

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

749^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 12 DICEMBRE 1967

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente ZELIOLI LANZINI,
indi del Vice Presidente CHABOD

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione	Pag. 40131
Deferimento a Commissione permanente in sede deliberante di disegno di legge già deferito alla stessa Commissione in sede referente	40132
Deferimento a Commissione permanente in sede referente	40131
Deferimento a Commissioni permanenti in sede deliberante	40131

Discussione:

« Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera »
(2275) (Approvato dalla Camera dei deputati):

DI PRISCO	Pag. 40134
MONALDI	40156
PERRINO	40146
PESERICO	40163
ZONCA	40141

PER LA MORTE DELL'ONOREVOLE MARIANO ROSATI

PRESIDENTE	40133
MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i>	40133
MARTINELLI	40132

Presidenza del Presidente ZELIOLI LANZINI

P R E S I D E N T E . La seduta è aperta (ore 9,30).

Si dia lettura del processo verbale.

G E N C O , Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta del 7 dicembre.

P R E S I D E N T E . Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Annunzio di presentazione di disegno di legge

P R E S I D E N T E . Comunico che è stato presentato il seguente disegno di legge:

dal Ministro dei lavori pubblici:

« Assunzione a carico dello Stato degli oneri di manutenzione relativi alle opere idrauliche di 2^a e 3^a categoria in Basilicata e Calabria » (2602).

Annunzio di deferimento di disegni di legge a Commissioni permanenti in sede deliberante

P R E S I D E N T E . Comunico che i seguenti disegni di legge sono stati deferiti in sede deliberante:

alla 5^a Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Norme integrative della legge 23 febbraio 1960, n. 131, concernente l'applicazione dell'imposta fabbricati sulla base delle rendite del nuovo catasto edilizio urbano » (2552);

Deputati RAFFAELLI ed altri. — « Proroga, a favore delle popolazioni dei comuni colpiti dalle alluvioni o mareggiate dell'autunno 1966, dei termini previsti dalla legge 23 dicembre 1966, n. 1139, concernente il condo-

no delle sanzioni non aventi natura penale in materia tributaria » (2586);

alla 6^a Commissione permanente (Istruzione pubblica e belle arti):

« Aumento del fondo annuo fisso a carico dello Stato, destinato al funzionamento ed all'incremento dell'Istituto centrale del restauro » (2562), previo parere della 5^a Commissione;

alla 9^a Commissione permanente (Industria, commercio interno ed estero, turismo):

« Disciplina dei titoli e dei marchi di identificazione dei metalli preziosi » (895-B), previ pareri della 1^a, della 2^a e della 5^a Commissione;

alla 11^a Commissione permanente (Igiene e sanità):

« Assegnazione straordinaria di fondi per la sistemazione dei debiti relativi ai ricoveri degli infermi poliomielitici, discinetici e lussati congeniti dell'anca » (2587), previo parere della 5^a Commissione.

Annunzio di deferimento di disegni di legge a Commissione permanente in sede referente

P R E S I D E N T E . Comunico che i seguenti disegni di legge sono stati deferiti in sede referente:

alla 5^a Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio per l'anno finanziario 1968 » (2600);

« Conversione in legge del decreto-legge 11 dicembre 1967, n. 1132, concernente la proroga della addizionale istituita con l'arti-

colo 80, primo comma, del decreto-legge 18 novembre 1966, n. 976, convertito, con modificazioni, nella legge 23 dicembre 1966, numero 1162 » (2601).

Annuncio di deferimento a Commissione permanente in sede deliberante di disegno di legge già deferito alla stessa Commissione in sede referente

PRESIDENTE. Comunico che, su richiesta unanime dei componenti la 5ª Commissione permanente (Finanze e tesoro), è stato deferito in sede deliberante alla Commissione stessa il disegno di legge: **GUANTI ed altri.** — « Diritto a pensione degli orfani ed orfane di ex insegnanti elementari deceduti anteriormente al 1º ottobre 1948 » (1391), già deferito a detta Commissione in sede referente.

Per la morte dell'onorevole Mariano Rosati

MARTINELLI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARTINELLI. Onorevole Presidente, onorevoli senatori, nella scorsa settimana si è spento a Como, a 98 anni, l'onorevole Mariano Rosati, che fece parte della prima legislatura del Senato repubblicano quale rappresentante del Collegio di Como. Egli era stato chiamato a tale mandato dal voto della grande maggioranza dei comaschi che in lui avevano sempre potuto ammirare, nei molti incarichi che aveva ricoperto, la fedeltà ai principi democratici, l'elevatezza dei propositi, l'onestà della vita.

Il senatore Rosati fu tra coloro — e siamo nel lontano 1901, quando il mondo cattolico, nel quale fermentavano le idee nuove, non aveva ancora compiutamente maturato la decisione di uscire dall'isolamento susseguito alla caduta del potere temporale, per cooperare alla gestione politica del Paese — che, con lungimiranza si proposero di collaborare con le forze cattoliche, le qua-

li poi, attraverso l'esperienza amministrativa, sarebbero approdate in Parlamento. Sindaco di Como 59 anni orsono, nel 1908 si mostrò particolarmente sensibile ai doveri, che oggi chiameremmo sociali, di un'amministrazione locale, dando un esempio insigne alle amministrazioni del suo tempo; durante un altro mandato di sindaco che decorre dal 1914 al 1918, nei difficili anni della prima guerra mondiale, fu istituito uno dei primi assessorati del lavoro apparsi nel nostro Paese, e ciò per iniziativa dei cattolici che largamente collaborarono con la amministrazione Rosati, fra i quali vi furono uomini la cui attività, poi, ebbe risonanza nel Paese: basti per tutti citare il nome di Achille Grandi.

Con la prima legislatura del dopoguerra Rosati fu eletto deputato per il collegio di Como-Sondrio, ma nel 1921 rinunciò a ripresentarsi. Ebbe inizio, allora, anche per lui, un periodo assai difficile, nel quale egli, accanto alla sua professione, si prodigò attivamente in consigli e aiuti a coloro che, dirigenti del disciolto Partito popolare e del disciolto Partito socialista, per tutto il ventennio ebbero vita dura, subendo provvedimenti di polizia e vessazioni dagli organi politici del regime.

Egli rifiutò sempre, fermamente, di aderire al fascismo, che pur non risparmiò lusinghe per averlo, e non temè di mostrarsi sempre l'amico di coloro che fascisti non erano e che, anzi, dal Partito fascista, erano considerati come antinazionali e cacciati ai margini della vita civile. Ma il fascismo non riuscì mai a scalfirne la vita adamantina nè a sminuirne il prestigio.

Nessuna meraviglia, quindi, che il 25 luglio 1943 dal Comitato di liberazione fosse offerta all'onorevole Rosati la presidenza della restaurata amministrazione provinciale, che egli resse egregiamente, pur nelle gravi difficoltà del momento; e nessuna meraviglia ancora che, al sopravvenire del neofascismo, egli rifiutasse di rifugiarsi nella vicina Svizzera, rimanendo nella sua città per continuare, con non lieve pericolo, nella difficile e non sconosciuta opera rivolta a sostenere coloro che avevano ripreso a combattere per la libertà d'Italia.

Non accettò di ripresentarsi come candidato all'Assemblea costituente, ma non ricusò, nel 1948, benchè settantanovenne (con una salute, però, di ferro che non l'abbandonò se non negli ultimi mesi), di presentarsi quale candidato al Senato nella lista dello scudo crociato. E lavorò per l'intera legislatura con un impegno esemplare per tutti.

Vi rinunciò, poi, nel 1953, data l'età, e usava dire a noi, ridendo: « Lo so che non mi sento vecchio, ma gli altri dicono che lo sono: e come faccio a non crederlo? » Ma continuò ad occuparsi dei suoi studi e della sua professione, sempre fedele al suo impegno di considerare la vita innanzi tutto come un dovere verso la famiglia e la collettività.

Molti sono gli enti e le opere pie che gli debbono riconoscenza per decenni interi di assistenza e di consiglio, preziosi e sempre dati con assoluta discrezione.

Ma una nota caratterizzò il suo animo fino all'ultimo giorno. Chi oggi, con tristezza, lo ricorda qui, andava a fargli visita con una certa frequenza e lo trovava sempre avido di notizie politiche. Si teneva al corrente con i giornali, ma desiderava conoscere il volgere delle cose politiche più da vicino di quanto non fosse possibile con la stampa: e da un uomo che aveva superato gli ottanta e poi i novant'anni era da attendersi, direi quasi come conseguenza naturale della età, un qualche rimpianto dei vecchi tempi, che alcuni sembrano ritenere migliori dei nostri. Tempi dei quali egli aveva da vicino seguite le vicende.

Intimo amico dell'onorevole Carcano, parlamentare comasco, per tanti anni Ministro del tesoro, scomparso nel 1917, e dell'onorevole Rubini, pure Ministro del tesoro, col quale era imparentato, non si può certo dire che egli non avesse conosciuto da vicino tante e tante vicende governative dei primi venti anni del nostro secolo. Eppure egli, che fu sempre ammirevolmente giovane, nonostante gli anni, dei quali non sentiva affatto il peso psicologico, fino all'ultimo dimostrò agli amici la sua caratteristica più bella, e cioè il suo costante ottimismo sui nostri tempi che egli, attraverso i confronti che nei suoi lucidi ricordi poteva fare, riteneva migliori

di quelli passati: e per lo slancio e l'impegno delle assemblee politiche, e per la sensibilità verso le attese di giustizia e per quella che era, ed è, l'attuazione del progresso economico e sociale.

Quando qualcuno manifestava qualche segno di dubbio su tale giudizio egli, con una analisi accurata e con impostazioni sempre logiche, portava avanti la sua dimostrazione fino a concludere, come ebbe a dirmi durante le vacanze pasquali di quest'anno, che egli riteneva i Governi di questo dopoguerra meritevoli di grande elogio e che, nel giudicarli, si doveva tener presente non soltanto quello che avevano realizzato (ed era molto), ma anche le enormi difficoltà che avevano incontrato e dovuto superare.

Alla memoria di questo insigne comasco e italiano, a questa cara figura di gentiluomo, scomparso alla soglia dei 98 anni, mi sembra doveroso che il Senato, che ebbe l'onore di averlo tra i suoi membri, renda omaggio ed esprima anche alla consorte, che lo assistette amorevolmente fino all'ultimo, e alla famiglia, le sue sentite condoglianze.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Il Governo si associa alle espressioni di cordoglio con le quali il senatore Martinelli ha illustrato e tratteggiato la figura dell'illustre scomparso.

P R E S I D E N T E . Onorevoli colleghi, il senatore Mariano Rosati è stato simpaticissimo collega e valido collaboratore nella prima legislatura. Nel Senato della Repubblica era entrato già anziano, avendo oltrepassato i 78 anni; vi aveva portato però la sua bonomia lombarda incline alla confidenza che si manifestava con il suo parlare del Lazio e il suo buon senso di avvocato esperto, avvezzo cioè a proporre la soluzione dei problemi legislativi e politici alla maniera dell'avvocato che dirime le cause, più che con l'apporto dei cavilli pretestuosi, con la chiarezza e praticità delle argomentazioni che

sono compagne del buon senso e del diritto, conciliando gli interessi della parte col bene della collettività. E' stato alunno del collegio « Ghislieri » di Pavia e ne era fiero. Soltanto poche settimane fa aveva inviato il suo messaggio quale decano degli ex alunni, accolto dal reverente consenso dei convenuti alle celebrazioni del IV centenario della fondazione.

La sua memoria è celebrata anche oggi in questa Aula e la Presidenza si associa al cordoglio espresso dal senatore Martinelli e assicura che si farà interprete dei nobili sentimenti qui manifestati presso la famiglia, la distinta consorte e presso la cittadinanza che ancora oggi lo ricorda con affettuosa reverenza.

Discussione del disegno di legge: « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera » (2275)
(Approvato dalla Camera dei deputati)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera », già approvato dalla Camera dei deputati.

Dichiaro aperta la discussione generale.

Il primo iscritto a parlare è il senatore Di Prisco. Ne ha facoltà.

DI PRISCO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ». Così suona l'articolo 32 della nostra Costituzione repubblicana e lo studioso, rifacendosi al periodo nel quale, all'Assemblea costituente, questo tema è stato discusso, rileva come in quel periodo molti dubbi affiorarono circa la configurazione giuridica del diritto alla salute. Si faceva da più parti ricorso alla più alta dottrina giuridica per contestare che il diritto fondamentale del cittadino alla salute rappresentasse un vero e proprio diritto soggettivo, mentre da altri, con visione, secondo me, astratta, del diritto, veniva portato avanti il problema della incertezza dell'oggetto di tale diritto. Taluni chiedevano allora: che cos'è la salute? E la risposta a

questo interrogativo era invero difficoltosa, poichè, come tanti concetti base, restava affidata alla intuizione piuttosto che essere suscettibile di razionale delimitazione. Non si poteva certo definire la salute come il contrario della infermità poichè tale affermazione non avrebbe certamente giovato alla risoluzione del problema

Certo appare oggi, dalla lettura di quegli atti, come il lungo distacco culturale e dottrinario dagli altri Paesi, anche dello stesso Occidente capitalistico, dove a più moderne definizioni e applicazioni dell'intervento statale nel campo sanitario ci si era già volti, abbia ridotto concettualmente il valore fondamentale dell'articolo 32.

Credo che nel campo storico, se noi leggiamo tutto quello che si è sviluppato nei Paesi europei dal 1925-1928 in poi nel campo della salute, possiamo avere la testimonianza di come il periodo della dittatura fascista abbia troncato la possibilità per gli studiosi, i pubblicisti, i medici e gli appassionati italiani di un dibattito aperto con quelle sfere che ricercavano e risolvevano i problemi della salute nella visione moderna dell'intervento pubblico, superando, quindi, i concetti che avevano indirizzato quei popoli, il nostro stesso popolo, nel secolo scorso e nei primi decenni di questo, sul binario della assistenza e della carità. Abbiamo, cioè, avuto un periodo di fervore, al quale non è corrisposta, quindi, la possibilità per gli italiani, in questo campo, di poter portare la loro testimonianza ed il loro apporto per dare uno slancio ed un avvio per una soluzione che tenesse conto del nuovo concetto dell'intervento pubblico nella difesa della salute.

Non abbiamo potuto registrare per lunghi anni questa possibilità. E di ciò, nella valutazione da darsi in campo storico, fa testimonianza il fatto che in Italia, dopo la Resistenza e con l'avvento della Repubblica, si è instaurato l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità e si è giunti alla costituzione del Ministero della sanità soltanto dopo tre legislature.

Ora, è da chiedersi se la stessa soluzione che qui ci viene proposta col testo di legge approvato — con una compromissione dete-

riore dell'originaria impostazione — dalla maggioranza della 11ª Commissione non sia, alle volte, anche il prodotto inconscio, se volete (da alcune parti anche consapevole), di un quadro di orientamento derivante da questa ipertrofia giuridica, amministrativa, pubblicistica tipica del nostro Paese, ed originata dalla mancata acquisizione ed assimilazione di quell'insieme dottrinario, se volete anche morale, che viene chiamato la filosofia della sanità pubblica.

In linea di fatto, oggi, nel nostro Paese si provvede alla tutela della salute con la legislazione sanitaria e con la legislazione relativa agli enti di assistenza che attualmente operano in vari settori. In questo ultimo campo, però, siamo giunti ad un punto di rottura, ad un momento di crisi che coinvolge le vecchie strutture e gli antichi schemi; per cui si propongono forme nuove di strutturazione, nell'ambito del settore sanitario, che siano maggiormente aderenti alla esigenza di un moderno vivere civile.

Quali le ragioni che hanno determinato, a mio parere, questa crisi di concezioni superate? Vediamole, perchè da esse si possa partire poi per indicare i rimedi che consentono di aprire le nuove vie al servizio sanitario, che noi proponiamo. Ritengo che vi siano tre ordini di fattori da considerare: il primo e più importante è la nuova coscienza sanitaria che è venuta maturando nell'animo delle masse; il secondo fattore è costituito dal fallimento, sul piano sociale e sanitario, dell'azione dei 100 e più enti assistenziali, e dalla necessità quindi di cercare forme nuove di organizzazione; il terzo risiede nelle realtà obiettive di ordine medico che impongono in maniera drammatica il tema della unitarietà della scienza medica, oggi compromesso dalle false e pretestuose concezioni, che ancora rimangono, di coloro che vogliono distinguere una medicina preventiva da una medicina curativa. Analizziamo un po' più nei dettagli queste ragioni. In cinquant'anni siamo passati in Italia da 40 a quasi 52 milioni di abitanti. Da una composizione sociale in cui il reddito era costituito per il 57 per cento dall'agricoltura, per il 20 per cento dall'industria e per il 23 per cento dalle attività terziarie, si è passati alla situazione odier-

na, in cui il reddito agricolo è sceso al 27 per cento, l'industriale è salito al 46-47 per cento, le attività terziarie si aggirano attorno al 27 per cento.

Questa trasformazione non è stata seguita, di pari passo, da un'adeguata strutturazione dei servizi sociali: è vero che negli ultimi quindici anni un'ondata popolare di fondo, sorretta dalla spinta irresistibile della classe lavoratrice, ha costretto i Governi succedutisi in tale arco di tempo a estendere a larghissimi strati della popolazione l'assistenza malattia; ciò nonostante, però, lo stato generale di salute della popolazione rimane precario.

In Italia, accanto alle vecchie malattie tipiche delle zone depresse, le malattie della miseria, definite così in dottrina e nella pubblicistica, esistono altre malattie, frutto di un progresso tumultuoso, caotico e distorto.

Per le prime si indicano i sistemi di lotta nella profilassi e nella terapia; perchè, allora — ci si può chiedere — non c'è un'organizzazione sociale sanitaria tale che, sfruttando adeguatamente i rimedi e i mezzi che il progresso tecnico ci mette a disposizione, possa definitivamente confinare nei libri della storia della medicina le cosiddette malattie della miseria?

Onorevoli colleghi, qualche settimana fa, alla televisione, abbiamo assistito — non ricordo più in quale servizio documentaristico — ad un filmato su alcune zone del nostro Mezzogiorno. Ebbene, noi abbiamo visto che in diverse cittadine del nostro Mezzogiorno molta parte della popolazione vive in casette, disposte in lunghe file, in mezzo a vie nelle quali esiste ancora lo scolo delle acque sporche; le massaie escono da casa e buttano le acque di rifiuto in mezzo alla strada, dove c'è questo rigagnolo che porta verso il basso le acque putride, non le acque nere.

Questa situazione l'abbiamo vista non solo noi, ma anche chi, in questi ultimi tempi, ha girato per il Mezzogiorno; uno stato di cose siffatto non esiste però soltanto nel Meridione d'Italia, ma anche nelle nostre contrade del Nord, specialmente nei paesi sperduti o lontani dai grossi centri popolosi.

Ecco allora che queste condizioni determinano la sopravvivenza di quelle che gli studiosi chiamano le « malattie della miseria »; questa situazione esiste ancora nel nostro Paese e su di essa noi dobbiamo portare la nostra ferma attenzione mentre discutiamo di questo importante provvedimento al Senato.

D'altra parte, un caotico progresso ha creato un nuovo capitolo della patologia, quelle che comunemente sono chiamate le malattie del progresso. Noi sappiamo che il progresso, quando è veramente tale, quando si identifica con conquiste sempre nuove che vengono poste al servizio dell'umanità per l'affermazione delle esigenze di ciascuno e di tutti gli uomini, non determina le malattie; (qui consentitemi di dire che tutti coloro i quali, o per studio o per visita diretta, hanno potuto constatare le realizzazioni dei Paesi socialisti in questo campo, hanno visto come questo importantissimo punto torna ad onore di quei Paesi, per le grandi opere che sono state realizzate).

Il termine di malattie del progresso, allora, sta ad indicare le malattie provocate da fattori particolari, la cui esistenza è determinata sia dalla distorsione del progresso, sia soprattutto dall'esistenza, tuttora viva e radicata nel nostro Paese e in tutti i Paesi capitalistici, dello sfruttamento dell'uomo sull'uomo, del prevalere, cioè, delle leggi del profitto capitalistico sulle esigenze dell'uomo e della collettività.

Basta riflettere sulle stesse statistiche annuali degli infortuni sul lavoro, delle malattie professionali per convincersi di questa dolorosa realtà.

Difficilmente calcolabili, ma notevolmente gravi, sono i danni prodotti dall'inquinamento atmosferico, derivante dall'ubicazione, collegata spesso a speculazioni, degli insediamenti industriali, dalle radiazioni ionizzanti, dalle stesse frodi alimentari.

Quali le conseguenze relativamente al problema che ci interessa? L'allargarsi pauroso di una medicina distorta o meglio, una specie di negazione della medicina, la cosiddetta medicina quantitativa. Per il singolo assicurato in venti anni è cresciuta di circa 17 volte la spesa ospedaliera, di 15 volte la

generica, di 28 volte la spesa per farmaci, e purtroppo da venti anni ormai la valutazione dei compensi afferenti ai medici è determinata su parametri che si riferiscono al volume delle prestazioni e non alla loro quantità. Di qui il progressivo degradare della retribuzione del medico ospedaliero e la fuga dei giovani medici dagli ospedali, l'aumento dei medici nel settore assistenziale della generica, con scarso interesse alle specializzazioni, il deterioramento dell'efficacia sanitaria della medicina di massa, l'aumento enorme della farmaceutica, la mancata efficacia sociale della medicina, specie per il fatto che la generica è stata ridotta, dalla involuzione del sistema mutualistico e dalla prepotenza dei monopoli farmaceutici, al rango dell'intermediazione burocratica tra il paziente e i colossi dell'industria farmaceutica. E chi volesse di questi aspetti avere l'esemplificazione può scorrere non certo con tranquillità lo stesso libro bianco sulla riforma ospedaliera, dove gli episodi riportati indubbiamente devono colpire coloro i quali vogliono sul serio occuparsi dei problemi che oggi ci stanno a cuore.

Ma queste situazioni che si sono determinate e permangono nel nostro Paese sono esaminate dalle masse popolari, e han fatto acquistare loro coscienza, per cui tali masse chiedono che la salute sia garantita, che le scoperte della scienza medica siano messe a disposizione dell'individuo e della collettività e che queste scoperte non servano per assicurare ingenti e sicuri guadagni ad una classe di capitalisti, onde la necessità e l'urgenza di un deciso intervento pubblico nell'industria farmaceutica.

Questa industria oggi, nel nostro Paese, è un fenomeno socio-economico molto complesso, le cui ultime ragioni sono costituite dal prevalere delle leggi del profitto capitalistico sulle esigenze della persona umana. La pressione esercitata sui medici e la gestione sugli ammalati potranno essere eliminate mediante il controllo pubblico dell'industria in uno con la costituzione decisa del servizio sanitario nazionale. In Italia il fatturato dell'industria farmaceutica nel 1965 è stato di 360 miliardi, il volume di vendita al pubblico di 500 miliardi, ossia

l'1,6 per cento del reddito nazionale, in confronto allo 0,35 per cento in Inghilterra e allo 0,34 per cento in Olanda. Nel 1965 vi erano in Italia circa 16 mila specialità di medicinali, con 28 mila confezioni, ma solo poche centinaia sono quelle che contano. Nello stesso anno si avevano 1039 industrie produttrici di farmaci con circa 40 mila dipendenti, ma l'80 per cento di essi avevano meno di 10 operai, ossia si limitavano ad inscatolare medicinali.

A proposito dell'industria farmaceutica, proprio in questi giorni abbiamo ricevuto la rivista luglio-agosto sui problemi della sicurezza sociale dove, a pagina 532 e seguenti, leggiamo alcuni giudizi sull'industria del farmaco in Italia. Si dice ad un certo punto: « L'industria del farmaco è tra le manifatturiere quella che segna il più alto grado di investimenti stranieri, specie americani. Complessi importanti come la ISI, la Lepetit, la Cutolo Calosi sono passati a gruppi finanziari stranieri. Tra le aziende di maggior peso in Italia, una cinquantina sarebbero quelle a capitale interamente straniero e una quarantina quelle con forti o fortissime partecipazioni dello stesso tipo ». E si dà questo giudizio: « La conquista ormai clamorosa delle nostre aziende farmaceutiche da parte del capitale straniero si è verificata perchè più facili a rilevare nella bassa congiuntura, perchè i costi di lavoro si presentarono e si presentano inferiori, e quindi maggiori le prospettive del profitto, perchè il mercato interno, malgrado i suoi limiti territoriali, si dichiara assai remunerativo, perchè ha sempre resistito, nè ora si smentisce, la sensazione che sopra le belle parole e i progetti moltissimi, ogni cosa rimarrà ferma, immutata, salvo certi cambiamenti non tornino più consoni a certi vantaggi palesi o coperti del suesposto capitale ».

Quindi, in definitiva, l'industria farmaceutica italiana, proteiforme nelle apparenze, è in realtà nelle mani di un gruppo di potere accentratore, in una parola, del monopolio.

Ricordavo più avanti un altro fattore determinante per la crisi del servizio sanitario: il fallimento dei sistemi assistenziali di molti enti esistenti in Italia. In base all'attuale

sistema, il lavoratore, non il cittadino, viene ad essere titolare di un interesse privato che gli compete per il pagamento dei contributi, e perchè fa parte di determinati strati socio-economici, e non in quanto è cittadino che ha diritto alle prestazioni della salute. Da qui deriva tutta una distorta mentalità dell'assicurato che iperconsuma i medicinali e le prestazioni sanitarie e giunge ad una media di visite *pro capite* all'anno di 7, senza però che una di queste visite rappresenti primariamente la visita di controllo generale delle sue condizioni fisiche e di salute e dei suoi familiari. E nonostante l'ingente gettito contributivo, le gestioni assistenziali sono giunte pressochè al fallimento, in quanto l'errore primo è insito nella mentalità assicurativa; ma la malattia è un rischio che sfugge ad ogni controllo di carattere attuariale, e, d'altra parte, il vero rischio da valutare nell'assicurazione malattia, così come è oggi in Italia, non è la malattia, ma ogni evento produttore di prestazione.

Per porre un freno alla dispersione di miliardi, si è preteso che il medico al letto del malato ingaggiasse una battaglia col paziente in una posizione di intermediazione tra l'assistito e l'ente erogatore. Non è così che si risolve il problema, umiliando e degradando sempre più la funzione del medico.

Dalla intuizione originaria del ministro Mariotti in tema di riforma ospedaliera, che vedeva nel superamento deciso del sistema plurimutualistico uno dei cardini sui quali appoggiarsi per avviarsi al servizio sanitario per tutta la collettività, che ci avrebbe portato decisamente verso la unitarietà della medicina, si è arrivati, non avendo egli e il suo partito saputo resistere alle pressioni delle forze conservatrici e moderate, a questa situazione invece, per cui si frantumava questa unitarietà, distinguendosi ancora la medicina preventiva da quella curativa, non rientrando il primo tipo nelle prestazioni mutualistiche, e venendo invece il secondo ad essere il solo a prendersi in considerazione a fini del rimborso della spesa.

Dobbiamo in maniera precisa affermare che l'organizzazione mutualistica non è adeguata per la difesa degli interessi generali della salute pubblica. Nonostante ciò, il Go-

verno di centro-sinistra continua per la solita vecchia strada degli interventi settoriali e delle casse malattie. Un clamoroso esempio della contraddizione tra quanto si vuol far credere (riforma ospedaliera come avvio del servizio sanitario nazionale) e la realtà nella quale si opera (erogazione di 476 miliardi a ripiano delle situazioni passive delle casse mutue malattie) sta proprio davanti ai nostri occhi e alla coscienza del Paese in questi giorni: il decreto legge del 30 ottobre ultimo scorso che si è limitato a prevedere questo stanziamento straordinario da devolversi direttamente alle mutue, senza modificare o intaccare nessuna delle cause che sono all'origine finanziaria e funzionale dell'istituzione mutualistica.

Il Governo di centro-sinistra clamorosamente ha confermato con questa iniziativa la propria volontà di non operare per la riforma sanitaria, di proseguire invece nelle scelte dei centri di potere e di sottogoverno.

Come altrimenti giudicare il fatto che, con quel decreto sopra ricordato, alla mutua bonomiana, che assiste oggi il 10 per cento dei mutuati, andrà il 25 per cento della somma stanziata?

Certo l'onorevole Bonomi viene ricompensato da un gesto generoso del Governo di centro-sinistra per le sue anche recenti allocuzioni di tradizionale contenuto anti-comunista e anti-operaio, per cui la sua imperturbabile battaglia fideistica deve trovare un compenso. E lei, onorevole ministro Mariotti, che poco tempo fa aveva ripetuto che « l'unica soluzione per uscire dalla crisi endemica delle mutue è rappresentata dal passaggio allo Stato di tutto il sistema assistenziale con la nascita del servizio sanitario nazionale », in ciò collegandosi a niente altro che a quello che viene indicato dal capitolo settimo del piano di sviluppo economico, lei ha ancora subito il ricatto delle forze moderate che esistono nella composizione governativa, di quelle forze, cioè, che noi, nella nostra presa di posizione politica in occasione della discussione del piano economico quinquennale, avevamo indicato chiaramente come le vere protagoniste di tutti gli eventi e delle diverse iniziative di carattere economico, verso le quali occorre e occorre

portare una decisa battaglia per il rinnovamento democratico del Paese.

Noi oggi riprendiamo con vigore quella linea, da noi sempre sostenuta, ed è per questo che chiediamo che i miliardi stanziati dal Governo vengano erogati al Fondo nazionale ospedaliero, al quale devono affluire, quindi: le somme devolute agli enti ospedalieri e agli enti mutualistici assicurativi, le somme dovute dai comuni, dalle provincie e dallo Stato agli enti ospedalieri per l'assistenza ospedaliera ambulatoriale ai cittadini che vi hanno diritto a norma delle vigenti disposizioni, le somme iscritte nel bilancio dello Stato e dei vari Ministeri relative alle costruzioni, agli ampliamenti, alle trasformazioni e ai completamenti di attrezzature, il reddito derivante dal patrimonio di opere pie soggette ad estinzione per esaurimento dei fini istituzionali (cosa che noi vogliamo realizzare con la costituzione dell'ente ospedaliero). Il Fondo nazionale deve diventare lo strumento attraverso il quale si realizzi il trasferimento totale a carico dello Stato anche delle spese di ospedalità per tutti i cittadini, delle spese di ammodernamento e di attrezzatura ospedaliera, dell'intero onere per la costruzione degli ospedali mancanti nel Paese.

La concentrazione in un unico fondo di tutte le risorse nazionali riservate all'assistenza dei malati può consentire una visione globale, nel quadro generale delle esigenze sanitarie, degli oneri occorrenti per il loro soddisfacimento e dell'impiego dei mezzi disponibili. Con i proventi del Fondo potrà essere pagato il costo dell'assistenza ospedaliera ambulatoriale con la massima tempestività, anche a mezzo di anticipazioni, evitando i gravi inconvenienti, oggi ricorrenti e consistenti nel ritardo del pagamento di rette, che costringono gli ospedali a ricorrere al credito esterno, con gravi sacrifici patrimoniali, che alle volte non sono in grado di fronteggiare alla scadenza dei rimborsi; per cui accadono casi paradossali come quello dei due ospedali di Napoli ai quali nei giorni scorsi la società telefonica ha addirittura tagliato i fili del telefono, mentre si profila per questi fatti una ripresa delle agitazioni, come quella oggi annunciata dai

medici, assistenti e aiuti ospedalieri che si trovano di fronte ad una inadempienza rispetto agli accordi precedentemente presi.

Sono, onorevoli colleghi, episodi che rammaricano ogni onesto cittadino, ma che devono comportare un severo giudizio di ordine politico per le cause che li hanno determinati.

Onorevoli colleghi, gli ospedali hanno sempre costituito una palestra di insegnamento insostituibile per i medici. Nelle corsie ospedaliere, infatti, il personale sanitario ha modo di sperimentare le sue cognizioni teoriche venendo a contatto diretto con l'ammalato. E poi i corsi di aggiornamento e perfezionamento per i medici sono un contributo indispensabile per la continua lotta al male. Inoltre per una perfetta assistenza sanitaria il medico ha bisogno della collaborazione di tecnici altamente specializzati. Spetta all'ospedale il compito di preparare le condizioni perchè queste cose avvengano. Ed ancora, pur premesso che la ricerca scientifica pura può e deve essere fatta dagli istituti universitari, bisogna riconoscere che le parti applicative di questa — parti importantissime — possono essere effettuate negli ospedali. Ma l'ospedale, inoltre, ha i suoi compiti nel campo della indagine e della ricerca: la raccolta delle statistiche sanitarie, non per mettere in fila dei numeri, ma per utilizzarle piuttosto nella formulazione di piani sanitari; le osservazioni sugli aspetti etiologici, patologici, terapeutici e prognostici della malattia; le osservazioni sul quadro nosologico della popolazione ospedaliera; lo studio sulle malattie di coloro che lavorano negli ospedali; lo studio dell'organizzazione ospedaliera, problema che richiede la collaborazione di sanitari, tecnici, economisti; la continua valutazione dell'area di degenza.

In questo quadro si pone la questione di tutto il personale ospedaliero: medici, tecnici, infermieri; ecco perchè abbiamo sostenuto e sosteniamo che tutto il personale ospedaliero deve poter dedicare la propria opera solo all'ospedale e quindi anche i medici e il corpo sanitario, con criteri di assunzione che moralizzino radicalmente il regime

dei concorsi e con un rapporto di lavoro globalmente e unitariamente contrattato.

Per quanto riguarda i medici, il decreto-legge 15 novembre, relativo all'adeguamento degli stipendi dei medici ospedalieri, è una misura parziale e contraddittoria, che respinge la sola soluzione che può permettere il miglioramento dell'assistenza ospedaliera, l'occupazione piena dei medici ospedalieri e la corresponsione di stipendi adeguati e dignitosi, togliendo posizioni di privilegio e frenando la spinta per la quale gli aiuti e gli assistenti ricercano nell'esercizio della professione mutualistica la necessaria integrazione dei guadagni.

Certo, l'ospedale non è la sede più importante per la medicina preventiva, in quanto questa implica una serie di misure e di distribuzioni che sono al di fuori dell'ospedale. Purtuttavia, considerato che un cittadino su dodici ricorre in Italia all'assistenza ospedaliera, si può ben comprendere l'importanza che ha l'ospedale sia nel campo della medicina preventiva, sia, particolarmente, per il controllo delle malattie in atto, ricoverando gli ammalati e bonificando i portatori, sia per la cura degli immaturi e la diagnosi precoce delle malformazioni congenite che per evitare i processi di cronicizzazione. Senza contare che l'ospedale, come del resto avviene in diverse Nazioni, deve costituire un elemento importante per la educazione sanitaria della popolazione, senza la quale ogni politica di medicina preventiva è destinata al fallimento.

Onorevoli colleghi, l'Organizzazione mondiale della sanità, nello statuto del 1947, così definiva la salute: « La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto nell'assenza di malattia; il possesso del migliore stato che la salute è capace di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano ».

Ebbene, onorevoli colleghi, questo provvedimento, così come è scaturito dalla 11ª Commissione, a nostro parere, non risolve determinati problemi implicati dall'articolo 32 della Costituzione; non risolve il proble-

ma dell'assistenza a tutti i cittadini, non superando le restrizioni mentali che bloccano l'applicazione dell'articolo 32 della Costituzione, non essendo concepito in maniera tale da rispondere adeguatamente al concetto di salute, tale da riflettere il significato nuovo della medicina di oggi, che è essenzialmente medicina sociale; mantiene, invece, inalterato il sistema mutualistico con i suoi gravi inconvenienti di ordine finanziario e di dispersione delle stesse risorse economiche destinate alla salute pubblica, e spingerà verso il baratro della bancorotta; rinvia ad un lungo, lunghissimo tempo la funzione globale determinante per una riforma reale del fondo nazionale, travolgendo quindi ogni base per l'avvio al servizio sanitario nazionale; lascia i giovani medici nella indeterminatezza della loro scelta professionale; radicalizza la sfacciata posizione di monopolio e di sfruttamento dell'industria farmaceutica e continuerà la sopravvivenza della medicina quantitativa che realizzerà i suoi lauti e facili guadagni, senza rompere i vari anelli del circolo vizioso in cui è stretta la organizzazione sanitaria in Italia. Onorevoli colleghi della maggioranza, non veniteci a ripetere la vostra solita canzone: siete dei protestatari, non avete indicazioni di alternative, fate opposizioni di principio, eccetera.

Ci siamo sforzati alla Camera e ci sforziamo qui al Senato della Repubblica, attraverso i nostri interventi e gli emendamenti che presenteremo a questo disegno di legge, di riguadagnare il tempo perduto dalla Repubblica italiana nel campo della salute; tempo perduto da quando, nella ripresa democratica del nostro Paese, questa coscienza del concetto di sanità si è allargata sulla base popolare. Occorre una ben precisa volontà politica che tenga conto dell'apporto di idee da parte dei rappresentanti delle forze popolari, alle quali noi ci onoriamo di appartenere, e occorre, altresì fondare la riforma ospedaliera e sanitaria sul pilastro del servizio sanitario nazionale nel quadro di un sistema di sicurezza sociale. Questo pilastro deve essere basato su alcuni principi: sul principio della comprensività mediante il quale si deve tendere ad impedire ogni spequazione tra risorse disponibili e bisogni

da soddisfare; sul principio della universalità, per consentire a tutti i cittadini di essere soggetti del diritto all'assistenza; sul principio della uguaglianza, per consentire a tutti di beneficiare di uguali prestazioni; sul principio della solidarietà generale, che deve consentire di ripartire l'onere finanziario del sistema sull'intera collettività, in relazione alle capacità contributive di ogni cittadino; sul principio della solidarietà tra generazioni, che deve consentire di adottare quale sistema economico di gestione quello della ripartizione; sul principio dell'unità di gestione, per cui l'intera responsabilità della gestione deve gravare sullo Stato.

A questi principi ci atterremo noi del PSIUP, anche nel corso dell'esame degli articoli, proponendo, come dicevo prima, gli opportuni emendamenti che si collegano a questa impostazione. Dalla proposizione del servizio nazionale alla precisa formulazione dell'ente ospedaliero e dei suoi organi democratici di direzione, dalla precisazione del concetto di retta alla costituzione del fondo nazionale con l'utilizzazione di tutte le risorse disponibili, all'utilizzazione piena del personale medico, al rigido controllo delle case di cura private, tutto questo è il contributo che daremo nel corso della discussione che oggi si è iniziata al Senato.

Ho ricordato all'inizio il ritardo nell'applicazione concreta delle norme costituzionali e dell'articolo 32 in particolare ed ho cercato di individuarne alcune cause. Allora la domanda è questa: siamo nelle condizioni per un deciso balzo in avanti? Sì, onorevoli colleghi, siamo in queste condizioni: è questione di volontà politica ed il nostro apporto, quindi, alla Camera dei deputati ed al Senato su questo grande problema della riforma ospedaliera ci fa dire che è soltanto questione di volontà politica per arrivare in maniera decisiva oggi, alla fine della quarta legislatura, alla costituzione del servizio sanitario nazionale, come contributo che il Parlamento democraticamente dà alle attese di tutta la popolazione italiana. (*Applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

P R E S I D E N T E . E' iscritto a parlare il senatore Zonca. Ne ha facoltà.

Z O N C A . Signor Presidente, signor Ministro, signori colleghi senatori, nell'introdurre il mio discorso sulla legge ospedaliera, oggi finalmente al nostro esame in Aula, desidero innanzitutto rilevare l'impegno, la diligenza e l'acume con cui il relatore, il collega Samek Lodovici, ha prima elaborato e poi definitivamente esteso la sua pregevolissima relazione ad una legge difficile e di grande rilievo come questa, tenendo rispettosamente nel dovuto conto le osservazioni emerse dall'ampia discussione in Commissione, discussione e dibattito a cui hanno partecipato esponenti di tutte le parti politiche. Il mio intervento, che cercherò di contenere nei termini più brevi possibili, si limiterà a due o tre aspetti della legge « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera », numero 2275, legge di fondamentale importanza per l'ordinato sviluppo civile del Paese, che abbraccia ben 70 articoli, raggruppati sotto otto titoli. Più precisamente, mi permetterò di parlare: primo, sull'Ente ospedaliero; secondo, sull'autonomia dell'Ente ospedaliero; terzo, sopra la responsabilità dei medici ospedalieri e su alcuni aspetti dei concorsi ospedalieri.

Ente ospedaliero. L'accettazione degli ammalati negli ospedali fino ad oggi è regolata dalla legge del 1890, n. 6972, sulle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, dal regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2841, che ha integrato la legge del 1890, dal regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631. Con la legge del 1923 n. 2841 si attua una prima svolta, una prima timida svolta, nei rapporti fra ospedale e accettazione dei malati. Infatti, nella legge del 1890 il legislatore diceva con formula generica che l'ospedale « esercita la beneficenza verso coloro che vi hanno titolo », mentre nella legge del 1923 il legislatore statuisce, in forma più precisa, « l'obbligo di assistere e curare ». Nel primo caso (legge del 1890) l'ospedale, istituzione di beneficenza, agisce come opera pia, con fini caritativi, provvedendo all'assistenza del malato con le proprie entrate o rendite e con i contributi di diversa origine. Il malato, per essere ammesso, deve possedere i requisiti della povertà e della impossibilità di curarsi a domicilio e nei dispensari. È am-

messo il ricovero di urgenza condizionato e il ricovero a pagamento.

Nel secondo caso (legge del 1923) l'ospedale, istituzione di assistenza e beneficenza, agisce come strumento di pubblica assistenza, sulla base di un rapporto giuridico che si costituisce tra l'ospedale stesso e il comune di domicilio, di soccorso dell'infermo, sul quale gravano le spese di spedalità, o tra l'ospedale e l'ente mutualistico e assicurativo di diritto pubblico dal quale l'infermo risulta avere titolo di assistenza. Si passa così dalla configurazione dell'istituto pubblico di beneficenza all'istituzione pubblica di assistenza e beneficenza. Si tratta già di un grande progresso, anche se relativo, nel concetto di tutela della salute.

La legge cosiddetta Braschi del 26 aprile del 1954, n. 521, definendo le norme che regolano i rapporti tra le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli enti assicurativi di diritto pubblico, ha praticamente dato il via alla trasformazione dell'ospedale da opera pia in ente sanitario. Con la legge n. 2275 in discussione, si perfeziona questa trasformazione e l'istituzione di assistenza e beneficenza è trasformata in ente ospedaliero per eccellenza, attuando così il principio costituzionale dell'articolo 32 che tutti conosciamo. La trasformazione delle istituzioni di assistenza e beneficenza in enti ospedalieri ha un significato di fondamentale importanza, afferma un principio innovatore che dà una nuova configurazione a tutto il settore dell'assistenza ospedaliera. Infatti, la legge, con l'articolo 1, afferma « che l'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri ». Tutti i cittadini hanno il diritto ad essere curati in ospedale e questo diritto deve essere ben sottolineato. La legge dice ancora che gli « enti ospedalieri hanno l'obbligo di ricoverare, senza particolare convinzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure ospedaliere, siano o meno assistiti da enti mutualistici ed assicurativi o da altri enti pubblici e privati ».

Questa è la tesi di fondo, rinnovatrice di tutto il sistema ospedaliero nazionale.

Come ho già detto, con l'avvento degli enti previdenziali e mutualistici, e a mano a mano che questi enti allargavano la loro sfera di intervento, fino a coprire quasi il 90 per cento della popolazione del Paese, era venuta attuandosi una lenta, tacita trasformazione nei rapporti tra amministrazioni ospedaliere ed enti previdenziali: trasformazione di rapporti che erano in formale contrasto con le norme legislative vigenti, ma in sostanziale armonia con le trasformazioni sociali in atto.

La legge al nostro esame, n. 2275, ha interpretato questa situazione di fatto e l'ha codificata con norme di legge. E' pertanto una grande svolta storica di cui si deve prendere atto, di cui si deve dare un alto riconoscimento al Ministero della sanità e al suo Ministro, senatore Mariotti, svolta che noi approviamo pienamente.

Vorrei anche rilevare che, oltre all'evoluzione delle norme giuridiche tra gli anni '30 e gli anni '60, salvo la pausa della guerra, c'è stata, da parte delle istituzioni di assistenza e beneficenza e delle opere pie in genere, una vasta e attivissima iniziativa per il rinnovamento e l'attrezzatura degli ospedali e la creazione di nuovi ospedali e cliniche, secondo i criteri più moderni; più moderni fino ad un certo punto, perchè purtroppo, date le nostre norme legislative per la progettazione degli ospedali, che sono ferme al 1939, molti ospedali erano già vecchi quando venivano costruiti, nonostante che questi nuovi impulsi a più essenziali concezioni ospedaliere derivassero dall'esempio delle Nazioni europee di noi molto più progredite. Il quadro di queste attività è stato molto esteso nel nord del Paese, meno al Centro e quasi nullo al Sud, salvo qualche caso particolare e particolarmente benemerito; creando così, anche in questo settore, una grave sperequazione a cui la nuova legge, la nostra legge ospedaliera, nella cornice della programmazione, dovrebbe, con metodo e gradualità, porre un rimedio efficace e risolutivo.

Vorrei ancora accennare ad un motivo polemico — e scusatemi se lo faccio — che a lungo, forse troppo a lungo, è affiorato nei discorsi domenicali e rimbalzato nelle pole-

miche non sempre benevole dei diversi giornali: lo *slogan* della fine dell'epoca della carità negli ospedali e dell'inizio dell'epoca del diritto alla tutela della salute negli ospedali. Ingrata e miope polemica!

Non deve essere dimenticato da nessuno che dall'alto Medioevo alla rivoluzione francese gli unici istituti che hanno provveduto a creare infermerie, ospizi, ospedali per infermi ed ammalati poveri sono stati solo ed unicamente istituti religiosi, o direttamente la Chiesa.

In quello spazio di secoli i poveri costituivano almeno il 90 per cento della popolazione, non dimentichiamolo; a chi è facile ad una critica sufficiente o appena copertamente spregiativa, si deve ricordare che l'assistenza agli ammalati in quei secoli era data secondo le cognizioni scientifiche del tempo e con i soli ed unici mezzi che la carità privata metteva a disposizione degli enti di assistenza.

Col passare, non di stagioni, ma di alcuni secoli, la società si è trasformata nel costume ed ancora di più nella scienza ed oggi, parlando di ospedali, si deve dire che dalla fase puramente caritativa si è passati a quella dell'assistenza, che dal diritto del povero, già sacro, si è passati a quello del cittadino. Lo Stato, e prima ancora la Costituzione, si sono fatti garanti del diritto del cittadino alla tutela della propria salute.

La nuova legge ospedaliera. Questa legge segna una faticosa conquista della libera democrazia, segna uno spartiacque tra un passato che dobbiamo collocare nella sua giusta prospettiva di valori e di deficienze ed un futuro nuovo, già dinanzi a noi, che porta al cittadino una nuova coscienza del suo diritto, un nuovo riconoscimento della sua dignità e allo Stato la possibilità di statuire questo diritto e di perfezionarlo sui dati che emergeranno, a mano a mano, dall'esperienza, sempre però nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana.

Io vorrei augurarmi, per me e per il bene della società, che quello spirito di carità che ha ispirato i nostri maggiori nel creare gli ospedali del passato, più di mille, spirito di carità che vuole dire soprattutto amore per il fratello sofferente, non solo soprav-

viva, ma penetri nelle nuove strutture che noi stiamo creando perchè esso è l'unica forza valida che può dare una ispirazione autentica all'assistenza sanitaria.

Autonomia dell'ente ospedaliero. Dal primo abbozzo di legge di riforma ospedaliera all'attuale disegno di legge, attraverso una lunga elaborazione critica, si è pervenuti a considerare l'ente ospedaliero come ente autonomo. Nel piano della programmazione nazionale e regionale si afferma la norma degli ospedali autonomi locali, con una classificazione regionale, provinciale e zonale a seconda dell'importanza dell'ente. L'autonomia locale rispetta i principi del decentramento, di adesione alle caratteristiche sanitarie e socioeconomiche della comunità degli assistiti; l'autonomia giuridico-amministrativa dà all'ente la possibilità di rispondere, con adesioni pronte e rapide, alle esigenze immediate della comunità e di adeguarsi continuamente all'evolversi della scienza clinica.

La politica ispiratrice di un'amministrazione ospedaliera deve essere non statica e chiusa, ma dinamica e aperta. Una politica oculata e prudente, ma nel medesimo tempo molto sensibile alle esigenze della comunità sempre in movimento e in evoluzione. La legge attuale contempla tre organi amministrativi: il Consiglio di amministrazione, il Collegio dei revisori, il Consiglio di sanità.

Il Consiglio di amministrazione (articolo 9) non rappresenta una novità. Con denominazioni diverse esiste e funziona già presso tutte le istituzioni di assistenza e beneficenza e le opere pie propriamente dette, come è naturale del resto se un organismo com'è l'ospedale vuole correttamente operare e funzionare. L'aspetto nuovo, innovatore è costituito dal fatto che i membri del Consiglio di amministrazione sono di nomina elettiva e designati da vari enti amministrativi (regione, provincia, comune) con rappresentanze numeriche varianti a seconda del tipo di ospedale e integrate da due membri in rappresentanza degli originali interessi degli enti. Questa modalità di designazione dei membri del Consiglio di amministrazione rappresenta un metodo democratico che assicura una più larga rappresentanza dei di-

versi corpi intermedi della comunità. Al Presidente e ai membri del Consiglio è corrisposta un'indennità di funzione tenuto conto della classifica e dell'importanza dell'ente. Secondo il mio modesto modo di vedere e anche in base all'esperienza da me acquisita in questo campo, ritengo che sarebbe stato meglio conservare il servizio gratuito, volontaristico; però bisogna riconoscere che sia il presidente, sia alcuni membri del Consiglio, dei grandi ospedali specialmente, svolgono funzioni di grande rilievo che richiedono un impegno gravoso di energie e di tempo. A questi è giusto corrispondere un'indennità proporzionale che dovrebbe essere presso a poco proporzionata al valore delle indennità corrisposte all'amministratore della città in cui risiede l'ente. Sarebbe invece molto opportuno, più bello e più nobile che per i piccoli ospedali zionali il servizio dei consiglieri di amministrazione continuasse a essere prestato a titolo onorifico. Nella scelta dei rappresentanti del collegio degli amministratori si deve tener conto che l'ospedale è tipicamente azienda di produzione di servizi, per cui i membri del Consiglio di amministrazione devono essere qualificati alla funzione di amministratori. Perciò scelte oculate, responsabili e possibilmente al di fuori delle competizioni di parte.

Collegio dei revisori dei conti. Questa è un'altra innovazione che ritengo utile per i necessari controlli amministrativi correlati alla nuova funzione dell'ente ospedaliero; ente di diritto pubblico e perciò debitamente soggetto a controlli amministrativi di legge.

Consiglio dei sanitari. Questi Consigli esistono già, ma la legge di configura con maggiore precisione per la composizione dei membri, per la presidenza e per le loro funzioni. Il Consiglio dei sanitari, presieduto dal direttore sanitario o dal sovrintendente sanitario, ha e deve assumere compiti e funzioni di altissima importanza e responsabilità. L'ospedale non può essere considerato equiparato senz'altro, *tout court*, ad un'azienda industriale e commerciale anche se effettivamente è un'azienda, e i grandi complessi ospedalieri sono veramente una grande e complessa azienda che deve essere amministrata secondo le regole della più rigorosa

tecnica aziendale. Ma l'ospedale è soprattutto il centro della diagnosi e della terapia in cui gli ammalati cercano solo e soprattutto il recupero della salute e non il pareggio dei bilanci.

Si devono dare ai medici ospedalieri maggiori responsabilità nelle decisioni e nelle scelte fondamentali in materia di funzione e di struttura ospedaliera. Tutti devono obiettivamente riconoscere che solo i medici sono in grado di seguire il continuo e vastissimo progresso delle scienze mediche in tutti i settori, di alta specialità, che vanno moltiplicandosi sotto i nostri occhi di giorno in giorno; da queste conoscenze che provengono ormai da tutti i continenti, solo i medici possono dedurre nuovi indirizzi per le strutture e le attrezzature diagnostiche e terapeutiche altamente specializzate da introdurre nell'ospedale. Certamente, il Consiglio sanitario ha solo potere consultivo, ma sarebbe errore grave da parte della Presidenza del consiglio di amministrazione di non accogliere ed esaminare questi pareri e consigli, superando preoccupazioni di prestigio o di malintesa autonomia e mirando, invece, ad una sintesi collaborativa per non dimenticare mai che l'ospedale è soprattutto il centro della salute e della guarigione.

In più bisogna aggiungere che l'alto livello delle prestazioni ospedaliere, l'*optimum* non potrà essere raggiunto se alle attività diagnostiche e terapeutiche non sarà strettamente collegata una attività didattica e scientifica pure di altissimo livello. Qui si pone il problema dei rapporti tra ospedale e università.

Bisogna riconoscere — e me ne perdoni il signor Ministro — che nella legge si avverte ancora un certo *animus*, una certa preconcetta posizione antiuniversitaria, molto, molto sfumata rispetto al progetto originario, ma ancora sempre presente. A questo proposito basta ricordare il contrasto tra il contenuto del penultimo e ultimo comma dell'articolo 27, in cui si limita l'aumento dei posti-letto riservati alle cliniche universitarie al 15 per cento, e l'articolo 29 — piano regionale ospedaliero —, settimo comma, in

cui alle cliniche universitarie è concesso di trasformare e ammodernare costruzioni, purchè non comportino aumento di posti-letti.

Bisogna superare questa antitesi. Spetta all'università e, in modo speciale, alla facoltà di medicina di rinunciare almeno parzialmente alle cosiddette autonomie, oggi in parte anacronistiche e sicuramente controproducenti per le reazioni negative a catena che producono, e da parte degli ospedali di non dimenticare che la fonte del sapere precipua e fondamentale, se non proprio unica, è l'università. È necessario trovare anche qui una sintesi, per consentire i rapporti più stretti e aperti tra università e ospedale; il contrasto in se stesso e soprattutto l'*animus* antiuniversitario è deprecabile, in quanto pregiudica, anzi contrasta, il sorgere anche nel nostro Paese di quella collaborazione tra università e ospedale che nei Paesi più avanzati e progrediti è stato il fattore determinante dell'impulso alla ricerca scientifica e alla conquista di quei risultati stupefacenti che tutti noi conosciamo. Basta del resto guardare il panorama dei premi Nobel per la medicina, la biologia e la biochimica, per convincersi di questa asserzione.

In questa intesa cordiale tra università e ospedale risiede anche il fattore primario e determinante per la preparazione professionale generica e di alta specializzazione dei medici e di tutto il progresso globale dell'ospedale come unità e centro della salute, sia all'interno dell'ospedale, sia come proiezione fuori delle sue mura nell'ambito della società comunitaria che lo circonda.

Sui medici ospedalieri incombe oggi più di ieri una grande responsabilità.

In questi ultimi anni, con tutta una serie di provvedimenti legislativi, è stata resa possibile la sistemazione in organico di alcune centinaia di primari incaricati, di aiuti e di assistenti, con le dovute modalità ma con una larghezza di criteri veramente notevole. Con la legge 10 maggio 1964, n. 336, è stata stabilita la stabilità dei posti in organico del personale sanitario fino al sessantacin-

quesimo anno di età. Con decreti ministeriali gli onorari sono stati portati a livelli davvero rilevanti e resi pensionabili. In più, persiste il diritto a percepire il 69 per cento dei compensi fissi mutualistici e persiste ancora, in un piccolo limite, la possibilità di esercitare la libera professione.

Non valutiamo in questa sede se la stabilità del personale in organico fino a 65 anni abbia costituito un provvedimento buono o cattivo. In effetti, al personale sanitario ospedaliero è stato garantito lo stato giuridico e un trattamento economico particolare e rilevante. Veramente la classe medica sanitaria ospedaliera — possiamo affermarlo senza tema di smentita — può considerarsi oggi una classe privilegiata. *Noblesse oblige!* Ma allora perchè i recenti, ostinati scioperi che hanno turbato l'opinione pubblica? Io mi pongo sempre il quesito se i medici possano avere il diritto « morale » di ricorrere allo sciopero. Nessuno vuole contraddire la massima costituzionale che garantisce la libertà di sciopero; questo è un diritto fuori di ogni discussione. Mi chiedo però se la libera, responsabile coscienza dei medici possa esercitare questo diritto. È vero — e si deve riconoscerlo — che nel periodo di sciopero è sempre stato garantito il servizio di emergenza. È anche vero — e bisogna riconoscerlo — che quasi tutti i primari non hanno lasciato il loro posto e così moltissimi medici. Resta però il fatto che nel periodo di emergenza nessun medico, nessun primario, nessun luminare della scienza medica può diagnosticare con assoluta certezza quando il malato presenta il carattere d'urgenza; e se l'urgenza sfugge alla diagnosi, il rischio è la morte del paziente o la possibilità di un'ulteriore evoluzione del male che rende poi intempestivo e inutile un ulteriore intervento terapeutico. È questa una grave responsabilità morale a cui i medici non possono assolutamente sottrarsi.

Con una intesa tra la FIARO e gli Ordini dei medici si dovrebbe e si potrebbe cercare di creare dei corpi o commissioni intermedie paritetiche a livello provinciale o regionale e ministeriale a cui sottoporre l'esame delle questioni controverse. La classe dei sanitari ospedalieri dovrebbe essere la pri-

ma a dare una testimonianza di autocontrollo e a trasferire a queste commissioni le questioni controverse. L'azione di sciopero dovrebbe essere l'estrema *ratio* e dovrebbe essere esercitata quando il danno derivante al medico è almeno pari od uguale al danno derivante al malato. Noi oggi stiamo facendo una buona legge, pur con le sue mende, che produrrà nel tempo effetti sicuramente benefici per la società. Ma i risultati che noi attendiamo dalla legge saranno effettivi solo se ci sarà la cooperazione responsabile dei consigli d'amministrazione e dei consigli sanitari.

Ecco perchè dicevo poc'anzi che sui medici ospedalieri incombe oggi una grave responsabilità molto maggiore di prima. Se una divisione medico-chirurgica funzionerà alla perfezione — e ce ne sono già molte — o se non funzionerà, questo dipenderà in primo luogo dalla competenza tecnica, dalla buona volontà, dallo spirito di sacrificio e dalla passione missionaria del primario, poi dei medici e di tutto il corpo degli infermieri e del personale ausiliario. Permettetemi qui, dopo aver parlato dei medici, di dire una parola anche sugli infermieri e sul personale ausiliario. Io sento, a questo punto, l'obbligo e il dovere morale di ricordare l'opera degli infermieri ed infermiere e di tutto il personale ausiliario. Questa categoria degli infermieri e spesso dimenticata, è una categoria male remunerata e ciò spiega il perchè della loro fuga dagli ospedali. La loro funzione, altamente utile allo sviluppo della divisione alla cui funzione collaborano col medico, è spesso sottovalutata e frequentemente anche i medici dimenticano l'importanza dell'attività infermieristica, la grave responsabilità, la tensione emotiva, la fatica fisica legata all'incessante attività responsabile e scrupolosa dell'assistenza. Quando il medico lascia la divisione, restano le suore, le capo-sala, gli infermieri e su di loro grava tutto il compito di continuare l'assistenza al malato dettata dal primario.

Ricordiamo in quest'Aula questi umili collaboratori e collaboratrici del medico, e riconosciamo l'alto valore morale della loro opera umanitaria.

Debbo parlare anche — e poi ho finito — del Fondo nazionale ospedaliero che dovrebbe servire, secondo me, esclusivamente: primo, a dare i contributi per le attrezzature tecnico-sanitarie e quindi per l'adeguamento e il miglioramento degli stabili ospedalieri; secondo, per l'integrazione del pagamento degli assegni ai medici; terzo, per le esigenze funzionali di cui all'articolo 2. Il fondo nazionale ospedaliero non deve e non dovrà mai diventare un centro di potere; un proposito di tale natura — squisitamente politica — porterebbe a reazioni ferme e irriducibili e senza alternative. Da ultimo, l'articolo 43 che riguarda il punteggiaggio dei concorsi ospedalieri presso l'ospedale, che nonostante le discussioni e gli esami avvenuti in Commissione, cui io stesso ho partecipato, mi lascia perplesso; sarei del parere che a disposizione della Commissione esaminatrice dovrebbe essere riservato un riparto, 50 per cento ai titoli e 50 per cento alle prove di esame. Presenterò a questo proposito un emendamento che potrà essere o non essere accolto; così, all'articolo 70 delle norme transitorie, io ho già presentato un emendamento per avere la sicura garanzia, che, nelle more dell'attuazione della legge per i concorsi, già pubblicati e che si pubblicheranno, valgano le norme della legge 1938, n. 1631, e successive modificazioni.

Anche qui, per uno scrupolo di coscienza, mi perdoni il signor Ministro, io presenterò ancora quell'emendamento presentato in Commissione ed anche qui mi uniformerò a quello che sarà il giudizio della maggioranza.

Con questo io ho terminato il mio intervento. Torno a ripetere e ad affermare che questa legge ha veramente un alto valore sociale, porta un nuovo contributo allo sviluppo sanitario e medico della nostra società e ha tutti gli elementi per incidere profondamente in tutti i settori dell'attività ospedaliera. (*Applausi dal centro e dalla sinistra*).

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

PERRINO. Signor Presidente, signor Ministro, signori senatori, consentitemi una

osservazione preliminare. L'argomento che stiamo trattando è di palpitante attualità ed ha suscitato vivissime e giustificate attese in tutto il Paese; meriterebbe perciò maggiore attenzione ed interessamento da parte di tutti.

PRESIDENTE. Senatore Perrino, non continui su questo tono. Molte volte anche lei non è presente quando gli altri parlano.

PERRINO. Stavo dicendo che questo argomento di palpitante attualità...

PRESIDENTE. Se dei senatori non sono presenti è perchè hanno importanti impegni. Lei non parla soltanto al Ministro ed al Governo, ma parla al Senato ed al Paese.

PERRINO. Io prendo atto che molti colleghi sono assenti. Sto dicendo che un argomento di questo genere, per il quale da anni stiamo parlando, meriterebbe una maggiore attenzione da parte di tutti.

Il disegno di legge sottoposto all'esame del Senato dopo l'approvazione della Camera dei deputati, avente per oggetto gli enti ospedalieri e l'assistenza ospedaliera, vuole costituire il coacervo di lunghi ed approfonditi studi, dibattiti ed iniziative legislative, scaturiti dalla necessità di adeguare l'organizzazione e la legislazione ospedaliera italiana alle esigenze attuali della collettività nazionale.

Bisogna riconoscere che dal 1938, cioè quando fu emanato il decreto legge Patragnani, ad oggi molta acqua è passata sotto i ponti. Le esigenze sono enormemente cresciute ed indubbiamente il fenomeno mutualistico ha determinato un accostamento del cittadino all'ospedale, sicchè oggi l'ospedale non riesce a far fronte alle esigenze che salgono da tutte le parti.

Peraltro noi vediamo che, malgrado i continui sviluppi verificatisi in questi ultimi anni, in alcune regioni c'è sempre il solito intasamento all'interno degli ospedali e vediamo che gli ammalati sono ricoverati nei corri-

doi. Assistiamo al fatto che oggi si ricoverano anche, ed è bene che sia così, i parti fisiologici; ciò è un progresso igienico e sanitario molto importante. Questi sono tutti elementi che conferiscono carattere di urgenza a questa riforma, per cercare di migliorare, sul piano quantitativo e su quello qualitativo ed organizzativo tutto il sistema ospedaliero italiano nel suo insieme.

Ma devo ricordare che questo disegno di legge che stiamo esaminando affonda le radici — l'ho detto in altra occasione — nel 1958, quando fu istituito il Ministero della sanità, che doveva dare un rinnovato impulso — accentuato indubbiamente in questi ultimi anni — ai problemi relativi alla vita sanitaria del Paese.

Vorrei ricordare anche che fin dal 1961 il Ministro della sanità *pro tempore*, senatore Giardina, ebbe a presentare un disegno di legge di riforma ospedaliera che fu frutto dello studio di una Commissione composta, della quale, per memoria, ricordo che facevano parte i professori Cassano, Villa e Dogliotti; e questo schema di riforma si arenò dinanzi al problema della stabilità dei medici, problema che allora non sembrava ancora maturo. Il disegno di legge fu ripreso succes-

sivamente dal ministro Jervolino nel maggio del 1962 e devo ricordare, sempre per memoria, che fu approvato dalla Camera e soltanto la fine della legislatura impedì l'approvazione da parte del Senato. Successivamente, nel giugno del 1966, è venuto il nuovo disegno di legge di ispirazione del Ministro della sanità. Questo lo dico perchè mi pare che sia giusto; *unicuique suum*.

Ora, gli obiettivi da perseguire possono così riassumersi: raggiungimento e mantenimento di una struttura ospedaliera pubblica quantitativamente e qualitativamente sufficiente, evitandosi le attuali carenze; armonizzazione territoriale delle strutturazioni stesse attraverso una graduale espansione ed un inquadramento nell'ambito di appositi piani regionali e del piano nazionale, nonchè nel quadro generale dell'organizzazione sanitaria della Nazione; assicurazione delle disponibilità degli ospedali al ricovero e alle cure dei cittadini che ne abbiano necessità, indipendentemente dalle condizioni economiche individuali; assicurazione dell'autonomia funzionalità degli enti ed istituti ospedalieri, sotto gli aspetti fondamentali economico, finanziario, giuridico, amministrativo, tecnico, sanitario ed organizzativo.

Presidenza del Vice Presidente CHABOD

(Segue P E R R I N O). Infine, formulazione di una legge quadro che assicuri, attraverso l'enunciazione dei principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, un ordinamento uniforme, istituzionale, amministrativo, tecnico e sanitario idoneo al raggiungimento degli obiettivi sopra indicati, nel rispetto del principio dell'autonomia locale e dei poteri legislativi e amministrativi riservati alle regioni dagli articoli 117 e 118 della Costituzione.

Si tratta ora di constatare se il disegno di legge all'esame del Senato risponde in tutto o in parte agli obiettivi prefissati e se e quali perfezionamenti si presentano consi-

gliabili in questa sede o in un futuro non lontano, al fine del raggiungimento di tale rispondenza. Deve riconoscersi che il disegno di legge, con le notevoli modificazioni portate dall'altro ramo del Parlamento, risolve positivamente molti dei problemi connessi e conseguenti agli obiettivi tracciati. Certamente, non tutte le perplessità possono ritenersi decadute e neppure talune di queste potranno cessare nell'evolversi temporale legislativo e regolamentare, in sede nazionale e regionale. Altre meriterebbero di essere più approfondite e avviate a soluzione in questa sede.

Una perplessità pregiudiziale che non ha mancato di porsi nell'altro ramo del Parlamento può così sintetizzarsi: il disegno di legge in esame costituisce veramente una legge-quadro contenente soltanto i principi fondamentali ai quali le regioni dovranno ispirare le loro attività legislative, in materia ospedaliera, in conformità dell'articolo 117 della Costituzione? In altri termini, si presenta il pericolo, già segnalato dalla Commissione di studio per l'attuazione delle regioni a statuto ordinario, che lo Stato, attraverso una legislazione analitica, vada oltre la formulazione dei principi fondamentali, incorrendo in una violazione costituzionale e quindi creando i presupposti di particolari, futuri conflitti dinanzi alla Corte costituzionale.

Il desiderio di realizzare una totale pianificazione dell'ordinamento ospedaliero in tutta la Nazione difficilmente può conciliarsi con la ripartizione dei poteri legislativi tra Stato e Regione, quale emerge dalla Costituzione.

Altro aspetto di fondamentale importanza che va risolto con adeguato provvedimento legislativo — se fosse possibile —, concomitante, è quello dell'attribuzione certa agli ospedali dei mezzi economico-finanziari necessari al regolare svolgimento della loro gestione ordinaria. È questa un'esigenza primaria, strettamente legata alla funzionalità degli enti e istituti ospedalieri. Non soddisfare tale esigenza significherebbe compromettere gli stessi risultati pratici che la riforma ospedaliera si propone, nonchè perpetuare il grave disagio e i pregiudizievoli conflitti che hanno caratterizzato e caratterizzano tuttora la funzionalità dei pubblici ospedali; disagio e conflitti che, a ben guardare, costituiscono e costituiranno i principali motivi della cosiddetta crisi ospedaliera.

Se può affermarsi che con le disposizioni contenute nell'articolo 32 si è assicurato agli enti ospedalieri, attraverso le rette di degenza, la copertura economica delle spese di gestione (comprendendo giustamente tra queste, entro limiti razionali, gli ammortamenti, i rinnovi e gli ammodernamenti delle attrezzature), non si può, d'altro canto, ritenere

che altrettanto si sia assicurato circa la corrispondente copertura finanziaria, consistente praticamente nella tempestiva realizzazione delle rette.

Come si è accennato, la mancata soluzione di questo problema rischia di perpetuare l'attuale situazione di grave disagio degli enti ospedalieri e di conflitto con gli enti debitori. Mentre obbliga i primi a ricorrere al credito bancario e all'assunzione di oneri notevoli per gli interessi passivi, i quali in definitiva, gravando sui costi e quindi sulle rette, si ripercuotono a carico dei secondi. Premesso che la possibilità di delegare le rette fino al ventesimo del loro ammontare per l'accensione di mutui si renderà operante soltanto quando si tratterà di finanziare le opere di cui all'articolo 34, e cioè quelle relative alla costruzione di nuovi ospedali ed all'ampliamento, trasformazione ed ammodernamento di quelli esistenti (provvidenza che non risolve il problema dell'acquisizione agli ospedali di un congruo capitale circolante), appare evidente che la esigenza della tempestiva realizzazione delle rette, esigenza essenziale connessa alla funzionalità degli enti ospedalieri, è legata ed è subordinata alla correntezza e alla solvibilità degli enti debitori. È stato osservato che ciò è legato alla cosiddetta riforma previdenziale o a quella più radicale della sostituzione dell'attuale sistema con quello della sicurezza sociale, previsto dal capitolo settimo del piano quinquennale di sviluppo; riforme che, quindi, si presenterebbero pregiudiziali a quella ospedaliera. Ma essendo esclusa, almeno per ora, l'attualità politica di una tale subordinazione, si impone l'adozione di idonei provvedimenti sostitutivi, atti ad assicurare il soddisfacimento di quelle esigenze primordiali degli ospedali che, per effetto del rinvio della riforma previdenziale e della istituzione di un sistema di sicurezza sociale, risultano in definitiva insoddisfatte.

Ora, se è vero che con la legge in discussione si vuole far sì che gli enti ospedalieri rappresentino gli organi attraverso i quali vengono adempiuti i fini costituzionali del diritto dei cittadini alla tutela della loro salute (nell'ampio orizzonte dei quali l'attività ospedaliera pubblica s'inquadra, rappresen-

tandone il fulcro organizzativo e strumentale), è altrettanto vero che allo Stato e alle regioni, cui è demandata la responsabilità politica dell'attuazione costituzionale — attraverso le rispettive legislazioni — spetta il dovere di garantire agli enti ospedalieri il regolare afflusso della linfa vitale costituita dai mezzi finanziari ordinari, senza di che l'efficienza funzionale degli enti stessi non potrà mai corrispondere alle giuste aspettative della collettività; aspettative, peraltro, suscitate ed esasperate dal tambureggiamento che si è fatto intorno alla riforma in questione. Lo stesso relatore dell'altro ramo del Parlamento, onorevole Lattanzio, ha affermato che « è stata rilevata la necessità di prevedere la istituzione di un fondo di anticipazione che, attraverso le regioni o lo Stato, potesse assicurare agli enti ospedalieri la riscossione dei crediti per ospedalità. E non vi è dubbio che, potendosi disporre di un idoneo fondo di dotazione, si alleggerirebbe non di poco la vita amministrativa di molti ospedali e le stesse ansie di chi è chiamato a presiedere a tale attività ».

Il nostro relatore, senatore Samek, così si esprime: « Sarebbe auspicabile che il fondo nazionale ospedaliero, adeguatamente impiegato, potesse operare nello spirito delle leggi Braschi del 26 aprile 1954 e del 30 gennaio 1963, anche come fondo di anticipazione rete ». Perchè gli stessi motivi che hanno provocato l'istituzione del servizio delle anticipazioni statali delle ospedalità a carico dei comuni si verificano, moltiplicandosi, per le ospedalità a carico di istituti mutualistici e assicurativi di diritto pubblico.

Va notato anche, su questo argomento, che l'entità del fondo di anticipazioni è in funzione della rapidità con la quale si intende procedere al recupero a carico degli enti debitori e che a tale fine sembra potersi escludere, come è avvenuto nei riguardi dei comuni, che il recupero avvenga a distanza di un anno e più. È ovvio che, trattandosi di semplici anticipazioni, il fondo in parola costituirebbe per i bilanci dello Stato (e delle regioni) una semplice partita di giro.

Ebbene, la soluzione, come sopra indicata e meglio precisata da motivate proposte, non

può essere lasciata cadere o rinviata a tempo indeterminato, perchè essa rappresenta il minimo che il legislatore può e deve fare perchè gli enti ospedalieri siano effettivamente in grado di fronteggiare gli obblighi che la legge ad essi impone. Concludendo su questo aspetto, i motivi che inducono a non includere nella legge in esame disposizioni adeguate non dovrebbero impedire al legislatore di provvedere, in concomitanza, con separati provvedimenti legislativi da adottarsi a termine abbreviato.

Queste considerazioni, onorevoli colleghi, potrebbero apparire superate dal recente decreto-legge — che convertiremo nei prossimi giorni — che prevede il ripiano delle passività degli enti mutualistici al 31 dicembre 1967. Si tratta, difatti, di un generoso e massiccio intervento dello Stato per totali 476 miliardi circa, in tre annualità. Riteniamo però che, mentre con tale intervento si tappa una grossa falla, contemporaneamente se ne apre un'altra per il 1968 e successivi, visto che nessun provvedimento si adotta per il contenimento della spesa che si lascia andare a briglie sciolte con uno sperpero indicibile che qualifica gli italiani come i cittadini più malati del mondo — malati immaginari, s'intende! — e come divoratori di medicinali.

Risulta che il decreto-legge richiamato, nel testo originario prevedeva determinate, serie remore che però sono cadute nel testo approvato dal Consiglio dei Ministri. Bisogna tornare su tali remore nel prossimo tempo, con coraggio; non è possibile andare avanti con questo andazzo che squalifica il nostro Paese e che non dà certo tono di serietà alla nostra assistenza sanitaria.

Per queste ragioni, riteniamo che negli anni prossimi la nuova falla si sarà allargata a dimensioni impressionanti che riproporranno la crisi degli ospedali; pertanto, la nostra tesi del fondo di anticipazioni rimane valida.

Comunque, aggiungo che nel 1968 la retta ospedaliera subirà una nuova lievitazione di circa il 10 per cento, in conseguenza degli accordi raggiunti in questi giorni tra la FIA-RO e i sindacati del personale non medi-

co, accordi che sono la logica conseguenza del trattamento economico fatto ai medici dalla circolare 184.

Ho detto che la riforma ha molti aspetti di positività e chiarisco: innanzitutto, vanno fugate le preoccupazioni che la riforma significa il pratico avvio alla cosiddetta « medicina di Stato ».

Dalla destra, in mancanza di elementi probanti per sostenere questa tesi, si tende in effetti a fare un processo alle intenzioni; dalla sinistra si esprime al contrario l'accusa che siamo lontani dalla nazionalizzazione. La realtà è che gli ospedali conservano ed anzi accentuano la loro autonomia che è ampia e conforme alle nostre tradizioni democratiche e pluralistiche del potere, come bene dice il relatore, ed è corretta da importanti apporti tecnici, tali da garantire un indirizzo unitario al loro compito insostituibile e ammodernato. Ma lo aspetto di gran lunga più importante e vorrei dire più qualificante, che caratterizza questo disegno di legge, è quello che tende a definire l'ospedale come « centro della salute ». Dal concetto di « opera pia » del lontano 1890 passiamo ora all'ente ospedaliero, ossia all'ente pubblico che istituzionalmente provvede al ricovero e alla cura degli infermi lasciando cadere le frange di attività che non riguardano direttamente tali compiti e che perciò verranno scorporate. Questo concetto è il filo conduttore della legge che viene al nostro esame.

Ma ho detto che con questa nuova legge all'ospedale viene affidato un compito che per noi italiani è nuovo, mentre in molti Stati esteri, soprattutto negli Stati Uniti d'America, in Canada e negli Stati scandinavi — mi risulta per conoscenza diretta che ho potuto acquisire in questi anni — questo concetto dell'ospedale polivalente è già in atto da tempo. Siamo abituati a considerare lo ospedale come il luogo dove si curano le malattie: una funzione di carattere monovalente, cioè curativa, o terapeutica, o ippocratica. Ora, la nuova legge allarga gli orizzonti conferendo all'ospedale almeno cinque funzioni. A questo punto voglio spezzare una lancia nei confronti di un grande igienista

italiano che ho ricordato altra volta, il professor Di Vestea, il quale all'inizio del secolo ebbe a definire i compiti che l'ospedale del futuro avrebbe avuto: di medicina preventiva, di medicina curativa, di medicina riabilitativa, funzioni didattico-scientifiche ed educative. Come ho già detto, altri Stati sono arrivati a questo traguardo prima di noi.

La prima di queste funzioni è la funzione preventiva. Voi sapete che la medicina moderna e la medicina del futuro sono orientate in senso preventivo e mai come oggi ricorre quella massima della scuola medica salernitana — fiorita nell'alto medioevo — che diceva: prevenire è meglio che curare. I successi che la medicina ha conseguito in questi 20-30 anni sono i successi derivanti dall'azione della medicina preventiva ed evidentemente su questa strada bisogna continuare per il futuro con la maggiore intensità e nel modo migliore possibile. Vi sono poi le funzioni di medicina curativa e di medicina riabilitativa. Ora, proprio alcuni mesi fa — guardate il caso — abbiamo approvato la legge sugli invalidi civili che è veramente innovatrice nel nostro Paese. Di questa categoria infatti non si è occupato mai nessuno: erano dei derelitti che andavano alla deriva in attesa di affondare. È stata la sensibilità del Governo che ha voluto una legge che stabilisce che lo Stato assume a suo totale carico il ricovero dei fanciulli fino all'età di 15 anni, invalidi civili motulesi o neurolesi per procedere al loro recupero. Successivamente è previsto anche il ricovero per la qualificazione professionale; c'è la tutela, nel limite del possibile, per assicurare un posto di lavoro e, solo nei casi di incollocabilità, subentra l'assegno vitalizio che per ora, inizialmente, è fissato in 8000 lire, cifra indubbiamente irrisoria che negli anni futuri dovrà essere aumentata.

Così attraverso la nuova legge sugli invalidi civili un nuovo campo di attività si schiude agli ospedali, quando potranno aprire centri di riabilitazione per gli invalidi civili motulesi e neurolesi.

Vi è inoltre la funzione didattica e la funzione scientifica di cui agli articoli 45 e 48; gli stessi cattedratici che sono in mezzo a

noi possono riconoscere i rilievi che sono stati fatti per quanto riguarda i medici che, appena laureati, si buttano a capofitto nella attività professionale attraverso gli enti mutualistici. I cattedratici hanno sempre riconosciuto che si esce dall'università con una gran bella preparazione teorica ma per quanto riguarda la preparazione pratica si pone un interrogativo almeno per la maggioranza dei casi.

Ecco che la legge ripropone un tema che è di vecchia data e che solo oggi viene ad attuarsi completamente: il medico deve fare il suo internato post-universitario, sarà pagato in una modesta proporzione e soltanto dopo potrà tuffarsi nell'agone della libera attività professionale.

Vi è anche una funzione di ricerca scientifica, problema che è stato più volte sollevato in quest'Aula; il nostro collega illustre, senatore Monaldi, tante volte ha spezzato lance a tale proposito. La ricerca scientifica può farsi anche attraverso gli ospedali, per lo meno in quelli di più alta qualificazione.

Vi è poi una funzione educativa, signor Ministro. Il malato che sta in ospedale è fatto di una materia particolarmente duttile e malleabile; chi è in preda alla sofferenza, chi vede in pericolo la sua esistenza è sempre un ammalato da curare in modo particolare. L'azione educativa mai come in questo caso riesce efficace, e quando dico funzione educativa, mi riferisco soprattutto all'educazione sanitaria.

L'altro giorno, intervenendo sul bilancio della Sanità, ancora una volta, prendendo atto della creazione di una apposita divisione dell'educazione sanitaria, ho spezzato una lancia affinché il problema dell'educazione sanitaria venga affrontato e risolto attraverso l'attività dei sanitari, della scuola, degli ospedali e soprattutto con il concorso della RAI-TV, che deve aprire le porte a periodiche trasmissioni al riguardo. Osservavo in quell'occasione che a noi interessa e fa piacere sapere come si cucinino la « fonduta » o i datteri di mare e che si scomodino artisti per spiegarci queste cose. Non dimentichiamo però la funzione precipua che la RAI-TV deve svolgere. Sappiamo, signor Ministro,

che lei è intervenuto più volte, ma non è stato fortunato. Le rinnovo la preghiera — e credo di interpretare il pensiero unanime del Senato — che si aprano le porte a queste azioni di propaganda sull'educazione sanitaria e sulla medicina preventiva che sono due termini inscindibili; solo così potremo creare quella coscienza sanitaria che è indispensabile nel nostro Paese.

Il concetto della polivalenza delle funzioni dell'ospedale è sintetizzato nel quarto comma dell'articolo 2, che rappresenta un altro filo conduttore della legge per quanto concerne la funzione degli ospedali, quando dice che « gli ospedali possono istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro, centri per il recupero funzionale, e compiere ricerche e indagini scientifiche e medico-sociali ». Questo, a mio avviso, è l'articolo più importante insieme a quello sulla funzione degli ospedali.

Giustamente il relatore Lattanzio così commenta: « È proprio nell'ospedale che tale concezione unitaria può concretizzarsi in quanto è qui che la prestazione medica, sia pure differenziata per disciplina e specialità, abbraccia e sintetizza possibilità diverse d'intervento sia nel campo della prevenzione, sia nella diagnosi, cura e riabilitazione. Inoltre è l'ospedale che può rappresentare, per i contatti che realizza col mondo esterno, lo strumento migliore per la promozione sanitaria delle popolazioni da esso servite ».

Ora, fatta questa precisazione, devo trattare un altro argomento, anche se esso verrà posto all'attenzione del Senato in un momento che non sarà questo di fine legislatura. L'argomento è quello dell'unità sanitaria locale. Ne devo parlare perchè vi è un nesso logico tra l'unità sanitaria locale o unità di base, che dovrebbe in prosieguo istituirsi, e la vita e la strutturazione ospedaliera.

Qualche anno fa il Ministro ebbe a nominare una Commissione consultiva generale per lo studio dell'unità sanitaria locale. La Commissione ha finito i suoi lavori. Il problema dell'inserimento dell'unità sanitaria

locale nell'ordinamento giuridico-amministrativo nazionale si articola in diversi ordini di ricerche: dimensioni territoriali dell'unità sanitaria locale (da 15-20 mila abitanti a 100 mila); struttura tecnica della unità sanitaria in relazione ai suoi compiti; configurazione giuridica (non è detto nella relazione se l'unità sanitaria locale sarà autonoma o sarà agganciata al comune o alla provincia o se sarà agganciata all'ospedale, come potrebbe auspicarsi); composizione degli organi di gestione e loro controllo; rapporti unità sanitaria-ospedale; finanziamento dell'unità sanitaria.

Però quando passiamo ad esaminare, attraverso questo studio, la struttura tecnica dell'unità sanitaria locale rileviamo che si intende conferire all'unità sanitaria di base queste funzioni: assistenza medica preventiva (medico-scolastica, medicina del lavoro); assistenza medica curativa (ambulatoriale o domiciliare); vigilanza sulle malattie infettive; riabilitazione e recupero. Ebbene, non vi pare che queste funzioni che si vogliono attribuire all'unità sanitaria locale siano in tutto e per tutto corrispondenti a quelle che la nostra legge vuole conferire agli ospedali? E allora che figura assumeranno queste unità sanitarie locali? Saranno degli ospedali di più ridotte dimensioni? Qui sorge un problema che è veramente sconcertante.

Per quanto riguarda poi il costo dell'unità sanitaria locale, ho esaminato attentamente lo studio e ho fatto un paragone. Poichè il piano dice quanto personale dei vari ordini e gradi deve esserci per ogni unità e prevede anche il trattamento economico, da un conto sommario ho potuto rilevare che per una città come Brindisi, per esempio, cioè una città di 70 mila abitanti che oggi per tutta la gamma dei servizi sanitari (da quello medico a quello veterinario), ha 50 dipendenti e spende 1200 milioni all'anno, nel momento in cui verranno applicate le tabelle relative all'unità sanitaria locale passerà da 50 a 100 unità e la spesa passerà da 120 a 230-240 miliardi. Preoccupiamoci di questa situazione che viene a delinearsi.

Lei, onorevole Ministro, all'inizio della riforma ha sostenuto una tesi che personal-

mente ho condiviso *toto corde*: quella della soppressione dei poliambulatori mutualistici, poichè riteneva che tutto doveva essere incentrato nell'ospedale. Mi pare che si andava verso la formula: tutto nell'ospedale, niente fuori dell'ospedale.

Ebbene, di fronte a questa impostazione originaria noi ci troviamo al cospetto di un autentico capovolgimento. Era giusto che noi concentrassimo in un unico ente le varie attività poliambulatoriali, evitando di disperdere in tanti rivoli e rivoletti i pochi mezzi finanziari di cui disponiamo. Abbiamo parlato di unificazione, e qual è la conclusione? È che noi, dalla unificazione, passiamo al concetto opposto, cioè a quello di uno stesso servizio realizzato da tre enti. L'ospedale deve adempiere ai compiti fissati dall'articolo 2, comma quarto; gli enti mutualistici, unificazione o no, non si disfaranno della vasta e capillare rete poliambulatoriale che hanno creato; adesso creiamo anche i poliambulatori della unità sanitaria locale, così ne avremo tre invece che uno. Siamo partiti dalla teoria di unificare e arriviamo alla teoria opposta della dispersione.

Ecco perchè io devo dire che questa tesi della unità sanitaria locale al momento opportuno dovrà essere riveduta...

MARIOTTI, *Ministro della sanità.*
Aspettiamo la legge...

PERRINO. Ho detto altra volta che negli Stati che in questo campo ci hanno preceduto — l'America, la Scandinavia — è impressionante vedere il lavoro ambulatoriale svolto dagli ospedali. Parlo dell'ospedale di Nôtre Dame di Montreal e del Presbyterian Hospital di New York e del Karolinska Hospital di Stoccolma.

Conosco le cifre imponenti delle visite, dei controlli eseguiti attraverso gli ambulatori dell'ospedale. Questa è unificazione. Quando si dice che nel quinquennio dovremo costituire 1300 unità sanitarie locali, che importano uno sforzo economico e finanziario veramente imponente, io ritengo che il problema meriti di essere seriamente approfondito. Infatti faccio queste constatazioni: noi abbiamo oggi in Italia 1250 ospedali, distribuiti nelle diverse zone con diverso ad-

densamento, e diamo atto che in materia si sta facendo e si è fatto molto: con la legge Tupini del 1947, n. 589, modificata in meglio recentemente dalla 574, si stanno spendendo — indipendentemente da quello che ha fatto la Cassa per il Mezzogiorno — 65 miliardi all'anno per l'ampliamento o la costruzione di nuovi ospedali. Ma se l'ospedale deve essere il centro della salute e deve adempiere a quelle funzioni non più monovalenti, ma polivalenti, credo che occorra considerare l'opportunità di dotare il nostro Paese di una rete ospedaliera più capace ed efficiente. Faccio questa constatazione: Paesi che hanno la stessa popolazione dell'Italia (mi riferisco alla Germania federale, all'Inghilterra, alla Francia) hanno una rete ospedaliera di circa 3000 ospedali; noi ne abbiamo 1250. È chiaro che se noi facessimo una politica rivolta alla creazione di un altro migliaio di ospedali — circoscrizionali o zonal — corredati di buoni ambulatori, noi potremmo veramente arrivare al concentrazione dell'attività ambulatoriale, attraverso una migliore distribuzione degli ospedali. Infatti, come ho detto, il piano prevede la costruzione di 207.000 posti-letto, di cui 82.000 nel quinquennio; e qui è da rilevare che siamo effettivamente sulla buona strada. Non posso non sottolineare che la legge rispetta le case di cura private, rispetta gli istituti religiosi i quali, nel tempo, attraverso i secoli, hanno svolto opera meritoria che non sarà mai dimenticata. Quando lo Stato, il vecchio Stato, faceva nei confronti dei problemi dell'assistenza la parte di Ponzio Pilato, cioè se ne lavava le mani perchè riteneva che l'assistenza fosse compito dell'iniziativa privata, soltanto gli enti religiosi hanno curato questo settore con i mezzi di cui disponevano e con la alacrità che era loro caratteristica. Non sto a censire quanti sono gli ospedali di istituti religiosi. Vi dico solo che nella Germania federale su tremila ospedali ve ne sono mille affiliati al « Charitas Institut ».

Comunque la legge rispetta — e naturalmente lo Stato non è che si disinteressa di questi istituti privati e religiosi che vanno assoggettati ad una certa disciplina e vigilanza che deve essere esercitata dal Ministe-

ro della sanità attraverso il medico provinciale — rispetta gli ospedali degli enti mutualistici. Anche questo è stato un ragionevole compromesso che si è raggiunto, ma ciò non toglie che nel futuro la questione, almeno nei confronti degli enti mutualistici, possa essere rivista nel quadro della riforma previdenziale.

Ora c'è la questione del fondo ospedaliero, che rappresenta anch'essa un aspetto positivo. Come risulta all'articolo 33 del disegno di legge, per la prima volta la nostra legislazione istituisce presso il Ministero della sanità un fondo ospedaliero, che per il 1967 ha una dotazione di 10 miliardi, che però è destinato a contributi e sussidi per le attrezzature degli ospedali ed a pagare in parte (fino al 65 per cento) le spese per i neo-laureati che fanno l'internato presso gli ospedali.

È evidente che, man mano che nel futuro sarà possibile incrementare questo fondo, sarà contemporaneamente possibile enucleare dalla retta tutte quelle spese che non sono direttamente afferenti alla cura del malato.

Voi conoscete le critiche che sollevano non solo gli enti mutualistici ma anche i comuni, perchè gli ospedali sono costretti ad aggiungere alle rette le quote di ammortamento di mutui, eccetera.

Questa del fondo ospedaliero è una delle più felici iniziative. Ripeto, siamo nella fase iniziale e 10 miliardi possono essere pochi, ma è da ritenere che negli anni futuri questo fondo potrà essere aumentato e, quindi, potrà alleggerire indirettamente la retta ospedaliera. Però, signor Ministro, consenta che io torni a spezzare una lancia — anche se serve poco o niente perchè lei si è dimostrato contrario — perchè a questo fondo ospedaliero possano attingere anche le scuole professionali parasanitarie, che sono presso gli ospedali.

Oggi c'è carenza di personale qualificato. Molti ospedali hanno scuole per infermieri generici, per infermiere professionali, per assistenti sanitari e per caposala, per tecnici di radiologia, per tecnici di laboratorio, fisioterapisti, eccetera. Le spese relative gravano sugli ospedali e quindi sulle rette. Lo

Stato si limita ad elargire a queste scuole un decreto congiunto di autorizzazione che porta la firma del Ministro della sanità e del Ministro della pubblica istruzione. Abbiamo creato una infinità di scuole per la preparazione professionale, alcune delle quali si sono chiuse, specialmente gli istituti professionali di Stato, perchè i ragazzi diplomati non hanno trovato possibilità di occupazione.

In questo settore sanitario invece c'è una capacità di assorbimento che io calcolo fino ai 60-70 mila posti perchè oggi c'è già una carenza di personale qualificato di 15-20 mila unità. Se poi arriveremo a costruire gli 82 mila posti-letto nel quinquennio — e quindi successivamente fino ai 207 mila posti — noi ci troveremo di fronte veramente a una grave carenza di questo personale che è la chiave di volta dell'ospedale, perchè è il primo e più prezioso collaboratore del medico. A me pareva logico che, essendoci questo fondo, che, ripeto, è destinato ad essere incrementato, esso, oltre a provvedere alle attrezzature, potesse provvedere anche ad elargire contributi per queste scuole. Lei mi ha rassicurato che nell'apposito capitolo di bilancio del Ministero della sanità ci sono dei residui. Però intendevo suggerire un provvedimento a carattere permanente, e non già lasciare le cose alle possibilità o meno dell'apposito capitolo di bilancio del Ministero della sanità. Comunque, lei ha espresso parere contrario e non insisto.

Altro aspetto positivo è stato quello della classificazione degli ospedali. Mi pare che sia più razionale l'attuale denominazione di ospedale zonale (articolo 21), di ospedale provinciale (articolo 22) e di ospedale regionale (articolo 23), intendendo che l'ospedale regionale deve avere caratteristiche di alta specializzazione. E mi pare che il criterio adottato sia quanto mai opportuno.

In questi giorni, signor Ministro, anzi oggi proprio, la stampa annuncia un ennesimo sciopero dei medici ospedalieri secondari, cioè aiuti ed assistenti. Mi pare che questa legge torni a vantaggio — e che vantaggio! — dei medici ospedalieri. La famosa circolare n. 184 che lei volle nell'ottobre del 1966 ha dato i suoi frutti, ha dato ai medici

uno stipendio pensionabile di notevole livello anche se ha scatenato, come era logico, analoghe aspettative da parte dei medici del pubblico impiego

Sono infatti in agitazione i medici dell'INAIL, sono in agitazione i medici dell'INPS, sono in agitazione i medici dei consorzi provinciali antitubercolari, sono in agitazione tutti i medici perchè vogliono lo stesso trattamento economico dato ai medici ospedalieri. E mi piace che sia stato un medico, l'onorevole Zonca, a dire che il medico ospedaliero italiano è il medico meglio pagato d'Europa; perchè quando parliamo dei medici ospedalieri dobbiamo tenere conto di quello che si riceve su una mano ma anche di quello che si riceve sull'altra mano, poi dobbiamo sommare i pesi delle due mani.

Ora, lo stipendio è stato portato a un livello ultradecoroso.

S E L L I T T I . Discreto, non ultradecoroso.

P E R R I N O . È stato portato, mi lasci dire, senatore Sellitti, a un buon livello, lontanissimo da quello del pubblico impiego. Il Ministero della sanità sta perdendo uno ad uno i suoi funzionari che vogliono andare negli ospedali dove sono meglio trattati; diciamolo chiaramente.

Ora, su una mano c'è lo stipendio che il ministro Mariotti, con la circolare n. 184, ha assicurato. Sull'altra mano c'è il 71 per cento dei compensi mutualistici, il compenso dei paganti in proprio (tutti gli ospedali che si rispettino hanno dei reperti per i paganti in proprio), ci sono le visite ambulatoriali e c'è poi a parte, ma non la consideriamo, la professione libera; per cui, sommando i pesi messi su una mano e sull'altra, si arriva a cifre che suscitano l'appetito dei medici esteri. Io dicevo l'altro giorno, signor Ministro — e mi sono formato questa opinione nei Paesi della Comunità europea — che nel momento in cui si arriverà alla libera circolazione della professione medica non è escluso che noi possiamo vedere l'Italia invasa dai medici stranieri che trovano nel nostro Paese condizioni economiche di gran lunga migliori di

quelle del loro Paese. Ora, a questo punto mi domando: che significato ha lo sciopero dei medici ospedalieri? Sulla stampa di stamane, poi, ho letto che i medici ospedalieri secondari si mettono in sciopero per protestare contro la riforma ospedaliera o almeno contro alcuni aspetti di questa riforma.

Qui si pone la domanda: quali sono gli aspetti di questa riforma che non garbano ai medici? Io li identifico nel sistema dei concorsi che la legge prevede. Infatti, la legge prevede, invece dei soliti concorsi fatti dalle amministrazioni ospedaliere (concorsi che sono stati sempre tacciati di parzialità ed il cui esito era già conosciuto in partenza), l'istituzione di concorsi nazionali per titoli ed esami per i primari e concorsi regionali per titoli ed esami per i secondari, salva poi, in un secondo tempo, la possibilità per l'ospedale di fare un concorso per titoli limitatamente agli idonei dei concorsi nazionali e regionali. Questo principio lo abbiamo unanimemente approvato. Tuttavia c'è una tendenza a voler dare una benedizione *urbi et orbi* a tutti i medici ospedalieri che comunque si trovino in ospedale, rinunciando a quell'arma del concorso che per tutte le categorie può essere trascurata meno che nel campo della medicina, perchè questa è continua, è perenne, è lacerante opera di aggiornamento. Quindi, non è possibile pensare che si possa arrivare ad una soluzione di questo genere.

Un altro aspetto è quello del tempo definito. Il Ministero ha stabilito questo tempo definito in cinque ore per i primari ed in sei ore per i secondari. C'è una circolare su questo argomento. Ora, taluni medici, perlomeno quelli dei grossi ospedali, vogliono continuare a dedicare all'ospedale il tempo... possibile, compatibile con l'attività esterna all'ospedale. Di fronte a ciò si prospettano due ipotesi: o la circolare è valida, è una cosa seria, e allora va applicata in tutte le sue parti, o non è una cosa seria e il ragionamento deve essere un altro.

Vorrei pregarla, allora, onorevole Ministro, che, proprio dinanzi a questa autorevole Assemblea, ella abbia una buona volta a precisare il pensiero del Governo su questo problema del tempo definito. A me pare

di capire che questo tempo definito rappresenta uno dei pilastri della riforma ospedaliera. Desidererei che lei desse all'Assemblea una nuova e più autorevole assicurazione che il Ministero esigerà l'applicazione pura e semplice della circolare n. 184 riguardante l'orario dei medici.

Un altro aspetto positivo, e mi avvio alla conclusione, è quello della costituzione del consiglio dei primari. Anche attualmente tale consiglio esiste in base alla legge Predegnoni, ed era denominato appunto consiglio dei primari. Ora viene chiamato consiglio dei sanitari perchè è giusto che in esso vi sia anche una rappresentanza dei secondari con compiti ben definiti di consulenza tecnica del consiglio di amministrazione. Quindi, il consiglio dei sanitari deve essere, di volta in volta, ascoltato per tutti quei problemi di carattere tecnico che interessano la vita ospedaliera. Per quanto riguarda l'indennità di funzione agli amministratori, il collega Zonca è partito da una premessa, arrivando ad una conclusione diversa; ha detto che preferirebbe la gratuità dell'incarico, ma ha riconosciuto che c'è una realtà alla quale oggi non ci si può sottrarre. In definitiva, in Commissione, dopo aver rinviato l'argomento, si è dovuto accettare il testo venuto dalla Camera.

Qui faccio una considerazione: forse stimoleremo la corsa verso l'appartenenza ai consigli di amministrazione degli ospedali.

Starà a lei, nel regolamento che dovrà seguire alla legge, signor Ministro, di mettere una remora a queste indennità di funzione. Infatti, se è giusto che si dia all'amministratore o a chi lo sostituisce tale indennità, non trovo proprio logico che la si dia agli altri amministratori che si riuniscono una, due, o forse tre volte l'anno. Questo costituirebbe veramente uno sperpero inutile.

A questo punto professo la mia vecchia idea che ho detto in Commissione: sono stato presidente di provincia, consigliere comunale, eccetera; essendo presidente di ospedale, dico che si tratta di una funzione molto diversa perchè nell'ospedale si vive in un ambiente di dolore, cosicchè la vita

dell'amministratore finisce anche con l'essere una missione di apostolato.

La conclusione di questo mio intervento, della cui prolissità chiedo scusa, è che ci troviamo di fronte ad una legge organica e globale, che pur tra diversità e contrastanti motivi di insoddisfazione si può considerare utile al fine supremo della tutela della salute.

Comunque, sarà il tempo a dirlo, ma una cosa è certa: questa legge è preparatoria agli eventi futuri che la prossima legislatura dovrà compiutamente affrontare. La volontà del Governo e l'ostinazione del Ministro ci hanno portato a questo importante traguardo; sono state superate, con disposizioni transitorie, le carenze derivanti dalle due premesse qualificanti: l'ordinamento regionale e la riforma previdenziale. Il testo odierno, emendato rispetto all'originario, è più aderente alla realtà ed è contemporaneo delle diverse esigenze.

Approvandolo, il Senato darà al Paese uno strumento nuovo per una politica nuova di civile e sanitario progresso. (*Applausi dal centro. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. E' iscritto a parlare il senatore Monaldi. Ne ha facoltà.

MONALDI. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, apro il mio intervento con una dichiarazione: approverò questo disegno di legge comunque esso si concluda; farò quanto è in me per migliorarlo e per chiarirne la portata. Date le circostanze con le quali esso è venuto al Senato, non ritengo che possano essere apportate modifiche importanti, ed è questa la ragione per la quale io personalmente non presenterò alcun emendamento. Tuttavia, i rilievi che andrò a fare spero possano essere utili nel corso dell'applicazione della legge, ed eventualmente per la formulazione delle previste leggi delegate.

Il disegno di legge si muove su due direttrici fondamentali: riordinamento degli ospedali attraverso la costituzione degli enti ospedalieri, la programmazione applicata all'edilizia ospedaliera.

Gli enti ospedalieri. Il patrimonio ospedaliero di oggi è la risultante di un lungo, laborioso passato e di realizzazioni recenti; in esso si intrecciano aspetti multiformi della vita sanitaria, su esso incombono problemi amministrativi, tecnici, scientifici, umani e anche di interessi materiali complessi. Se si sommassero in visione unitaria l'antico e il nuovo ne risulterebbe un agglomerato in disordine, con ospedali decrepiti e ospedali nuovissimi, ospedali ricchi e ospedali miserrimi, ospedali superspecializzati e ospedali privi di attrezzature elementari, e ciò senza tener conto della massa informe delle case private di cura.

Era ovvio che il legislatore, di fronte a questa situazione, ritenesse necessario un intervento di vasta portata che tendesse ad omogeneizzare direttive, finalità e mezzi. Ne è derivato l'« ente ospedaliero » che io considero pilastro fondamentale del nuovo ordinamento. Tale giudizio, pienamente positivo, non mi esime tuttavia da rilievi di ordine generale e ancor più da rilievi di ordine particolare.

Primo rilievo di ordine generale: l'ingente numero di enti ospedalieri senza rigorosi legami di coordinazione porterà nell'ordinamento di domani molti degli inconvenienti presenti nell'ordinamento attuale, legati al diverso orientamento delle persone, alle differenti disponibilità finanziarie, alla diversa capacità di realizzazione dei singoli dirigenti.

Altro rilievo di ordine generale: la politicizzazione dell'ente ospedaliero contrasta con la sua natura che aborre interessi di parte o ideologie che il tempo può modificare, sostituire o anche distruggere, poichè la medicina ha per oggetto un valore eterno, la vita dell'uomo, che è scintilla della grande Luce. L'assistenza sanitaria nella sua gestione non può riconoscere nè maggioranze nè minoranze, ma solo uomini che sanno porsi al servizio dei grandi ideali umani.

Più lungo è il discorso per quanto attiene a certi aspetti particolari.

Il nostro collega Zonca, poi riecheggiato dal collega Perrino, ha parlato dell'intervento della carità nel grande edificio ospedaliero. In realtà, la storia multisecolare degli

ospedali si intesse proprio dei rapporti di solidarietà tra gli uomini e più ancora della luce della carità cristiana. Su queste basi l'Italia vide sorgere in tutti i tempi e in tutti i luoghi istituzioni assistenziali che sono tuttora veri monumenti di bontà e di amore. Naturalmente queste fonti, per rimanere vive, si sono iscritte con varie modalità negli statuti delle istituzioni. Il disegno di legge ne mantiene giustamente il ricordo con la partecipazione di rappresentanti nei consigli di amministrazione.

Dove il disegno di legge è carente, onorevole Ministro, è per quanto riguarda il futuro, nessuna rappresentanza essendo prevista per coloro che volessero dare il loro contributo sia per l'erezione sia per la vita di nuovi ospedali. È evidente che chi dà desidera sapere in qual modo viene utilizzata la sua offerta, il che è quanto dire che chi dà vorrebbe poter aspirare ad un posto, sia pure come osservatore, in qualcuno degli organismi direttivi. Tutto ciò non è contemplato dalla presente legge, e credo sia questo non solo un danno morale, ma anche un atto non equo. La legge universitaria, che è all'esame nell'altro ramo del Parlamento, nella redazione della Commissione, nell'articolo 12 ammette a partecipare ai consigli di amministrazione enti e privati che concorrono al mantenimento dell'università o di un istituto universitario. Ovviamente un tale diritto dovrebbe essere riconosciuto anche a quegli enti o a quelle persone fisiche che contribuivano alla istituzione o al mantenimento di un ospedale. Credo non faccia paura ad alcuno che continuino a fiorire intorno agli ospedali i sentimenti di carità e di filantropia.

Un altro rilievo. Il disegno di legge prevede l'assorbimento negli enti ospedalieri degli ospedali sanatoriali dell'INPS e degli ospedali traumatologici dell'INAIL. In linea di principio non dovrebbero sussistere obiezioni, ma è facile osservare che un passaggio di tale genere è un'operazione estremamente complessa. Il Senato, nella precedente legislatura, solo per predisporre il passaggio della gestione tubercolosi dall'INPS all'INAM, aveva formulato una legge estremamente elaborata; ciò dico non per osta-

colare la trasformazione, che del resto si impone per molte considerazioni, ma perchè sembrerebbe opportuno che il disegno di legge sancisse il principio e magari i tempi della trasformazione, demandandone le modalità ad una legge delegata.

Un'altra osservazione. L'articolo primo, al secondo comma, sia pure in una specie di inciso, assegna una posizione autonoma agli istituti di ricovero e cura, riconosciuti a carattere scientifico con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione. Questo genere di istituzioni aveva già trovato riconoscimento nel regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, che, all'articolo primo, ultimo comma, recitava così: « Gli istituti a carattere scientifico sono regolati da propri statuti organici. Il riconoscimento di tale carattere agli istituti medesimi è fatto dal Ministro per l'interno sentito quello per l'educazione nazionale ». Spostati i termini, le condizioni sono quelle previste dall'attuale disegno di legge. Quali riflessi pratici abbia avuto quella disposizione inserita nella legge del 1938 tutti sanno: nessuno! Non certo perchè manchino in Italia istituti di tale genere; basta menzionare i tre grandi istituti nazionali per il cancro: Milano, Roma e Napoli, i tanti ospedali clinicizzati che sono ad un tempo sedi di ospedali e di cliniche universitarie. Non si è addivenuti ad alcun riconoscimento, e quindi ad alcuna regolamentazione, perchè non sono state mai definite le caratteristiche alle quali debbono rispondere quegli istituti. E si tratta di una parte essenziale del nostro patrimonio scientifico e ospedaliero: sono le istituzioni più consone a trasferire, nel più breve tempo e con le migliori tecniche, le conquiste scientifiche in applicazioni pratiche.

Sembra quindi necessario stabilire in questa sede — e io spero che lo faccia il Ministro — l'esigenza di caratterizzare gli istituti misti, onde attribuire ad essi le garanzie di funzionamento al di fuori o in deroga alle direttive proprie degli ospedali comuni.

Un ultimo rilievo, sempre concernente gli enti ospedalieri. L'articolo 20 prevede la ripartizione degli ospedali in tre categorie: di zona, provinciali, regionali, a cui corri-

spondono enti con analoghe sfere di competenza. Al riguardo possono farsi due ordini di considerazioni.

Allo stato attuale esistono regioni che non potranno avere un ospedale generale regionale, sia perchè la regione non raggiunge il milione di abitanti previsto dall'articolo 23, sia, e ancor più, perchè è da presupporre che non abbia i mezzi per istituire, attrezzare e mantenere in funzione un ospedale di tipo regionale.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Per ogni regione l'ospedale regionale deve esistere.

MONALDI. Il Molise, per esempio, non potrà mai averlo, onorevole Ministro.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Si dice che in ogni regione deve esserci un ospedale regionale...

MONALDI. Si dice « può ». Ed allora ecco dove voglio arrivare, onorevole Ministro. Le popolazioni di certe regioni non potrebbero avere quell'assistenza super-specializzata che è erogata dagli ospedali regionali, donde la necessità di collegamenti interregionali. Questo solo si chiede, ed è molto semplice. È ovvio, per esempio, che il Molise, che assolutamente non potrà avere un ospedale di tipo regionale, dovrà collegarsi con una regione vicina che abbia un ospedale regionale per dare corso a quella assistenza super-specializzata che potrebbe rendersi necessaria per la propria popolazione.

La seconda considerazione è la seguente. Esistono ospedali e istituti a carattere nazionale. Vero è che questi potrebbero essere posti nel gruppo delle istituzioni miste clinico-scientifiche; ma sino a quando ciò non avvenga, in assenza della loro caratterizzazione, è necessario prevedere istituzioni a carattere nazionale che provvedano a servizi di superspecializzazioni (ne sia esempio il trapianto degli organi). D'altra parte, non vi è chi non veda il danno che deriverebbe al patrimonio ospedaliero dal portare nel rigoroso ambito regionale istituti che hanno

conquistato o stanno conquistando posizioni clinico-scientifiche di risonanza nazionale e talora anche internazionale.

E vengo alla seconda parte: alla programmazione dell'edilizia ospedaliera.

Sul cadere della precedente legislatura fu presentato dal Governo al Senato il disegno di legge n. 2291 concernente provvedimenti per l'edilizia ospedaliera. Chi parla, nella sua qualità di relatore della Commissione speciale incaricata di esaminare il disegno di legge in sede referente, redasse una nota preliminare che iniziava così: « È unanime convinzione sia quello ospedaliero uno dei più delicati settori ove una visione programmatica si impone per assicurare i minimi indispensabili per il soddisfacimento delle esigenze fondamentali dell'assistenza, per eliminare squilibri territoriali, per rendere pienamente funzionali le attrezzature esistenti, per imprimere un moto nuovo a tutto il nostro ordinamento onde adeguarlo alle conquiste imponenti e talora anche travolgenti delle discipline mediche ». Con questo richiamo è presto detta la mia opinione su questa parte del disegno di legge. È il lato indiscutibilmente più positivo, che da solo potrebbe dare significato storico al provvedimento che sottopone a noi l'attuale Ministro della sanità.

Senonchè, anche per questa parte sono costretto a formulare alcuni rilievi di ordine generale e di ordine particolare. Inizio con quelli particolari. La programmazione si applica pure alle cliniche universitarie; è del tutto logico, ma illogico è che, a proposito delle cliniche universitarie, si faccia una programmazione limitativa assurda. Nessuno dubita che le cliniche universitarie rappresentino le espressioni più avanzate dell'assistenza medico-chirurgica, cosicchè un eventuale aumento di reparti o di posti-letto nei vari reparti, lungi dal costituire danno, dovrebbe significare arricchimento, specie qualitativo, del patrimonio assistenziale. In spregio a questa considerazione, l'ultimo comma dell'articolo 27 stabilisce che, nel corso del quinquennio di programmazione, le università possono, sì, aumentare a proprie spese, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pub-

blica istruzione, il proprio patrimonio, ma solo del 15 per cento del fabbisogno programmato. E all'articolo 29, al settimo comma, si aggiunge che le cliniche universitarie possono procedere a trasformazioni, ammodernamenti e costruzioni — sempre a proprie spese, s'intende — purchè non comportino aumenti di posti-letto.

Non faccio commenti, onorevole Ministro, anche perchè potrebbe sembrare, essendo io universitario, una rivendicazione di parte; ma non lo è assolutamente e sono sicuro che lei facilmente comprende il mio animo.

Il secondo rilievo riguarda le case private di cura. Il terzo comma dell'articolo 52 dice: « Il medico provinciale, sentito il consiglio provinciale di sanità, rilascia l'autorizzazione all'esercizio della casa di cura privata in base alle esigenze igienico-sanitarie ed alle altre condizioni previste dalla legge, ove non violi le finalità e le statuizioni del piano di programmazione regionale ».

Io non sono tenero con le case private di cura, ma riconosco che hanno dato e possono continuare a dare un apporto di notevole valore al nostro ordinamento sanitario, anche per la loro più facile rispondenza a certe esigenze familiari e sociali dei malati. Il problema qui non è di valutazione, il problema è di libertà; da un lato si riconosce al cittadino italiano il diritto, sotto il rispetto delle condizioni igienico-sanitarie, di erigere e porre in funzione case di cura; dall'altro lato si subordina questo diritto al piano di programmazione. È questa una libertà troppo condizionata, e per giunta — e questo mi preoccupa di più — il condizionamento è rapportato ad un organo locale che può subire, o almeno riflettere, influenze estranee allo stretto ordinamento sanitario.

Vengo ora ai rilievi di ordine generale. La programmazione prevista dal disegno di legge è di quelle che si dicono rigide. Formulato il piano quinquennale, esso, per il periodo previsto, non dovrebbe subire modifiche. Ciò contrasta con la natura del settore di programmazione; le discipline mediche sono in cammino vertiginoso sul piano scientifico e applicativo; le esigenze assistenziali dei singoli e dei gruppi si modificano

con le diverse situazioni economico-sociali; l'epidemiologia nei vari capitoli della patologia umana può subire, e con ritmo rapido, profonde variazioni. Tutto ciò può imprimersi sull'ordinamento sanitario e può chiedere rettifiche urgenti sui piani di programmazione. E vi è un altro lato da considerare: la programmazione rigida non si addice neppure alla natura della edilizia ospedaliera che di per sè è ad effettuazione lenta. Io purtroppo debbo qui ricordare all'onorevole Ministro che un ospedale per malattie infettive iniziato nel 1958 in Napoli non è ancora stato messo in funzione. Devo ricordare un altro ospedale per Fuorigrotta, sempre in Napoli, iniziato nel 1959, che non è ancora messo in funzione. E debbo aggiungere che non è ancora in funzione sempre in Napoli un centro per poliomielitici che richiedeva una semplice trasformazione e il cui progetto con parziale finanziamento era stato predisposto nel 1958.

Non faccio addebiti, ma purtroppo ciò è una dura conferma che l'edilizia ospedaliera è ad effettuazione lenta. Vero è che vi può essere un correttivo. Se si vuole dar corso ad un programma da attuarsi in un ragionevole spazio di tempo, ad esempio in cinque anni, è necessario mettere a disposizione degli enti di amministrazione progetti-guida per le diverse categorie e a seconda delle finalità demandate ai vari gruppi di ospedali.

Non sembra, infatti, possibile disporre di una massa di architetti specializzati a cui demandare la progettazione pressochè simultanea di alcune centinaia di ospedali. Gli Stati Uniti d'America hanno potuto impiegare in tre anni 1780 miliardi in costruzioni ospedaliere, grazie ad uno studio preliminare che fu posto a disposizione degli architetti progettisti. Oggi tutti i Paesi che hanno impostato o stanno impostando programmi di costruzioni ospedaliere hanno istituito centri di studio e di progettazione.

Ma non era questo il rilievo fondamentale che volevo fare, onorevole Ministro. Io desidero prospettare l'esigenza di dare alla prima programmazione che si andrà a fare un significato di stretto coordinamento con

lo stato presente dell'ordinamento assistenziale e ospedaliero.

Eccomi, quindi, a dire qualche cosa sulle linee della prima programmazione ospedaliera. Il primo problema che sorge è quello delle unità di prima assistenza. Il senatore Perrino ha fatto cenno alle unità di base, oggi in discussione presso il Ministero della sanità.

Io non dirò di queste, anche per non turbare la mente o i propositi di alcuni. Allo stato presente, per l'assolvimento delle prime esigenze assistenziali sono in atto i pronto-soccorsi, gli ambulatori delle condotte mediche, i poliambulatori, specie quelli mutualistici, e le infermerie. Io non dispongo di dati per valutarne la consistenza, il numero, la qualità e la distribuzione sul territorio nazionale, ma so per certo che molte località ne sono del tutto sprovviste e tra queste sono zone rurali e montane, lontane dai centri e non raccordate con facili mezzi di comunicazione. Molte di queste istituzioni languono per deficienza di mezzi, per mancanza di personale qualificato, per indisponibilità di locali e attrezzature idonee. In non poche località, specie urbane, sono persino esuberanti, ma non sono coordinate, dando con ciò luogo a disfunzioni e ancor più ad una incredibile dispersione di mezzi. Alla base delle lacune, delle carenze, delle incongruenze e ancor più alla base della mancanza di coordinazione vi è un fatto da tutti riconosciuto e per primo lamentato proprio dall'onorevole Ministro, cioè la pluralità degli enti ciascuno dei quali si assume diritti di azione parziale e autonoma con conseguenti privilegi per alcune categorie, con carenza per altre, con danno funzionale per tutti gli assistiti. Conseguentemente il primo criterio informatore del programma ospedaliero dovrebbe essere, a mio parere, volto al coordinamento e all'eventuale potenziamento e integrazione delle istituzioni di prima assistenza. Ovviamente si dovrà prevedere il libero accesso a quelle istituzioni a tutta la popolazione, senza discriminazioni e indipendentemente dagli enti che ne sono proprietari o gestori.

Un secondo problema che si affaccia nella prima programmazione è il recupero di

istituti inutilizzati. Edifici decrepiti che non hanno conosciuto i servizi di manutenzione, edifici di recente costruzione ma non adeguatamente attrezzati, edifici prossimi al loro completamento e lasciati in stato di abbandono o adibiti ad altri usi, edifici a costruzione avviata sulla base di finanziamenti insufficienti, istituti funzionanti parzialmente per le mutate condizioni della patologia umana, costituiscono, nel loro insieme, un patrimonio edilizio potenziale, recuperabile, che io non saprei tradurre in cifre, ma che reputo superiore ai 25 mila posti-letto.

Le cause del deterioramento materiale o funzionale di parte dell'edilizia ospedaliera sono molteplici e ne dovrebbe essere valutata l'incidenza, caso per caso, dalle autorità sanitarie provinciali. Credo che si possano raggruppare in tre ordini. Un primo ordine di cause ha per campo i vecchi edifici; la polemica sulle rette ospedaliere in atto da anni tra amministrazioni ed enti mutualistici che ha immobilizzato la vita di molte istituzioni; le ferite inferte dalla guerra e, quasi incredibile a dirsi, non ancora del tutto riparate; l'usura del tempo non compensata da adeguate riparazioni; l'abbandono per l'incuria degli uomini.

Un secondo ordine si riflette su costruzioni recenti o in via di esecuzione. Le cause che si oppongono alla messa in piena funzione o al completamento delle opere sono essenzialmente di natura finanziaria e d'ordinario si sono verificate in ragione di impostazioni programmatiche troppo ardite o perchè il lungo tempo decorso tra la progettazione e l'esecuzione dei lavori ha troppo profondamente spostato i termini delle previsioni.

L'ultimo ordine di cause agisce rendendo solo parzialmente utilizzate le opere edilizie. Nell'ultimo decennio si sono avuti forti spostamenti nella patologia umana per cui certe istituzioni, a finalità definita, non trovano più piena rispondenza con le ridotte o modificate esigenze terapeutico-assistenziali. La patologia delle età infantili si è fortemente ridotta nel suo complesso. Alcune forme morbose sono quasi scomparse. Per contro, si è accresciuta in dimensione ed è variata l'incidenza delle diverse entità mor-

bose nelle epoche inoltrate della vita. L'organizzazione antitubercolare, pubblica e privata, aveva creato una rete sanatoriale, ospedaliera, clinica e di reparti con oltre 60 mila posti-letto. È un complesso notevolmente eccedente gli attuali bisogni. Alcune varietà di istituti, come ad esempio i reparti sanatoriali per bambini e gli ospedali per forme ortopediche, potrebbero subire un dimezzamento senza alcun danno per il buon andamento dell'assistenza. Per contro, altre malattie dell'apparato respiratorio sono in forte aumento. Esiste, dunque, un interesse comune ed immediato ad orientare verso finalità più consone gli istituti esuberanti o comunque non pienamente funzionanti. Nella formulazione del piano di programmazione si dovrà tener conto degli ospedali e istituti che per qualsiasi motivo non sono adeguatamente utilizzati, di predisporre il completamento ed il miglioramento dell'edilizia e delle attrezzature, di assegnare — ove opportuno — finalità nuove, più consone alla loro struttura e alla loro ubicazione.

Brevi parole sulle opere a finalità specializzate. Ogni malattia ogni stato morboso ha una propria natura, una propria fisionomia, e quindi impone delle particolari esigenze di diagnostica, di terapia e di assistenza. Di norma, gli ospedali generali, con le loro attrezzature e con i loro servizi qualificati, sono in grado di provvedervi adeguatamente. Esistono, peraltro, entità morbose così peculiari che richiedono strutture organizzative proprie, personale appositamente addestrato e provvidenze assistenziali specifiche. In Italia fu compreso questo problema quando, con provvida legge, venne istituita l'assicurazione per la tubercolosi, che comportò un'organizzazione assistenziale differenziata; e ognuno ne vede testimoniato il valore nei risultati conseguiti.

Le mirabili conquiste della medicina hanno dato, nell'ultimo ventennio, configurazione e individualità a molte branche della diagnostica e della terapia: cardiocirurgia, neurochirurgia, anesthesiologia, broncologia, impiego delle radiazioni ionizzanti, rianimazione, fisiopatologia respiratoria e cardiocircolatoria, pneumologia, e potrei continuare ancora. Molte di queste branche si sono an-

date, via via, inserendo nell'ambito degli ospedali generali, specie di quelli di prima categoria. È necessario conoscerne le dimensioni, la distribuzione nel territorio nazionale, l'efficienza funzionale, onde valutarne il grado di rispondenza con gli effettivi bisogni. In particolare, vorrei segnalare all'onorevole Ministro l'urgenza di provvedere ad un ordinamento specializzato per la diagnostica, la cura e la prevenzione dei tumori maligni. Siamo vicini ai 100 mila morti ogni anno, a cui corrispondono non meno di 300 mila soggetti che portano le loro piaghe e i loro dolori in seno al corpo sociale.

Brevi parole a proposito dei piani regionali. La legge, al titolo quarto, giustamente prevede che la programmazione faccia riferimento alle regioni. Probabilmente, però, i criteri enunziati nell'articolo 26 sono troppo sommari, e ancora più tali appaiono quando si tenga conto delle discrepanze oggi esistenti tra le varie regioni. In questo campo così irto di ostacoli io mi soffermerò solo, con qualche richiamo, sul significato di certi criteri che devono presiedere alla formazione dei piani.

Primo criterio è il quantitativo. Si lamenta da ogni parte l'insufficienza quantitativa dei posti-letto. In realtà, non è facile dire in termini matematici quale debba essere il quoziente ottimale rapportato ad una determinata popolazione. D'altra parte, un valore considerato ottimale oggi potrebbe non esserlo in un prossimo futuro e per mutate esigenze di quella popolazione e ancor più per variazioni di incidenza della morbosità globale o di singole malattie. Conseguentemente, per ora, più che far riferimento ad un valore teorico, sembra opportuno tendere ad un valore che risulti sensibilmente uguale nelle varie regioni del territorio nazionale.

Criterio qualitativo La legge del 1938 classificava le istituzioni ospedaliere in infermerie, ospedali di terza, seconda e prima categoria e ospedali specializzati. A parte le discussioni sulla validità di tale classificazione e sui criteri di valutazione per l'appartenenza alle varie categorie, la legge aveva in sé una lacuna che è stata motivo di grave disordine: la legge non diceva come e dove

dovevano essere distribuiti nei vari settori del territorio nazionale gli ospedali delle singole categorie. Ne è derivato che non in funzione del bisogno, ma in funzione di disponibilità finanziarie, di considerazioni localistiche e, non poche volte, in funzione di interessi personali, sono sorti, si sono attrezzati, si sono ampliati, si sono ammodernati ospedali di categoria elevata, mentre poi in tante parti sono venute a mancare persino le istituzioni di prima assistenza.

La programmazione deve valutare questa situazione e provvedere di conseguenza.

Criterio distributivo. La regione è somma di provincie, di città, di comuni, di paesi grandi e piccoli, con estensione territoriale diversa, con mezzi diversi di comunicazione, con esigenze sanitarie che possono risultare differenti per i vari gruppi di popolazione per motivi ambientali, di lavoro, di convivenza.

Se si vuole assicurare un'assistenza pronta, accessibile a tutti, è indispensabile dare una ubicazione logica alle varie istituzioni e prevalentemente a quelle che riflettono le prime prestazioni. Io vorrei prospettare il disordine attuale facendo riferimento alla situazione della Campania. In questa regione erano già noti il prevalente accentramento degli ospedali nei capoluoghi di provincia, la mancanza di impianti minori decentrati, la scarsa dotazione di reparti specialistici, quindi la discontinuità della rete e l'insufficienza di funzionalità. Tra il 1954 e il 1960, complessivamente, furono costruiti 4.388 posti-letto in ospedali pubblici, con l'incremento medio regionale del 22 circa per cento. Ecco come si spostarono gli indici: l'indice della provincia di Napoli passò da 5,91 per mille abitanti a 6,70; l'indice della provincia di Caserta passò da 4,77 a 5,23; l'indice di Salerno passò da 4,24 a 4,66; l'indice della provincia di Benevento che non aveva pressochè nulla, che aveva 0,73, passò a 0,92; l'indice della provincia di Avellino che aveva 0,35 passò a 0,58.

Quindi quelli che avevano, hanno incrementato la loro ricchezza, quelli che non avevano sono rimasti estremamente poveri. C'è però qualche altra cosa: gli indici per categoria hanno rivelato che nessuna delle

categorie di ospedali assenti nel 1954 risulta presente nel 1960; l'incremento dei posti-letto è andato dunque a potenziare genericamente categorie già presenti, lasciando inalterate non solo le tremende lacune settoriali, ma anche la discontinuità distributiva delle varie categorie.

Finalmente un cenno al criterio coordinativo. S'intende il criterio per il quale le varie unità ospedaliere vengono collegate funzionalmente tra di loro, così da rendere più efficienti e meno costosi i servizi comuni; ma soprattutto il collegamento tra le varie unità deve consentire ad ogni cittadino, senza preventive formalità amministrative, lo immediato spostamento in direzione centripeta, cioè dagli ospedali minori verso gli ospedali maggiori, ove il tipo di malattia o le esigenze diagnostiche e terapeutiche lo richiedano.

Onorevole Ministro, onorevoli colleghi, non formulo conclusioni: la conclusione è la legge che è al nostro esame e che, nonostante i rilievi condotti, che spero utili per la sua applicazione, io approvo perchè fondamentalmente la ritengo positiva.

Non posso però chiudere questo intervento senza fare parola di due problemi morali che battono alla coscienza di ogni legislatore e tanto più violentemente battono alla coscienza del legislatore medico.

L'ultimo comma dell'articolo 40 dice: « Il rapporto di lavoro è regolato dal contratto nazionale stipulato tra i sindacati e le associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri ». In termini semplici il personale degli ospedali, compresi i medici, assume la stessa posizione del personale di una industria.

Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, con accento accorato il senatore Zonca ha parlato degli scioperi ed io pure ne parlerò. Purtroppo sono avanti a noi anche gli scioperi dei medici ospedalieri, ma io non so far tacere la mia intima rivolta che dapprima si rivolge alla società, che non dovrebbe permettere che si determinino condizioni che inducano allo sciopero la classe medica, ma poi anche ai miei colleghi che talora non sanno pazientare o non sanno rappresentare i propri problemi con atteggiamenti, vigorosi sì, ma che non

abbiano neppure psicologicamente riflessi sul malato. Comunque io esprimerò la mia opinione con parola franca e decisa.

Il medico è un componente della comunità dello Stato e come tale egli ha diritti pari a quelli di tutti gli altri componenti. Ne consegue il diritto ad associarsi per proteggere economicamente la categoria o i gruppi, per presentare le proprie rivendicazioni in ordine ai diritti derivanti dal lavoro. Sotto questo profilo e in questa cornice si inseriscono i sindacati. Ma vi è nella figura del medico un altro lato.

Il medico di oggi non è che un anello di una meravigliosa catena che, dipartitasi nei lontani millenni, ha accompagnato l'umanità nella sua sofferenza e nelle sue piaghe e continuerà ad accompagnarla nella suprema aspirazione di rendersi libera dal male. Negli anelli di questa catena sono gli infiniti sacrifici di coloro che al bene degli altri offrirono giorno per giorno la propria vita, l'anelito di sociologi, di studiosi, di scienziati di sottrarre ai segreti della natura i mezzi per guarire e lo sforzo di generazioni, perennemente rinnovantisi, compiuto diurnamente in piena dedizione per sottrarre l'uomo al dolore.

In ogni medico di oggi è tutta questa storia. Nella sua memoria è la somma delle conquiste del passato; nelle sue mani sono le tecniche e gli strumenti via via perfezionati; nella sua intelligenza è il filo invisibile che si dirige verso nuove conquiste. E' questo lato che dà alla figura del medico una luce tutta propria. Questa luce non può essere affidata ai sindacati che per loro natura indirizzano la propria attività su problemi contingenti.

L'altro problema. Il disegno di legge prevede il tirocinio per i neo-laureati e questo è bene; non prevede alcun obbligo per coloro che, entrati giovani in carriera ospedaliera, vi rimangono e — si badi — vi possono rimanere persino con i gradi iniziali sino ai 65 anni. Per questi nessun obbligo è previsto e questo non è bene. Io penso che la generalità dei medici senta appieno la grandezza e la santità della propria missione, ma in questa sede non posso chiudere gli occhi di fronte a certe realtà. La

sicurezza del posto può intorpidire i deboli arrestandoli sulle posizioni di partenza, mentre le discipline mediche camminano, e il danno è per il malato, per le istituzioni, per la Nazione.

Per il medico di oggi i problemi di natura economica sono in via di superamento, non così i problemi di natura culturale, con i quali strettamente si congiungono anche problemi morali e tecnici. Questi si possono solo risolvere con periodici corsi obbligatori di aggiornamento, meglio poi se questi corsi vengono effettuati in stretta collaborazione con quegli istituti universitari che accesero nei giovani la prima fiamma e che quella fiamma possono alimentare per le progredienti conquiste scientifiche.

Vorrei che i medici sentissero che il Senato della Repubblica, nel licenziare questa legge di riforma dell'ordinamento ospedaliero formula l'auspicio che tutti i medici abbiano a ritrovare in piena responsabilità quell'ambiente sereno che assicuri dignità al loro lavoro, che esalti il loro entusiasmo e la loro fede, che consenta loro di raccogliere e mantenere l'alto retaggio dei grandi maestri della medicina italiana. (*Vivi applausi dal centro e dalla sinistra*).

PRESIDENTE. E' iscritto a parlare il senatore Peserico. Ne ha facoltà.

PESERICO. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, il principio informatore di questa legge — ha asserito l'onorevole Ministro — era il superamento del concetto tradizionale di autonomia degli ospedali e la sostituzione dell'idea dell'ospedale individuale con quella dello ospedale organizzato, dell'idea dell'ospedale isolato con quella dell'ospedale integrato in una più larga rete di servizi sanitari; concezione moderna dell'ospedale, che si richiama del resto a quella dell'Organizzazione mondiale della sanità, secondo la quale l'ospedale è l'elemento fondamentale di una organizzazione che ha il compito di assicurare alla popolazione un'assistenza medico-sociale completa. Ma lo stesso Ministro si è chiesto se nel disegno di legge in esame sul piano strutturale, giuridico, istituzionale questa ampia

concezione dell'ospedale trovi o meno pratica attuazione, e ritiene di poter rispondere positivamente, anche se questa prefigurazione dell'ospedale, giuridicamente inteso come ente ospedaliero, manca ancora del collegamento con tutti gli altri presidi sanitari, inglobati tuttora nell'organizzazione del sistema mutualistico, anche se l'ente ospedaliero, come è previsto dal disegno di legge, per ora ha solamente la facoltà di creare servizi sanitari fuori dall'area ospedaliera. Il quarto comma dell'articolo 2, infatti, dice soltanto che gli enti possono istituire anche fuori dalla sede dell'ospedale ambulatori, consultori, eccetera. Ciò non sarà facile e le stesse osservazioni dei colleghi Perrino e Monaldi mi sembra concordino nel mettere in luce le difficoltà che gli ospedali dovranno incontrare per espandere la loro azione fuori della loro cerchia. Siamo, quindi, ben lontani dal vedere attuati i grandi principi ai quali il legislatore si era ispirato.

L'onorevole Ministro ha affermato che esiste però in questo disegno di legge, per gli effetti che è destinato a produrre, una logica che ci condurrà molto presto a scegliere quello che del resto è già stato approvato, cioè il servizio nazionale sanitario. È un linguaggio molto chiaro. Anche se questa legge non varrà per ora ad istituire degli ospedali integrati, dei centri propulsori dell'assistenza, anche se — mi permetto di aggiungere — probabilmente renderà per molto tempo difficile la vita agli ospedali e la loro preminente funzione di attrezzati e sempre aggiornati luoghi di cura, in compenso e soprattutto la legge potrà servire a rendere evidente la necessità di superare quel sistema mutualistico che nella concezione del Ministro si pone come ostacolo insuperabile alla funzione dell'ospedale modernamente inteso. Questo mi pare sia il senso delle parole dell'onorevole Ministro: l'ospedale visto come pedana di lancio del servizio nazionale. Considerati da questo punto di vista, l'abolizione della tradizionale autonomia ospedaliera, la programmazione degli interventi dello Stato per costruzione e ammodernamento degli ospedali, la struttura uniforme dettata dall'alto della loro struttura interna, le norme uniformi

sull'ordinamento del personale, primo indispensabile passo per il riassorbimento degli ospedali in un servizio nazionale completo, possono anche acquistare un significato.

Anche il fondo nazionale ospedaliero è nella logica delle cose. Dieci miliardi indubbiamente sono pochi, ma, a prescindere dalla somma stanziata dal piano programmatico quinquennale, non si può non tener conto che al fondo dovranno affluire i proventi di donazioni, eredità e legati con destinazione all'assistenza ospedaliera e che lo stesso fondo sarà annualmente incrementato da somme stanziate in bilancio. Il Governo, ci informa il Ministro, si è impegnato ad esaminare nel 1968 l'opportunità di porre in essere un sistema misto di finanziamento degli ospedali. Le mutue dovrebbero rimborsare la retta per quanto concerne il costo della degenza e della cura, ma per quanto riguarda le costruzioni e le trasformazioni degli ospedali dovrà aversi l'intervento diretto dello Stato. Il Governo insomma, d'accordo in questo anche l'onorevole Bosco, studierà un sistema misto in modo che vi sia l'intervento diretto dello Stato relativamente alla costruzione degli ospedali, alla dotazione delle attrezzature, eccetera, mentre le spese di cura e degenza saranno sopportate dagli enti mutualistici. Il Ministro ha detto che questo è un impegno che il Governo ha assunto e non c'è motivo perchè non sia rispettato. E questo è indubbiamente un altro passo verso la centralizzazione degli ospedali. Lo stesso massiccio intervento dello Stato per sanare i disavanzi delle mutue potrebbe preludere alla fiscalizzazione completa delle rette, e ognuno può comprendere che questo passo, una volta fatto, inciderebbe profondamente nella realtà attuale delle mutue.

Ma se il superamento dell'autonomia tradizionale, l'uniformità di strutture, il finanziamento dal centro appaiono al legislatore premesse necessarie all'avvio verso l'ospedale integrato in un servizio globale, non possiamo nasconderci che seguendo questa strada avremo ospedali decisamente centralizzati (non dirò statizzati, una parola che non piace all'onorevole Ministro). E se la logica di questa legge potrà favorire il supe-

ramento del sistema mutualistico, oserei dire che ciò avverrà paradossalmente più per le carenze della legge, per quanto la legge omette, che per quello che prescrive.

Oggi il più grosso problema che gli ospedali devono affrontare è il soverchio affollamento che assume talora carattere di vera e propria alluvione. Il terzo comma dell'articolo 2 che disciplina l'accoglimento degli infermi fa obbligo al medico di guardia di ricoverare senza particolare convenzione o richiesta alcuna di documentazione i cittadini italiani o stranieri che necessitino di urgenti cure ospedaliere. C'è oggi, e persisterà indubbiamente a lungo, una grande sproporzione fra letti disponibili e aspiranti al ricovero. Mancano 200 mila letti ed è da prevedere che fra qualche anno il fabbisogno dei posti letto sarà ancora maggiore. Bisogna razionalizzare i ricoveri. Si imporrebbe quindi fin d'ora un'oculata scelta fra i malati in modo da dare possibilmente la precedenza a coloro per i quali il ritardato ricovero presenta maggiori pericoli.

Ma la legge su questo punto tace, cosicché qualunque malato si presenti all'ospedale, purchè munito di regolare obbligazione da parte dell'ente assistenziale, continuerà ad essere accolto come prima, anche se la sua malattia non presenti carattere di urgenza e spesso nemmeno necessita di cure ospedaliere. In tal modo evidentemente si riduce la disponibilità di letti e talora questo porta a respingere malati urgenti per deficienza di letti. D'altronde il medico di guardia non solo non è obbligato, ma di solito non è nemmeno in condizioni di accertare la necessità del ricovero di chi, provvisto di regolare obbligazione, si presenta per essere accolto all'ospedale e preferisce lasciare al reparto d'accoglimento la responsabilità di dimettere il paziente quando la necessità non si è riconosciuta. Nè si può far carico al medico di guardia di attenersi a questa regola, anzitutto perchè è penalmente responsabile, in secondo luogo perchè in un grande ospedale dove entrano in giornata decine e spesso centinaia di malati è impossibile che il medico di guardia, a prescindere dai casi evidenti, possa sempre decidere sulla necessità del ricovero.

Se dunque da un lato viene lasciata ai medici degli enti assistenziali la facoltà di prescrivere i ricoveri e d'altro lato si mette il medico di guardia nella necessità di accogliere indiscriminatamente, viene meno la possibilità di accogliere i malati secondo un ordine di necessità. Sarebbe nella logica delle cose che ad un certo momento fosse riconosciuta l'opportunità di un serio accertamento preventivo da parte di *équipes* di medici ospedalieri e che la facoltà degli enti di disporre il ricovero fosse subordinata a tale accertamento. Sarebbe il caso di dire *oportet ut scandala eveniant*. La carenza della legge, su questo importantissimo punto dell'accertamento (che, fra l'altro, ha gravi conseguenze economiche perchè determina un inutile allungamento della durata media delle degenze e un cattivo uso dei letti, permettendo il ricovero di quel 30 per cento, chè tanto si calcola sia, di pazienti che si pensa potrebbero essere curati ambulatoriamente e a domicilio), renderà macroscopicamente evidente la necessità di proteggere gli ospedali dall'alluvione di pazienti che di cura ospedaliera non avrebbero necessità e di togliere alle mutue ogni potere decisionale sui ricoveri.

È ovvio, d'altronde, che l'accertamento preventivo potrebbe ridurre in misura notevole il numero degli accoglimenti, a condizione che il trattamento ambulatoriale e domiciliare dei malati non accolti fosse adeguato. Se molti malati fanno ressa alla porta degli ospedali ciò dipende anche dal fatto che ritengono, a torto o a ragione, che l'assistenza mutualistica sia insufficiente. Per lo stesso motivo, molti pazienti dimessi con precise prescrizioni di cura sono costretti a rientrare in ospedale a breve distanza dalla dimissione e, talvolta, anche ripetutamente nel corso dell'annata. Se il compito di sorvegliare (questo è il concetto di ospedale integrato) e seguire questi infermi, in stretto collegamento con i servizi assistenziali, fosse di competenza dell'ospedale, probabilmente le cose andrebbero meglio.

Ecco perchè io ritengo che proprio le carenze della legge circa l'accertamento preventivo e il controllo post-ospedaliero serviranno, più che la legge stessa, a rendere evi-

denti le insufficienze del sistema mutualistico. Perché la durata media della degenza negli ospedali generali statunitensi è tanto limitata? È il fatto che più colpisce chi visita questi ospedali ed è la conseguenza dell'ottima organizzazione dell'assistenza agli esterni, agli *out-patients*; gli ambulatori ospedalieri svolgono una massa enorme di lavoro; infatti, 4000 ospedali generali degli Stati Uniti possono assistere in un anno 110 milioni di pazienti; in questi ospedali la durata media della degenza è di soli 7 giorni e mezzo, poco più di un terzo della durata media della degenza dei nostri ospedali. Un posto-letto può teoricamente accogliere, in un anno, quasi 50 malati, mentre da noi è molto se arriva a servirne 20. Ecco un esempio di ospedale integrato che è veramente al centro dell'assistenza e che pure conserva la sua autonomia! Sono ospedali bene amministrati: 16 università statunitensi offrono corsi per amministratori di ospedali; là gli amministratori escono dalle università, mentre i nostri escono dai ranghi dei partiti e non sempre dalle prime file.

Vogliamo vedere invece un momento che cosa succede in Gran Bretagna dove esiste da quasi vent'anni un servizio nazionale e gran parte degli ospedali è statizzata? Non ho dati sulla durata media delle degenze, ma ho cifre esatte sul fenomeno più appariscente: quello delle liste di attesa, le liste dei malati che attendono di essere visitati e di venire accolti negli ospedali; erano 455 mila al 31 dicembre e al 31 dicembre 1966, dopo 15 anni di servizio nazionale, nonostante ogni sforzo dei Ministri della sanità, succedutisi nel tempo, erano 496 mila. Queste cifre le ricavo da una recente pubblicazione dell'ex Ministro della sanità, onorevole Powell, che paragona la lista di attesa alla parte di un *iceberg* emergente sulle onde: la parte più grossa — dice Powell — è quella che sta sotto, è quella rappresentata dagli ammalati che, data un'occhiata alla lunghezza della lista, rinunciano ad iscriversi e o vanno a farsi curare per conto proprio o nel frattempo muoiono.

Ma, prescindendo da queste osservazioni, vediamo un po' anche da un punto di vista generale, almeno per quanto attiene agli

aspetti più importanti del servizio ospedaliero, le possibili conseguenze di questa legge.

Si è parlato di un carrozzone burocratico; indubbiamente, chi conosce il ritmo rapido e l'urgenza con cui si presenta di continuo agli ospedali la necessità di nuove soluzioni di problemi di struttura, non può non restare perplesso di fronte al titolo IV (che ci propone la lunga trafila tecnico-burocratica che dovrà percorrere ogni iniziativa che miri a modificare qualche cosa nella vita dell'ospedale: legge di programmazione ospedaliera, comitato nazionale per la programmazione, piano regionale ospedaliero, comitato provinciale di coordinamento) e di fronte al titolo VI sull'ordinamento di servizio del personale ospedaliero che mina profondamente ogni residua autonomia degli ospedali.

Se già oggi molti ospedali hanno segnato e continuano a segnare il passo, figuriamoci cosa accadrà quando nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione e ammodernamento potrà essere realizzata se non prevista dalla legge regionale che, a sua volta, dovrà uniformarsi alla legge di programmazione ospedaliera, legge che sarà presentata al Parlamento dal Ministro della sanità di concerto con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro e della pubblica istruzione, dopo aver sentito il comitato nazionale per la programmazione ospedaliera. E, una volta approvata la legge, il Ministro della sanità, recepiti i programmi regionali, elaborerà il piano nazionale ospedaliero da sottoporre all'approvazione del comitato interministeriale per la programmazione economica, dopo che il piano sarà emanato con decreto del Presidente della Repubblica. La girandola di Commissioni, di piani e di leggi fermerà intanto tutto.

Per anni è prevedibile che gli ospedali, soprattutto i maggiori, dovranno accontentarsi di sopravvivere, e intanto vedremo allungarsi le code di malati che attendono ricovero, continueremo ad avere ammalati nei corridoi, sarà difficile far posto alle nuove specialità che urgono, provvedere alle attrezzature che vanno rinnovate, ai presidi

tecniche che il progresso della scienza medica propone a getto continuo.

Del resto è quanto sta puntualmente verificandosi in Gran Bretagna; cito in proposito l'opinione di un alto funzionario del servizio nazionale inglese il quale, proprio di recente, ha scritto lamentando che le cose vanno terribilmente a rilento anche quando c'è il finanziamento e che gli ospedali non si fanno o non si trasformano perchè le commissioni regionali non riescono mai a mettersi d'accordo.

Cosa potrà avvenire quando i singoli ospedali, prima di prendere la più modesta iniziativa, dovranno attendere le decisioni di questi piccoli Parlamentari che saranno i comitati regionali, in seno ai quali suggestioni campanilistiche e pressioni politiche non serviranno certo ad agevolare il lavoro?

Le richieste dei medici di essere liberi nell'esercizio della professione, di comportarsi anche nell'interno dell'ospedale secondo scienza e coscienza non possono arrestarsi al limite individuale del singolo paziente: vanno al di là, vanno all'organizzazione entro la quale il singolo viene curato.

L'indipendenza del medico e, conseguentemente, il potenziale conflitto di giudizio in relazione ai singoli malati si esprime nella possibilità che malati della stessa malattia siano trattati da medici diversi in modo diverso. Ma, nei confronti dell'organizzazione ospedaliera, entro la quale l'ammalato viene curato, questa libertà di trattamento implica la possibilità di una diversificazione delle strutture. Se questo punto viene tenuto presente, il conflitto tra medicina e politica a livello ospedaliero appare in tutta la sua ampiezza.

Io sono convinto che l'applicazione uniforme di decisioni maturate all'esterno dello ospedale, imposte dall'alto, possa risolversi in un danno e penso, posso naturalmente sbagliarmi, che alle cure ospedaliere e, di conseguenza, alle strutture e alla organizzazione degli ospedali, debba essere offerta in qualche modo la possibilità di evolvere secondo canali diversi, con possibilità di esperimenti e, magari, anche di errori, così come sperimentalmente di continuo evolvono i trattamenti medici.

Faccio un esempio. Quando il cateterismo del cuore offrì la possibilità di diagnosticare alcuni vizi congeniti, vi fu subito chi intravede che soltanto la circolazione extra-corporea avrebbe permesso ai chirurghi di correggere questi vizi. Ma soltanto dopo prove e riprove si giunse a mettere a punto tecniche e attrezzature adatte allo scopo. L'iniziativa di costruire la macchina per la circolazione extra-corporea, che ha reso possibili tanti ardimenti, ultimo quello del trapianto del cuore umano, fu presa dagli amministratori di un grande centro specialistico statunitense e fu studiata da tecnici e ingegneri della « General Motors », in collaborazione con gli specialisti di quel centro. La decisione dei *managers* di mettere a disposizione l'enorme cifra, circa 1 miliardo, fu presa in piena autonomia e fu finanziata direttamente da quel centro, senza alcun concorso dello Stato. Oggi, se anche in Italia, con ritardo di parecchi anni e con una spesa relativamente modesta, molti ospedali possono fruire di quella attrezzatura, noi lo dobbiamo a quella autonoma iniziativa di amministratori che si resero conto che i medici non chiedevano la luna.

Pensate voi che un nostro ospedale potrà mai prendere un'iniziativa del genere quando ogni richiesta dovrà seguire la trafila burocratica che questa legge contempla?

Un altro esempio che mi sembra pertinente: i grandi ospedali statunitensi non possiedono, in genere, come da noi, divisioni mediche, chirurgiche, specialistiche, nettamente separate. Hanno più la struttura di grandi case di cura privata dove singoli pazienti sono seguiti da *équipes* di specialisti che di volta in volta si associano per curare nel modo migliore il paziente. Io non voglio discutere se sia preferibile l'ordinamento dei nostri ospedali o quello degli ospedali statunitensi, ma è indubbio che un ordinamento centralizzato rigidamente esclude la possibilità di ospedali organizzati in questo modo.

D'altro lato c'è da temere che una decisione errata presa al centro possa moltiplicarsi per tutti gli ospedali. Non c'è nessuna ragione inerente alla natura e agli scopi di un trattamento ospedaliero per cui questo debba venire organizzato mediante un piano

valido per tutta la Nazione. Ecco perchè la centralizzazione dei poteri di decisione appare pericolosa. Mi si obietterà che, anzi, la legge si propone di decentrare i poteri decisionali a livello regionale, a livello provinciale, ma a questa obiezione io vorrei rispondere con le parole del già citato ministro Powell che ha rilevato che l'interposizione dei comitati regionali tra il Ministro e le amministrazioni ospedaliere ha avuto paradossalmente l'effetto di realizzare la centralizzazione. « Gli ospedali — dice testualmente il Ministro — preferiscono rivolgersi direttamente al centro piuttosto che percorrere le remote, impervie, inaccessibili strade dei comitati regionali ».

Di qui il suggerimento, che viene dal Ministro, di abolire i *Regional Boards* e stabilire un contatto diretto tra Ministro e ospedali attraverso un corpo di ispettori.

Il senatore Zonca mi è sembrato molto ottimista in fatto di autonomia ospedaliera: è certo che i relatori di maggioranza si sono resi conto della sua importanza e dobbiamo ricordare, come ha fatto d'altronde anche lo onorevole Lattanzio, che il problema dell'autonomia è stato uno dei più dibattuti e che il Convegno della FIARO, del 3 febbraio 1965, presente il ministro Mariotti, affermò che la gestione centralizzata, burocratizzata degli ospedali avrebbe finito col costituire una grave remora al loro sviluppo. L'onorevole Lattanzio, mentre riconosce la validità di questa significativa affermazione, parla delle implicazioni pratiche cui la legge risponderebbe. È questo il motivo, egli afferma, per cui il fondo nazionale è stato riportato nei limiti che non contraddicessero con l'autonomia propria degli enti. Anche il senatore Samek Lodovici ritiene che l'abbattimento a soli 10 miliardi della cifra destinata al fondo nazionale costituisca una garanzia per l'autonomia degli ospedali, nella convinzione, dice testualmente « della intrinseca pericolosità per l'autonomia degli enti ospedalieri del fondo nazionale come era originariamente concepito, quasi fonte unica, centrale di sussistenza ed incremento degli ospedali ».

Se ne può dedurre che tanto l'onorevole Lattanzio che il senatore Samek Lodovici, mentre riaffermano la validità e la necessità

dell'autonomia ospedaliera, sembrano volerne affidare la difesa — difesa invero troppo fragile — soprattutto alla esiguità del fondo nazionale. E questo forse non sta a significare altro che il loro imbarazzo.

L'onorevole Capua alla Camera ha posto all'onorevole Lattanzio una precisa domanda: il Ministro parla chiaro, egli ha detto, sappiamo ciò che vuole, ma voi democristiani che cosa dite su questo tema? Volete insomma o non volete la statizzazione degli ospedali? Confesso che la risposta dell'onorevole Lattanzio mi ha divertito. È bene precisare che è nostra intenzione, egli ha detto, che l'intervento dello Stato non si traduca mai nell'affermazione della tendenza all'accentramento e al monopolio, caratteristiche che sono proprie dei regimi totalitari. Si deve invece riconoscere all'intervento della autorità statale la natura di una pubblica insostituibile funzione che nella specie si identifica nell'indirizzo, nella promozione, nel coordinamento, e nel controllo. E da escludersi, egli ha detto, la presenza oppressiva di una organizzazione sanitaria centralizzata, incapace di dare grandezza alla dimensione umana e protesa invece ad imprimere il sigillo della sua potenza sulla cera delle coscienze e delle menti altrui. Benissimo, speriamo pure che la cera delle coscienze degli amministratori non abbia mai a subire l'onta di un sigillo governativo, ma che cosa potrà fare di veramente importante nella vita dell'ospedale il Consiglio d'amministrazione? È forse importante deliberare sugli adempimenti prescritti dal piano ospedaliero, come è prescritto alla lettera b) del secondo comma dell'articolo 10, che non vuol dire altro che adempiere a quanto prescrive il piano, oppure deliberare sull'assunzione del personale sanitario, quando tutto il compito dell'amministrazione sarà quello di estrarre a sorte i membri della commissione di concorso dagli elenchi prefissati dal Ministro? Le norme che minutamente e analiticamente regolano le strutture interne degli ospedali, l'ordinamento dei servizi ospedalieri, il rapporto numerico tra personale sanitario e posti-letto, le ore di servizio dei sanitari, gli stipendi, non consentiranno alle amministrazioni che pure e semplici fun-

zioni di controllo — utilissime, si capisce — sui servizi, l'economato, l'ufficio tecnico e così via, ma ogni iniziativa di qualche rilievo sarà loro preclusa. Ma a prescindere dalla palla di piombo al piede della possibilità di progresso tecnico dell'ospedale, per usare l'espressione dell'onorevole Capua, c'è un altro punto che può essere motivo di preoccupazione. Il primo comma dell'articolo 26 dice che la legge dovrà stabilire il quoziente da applicare per ottenere il rapporto tra numero di posti-letto e popolazione interessata. Concetto sostanzialmente valido, ma potenzialmente pericoloso, perchè può prestarsi ad una rigida e quasi aritmetica distribuzione della rete ospedaliera e inibire quello che, entro certi limiti, può essere considerato fisiologico sviluppo di un centro ospedaliero. Per rendere chiaro il mio pensiero mi limiterò a fare una considerazione e a citare un esempio. La considerazione è che a parità di valore individuale, il clinico o il primario che lavori in un ambiente di alta specializzazione, che possa disporre dell'emodinamista, della diagnostica con radioisotopi, della consulenza dell'ematologo, dell'oncologo, dello specialista del ricambio e via di seguito, rende molto di più anche in casi che si potrebbero definire di ordinaria amministrazione — ma esistono poi veramente casi di ordinaria amministrazione? — che non il primario che di tali presidi non può disporre. Donde la necessità di concentrare al massimo e non disperdere i servizi ospedalieri, prescindendo, entro vasti limiti, dal rapporto tra popolazione e posti-letto. L'esempio è quello della *Mayo Clinic Foundation*, che probabilmente è oggi il centro specialistico più importante del mondo intero. Rochester, dove ha sede la *Mayo*, conta 40 mila abitanti, e di questi 10 mila sono malati che affluiscono alla *Mayo* da tutte le parti del mondo per essere visitati e curati, 3.500 sono ricoverati nei vari ospedali e 6.500 attendono negli alberghi visite e controlli, prima dell'eventuale ricovero. Se la *Mayo* si fosse sviluppata secondo le prescrizioni di una legge di programmazione, oggi probabilmente sarebbe poco più che un modesto ospedaletto di provincia. Aggiungo che dalla *Mayo* sono usciti dei pre-

mi Nobel, che la *Mayo* specializza, pagandoli, medici statunitensi e stranieri, ed è una istituzione privata che gode di assoluta autonomia e che si autofinanzia.

Se in una materia tanto difficile fosse possibile azzardare una previsione, tenendo però conto di quanto si sta svolgendo sotto i nostri occhi già da qualche anno a questa parte, si dovrebbe prevedere una progressiva tendenza alla formazione di pochi grandi centri ospedalieri di alta specializzazione. Già oggi, se non agissero i freni inibitori della scarsità dei letti e delle limitazioni che gli enti assistenziali impongono al ricovero fuori zona, le presenze degli ospedali maggiori avrebbero subito un balzo in su molto più cospicuo. La facilità e rapidità dei mezzi di trasporto è ormai tale che anche il malato grave preferisce essere portato là dove ha maggiore garanzia di un trattamento più efficiente. È probabile che il naturale processo di evoluzione porterebbe a ridurre il compito di buona parte degli ospedali minori a quello di sezioni staccate del servizio di guardia, di pronto intervento e rianimazione, dei grandi centri.

La classificazione degli ospedali in regionali, provinciali e di zona adombra un concetto del genere, ma al tempo stesso si ispira a criteri aritmetici troppo rigidi perchè possa adattarsi ad un processo simile; troppo politici per consentire un'evoluzione fisiologica dell'assistenza, in grado di tener il passo della medicina moderna, con un minimo di dispersione di mezzi e di competenze. Secondo il mio modesto parere, l'era del piccolo ospedale di provincia è destinata a tramontare, e l'intervento politico varrà soltanto a rallentare e a rendere più costoso questo fenomeno, che non va visto soltanto sotto lo aspetto economico, sia pure importantissimo, in quanto permetterebbe di concentrare la spesa in poche unità piuttosto che disperderla in molte, ma soprattutto sotto il profilo dell'efficienza e della possibilità di rapido adattamento ai continui progressi della medicina moderna.

L'ultimo punto che vorrei toccare concerne la carenza della legge circa il contributo che gli ospedali dovrebbero dare alla preparazione dei medici. Mi riferisco anzi-

tutto all'internato di un anno, che è da ritenersi assolutamente insufficiente.

Di recente, il Comitato medico permanente della Comunità europea, in vista della libera circolazione dei medici nei Paesi del MEC, ha approvato l'obbligo degli ospedali di ammettere all'internato di due anni i neo-laureati. Nel corso dei lavori della commissione di Bruxelles, al fine di mantenere nel futuro il principio, già ammesso, della equivalenza dei titoli e dei diplomi, il gruppo di lavoro ha proposto di fissare in otto anni, a partire dall'inizio degli studi universitari, il periodo dopo il quale il medico generico può essere ammesso alla libera circolazione, al libero stabilimento, alla libera prestazione di servizi. È ovvio che anche l'Italia dovrà uniformarsi a tali criteri. E pericoloso mi appare, e lo ha ricordato il senatore Monaldi, quanto dispone l'ultimo comma dell'articolo 27 che non concede all'università aumenti di posti-letto, nelle cliniche, superiori al 15 per cento del fabbisogno stabilito dal piano nazionale ospedaliero.

Il senatore Cassano ha osservato che si sarebbe potuto desiderare che fossero riaffermate le urgenti necessità di raddoppiare e moltiplicare in seno ad una stessa facoltà le cliniche e quindi il numero dei posti-letto per i corsi universitari che oggi, come è notorio, sono mostruosamente affollati. Bisogna riconoscere purtroppo che la preparazione dei medici in Italia, nonostante il valore e l'impegno della grande maggioranza dei nostri clinici, è insufficiente per la notissima carenza di strutture didattiche. Il senatore Monaldi ha ricordato in questa Aula che il 50 per cento degli studenti statunitensi che frequentano le università italiane autorizzate a rilasciare lauree valide per gli Stati Uniti vengono respinti alle prove di esame di Stato nel loro Paese: cifra umiliante per noi e di gran lunga superiore a quella dei laureati statunitensi negli altri Paesi europei.

Si ritiene necessario, in base ad un'indagine obiettiva, che gli attuali 30 mila letti in servizio clinico debbano essere portati ad almeno 60 mila e la legge non ne concede che 4.500.

Che vale allora che il Ministro della pubblica istruzione si preoccupi di aumentare il numero di docenti, professori e assistenti, affrontando la relativa ingente spesa, se poi questi docenti non avranno modo di impartire un valido insegnamento? E come sarà possibile preparare decentemente i 130 mila medici che il ministro Mariotti ritiene necessari? Sulla questione, che ha dato luogo ad accanite battaglie, dei concorsi il senatore Cassano si limita a rilevare che sarebbe opportuno che gli elenchi dei professori universitari, dai quali saranno prescelti per sorteggio i membri della commissione d'esame, fossero predisposti dal Ministero della pubblica istruzione, lasciando al Ministero della sanità di predisporre gli elenchi dei primari ospedalieri.

Io non so quanti titolari di cattedra e quanti primari vorranno accettare di far parte della commissione per gli esami di idoneità annuali a primario; la sola lettura dei temi, che dovrebbe esser fatta collegialmente, li impegnerebbe per molte settimane, forse per mesi, ed io non penso che il Ministero vorrà ricorrere a misure coercitive per obbligare i sorteggiati ad accettare il poco onorifico incarico.

Io temo soprattutto che il meccanismo dei concorsi ospedalieri che favorisce notevolmente i concorrenti provenienti dagli ospedali, anche se ha subito attraverso laboriose, difficili trattative, notevoli modificazioni, possa costituire una seria remora per i giovani che vogliono entrare nella lunga, difficile, pericolosa carriera delle cliniche. Chi entra in questa carriera sa in partenza che il bastone di maresciallo, la cattedra, sarà privilegio di pochi.

È ovvio pertanto che anche ai più dotati, che potrebbero benissimo aspirare alle cattedre, l'idea di poter ripiegare sul primariato darebbe una certa tranquillità e sufficiente assicurazione per sobbarcarsi, per lunghi anni, al mal remunerato, faticoso, ma utilissimo compito di assistente universitario, compito principalmente di ricerca e di insegnamento.

Ora, se è giusto che i migliori ospedalieri, finora sacrificati, possano avere con la nuova legge — ed è questo uno dei punti posi-

tivi — maggiori possibilità di carriera, bisogna anche preoccuparsi di una possibile fuga dalle cliniche di molti elementi e di un rinfocolarsi del vecchio e mal sopito antagonismo tra cliniche ed ospedali.

Chi dice: « le cliniche agli universitari, i primariati agli ospedalieri », dice una sciocchezza. Giustamente il relatore, senatore Samek Lodovici, ritiene necessario promuovere la massima collaborazione dell'ospedale con l'università e d'altronde l'articolo 44 contempla la possibilità, da parte del personale medico ospedaliero degli ospedali regionali, di una attività didattica complementare di quella universitaria.

L'istituzione di ospedali di insegnamento o di reparti di insegnamento negli ospedali regionali potrebbe offrire una ragionevole possibilità di sistemazione agli universitari, purchè nel regolamento dei concorsi a questi primariati fosse data preminente importanza a titoli didattici e di ricerca. Verrebbe così evitato il pericolo di perdere per l'insegnamento elementi particolarmente dotati e verrebbe al tempo stesso assicurata l'auspicata osmosi tra facoltà e ospedali.

È superfluo far presente che il porre a disposizione dell'insegnamento clinico una vasta rete di ospedali contribuirebbe a risolvere la crisi delle attrezzature didattiche e il problema dell'insufficienza dei posti-letto in servizio clinico. L'esempio dei *Teaching Hospitals* e l'istituto della aggregazione in Francia non dovrebbero dar adito a dubbi sulla utilità di un provvedimento del genere che, come giustamente ha ricordato il nostro relatore, richiama il pensiero alle gloriose scuole ospedaliere italiane. Grazie. (*Vivi applausi dal centro-destra*).

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione del disegno di legge ad altra seduta.

Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 17, con l'ordine del giorno già stampato e distribuito.

La seduta è tolta (ore 13,20).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari