si toccano anche altri valori, in cui la gente crede ed a cui la gente tiene. L'intervento dello Stato nelle attività sanitarie non è infatti la stessa cosa dell'intervento in altri servizi, o nella produzione dell'acciaio, delle navi, dei panettoni o delle stoffe. Dietro il sempre più vasto intervento dello Stato nelle cose della sanità non c'è, come dietro il suo intervento nella produzione dell'acciaio o delle navi, o dei panettoni, o delle stoffe, soltanto l'andamento ciclico dell'economia di mercato; c'è anche una lotta secolare intorno al modo di concepire il diritto, la morale e la libertà.

L'azienda pubblica sanità non è solo una delle tante aziende improduttive di uno Stato imprenditore insipiente, talora pasticcione e corrotto; è anche un segno visibile della costante evoluzione delle forme in cui si esprime storicamente il principio di libertà per adattarsi via via alle esigenze della società che cambia. Insieme con il diritto individuale ad una appropriata istruzione scolastica, il diritto individuale alla difesa della salute è uno dei pilastri del consenso democratico intorno alle istituzioni del moderno Stato liberale.

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

GIANFRANCO SPADACCIA. Signor Presidente, colleghi, signor ministro, avevo qualche esitazione a intervenire in questo dibattito, perché mi sembrava che, anche se nella pienezza della nostra Assemblea (una pienezza un po'... vuota, per la verità!) questo dibattito fosse limitato agli esperti, agli operatori, ai competenti; un dibattito un po' sindacale tra la Commissione sanità i difensori delle strutture attuali (o comunque coloro che fanno i

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

conti con le strutture attuali della sanità) e il ministro della sanità, con una rincorsa quasi sindacale a concludere prima dell'approvazione della legge finanziaria. Avevo quindi, da un lato, qualche esitazione, perché non appartengo alla schiera dei competenti e degli operatori e non appartengo neppure alla Commissione sanità.

GIANFRANCO TAGLIABUE. I tuoi non vengono mai!

GIANFRANCO SPADACCIA. Vedi, hai perso l'occasione per stare zitto: non facciamo parte della Commissione sanità.

GIANFRANCO TAGLIABUE. Parlo anche per le esperienze precedenti. È la solita solfa!

GIANFRANCO SPADACCIA. Ti ripeto che noi non facciamo parte della Commissione sanità. Per di più, vedi, noi apparteniamo ad una forza politica minoritaria, ma che si ispira al principio che occuparsi di tutto significa non occuparsi di nulla...

GIANFRANCO TAGLIABUE. Certo!

GIANFRANCO SPADACCIA. ... e che quindi alcune priorità nella lotta politica devono pure essere stabilite. Io non ho alcuna difficoltà a dire che uno dei motivi per i quali mi sarei potuto legittimamente astenere dall'intervenire in questo dibattito...

Sembra che il mio intervento ti dia fastidio.

GIANFRANCO TAGLIABUE. No, no!

GIANFRANCO SPADACCIA. Ma te ne darò ancora, perché io voglio dialogare. La mia intenzione è di lanciare sassi in uno stagno, perché rappresentino elementi di riflessione.

Il fatto, tuttavia, che siamo concentrati su altre priorità (quella della giustizia, quella dello sterminio per fame) non ci esime né dall'esprimere un giudizio poli-

tico su quanto sta avvenendo, né dall'intervenire nel momento in cui alcune scelte vengono proposte, a torto o a ragione, nel momento in cui si discute di un problema che è pur sempre di grandissimo interesse, anche se non appartiene alle nostre priorità. Mentiremmo agli elettori, mentiremmo agli italiani e mentiremmo agli iscritti ed ai simpatizzanti del nostro partito se dicessimo che siamo in grado di affrontare questo problema. Questo però non mi esime, come parlamentare, dall'intervenire, per portare qui, come dicevo prima — e mi dispiace che ti dia fastidio, collega Tagliabue — elementi di riflessione, che vengono da uno che non partecipa ai vostri dibattiti di Commissione.

GIANFRANCO TAGLIABUE. Ma la salute dei cittadini ha la priorità!

GIANFRANCO SPADACCIA. Il primo elemento di riflessione cui vi richiamo è il seguente. È vero che il piano, che ho ascoltato con molta attenzione, introduce, come diceva il relatore, alcune procedure di pianificazione sanitaria e fissa alcuni primi obiettivi che dovrebbero far parte del piano vero e proprio che dovrebbe essere concepito in un momento successivo. Tutti sappiamo, però, che queste procedure erano previste anche nel piano del 1979. Non posso pensare che tutti i senatori siano inefficienti, che lo siano i presidenti della Commissione sanità succedutisi nel tempo, i ministri della sanità che hanno preceduto Degan. Non sono certo perversi, perfidi che hanno impedito al piano di fare qualsivoglia passo avanti, facendolo arenare nelle secche della Commissione sanità del Senato. Credo che il Senato faccia parte del nostro sistema istituzionale e che, consentitemi di dirlo, le cose non sarebbero andate in maniera molto diversa se quel piano fosse arrivato prima alla Camera e poi al Senato.

Durante la scorsa legislatura ho vissuto al Senato, anche se non ho partecipato ai lavori della Commissione sanità della quale non ho fatto parte, pur spettandomi

di sedere in due Commissioni (francamente due senatori non avevano la possibilità di seguire tutto: può darsi che il compagno comunista che mi ha interrotto prima lo avrebbe preteso). Non partecipare quotidianamente ai dibattiti non significa che ogni tanto non si abbia l'occasione di intervenire e di rendersi conto di quanto sta accadendo.

Come mai, dobbiamo chiedercelo, proprio in questo momento ci stiamo mettendo a correre? L'avete detto: le scelte in tema di sanità devono essere compiute in sede di elaborazione del piano sanitario e non dalla legge finanziaria. Consentitemi di dire che c'è qualcosa che non funziona. Quando sento un autorevole compagno comunista che dice: "il Governo deve venir qui a chiarire la situazione perché non possiamo continuare a lavorare in presenza di contraddizioni e di ambiguità", devo sottolineare che tutti sappiamo che tali elementi esistono e che non possiamo ignorarli. Non possiamo pensare di diradarli soltanto prospettandoli; mi sembra, anzi, che il dibattito odierno li alimenti piuttosto che diradarli.

A fronte di questa situazione, sento il bisogno di un dibattito sulla riforma della sanità, sulla salute pubblica, sugli strumenti che ci siano dati per garantirla ai cittadini. Vorrei, però, che si svolgesse alla presenza, oltre che del ministro Degan (per il quale preciso di avere il massimo rispetto, anche se non sempre comprendo questa e le altre scelte che compie, e cerco di capire qual è la logica che lo ispira che, comunque, mi sembra inadeguata alla soluzione dei problemi sul tappeto), anche a quella di Gorla e di De Michelis. Lo dico senza saccenteria e, mi si creda, in uno spirito di dialogo, perché il dibattito dovrebbe allargarsi alle fasce per vedere se davvero risolvono il problema. Vorrei anche che il dibattito si svolgesse al di fuori dei richiami accademici ad una programmazione sanitaria che per sette anni abbiamo tenuto in natalina ed ai rapporti tra essa e la programmazione economica nazionale che non esiste e della quale, anzi, fortunatamente, non si parla da un decennio. Ab-

biamo bisogno, infatti, di discutere dei problemi così come sono, nonché dei risultati che alcune buone intenzioni riformistiche hanno prodotto e che sono, consentitemi di dirlo, pessimi.

Allora, il fatto che ci sia una discussione monca oggi, che ne avremo un'altra, monca anch'essa e soltanto finanziaria, quando discuteremo della legge finanziaria, e che stiamo creando le premesse per poter costruire una ambiguità ed una contraddizione fra le deliberazioni di oggi sul piano sanitario nazionale, e quelle dell'immediato domani sulla legge finanziaria, rischia di instaurare un dialogo tra sordi, ma in cui per avventura i sordi siamo sempre noi. Facciamo in questa sede un discorso, sapendo che durante il dibattito sulla legge finanziaria faremo un altro discorso che non terrà conto di quello che abbiamo fatto oggi. È una sorta di schizofrenia, quella che stiamo costruendo!

Consentitemi allora di ripetere che vorrei che in questa occasione si svolgesse un vero dibattito sulla sanità, al quale vorrei che partecipassero il ministro della sanità, il ministro del tesoro, il ministro del lavoro e della previdenza sociale e, perché no, il Presidente del Consiglio, e questo anche per dare forza al ministro della sanità, perché non possiamo pretendere di ridurre al ruolo di sindacalista delle esigenze della salute dei cittadini un ministro della Repubblica!

Finiamo per costruire, come al solito, organismi corporativi per cui, all'interno di un Governo che deve amministrare le risorse del paese, il ministro della sanità viene a trovarsi in questi giorni a svolgere il ruolo di sindacalista delle esigenze della struttura sanitaria rispetto al ministro del tesoro, o a quello del lavoro e della previdenza sociale, o al Presidente del Consiglio dei ministri.

Dico questo perché so di far parte di una minoranza che opera opzioni e scelte culturali abbastanza decise, che si contrappongono a quelle di gran parte dello schieramento di questa Camera. Comunque, quando sento parlare dei temi della riforma sanitaria, ho quasi l'impressione

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

che essi vengano affrontati in una maniera che mi suona falsa.

Ho letto con molta attenzione gli interventi svolti in questi giorni dai difensori della riforma sanitaria e ne ho ricavato l'impressione che continui, nella difesa di questa riforma quell'atteggiamento che le ha dato vita, in cui si confondevano le intenzioni e le opzioni ideologiche (stavo per dire «ideali», e vorrei che fossero state tali) con la realtà; in sostanza, si immaginava una realtà che era diversa da quella che bisognava riformare. Il risultato è stato, come sempre accade in questi casi, che il prodotto di quelle intenzioni è stato l'opposto di quello che si proponeva. Vogliamo fare un esempio? La prevenzione: è stata uno dei cavalli di battaglia per la nascita delle unità sanitarie locali le quali (a parte la bestialità, il delitto che avete commesso nel concepirle come organismi partitocratici) erano fondate sui criteri ispiratori della riforma sanitaria inglese dell'immediato dopoguerra, nascendo appunto dal discorso della prevenzione, intesa come medicina non soltanto curativa, e come strumento per unificare sul territorio tutti i servizi sanitari.

Avete invece fatto una riforma che, per unanime riconoscimento, ha prodotto le unità sanitarie locali che sono — tutte! — ispirate ad una mentalità finalizzata solamente al ricovero ospedaliero. Insomma, anche quel tanto di prevenzione che esisteva nelle strutture del vecchio Stato preriformato (lo Stato, per intenderci, liberale, fascista e post-fascista) è saltata. Certo, quelle strutture facevano schifo, erano insufficienti e noi volevamo sostituirle con altre migliori; ritenevamo che il medico provinciale fosse insufficiente, che il veterinario provinciale fosse insufficiente, che i laboratori di igiene e profilassi fossero limitati. E volevamo nuove strutture di prevenzione.

Ebbene, non solo non è venuto fuori il nuovo ma abbiamo distrutto completamente il vecchio, come succede ogni volta che si vuol fare una riforma con mentalità giacobina, tagliando la realtà con l'accetta. Abbiamo, insomma, scassato quel tanto di prevenzione che c'era ed oggi, ad

esempio, per trovare il laboratorio di igiene e profilassi, bisogna andarlo a cercare in una delle tante unità sanitarie «RM» che gestiscono la sanità nel Lazio: prima aveva competenza provinciale, oggi quel territorio è suddiviso tra non so quante unità sanitarie locali! E si tratta sempre degli stessi signori, reclutati sempre nella stessa maniera, solo che operano sotto la gestione di una sola unità locale. Ma che competenza può avere una unità sanitaria locale su un territorio che ricade sotto altre unità sanitarie locali?

E il medico provinciale, che fine ha fatto? Certo, era una struttura insufficiente, ma che fine ha fatto? E i veterinari provinciali? Avevo bisogno di un certificato per il cane e ne cercavo uno: ho dovuto girare qua e là, rimandato da una circoscrizione ad un ospedale, da un ospedale a una unità sanitaria locale, da una «RM» ad un'altra. Alla fine, in uno scantinato di uno dei tanti uffici ho trovato uno di questi signori, avvilito perché «smembrato» fra le tante unità sanitarie locali del Lazio.

Eppure, se andate a rileggere i dibattiti di allora, la prevenzione era il grande cavallo di battaglia ideologico della riforma sanitaria e delle unità sanitarie locali. E questa estate, quando abbiamo avuto quello scandalo del pesticida, abbiamo dovuto scoprire dalle parole di De Lorenzo una cosa che poi ho verificato con una serie di telefonate essere vera: il laboratorio di igiene e profilassi non fa più ricerche a campione sui pesticidi, sugli inquinamenti, sui detersivi, sull'acqua, sull'aria, ma un numero di analisi che è pari al 20 o 30 per cento di quelle che facevano prima della riforma.

Ma questo, signori, non è certo accaduto per caso!

FRANCESCO LUSSIGNOLI, *Relatore*.
Questo non è certo scritto nella riforma!

GIANFRANCO SPADACCIA. No, ma quando tu, per fare una riforma, prendi un organismo che ha competenza provinciale e lo poni sotto gestione di una sola

unità sanitaria locale (che ha competenza solo su una porzione del territorio originario), crei tutte le premesse per la distruzione di questo organismo.

Del resto, a chi risponde? Quale è il referente? Il Ministero della sanità o la regione? Mi puoi rispondere che allora il tutto dipende dalle responsabilità delle regioni, anche se si tratta di cose fondamentali come quelle di cui si occupano questi organismi.

Non è che la denuncia della scomparsa, della degradazione, della mancata utilizzazione dei laboratori di igiene e profilassi la faccia io. Voi conoscete da anni tale situazione: ve lo dicono tutti e non soltanto chi si occupa di inquinamento. Non è un problemino da poco.

Ho sentito parlare ancora, qui, di prevenzione, di prevenzione, di prevenzione; ebbene, vi dico che questa riforma ha distrutto i pochi strumenti, sia pure inefficaci, parziali, limitati, di prevenzione che noi avevamo. È vero o no? Li avrebbe sostituiti con altri: dove, quando, in che modo?

Onorevole Lussignoli, la invito ad andare a verificare la situazione dei veterinari. Gli uffici del veterinario provinciale sono stati sventrati nelle unità sanitarie locali. Sono dovuto andare a trovare uno di questi uffici in uno scantinato. Ecco i veterinari ridotti (uno dei tanti aspetti di questa riforma) a passa carte burocratici ed a vidimatori di certificati.

E se scoppia un caso di peste suina in Italia, chi sostituisce queste strutture che avete distrutto? Come pensate di sostituirle, con quali strutture delle unità sanitarie locali? Forse con quelle degli ospedali o col personale che avete messo dietro quegli sportelli che si sono resi necessari per aver moltiplicato, per il passaggio dal sistema mutualistico a questo sistema, le procedure necessarie per arrivare ad avere un'analisi o una visita specialistica?

Ho, allora, l'impressione che vi sia una acritica difesa di una riforma che invece va riformata ed urgentemente. Ho affrontato soltanto un problema, ma consentitemi di dire che il paese non tollera più

che il versante della gestione non sia riformato. Pensate davvero che il paese possa accettare il criterio con cui sono stati costituiti questi comitati di gestione e questa occupazione partitocratica sfrenata e stupida, con cui vi siete impossessati di un settore così delicato della vita pubblica e della società civile?

Pensate che si possa andare avanti senza riformare la riforma per quanto riguarda i controlli? Ho sentito dire dall'ottimo collega Guerzoni, che ascolto sempre con grande attenzione, e con maggior rispetto ed attenzione quando dissento da lui, che sono necessari non solo i controlli ragionieristico-contabili, ma anche controlli di efficienza e di efficacia. Certo, i controlli di efficienza e di efficacia sono necessari, ma anche i controlli contabili lo sono. Quando abbiamo fatto la Costituzione il paese era scottato dal fascismo e, prima che dal fascismo, dal centralismo unitario (il ricordo delle giunte provinciali amministrative ha rappresentato uno dei motivi per cui si è arrivati solo nel 1970 a realizzare le regioni). Da un male, però, si è passati ad un male opposto: si sono aboliti puramente e semplicemente i controlli.

La Corte dei conti era uno strumento del potere centralistico e le giunte provinciali amministrative erano uno strumento del potere del ministro dell'interno; ma la commissione di controllo sugli atti dei poteri locali di fatto è diventato un meccanismo che, soprattutto in questa fase di degradazione partitocratica della nostra democrazia, si configura sotto l'aspetto del controllore controllato.

Il segretario del partito nomina — perché sono nominati dai partiti — i membri dei comitati di gestione e, poi, indica ai gruppi consiliari regionali coloro che devono essere nominati a far parte del comitato di controllo sugli atti degli enti locali. Ho parlato prima del segretario del partito, scusate per questo mio piccolo *lapsus*, dovevo dire che i segretari di federazione dei partiti indicano i loro rappresentanti dei comitati di gestione, nonché i rappresentanti dei loro partiti nell'ambito del comitato regionale di controllo.

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

Questa è la quadratura del cerchio, cioè il meccanismo perfetto dei controllori-controllati.

Vi è una forza realmente riformatrice in Italia che non voglia buttare insieme all'acqua sporca anche il bambino? Vi è una forza che intenda realmente affrontare questi problemi? Vi è a sinistra una forza realmente riformatrice? Mettiamo allora sul piatto della bilancia il problema della riforma dei controlli amministrativi e contabili e, come si è fatto con i TAR — che hanno rappresentato una grande rivoluzione nel nostro sistema amministrativo — si istituiscano i TAR della Corte dei conti. Si rompa, prima che le rigidità diventino tali da spezzare il sistema, questo circolo vizioso dei controllori controllati e si abbia fiducia nello Stato, decentrando la Corte dei conti nelle varie regioni, così come si è fatto per i tribunali amministrativi.

Quando la protesta sorge nel paese vi è sempre qualcuno interessato, per ragioni più o meno demagogiche, a montare tale ondata. Non ho però sentito, neppure dagli amici liberali, sollevare minimamente questo problema dal quale bisognerà pure uscire. Come è possibile che in Basilicata si concepiscano le unità sanitarie locali alla stessa stregua di quelle esistenti in grandi città quali Roma, Milano o Napoli? Come si fa a pensare ad una soluzione di questo genere? Dopo sei, sette od otto anni, ci accingiamo a varare un piano sanitario nazionale senza neanche discutere di queste cose? Intendiamo forse difendere le parti positive della riforma che abbiamo acquisito senza intervenire rapidamente per apportare correzioni là dove abbiamo sbagliato? Vogliamo forse difendere acriticamente la gestione, i controlli e la visione giacobina di unità sanitarie uguali dappertutto, in Basilicata come a Roma, Milano e a Napoli? Così facendo non si difende la riforma: la si porta allo sbaraglio!

Quando qualcuno discute della riforma del *welfare state* o dello Stato sociale non sono scandalizzato, ed anzi dico ben venga la riforma e ben vengano riforme

giuste di quelle sbagliate perché è l'unico modo, compagni comunisti, socialisti ed amici democristiani, che giustamente difendete le parti positive della riforma stessa, per impedire che vinca la contro-riforma. Quest'ultima vincerà nei fatti, prima ancora che nelle leggi e nei principi, perché tutti sarete occupati nella gestione di un sistema che doveva andare in una certa direzione — quella della profilassi, della prevenzione e dell'intervento sul territorio — e che invece va nella direzione opposta. Tuttavia devo anche dire che i riformatori più o meno improvvisati, che gettano sul piatto della bilancia riflessioni, stimoli e provocazioni più che scelte politiche, rischiano di commettere lo stesso errore che io addebito a molti di voi anche nel dibattito di questi giorni, nella difesa contro di loro delle riforme sbagliate.

Ho detto altre volte, parlando di riforma della sanità, che non mi scandalizzerebbe una riforma del sistema sanitario che dicesse al cittadino che lo Stato non può più pagare tutto, però garantisce entro certi redditi la copertura sociale. Non si tratta delle fasce ma di una diversificazione di *standards* nell'ambito di un vero Stato sociale, che è cosa diversa dallo Stato assistenziale, il quale pretende di assistere tutti e non ce la fa. Lo Stato sociale è quello che garantisce assistenza a chi ha bisogno, e solo a chi ha bisogno. Certo, poi c'è il problema del fisco, però dobbiamo fare i conti con questa realtà, che abbiamo cercato di affermare anche nel sistema delle pensioni: quando diciamo che pensioni minime di 400 mila lire al mese sono il minimo vitale per chi non ha altri mezzi di assistenza, diciamo contemporaneamente che non bisogna dare pensioni a chi non ha diritto all'assistenza da parte dello Stato. E se rimaniamo in questo meccanismo contributivo che si mantiene in vita, la pensione va erogata a chi ha pagato i contributi alla previdenza.

Anche qui, quindi, vi è una fascia consistente di cittadini che devono avere il trattamento sanitario completo, e non trovo nulla di scandaloso che si dica agli

altri, che si collocano al di sopra di un certo reddito, che la medicina (dall'appendicite al raffreddore, agli interventi più semplici) va pagata integralmente. Tuttavia lo Stato assicura, nel caso di disgrazie serie (la malattia mentale, l'*handicap* del figlio, la malattia cerebrale, eccetera) un intervento reale e non fittizio come avviene adesso. Con questa pretesa di assicurare tutto a tutti, cara collega Garavaglia, abbiamo a Roma, e non solo altrove, liste di attesa per riabilitazione nelle cliniche e negli ospedali convenzionati di tre mesi, quattro mesi, cinque mesi, ed occorre spesso la raccomandazione per entrare nei reparti di riabilitazione. Entrare dopo una emorragia cerebrale in una clinica riabilitativa con un ritardo di tre o di quattro mesi significa far scendere dall'80 per cento al 20 o al 10 per cento le possibilità di recupero, di riabilitazione e di risocializzazione di una persona.

Questo tuttavia presuppone un piano di riconversione, di riconcezione del nostro meccanismo sociale, perché altrimenti ci illuderemo di avere maggiori entrate mentre la struttura continuerà ad avere lo stesso costo in quanto rimarrà tale e quale e non sarà riconvertita. Noi dobbiamo invece riconvertirla e riconcepirla. Di per sé il discorso delle fasce non ci assicura nessun risparmio, ma soltanto qualche maggiore entrata in più; è un elemento di tassazione in più, ma da questo punto di vista devo dire che diventa una buffonata perché da una parte si restituisce ai cittadini una parte dell'IRPEF, e dall'altra la si toglie nuovamente. E tutto questo in un sistema che ancora non capisco quale sia.

È il sistema contributivo che abbiamo ereditato dalle mutue? Direi di sì, perché la struttura è rimasta in piedi. È una finzione che va eliminata, perché i contributi sono, a tutti gli effetti, tasse che i cittadini pagano. Questo meccanismo, quindi, va eliminato, perché io non contribuisco alla sanità e poi ho prestazioni sanitarie proporzionali a quello che pago; si tratta, invece, di una forma di tassazione che lo Stato mantiene, avendola meccanica-

mente ereditata dal precedente sistema mutualistico.

Una cosa che mi meraviglia molto è il piacere che noi proviamo sempre ad ideologizzare le scelte. Ora si dice: meno Stato e più mercato. Non ho niente in contrario, ma vorrei sapere che cosa contengano queste «scatolette cinesi». Che cosa significa meno Stato? Meno Stato in che cosa? Per avventura meno Stato può significare più Stato in alcuni settori, anzi deve significare più Stato in alcuni settori, nella cura di certe malattie! Deve significare più Stato nella prevenzione! Ci mancherebbe altro! A chi affideremmo la prevenzione, la profilassi e la ricerca? Al mercato? E cosa contiene la «scatoletta cinese» del più mercato? Contiene per caso — lo dico affettuosamente — la storia delle cliniche convenzionate? Ad esse non credo, perché ritengo che siano un altro guasto della nostra capacità di «impapocchiare»!

Vivo, come Pochetti, a Roma, dove è stata inventata l'assistenza convenzionata. L'abbiamo inventata noi, a Roma, con la nostra grande creatività nel generare «papocchi»! Ebbene io sono spaventato dall'assistenza convenzionata, perché c'è un intreccio di interessi che diventa addirittura purulento. Noi abbiamo una struttura sanitaria in cui può essere consentito ad un primario e ad un aiuto ospedaliero, che lavorano *part-time* in un ospedale pubblico, di essere magari i proprietari di una clinica convenzionata dove, terminato il loro lavoro all'ospedale, si trasferiscono per continuare l'esercizio della loro professione. Si crea così, chiaramente, un intreccio veramente purulento di interessi, del quale fanno le spese gli utenti e la salute dei cittadini. Non capisco neppure perché questa struttura convenzionata ed il privato...

MARIAPIA GARAVAGLIA. Il privato è altro dal convenzionato!

GIANFRANCO SPADACCIA. È la stessa cosa! Noi abbiamo chiuso i manicomi e adesso convenzioniamo le cliniche, che in definitiva sono manicomi privati!

La legge invece non favorisce con incentivi la possibilità — alcune regioni ci sono arrivate per contro proprio — che, all'interno della struttura ospedaliera in cui lavora, il medico possa poi fare le proprie visite private. In questo modo il medico, alla luce del sole, potrebbe avere uno spazio per esercitare un'attività privata, che in tal modo non si porrebbe in contrasto con la sua attività ospedaliera. Questo è un meccanismo che in alcune regioni viene facilitato, anche attraverso incentivi di diverso tipo. Ma in genere, nel sistema della riforma, questo meccanismo incontra una palese diffidenza. E ciò si verifica dove si è andati controcorrente perché, vivaddio, l'Italia, collega Barontini, non è un paese uniforme, ma è un paese in cui esistono notevoli e vitali contraddizioni.

Mi guarderei bene dal preoccuparmi perché in alcune regioni, ad esempio in Veneto, le cose vanno meglio, dal momento che vorrei piuttosto che in questo paese si pensasse che l'uguaglianza del Mezzogiorno debba aver luogo verso l'alto. Troppo spesso assistiamo invece ad una degradazione verso il basso delle strutture pubbliche. E con l'espressione «verso il basso» non intendo dire «verso il Mezzogiorno», ma verso la degradazione dei sistemi in generale.

Vorrei allora che si discutesse di queste cose, perché su di esse dobbiamo misurarci e misurare le risorse. E devo dire che, in proposito, ho sentito porre nuovamente il problema (ho citato prima il collega Guerzoni) in termini quantitativi. Esprimo di nuovo qui la mia convinzione: questo 6 per cento di incidenza sul prodotto interno lordo certamente non rappresenta una percentuale enorme. Inoltre è vero che si tratta di percentuale più bassa di quelle di altri paesi occidentali, anche se è pure vero che tali paesi hanno prodotti interni lordi molto più alti del nostro. Ma non si tratta neppure di una percentuale troppo bassa. Il problema, dunque, non è quantitativo ma qualitativo; non è della quantità ma della qualità della spesa; non è di quante risorse abbiamo a disposizione, ma di come queste

risorse devono essere utilizzate perché non siano sprecate nei modi che conosciamo.

È qui allora che il problema va affrontato con decisione. Ho l'impressione che tutti i discorsi che, in questa corsa schizofrenica ad un dibattito ambiguo e contraddittorio, da una parte e dall'altra non vengono fatti non abbiano al loro centro la qualità della spesa, ma coltivino illusioni: ad esempio quella che si possa risparmiare nella sanità. Io ritengo equo il 6 per cento e non ritengo che quello della sanità sia un settore in cui si può risparmiare. Abbiamo un debito pubblico di 700 mila miliardi: chi pensa di avvicinarsi a questa finanziaria ormai alle porte, da qualsiasi settore dello schieramento politico, fingendo di ignorare che sotto i piedi abbiamo questa voragine finanziaria è un pazzo, un folle. Non pensare, neppure minimamente, come fare per rientrare, in un piano quinquennale o decennale (io dico decennale, ma comunque si tratta di un piano che dovremmo avere), da questo debito pubblico è folle.

Io non dissento da Gorla o De Michelis perché ci hanno posto il problema delle fasce, perché con tale proposta ci costringono a ragionare. Il fatto è che essi si illudono che le fasce comportino un risparmio (il che non è vero) e ritengono che il primo settore di intervento per rientrare dal debito pubblico sia quello della sanità. Io non lo credo, proprio perché ho premesso che al di sotto del 6 per cento mi sembra difficile scendere. Ma che quel 6 per cento debba essere utilizzato meglio in un sistema che faccia convivere pubblico e privato al di fuori degli imbrogli del convenzionamento, al di fuori del sistema di sprechi cui abbiamo assistito, rappresenta un'esigenza urgente.

Vorrei allora un dibattito sulla riforma in cui ad una forza come la mia sia lecito porre questi problemi con decisione, insieme a quelli, ormai urgenti e indilazionabili, della gestione, cioè dello «sbaraccamento» dei comitati di gestione partitocratici, nonché dei controlli non soltanto di efficienza ed efficacia ma anche contabili e, infine, del superamento — diffici-

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

lissimo, collega Bozzi — di una certa situazione. Nel dibattito sulla riforma istituzionale quello cui mi riferisco è un settore che non a caso non è stato affrontato, se non di striscio. Bisogna uscire dalla norma costituzionale... Altrimenti, di che cosa discuteremo? Come faremo a controllare la spesa pubblica con meccanismi da «controllori controllati», quali quelli che abbiamo determinato? Vorrei, allora, che vi fosse una sede, una occasione (e che vi fosse rapidamente) per affrontare i problemi in questione...

PRESIDENTE. Onorevole Spadaccia.

GIANFRANCO SPADACCIA. Chiedo scusa, signor Presidente, evidentemente ho terminato il tempo che mi era concesso. Consideravo sottoporre all'Assemblea gli elementi di riflessione che ho portato.

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

MARIO CASALINUOVO, *Presidente della Commissione*. Signor Presidente, chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARIO CASALINUOVO, *Presidente della Commissione*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, mi pare sia giusto che io prenda la parola in questo dibattito, prima che il relatore replichi per poter esporre alcune osservazioni, sia pure su un piano generale. Abbiamo avuto un dibattito molto ristretto e limitato, in Commissione, sul piano sanitario nazionale e, per la verità, i tempi ristretti sono stati rispettati ed osservati da tutti i colleghi di tutti i gruppi parlamentari. Credo si debba esprimere qui, pubblicamente, un grande apprezzamento al riguardo.

In Assemblea il dibattito, del quale il collega Spadaccia lamentava poc'anzi la limitatezza, si è svolto sì in tempi ristretti, ma certamente in maniera più ampia di quanto non sia stato possibile in Commis-

sione, ed ha registrato efficaci interventi di rappresentanti di tutti i gruppi parlamentari.

Farò dunque alcune osservazioni di carattere generale. In ogni caso, a me sembra che la prima cosa da dire, forse il motivo principale che mi ha spinto a prendere la parola, è ricordare alla Camera che la Commissione sanità ha svolto un'attenta indagine conoscitiva sul territorio, per stabilire lo stato di attuazione della riforma sanitaria, che abbiamo concluso da qualche tempo. Fra pochi giorni, infatti, approveremo la relazione conclusiva, per rassegnarla all'attenzione della Camera, con l'insieme del materiale che abbiamo avuto la possibilità di acquisire nelle diverse regioni visitate (alcune nel nord Italia, altre del centro, altre del sud). Una indagine a campione che ci ha fornito consapevolezza dello stato di attuazione della riforma, al quale vorrei riferirmi con due considerazioni. Abbiamo, cioè, rilevato, innanzitutto, che molte parti importanti della riforma sanitaria non hanno trovato attuazione. Sotto questo aspetto, dunque, ritengo che siano giuste le osservazioni che i colleghi, dal primo all'ultimo, hanno fatto nel corso del dibattito. In secondo luogo, abbiamo rilevato che le parti attuate della riforma non possono essere considerate alla stessa maniera in tutto il paese. Abbiamo cioè verificato notevoli differenze nell'attuazione della riforma sanitaria tra alcune zone del paese ad altre, sicché, per la verità, mi sembra che questa nostra indagine possa offrire materiale sufficiente per gli ulteriori passi che debbono essere compiuti affinché i problemi della sanità siano affrontati nella maniera più obiettiva e consapevole. E tra le lacune che abbiamo riscontrato — voglio ribadire questa nostra constatazione sul territorio — non vanno considerate solo quelle relative al livello periferico (concernenti, cioè, le unità sanitarie locali, le regioni o altre organizzazioni di base), perché carenze esistono anche a livello centrale. Ecco perché il dibattito che si svolge in questa aula assume una particolare importanza. Uno dei punti fonda-

mentali della riforma, per altro non attuato, è quello della programmazione. Ora, non c'è dubbio che la mancanza di programmazione, fattore che in genere può incidere sullo sviluppo del paese, ha certamente dato luogo a specifiche difficoltà di applicazione della riforma nel territorio del paese: basti pensare ai piani regionali sanitari, che dovrebbero essere strettamente collegati al piano sanitario nazionale; è pur vero che in alcune regioni i piani sanitari sono stati approvati, ma è altrettanto vero che senza uno stretto coordinamento tra la programmazione nazionale e quella regionale i problemi, sia a livello centrale che periferico, non credo che possano essere affrontati con la necessaria accortezza ed il necessario approfondimento.

Abbiamo pure rilevato che non è stato sciolto il nodo dei problemi istituzionali. Non è stato sciolto quello relativo alla definizione giuridica delle unità sanitarie locali, e non ne discuteremo neppure nel contesto della «piccola riforma», perché mi sembra che il problema sia stato rimandato alla cosiddetta «grande riforma», che speriamo possa giungere al nostro esame al più presto. Non è stato sciolto — altro tema fondamentale, con riferimento al livello centrale — il nodo relativo alla riforma del Ministero della sanità: è scaduto ormai da sei anni il termine previsto dall'articolo 59 della legge n. 833, fissato al 30 giugno 1979, ai fini del riordinamento di quel Ministero, senza che il riordinamento medesimo sia avvenuto. È invece necessario che il dicastero della sanità sia ristrutturato, per adeguarlo ai compiti ed alle funzioni ad esso assegnati dalla legge di riforma ed affinché le strutture provvisorie, che la legge volle, in via del tutto transitoria, non finiscano per diventare, come spesso purtroppo accade nel nostro paese, strutture consolidate e definitive.

Abbiamo anche riscontrato, nel corso della indagine conoscitiva, che è rimasto incompiuto il cosiddetto decentramento istituzionale, che pure rappresentava un aspetto fondamentale della riforma. La politica del territorio non ha trovato,

sotto tale riguardo, piena attuazione. In sostanza, dunque, il disegno globale della riforma non ha trovato concretezza di applicazione in maniera uniforme in tutto il nostro paese.

È rimasto complessivamente inattuato, inoltre, quel pilastro fondamentale della riforma rappresentato dalla prevenzione, come è stato ricordato anche nell'ultimo intervento che ho avuto qui la possibilità di ascoltare.

Occorre, in particolar modo, ricordare che una delle disposizioni della legge n. 833 — lo sottolineo, signor ministro, perché l'avvenire dovrà sicuramente vederci su una strada diversa, rispetto a quella seguita in passato — riguarda la educazione sanitaria. Si tratta di uno degli obiettivi primari della riforma. All'articolo 1 (se non erro) della legge n. 833 si specifica tale fondamentale obiettivo. Dall'inapplicazione di tale disposizione, come è facile intendere, ne sono derivate altre, che attengono esattamente alla non applicazione di tale precetto fondamentale relativo all'educazione sanitaria, così come disposta dalla riforma.

Per tornare ora più propriamente al tema in discussione, occorre rilevare che i ritardi della programmazione hanno indubbiamente determinato una serie di disfunzioni. Il relatore, onorevole Lussignoli, sempre molto attento, ha già posto in evidenza il lungo *iter* del piano sanitario nazionale che, avviato molti anni or sono, per motivi diversi non è mai giunto ad approvazione. Abbiamo, quindi, la necessità di andare avanti, e questa volta sollecitamente, anche perché con il provvedimento in esame vengono ribaditi alcuni principi dell'articolo 53 della legge n. 833, modificato poi dal decreto-legge n. 463 del 1983 convertito dalla legge n. 638 dello stesso anno.

In altri termini, dopo le disposizioni precettive contenute nel provvedimento in esame avremo il piano sanitario nazionale che, secondo quanto disposto dal già richiamato decreto-legge n. 463, dovrà essere approvato dal Parlamento con atto non legislativo, e successivamente gli atti di indirizzo dettati dal Governo.

Tale complesso di disposizioni, legislative e non, debbono trovare attuazione al più presto per colmare la grave carenza di programmazione sanitaria che, nel processo di attuazione della legge di riforma, ha determinato tante disfunzioni e lacune a livello centrale e periferico, di cui certamente la più importante e la più preoccupante riguarda la spesa: un aspetto oggi al centro di vaste polemiche in Parlamento e fuori di esso.

Il problema della spesa sanitaria è assai complesso, ma non è stata certo la riforma — su tale concetto credo dovremmo essere un po' tutti d'accordo — a determinare le disfunzioni sottolineate in questi giorni. In particolare, la situazione di grande emergenza fu ereditata dal vecchio sistema mutualistico, e la carenza di programmazione, unitamente alla mancata attuazione di un pilastro della riforma, quale la prevenzione, hanno prodotto taluni effetti negativi sulla spesa. Dalla mancanza, ad esempio, di una attività di prevenzione degna di tal nome è derivato un eccesso di ricoveri ospedalieri che, come ben sappiamo, ha costituito una delle cause principali della dilatazione della spesa sanitaria.

Per fissare un altro punto di riferimento certo è bene ricordare che negli anni '60 e fino alla metà degli anni '70 la spesa sanitaria ha registrato un aumento generalizzato non solo nel nostro paese, bensì in tutta l'Europa ed in tutto il mondo. Nella seconda metà degli anni '70, invece, tale spesa ha subito un rallentamento ed una attenuazione e l'inversione di tendenza — è questo l'aspetto che ci interessa — è stata più rilevante nei paesi con un sistema sanitario pubblico esteso. L'Italia, nel quadro generale, non si è discostata dall'inversione di tendenza, tanto è che dal 1980 l'incidenza nel nostro paese della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo è stata inferiore alla media di quella di altri paesi europei.

Detto questo non possiamo nascondere, almeno io non mi nascondo, che realmente gli sprechi dei quali tanto si parla ci sono stati e non c'è dubbio che agli sprechi, specialmente quelli relativi alla

spesa sanitaria, bisogna porre riparo; non v'è dubbio, altresì, che i servizi non sono risultati adeguati alla spesa e da più parti si è rilevato un netto divario tra i costi e i benefici.

Le cause della inadeguatezza dei servizi in rapporto alla spesa (come già avevo avuto occasione di precisare), non possono essere soltanto riportate a livello periferico, ma alcune hanno pesato sicuramente sulle responsabilità del livello centrale. Quindi, le lagnanze del passato, di questi primi anni di applicazione della riforma, anche se è assurdo pensare che la riforma potesse trovare piena e completa attuazione in un breve periodo, hanno fondamento nella realtà; ma non comprendo talune lagnanze che si riferiscono esplicitamente a provvedimenti molto importanti degli ultimi tempi. Questo è un momento in cui i problemi della sanità sono venuti all'ordine del giorno, ed è un momento in cui si tenta, attraverso provvedimenti di grande rilievo, di razionalizzare la spesa pubblica. Pertanto, non mi sembra che le lamentele e le opposizioni esasperate possono trovare giustificazione ed essere pienamente comprese in questo momento.

Abbiamo superato difficoltà importanti come, ad esempio, il sistema del finanziamento a pie' di lista che aveva provocato probabilmente, prima di ogni altra cosa, i cosiddetti sprechi e siamo arrivati, per la prima volta, con la legge finanziaria del 1984, alla predeterminazione della spesa sanitaria, altro principio di estrema importanza ai fini del governo della spesa sanitaria e quindi della sua realizzazione.

Ora, con la legge di piano e successivamente con il piano delegificato si va verso la realizzazione di un principio che è la premessa della governabilità della spesa: il tetto di spesa, cioè, deve essere strettamente connesso alla programmazione fondata su reali esigenze, che a loro volta devono trovare piena rispondenza nella determinazione della spesa medesima.

Si potrà così eliminare quel fenomeno negativo, da più parti sottolineato, della sottostima del fondo sanitario nazionale,

che ha determinato anche sul piano pratico notevoli disfunzioni, così come abbiamo avuto occasione di rilevare di anno in anno e nella nostra indagine conoscitiva sul territorio alla quale prima facevo riferimento.

Il disegno di legge in esame, accanto alla necessità della programmazione e quindi al piano sanitario, indica altri provvedimenti di carattere generale che debbono tutti insieme portare verso la razionalizzazione della spesa e dell'intero settore della sanità.

Il disegno di legge finanziaria presentata dal Governo al Senato indica la necessità della riforma delle unità sanitarie locali, del riordinamento del Ministero, di una nuova regolamentazione dell'assistenza farmaceutica; indica, ancora, la necessità della definizione del provvedimento relativo al numero programmato nella facoltà di medicina e, ancora, un più razionale ordinamento del personale medico e paramedico. Tutti questi provvedimenti, una volta approvati, incideranno in maniera positiva, noi ci auguriamo, sulla razionalizzazione della spesa sanitaria. Tale razionalizzazione, però, deve necessariamente avere come punto di riferimento non soltanto la spesa, ma anche le entrate, e quindi le contribuzioni di diversa natura, senza che questo significhi demolizione dello Stato sociale.

Ho ascoltato i concetti espressi venerdì dal collega Pastore e quelli, diversi, espressi dal collega Spadaccia, che ha parlato prima di me. Per la verità, io direi che bisognerebbe anzitutto mettersi d'accordo sulla vera nozione di Stato sociale, perché a sentire Pastore lo Stato sociale è uno, a sentire Spadaccia lo Stato sociale sarebbe un altro. Io vorrei però aggiungere un'altra considerazione, sotto un profilo più concreto, più pragmatico. Ho sentito parlare di demolizione dello Stato sociale. Il termine demolizione lascerebbe supporre che lo Stato sociale sia stato perfettamente costruito. Se così fosse, non si sarebbero comprese, per la verità, le critiche aspre contro il sistema. Se le disfunzioni esistono, e sono state rilevate, vuol dire che in sostanza nessuno era sod-

disfatto, e che quindi lo Stato sociale non era stato costruito; conseguentemente, non si può parlare di demolizione dello Stato sociale.

Sulla nozione di Stato sociale, dunque, bisogna intendersi. Lo Stato, senza alcun dubbio (mi pare che questo sia un concetto fondamentale), dovrebbe trattare tutti i cittadini alla stessa maniera, non soltanto perché vi è una norma costituzionale che chiaramente lo stabilisce, ma anche per un motivo di evidente equità, di evidente giustizia sociale. Lo Stato dovrebbe trattare tutti alla stessa maniera, coloro che possono e coloro che non possono. Stiamo attenti, però, perché a volte questo principio, pur teoricamente sano ed esatto, potrebbe diventare anche, nei momenti di acuta emergenza, come quelli che il nostro paese attraversa, iniquo, se il fatto di trattare tutti alla stessa maniera, anche coloro che sicuramente possono, incidesse poi sull'aiuto che lo Stato deve dare, sulle garanzie, meglio, che lo Stato deve dare a coloro che non possono.

Se vi sono state talune distorsioni di principi esatti, non vi è dubbio che si debba porvi rimedio, almeno nell'immediato, non cancellando il principio di carattere generale, ma almeno adeguandolo, almeno rendendolo più rispondente alle esigenze della collettività e ai bisogni dei singoli. Ben sappiamo, d'altra parte, che questo accade in tanti altri paesi dell'Europa e del mondo.

In questi ultimi tempi, specialmente dall'estate in poi, da quando questo dibattito sullo Stato sociale si è particolarmente acuito ed esasperato, abbiamo avuto parametri di riferimento, abbiamo voluto approfondire, abbiamo cercato di comprendere. Non c'è dubbio che anche nei paesi in cui si riteneva che il principio dello Stato sociale fosse passato in pieno, nella sua interezza, nella sua più giusta accezione, si sono dovute apportare delle correzioni indispensabili per evitare che le crisi si acuissero. Parlavo di altri paesi dell'Europa e del mondo, ma in questo momento, è ovvio, non vi sarebbe la possibilità di un'analisi approfondita. Il rinvio ai dati comparativi ai quali ho fatto

riferimento è certamente utile a completare il quadro del mio discorso.

Mi sembra che sia necessario tenere fermi alcuni principi, perché non si possono porre in discussione i criteri fondamentali ispiratori della legge n. 833. Le sue distorsioni, le parti non applicate o quelle applicate male fanno parte di un discorso diverso. Bisogna respingere i tentativi volti ad una generalizzata privatizzazione e a far prevalere il mercato sul pubblico, così come a volte ho sentito affermare in questi ultimi tempi, specialmente da parte di coloro che si erano opposti alla riforma e che della stessa sono tuttora tenaci oppositori. In particolare, in relazione alla spesa, bisogna affermare con fermezza un altro principio: quello del riequilibrio delle prestazioni.

I lavoratori dipendenti ed autonomi dovranno contribuire in eguali misure, eliminando le sperequazioni che finora di sicuro vi sono state. Bisogna riconoscere ancora — ed è un altro principio da tener fermo — che il problema dei *tickets* è reale. In Europa, infatti, il nostro è l'unico paese nel quale i *tickets* si collocano ad un livello del 15 per cento contro una media del 30 per cento. I provvedimenti in corso di esame presso i due rami del Parlamento tendono, quindi, a porre rimedio a questa difformità che è reale e che non può essere sottovalutata.

Tutti questi sono problemi particolari che occorrerà affrontare in maniera più specifica ed approfondita in occasione del dibattito sulla legge finanziaria. Oggi, però, così come è stato rilevato — ed io aggiungo giustamente, da qualunque parte l'osservazione sia venuta, in quanto l'obiettività è sempre la migliore guida in un ragionamento logico — non si possono nascondere i contrasti tra la legge in esame e quella finanziaria ai quali, prima di altri, hanno fatto riferimento lo stesso relatore, onorevole Lussignoli, poi l'onorevole Garavaglia, nonché colleghi dell'opposizione.

Tali contrasti devono essere corretti. A questo proposito, però, si pone un problema che deve essere risolto con immediatezza. Le discrasie esistenti dovranno

essere eliminate nel corso della discussione di questo disegno di legge oppure in sede di esame del disegno di legge finanziaria, per altro in questo momento in discussione al Senato? La questione, sinceramente, presenta obiettive difficoltà delle quali siamo perfettamente consapevoli.

Dopo aver enunciato in termini generali il problema sul quale dovremo riflettere con molta cura e senza andare per il sottile, vorrei passare ad un esempio concreto ed all'aspetto più importante delle differenze tra la legge finanziaria ed il disegno di legge: è sul terreno della pesa (il profilo che più ci occupa e ci preoccupa) che sarà necessario coordinare la legge finanziaria alla già attuale legge di piano.

Il relatore ha formulato una proposta di modifica della lettera *a*) nel secondo comma dell'articolo 12. Prego l'onorevole ministro di prestare particolare attenzione a questo punto, che più volte abbiamo sottolineato, anche per avere molto apprezzato un principio che è ancora consacrato in questo disegno di legge, e cioè la prevalenza della legge di piano sulla legge finanziaria per quanto riguarda la spesa sanitaria.

Su questo problema occorre fare chiarezza, signor ministro. Abbiamo avuto il piacere di averla spesso presente presso la nostra Commissione, anche se, sfortunatamente, l'ultima volta non abbiamo avuto la possibilità di concludere il dibattito che si era avviato con la sua relazione, pressati dagli altri impegni e dall'imminenza della conclusione dei lavori parlamentari in occasione delle ferie estive. Abbiamo la necessità di capire cosa è accaduto e che cosa è stato stabilito, e lo vorremmo capire dalla sua replica, signor ministro, di modo che successivamente il Comitato dei nove possa lavorare con dati concreti, al fine di sanare quelle discrasie fra la legge finanziaria e la legge di piano che stiamo discutendo, concernenti l'entità della spesa sia per il triennio, sia per l'anno 1986.

A questo proposito — perché sia noto soprattutto a noi, dal momento che il mi-

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

nistro lo conosce molto bene — do lettura del comunicato diramato da palazzo Chigi dopo l'incontro tra il Presidente del Consiglio dei ministri e vari ministri, tra cui quelli della sanità e del tesoro. Nel comunicato si afferma che è stato chiarito «che il fondo sanitario nazionale è accresciuto, per il 1986, in misura pari al tasso programmato di inflazione (pari al 6 per cento), fino ad un importo di 41.600 miliardi, al quale concorrono le misure previste nello stesso disegno di legge finanziaria. Alle eventuali spese ulteriori provvederanno direttamente le regioni, tenendo tuttavia conto delle difficoltà di formulare in via preventiva previsioni esatte circa l'efficacia delle misure adottate e l'entità dei conseguenti flussi finanziari».

Quindi, vogliamo capire bene il senso delle affermazioni contenute in questo comunicato, che è di estrema importanza per motivi di ordine pratico. Infatti, occorre stabilire le cifre dell'articolo 12, comma secondo, lettera a), cui specificamente si riferiva l'onorevole Lussignoli.

Da qualche collega è stato detto che questa legge non prevale più sulla legge finanziaria, ma in realtà non sarebbe così se noi trasferisimo le cifre della legge finanziaria in questa al nostro esame, in quanto, allo stato, le cifre indicate nel disegno di legge finanziaria sono superiori a quelle indicate nel provvedimento al nostro esame. Per altro, se trasferisimo quegli importi, vuoi relativi al 1986, vuoi afferenti al triennio, potremmo dire poi che il principio della prevalenza di questo disegno di legge nei confronti della legge finanziaria rimarrebbe consacrato, perché quest'ultima non potrebbe non recepire le cifre qui indicate, che in definitiva sono quelle che si rinvengono nello stesso disegno di legge finanziaria, nel testo presentato al Senato della Repubblica.

Ho concluso, signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro. Mi auguro che il prosieguo del dibattito, le conclusioni del relatore, l'esame analitico dei singoli articoli possa procedere celermente e che il piano possa essere appro-

vato. Ma con contenuti chiari e certi, affinché poi non sorgano difficoltà di applicazione, che farebbero nascere male questo primo piano triennale per la programmazione sanitaria.

Mi pare che la conclusione possa essere questa: ho già affermato e desidero ripetere che ai problemi della sanità si presta finalmente la dovuta attenzione; che questi non sono problemi semplici; che il momento non è il migliore, per le difficoltà ben note che il paese attraversa. È però merito del Governo avere, al di là di ogni comprensibile e giustificato contrasto, data l'importanza dell'argomento, aver inserito questo tema all'ordine del giorno. Questo è doveroso riconoscerlo, in una serena ed obiettiva valutazione di questo provvedimento e di quelli che seguiranno (*Applausi — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. L'onorevole relatore ha facoltà di replicare.

FRANCESCO LUSSIGNOLI, *Relatore*. Signor Presidente, colleghi, signor ministro, ho ascoltato con estremo interesse i colleghi che si sono succeduti in questa discussione. Li ho ascoltati con interesse sia come relatore che come membro di questa Camera. Come relatore ero certo interessato a sentire quali fossero le osservazioni, i contributi, i consensi o i dissensi su questo provvedimento. Ma ero anche interessato a cogliere le considerazioni politiche che, come era facilmente prevedibile, sono anche andate al di là della specifica tematica del provvedimento in esame.

Non credo, onorevole Spadaccia, che i colleghi che sono intervenuti abbiano dato (a me non hanno comunque dato) la sensazione di trovarci di fronte ad atteggiamenti sindacali dei presenti rispetto agli assenti, di ascoltare un gruppo di parlamentari «sanitaresi» schierati in atteggiamento difensivistico di fronte alla riforma sanitaria. Credo anzi di avere ascoltato valutazioni anche critiche del provvedimento ma sempre riconducibili alla tematica sanitaria, cioè ad una problematica che è, non mi stanco mai di

ripeterlo, tra le più complesse di quelle riconducibili alla pubblica amministrazione.

La collega Garavaglia ha giustamente criticato, ed io sono d'accordo con lei, le assenze, o meglio le limitate presenze a questo dibattito.

MARIO POCHEZZI. Assenze di chi?

MARIAPIA GARAVAGLIA. Di tutti, Pochetti, di tutti!

FRANCESCO LUSSIGNOLI, *Relatore*. Le assenze dei parlamentari che non ci sono e che certo non possono non essere colte, pur tenendo conto di ciò che già diceva la collega Garavaglia, e cioè che questo dibattito si è svolto nelle giornate di venerdì e di lunedì.

Pur tenendo conto di queste osservazioni, comunque, credo di poter dire che il dibattito ha dato una indicazione precisa, e cioè che si deve procedere nel modo più spedito possibile all'esame e all'approvazione del provvedimento al nostro esame.

Come relatore credo di dover anzitutto sottolineare questo indirizzo, anche se sono emerse osservazioni critiche sul provvedimento in esame, e su come procedere rispetto alle difficoltà di applicazione della legge di riforma sanitaria. Una sintesi del dibattito, tuttavia, mi consente di dire che l'indicazione fornita è nel segno di procedere nel modo più spedito.

Credo, signor Presidente, che a questo punto potrei ritenere conclusa la mia replica, se non fossi stato sollecitato da alcuni colleghi a fornire precisazioni sia rispetto al merito del provvedimento sia rispetto alla stessa legge di riforma sanitaria.

È vero, onorevole Spadaccia, che uno degli obiettivi primari della riforma sanitaria era sicuramente rappresentato dalla prevenzione, ma non condivido l'affermazione secondo cui l'attuazione della legge n. 833 avrebbe prodotto effetti inversi rispetto a tale obiettivo, anche con riferimento ai laboratori di igiene e profilassi provinciali, perché si tratta, semmai, di

discutere su come si sia o non si sia applicata la legge.

È vero che tutto è stato trasferito alle unità sanitarie locali ma, anche in materia di prevenzione oltre che per il versante della cura, la legge n. 833 prevede servizi multizonali per sopperire proprio a quelle esigenze concernenti l'ambiente o altri aspetti della prevenzione che non possano essere circoscritti nel quadro di un'unica unità sanitaria locale. Strumenti e strutture trovano in questi casi un punto di riferimento territorialmente superiore all'unità sanitaria locale, il quale può consistere in più USL o coincidere con la dimensione provinciale, propria in passato dei laboratori di igiene e profilassi.

Se le cose non sono andate così, dobbiamo probabilmente non tanto far riferimento al contenuto della legge di riforma, ma a come essa sia stata attuata perifericamente.

GIANFRANCO SPADACCIA. Una legge che non preveda un referente preciso è sbagliata.

FRANCESCO LUSSIGNOLI, *Relatore*. Condivido, invece, l'appassionato intervento del collega Barontini, soprattutto per la parte concernente l'importanza del metodo della programmazione, ritenuto fondamentale per il conseguimento degli obiettivi previsti dalla legge n. 833. Io stesso, ma i colleghi mi hanno fatto eco, giudicando troppo lunghi i tempi intercorsi tra la data di approvazione della riforma sanitaria e il momento conclusivo, mi auguro, dell'esame del piano, ho inteso esprimere una serie di considerazioni analoghe a quella formulate dall'onorevole Barontini, precisando, non certo in disaccordo con lui, che quanto stiamo esaminando non è il piano sanitario nazionale, ma le norme necessarie alla predisposizione entro 45 giorni del piano del Governo e, successivamente, degli ulteriori piani. Era, pertanto, inevitabile che il provvedimento in esame non dovesse contenere obiettivi a breve scadenza o a scadenza intermedia, proprio perché vogliamo che il piano, al quale il

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

Governo dovrà dare consequenzialità, contenga gli obiettivi più immediati ed intermedi che non troviamo nel provvedimento al nostro esame.

L'onorevole Pastore si è soffermato a lungo sullo Stato sociale che verrebbe smantellato e che in questi anni della prima Repubblica faticosamente si è consolidato. Vorrei dire ai colleghi intervenuti, che in buona parte hanno condiviso le preoccupazioni dell'onorevole Pastore, che la difesa dello Stato sociale — ovviamente faccio riferimento al solo comparto sanitario — non si attua mantenendo inalterate le cose. Il nostro compito sarà quello di dimostrare che noi sappiamo adeguare le risorse, le disponibilità, i meccanismi alle esigenze che sono mutate, anche se dobbiamo tener conto delle cifre contenute nel bilancio oggi in discussione presso l'altro ramo del Parlamento. Sappiamo infatti che la disponibilità di ricchezza da riservare al settore della sicurezza socio-sanitaria dipende dalla possibilità di produrre ricchezza in altri settori. Se non saremo in grado di dare credibilità e serietà alla distribuzione delle risorse finanziarie disponibili, allora nulla potrà difendere il concetto di Stato sociale.

All'onorevole Guerzoni, che è intervenuto nella discussione in modo puntuale e dettagliato, vorrei dire che al «pasticcio» degli stanziamenti si è cercato di porre rimedio. Lo stesso presidente della Commissione, onorevole Casalnuovo, ha manifestato la necessità di chiarire le cause che hanno determinato questa particolare situazione. Al riguardo ritengo di poter dire, improvvisando la risposta che devo al collega Guerzoni, che la difformità tra gli stanziamenti riportati nel disegno di legge al nostro esame, quelli previsti nella legge finanziaria del 1986 e quelli contenuti nella legge finanziaria votata lo scorso anno, dipende dal fatto che il piano sanitario nazionale è in discussione da troppo tempo e quindi le cifre non corrispondono più alla realtà. Del resto anche al Senato si è verificato l'inconveniente di una discussione basata su dati molto differenziati.

Credo pertanto che lo sforzo che dobbiamo fare, tenuto conto anche di queste osservazioni, sia di procedere nel modo più spedito possibile, così da evitare — e qui vedremo nel Comitato dei nove quale sarà la strada da percorrere — che il piano subisca rinvii, come mi sembra di aver colto in una osservazione fatta dal presidente della Commissione bilancio. Qualora si assestasse l'ipotesi del rinvio in attesa dell'approvazione della legge finanziaria verrebbero meno tutte le considerazioni, ricordate anche dal presidente Casalnuovo, rispetto alla funzione fondamentale e primaria del piano sanitario di fronte alla legge finanziaria.

Con tali considerazioni il relatore intende chiedere la collaborazione dei colleghi dei gruppi, e soprattutto del Comitato dei nove, per addivenire entro domani ad un'ipotesi anche procedurale che consenta di tener conto delle esigenze espresse, particolarmente in relazione all'articolo 12. L'impegno è quello di vedere approvato al più presto il testo al nostro esame, in modo da avere a disposizione uno strumento per conseguire i risultati da tutti auspicati (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

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

COSTANTE DEGAN, Ministro della sanità. Signor Presidente, onorevoli deputati, desidero preliminarmente ringraziare tutti coloro che sono intervenuti in questo dibattito, in Assemblea ed in Commissione. Li voglio nominativamente citare: il relatore Lussignoli, che con tanto impegno e diligenza ha seguito questa vicenda, l'onorevole Artioli, l'onorevole Guerzoni, l'onorevole Muscardini Palli, l'onorevole Pastore, l'onorevole Ronchi, l'onorevole Garavaglia, l'onorevole Barontini, il presidente Casalnuovo, che ha condotto con tanta sapienza questo certamente non facile dibattito. Mi sia consentito ringraziare in maniera particolare l'onorevole Spadaccia che è stato, diciamo, l'unico fuori ruolo intervenuto in questa discus-

sione; egli ha portato quindi un segno di distinzione sul quale non potrò non intrattenermi, e non perché gli altri interventi non siano di grande rilievo e di grande portata, ma perché ritengo che sia dovere di tutti noi coinvolti in questa affascinante ed aspra esperienza che è la costruzione progressiva del servizio sanitario nazionale colloquiare a lungo e profondamente con quanti invece vedono questa stessa esperienza dall'esterno, vivendola, per l'approccio che hanno con il servizio nazionale stesso, in maniera sicuramente e fortunatamente episodica o in via indiretta.

Tutti hanno lamentato il lungo tempo trascorso. È certamente vero, è una lamentela giusta ed è la ragione per cui sentiamo lo stimolo di trovare le strade utili perché questa lunga vicenda possa concludersi nella giornata di domani, anche se vi sono, non per malizia ma per dati obiettivi, alcune difficoltà che dovremo dipanare, soprattutto nelle riunioni del Comitato dei nove.

È una lunga vicenda che ci consente, per altro, di dar corpo, a più di sei anni di distanza (ormai quasi a sette) dall'approvazione della riforma sanitaria, ad uno dei due punti fondamentali e caratteristici della riforma stessa.

Ho avuto modo più volte di affermare, e qui lo riconfermo, che, pur volendo fare un discorso per quanto possibile deideologizzato, non ci si può inoltrare tanto in quest'operazione da non ritenere che vi siano dei punti fermi nella legge di riforma sanitaria.

Uno di questi punti fermi è certamente la programmazione. Si dice spesso, giustamente, che si spende non troppo, ma piuttosto in maniera non razionale o addirittura contraddittoria con le indicazioni e gli indirizzi politici della legge di riforma sanitaria. Talora, per la verità, si dice anche che si spende troppo. A costo di apparire un cattivo cultore della lingua italiana, a me pare che le due affermazioni siano sinonime: non spendere troppo ma spendere male, oppure spendere troppo, è pressappoco la stessa cosa.

Però, se è vero che non si spende troppo, ma che si spende (non dico che si spenda sempre male, perché ciò sarebbe al di fuori della realtà e sarebbe, anche questa, un'affermazione puramente ideologica e priva di fondamento) con squilibri, disuguaglianze e spesso persino con accentuazione di sprechi, allora fra breve, se giungeremo a varare la programmazione sanitaria, avremo fatto un'operazione buona, perché avremo introdotto criteri attraverso i quali potremo tentare di spendere meglio. Non dimentichiamo di vivere in un paese che non può permettersi il lusso, soprattutto nella situazione attuale, di inventare canali paralleli di spesa, ma che ha però, contemporaneamente, la necessità di affrontare questioni rilevanti, che non sono soltanto quella della programmazione, ma anche quelle relative all'esigenza di prendere atto delle esperienze intervenute nel corso di questi sei anni; sono esperienze che debbono essere tenute in considerazione, anche per avviare quei progetti di modifica della riforma sanitaria che, non stravolgendola completamente, la adattino effettivamente alle mutate realtà intervenute.

La programmazione ha però bisogno di strumenti per operare. Credo che numerosi siano i punti rilevanti di questo disegno di legge, nel testo approvato dal Senato che è ora all'esame della Camera, ma che particolarmente importanti, almeno per le ulteriori iniziative, siano quelli relativi alla redazione del piano sanitario nazionale e dei piani sanitari regionali, nonché quelli relativi all'esercizio dei poteri di indirizzo e di coordinamento sulle azioni programmate, sui progetti-obiettivo, sulla definizione, collocazione e strumentazione dei presidi di alta specialità. Questi sono aspetti di grande rilievo perché ci consentono di avviare quella progressiva operazione di programmazione, e di spinta al riequilibrio, e quindi di indicazione rigorosa delle necessarie ristrutturazioni nell'organizzazione del servizio sanitario nazionale, che è a fondamento dell'azione certo non facile, certo non

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

rapida, ma necessaria, che ci deve condurre, pur non spendendo troppo, a spendere sempre meglio.

Non voglio apparire affannato oltre misura (anche se si tratta certamente di un affanno quotidiano) dai problemi della spesa, perché sono portato a ritenere che una spesa mirata e finalizzata sia utile non solo dal punto di vista economico, ma anche da quello sanitario.

Si è molto parlato in questa sede della mancata applicazione di alcuni aspetti della riforma sanitaria; da più parti si è fatto cenno all'insufficienza, anzi addirittura al regresso che si sarebbe determinato per quanto riguarda la prevenzione. Non c'è alcun dubbio che un recupero da questo punto di vista si possa ottenere attraverso una corretta programmazione e attraverso una finalizzazione degli investimenti secondo le indicazioni programmatiche, e dal complesso delle norme precettive del disegno di legge in esame certamente vengono indicazioni non di principio, non predicatorie, ma propeedeutiche ad azioni incidenti da questo punto di vista.

Mi sia consentito dire in particolare all'onorevole Spadaccia che quello della ristrutturazione ospedaliera è stato ritenuto un punto di aggressione necessaria, immediata, cogente più di altri per la riorganizzazione dell'attività del servizio sanitario nazionale. Parametri ed indicazioni si riferiscono solo a questo aspetto, ma altri parametri ed indicazioni sono già stati offerti dal Governo alle regioni proprio nel momento in cui si è proceduto alla distribuzione del fondo sanitario nazionale per il 1985.

Certo, si tratta di parametri di natura indicativa, di traguardi proposti, ma tale operazione è già stata avviata e troverà opportunamente il suo consolidamento nella parte non precettiva del piano che dovrà essere presentata in tempi brevi, subito dopo il varo di questo disegno di legge. Naturalmente l'avallo definitivo al testo del Senato consoliderebbe la possibilità di presentare celermente quello strumento, mentre una modificazione dello stesso comporterebbe evidente-

mente rimeditazioni sul lavoro già svolto, per correlare la parte non precettiva a quella precettiva. È questa una ragione in più per verificare se sia possibile arrivare ad una conclusione definitiva e positiva dell'iter di questo provvedimento già nel corso della giornata di domani.

Debbo spendere una parola circa l'intreccio esistente in Parlamento tra un atto legislativo che ha percorso — mi auguro — tre quarti del suo cammino, cioè il piano sanitario nazionale, e le proposte del Governo in sede di legge finanziaria. Se il piano sanitario nazionale fosse stato varato sei mesi fa, non ci troveremmo a dover discutere di queste cose!

Credo che nel corso della mattinata di domani, in sede di Comitato dei nove, dovremo affrontare questa tematica, e dovremo farlo con realismo. Ci interessa, intanto, avere il quadro di riferimento definito dalla legge in esame, per poi costruire il piano sanitario nazionale offrendo alle regioni, che stanno ormai entrando tutte in operatività (ci auguriamo che lo facciano velocemente anche quelle che sono prive di governo dopo il rinnovo elettorale, il 12 maggio, delle amministrazioni locali) punti di riferimento per elaborare i loro piani sanitari. Credo che questo sia un interesse preminente.

Vi sono possibilità di contraddizione fra quanto si potrebbe decidere nel corso della giornata di domani e ciò che potrebbe essere deciso (è naturalmente doveroso il condizionale) dopo qualche settimana, o pochi mesi, dal Parlamento in sede di legge finanziaria? Sono portato a credere che sia possibile trovare una strada per far sì che la legge finanziaria tragga, intanto, qualche beneficio: potrebbero, infatti, essere cancellate almeno da un articolo della legge finanziaria norme che il Governo ha dovuto inserire nella stessa proprio perché il provvedimento relativo al piano sanitario nazionale non si era ancora trasformato in atto legislativo...

GIANFRANCO TAGLIABUE. Questa non la devi raccontare, ministro!

COSTANTE DEGAN, *Ministro della sanità*. Ma è così! Le norme riguardanti gli ospedali sono state inserite in un particolare articolo della legge finanziaria per il 1986 per adattarle alla volontà politica che si era venuta consolidando e che differisce dai contenuti della finanziaria concernente il 1985! O era preferibile che il Governo non dichiarasse tanto esplicitamente questa sua adesione ad un articolo del provvedimento che stiamo esaminando, non ancora diventato legge, diverso dalla legge finanziaria 1985, rimanendo attestato su quest'ultima? Credo che quello del Governo sia stato sostanzialmente un atto di opportunità indotto dalla condizione di fatto in cui ci siamo venuti a trovare e in ordine alla quale non c'è, caro Tagliabue, alcuna rivendicazione, ma la presa d'atto di una situazione un po' complicata, dalla quale per altro ritengo che si possa convenientemente uscire.

GIANFRANCO TAGLIABUE. È il risultato dello stato di prigionia in cui si è trovato il ministro della sanità.

COSTANTE DEGAN, *Ministro della sanità*. Certo, nella legge finanziaria sono contenute altre questioni di qualche rilievo, che sono state qui evocate, ad esempio, da Guerzoni e chiaramente da Pastore. Non è per altro possibile affrontarle e risolverle in questa sede, in maniera propedeutica rispetto alla legge finanziaria, poiché sembra a me che tali questioni trovino una collocazione più esatta nella legge finanziaria stessa, così come l'avrebbero trovata se il provvedimento in esame fosse stato varato qualche mese fa. Anche questa è solo una valutazione di una situazione di fatto, senza alcun rammarico, senza alcuna presunzione, senza alcuna volontà di scaricare responsabilità su altri.

Quel che è avvenuto è qualcosa di tipico del dibattito parlamentare e dei rapporti tra le istituzioni, ed è qualcosa che probabilmente non poteva non accadere. In fondo, a sette anni di distanza dal varo della legge di riforma sanitaria, è preferi-

bile trovarsi nella attuale contingenza che ci obbligava a rinvenire qualche aggiustamento politico tra noi, piuttosto che nelle condizioni in cui ci siamo trovati in sede di legge finanziaria per il 1985 e di legge finanziaria per il 1984.

Si è accennato al decreto del Presidente del Consiglio adottato qualche mese fa. Debbo dire che quel decreto è stato formulato sulla base di una norma contenuta nella legge finanziaria per il 1984, e che esso opera uno sforzo di chiarificazione in ordine al problema della distinzione tra spese che possono o non possono far capo al fondo sanitario nazionale. Certo, non si tratta di una procedura che possa esaltare il ministro della sanità, costretto a compiere un simile tipo di ricerca, che investe una zona abbastanza grigia, tanto che anche in sede di applicazione del decreto richiamato sarà necessario uno sforzo di adattamento. Ma si tratta di un passaggio inevitabile, in attesa che il nodo possa essere sciolto con il varo della legge sulla pubblica assistenza. Non era comunque pensabile che il ministro della sanità ed il Governo, in attesa di tale futuro evento, rinunciassero al tentativo di delineare un indirizzo ed un criterio distintivo anche perché dai rilievi, dalle annotazioni e dalle esperienze compiute si poteva dedurre che esisteva un intreccio, fatto spesso di sovrapposizioni e, diciamo francamente, di trasferimenti sul fondo sanitario nazionale di spese ed iniziative che correttamente in tale ambito non avrebbero dovuto trovare collocazione. Certo, in concreto vi sarà bisogno di ulteriori interpretazioni, ma il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri fornisce al servizio sanitario nazionale ed alle amministrazioni locali una cornice di riferimento di cui credo sia doveroso tenere conto.

Sono state affrontate anche altre tematiche connesse al provvedimento. Ma vorrei, per quel che può interessare questa Camera, rileggere compiutamente quel passo del comunicato-stampa cui poc'anzi lo stesso presidente Casalinuovo ha fatto riferimento: «tenendo tuttavia conto della difficoltà di formulare in via

preventiva previsioni esatte circa l'efficacia delle misure adottate e l'entità dei conseguenti flussi finanziari, resta fermo che in occasione del bilancio di assestamento sarà effettuata una verifica, allo scopo di assicurare comunque l'entità dello stanziamento complessivo».

Anche questo è un impegno politico che mi sembra di un qualche interesse (*Commenti del deputato Tagliabue*), giacché nella nostra comune esperienza è ormai pacifico che la definizione quantitativa *a priori* della spesa sanitaria, per quanto ci si sforzi di avvicinarsi alla realtà (forse qualcuno sosterrà che così tale sforzo non è stato compiuto, ma io affermo, invece, che lo sforzo è stato fatto) si rivela del tutto incongrua in sede di consuntivo. Una registrazione a metà anno, quindi, mi sembra importante.

Allo stesso modo, da questo punto di vista, ritengo che alcune indicazioni inserite nella legge finanziaria abbiano particolare rilievo, giacché consentono una banda di oscillazione nella assunzione delle responsabilità — del Governo da una parte e del servizio sanitario nazionale (regioni e unità sanitarie locali) dall'altra — che assicura quella elasticità e quella diffusione delle responsabilità rispetto alle previsioni su cui tutti abbiamo fatto grandi dichiarazioni di principio dovendo per altro esercitarci in modo aperto anche a trovare, rispetto alle proposte ormai concrete contenute nella legge finanziaria, risposte e formulazioni che abbiano il massimo della concretezza possibile.

Si è fatto cenno anche ad altre questioni. Non interverrò su tutte, ma su alcune intendo farlo.

Per quanto riguarda la riforma del Ministero presenterò il provvedimento relativo nelle prossime settimane. Esso darà solo alcune indicazioni essenziali giacché ritengo che il Ministero, come il servizio sanitario nazionale, abbia bisogno di grande elasticità e duttilità nella composizione e ricomposizione delle proprie strutture, per garantirne il necessario continuo adattamento. La sanità, infatti, richiede ineluttabilmente,

se non altro per la evoluzione della scienza medica e della stessa cultura sociale, una amministrazione molto duttile ed articolata.

Ciò che ci ha maggiormente affannato nella stesura del provvedimento non è stata certo la definizione delle direzioni generali secondo la tradizionale struttura ministeriale, bensì il fatto che un Ministero che deve dettare indirizzi ed assicurare il coordinamento con le regioni deve poi trovare al suo interno strutture sufficientemente elastiche, ma anche sufficientemente definite, di coordinamento tra le proprie direzioni generali, non affidandole semplicemente alla competenza della direzione politica ma trovando organismi che assicurino tale possibilità di intreccio.

Ciò può rappresentare un carattere di novità e, come tale porre qualche difficoltà o qualche necessità di approfondimento in sede di esame del provvedimento. Io mi auguro comunque che, una volta concluso l'*iter* di predisposizione da parte del Governo e presentato il provvedimento alle Camere, queste ultime possano recare il loro contributo alla definizione di tali articolazioni, che debbono rappresentare non un elemento di impaccio nella azione del Ministero, bensì di efficienza e qualità.

L'onorevole Spadaccia — mi avvio alla conclusione — ha sollevato alcune questioni di carattere generale. Ribadisco, come ho già detto all'inizio, che se non ho mai affermato (e non lo affermo) che la riforma sanitaria sia del tutto intoccabile, affermo invece — questa è una dichiarazione abbastanza diffusa — che è opportuno e doveroso procedere anche ad alcune ristrutturazioni. Tuttavia mi pare che l'onorevole Spadaccia abbia riportato alcune dichiarazioni di natura ideologica che non mi sento di lasciar passare sotto silenzio.

Ritenere che la cosiddetta partitizzazione sia il male che ha inquinato la struttura del servizio sanitario nazionale e che solo questo sia sostanzialmente il problema che abbiamo di fronte, mi sembra del tutto incongruo. Non c'è alcun dubbio

che nella esperienza concreta questi sono aspetti che hanno avuto il loro peso, tanto è che il Governo ha presentato delle proposte di modifica. Una di queste verrà discussa tra poco e, anche se non è certamente ciò che aveva proposto il Governo, è pur sempre — così l'ho definito e torno a definirlo — un segnale della volontà del Governo (e mi auguro, da domani, del Parlamento) di distinguere un passato ritenendolo e affermandolo come tale e di porre le basi per la costruzione, da un punto di vista istituzionale, di un futuro che veda non tanto una impossibile estromissione del potere politico dal servizio sanitario nazionale, quanto piuttosto la individuazione chiara del ruolo politico e degli altri ruoli.

So bene che ciò non appare nel disegno di legge che domani verrà all'esame di questa Camera, ma non c'è dubbio che il disegno di legge in oggetto è già propeudeutico dell'argomento su cui ormai si sta concentrando l'attenzione della Commissione sanità del Senato. Indubbiamente, sarà un elemento di chiarimento e credo che piuttosto che affermare — chiedo scusa al Presidente se porto il mio discorso su un tema che discuteremo successivamente, ma a ciò sono stato indotto dal collega Spadaccia — lo scontento per ciò che non è stato fatto, convenga piuttosto trovare un modo per costruire una comune nuova volontà politica.

Dal momento che ritengo da sempre che il meglio sia nemico del bene, e lo penso in maniera specifica per questi due argomenti che sono all'attenzione della Camera, per quanto mi riguarda vorrei sinceramente offrire un elemento di meditazione a coloro che criticano questo disegno di legge e che criticheranno, forse anche di più, il disegno di legge successivo.

Se ci comportassimo diversamente noi lasceremmo in una condizione sostanziale di precariato il servizio sanitario nazionale non tanto per coloro che vi lavorano (anche per quelli che vi lavorano come amministratori, come politici e come operatori), quanto per i cittadini che usufruiscono di queste strutture in un

rapporto che spesso e in misura crescente è continuativo, in quanto si tratta di cittadini soggetti a mali che non sono curabili. Non mi riferisco ai cronici di tipo antico, perché ci sono nuovi cronici che rappresentano il risultato di questa grande e straordinaria evoluzione della scienza medica, che ci consente di trattenere a questo mondo centinaia di migliaia di nostri concittadini in condizioni di vita precarie, ma comunque di vita, e spesso di vita produttiva.

Noi non possiamo permetterci di mantenere il servizio sanitario in una condizione di precarietà. Sarebbe certamente più giusto, più importante dare soluzioni più complete di quelle che prevediamo con questo disegno di legge e con il successivo; ma è certo che quanto offriamo in questa maniera costituisce comunque un passo in avanti.

Mi auguro — ed è l'ultima considerazione che intendo fare — che di questo vogliano prendere atto le organizzazioni degli operatori del settore, perché la somma delle critiche si potrebbe sintetizzare, in definitiva, in una sola frase: che questo servizio dà troppo spesso l'impressione di essere usato per alimentare se stesso, piuttosto che per soddisfare le esigenze politiche e civili per le quali è stato costruito.

Certamente anche quanti operano all'interno di esso — e amministrativamente, e politicamente, e dal punto di vista dell'attività interna — hanno contribuito al diffondersi di questa impressione. Ed allora la stagione dei nuovi contratti, delle nuove convenzioni, che abbiamo davanti a noi, deve essere usata anch'essa a questo fine. L'onorevole Casalnuovo ha accennato all'educazione sanitaria. A lui voglio dire che l'educazione sanitaria non compete in maniera immediatamente operativa al Ministero della sanità, e non gli competerà neanche dopo l'approvazione di questo provvedimento ed il varo del piano sanitario nazionale.

MARIO CASALINUOVO. Io ho detto che è una parte importante.

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

COSTANTE DEGAN, *Ministro della sanità*. Una certa competenza può tuttavia essere ipotizzata perché, con l'articolo 17 della legge finanziaria per il 1985, abbiamo tentato di dare indirizzi nell'utilizzazione di questi fondi, che sono stati impiegati in maniera non uniforme e incoerente rispetto agli scopi generali e che definiamo invece con il provvedimento in discussione. Se il piano sanitario nazionale, a partire già da questo disegno di legge, individua azioni programmate, progetti e obiettivi, io credo sarà giusto garantirci che l'educazione sanitaria venga svolta privilegiando tali obiettivi. Ecco quindi una ragione di più per accelerare il varo di questo disegno di legge.

Una volta fatto tutto questo, però, c'è almeno un 50 per cento di soluzioni che possono essere perseguite attraverso una buona azione contrattualistica. Per quanto riguarda i contratti e le convenzioni, onestamente, occorre una profonda rimeditazione, perché è necessario immettere nuovamente nel sistema stimoli che restituiscano il senso della professionalità senza che questo entri in contraddizione con i principi generali della programmazione. Non si tratta di un esercizio di poco conto; esso però è proprio di tutti i servizi sanitari del mondo. Là dove vi è prevalenza di strutture private, e quindi vi è minore efficacia programmatica (mi riferisco agli Stati Uniti d'America), sussiste obiettivamente l'emarginazione di una quota della società, una emarginazione profonda rispetto alla tutela della salute pubblica.

L'esperienza di paesi nei quali vi è un servizio sanitario analogo al nostro ci dice che, magari di fatto più di quanto non si affermi, se vi è omogeneità di prestazioni, vi è anche minore vivacità e professionalità, rischio di decadenza della efficacia e dell'utilità della risposta alla domanda di salute che percorre la società.

Un esercizio di compenetrazione di queste diverse esperienze può essere fatto con concertazione nonché con capacità di rinnovamento, di individuazione di formule convenzionali e contrattualistiche di tipo diverso da quelle sperimentate in

questi sette anni, forse anche sotto il gravame di un problema certamente pesante quale quello di tentare l'omogeneizzazione di aree completamente diverse, talune affatto nuove come quelle coperte dai medici di medicina generale, provenienti da esperienze molto diversificate e talora contraddittorie maturate presso le vecchie mutue e le vecchie strutture ospedaliere.

C'è spazio, dunque, per un lavoro molto profondo ed impegnato. Mi auguro che quanti credono alla qualità dei principi fondamentali, dichiarati con un atto di profonda civiltà il 23 dicembre 1978 (qualcuno potrebbe obiettare che una legge non deve dichiarare bensì dettare norme), si rifacciano ad essi, considerano ancora di grande rilievo le affermazioni riguardanti la programmazione e l'unità di governo dell'organizzazione del servizio sanitario nazionale: si tratta, infatti, di affermazioni estremamente utili alle quali occorre restare fedeli. Per poterlo fare bisogna avere la capacità di proporre continuamente modificazioni ed approfondimenti.

Se in questi giorni approveremo il disegno di legge in discussione — e, se mi è consentito, anche quello iscritto al secondo punto dell'ordine del giorno — non avremo certamente risolto tutti i problemi, ma sicuramente avremo inserito una nuova tessera in un mosaico la cui cornice è stata tracciata il 23 dicembre 1978; mosaico di difficile costruzione, che può anche imporre lo spostamento di qualche tessera per rendere più armonico il disegno, ma sicuramente importante nel suo complesso.

Se ci accingeremo a questo faticoso lavoro di costruzione progressiva con continue possibilità di adattamenti, renderemo un servizio al paese. Se, invece, resteremo arroccati in una nostalgia della riforma quale era oppure di un passato che abbiamo troppo velocemente dimenticato e che ci ha spinti a varare la riforma, difficilmente usciremo, malgrado le altisonanti affermazioni che si fanno in questo senso, da un dibattito ideologico; ciò significa che altrettanto difficilmente

riusciremo a dare espressione concreta al servizio che dobbiamo corrispondere ai cittadini (*Applausi*).

PRESIDENTE. Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta.

Discussione del disegno di legge: S. 1383.
— Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali (approvato dal Senato) (3113).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge, già approvato dal Senato: Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali.

FRANCESCO RUTELLI. Chiedo di parlare per un richiamo al regolamento.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FRANCESCO RUTELLI. Signor Presidente, vorrei richiamarmi all'articolo 41 del regolamento. Dico subito che potrei parlare ai sensi dell'articolo 40, per porre cioè una questione pregiudiziale rispetto alla discussione del secondo punto all'ordine del giorno; mi limito, invece, a rivolgere all'Assemblea un invito di serietà e di decenza per lo svolgimento dei nostri lavori.

Faccio una brevissima premessa, signor Presidente. Non era serio il proposito della Conferenza dei capigruppo (conclusasi, per altro, con una soluzione in *extremis*, adottata quando alcuni partecipanti, tra cui io stesso, si erano allontanata per impegni parlamentari) di inserire, stravolgendo il calendario originariamente proposto, nella mezza giornata di oggi e nella sola giornata di domani la conclusione del dibattito sul piano sanitario nazionale e l'intero dibattito sulla miniriforma delle unità sanitarie locali, nonché l'intera serie di votazioni, e quindi l'esame definitivo, dell'uno e dell'altro provvedimento. In tal modo, si è confi-

nato alle giornate di lunedì e martedì il dibattito su provvedimenti che hanno un'importanza ed una rilevanza enormi.

Ci augureremmo che ciò costituisse un precedente per la scarsissima attitudine al lavoro d'Assemblea, per cui ci si limita spesso, quanto a impegno, alle sole votazioni. Abbiamo, invece, la sensazione che si tratti di un tentativo di strangolamento della discussione di provvedimenti di grande importanza.

Va dato atto ai colleghi che sono intervenuti di aver affrontato, con serietà e pacatezza, anche senza l'ampliamento del dibattito, limitato ad un oratore per gruppo, la discussione generale sul primo punto all'ordine del giorno; va dato atto altresì al ministro di aver voluto rispondere in maniera argomentata, nonché al relatore e al presidente della Commissione di aver fornito un contributo non sciatto, come troppo spesso si fa in quest'aula quando ci si vuole sbrigare.

Tuttavia, passare alle 20,15 al secondo punto all'ordine del giorno — e non a caso il ministro ha detto «il provvedimento che esamineremo domani» — mi sembra assurdo. Vorrei chiedere pertanto all'Assemblea di rinviare a domani la discussione del disegno di legge n. 3113 rivolgendo, per di più, l'ammonimento che tale discussione sia affrontata con il dovuto approfondimento e con la dovuta serietà (io stesso ero pronto ad intervenire questa sera, essendo terzo nell'ordine delle iscrizioni: parlerò domani, così come gli altri colleghi che sono iscritti), in modo da evitare, su una materia di tale importanza, un dibattito affrettato.

Oggi abbiamo affrontato al primo punto dell'ordine del giorno un provvedimento che dal 1979 attendeva di essere discusso e votato; domani affronteremo una questione di importanza capitale agli occhi della pubblica opinione e del Parlamento. Rivolgo un pacatissimo invito alla serietà e alla riflessione comune a tutti i gruppi parlamentari e a tutti i colleghi presenti in questo momento in Assemblea, perché questo meccanismo assurdo sia scongiurato e si vada, senza dilazioni sciocche o inutili ma, ripeto, con il dovuto

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

approfondimento, all'esame del disegno di legge, già approvato dal Senato, sulla riforma delle unità sanitarie locali, chiudendo qui questa sera i nostri lavori.

PRESIDENTE. Onorevole Rutelli, non entro nel merito delle sue osservazioni, che pure possono essere condivisibili, perché certamente poteva essere auspicabile un dibattito allargato, al quale fossero dedicate altre giornate oltre a quelle di lunedì e martedì. Tuttavia, a me spetta il compito di far rispettare il calendario che, come lei stesso ha sottolineato, è stato approvato all'unanimità dalla Conferenza dei capigruppo, e che quindi non può essere modificato.

Credo, anzi, che sarebbe opportuno incardinare la discussione dando la parola questa sera al relatore e al primo degli iscritti a parlare, in modo da terminare ad un'ora non troppo tarda.

MARIO POCHETTI. Se ho ben capito, signor Presidente, l'onorevole Rutelli non ha avanzato una richiesta formale, in base all'articolo 41 del regolamento.

PRESIDENTE. No, onorevole Pochetti, non è stata avanzata alcuna richiesta formale, che comunque non avrebbe potuto essere presa in considerazione per il disposto dell'articolo 24 del regolamento.

MARIO POCHETTI. Tanto più che il calendario è stato approvato all'unanimità dalla Conferenza dei capigruppo.

PRESIDENTE. Infatti, onorevole Pochetti: avrei dovuto seguire la procedura prevista e convocare la Conferenza dei capigruppo.

MARIO POCHETTI. Comunque, se mi consente, signor Presidente, vorrei dire (e mi rincresce dirlo, perché tra l'altro l'onorevole Rutelli ha sempre un modo cordiale di porre i problemi in quest'aula) che questo dibattito è iniziato venerdì della settimana scorsa, giorno in cui la seduta è finita alle 12,10. Oggi poi i tempi si sono allungati perché molti oratori che

avrebbero potuto parlare venerdì scorso hanno parlato questo pomeriggio: purtroppo c'è un atteggiamento abbastanza generalizzato per cui, quando la discussione generale comincia nella giornata di venerdì, si finisce per non parlare neppure il lunedì, salvo poi riservarsi di intervenire in sede di esame degli articoli.

Comunque, proprio per le ragioni indicate dall'onorevole Rutelli e tenendo conto che è da tanto tempo che si attende questo provvedimento, ritengo che si debba procedere con grande celerità, ricordandoci dei tanti anni che si sono persi e dell'attesa che c'è nel paese per il piano sanitario e per le disposizioni transitorie in materia di unità sanitarie locali.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali, informando che i presidenti dei gruppi parlamentari del MSI-destra nazionale, liberale e radicale ne hanno chiesto l'ampliamento senza limitazione nelle iscrizioni a parlare, ai sensi del terzo comma dell'articolo 83 del regolamento.

GIUSEPPE SARETTA, Relatore. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, le osservazioni del collega Pochetti sono ampiamente condivisibili, anche se nel mio intimo devo riconoscere che avrei preferito rimettermi alla relazione scritta, visto che sostanzialmente sto parlando a colleghi con i quali ho più volte e a lungo discusso questi argomenti in Commissione. Mi sono però reso conto che sono presenti anche altri colleghi che con i loro interventi (abbiamo ascoltato con attenzione quello dell'onorevole Spadaccia sul provvedimento precedente) hanno dimostrato di avvertire l'estrema importanza di quanto stiamo facendo. Per questo ritengo che sia giusto iniziare la discussione questa sera, in considerazione dell'urgenza e dell'importanza di questo dibattito.

Mi rendo conto, come diceva poco fa il ministro, che questo provvedimento è probabilmente *parva res* rispetto all'ampio dibattito che si va svolgendo da

tempo sul problema della sanità nel nostro paese. Si tratta però di una tessera importante del mosaico, perché senza di essa l'occhio vedrebbe male, e il quadro complessivo sarebbe distorto.

Certo, i temi di un dibattito come questo, teso anche al recupero di credibilità del sistema sanitario, dovrebbero investire settori più vasti e più incidenti. È stato più volte ricordato il problema della spesa, della sua qualificazione, del modo in cui dare vita agli stessi cardini della riforma, per molti aspetti ancora disattesa (è vero, onorevole Spadaccia!), soprattutto sul versante della prevenzione e su quello della riabilitazione. Questo ci porta a parlare della reale attivazione dei distretti di base come sistema-filtro e come ambito privilegiato in cui realizzare il formarsi di una moderna coscienza sanitaria, anche attraverso l'educazione sanitaria.

La Commissione sanità ha lavorato per giorni attorno a questo problema, licenziando un testo per l'Assemblea che è uguale a quello già approvato dal Senato. Non posso nascondere, onorevoli colleghi, come da parte di qualcuno si sia sentito il limite, che anch'io avverto, di una certa immodificabilità dei provvedimenti provenienti dall'altro ramo del Parlamento. Io stesso, per rispetto dell'obiettività, non ho tralasciato di formulare alcune sottolineature critiche. Eppure, si è preso atto della centralità anticipatrice di questa piccola riforma, perché oggi il dibattito intorno al pianeta sanità ha finito di essere avvolto dalle nebbie dei fideisti da una parte e dei manicheisti erranti dall'altra.

È alla nostra attenzione la possibilità e la necessità di intervenire, anche se per comparti, all'interno di un disegno organico, ed è ora aperto al Senato il più ampio dibattito sulla grande riforma. Mi pare che oggi non ci sia più, fortunatamente, la necessità di piegare l'obiettività alle esigenze di bandiera. Anche con riferimento all'esame del provvedimento di cui si è testè conclusa la discussione sulle linee generali, mi pare di poter dire che le forze politiche guardano ormai a pro-

blemi della sanità con la consapevolezza del fatto che, restando comunque fermi i principi, sono necessarie alcune modifiche di adeguamento, come avviene per ogni altro settore, dopo anni di sperimentazione, senza patemi ed emotività, con la necessità anche di individuare meglio e redistribuire meglio le risorse.

Siamo convinti, signor Presidente, onorevoli colleghi, che il servizio sanitario nazionale e le sue strutture non possano comunque essere piegati a dare risposte di tipo meramente economico. Voglio dire che la logica che sottende ad una razionale distribuzione delle risorse non è né può essere esclusivamente di tipo aziendale. Se da un lato, tuttavia, chiediamo la rapida approvazione del piano sanitario, come premessa e cornice di una programmazione sanitaria che possa rispondere anche ad esigenze del tipo costi-benefici, verificabili su tutto il territorio nazionale, dall'altro non ci sembra inopportuno introdurre nel sistema elementi di professionalità quanto meno, consentitemi di dirlo, onorevoli colleghi, tendenziale, per ogni soggetto protagonista. È necessario, allora, ridare innanzitutto a ciascuno operatore, mi pare che sia questa una considerazione condivisa, nell'ambito delle proprie prerogative lo spazio che, per ruolo e capacità e non per delega, gli è proprio. Occorre, quindi, restituire, attraverso la sostanza del provvedimento, precise responsabilità alle assemblee ed ai comitati di gestione, distinguendo il momento politico da quello tecnico, senza che a nessuno sia data possibilità di diventare, da una parte, solo professionista della parola nelle assemblee o, dall'altra, di costituire una sorta di oligarchia tecnocratica, slegata dalla partecipazione e dal consenso.

D'altra parte, onorevole Presidente, onorevoli colleghi, la partecipazione al dibattito, anche quello parlamentare, rischia di farci diventare una sorta di aristocrazia rispetto ai problemi della sanità, salvo poi vedere le argomentazioni esposte riportate dalla stampa con approssimazione e, talvolta, perché non dirlo, anche con superficialità.

Nella sostanza, resta la guida dei cardini logici impostati come ho detto, impostati con la legge di riforma. Nel suo ambito, e su questo punto dobbiamo stare molto attenti, devono muoversi il piano sanitario e la grande riforma, in armonia con gli enti locali. Molto spesso è stato rilevato come l'ente locale sia stato in qualche misura disarticolato ed abbia approvato stancamente bilanci e conti consuntivi, delegando sovente a pochi esperti gli indirizzi e la gestione della sanità. Il provvedimento al nostro esame, che non vuole certamente essere *summa* di niente ma solo un intervento coordinato con la riforma sanitaria e quella delle autonomie locali, intende riportare il centro della discussione politica alle assemblee, dando maggior snellezza e agilità ai comitati di gestione, i cui componenti possono essere scelti anche al di fuori della stessa assemblea. Questa, onorevole Tagliabue, è una valutazione politica, anche se deve essere chiaro che non si vuole esautorare l'assemblea dei suoi compiti di indirizzo politico, che riguardano principalmente le previsioni di bilancio ed i conti consuntivi, e cioè in altri termini i temi fondamentali che possono far marciare la riforma anche per quelle parti che sono state disattese in questi anni.

Vorrei richiamare inoltre l'attenzione dei colleghi sul tema della certificazione delle competenze dei componenti del comitato di gestione. Onorevoli colleghi, si tratta di una novità nel campo dei rapporti politico-amministrativi, in quanto definiamo tale comitato alla stregua di un organismo misto. Tutto ciò causerà due conseguenze immediate: le responsabilità chiare ed inequivocabili dei gruppi consiliari ai quali è demandato il compito di proporre le candidature e la riconducibilità del giudizio sull'assetto istituzionale dato.

Onorevoli colleghi, vi è una parte del provvedimento sul quale il relatore manifesta perplessità: quella attinente ai controlli. Tale questione non trova una soluzione ottimale nel provvedimento al nostro esame, che si limita a richiamare la precedente normativa, indicando la quali-

ficazione di chi deve far parte del collegio dei revisori. Non posso però nascondere neppure una profonda fiducia sulla possibilità che anche l'amministrazione della sanità possa presto essere considerata, da questo punto di vista, al pari delle altre amministrazioni statali. Per il fatto stesso che il comparto sanitario è stato indicato come protagonista principale degli sfondamenti di bilancio, si è voluto troppo facilmente accorpate le inefficienze della spesa con le difficoltà oggettive di una struttura che iniziava a decollare e con amministratori che si sono sempre voluti dipingere come dilapidatori del patrimonio pubblico.

MASSIMO TEODORI. È vero!

GIUSEPPE SARETTA, *Relatore*. Può essere stato vero in alcuni casi, come è vero che questo tipo di peccati sociali appartengono agli uomini e non alle strutture. Demolire la struttura non significa creare nel contempo una gestione ottimale ed oculata della sanità.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, convinto che questo provvedimento non appartenga alla categoria delle grandi leggi, varate dal Parlamento, ma sia pur sempre un piccolo quadro, un piccolo pezzettino del grande progetto di riportare l'attenzione e la fiducia del paese attorno al pianeta sanità, e con le motivazioni che ho rappresentato, ne chiedo, con il concorso di tutti i gruppi, la rapida approvazione (*Applausi al centro*).

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

COSTANTE DEGAN, *Ministro della sanità*. Il Governo si riserva di intervenire in sede di replica.

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

ANTONIO VENTRE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole rappresentante del Governo, non posso sottrarmi al

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

dovere di fornire un contributo, arido quanto volete, ma spero puntuale, al dibattito, con l'umiltà che mi deriva dalla consapevolezza della complessità del problema al nostro esame. D'altra parte chi più di lei, onorevole Presidente Aniasi, che ebbe sulle sue spalle il peso della sanità, lo sa? Dicevo che non posso sottrarmi a questo contributo, con un sentimento di umiltà e di consapevolezza, e pure con la fermezza e la preoccupazione che mi sono date dalla conoscenza professionale del problema, dallo essere un operatore del diritto e dal desiderio, comune a tutti noi, di migliorare lo stato dell'organizzazione sanitaria del paese.

È, il mio, un contributo prevalentemente tecnico-giuridico, perché sul piano più propriamente politico bisogna lealmente riconoscere al Governo il merito di aver posto con opportuna tempestività questo problema.

Disposizioni transitorie, allora; ma quali sono le finalità? Le norme che sono state predisposte devono servire per semplificare il più possibile l'attuazione del futuro assetto istituzionale delle unità sanitarie locali. In questo momento il Parlamento sta chiarendo a se stesso l'orientamento fondamentale in ordine al costituendo assetto organico. Dietro queste modifiche vi deve dunque essere estrema chiarezza su ciò che si intende fare per il futuro; altrimenti, a me pare evidente, la norma da approvare rischia di creare un ulteriore motivo di impedimento quando si passerà alla valutazione della riforma organica.

L'aver scelto la via del disegno di legge in luogo di un decreto-legge che, guarda caso, sarebbe stato proprio nella fattispecie lo strumento migliore, sembra nascere dall'essersi fatti carico di questo problema di fondo: il Parlamento viene, cioè, investito in via prodromica del problema dell'assetto organico, ne sceglie le linee portanti e passa poi a dare disposizioni concrete, orientate su queste linee, salva la ulteriore conseguente normazione che potrà e dovrà venire in sede di varo del provvedimento definitivo.

Se il disegno di legge, per circostanze contingenti che comprendiamo e rispettiamo, deve essere approvato nel testo in cui ci proviene dal Senato, con tutte le lacune di principio e con tutte le sfasature che in concreto lo affliggono, sarebbe stato forse davvero preferibile il ricorso al decreto-legge. Per un altro verso il provvedimento in questione, oltre a fissare anche indirettamente ed in forma sottintesa i principi della futura modifica organica della riforma sanitaria, presenta soprattutto uno scopo attuale. Quest'ultimo va allora valutato nella sua consistenza, per vedere se per caso il progetto appunti la sua attenzione su questioni certamente importanti, ma incapaci di realizzarsi in quanto disarticolate da altri e più importanti momenti che a monte condizionano la funzione pubblica.

In altre parole modificare l'assemblea e tecnicizzare il comitato di gestione ed il collegio dei revisori delle USL senza affrontare con gli stessi principi e con chiari riferimenti le situazioni a monte significa in concreto svuotare di effettività la norma. A monte, infatti, c'è la questione, ricordata poc'anzi dal presidente Casalnuovo, in occasione della discussione del precedente disegno di legge, della definizione chiara della natura delle unità sanitarie locali, azienda oppure ente oppure altro, affinché gli organi possano avere una indiscussa identità.

Se, come sembra, la tendenza è quella di considerare l'unità sanitaria come azienda, costituire organi nuovi o innovati senza tener conto di detta tendenza significa creare una difficoltà nell'amministrazione attiva ed una complicazione che svuoterà di significato l'importantissimo apporto giurisprudenziale. Se invece fosse oggi chiarita la natura giuridica della USL, il legislatore che si pronuncerà fra un certo tempo sulla riforma organica troverebbe a disposizione un contributo di giurisprudenza capace di suggerirgli le migliori strade per la strutturazione del complesso organico. Lasciando ancora una volta, invece, tutto nel dubbio, la giurisprudenza complicherà l'azione ammi-

nistrativa e non potrà offrire un contributo unitario, estremamente importante nella sintesi legislativa.

Se la USL è azienda, cominciamo col dirlo, proprio perché ci troviamo nella sede più idonea; diciamolo adesso, assumendoci la responsabilità politica di questa definizione. Ma se la USL è azienda, consideriamo coerentemente che il suo assetto organico deve anche obbedire alle leggi di scienza dell'amministrazione che presiedono a questo modello organizzativo.

GIANFRANCO TAGLIABUE. L'USL è l'unitarietà dei servizi locali. Qui è la confusione!

ANTONIO VENTRE. Lo dirai domani! Basta che si dica con chiarezza se l'USL è unitarietà dei servizi o no. L'unitarietà non è ente, è un'astrazione. Non risolveremo il problema con questa confusione che già nel 1978 avete contribuito a creare!

GIANFRANCO TAGLIABUE. No, no!

ANTONIO VENTRE. Il disegno di legge, dicevo, sembra invece voler sfuggire questo problema di fondo quasi che, con il non dirlo, esso diventi inesistente, ripetendo l'omissione — che a mio giudizio fu un errore, come or ora ho detto, onorevole Tagliabue — quando nel 1978 fu approvata la legge di riforma.

In ogni caso, esaminando la struttura fissata nel disegno di legge, si può — e vorrei avere delle smentite — affermare che i piccoli aggiustamenti apportati non sono in grado, a mio parere, di risolvere i problemi delle USL.

La discussione sorta sulla loro natura giuridica non è puramente teorica, ma nasce dai bisogni e dalle difficoltà che l'esperienza quotidiana ha messo in luce — vediamo il contenzioso, vediamo l'esperienza — sicché, sia che si ponga il problema della natura giuridica delle USL, sia che si elenchino gli impedimenti al loro decollo, si sta dicendo la stessa cosa (il linguaggio proprio, il linguaggio

dogmatico e il linguaggio improprio, il linguaggio esperienziale).

Posto quindi che la questione esiste e va risolta, mi pare che il nocciolo sia quello di costituire un organo che assuma in sé la responsabilità unitaria della gestione del servizio, cioè quello di costituire un direttore della USL che se successivamente, *melius re perpensa*, si dovesse optare per la costituzione dell'ente (in pratica, al di là dei nominalismi, di costituzione dell'ospedale, chiamatelo come volete, con pluralità di compiti), non si configurerebbe come una struttura da demolire di nuovo, ma come qualcosa che potrebbe rifluire con piccoli aggiustamenti nella struttura dell'ente. E dovremmo avere appreso l'insegnamento della fatica di Sisifo!

Sembra dunque necessario uscire dalle affermazioni nebulose contenute nelle relazioni ai tanti progetti di legge di riforma e, sin d'ora, considerando la sostanziale concordanza esistente fra i vari progetti, definire normativamente i principi che debbono presiedere all'identificazione dei componenti gli organi.

Ma la professionalità che viene invocata è qualcosa che o viene definita in modo chiaro ed analitico, al fine di costituire base per una lettura di legittimità dell'atto di nomina, oppure diventa una pura affermazione di stile o di desideri. Ripeto che sto cercando di dare il mio contributo al dibattito sul piano tecnico-giuridico.

Come vedremo, il tentativo di tradurre questo principio in norma di legge esiste nel disegno di legge al nostro esame, con riferimento al comitato di gestione, ma di ciò dirò tra un momento.

Viene spontanea una prima osservazione: oggi lamentiamo l'assenza di responsabilizzazione, ma rischiamo di muoverci contraddittoriamente, da un lato richiedendo requisiti di professionalità agli amministratori — e non sappiamo con quanta legittimità costituzionale, dal momento che andiamo comunque a limitare di fatto la partecipazione alla vita pubblica — dall'altro continuando ad ignorare una gravidanza di contenuti tecnico-dirigenziali a coloro che sono professio-

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

nalmente deputati a tali compiti. Sarebbe perciò indispensabile elevare a dignità di organo l'ufficio di direzione, prevedendo per i responsabili attribuzioni autenticamente dirigenziali, in sintonia con gli altri settori del pubblico impiego.

GIANFRANCO TAGLIABUE. Ma la legge n. 833 non ha impedito questo!

ANTONIO VENTRE. Noi stiamo innovando rispetto alla legge n. 833!

Nel momento in cui da tutte le forze politiche e sindacali si auspica managerialità, questo della sanità viene ad essere l'unico settore del pubblico impiego carente di una propria dirigenza, con i contenuti che ne esaltino l'azione e, nel contempo, le responsabilità.

Osservando analiticamente il disegno di legge, si debbono mettere in luce sfasature ed errori che non possono, a mio parere, passare sotto silenzio. Parlo, per cominciare, della soppressione dell'assemblea generale. Il disegno di legge, prevedendo la soppressione di quest'organo, attua in pratica la riforma, anche se dichiara di disporre soltanto norme prodromiche in attesa della riforma organica. Mentre per gli altri organi sono previsti solo degli aggiustamenti, in questo caso si è inciso sulla struttura stessa del servizio sanitario nazionale. Con quali conseguenze sulla natura giuridica? Con quali implicazioni sulla pratica amministrativa e sul connesso contenzioso?

Faccio qualche esempio: se l'assemblea è soppressa, ciò significa, onorevoli colleghi, che l'USL non è più la struttura istituita dalla legge di riforma, ma è una struttura diversa, perché quell'organo l'abbiamo soppresso.

GIANFRANCO TAGLIABUE. Ma c'è l'assemblea intercomunale!

ANTONIO VENTRE. Ma è così diversa: è un organo del comune!

GIANFRANCO TAGLIABUE. Appunto! Le USL sono unitarietà di servizi e, quindi, il referente è il comune.

ANTONIO VENTRE. Ma è un organo del comune! E sul piano pratico ci sono conseguenze enormi. Te ne parlerò. Il rilievo della struttura diversa che andiamo a creare, avendo soppresso l'assemblea generale, è estremamente significativo in quanto non si tratta di una modifica che resta all'interno della struttura, ma di qualcosa che implica un nuovo collegamento con un altro ente: il comune. Ci si chiede che senso abbia, in termini di natura giuridica, questa attribuzione di competenze della USL direttamente al consiglio comunale. Ci si chiede come interagiscano il regime giuridico della USL e quello del comune, in particolare quello riguardante la funzione del consiglio comunale.

Si pensi ad esempio (stimolo la tua attenzione, Tagliabue) al controllo sugli atti del comune, che concorrerebbe con il controllo sugli atti della USL; si pensi alla titolarità dell'atto: atto della USL o atto del comune riferito alla USL?

GIANFRANCO TAGLIABUE. Del comune.

ANTONIO VENTRE. Poi ti dirò quali sono le conseguenze...

Si pensi ad un commissario nominato dal comitato regionale di controllo per omessa deliberazione sulle proposte del comitato di gestione: il consiglio sarebbe rappresentato da due commissari, stante la diversità di attribuzione, statale e regionale, delle competenze. Eppure il disegno di legge prevede che le competenze siano del consiglio.

Altra conseguenza. Quanto al controllo sulle deliberazioni del consiglio comunale (ex assemblea USL), occorrerà fare riferimento al comitato di controllo regionale in quanto si tratta di atti sanitari, oppure, essendo comunque atti del consiglio comunale, e quindi di un organo del comune, si va alle sezioni provinciali del comitato regionale di controllo?

GIANFRANCO TAGLIABUE. Su questo hai ragione!

ANTONIO VENTRE. Ti ringrazio: questo mi inorgoglisce! Se si tratta di atti contestuali (comunali e sanitari), come giocherà il potere di annullamento?

Altra questione è quella dei poteri del comitato regionale di controllo. L'articolo 2, secondo comma, recita: «L'approvazione anche con modificazioni di detti atti deve intervenire nel termine di quarantacinque giorni dalla trasmissione delle proposte. In caso di omissione vi provvede, previa diffida, il comitato regionale di controllo a mezzo di un commissario».

GIANFRANCO TAGLIABUE. Da cancellare...

ANTONIO VENTRE. La formulazione è tale da attribuire al comitato regionale di controllo un potere di amministrazione attiva: provvede, anche se attraverso un suo organo straordinario. Questo rischia, a mio giudizio, di stravolgere l'ordinamento.

Evidentemente, al Senato si voleva invece dire che il comitato regionale di controllo (non possiamo dare purtroppo l'interpretazione autentica di ciò che intendevano dire i senatori) ha il potere di costituire un organo straordinario, sostitutivo del soggetto inadempiente ma identificato con esso quanto al collegamento organico con il servizio.

Onorevole ministro, chi ha un minimo di sensibilità giuridica, certe cose le avverte! Prima era presente Bozzi... Ho il privilegio di parlare dinanzi a Bozzi, dinanzi a te Guerzoni, giurista, dinanzi a Casalnuovo. Siete tutti giuristi. Chi ha un minimo di sensibilità giuridica, chi ha pratica del diritto, si rende conto dell'enormità della svista che ho segnalato e delle conseguenze, che possono essere aberranti, sul piano del controllo e del contenzioso. Ve ne dico una per tutti. Si dovrà citare in giudizio, in caso di lite e di ricorso al magistrato, il CORECO, perché ha provveduto in prima persona, con un suo commissario, come suo organo... Non, dunque, come commissario, nominato sempre dal CORECO, che è organo

dell'USL, ma come proprio commissario. Dunque, si dovrà, in questo caso citare in giudizio il CORECO o la USL? È un punto sul quale è necessario fare chiarezza.

E passo alla elezione dei componenti del comitato di gestione. Parlo (anche per mantenere fede all'impegno assunto con il signor Presidente, che ringrazio), per *flash*. La formulazione può dare luogo ad equivoci. Come si eleggono questi componenti? Con votazione singola per ogni componente e per il presidente (ma il provvedimento dice «separate»), o con due votazioni soltanto, una per il presidente e l'altra per tutti gli altri componenti (quattro o sei, a seconda della dimensione)?

Anche in materia di *curriculum*, la formulazione appare incerta e, sotto alcuni profili, priva di significato. L'esperienza richiesta è «di amministrazione e direzione» e non più di «amministrazione o direzione». Il Governo aveva, a mio parere con molta opportunità, usato il disgiuntivo perché aveva precisato che l'amministrazione o la direzione avrebbero dovuto essere state esercitate in enti pubblici o privati. Il Senato usa il doppio requisito, includendo un rigore nella professionalità che è, però, soltanto apparente, poiché manca qualsiasi precisazione circa il luogo o il tempo in cui l'amministrazione e la direzione siano state espletate. Anche l'amministrazione e la direzione della Pro-loco di una frazione di un minuscolo comune può far sussistere il requisito cui ci siamo riferiti. Quanto al *curriculum*, non si capisce, inoltre, chi lo formula, chi lo presenta, quali garanzie di veridicità debba avere. Si presenta un *curriculum* e basta... In una parola, resta scoperto il momento della proposta di cui era cenno del progetto presentato dal Governo.

L'esperienza della composizione dei comitati regionali di controllo, signor Presidente, dove pure erano state enfaticamente poste norme dello stesso tenore, ci insegna che o vogliamo veramente la professionalità, ed allora dobbiamo costituire ipotesi chiare ed elevarle a presupposti di legittimità delle nomine, oppure è perfet-

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

tamente inutile la norma in questione. Inoltre, la determinazione del potere di proposta ha grande importanza in un'area che, secondo lo spirito della riforma, tende a cointeressare tutte le componenti sociali. *Curriculum* e proposta dovrebbero essere i momenti di una partecipazione popolare e di un controllo sul potere di individuazione e di nomina da parte dei soggetti a ciò deputati. Dovremmo dire allora: si possono fare proposte di candidati, debbono essere muniti di *curriculum*, il *curriculum* deve avere queste garanzie, la scelta deve avvenire con valutazione comparativa. L'insignificanza della norma ed il suo significato meramente vessillifero si manifestano, poi, quando si considera il caso di amministratori delle comunità montane.

Onorevoli colleghi, sto dicendo queste cose con sofferenza autentica, credetemi, e non con spirito polemico. Vorrei far osservare a voi tutti che, per legge, questi amministratori vengono definiti aventi esperienza di direzione e di amministrazione. Infatti, essi sono chiamati *ipso iure* e *ipso facto* a diventare amministratori dell'unità sanitaria locale anche se sono in realtà eletti come amministratori, nell'ambito del consiglio comunale o della comunità montana, appena il giorno prima dell'insediamento dell'unità sanitaria locale stessa. Una situazione, questa, che non ha senso, ma che diventa singolare quando si considera che la capacità di amministrare una comunità montana, ancorché valutata dal corpo elettorale, va sempre considerata nell'area della specifica funzione di tale comunità, salvo che, per ragioni ecologiche a me sconosciute, si sia scoperta, potrei dire, se il tempo ristretto consentisse simili battute, una affinità profonda tra comunità e organizzazione sanitaria!

Per quanto riguarda il collegio dei revisori c'è da dire che, già con la sua istituzione per gli enti ospedalieri, si operò un innesto spurio, inserendo in una struttura pubblica avente già un suo specifico sistema di controllo una struttura a carattere ed impronta privatistica. L'onorevole Mariotti, come voi ricorderete, era un

grande commercialista. Il collegio dei revisori rappresenta infatti, nel campo privato, ciò che nel campo pubblico è rappresentato da controlli esterni all'ente. Inserirlo nell'ente pubblico significa raddoppiare le istanze di controllo, rischiando così di confondere i vari momenti del controllo stesso. Altra cosa sarebbe stata se, all'interno dell'ente, come avviene per l'organizzazione dello Stato, si fosse costituita una struttura parallela a quella della ragioneria dello Stato. Quanto poi intervenne la riforma sanitaria, l'organo in parola fu fortunatamente tenuto fuori. Successivamente fu riesumato, ma inserito come struttura vuota, senza indicazione della sua competenza. Come è noto, infatti, la determinazione delle competenze fu affidata dalla legge statale alle regioni. Ne è conseguito un ibrido: da un lato, infatti, lo Stato prevede la presenza di un componente l'organo avente certe qualità e capacità; dall'altro, la regione chiede all'organo di fare questa o quell'altra cosa, sia essa o meno conforme al tipo di esperienza richiesta al componente. Torniamo ora sull'argomento e rischiamo di commettere lo stesso errore. Come possiamo noi determinare la figura del componente il collegio dei revisori (commercialista, funzionario del ministero del tesoro, e così via) quando non sappiamo a quali compiti in particolare quella o quell'altra regione vuol chiamare il collegio stesso?

Se veramente vogliamo moralizzare e rendere funzionale il sistema, interrogiamoci allora sulla funzione dell'organo. Vogliamo che attui un controllo contabile interno e garantisca la conformità degli atti al bilancio? Allora costituiamolo con competenti in materia amministrativa. Vogliamo che eserciti un controllo di legittimità sugli atti? Allora costituiamolo con altri soggetti. Ma questa seconda ipotesi sembra improponibile, perché produttiva soltanto di complicazioni e di sviamento di responsabilità degli amministratori e dei funzionari, in quanto esistono già i controlli regionali.

La presenza di questi organi serve solo a deresponsabilizzare gli amministratori,

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

i quali si sentono sempre più coperti da questa somma di controlli che nella pratica, a quanto viene coralmemente lamentato, a poco sono serviti. L'esperienza, d'altra parte, ci insegna che, comunque siano dotati di competenza, questi organi non hanno concorso a diminuire il *deficit* delle unità sanitarie locali, che è divenuto abissale, come è stato da ultimo vistosamente e solennemente denunciato dal procuratore generale della Corte dei conti. Sarebbe allora tempo di guardare al problema sostanziale, facendo una precisa scelta di collocazione e di funzionalità dell'organo stesso.

Mi auguro, e concludo, che queste osservazioni, che vogliono essere un apporto costruttivo alla grande riforma che sarà varata con questo provvedimento, con gli opportuni emendamenti ed aggiustamenti che potranno essere apportati nella giornata di domani dall'intelligente contributo dei colleghi, trovino i consensi necessari a dare serenità, efficienza e certezza di rapporti al «pianeta» (così l'ha definito il relatore) della nostra sanità (*Applausi*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato alla seduta di domani.

**Annunzio di interrogazioni,
di una interpellanza e di una mozione.**

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

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

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

Martedì 8 ottobre 1985, alle 11:

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

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

— *Relatore:* Saretta.

2. — *Seguito della 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).

— *Relatore:* Lussignoli.

La seduta termina alle 20,55.

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 22.30.*

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

**INTERROGAZIONI, INTERPELLANZA
E MOZIONE ANNUNZiate**

**INTERROGAZIONE
A RISPOSTA IN COMMISSIONE**

TAGLIABUE, GELLI, BENEVELLI E
CECI BONIFAZI. — *Al Ministro della sa-
nità.* — Per sapere - premesso che

il ministro del bilancio e della pro-
grammazione con decreto del 3 giugno
1985, pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale*
del 6 agosto 1985, n. 184, ha stanziato la
somma di lire 655.485.681.000 a favore del-
le regioni e delle province autonome di
Trento e Bolzano, ai sensi della legge nu-
mero 281 del 16 maggio 1970, articolo 9;

detto decreto all'articolo 1, destina la
somma di 30 miliardi per contributi « per
interessi sui mutui contratti per il pro-
gramma di completamento degli ospedali
civili e degli ospedali psichiatrici », di cui
alla legge n. 574 del 1965;

l'articolo 64 della legge 28 dicembre
1978, n. 833, vieta la costituzione di nuovi
ospedali psichiatrici e decreta la funzione
ad esaurimento di quelli esistenti -:

quali e quanti sono gli ospedali psi-
chiatrici in via di completamento ed a

quale nuova destinazione essi siano stati
indirizzati;

le ragioni per cui si continua a finan-
ziare il completamento di ospedali psichia-
trici in contrasto con la legge di riforma
sanitaria;

quanta parte del complessivo stan-
ziamento di 30 miliardi è destinata al
completamento di ospedali civili e se tale
destinazione tiene conto degli *standard* dei
posti letto e relativo tasso di ospedaliza-
zione, fissato dal CIPE, e riportato nel
PSN, già approvato dal Senato, ed attual-
mente in esame alla Camera;

a quale destinazione sia stata riser-
vata la restante somma di 625.385.681.000
di cui al decreto ministeriale 6 agosto
1985, pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale*
n. 184;

se corrisponde al vero che una quo-
ta di 500 miliardi sarebbe destinata al po-
tenziamento del sistema informativo delle
USL;

se tutto quanto richiamato si inseri-
sce nell'ambito di una corretta program-
mazione dei servizi sanitari territoriali nel
settore della prevenzione-cura-riabilitazione
o non costituisca piuttosto un uso improprio
della spesa sanitaria, che se per un
verso concorre ad aumentarne l'entità, per
l'altro non assicura una risposta adeguata
ai bisogni di assistenza sanitaria. (5-02005)

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

**INTERROGAZIONI
A RISPOSTA SCRITTA**

FERRARINI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere quali provvedimenti intenda adottare affinché gli uffici dell'ENPAS e dell'INADEL corrispondano sollecitamente e nella loro interezza, come a suo tempo assicurato dal Governo, le liquidazioni di fine servizio ai dipendenti statali e degli enti locali, considerata anche l'avvenuta pubblicazione della recente legge n. 482 del 26 settembre 1985, che ha provveduto al nuovo trattamento fiscale delle liquidazioni. (4-11336)

PAZZAGLIA E ALPINI. — *Al Ministro delle finanze.* — Per sapere se è al corrente dello stato di viva e legittima agitazione dei proprietari di immobili urbani della fascia jonica metapontina, ai quali sono state notificate cartelle esattoriali per il pagamento di un tributo da parte del Consorzio di bonifica di Metaponto (Matera) in ragione di 36 lire per ogni punto di reddito catastale, e in base a un regio decreto che risale al 1933, ma che per la prima volta è stato riesumato quest'anno. Il centro di Policoro non riceve beneficio alcuno dalle opere del suddetto consorzio, che, peraltro, non ha nemmeno predisposto a monte dell'abitato i necessari lavori per evitare frane, allagamenti, eccetera.

A maggiore prova della illiceità del provvedimento suddetto sta il fatto che la delibera, prima dell'iscrizione a ruolo del tributo, non ha individuato i singoli contribuenti con la notifica a ciascuno di essi dell'iscrizione medesima. E c'è ancora che il tribunale di Ascoli Piceno, con sentenza del 25 settembre 1984, risolvendo un caso analogo, ha stabilito che « il potere dei consorzi di bonifica di imporre contributi non può esercitarsi su tutti gli immobili siti nel perimetro del consorzio, ma solo sui terreni che

traggono beneficio dalle opere di bonifica ».

Gli interroganti chiedono pertanto se il ministro intenda intervenire con l'urgenza che il caso richiede per la sospensione e l'annullamento della nuova imposizione, contro la quale già si accumulano i ricorsi dei cittadini della zona metapontina ingiustamente colpiti. (4-11337)

PIRO. — *Al Ministro dell'interno.* — Per sapere:

quali siano i provvedimenti urgenti che intende assumere per rafforzare la iniziativa delle forze di polizia nei confronti di una organizzazione criminale che taglieggiava commercianti e titolari di esercizi pubblici nel ferrarese e soprattutto nella zona turistica dei Lidi. Poiché si è verificato l'arresto del vicequestore vicario, indiziato di associazione per delinquere di stampo mafioso, estorsione aggravata e concussione, si chiede al ministro quali iniziative intenda assumere per difendere la dignità e il lavoro delle forze dell'ordine impiegate contro i racket che agiscono anche sulla costa romagnola.

(4-11338)

PATUELLI. — *Al Ministro dei trasporti.* — Per conoscere - premesso che

notizie di stampa riferiscono che la nuova classificazione dei porti terrebbe conto non solo del volume delle merci movimentate, ma anche della specialità del traffico e quindi della vocazione dei singoli scali marittimi, di cui va definito contestualmente il rango, o grado di importanza a livello nazionale, e la funzione esclusiva o prevalente (commerciale, industriale, peschereccia o turistica);

Ravenna dovrebbe rimanere esclusa dal novero dei porti primari, sebbene i risultati, non solo quantitativi, dei suoi traffici la pongano tra le realtà portuali più vitali del paese e la sua eccezionale disponibilità di aree libere e di banchine la collochino tra i porti italiani con le maggiori possibilità di sviluppo;

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

su un totale di 11,6 milioni di tonnellate movimentate nel 1984, solo un terzo è stato costituito da oli minerali e il traffico commerciale (6.252.879 tonnellate) ha rappresentato l'80,7 per cento di tutto il movimento non petrolifero, consentendo così allo scalo ravennate di confermarsi come secondo porto commerciale in Italia, subito dopo Genova, mentre nel comparto dei contenitori ha raggiunto la cifra *record* di 206.506 Teu, consolidando così la propria *leader-ship* in Adriatico e la terza posizione a livello nazionale;

più del 60 per cento del traffico non petrolifero proviene o è diretto oltre gli stretti di Suez e Gibilterra, mentre il continuo aumento del movimento a funzione commerciale accentua sempre più l'influenza del porto di Ravenna nell'entroterra che, oltre ad interessare la maggior parte delle regioni italiane, si spinge in misura significativa anche oltre le Alpi;

secondo autorevoli e rigorose ricerche pluridisciplinari, commissionate da enti non emiliano-romagnoli, Ravenna è destinata a diventare lo scalo adriatico più importante per l'interscambio marittimo della Lombardia;

il Consiglio superiore dei lavori pubblici, con voto n. 665 del 25 febbraio 1983, ha riconosciuto che il porto di Ravenna « potrebbe aspirare a livelli continentali ed intercontinentali » nel settore del traffico *containers*.

Ribadita infine la validità delle scelte contenute nel progetto di piano regionale integrato dei trasporti a favore dell'area portuale ravennate, considerata a ragione tra gli elementi portanti della strategia globale del piano stesso -:

le ragioni dell'inspiegabile, ingiusta e immotivata proposta di escludere Ravenna dai futuri porti primari italiani, contrariamente a quanto indicano inequivocabilmente i risultati, non solo quantitativi dei suoi traffici, le sue eccezionali potenzialità di crescita, basate innanzitutto sulla vastità delle aree ancora libere ai lati

delle vie d'acqua, e il ruolo che lo scalo ravennate è chiamato a svolgere a sostegno dello sviluppo socio-economico del suo vasto *hinterland*; si sottolineano i gravi pericoli insiti in tale proposta che, se accolta, annullerà di fatto ogni possibilità di nuovi investimenti statali che, fermi ancora a quelli della « legge Zaccagnini » del 1961, sono assolutamente indispensabili per il pieno sfruttamento delle enormi possibilità di espansione di una realtà ad elevato grado di produttività e competitività, qual'è il porto di Ravenna, cui sono legati sicuri benefici per le molteplici attività, non solo locali, che su di esso gravitano. (4-11339)

DE ROSE. — *Ai Ministri della pubblica istruzione, della sanità, degli affari esteri, dell'interno e di grazia e giustizia.* — Per sapere - premesso che

in Livorno da tempo - su iniziativa dei « Laboratori Barcali » - è stato istituito un istituto di scienze e tecnologie odontoprotesiche detto per abbreviazione « ISOD » con annessa clinica odontoiatrica;

tale istituto è propagandato sia attraverso la stampa, sia per mezzo di *depliant* come « Centro Associato per lo studio e la ricerca all'UET, *Facultés UET: des Sciences et de Médecine Département Odontostomatologie* » ed ancora UET *Université Européenne du travail Établissement d'Utilité Publique (Arrêté Royal du 26-7-79 - M.B. n. 164 due 25.8.79) 88, Rue Gachard (B. 4) B 1050 Bruxelles;*

risulta tale istituto essere frequentato da giovani neo-laureati in medicina e chirurgia e da giovani diplomati odontotecnici;

inoltre l'ISOD « Laboratori Barcali » per la sua dichiarata attività scientifica e di ricerca è riuscita ad ottenere con le unità locali sanitarie di Livorno e provincia, apposite convenzioni (stipulate con le presidenze di dette USL) per l'appresta-

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

mento di speciali protesi sociali odontoiatriche (i cui prezzi sono tutt'altro che sociali...) —:

se i ministri della pubblica istruzione e della sanità sono a conoscenza della esistenza in Livorno di tale istituto che si propaga «... a carattere scientifico e come istituto di ricerca» e se detto istituto sia stato autorizzato secondo la normativa in atto vigente e più precisamente se sia stato riconosciuto ai sensi del secondo e terzo comma dell'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

se risulti al ministro della sanità quali siano stati i motivi, i modi ed i tempi per cui gli organi responsabili alla stipulazione di convenzioni abbiano ritenuto stipulare apposita convenzione, per l'apprestamento di protesi sociali odontoiatriche, con l'istituto di scienze e tecnologie odontoprotesiche di Livorno e più precisamente se tali organi responsabili provinciali ed eventualmente, anche, regionali abbiano ritenuto applicabili nel caso di specie gli articoli 39, 40 e 42, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

se, invece, tale istituto non sia stato né autorizzato, né riconosciuto, ai sensi dell'articolo 42 della legge n. 833 del 1978, quali provvedimenti intenda porre in essere il ministro della sanità a tutela della salute e della fede pubblica, quali, per esempio, quelli di una penetrante indagine da parte dell'apposito nucleo antisofisticazione e sanità dei carabinieri;

se i ministri della pubblica istruzione e della sanità non intendano accertarsi a che titolo neo-laureati in medicina e chirurgia frequentino i corsi di specializzazione istituiti presso il suddetto ISOD e cosa viene loro rilasciato alla fine dei corsi e con quale promessa;

se il ministro degli affari esteri non ritenga, a tutela della fede pubblica, esprire accertamenti idonei a conoscere se e quale natura giuridica abbia in Bruxelles l'università di cui in premessa e quali rapporti giuridici eventualmente siano in atto con l'istituto ISOD di Livorno;

se il ministro dell'interno, ove lo ISOD operi fuori dalla legalità, non ritenga urgentemente opportuno invitare il prefetto della provincia di Livorno ad adottare quei provvedimenti di pubblica sicurezza idonei a tutelare la fede pubblica.

(4-11340)

FERRARINI. — *Al Ministro del tesoro.* — Per sapere:

se è a conoscenza dei notevoli ritardi nella corresponsione ai pensionati statali «d'annata» degli adeguamenti varati dal Parlamento nella primavera scorsa;

se è stato informato dai suoi funzionari che gli uffici provinciali del tesoro non riescono a smaltire gli arretrati e che a farne le spese è ora il personale in quiescenza;

quali provvedimenti intenda adottare a seguito delle vibrante proteste dei pensionati statali civili e militari per la lentezza degli adempimenti a seguito della legge n. 141;

se non ritenga opportuna la sollecitata adozione di misure previste anche nella ricordata legge con l'immediata estensione ai pensionati delle aziende autonome e degli enti locali del trattamento perequativo.

(4-11341)

PASTORE. — *Al Ministro del tesoro.* — Per conoscere:

lo stato di avanzamento della pratica di ricongiunzione dei periodi assicurativi, ai sensi della legge 7 febbraio 1979, n. 29, intestava ad Ivana Sirito, nata a Sassello (Savona), il 17 ottobre 1955 e residente ad Altare (Savona) via Cesio 72-74. Si fa presente che l'interessata ha inoltrato la domanda alla CDPEL nel novembre del 1984, in quanto le sue condizioni cliniche risultano particolarmente gravi perché affetta da «osteosarcoma della coscia destra» (come evidenziato dalla commissione sanitaria della VII USL ligure in data 31 gennaio 1985).

(4-11342)

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

MADAUDO. — *Al Ministro del lavoro e previdenza sociale.* — Per conoscere quali iniziative gli uffici locali abbiano preso o intendano assumere in ordine alle attività di vigilanza e di controllo istituzionali riguardanti le assunzioni di appartenenti a categorie « protette » (legge 2468, n. 482) deliberate, a maggioranza, dal consiglio comunale di Roccarainola (Napoli) nella seduta del 29 marzo del corrente anno.

Il merito della questione, che ha formato oggetto di esposto alla competente Procura della Repubblica, concerne, in sintesi, la contestata legittimità di due aspetti: l'anzianità di collocamento di taluni richiedenti; lo slittamento da una categoria all'altra, con la reiterazione di un comportamento già censurato, dal comitato regionale di controllo di Napoli, con decisione di annullamento del 29 dicembre 1983, in analogia di situazioni.

(4-11343)

RONCHI. — *Al Ministro per i beni culturali ed ambientali.* — Per sapere — premesso che

il pino loricato costituisce un bene prezioso di valore incalcolabile per il monte Pollino: per la sua eccezionale rarità è un vero monumento della natura;

viene definito scientificamente come un endemismo: cioè una specie in grado di resistere in un determinato sito malgrado il cambiamento delle condizioni climatiche;

si tratta di un « relitto » che risale all'epoca delle glaciazioni quaternarie che attualmente si trova solo in Jugoslavia, Albania, Grecia ed in Italia solo sul monte Pollino;

dal momento in cui quest'albero una volta distrutto non si riproduce l'incendio provocato sul monte Pollino è un pesante attacco all'istituzione del parco nazionale e un vero disastro ecologico —:

quali provvedimenti intende prendere per tutelare il territorio del monte Pollino, sia quello distrutto che la par-

te restante per bloccare ogni possibile futura speculazione;

se non ritenga opportuno aprire una inchiesta sui ritardi che hanno caratterizzato l'intervento delle forze anti-incendio.

(4-11344)

TAMINO E RONCHI. — *Ai Ministri dell'interno, per l'ecologia e dell'agricoltura e foreste.* — Per sapere — tenuto conto che:

1) il bosco di Santo Pietro, demanio civico di Caltagirone (Catania), esemplare di « macchia mediterranea » rappresenta uno dei più importanti ambienti boschivi dell'entroterra siciliano;

2) dagli inizi del novecento ad oggi l'area boschiva è passata da cinquemila a duemila ettari circa;

3) tale area boschiva è stata affidata: 860 ettari circa alla ditta SICILFOR-INSUD di Palermo; 700 ettari circa all'Ente forestale e i rimanenti 400 ettari circa se li è riservati il comune di Caltagirone per urbanizzarli e realizzare zone residenziali-turistiche, strutture sportive, autodromi, contravvenendo alla legislazione in materia di protezionismo ambientale e urbanistica;

4) sui progetti esecutivi della SICILFOR che consistono in una riforestazione produttiva di pino d'Aleppo consociato a querce con un rapporto di 2000 a 100 per ettaro, hanno espresso dure critiche oltre a Dp le associazioni ambientaliste, l'ufficio tecnico agrario del comune e la grande maggioranza della città, i quali si battono per fare del bosco una « riserva naturale » ai sensi della legge regionale n. 98 del 1981. Tale progetto usufruirebbe delle incentivazioni concesse dal progetto speciale n. 24 della Cassa per il Mezzogiorno ed ha un preventivo di spesa di circa due miliardi e mezzo;

5) non avendo l'impresa SICILFOR dato inizio ai lavori ma soprattutto per l'opposizione espressa dagli ambientalisti l'amministrazione comunale è orientata per

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

la revoca della concessione alla SICILFOR e la risoluzione della convenzione;

6) il 15 agosto 1985 si verificava un grosso incendio doloso, veniva ridotto in cenere oltre 50 ettari di bosco demaniale tutte zone comprese nel progetto SICILFOR. Il 15 di settembre dopo un mese esatto, un altro violentissimo incendio doloso sempre nelle zone comprese nel progetto SICILFOR riduceva in cenere circa 170 ettari di bosco di secolari querce da sughero -:

quali iniziative intendono adottare per salvare quel che resta del demanio civico del bosco di San Pietro;

quali esiti hanno dato le indagini delle forze dell'ordine locali. (4-11345)

FAGNI. — *Al Ministro del tesoro.* — Per sapere - premesso che:

in un'interrogazione presentata nel 1984 e che aveva per oggetto la richiesta di chiarimenti circa il trasferimento del direttore dell'Ufficio provinciale del tesoro signor Nardi (chiarimenti che non sono mai stati dati) si faceva riferimento anche alla gestione del patrimonio del fondo pensioni del Ministero del tesoro presente, tra l'altro, anche nel comune di Livorno;

da tempo si avvertiva e veniva segnalata una situazione di poca chiarezza nella gestione che generava disagio, dubbi e scontento sia negli inquilini sia in parte del personale dipendente dagli uffici;

di questa situazione è stata informata ed interessata l'amministrazione comunale di Livorno a cui il signor ministro, ha dato assicurazioni sui tempi dei lavori manutentivi -:

se non intende richiamare gli uffici competenti ad un esercizio dei compiti di gestione e manutenzione corretto, tempestivo ed appropriato;

se non ritiene necessario svolgere un'indagine ispettiva tendente ad indivi-

duare responsabilità attuali e pregresse nella gestione e manutenzione del patrimonio immobiliare degli enti in generale. (4-11346)

RONCHI. — *Al Ministro per il coordinamento della protezione civile.* — Per sapere - premesso che dal 30 settembre ad oggi sono andati distrutti almeno 210 ettari di bosco sul monte Pollino -:

se risponde a verità che qualcuno ha telefonato per bloccare l'invio di un elicottero anti-incendio;

perché l'aereo anti-incendio richiesto immediatamente è stato mandato con notevole ritardo;

perché nei giorni successivi non è stato più mandato l'aereo anti-incendio;

perché nonostante la consistente siccità il servizio anti-incendio è stato sospeso il 30 settembre;

quali provvedimenti intende adottare per accertare le responsabilità e la natura dell'incendio;

se non ritiene che fatti come questo non consiglino un deciso potenziamento del servizio nazionale anti-incendio. (4-11347)

TAMINO E POLLICE. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere - premesso che

la situazione del II liceo artistico di Milano, rimasto totalmente senza locali, è ormai insostenibile;

l'istituto in questione è già stato oggetto di interrogazioni parlamentari presentate il 18 giugno 1985, n. 4-09964, con iter in corso, e 12 marzo 1985. A quest'ultima il Ministro ha dato risposta rassicurando gli interroganti Tamino e Pollice sull'interessamento del provveditore agli studi alla risoluzione del problema;

la situazione denunciata nelle interrogazioni segnalate non solo non si è ri-

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

solta ma, al contrario si è aggravata, con un'intera scuola che a venti giorni dall'inizio dell'anno scolastico si trova nell'impossibilità di svolgere alcuna attività didattica per assenza di locali;

data la situazione molti studenti sono stati costretti a trovare situazioni di ripiego, guarda caso in scuole private, per cui dai circa 1.200 iscritti di inizio anno si è già scesi a circa 900 -

quali sono state le iniziative prese dal provveditore, come il Ministro aveva assicurato nella sua risposta del maggio scorso;

se questo non si configuri, obiettivamente, come un attacco al diritto allo studio e alla qualità della scuola pubblica a tutto vantaggio della scuola privata;

se, in situazioni di questo genere, se la sentirebbe di dare torto a studenti, genitori, docenti e non docenti che occupassero per protesta locali da adibire allo svolgimento dell'attività didattica, che, evidentemente, gli organi competenti non vogliono o non sono in grado di trovare;

se e come intende intervenire affinché questa vergognosa situazione sia risolta in tempi rapidissimi. (4-11348)

CONTU. — *Al Ministro della marina mercantile.* — Per sapere - premesso che

con la stagione estiva, o quando essa volge al termine, torna alla ribalta della cronaca il problema del traffico, con particolare riferimento ai collegamenti con la Sardegna e i disagi ad essi collegati;

in questi periodi infatti, i mezzi di informazione, soprattutto quelli locali, riportano giornalmente dati e notizie sulle difficoltà o sulla impossibilità di trovare biglietti per le navi da e per la Sardegna;

trascorsi però questi periodi, superata cioè l'emergenza, il traffico ridiventa

normale, i viaggiatori riacquistano la possibilità di spostarsi con maggiore facilità e tranquillità e anche i mezzi d'informazione cessano di dare i loro quotidiani notiziari. E per altri lunghi mesi ci si dimentica che i sardi sono isolani e che quindi hanno, al di là e al di fuori di ogni oggettiva e conveniente valutazione di carattere economico collegata al traffico turistico, il diritto del collegamento col mondo esterno;

sono ormai note le consuete e gravi difficoltà che incontrano soprattutto i sardi, quando decidono di intraprendere un viaggio. E queste difficoltà aumentano, con l'approssimarsi del periodo estivo, quando tutti i posti disponibili vengono (mesi prima) prenotati o acquistati dall'utenza turistica e vacanziera, reali impossibilità;

l'arrembaggio ai biglietti da parte di questa utenza, toglie ai sardi non turisti, o agli emigrati desiderosi di rientrare anche per pochi giorni nella loro terra, ogni residua possibilità di traversata;

il turista normalmente ha modo di programmare le ferie e quindi anche di prenotarsi i posti; ma quanti altri sardi, non vacanzieri, sono costretti per interessi vari o per impellenti necessità, e magari improvvisamente, a recarsi in continente? E quanti di questi ne sono di fatto impediti a causa della impossibilità di trovare un posto in nave? Così i sardi, in questo periodo, diventano più isolati che isolani -;

se ritiene opportuno al fine dell'eliminazione o, quanto meno, della riduzione dei gravi disagi legati al problema dei collegamenti della Sardegna l'adozione delle seguenti misure:

1) a tutti i sardi, residenti e non, deve essere riservato quotidianamente, e per tutto l'anno, un traghetto;

2) i posti in questo traghetto non potranno essere prenotati o messi in vendita prima di 15 giorni dalla data di partenza;

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

3) dalla stessa data, dal giorno cioè in cui potranno essere prenotati e acquistati i biglietti, verrà aperta una lista d'attesa per i non residenti, in modo che se i posti disponibili non dovessero essere totalmente utilizzati dagli aventi diritto, potranno essere usufruiti da altri normali passeggeri;

4) detto diritto, e non privilegio, la possibilità cioè di avere i posti riser-

vati, scadrà 10 ore prima della partenza del traghetto stesso.

Questo tempo consentirà:

a) ai sardi di poter decidere e partire nella stessa giornata;

b) ai non sardi di poter avere la conferma di accettazione alla preventiva prenotazione. (4-11349)

* * *

INTERPELLANZA

Il sottoscritto chiede di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri al fine di conoscere quale straordinario avvenimento si verificherà nella stazione ferroviaria di Sassari il giorno 10 ottobre 1985 se - a quanto è dato conoscere - sono state impartite le seguenti disposizioni:

la partenza di due navi traghetto straordinarie delle ferrovie dello Stato da Civitavecchia per Golfo Aranci, con treni passeggeri;

l'arrivo a Sassari con marcia privilegiata di due treni viaggianti sui traghetti;

il trasferimento, dalla stazione di Sassari a quella di Portotorres, tutt'altro che capiente, delle vecchie « littorine », per liberare i binari;

l'avvio da Cagliari di moderne carrozze media distanza per contenere ospiti ed un servizio radiotelevisivo;

l'impegno del personale addetto alle manutenzioni del compartimento tutto delle ferrovie dello Stato di Sardegna, per vari lavori quale la sistemazione di gabinetti, di facciate e simili della stazione di Sassari;

l'impegno della direzione del movimento di Cagliari, pare senza risultati positivi a causa della mancanza di mez-

zi di trazione e di personale di macchina, per organizzare treni straordinari per Sassari.

Dalle notizie attinte dall'interpellante sembra che il tutto avvenga per il fatto che il ministro dei trasporti si troverà in quel giorno a Sassari per la inaugurazione di una opera ferroviaria.

L'interpellante, nel fare presente, che tutto quanto sopra detto produce intralcio al movimento ferroviario, specie al movimento dei carri fermi a Golfo Aranci per il trasporto dei quali oltretutto non si trovano mezzi per l'inoltro, e nel rappresentare ancora una volta che la utenza sarda sta invano aspettando da tempo che si risolvano da parte delle ferrovie dello Stato, i problemi sempre più gravi della mancanza di treni, di navi e di un tracciato adeguato a velocità commerciali da tempi moderni, chiede al Presidente del Consiglio se non ritenga di richiamare i componenti del gabinetto alla necessaria parsimonia e serietà nelle spese di rappresentanza ed altrettanto le ferrovie dello Stato e ciò ad evitare che si ripetano sfarzi e sperperi quali quelli indicati che ricordano i tempi dei faraoni ed è comunque insopportabile che vengano messi in atto da parte del ministro della Repubblica italiana e dalle ferrovie dello Stato nei tempi attuali, in presenza di bilanci pesantemente deficitari, ed in un'isola con un quarto della popolazione attiva disoccupata.

(2-00727)

« PAZZAGLIA ».

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

MOZIONE

La Camera,

vista la petizione presentata da oltre 22.000 elettori dell'Alto Adige con la quale si chiede la modifica delle seguenti norme dello Statuto di autonomia del Trentino-Alto Adige:

articolo 89 che regola la riserva dei posti di lavoro nella pubblica amministrazione (proporzionale etnica);

articoli 25 e 63 che prescrivono la residenza ultraquadriennale per poter esercitare il diritto di voto;

articolo 99 che parifica la lingua tedesca a quella italiana;

quelle dalle quali si fa derivare l'obbligo della conoscenza della lingua tedesca;

articolo 91 in quanto stabilisce la competenza del Consiglio provinciale di Bolzano per la nomina della metà dei giudici della Sezione autonoma del TAR per la provincia di Bolzano;

articolo 107 in quanto attribuisce l'emanazione delle norme di attuazione ad una commissione paritetica e non al Parlamento;

ritenuto che l'attuale sistema giuridico costituzionale ha approfondito la divisione tra i gruppi linguistici in quanto la istituzionalizza favorendo l'affermarsi di falsi principi di tutela e di autotutela della minoranza di lingua tedesca che vengono utilizzati invece come copertura di vero e proprio separatismo;

considerato che il presupposto della riforma statutaria del 1971 era costituito, come a suo tempo rilevato da alcuni autorevoli membri della commissione dei 19, dalla « leale integrazione nello Stato di tutti i cittadini senza discriminazione di lingua » e che tale integrazione è rifiutata dai principali gruppi politici di lingua tedesca, i quali affermano che la patria dei cittadini italiani di lingua tedesca è l'Au-

stria e rifiutano persino di assistere alle cerimonie nazionali nonostante le pubbliche funzioni che rivestono e il giuramento di fedeltà prestato alla Repubblica;

considerato altresì che i principi affermati nella riforma statutaria si pongono in contrasto, sul piano del diritto internazionale, sia col Patto internazionale sui diritti civili e politici (New York 16 dicembre 1966) sia con l'atto finale della conferenza di Helsinki per la sicurezza e la cooperazione in Europa;

considerato inoltre che l'attuale sistema statutario viene attuato, come da più parti è stato rilevato, dalla maggioranza di lingua tedesca della provincia di Bolzano nel senso della realizzazione di quella « riserva territoriale » che, già richiesta nel memoriale della SVP del 1954, fu respinta con fermezza dal Governo italiano;

di fronte al grave disagio e alle forti preoccupazioni del gruppo di lingua italiana, più debole economicamente e con minori diritti politici e sociali di qualunque cittadino della Repubblica, per le discriminazioni determinate da alcune norme dello Statuto di autonomia e in particolare da quelle di cui la petizione chiede la modifica;

ritenuto che non è sufficiente il ritocco delle norme di attuazione, avendo la esperienza dimostrato la necessità di un aggiornamento dei principi che ispirano la riforma statutaria ed è quindi necessaria la revisione della riforma stessa che è di competenza esclusiva dello Stato italiano;

ritenuto in particolare: che secondo i principi della nostra Costituzione nessun cittadino può essere privato o limitato nel diritto di voto se non per incapacità civile, per effetto di sentenza penale o per indegnità morale; che tutti i cittadini hanno diritto di risiedere e lavorare liberamente in tutto il territorio nazionale e che è obbligo della Repubblica promuovere le condizioni che rendono possibile il lavoro; che è assurdo che un organo

IX LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 OTTOBRE 1985

di controllo sia composto, per metà, da membri eletti dall'organo controllato;

ritenuto che di fronte al dovere della conoscenza della lingua italiana, lingua ufficiale dello Stato cui sono tenuti tutti i cittadini, la imposizione dell'obbligo della conoscenza della lingua tedesca a coloro che non sono tenuti a conoscerla è del tutto illegittima;

preso atto che sono sempre più frequenti le provocazioni dirette a contestare il diritto storico dell'Italia all'Alto Adige e ad offendere i simboli che questo diritto esprimono, nonché i gesti che dimostrano sentimenti di ostilità verso l'Italia creando un clima di tensione di cui l'opinione pubblica è vivamente preoccupata; e preso atto che da parte dei cittadini di lingua italiana mai è stata manifestata e si manifesta ostilità di alcun tipo;

al fine di favorire la pacifica convivenza dei gruppi linguistici in Alto Adige, condizione per lo sviluppo socio-economico della zona per assicurare l'avvenire dei gruppi di lingua italiana, per il superamento di rivendicazioni inammissibili ed oltretutto anacronistiche in un'Europa che si auspica possa raggiungere l'unità politica,

delibera

di istituire una Commissione ai sensi dell'articolo 22/2 e 56 del regolamento della Camera dei deputati al fine di riesaminare le norme dello statuto di autonomia del Trentino-Alto Adige che riguardano la proporzionale etnica, l'obbligo di residenza ultraquadriennale per esercitare il diritto di voto, la parificazione della lingua tedesca a quella italiana, l'obbligo della

conoscenza della lingua tedesca, la nomina di giudici del TAR e la emanazione delle norme di attuazione;

impegna il Governo

ad un urgente riesame dello Statuto di autonomia soprattutto nelle parti indicate nella petizione e delle norme di attuazione che sono palesemente incongrue e superate sotto il profilo storico e sulla base dell'esperienza vissuta, in modo da poter tempestivamente riferire agli organi della Camera ed indicare la proposte utili al superamento delle norme indicate e delle attuali condizioni del gruppo linguistico italiano in Alto Adige;

impegna altresì il Governo

in attesa del predetto riesame, a sospendere la emanazione di norme di attuazione che si collocano in contrasto evidente con le esigenze su annunciate.

(1-00129) « ALMIRANTE, PAZZAGLIA, FINI, TASSI, FRANCHI FRANCO, ABBATANGELO, AGOSTINACCHIO, ALOI, ALPINI, BAGHINO, BERSELLI, BOETTI VILLANIS AUDIFREDI, CARADONNA, DEL DONNO, FLORINO, FORNER, GUARRA, LO PORTO, MACALUSO, MACERATINI, MANNA, MARTINAT, MATTEOLI, MAZZONE, MENNITTI, MICELI, MUSCARDINI PALLI, PARIGI, PARLATO, PELLEGGATTA, POLI BORTONE, RALLO, RAUTI, RUBINACCI, SERVELLO, SOSPIRI, STAITI DI CUDDIA DELLE CHIUSE, TATARELLA, TRANTINO, TREMAGLIA, TRINGALI, VALENSISE ».