

347^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 12 DICEMBRE 1978

(Antimeridiana)

Presidenza del vice presidente ROMAGNOLI CARETTONI Tullia,
indi del vice presidente VALORI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Discussione:

« Istituzione del Servizio sanitario nazionale » (1291) (Testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge governativo e dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Triva ed altri; Gorla ed altri; Tiraboschi ed altri; Zanone ed altri) (Approvato dalla Camera dei deputati):

PRESIDENTE	Pag. 15211
BOMPIANI (DC)	15224
COSTA (DC)	15240
MINNOCCHI (PSI)	15236
PINTO (PRI)	15231
PITTELLA (PSI)	15211
ROMEI (DC)	15247
RUFFINO (DC)	15217

le unità sanitarie locali, per l'ordinamento degli istituti a carattere scientifico, per l'applicazione delle norme della legge n. 180, con particolare riguardo a quelle regioni, come la Basilicata, la Calabria, il Molise, sprovviste di istituti psichiatrici pubblici e quindi nell'impossibilità di usufruire del personale per un'azione concreta sul territorio (articolo 64); ma altre modifiche, onorevoli senatori, ad avviso dei socialisti si impongono: modifiche all'articolo 31, modifiche all'articolo 36, e sono stati in proposito già presentati degli emendamenti, e modifiche intese ad omogeneizzare le situazioni analoghe, che riguardano soprattutto l'articolo 67.

A questo punto, onorevoli senatori, credo debba essere detto che lo stato di agitazione degli ordini nazionali dei medici non abbia motivo di essere se esso è riferito alla condizione che avrebbe secondo gli ordini nazionali il medico nel servizio sanitario nazionale. Ci arrivano in queste ore invettive ed arrivano al paese minacce di scioperi ad oltranza.

Il medico non è stato assente nel dibattito nell'ambito della Commissione igiene e sanità; ci siamo chiesti se deve essere considerato in relazione alla peculiarità di funzioni e di rapporti, oppure se deve essere guardato come colui che, anche se medico, sta sullo stesso piano di altri appartenenti a categorie professionali, cioè come identico a tutti gli altri operatori; se deve essere considerato burocrate della salute, cioè tecnico distaccato, ovvero deve in lui essere valorizzato il rapporto umano, il potenziale d'intuito, di comprensione generatore di fiducia.

Abbiamo creduto e crediamo che si debbano riconoscere al medico ed esaltare in lui insieme doti umane e tecnicismo, esaltandone la professionalità, offrendogli il ruolo che gli compete, non perchè illuminato dal sovrannaturale, ma perchè maturato nella sua esperienza professionale attraverso il rapporto con l'uomo, non sostituibile con qualsivoglia cervello elettronico o *computer* memorizzatore. Non può questo rapporto essere quantificato in minuti oppure in ore: esso è in relazione ad un potere di distinguere caso per caso, potere che è proprio dell'intuito

medico e che non è rapportabile a nessuna avanzata tecnologia.

Queste le osservazioni che sono state fatte dai socialisti in maniera particolare nell'ambito della Commissione e che i socialisti ripropongono anche nel dibattito in quest'Aula.

L'augurio — e sono giunto ormai alla conclusione del mio intervento — è che si possa lavorare anche qui, come d'altronde è sempre avvenuto, con l'entusiasmo che ha animato i commissari della 12ª Commissione per corrispondere doverosamente alla richiesta che sale dal paese ormai da lunghi anni e che non può essere ulteriormente disattesa, avviandoci in qualche giorno ad approvare in termini definitivi, per mandarlo poi alla Camera per brevi e piccole modifiche, il disegno di legge di istituzione del servizio sanitario nazionale. (*Applausi dalla sinistra*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Ruffino. Ne ha facoltà.

R U F F I N O . Onorevole Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, dopo anni di impegnato e serio dibattito il tema della riforma sanitaria affronta la stretta finale. Non partiamo certamente dall'anno zero; abbiamo alle nostre spalle una preparazione che ci consente di guardare alla riforma sanitaria come ad un punto di riferimento importante e rilevante per il nostro paese, anche se essa non rappresenta certo un punto di arrivo, ma, come è stato detto opportunamente dai relatori, un punto di partenza.

La riforma sanitaria tende a conseguire alcuni obiettivi di fondo, sui quali credo che non vi possa non essere accordo da parte delle forze politiche e sociali; *a*) la tutela valida ed efficiente della salute dei cittadini; *b*) il riequilibrio delle prestazioni su tutto il territorio nazionale; *c*) una razionale programmazione che riduca ed elimini la frammentazione degli interventi; *d*) la modifica, sia pure graduale nel tempo, dell'attuale sistema che privilegia il momento della cura e della diagnosi, portando avanti il momento della prevenzione.

Quindi, proprio per l'importanza degli obiettivi che dobbiamo conseguire, l'attesa della riforma sanitaria è notevole. Credo pe-

rò che ci sia — e dobbiamo sottolinearla — una differenza di fondo rispetto agli anni passati: prima l'opinione pubblica riteneva che la riorganizzazione dei servizi potesse concretare un miglioramento qualitativo e quantitativo degli stessi quasi senza oneri. Questa linea era incoraggiata da quanti, forse un poco demagogicamente, insistevano per la realizzazione dei nuovi servizi, senza farsi carico dei costi economici.

Credo che il tempo abbia fatto giustizia di questa impostazione, determinando la consapevolezza, sempre più crescente, che non è possibile pensare a soluzioni miracolistiche e che i servizi sanitari, alla pari di ogni altro servizio, hanno un alto costo che, in definitiva, la collettività deve pagare.

Questa linea si è già chiaramente delineata con l'introduzione del *ticket* moderatore sui medicinali. A quanto mi risulta, anche se è difficile fare previsioni, nel tempo brevissimo dall'introduzione del *ticket*, esso ci ha dato risultati positivi sia come contrazione dei consumi dei prodotti farmaceutici, sia anche — perchè non sottolinearlo? — come contributo alle entrate dello Stato. Credo che dobbiamo responsabilmente, onorevoli colleghi, porci alcune domande: riusciremo con questa legge a migliorare la situazione sanitaria nel nostro paese? Riusciremo a dare prestazioni più efficienti, più valide, più qualificate ai cittadini, nel rispetto fondamentale dei principi di libertà e di professionalità? Riusciremo a contenere i costi e, quindi, a rendere compatibile la riforma sanitaria con il piano triennale, su cui le forze politiche e sociali dell'intero paese sono oggi seriamente impegnate? Non attraverso miracolistiche soluzioni, ma con un serio impegno per una crescita globale del settore della sanità e per un sempre più necessario collegamento del nostro paese con l'Europa?

Ma se abbiamo chiari gli obiettivi che dobbiamo raggiungere, manifesto qualche dubbio che altrettanta chiarezza vi sia in ordine ad alcuni problemi che desidero richiamare alla vostra attenzione. In primo luogo il problema dei costi della riforma sanitaria. Molte sono state le cifre, e tutte diverse; lo ricordava poco fa nel suo pregevole intervento il collega Pittella. Certo, credo

che non sia facile compito quello di individuare l'esatto costo della riforma sanitaria, anche per la notevole varietà degli enti erogatori e per la difficoltà di avere dati precisi. Richiamo sotto questo aspetto le indicazioni e le cifre che il professor Coppini ha fornito in sede di Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, secondo le quali con la legislazione costante avremmo avuto in assenza della riforma un costo della spesa sanitaria nel nostro paese pari a poco più di 14 mila miliardi, con una incidenza sul prodotto interno lordo del 7,02 per cento, mentre, in presenza della riforma, dovremmo avere secondo l'elaborazione di questi dati un costo maggiore di circa 1154 miliardi, con una incidenza sul prodotto interno lordo pari al 7,59 per cento, quindi con una maggiorazione dello 0,57 per cento su quello che sarebbe stato il costo del servizio.

Altri interrogativi credo che vadano seriamente posti, alcune domande dobbiamo farci in modo responsabile. Il relatore Cravero — e desidero ringraziare lui e il collega Merzario per lo sforzo che hanno compiuto nel tentativo di operare una sintesi, certo non facile — ricordava che in questo settore non è la domanda che determina l'offerta, ma è l'offerta che sviluppa la domanda.

Quando si dice, giustamente, che dobbiamo dare assistenza dalla nascita alla morte, abbiamo presente il costo delle conseguenti prestazioni? Quando si dice che dobbiamo riequilibrare le prestazioni nell'intero territorio nazionale, verso quali costi ci muoviamo? Quando si dice che dobbiamo dare eguaglianza nei trattamenti per tutti — e chi può, in teoria, negare questo principio di alto contenuto sociale? — abbiamo provato a fare i conti economici di tali affermazioni?

Di fronte al paese, che è attento e sensibile a questi problemi, quali sono le risposte che noi diamo a tali interrogativi? Se fino a ieri non assistevamo fasce di cittadini, sbagliando, ed oggi abbiamo l'ambizione di assisterli tutti, quale onere maggiore comporterà tale nuovo, giusto indirizzo? Se fino a ieri, sbagliando, non abbiamo dato sufficientemente peso all'azione di prevenzione ed oggi giustamente vogliamo, sia pure con la necessaria gradualità, privilegiare il momento del-

la prevenzione su quello della cura, ci siamo chiesti che cosa comporterà in costi ed in onere tale giusto, socialmente valido indirizzo? Se fino a ieri assistevamo impotenti a squilibri territoriali nelle prestazioni dei servizi ed oggi vogliamo giustamente porre fine a tale situazione, creando — immagino — nuovi servizi, nuovi presidi, nuove strutture e non certamente gestendo l'esistente o pensando di diminuire magari al Nord certi presidi e certi servizi, ci siamo chiesti cosa comporta tutto ciò? Credo che il problema dei posti letto negli ospedali sia quanto mai significativo: nel Nord esistono posti letto in numero superiore a quello che l'Organizzazione mondiale della sanità prevede per un ottimale servizio dell'assistenza ospedaliera; verificiamo tutti però, da un po' di tempo a questa parte (sono regionalista, signor Ministro, ma collego questo aspetto al passaggio dell'assistenza ospedaliera dagli enti mutualistici alle regioni perchè temporalmente siamo costretti a fare questo collegamento), che si è determinata una situazione tale per cui, anche nel Nord, occorre prenotarsi per tempo e mettersi in lista di attesa prima di essere curati anche negli ospedali.

Credo pertanto che non sia possibile pensare di ridurre i posti letto nel Nord, sia pure in presenza di questa eccedenza di posti letto rispetto ai parametri dell'Organizzazione mondiale della sanità, ma piuttosto di creare nuovi posti letto nel Centro e nel Sud.

Come pensiamo, soprattutto, di responsabilizzare gli operatori e gli amministratori in particolare?

Ora a me non sembra che il disegno di legge risponda pienamente a tali obiettivi; esso mi pare che dica, un po' semplicisticamente, che gli amministratori debbano spendere una cifra contenuta anche allorchè le esigenze e le domande di prestazioni richiederebbero molto di più.

Si pensa forse di provvedere a tutto con la norma contenuta nell'articolo 51 del disegno di legge? Tale articolo stabilisce, nei primi commi, gli impegni dello Stato, nei commi seguenti gli impegni delle regioni e nei commi successivi gli impegni delle unità sanitarie locali. Dalla lettura di tali norme mi sorgono spontanee alcune osservazioni e al-

cuni interrogativi: in quale modo verrà stabilita l'entità totale della spesa? È scomparso dalla legge il parametro del 6,50 per cento del prodotto nazionale lordo e allora a quali parametri si farà riferimento? Cosa significa in definitiva l'articolo 51 del disegno di legge al nostro esame? Non nasce forse il sospetto, o quanto meno la preoccupazione, che il meccanismo di cui alla legge sia fatalmente destinato a determinare una costante conflittualità tra la regione e lo Stato?

Prendendo come esempio il fondo nazionale ospedaliero, quante battaglie in regione feci nei confronti dello Stato perchè aumentasse i fondi per l'assistenza ospedaliera e li erogasse con tempestività! Credo che l'esempio della conflittualità che si è determinata già per i fondi dell'assistenza ospedaliera tra Stato e regioni avrebbe dovuto forse farci riflettere e determinare comportamenti diversi.

Non nasce anche il dubbio e il sospetto che tale rapporto di conflittualità si sviluppi endemicamente fra l'unità sanitaria locale e le regioni in uno scarico avvilente di responsabilità? Che cosa significa « unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie » se non creare il servizio laddove non esiste con un ulteriore aggravio finanziario? Pensiamo seriamente di ridurre ambulatori e presidi sanitari allorchè ovunque nel nostro paese si parla di carenze di strutture sanitarie certo più gravi, più evidenti nelle zone del Centro e del Sud Italia, meno gravi nel Nord ma tuttavia presenti anche lì?

Perchè, onorevoli colleghi, ho voluto dirvi con franchezza queste mie perplessità e riferirvi queste mie osservazioni? Non certo con l'intento di ritardare o di frapporre qualche ostacolo alla riforma sanitaria che non solo è necessaria, ma che è necessitata dalle preesistenti norme legislative approvate dal Parlamento e che quindi è urgente realizzare per un indispensabile passaggio dal sistema mutualistico, peraltro già disciolto, al nuovo articolato servizio.

Ormai il legislatore era incamminato su questa strada; certo ha dimenticato alcune esperienze veramente positive che ci venivano offerte dai lavoratori autonomi, dalle casse mutue dei commercianti, degli artigiani,

dei coltivatori diretti che hanno svolto una funzione importante nell'estensione dei benefici per la tutela della salute.

Dico questo perchè, a mio avviso, si debbono maggiormente responsabilizzare quelli che ruotano intorno al servizio sanitario nazionale: da noi agli operatori, agli utenti, insomma ai cittadini. Certo so che la responsabilità nasce non soltanto da norme legislative ma dalla coscienza individuale e dalla civica educazione di un popolo. Ma perchè non introdurre nella legge dei meccanismi tali che prevedano, a parte il principio, pur importante, della responsabilità degli amministratori, anche quella più sostanziale di eventuali concorsi degli utenti in rapporto alle esigenze che si verranno maturando nell'ambito delle unità sanitarie locali? Perchè non lasciare maggiore discrezionalità nel reperire le entrate alle stesse regioni, sia pure nell'ambito di precisi indirizzi generali fissati da leggi dello Stato?

Vedete, l'andamento della spesa sanitaria e in generale della spesa della salute ha assunto sovente nel nostro paese una incidenza determinante sulla stessa situazione economica, al punto di essere considerato un elemento di rottura permanente dell'equilibrio finanziario. Di fatto, una tale situazione diventa sempre meno accettabile anche per le norme innovative introdotte sulla contabilità dello Stato e per l'obbligo di prevedere nell'arco di tre anni le entrate e le spese dello Stato.

Vi è effettivamente il rischio di ulteriori spostamenti di mezzi finanziari dagli investimenti e dalle spese pubbliche produttive al settore della sanità senza che a ciò — e lo sottolineo — corrisponda purtroppo il miglioramento dei servizi e della qualità degli interventi.

Sembra giusto affermare con il professor Brenna che il vero primo problema consiste nel domandarsi quali possibilità oggi esistono di evitare che la spesa sanitaria complessiva continui a lievitare nei prossimi anni nella misura che ha caratterizzato la sua crescita nel passato. Dal 1964 al 1974, secondo i dati del professor Brenna, periodo non eccessivamente turbato dall'inflazione, la spesa mutualistica è aumentata con un saggio di

incremento annuo superiore al 17 per cento. Ecco quindi imposta la necessità di superare i limiti e le storture dell'attuale sistema; ma occorre porsi seriamente e responsabilmente il problema di superare il criterio di una gestione senza limiti di spesa. In che modo questo può avvenire? Nel solo modo serio e responsabile: con la partecipazione cioè finanziaria degli assistiti al costo dei servizi sia per ridurre l'area degli eccessi e degli abusi sia per realizzare un congruo contributo alla spesa con adeguati temperamenti in ragione della frequenza del ricorso all'assistenza e con l'esonero per la fascia dei cittadini a più basso reddito. Che cosa intendo dire? Mi rendo conto che si tratta di affermazioni che possono apparire dure in un certo clima di facile demagogia ma esse hanno una radice lontana: non sono soltanto mie ma trovano spazio in tanti studi (ricordo tra gli ultimi lo studio dell'AREL che forse sarebbe stato opportuno predisporre più tempestivamente, quando il dibattito impegnato sulla riforma sanitaria era ancora all'inizio) e trovano ancoraggio nelle stesse dichiarazioni programmatiche del Governo. Vi è un riferimento nel piano Pandolfi. Leggo il punto 75 del piano Pandolfi dove si prevede una riduzione di 1.500 miliardi della spesa sanitaria da conseguire « sia per effetto della minor crescita della spesa sia attraverso l'introduzione di ulteriori forme di concorso degli assistiti all'onere per determinate prestazioni ». Quindi c'è anche, sotto questo profilo, un impegno delle forze politiche che trova un suo riferimento nella Carta costituzionale. Abbiamo invocato sovente l'applicazione integrale dell'articolo 32 che prevede la tutela della salute dei cittadini e recita espressamente (lo ricordo soprattutto a me stesso) che « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti ». Questa è l'affermazione solenne e sarebbe interessante riandare ai lavori preparatori e alle discussioni fatte in sede di Assemblea costituente con grande elevatezza di contenuti e di indirizzi: allora si trattava dell'articolo 26 della Carta costituzionale.

Sotto tale profilo, mi basti anche ricordare il parere del CNEL sul finanziamento del servizio sanitario nazionale relativamente al quale veniva approvato un ordine del giorno. Tra l'altro veniva riferita una proposta secondo la quale i *deficit* che dovessero determinarsi a livello regionale nel servizio sanitario avrebbero dovuto essere coperti con prelievo fiscale diretto sui cittadini dalle rispettive regioni. Nè posso ignorare per la verità che nel disegno di legge è previsto un processo di graduale avvicinamento tra contribuzioni e oneri a partire dalle categorie per le quali la differenza è più marcata. Tale concetto, infatti, è affermato nel secondo comma dell'articolo 57 con il quale viene disposto che, con decreto del Presidente della Repubblica, si provvederà a disciplinare l'adempimento della partecipazione contributiva degli assistiti in misura non superiore a quella fissata ai sensi dell'articolo 63.

Ritengo che questo principio sia da sottolineare, potendo rappresentare una valida base per un avvicinamento progressivo all'equilibrio finanziario del servizio sanitario nazionale. Vi è la necessità quindi — e richiamo qui le osservazioni acute che lo studio dell'AREL ha fatto sulla riforma sanitaria — di una esplicita riconferma e di una migliore puntualizzazione dell'articolo 69, il quale elenca le entrate del fondo nazionale sanitario alla lettera a) del primo comma, in cui si dovrebbero comprendere anche i contributi assicurativi di cui all'articolo 75, secondo comma, adeguati, in relazione all'aumento del costo dei servizi, con i criteri previsti dall'articolo 57. Sono da sottolineare come estremamente opportune anche alcune enunciazioni che consentono alle prestazioni del servizio sanitario la necessaria elasticità per consentire l'adeguamento ai limiti delle disponibilità del fondo sanitario nazionale. Altrettanto opportuna sarebbe l'enunciazione di alcune norme di principio per la legislazione regionale che pongano precetti rigorosi per l'adozione da parte delle unità sanitarie locali di misure idonee a contenere la spesa ospedaliera.

Il nostro paese, si sa, ha indici tra i più elevati di frequenze di ricovero e di durata

media delle degenze. Sono necessari, quindi, alcuni correttivi. Abbiamo alle nostre spalle, onorevoli colleghi, l'esperienza di molti altri paesi. Dovremo approfittarne per porre dei correttivi a certi sperperi, a certi eccessi ed abusi, per far concorrere tutti democraticamente al costo di alcuni servizi essenziali ed indispensabili. Ed io credo, da buon ligure, che la partecipazione finanziaria costituisca uno strumento indispensabile per una migliore e più fattiva partecipazione democratica. In questo modo si raggiunge anche un altro obiettivo che desidero richiamare alla vostra attenzione, quello cioè della ottimale utilizzazione degli impianti, delle attrezzature e del personale specie per accertamenti diagnostici sempre al fine anche di ridurre il numero delle degenze. Vi è ad esempio sproporzione tra ospedali pubblici e cliniche private non soltanto nella durata media delle degenze ma anche nei costi dei servizi. Quindi meriterebbe anche questo una maggiore attenzione ed una maggiore riflessione. Occorre pertanto, a mio avviso, conseguire l'obiettivo della stabilizzazione della spesa e del più alto grado di efficienza del sistema sanitario attraverso la maggiore responsabilizzazione degli amministratori, dei cittadini, mediante alcuni strumenti da concordarsi.

La stabilizzazione della spesa sanitaria costituisce — del resto l'ho già detto — un obiettivo del piano Pandolfi, che fissa i limiti di compatibilità del nostro sistema per rimanere in un ambito europeo. Sarebbe quindi assurdo conseguire l'obiettivo di un servizio sanitario nazionale di stile europeo per condannarsi poi, proprio per questo, anche ad uscire davvero dall'Europa.

Su un altro punto, in modo molto telegrafico, desidero richiamare l'attenzione del Senato: la prevenzione dei rischi di lavoro ad esempio. Occorre tornare al controllo sulla prevenzione. Il disegno di legge del Governo modificato dalla Camera prevedeva la delega al Governo per la emanazione di norme intese a rivedere l'esercizio delle funzioni ispettive di accertamento sanitario. Credo che su questo sistema sia opportuna una nostra riflessione.

Solo un accenno infine, perchè so che altri colleghi lo hanno già trattato in Commissione e lo faranno in Aula, all'importante e delicato problema relativo al personale. Il sistema approvato in Commissione non può essere condiviso perchè determina un costo rilevante e purtroppo senza utilizzazione di un personale quasi sempre molto qualificato e valido. Infatti le norme, così come sono state formulate, sono generiche ed insufficienti a far fronte alla duplice esigenza di fornire serie e reali garanzie a circa 60.000 dipendenti del settore, nel rispetto dei diritti acquisiti e senza dirottarli su binari morti della pubblica amministrazione, e di contenere al massimo nel contempo le spese per il personale addetto, ai vari livelli operativi, alle nuove strutture del servizio sanitario. Ho infatti la sensazione che la creazione di questi ruoli unici sia per il settore pubblico una sorta di cassa di integrazione. Mi sembra che mandiamo molti dipendenti sui binari morti con oneri crescenti per lo Stato e la collettività, senza avere un corrispondente servizio.

Non posso quindi condividere la norma con cui si è tentato di escludere che lo Stato possa assorbire altri dipendenti, riducendo in modo drastico le effettive possibilità di utilizzazione del personale degli enti stessi.

Inoltre quante regioni possono effettivamente assorbire un numero considerevole di dipendenti, quali sono le reali possibilità di ampliamento degli organici degli enti pubblici e come andranno a collocarsi i lavoratori della mutualità nei nuovi organismi, con quali garanzie di mantenimento delle posizioni non solo giuridiche, ma anche funzionali? Se questo interrogativo ha un indubbio valore per tutte le regioni, quanto più difficile, starei per dire drammatica, diventa la situazione del Lazio che dovrebbe utilizzare oltre al personale periferico operante nella regione anche quello molto numeroso delle direzioni generali degli enti? E se difficoltà esistono per utilizzare proficuamente tanti dipendenti degli enti pubblici disciolti, perchè ostinarsi — mi chiedo — a non voler considerare, sia pure con tutte le cautele del caso, la possibilità di un

esodo volontario? La riforma sanitaria deve essere un atto politico di trasformazione profonda della società nazionale, nel senso di una maggiore evoluzione civile e sociale, e non deve perciò iniziarsi con un atto che potrebbe sembrare un atto di ingiustizia verso una numerosa categoria di lavoratori, né con atti di arbitrio che distruggendo garanzie legittime e giuridiche e sacrosanti diritti acquisiti diminuiscano la credibilità dello Stato di diritto e alimentino la sfiducia del cittadino.

Certo, non possiamo risolvere ora, dopo 20 anni circa di faticosa gestazione della riforma, un problema che avrebbe richiesto uno studio serio, approfondito e soluzioni ponderate e graduali. Tuttavia possiamo con la legge in esame porre le premesse per favorire soluzioni soddisfacenti, riaprendo la possibilità di assorbimento del personale mutualistico, compresi i dirigenti, nelle amministrazioni dello Stato, assicurando il mantenimento delle basi giuridiche e funzionali, escludendo, se possibile, la formazione di quei ruoli unici che, ripeto, rappresentano una specie di limbo burocratico, una specie di binari morti, una spesa improduttiva per la collettività ed una mortificazione della dignità di tanti pubblici dipendenti.

Inoltre è necessario rivedere attentamente le possibilità di assorbimento del personale da parte degli enti pubblici, senza creare conflitti di interessi tra personale in servizio e personale da assorbire.

Infine si devono sollecitare le regioni, che dovranno a breve scadenza assumere responsabilità operative gravose nel campo della tutela della salute, a far conoscere le reali esigenze di personale, non essendo pensabile che nell'imminenza dell'avvio della riforma tali esigenze non siano state ancora determinate. Se ci convinceremo che tutte le strade, ragionevolmente praticate, lasceranno un solo dipendente mutualistico senza una confacente utilizzazione e che un solo diritto venga conculcato, allora lasciamo aperta anche la via dell'esodo volontario. Non possiamo, io credo, ignorare un problema giuridico, sociale ed umano di tanta rilevanza come quello del personale degli

enti mutualistici, non solo perchè tradiremmo delle legittime aspettative, ma anche perchè ci troveremmo presto a doverlo riaffrontare, magari ingigantito ed avvelenato dal risentimento non soltanto dei lavoratori mutualistici, ma anche dei cittadini che risentiranno delle difficoltà di avvio della riforma in un settore come quello della salute dove i disservizi, i ritardi, le inadempienze, i disagi hanno già creato una situazione di incredibile sottosviluppo che bisognerà, proprio con la riforma, recuperare in tempi brevissimi.

Infine un richiamo veramente telegrafico all'assistenza indiretta di cui all'articolo 25. Mi pare che l'ambito che il sistema di legge lascia alla assistenza indiretta sia inadeguato: in primo luogo perchè al cittadino va riconosciuto il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie fruite fuori delle strutture pubbliche, in considerazione del fatto che agli assistiti deve essere garantita anzitutto la libertà di opzione quale fattore irrinunciabile di crescita civile. Vi è certamente il problema dei costi. Io credo che la governabilità della spesa resti garantita attraverso il sistema di fissare i rimborsi attraverso l'accertamento dei costi al netto delle spese di gestione. Annuncio già che su questo tema proporrò un emendamento all'articolo 25 che mi auguro venga approvato dal Senato.

Infine, sulle funzioni delle unità sanitarie locali vi è stata una notevole discussione in Commissione e si è ottenuto un risultato che credo positivo. Avevo sollevato alcune perplessità su quella che era la figura istituzionale dell'unità sanitaria locale; avevo riferito sui lavori della Camera dei deputati e sulle notevoli perplessità che anche in quella sede si erano manifestate su questo tema. Mi ero chiesto che cosa era, sotto il profilo istituzionale, l'unità sanitaria locale ed a quale ente potevamo parificarla. Forse ad un'azienda municipalizzata? Chiedevo che si determinassero con maggiore chiarezza compiti, attribuzioni, finalità e modi di essere dell'unità sanitaria locale. Credo che l'articolo 15 risponda a questi interrogativi attraverso una nuova articolazione del di-

segno di legge che ci è pervenuto dalla Camera.

Vorrei richiamare, onorevoli colleghi, alla vostra attenzione, il secondo comma dell'articolo 15 come risulta dall'emendamento che ho avuto l'onore di presentare perchè si tratta di un punto particolarmente importante. Con questo articolo si è aperto il campo di intervento delle comunità montane nel settore della riforma sanitaria e credo che questo sia un fatto positivo. Si è detto infatti che l'assemblea generale è costituita, tra l'altro: « c) dall'assemblea generale della comunità montana se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale ». Questa ipotesi era valida solo da un punto di vista teorico per cui occorre ancorarla di più alla realtà. Vi sono infatti comuni che non sono montani ma che possono far parte di una medesima unità sanitaria locale. Per cui si è aggiunta una specificazione a mio avviso molto opportuna. Si è detto infatti: « Qualora il territorio dell'unità sanitaria locale comprenda anche comuni non facenti parte della comunità montana, l'assemblea sarà integrata da rappresentanti di tali comuni ». Evidentemente questo avverrà in base alle norme che saranno previste per la rappresentanza dei comuni vicini che potranno trovare nell'assemblea generale della comunità montana un modo di partecipazione alla gestione dell'unità sanitaria locale.

Ecco, onorevole Presidente, signor Ministro e onorevoli colleghi, in definitiva, alcune osservazioni e un ulteriore modesto contributo che ho voluto dare a questo impegnato dibattito con l'intento di pervenire, attraverso la riforma sanitaria, non certo a una dequalificazione dei servizi e a un loro costo crescente, ma ad una effettiva tutela della salute attraverso un sistema che razionalizzi il settore, che dia maggiori responsabilità e partecipazione ai cittadini, che contribuisca a creare un sistema efficiente nel rispetto della libertà individuale e nella tutela della professionalità, per evitare la burocratizzazione dei servizi e del medico, e per dare soprattutto al servizio sanitario nazionale, con la più alta qualifica e con le più qualificate prestazioni, occasione per il nostro paese di crescere, di migliorare, di

svilupparsi, di progredire restando saldamente ancorato all'Occidente e all'Europa. (*Applausi dal centro. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Bompiani. Ne ha facoltà.

BOMPIANI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, si presenta al nostro esame un vasto, articolato disegno di legge che traduce, in termini di iniziativa politica, un movimento di opinione che caratterizza la società moderna di tutti i paesi evoluti: quello di un nuovo atteggiamento del cittadino e del potere pubblico nei confronti della salute.

Non è possibile in questa circostanza, soprattutto per la ristrettezza del tempo, ripercorrere le tappe evolutive del pensiero moderno che ha portato a chiedere allo Stato un intervento globale di tutela della salute, comprendente in larga misura i tempi della prevenzione e della riabilitazione, oltre che della lotta alla malattia come tale. Nè potrò ricordare i provvedimenti legislativi che, nel nostro paese, già da tempo stanno costruendo la riforma sanitaria, intesa appunto, in senso etimologico, come la nuova forma che si vuol dare al dispositivo sanitario per il soddisfacimento delle indicate esigenze.

Certamente il disegno di legge che discutiamo è un punto nodale di questo processo, e va dato atto ai relatori di averne esattamente individuato la portata nella lucida relazione scritta.

Ma se la struttura del servizio sanitario nazionale è già chiaramente indicata in questo disegno di legge, la « nuova forma » non potrà apprezzarsi in tutta la sua interezza se non dopo il completamento dell'opera, cui la società per prima, il Parlamento e le regioni dovranno volenterosamente attendere nei prossimi anni.

Non mancano in me perplessità ed anche riserve su particolari aspetti del provvedimento, ed in particolare: 1) sull'individuazione di un meccanismo che più esattamente equilibri i flussi di spesa alle entrate necessarie al finanziamento del servizio sanitario nazionale, in una visione di effettiva

compatibilità con le risorse nazionali; 2) sulla mancata fissazione di prestazioni minime e massime, che il servizio potrà fornire, nella compatibilità dei mezzi economici disponibili; 3) sulla ristrettezza dei tempi stabiliti in calendario per l'attuazione del complesso dei provvedimenti legislativi necessari, ed è chiaro che il non poter rispettare questi tempi significherà perdita di credibilità, per la legge in se stessa e per noi che l'esaminiamo; 4) sul forte rischio di una eccessiva politicizzazione della gestione del servizio, sia a livello centrale, che delle unità sanitarie locali, a causa della partecipazione troppo esigua della componente tecnica e sanitaria, sebbene debba riconoscere che gli emendamenti suggeriti dalla Commissione definiscono (meglio di quanto non faceva il testo pervenutoci dalla Camera) le responsabilità della direzione dell'unità sanitaria locale stessa, articolandone gli aspetti sanitari ed amministrativi.

Vi sarebbero altri punti ancora, ma altri meglio di me interverranno nella discussione su questi argomenti. Vorrei affermare, tuttavia, che fondamentale, per una corretta gestione e dell'unità sanitaria locale e della spesa pubblica, sarà l'atteggiamento sia del cittadino che dell'operatore sanitario. Nè gli uni nè gli altri dovrebbero vedere nel dispositivo pubblico una occasione per acquisire privilegio personale, ma la responsabile fruizione di un bene di tutti, da amministrarsi saggiamente con quella stessa cura che viene riposta nella amministrazione dei beni personali. Per questo motivo, nelle considerazioni che seguono vorrei rivolgere l'attenzione sul « fattore uomo » che è determinante per la caratterizzazione di qualsiasi sistema, ed anche del servizio sanitario nazionale.

Orbene, il disegno di legge solennemente pone in testa agli obiettivi da raggiungere: « la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità » (articolo 2, primo capoverso). Non è chi non veda la bontà dell'obiettivo, ma anche la vastità immane del compito che ci attende per tradurre questo enunciato in azioni concrete.