

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

751^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 13 DICEMBRE 1967

(Antimeridiana)

Presidenza del Vice Presidente MACAGGI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione	Pag. 40287
Presentazione	40287
Trasmissione dalla Camera dei deputati .	40287

Seguito della discussione:

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

DI GRAZIA	40287
FERRONI	40304
ORLANDI	40296

PARLAMENTO

Annunzio di convocazione in seduta comune	40287
-------------------------------------------	-------

Presidenza del Vice Presidente MACAGGI

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 11,30).

Si dia lettura del processo verbale.

SIMONUCCI, Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del giorno precedente.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Annuncio di convocazione del Parlamento in seduta comune

PRESIDENTE. Avverto che il Parlamento è convocato in seduta comune per martedì 19 dicembre, alle ore 10, con il seguente ordine del giorno: « Votazione per la nomina di tre giudici della Corte costituzionale ».

Annuncio di disegni di legge trasmessi dalla Camera dei deputati

PRESIDENTE. Comunico che il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso i seguenti disegni di legge:

« Ulteriore proroga della durata delle utenze di acqua pubblica per le piccole derivazioni » (2604);

Deputato DE MEO. — « Modifica dell'articolo 70 della legge 12 novembre 1955, numero 1137, sull'avanzamento degli ufficiali » (2605).

Annuncio di presentazione di disegno di legge

PRESIDENTE. Comunico che è stato presentato il seguente disegno di legge:

dal Ministro della marina mercantile:

« Ulteriore proroga dei termini della legge 21 ottobre 1950, n. 943, e dell'articolo 37 della legge 9 febbraio 1963, n. 82, recanti provvedimenti a favore dell'Ente portuale Savona-Piemonte » (2606).

Presentazione di disegno di legge

NATALI, Ministro della marina mercantile. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

NATALI, Ministro della marina mercantile. Ho l'onore di presentare al Senato il seguente disegno di legge: « Provvidenze a favore della pesca marittima » (2607).

PRESIDENTE. Do atto all'onorevole Ministro della marina mercantile della presentazione del predetto disegno di legge.

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

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

È iscritto a parlare il senatore Di Grazia. Ne ha facoltà.

DI GRAZIA. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, la lunga attesa della legge sulla riforma ospedaliera, attesa divenuta già pesante per le alterne vicende della sua impostazione politica e dell'inserimento dell'ospedale nuovo

nella grande riforma generale dell'assistenza sanitaria; l'ansia per la lunga attesa, dicevo, sta a dimostrare la necessità dell'aggiornamento della funzione e della funzionalità dell'ospedale nuovo.

Non sto qui a ripetere le varie fasi alterne che questa riforma ha subito; fasi di voluta, decisa realizzazione con leggi già pronte, vagliate, studiate e che purtroppo, al momento di essere varate, non hanno trovato il conforto politico, la volontà politica della loro approvazione.

Anche la legge che oggi viene alla nostra valutazione e alla nostra approvazione ha subito delle alterne vicende che certamente devono attribuirsi a fattori politici; fattori che, pur imprimendo delle non lievi modifiche alla legge nella sua iniziale configurazione, hanno trovato tuttavia un comune denominatore di confluenza, per cui oggi finalmente possiamo affrontare il grande, complesso problema dell'assistenza ospedaliera nella società nuova che stiamo forgiando su principi di profonda socialità e democrazia.

Onorevoli colleghi, mi sono domandato non poche volte, seguendo il corso politico di questa legge sulla riforma ospedaliera, vagliando le varie reazioni alla primitiva impostazione di essa ed alle successive modifiche apportate dalla responsabile valutazione del Consiglio dei ministri e dalle Commissioni, se questa legge in esame soddisfi in pieno le necessità funzionali dei nostri ospedali, se essa legge imposti in pieno il problema centrale della difesa fisica della nostra gente, se essa, in una parola, nel rinnovare le funzioni dei nostri ospedali, dia a questi vita nuova, vita prospera, vita armoniosa e vita responsabile.

Ad essere sincero, non posso convenire pienamente in una valutazione favorevole del tutto completa; ma non posso nemmeno negare che questa legge ammoderna e democratizza la vita degli ospedali e pone questi al centro della nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria sociale, che farà degli ospedali il fulcro centrale della futura assistenza sanitaria.

Apprezzo, quindi, lo sforzo del nostro Governo che, pur tra non poche difficoltà fi-

nanziarie, ha voluto e saputo trovare le non facili risorse per affrontare e risolvere uno dei più assillanti problemi della nostra società.

La pregiata relazione del collega Samek si ispira anch'essa alla comune nostra volontà di legislatori responsabili, a quella volontà, cioè, di assicurare alla nostra collettività l'azione difensiva, profilattica e terapeutica, la più possibilmente perfetta, ed accetta nel suo complesso, tranne qualche lieve perplessità, l'impostazione della legge in parola, considerandola pertanto idonea a conseguire gli obiettivi più sopra espressi.

Molto infatti si è discusso in sede di Commissione poichè si volevano apportare modifiche da parte di tutti gli schieramenti politici al disegno di legge; emendamenti, del resto, che, esaminati dal punto di vista politico, dalla parte da cui provenivano, si ispiravano a presupposti di un contributo migliorativo e per nulla oppositivo per arrestare o rallentare l'iter della legge. I commissari, avendo con piena responsabilità vagliato le varie proposte di emendamenti, finivano col non accettarne parecchi, mentre molti altri venivano ritirati per la responsabile convinzione degli stessi presentatori, convinti di non voler ostacolare la riforma in parola.

Oggi, nel continuare la strada intrapresa per la riforma sanitaria, non dobbiamo dimenticare il travagliato cammino che nel campo sanitario-sociale ha compiuto il nostro Paese da un ventennio a questa parte, cammino progressivamente sempre più avanzato, per quanto a carattere graduale, fino a raggiungere la quota dell'85 e forse del 90 per cento di assistibili della nostra intera comunità. Oggi, per quanto soddisfatti del cammino compiuto, non ne siamo del tutto paghi perchè la nostra meta è quella della sicurezza sociale e sanitaria. Essa dovrà essere raggiunta al più presto possibile, in quanto non possiamo ancora accettare per lungo tempo la sperequazione di trattamento di una aliquota di nostri connazionali scoperta dall'assistenza sanitaria mutualistica.

L'esperienza fino ad oggi del nostro sistema assistenziale e sanitario ci porta a delle conclusioni che, in larga massima, possiamo

ben dire efficienti e valide nei riguardi dei risultati fino ad oggi conseguiti. Ciò si è potuto ottenere in quanto l'evoluzione assistenziale e sociale nostra si è man mano sviluppata in estensione dopo aver maturato, per lo meno organizzativamente, i vari gradini evolutivi. Solo così possiamo spiegarci perchè, ad esempio, l'INAM, che assiste oltre 25 milioni di assicurati, ed è quindi necessariamente un ente pleonico, tuttavia dimostra di essere organizzativamente perfetto e rispondente ad ogni nuova richiesta di impegni nel campo dell'assistenza sociale. E se qualche sfasatura può essere rimarcata volutamente in qualche settore da qualche individuo non obiettivo, e pertanto può essere messa in rilievo e criticata oltre misura, ciò non può infirmare minimamente la perfetta funzionalità dell'ente stesso.

M A C C A R R O N E . Ma è il Ministro della sanità della Repubblica italiana che fa queste critiche.

D I G R A Z I A . Il Ministro non critica l'INAM, dice che bisogna ammodernare gli enti assistenziali.

M A C C A R R O N E . No, dice che bisogna superare il sistema mutualistico.

D I G R A Z I A . Io parlo dell'organizzazione degli enti sino ad oggi. Domani la modificheremo a seconda degli accordi che si prenderanno in sede politica e fra di noi, poichè siamo noi che dobbiamo approvare le leggi.

Che vi siano difficoltà finanziarie da superare lo vedremo nella sede adatta, quando cioè si discuteranno queste riforme degli enti mutualistici. Tali difficoltà non sono da attribuire all'ente stesso, ma a fattori che noi politici dobbiamo correggere ed eliminare; questo è il mio parere e se lei non è d'accordo, senatore Maccarrone, non mi interessa. (*Interruzione del senatore Maccarrone*).

Lo stesso dicasi per tutti gli altri enti mutualistici; evolversi, pertanto, del nostro modo di concepire la moderna protezione fisica dei nostri connazionali comporta eviden-

temente, come primo punto essenziale, le funzioni e la funzionalità dell'ente ospedaliero. Infatti, nella nostra moderna concezione sociale dell'assistenza sanitaria, l'ospedale è considerato un organismo centrale sul quale converge tutto l'ordinamento sociale sanitario.

La legge 2275 che stiamo discutendo, onorevoli colleghi, si occupa appunto della funzione e della funzionalità degli ospedali e viene presentata prima di ogni altra riforma sanitaria perchè ritenuta prioritaria. È una riforma assai importante, e penso che ognuno di noi, obiettivamente, senza presupposti ideologici o interessi di categoria, debba dare il suo contributo perchè essa sia rapidamente approvata.

Quali sono i lati nuovi ed apprezzabilmente propulsivi della funzionalità degli ospedali che questa legge imprimerà all'assistenza ospedaliera? Sono molti, e fra i più importanti rimarco: prima di tutto, l'istituzione dell'ente ospedaliero in funzione pubblica, in funzione di doverosa e necessaria attività sociale, non più legata all'azione caritativa, per quanto questo non sia ormai un evento nuovo, ma un vero e proprio riconoscimento ufficiale di uno stato di fatto. L'istituzione dell'ente ospedaliero rappresenta per la evoluzione speciale del nostro Paese un'affermazione dei valori morali, di comprensione e di apporto sociale, che esprimono e confermano le capacità di progresso del nostro popolo. L'azione pubblica svolta dall'ospedale era già un fatto maturato attraverso la evoluzione assistenziale e sociale del nostro Paese; un fatto maturato gradualmente — come ho sopra accennato — ma necessitava di questo riconoscimento ufficiale, onde evitare il perpetuarsi di errori, di erronee interpretazioni. Inoltre, era assolutamente necessaria la istituzione dell'ente ospedaliero, in quanto esso, in modo veramente encomiabile, viene posto al centro di ogni attività sanitaria, viene a rappresentare il fulcro su cui si muovono e si sviluppano le varie altre attività sanitarie di assistenza e profilassi. Questa posizione centralizzata dell'ospedale mi pare rappresenti una delle più intelligenti e indovinate concezioni del nuovo futuro sistema assistenziale, che presto dovremo

coordinare, riformando quello attuale; riforma, a mio parere, che dovrà realizzarsi con gradualità sperimentata, per non cadere in certi eccessi non sempre dominabili e purtroppo assai onerosi, come è avvenuto in altri Paesi, in cui si è dovuto in parte rifare il cammino a ritroso.

Secondo: l'aver mantenuto l'autonomia dell'ospedale nuovo, attraverso le libere e democratiche amministrazioni, senza arrivare alla paventata nazionalizzazione che andavano predicando coloro che per ostacolare l'iter della legge puntavano sulla sensibilità politica personale di ciascun parlamentare, specie della maggioranza, per disgregarla. Ciò significa bando alle ingiuste accuse, alle insinuazioni insincere, alla malafede più aperta ed inqualificabile.

Gli ospedali sono, è vero, autonomi, con amministrazioni elette democraticamente, ma devono e dovranno avere un indirizzo di uniformità assistenziale, in eguale misura e qualità in tutte le regioni del nostro Paese, senza discriminazioni qualitative di capacità assistenziale, nel campo profilattico, clinico e terapeutico.

Intendo riferirmi alle qualità cliniche e scientifiche degli artefici della funzione ospedaliera, cioè dei sanitari, che debbono garantire questa unità di trattamento, tanto necessariamente richiesta dalla nuova, crescente ed armoniosa assistenza sociale sanitaria.

Per assicurare la massima possibile capacità qualitativa dei tecnici, oltre all'immancabile uguaglianza delle attrezzature, il disegno di legge prevede un sistema di doppio controllo nella valutazione dei sanitari, prima che essi siano scelti, per assumere l'onere non lieve della responsabilità collettiva degli infermi. Il sistema scelto è organizzato in questo disegno di legge in modo presuntivo, tale da essere eliminato qualsiasi intervento esterno, sia di natura protettivistica, sia di natura politica, tale cioè da evitare la discriminazione, a volte, dei migliori, se meno protetti, a tutto scapito degli infermi.

Si ha, cioè, una prova, che io chiamerei di idoneità, la quale sancisce che il candidato vincitore è idoneo a coprire il posto di assistente, di aiuto, di primario, eccetera. La

seconda prova, che si potrebbe chiamare di scelta, è quella del superamento dei concorsi indetti dai vari ospedali.

Come si può evidenziare, questo sistema, a mio parere, pecca di eccessiva e pesante preoccupazione di obiettività, del resto non sempre in assoluto raggiungibile, mentre crea sperequazioni ed allontana elementi ben preparati dai concorsi di scelta, solo perchè non hanno potuto concorrere alla prova di idoneità.

È previsto un certo numero di anni dalla laurea e certi titoli per concorrere agli esami di idoneità nazionali e regionali, e ciò è esatto, mentre non mi sembra tale il concetto che ai concorsi locali si possa accedere solo dopo l'esame di idoneità nazionale o regionale. Mi sembra, infatti, che l'esame di idoneità, per il suo stesso tenore, diventerà spesso uno scoglio superabile per il fatto stesso che l'idoneità non assicura il posto.

Inoltre, come dicevo, si possono creare involontariamente delle sperequazioni. Faccio un esempio. Un sanitario, per parecchi anni assistente, anche volontario, in una clinica universitaria, il giorno in cui si vede precluso l'insegnamento universitario decide di concorrere al posto di aiuto o di primario attraverso un concorso locale: a tale concorso non potrà partecipare, pur ritenendosi preparato sia scientificamente che clinicamente, perchè non ha ancora superato l'esame di idoneità, a volte non per poca attività, ma per non far trapelare al capo dell'istituto universitario una sua eventuale aspirazione. Egli, nel caso più fortunato, perderà il concorso per l'ospedale da lui preferito o dovrà aspettare un altro anno o un altro concorso per potervi partecipare. Trasportati i suddetti presupposti di massima obiettività nei concorsi, il disegno di legge ha volto l'attenzione sulla scelta dei membri delle Commissioni, scelta stabilita per sorteggio, su elementi preparati, dal Ministero della sanità, dalla regione eccetera. Questo sistema di scelta dei membri delle Commissioni a me non sembra del tutto consono alla bontà della legge per vari motivi. In primo luogo, perchè verremmo ad ammettere che vi siano stati e vi potranno essere dei sistemi im-

rali nello svolgimento dei concorsi, perchè indirettamente conclameremmo un atto di sfiducia verso il Ministro o verso il presidente delle assemblee regionali e delle amministrazioni ospedaliere. D'altra parte chi presiederà a garantire questo sorteggio?

A tale proposito, al collega relatore che, in merito al metodo dell'assunzione dei medici ospedalieri, ha sostenuto l'esigenza di porre fine — sono parole del nostro relatore — una volta per sempre alla tanto deprecata ma da anni tollerata situazione attuale, nella quale i favoritismi e le interferenze politiche e soprattutto le nomine non serene delle Commissioni esaminatrici da parte delle amministrazioni ospedaliere hanno frustrato e frustrano, scoraggiandoli, gli elementi migliori con immenso danno, vorrei dire se non crede che questi suoi apprezzamenti siano esagerati e se l'averli così saldamente affermati non costituisca un accreditamento ad uno stato di persistente amoralità negli ambienti da lui accennati. Non sarebbe forse stato meglio tacere su certe valutazioni che potrebbero essere assolutamente personali e non del tutto rispondenti al vero?

Il collega Samek Lodovici, che se non sbaglia copre la carica di direttore primario dell'ospedale di Abbiategrasso, ha forse subito nei concorsi che egli avrà dovuto sostenere queste discriminazioni da lui così pomposamente denunciate? In Commissione, il sottoscritto espresse queste sue preoccupazioni e presentò degli emendamenti che, purtroppo, non condivisi dalla maggioranza, credette ovvio ritirare. Nel ripetere queste mie osservazioni, in questa Assemblea, onorevoli colleghi, desidero soltanto che su questo argomento sia levata una voce perchè intendo richiamare l'attenzione di quella parte dei colleghi non del tutto edotti sui problemi ospedalieri e perchè resti agli atti del Senato un punto non del tutto chiaro, nel senso suddetto, che successivamente potrà magari essere riconosciuto giusto ed essere qualificato.

Altro lato importantissimo della legge riguarda la distribuzione dei posti-letto uniformemente in tutto il Paese, a carattere regionale, provinciale e comunale, con parità di attrezzature, affinchè vengano a cessare in tal modo le diseguaglianze territoriali spesso

da noi, in tutte le occasioni, rimarcate. Ancora è da rilevare il fatto importante che ogni costruzione e ampliamento di nuovi ospedali o di nuovi reparti debba obbedire al piano di espansione e di sviluppo degli ospedali; piano rapportato ad indici o parametri uguali per tutte le regioni, e comunque preventivamente regolato in sede regionale e sottoposto al controllo e all'approvazione della Commissione nazionale per il piano ospedaliero.

Vi potranno essere dei ritardi nell'*iter* di queste sanzioni. Però mi sembra che sia assolutamente importante mantenere questo principio nel disegno di legge; basterebbe questa sola disposizione per considerare profondamente sociale e giusta la legge che stiamo per approvare. Per me italiano del Meridione, anzi isolano, fino a quando il sogno del ponte e la sua realizzazione non ci congiungerà in modo continuativo al continente, questa uguaglianza di attrezzature e di assistenza nel campo sanitario mi riporta allo stato d'animo che si viene a creare in noi ogniqualvolta si realizza una meta agognata e considerata tanto lontana da crederla un sogno.

Comunque, come in ogni cosa veramente bella si può trovare il suo neo, anche in questo ordinamento vi è un dato che può sembrare, ad un osservatore superficiale, trascurabile, mentre comporta, se esaminato con una certa ponderazione, una valutazione politica, un indirizzo politico nuovo, limitativo dell'attività professionale libera e della libera iniziativa privata. Intendo riferirmi alle possibilità di vita che questa legge vuole lasciare alle case di cura private, alle limitazioni che essa vi vuole imprimere, tali da allontanare qualsiasi iniziativa in questo senso, alle valutazioni non certo benevole che si vogliono dare alle case di cura private, espressione e strumento della libera attività professionale, a volte non possibilitata a svolgersi in ospedale. Valutazioni non certo benevoli, ma negative e, a dire del relatore, a fini speculativi; come se ogni attività di carattere professionale, industriale o commerciale non dovesse avere il suo apporto di onesto compenso e per nulla speculativo — la parola speculazione dà la sensazione, giu-

stamente, di un eccessivo guadagno, di una forzata violenza, nel nostro caso, alle tasche di chi chiede l'apporto terapeutico del sanitario della casa di cura —; come se non esistesse un ordine di medici che indichi le tariffe e stabilisca l'onorario nei casi di controversia; come se non esistessero reparti ospedalieri oggi che possono offrire quelle stesse garanzie assistenziali che danno le case di cura private; come se domani, raggiungendo gli ospedali le attrezzature previste nel piano, non dessero garanzie sufficienti agli infermi. Chè, se alcuni pazienti purtuttavia preferiscono e preferiranno la casa di cura e non l'ospedale, nella pienezza del loro diritto di scelta per il professionista che deve curarli, ciò non potrà nè dovrà portare alcuna preoccupazione allo Stato, che ha già approntato i mezzi necessari agli ospedali per l'ottimale terapeutico ed ha così compiuto il suo dovere sociale.

Non bisogna, a mio avviso, considerare la casa di cura privata come un ente concorrenziale dell'ospedale. Quest'ultimo ha soltanto fini di doverosa socialità, eguale per tutti, ma non può esplicare azione costringitiva verso l'infermo costringendolo a scegliere l'ospedale e non la casa di cura, ove egli trova o troverà il sanitario che gode della sua piena fiducia.

In sede di Commissione mi sono espresso chiaramente in questi termini; dissi che non si poteva, secondo il mio punto di vista, accettare il giudizio espresso dal relatore sulle case di cura private; feci notare in quella sede che noi dobbiamo dare il giusto riconoscimento all'apporto che hanno sempre dato le case di cura private nel tempo...

SAMEK LODOVICI, *relatore*. Nessuno glielo ha negato, tanto meno il relatore.

DI GRAZIA. Però le avete limitate, in modo che non hanno più nessuna attività. Dicevo: nel tempo della disordinata assistenza ospedaliera, nessuno, penso, negherà che senza l'apporto delle case di cura private l'assistenza ospedaliera sarebbe stata nel nostro Paese tanto carente da non poterne nemmeno concepire le relative, gravi conseguenze.

Non desidero ripetere in questa sede le cause di ciò, ormai note a tutti, ma non dobbiamo oggi, mentre il problema ospedaliero sembra entrare definitivamente nella sua programmata realizzazione, ripudiare e, ancora peggio, condannare le case di cura private addebitando loro la colpa di svolgere una funzione esclusivamente speculativa e bollandole col marchio di organismi che perseguono il solo fine di lucro incontrollato.

Onorevoli senatori, il nostro relatore, nel raffrontare le case di cura private all'ente ospedaliero, ad esempio, mentre non può negare nella nostra società libera e democratica la sussistenza delle case di cura private, pone in evidenza l'aspetto speculativo di esse e quello, non a fine di lucro, dell'ospedale.

Mi piace sin da ora asserire che anche quando gli ospedali di nuova organizzazione dovessero funzionare come da ognuno di noi desiderato sia nel campo organizzativo sia in quello assistenziale, ciò che io credo solo in parte raggiungibile, vi sarà sempre qualche cosa che non soddisferà l'ammalato e che l'ospedale non potrà mai raggiungere in pieno.

FERRONI. Questa affermazione è un po' azzardata.

DI GRAZIA. Mancherà cioè quell'assistenza privatistica interessativa e particolarmente vegliante sulla vita dell'essere umano affidato alle virtù cliniche e scientifiche di chi responsabilmente dirige la casa di cura privata.

Ciò non potrà riscontrarsi nemmeno dal lato soltanto umanitario negli ospedali più progrediti e funzionanti, perchè nell'ospedale l'infermo, per quanto sia alto il senso di rispetto della personalità umana, sarà sempre calcolato un numero, un caso tra i tanti, verso il quale si esplicheranno, non ne dubito, le doverose e necessarie cure con la fredda assistenza di chi sarà adibito ad espletare tale funzione.

Non voglio insistere su questo tono perchè so di aprire una piaga che non possiamo mai rimarginare con le nostre organizzazioni

e le nostre terapie legislative; si tratta del grande fenomeno per cui la vita che si svolge con carattere pubblico comunitario non può mai raggiungere gli alti livelli spirituali o l'umanità che si richiede, specie nel campo sanitario. Mi si dirà che nelle case di cura private ciò si realizza a volte per motivi crudamente reclamistici, che tutto ciò che si manifesta di affettuosità e premurosa comprensione è interessativo: io accetto questa materiale interpretazione, ma sempre in senso relativo, in quanto il medico non ha mai agito esclusivamente nella sua opera con freddo calcolo professionale, ma soprattutto con senso profondo di umanità e comprensione.

Il medico esplica anche in ospedale questo spirito di umanità, però è spesso preso dalla numerosa pletora di infermi che chiedono assistenza ed è costretto spesso a trattare i pazienti come casi più o meno interessanti. Mi dirà l'amico senatore Samek che ciò non può distoglierci dal preparare per un'assistenza sanitaria ospedaliera ospedali bene attrezzati e rispondenti dal lato clinico e scientifico al progredire della scienza. Ne convengo, ma ciò non dovrà neanche indurci a negare la libertà di vita alle case di cura private concedendo loro una libertà in modo apparente e formale, mentre, in pratica, queste case di cura saranno costrette alla chiusura per un complesso di ordinamenti impositivi che non potranno essere uguagliati a quelli dell'ospedale, data la natura pubblicistica di questi ultimi.

A tal uopo avevo presentato alcuni emendamenti agli articoli 51 e 52; in particolare al terzo comma dell'articolo 52 avevo presentato un emendamento tendente ad eliminare le parole « ove non violi le finalità del piano di programmazione regionale », in quanto era chiara l'intenzione della legge di non concedere alcuna autorizzazione all'apertura di case di cura private, quando si pensi per logica conseguenza che i piani ospedalieri saranno distribuiti presumibilmente in modo tale da non creare alcuna carenza e quindi da non lasciare spazio vitale per le case di cura private.

Altri colleghi convergevano su questo punto e l'emendamento soppressivo fu accettato.

Resta sempre però la condizionalità dell'approvazione della casa di cura essendo rimasta la condizione espressa dal terzo comma con le parole: « in base alla esigenza igienico-sanitaria e alle altre condizioni previste dalla legge ». Ciò comporta che, se il giudizio del medico provinciale vorrà essere negativo, dal suo punto di vista, al richiedente l'autorizzazione dell'apertura della casa di cura non resterà alcuna possibilità di ricorso.

Questa situazione mi sembra contraddica con il più elementare diritto di ogni cittadino di poter ricorrere a giudici superiori e più obiettivi. Mi si potrà obiettare che tale possibilità di ricorso è sempre possibile perchè implicita sia in sede amministrativa, sia in sede legale. A me però dalla forma esplicita del terzo comma dell'articolo 52 non sembra si possa in modo chiaro pervenire a questa certezza; inoltre mi pare logico indicare gli organi ai quali bisogna ricorrere.

Ho presentato pertanto un emendamento aggiuntivo al terzo comma dell'articolo 52 che suona così: « Contro il giudizio negativo del medico provinciale si può ricorrere in prima istanza al Consiglio regionale di sanità della regione di appartenenza e in seconda istanza al Ministro della sanità, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità ». Con ciò ho inteso, per brevità, di aver illustrato il mio unico emendamento che spero sarà approvato. Nel caso, viceversa, che il Ministro mi dia specifiche garanzie in proposito, sono anche pronto a ritirarlo.

F R A N Z A . C'è la via giudiziaria che è la più sicura.

D I G R A Z I A . Ma è più lunga ed inoltre in questo caso, trattandosi di un nuovo ordinamento, non si sa a chi bisogna ricorrere. Comunque, ripeto, se il Ministro mi darà delle garanzie, sarò felice di ritirarlo per non intralciare l'iter della legge, convinto come sono che nell'attuazione pratica di essa necessiteranno poi delle modifiche da attuarsi eventualmente con legge appropriata.

Altra modifica importante di questa legge è l'istituzione del collegio dei revisori e del consiglio dei sanitari. Quest'ultimo avrà

nella direzione amministrativa dell'ospedale un peso ragguardevole come organo tecnico, in quanto è fatto obbligo al consiglio di amministrazione di sentire, per gli aspetti sanitari dei problemi, il consiglio dei sanitari.

È vero che le amministrazioni ospedaliere dal 1938, con l'istituzione dei direttori e sovrintendenti sanitari, sono coadiuvate da questi sanitari che assommano la responsabilità funzionale e profilattica degli ospedali: tuttavia il loro parere non è sempre richiesto e comunque non è stato così impegnativo come viene richiesto dalla legge attuale.

Un altro punto credo sia necessario chiarire, onorevoli colleghi, quello, cioè, indicato al numero cinque della relazione che suona così: « la promozione della massima integrazione e collaborazione, nel rispetto reciproco, tra ospedali e dell'ospedale con l'Università ... ». Qui entriamo in uno dei punti assai delicati della riforma, in quanto si deve con chiarezza, e senza mezzi termini, affermare o meno se l'ospedale nuovo debba sottostare ancora, dove esistono le cliniche universitarie, al dominio, anche se indiretto, di queste ultime.

Intanto, mi piace far notare che molte università hanno chiesto l'indipendenza assoluta dalle amministrazioni ospedaliere dove sono allocate e chiedono la creazione di nuovi ospedali esclusivamente universitari, allontanandosi spontaneamente dagli ospedali clinicizzati che per tanti anni le hanno ospitate. Questa tendenza non è solo manifestazione delle università dei centri più grossi, ma di quasi tutte le università. Molte di esse hanno già ottenuto ed hanno già costruito le loro cittadelle universitarie. Non cito il nome di queste università già favorite e distaccatesi dagli ospedali.

L'allontanarsi degli istituti clinici comporta agli ospedali danno e danno alle cliniche universitarie: i primi perchè perdono il prestigio che comporta il loro istituto universitarie, le altre perchè non potranno avere a disposizione il vasto materiale umano da scegliere in un ospedale.

Comunque questa tendenza alla separazione dimostra che le università non intendono esprimere la loro influenza clinico-scientifica negli ospedali, mentre, d'altra parte, in-

tendono prevalere e dominare sulla scelta dei sanitari ospedalieri attraverso il loro predominio nei concorsi.

Gli ospedali rappresentano e rappresenteranno per i clinici universitari un comodo sfogo per la sistemazione dei propri allievi non collocabili o non idonei alla cattedra.

Se così stanno le cose, intendo domandare al collega Samek: in che modo intende promuovere la massima collaborazione tra università e ospedali? Quali rapporti clinico-scientifici esistono oggi tra le cliniche universitarie arroccate nelle proprie cittadelle e gli ospedali, se non quello di prestigio per gli ospedali clinicizzati, prestigio che si risolve per le amministrazioni ospedaliere in un maggior richiamo di infermi e in un vantaggio per gli istituti universitari? Dal lato didattico e clinico-scientifico oggi cosa danno gli istituti universitari agli ospedali? Nessuno scambio culturale esiste tra i sanitari ospedalieri e quelli degli istituti universitari, con qualche eccezione di carattere amichevole ed individuale.

Io sono speranzoso e desideroso che osmosi vere e proprie culturali si creino, si stabiliscano tra gli istituti clinici universitari e gli ospedali se vogliamo veramente che i sanitari ospedalieri evolvano la loro cultura clinica e scientifica a beneficio dell'assistenza agli infermi.

Si voglia o non si voglia riconoscerlo, gli organi scientificamente propulsivi della cultura scientifica e dell'aggiornamento clinico-terapeutico sono proprio quelli universitari. E se noi oggi possiamo ancora far valere il nostro peso in campo scientifico internazionale, lo dobbiamo proprio agli istituti universitari nostri che, pur fra mille difficoltà di attrezzature e di personale, riescono tuttavia a tenere alto il prestigio delle nostre istituzioni scientifiche e del nostro apporto passato e presente alla scienza non meno delle Nazioni più avvantaggiate in questo campo.

Ma la legge che stiamo per varare si occupa di questo lato importante della cultura scientifico-clinica dei sanitari ospedalieri? E in che modo e in che misura? In essa si auspica che i primari con i propri collaboratori lavorino anche scientificamente; ma con qua-

li mezzi, con quale indirizzo, con quale metodo? Quali saranno i rapporti dei reparti ospedalieri con le cliniche universitarie? Nulla si prevede e nulla è indicativo in tal senso. Si ha invece la sensazione che gli ospedali dovranno, in una loro ostentata indipendenza dalle università, vivere una vita scientifico-clinica autonoma e indipendente del tutto dagli istituti universitari. Se questa sarà la funzione degli ospedali nostri in questo delicato settore tecnico-clinico e scientifico, io prevedo che l'assistenza ospedaliera di domani non raggiungerà gli alti livelli che tutti noi auspichiamo e molti infermi chiederanno di essere curati e assistiti negli istituti e nelle cliniche universitarie.

Non dobbiamo dimenticare che il lavoro scientifico comporta sacrifici non lievi e può solo essere abbracciato da chi ha non soltanto la tendenza attitudinaria, la predisposizione alle ricerche scientifiche, ma anche l'aspirazione a mete più alte di insegnamento e di ricerca. Con questa legge, onorevole Ministro, io prevedo che faremo degli ospedali nuovi dei centri puramente profilattico-terapeutici, se non studieremo e riusciremo a creare disposizioni di collegamento con gli istituti universitari e i sanitari ospedalieri, collegamenti che ancora oggi non esistono.

Non posso astenermi dal fare altri rilievi costruttivi su altri punti, magari marginali, come ad esempio quello riguardante lo scorporo del patrimonio di alcuni enti (per fortuna assai pochi), di comuni e provincie proprietari di ospedali attualmente funzionanti egregiamente. Questi ospedali, oggi gestiti direttamente dagli enti, in virtù della nostra legge, diventeranno autonomi, cioè si staccheranno dal patrimonio degli enti comunali e provinciali di cui fanno parte senza alcun indennizzo. Ciò, si afferma, è possibile farlo e non è anticostituzionale in quanto si tratta del passaggio da un'istituzione pubblica ad un'altra anch'essa pubblica.

Mi permetto di far notare, onorevole Ministro, che si tratta, è vero, sempre di istituzione pubblica, ma, nel caso nostro, circoscritta al patrimonio di gruppi di cittadini rappresentati dal comune o dalla provincia che hanno anche potenziata con lasciti, donazioni eccetera, e che rappresenta riserva

patrimoniale di quel dato numero di cittadini, riserva patrimoniale fino ad oggi funzionante come ospedale e che domani, magari per motivi finanziari, può essere destinata ad altri usi e, se necessario, alienata per sopprimere ad altre esigenze di natura pubblica locale. Espropriare pertanto un ospedale di tale natura, nel modo suddetto e con i presupposti suddetti, senza compenso alcuno, mi sembra che significhi decurtare ad una parte di cittadini una loro riserva patrimoniale e sia cosa non del tutto giustificata. A parte il fatto che si tratta di un numero assai modesto, due o tre ospedali comunali e provinciali, e quindi la spesa per l'indennizzo si prevede assai modesta e cioè di qualche decina di miliardi, il principio non sembra del tutto legale. Comunque un mio emendamento in tal senso è stato da me ritirato in Commissione, sia perchè non è facile subito prevedere e provvedere alla copertura di queste nuove spese (l'ospedale Garibaldi di Catania, per esempio, è valutato oltre 6 miliardi) sia perchè non desideravo in nessun modo portare alcuna remora all'*iter* della legge in parola.

Avere prospettato oggi in Assemblea questa situazione ha il solo scopo di sottoporla alla vostra attenzione, onorevoli senatori, nella speranza che in prosieguo si possa, dopo l'approvazione della legge, esaminare questo lato del problema e risolverlo in maniera meno drastica e più comprensiva.

Desidero soffermarmi su un altro punto, onorevole Ministro, onorevoli colleghi; si dice che l'ospedale nuovo, oltre all'attività curativa, dovrà svolgere altri compiti e fra questi quello dell'educazione sanitaria. In che modo, in che cosa consisterebbe questa educazione sanitaria che parte da un organismo già di per sé oberato dalla responsabilità della salute pubblica? Desidererei avere chiarito questo punto che con molta insistenza viene regolarmente ripetuto, tutte le volte che si parla dei compiti che dovrà svolgere il nuovo ospedale. Ad essere sincero, non vedo come l'ospedale nuovo possa svolgere un ruolo così importante da solo per l'educazione sanitaria della nostra popolazione; penso invece che tale ruolo debba essere svolto dal-

la scuola e da organizzazioni culturali collaterali.

Molto è da apprezzare in questo disegno di legge e poco da correggere nelle sue grandi linee; però mi pare doveroso, prima di concludere il mio intervento, riportarmi all'interrogativo postomi all'inizio, e cioè: questa riforma darà vita prospera al nuovo ospedale? Mi riferisco, per essere più preciso, alla situazione economico-finanziaria degli ospedali. Ne hanno parlato anche altri colleghi; che cosa c'è di innovato e soprattutto quali mezzi idonei ci offre la nuova legge, per il momento, per superare le enormi difficoltà finanziarie in cui si dibattono oggi, e certamente ancora domani, gli ospedali quando sarà approvata ed operante la legge? Quale ausilio dà la nuova legge alla vita economica e finanziaria degli ospedali, quali strumenti per superare la carenza dei mezzi finanziari? L'unica innovazione, l'unico strumento è dato dal fatto che si possono contrarre mutui, cedendo le deleghe dei vari enti debitori dell'ospedale; ma anche questo mezzo non può che essere limitatissimo e costosissimo per gli interessi bancari e per il tempo che richiede l'attuazione di ogni operazione di questo genere. Rimarranno invariate le capricciose contestazioni delle rette per centinaia di milioni di spese da parte delle mutue; rimarrà invariata la contestazione delle rette, anche se approvate in tempo utile, regolarmente, da parte di molti enti; permarranno invariate le contestazioni per i ricoveri di urgenza, i palleggiamenti per l'onere dei ricoveri tra comuni di provenienza e casse mutue, con le relative difficoltà di esazione di somme spesso ingenti; permarrà uguale la lentezza di definizione delle pratiche contestate che non finiscono mai per il sopraffollarsi di sempre nuove e numerose contestazioni.

Come vedete, onorevoli senatori, il quadro economico-finanziario del nuovo ospedale sarà anche domani, se non provvederemo subito, quello di oggi, e l'impossibilità di una perfetta funzionalità sarà sempre più acuta, sempre più angosciata.

Lei, onorevole Ministro, penso sia propenso a non contestare le mie preoccupazioni, perchè reali; lei vorrebbe chiedere

alla mia critica costruttiva quale dovrebbe essere il mezzo per superarle; lei ha parlato (e anche i colleghi che mi hanno preceduto) del famoso fondo di rotazione, di anticipazione agli ospedali. Io penso che soltanto in quel modo si potrà risolvere la situazione finanziaria per l'ospedale nuovo, in modo da dare a questa grande riforma quell'apporto che essa presume di poter dare, che noi tutti vediamo che darà.

Sono certo, pertanto, che il Governo e, in particolare, il ministro Mariotti, che ha con tanta tenacia volitiva portato alla nostra approvazione un disegno di legge così complesso ed importante da segnare una tappa luminosa nel cammino della nostra assistenza sanitaria e sociale, sapranno trovare i mezzi economici e finanziari necessari per integrare la vita funzionale dell'ospedale nuovo, secondo le direttive di questa ottima legge, specialmente nel prossimo domani, quando realizzeremo, come è nell'animo di tutti noi, la sicurezza sanitaria e sociale.

Pertanto, con animo sereno e senso di profonda responsabilità, intendo approvare il disegno di legge in parola, espressione di alta maturità del nostro popolo su uno dei problemi sociali così importante. (*Applausi e congratulazioni*).

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

O R L A N D I . Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, è noto il pensiero del nostro Gruppo sul disegno di legge in discussione, per l'ampio dibattito svoltosi nell'altro ramo del Parlamento, nel corso del quale sono emerse chiaramente le nostre posizioni, che noi abbiamo riprese e sostenute, senza molto successo, è vero. nel corso del dibattito nella Commissione sanità del Senato, dove abbiamo cercato di approfondire ulteriormente e sviluppare le nostre posizioni. Il nostro pensiero, del resto, è stato espresso nella relazione del senatore Samek, al quale do atto volentieri della sua obiettività e correttezza, nonchè del pregevole lavoro che egli ha svolto.

Io non tratterò dell'insieme dei problemi da me già discussi in Commissione, perchè

saranno oggetto di intervento da parte dei colleghi del mio Gruppo. Mi limiterò, signor Presidente, a riproporre all'attenzione dei colleghi e del signor Ministro uno degli elementi più qualificanti della legge che, a mio parere, e non solo mio, come mi propongo di dimostrare, darebbe alla legge un contenuto nuovo di avvio ad una vera riforma.

Mi riferisco al servizio sanitario nazionale, come affermazione di principio da introdurre nella legge, perchè sia chiaro ed impegnativo per tutti, anche per i futuri Governi e per i futuri Ministri della sanità (mi scusi il signor Ministro per questo riferimento), che è quella la strada da percorrere se si vuole ottenere un compiuto sistema di sicurezza sociale.

Sono avvenute e stanno avvenendo cose nuove dal giorno in cui si iniziò la discussione del progetto di riforma ospedaliera, prima nel Paese (riconosciamo la parte molto importante che ella ha avuto al proposito, signor Ministro), poi nel Parlamento. Cose nuove di cui dobbiamo tenere conto se non vogliamo essere superati dagli avvenimenti.

Io voglio ricordare, anzitutto, che nel Paese, sul problema della salute pubblica, da molto tempo si era aperto il discorso, che aveva interessato non soltanto le categorie direttamente impiegate nel servizio sanitario, ma anche le grandi organizzazioni sindacali. È già da alcuni anni che la CGIL aveva avanzato la proposta per l'istituzione in Italia del servizio sanitario nazionale. Il nostro Partito, oltre ad altri, nel 1963, nel convegno dell'Eliseo, riprese e ripropose questo problema. C'è poi la relazione del CNEL, molto importante, che riprende questo argomento, lo esamina, lo precisa, lo sottopone all'attenzione del Governo, tant'è che noi poi troviamo, nel piano di programmazione economica, inserito il concetto del servizio sanitario nazionale e della necessità di un compiuto sistema di sicurezza sociale.

Che dire poi del piano di programmazione che è stato approvato con legge n. 685, che deve impegnare il Governo per la sua realizzazione? Io voglio rileggere alcuni punti del capitolo VII intitolato: Della sicurezza so-

ciale; per ricordarlo a me stesso innanzitutto e a tutti voi. Primo: obiettivo finale del programma nel campo sanitario previdenziale e dell'assistenza sociale è l'attuazione di un sistema di sicurezza sociale compiuto. Secondo: il Ministero della sanità, realizzando un servizio sanitario nazionale articolato a livello comunale, provinciale, regionale, e utilizzando le diverse attività del settore pubblico e privato dirigerà e coordinerà la politica sanitaria del Paese; il servizio sarà finanziato dallo Stato attraverso il contributo dei cittadini in proporzione alle rispettive capacità contributive.

Altro punto: le prestazioni sanitarie preventive, curative e riabilitative saranno estese a tutti i cittadini eccetera.

Ma vi è un altro elemento ancora sul quale desidero richiamare l'attenzione dell'Assemblea ed è quello che è venuto fuori alcuni mesi dopo l'approvazione della legge da parte dell'altro ramo del Parlamento. Il Governo, e forse sarebbe meglio dire gli onorevoli Moro, Bosco, Colombo, hanno trovato 476 miliardi per far fronte ai debiti degli istituti mutualistici verso le amministrazioni ospedaliere, maturati a tutto il 1967. Se ben ricordo, durante la discussione alla Camera sull'articolo 33 (fondo nazionale ospedaliero) ella, signor Ministro, chiese una sospensione della discussione per proporre al ministro Colombo (come del resto richiesto dagli emendamenti presentati da parte dell'Assemblea, credo da tutti i settori) l'aumento del fondo stesso. Ritornò e riferì che non aveva ottenuto nulla perchè l'onorevole Colombo si era rifiutato con la scusa che non c'erano fondi. Ripeto che a distanza di poco tempo i fondi furono trovati per coprire i debiti degli istituti mutualistici e furono trovati proprio in un momento in cui, da ogni parte, si levavano le voci per un superamento del sistema mutualistico stesso, mentre da molte parti si chiedeva che quei soldi fossero versati al fondo nazionale ospedaliero previsto dalla nuova legge e fossero stanziati direttamente dal Ministero della sanità alle amministrazioni ospedaliere. Proprio nel momento in cui si discuteva e si prendevano queste posizioni, subito dopo aver rifiutato un aumento

del fondo nazionale ospedaliero il Governo trovò invece i 476 miliardi da stanziare in cinque anni per il *deficit* degli istituti mutualistici.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Emitterà buoni novennali del tesoro. E nel caso in cui i cittadini non sottoscrivessero?

O R L A N D I . Ma sono già coperti. Sono sempre soldi che devono essere presi e dati in una certa direzione. Nessuno vietava al Governo di emettere buoni novennali del tesoro o di trovare lo stanziamento per realizzare il fondo nazionale ospedaliero.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Questo è un altro discorso.

O R L A N D I . È un altro discorso, ma nessuno lo vietava.

In ogni modo io voglio ricordare qui all'Assemblea anche la presa di posizione dell'organo del Partito socialista, l'«Avanti», perchè molte volte sembra quasi che noi predichiamo cose che sono soltanto nostre, mentre poi scopriamo che sono di altri ancora, compresi i compagni socialisti, non solo, ma anche di una larga maggioranza dell'opinione pubblica del nostro Paese. Proprio dopo che le prime voci di questo stanziamento erano corse per il Paese, l'«Avanti!» prendeva posizione e diceva a chiare lettere quello che bisognava fare; innanzitutto denunciava il fatto che si era giunti ad un momento critico del sistema previdenziale italiano e che il *deficit* del bilancio di questi istituti nei confronti delle amministrazioni ospedaliere era di nuovo aumentato; e diceva poi che il giudizio dei socialisti intorno a questo problema era preciso: «La crisi che investe il sistema mutuo-previdenziale in Italia ha carattere strutturale, significativo dello stato di disintegrazione dello stesso concetto di mutualità. Il problema è cogliere gli elementi di fondo di questa crisi, determinare una riforma graduale ed una trasformazione dello stato di cose verso gli obiettivi di sicurezza sociale che sono stati stabiliti dal piano quinquennale di sviluppo». Più avanti l'organo del Partito socialista afferma che se non

si vuol essere in contraddizione con gli obiettivi del piano, in modo da non condizionare i successivi sviluppi dell'azione riformatrice, occorre stabilire un meccanismo operativo di riforme concatenate e coerenti, da realizzare attraverso provvedimenti che vedano il potere pubblico assorbire le competenze degli istituti e degli enti mutualistici previdenziali, fino a comporre un insieme unitario e articolato, propriamente definito come sistema. A conclusione di questo articolo (ma non è che leggo soltanto i punti che possono servire a me per la mia dimostrazione: tutto l'articolo è coerente) si legge che, nella crisi attuale del rapporto tra mutue e ospedali, è coerente con la costruzione di un servizio sanitario nazionale l'assunzione a carico dello Stato dell'intero ammontare delle spese di spedalizzazione, nel quadro di una sollecita approvazione della riforma ospedaliera, come forma di fiscalizzazione indiretta che contribuisca a definire un avvio di servizio sanitario come momento sostitutivo della mutualità.

Inoltre, si è tenuto a Milano nei giorni scorsi, l'8 e il 9, il congresso straordinario della ANAAO, che ha preso in esame — e non è la prima volta, come ella sa, signor Ministro — la legge di riforma ospedaliera che stiamo discutendo. Tra le altre cose, l'ordine del giorno e la mozione conclusiva danno un giudizio, in particolare l'ordine del giorno, sulla legge in discussione. Qui vorrei aprire una parentesi e rispondere al senatore Perrino che ha posto soltanto il problema di quello che i medici chiedono come stipendio e ha domandato al signor Ministro di fornire una chiarificazione definitiva sul problema delle richieste dei medici, e cioè se essi sono soddisfatti di quanto percepiscono o se vogliono ancora altre cose che non possono più essere concesse, riducendo, pertanto, l'ordine del giorno e la mozione conclusiva soltanto ad una questione di carattere sindacale, mentre, in realtà, non c'è soltanto un problema di carattere sindacale, sia nell'ordine del giorno che nella mozione, perchè il problema va oltre.

È vero che in primo piano c'è la questione del rapporto tra i medici e le amministrazioni ospedaliere; è vero che c'è in primo

piano la questione del contratto nazionale di lavoro e la rivendicazione che questo sia discusso dalle parti interessate; è vero che c'è la critica all'emendamento proposto dalla Commissione all'articolo 40 del disegno di legge, emendamento che cambia il rapporto normativo dei medici, però vi sono anche altre cose dette e scritte a tutte lettere...

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Ci fu una conferenza in cui furono presenti i « grandi » dei sindacati italiani e furono proprio loro che, in sostanza, proposero gli emendamenti e la formulazione dell'articolo 40.

O R L A N D I . Si, signor Ministro, difatti noi sospendemmo in Commissione la discussione sugli articoli 40, 42 e 43 perchè lei doveva avere un ulteriore incontro con gli organismi sindacali; difatti ella venne in Commissione con un documento, affermando che il suo contenuto rappresentava l'accordo avvenuto con le organizzazioni sindacali dei dipendenti e dei medici, e che quindi c'era una modificazione, un emendamento concordato con tutte le parti, che noi accettammo in buona fede.

Io devo però dirle, signor Ministro, che poi scoprimmo che i medici non erano affatto d'accordo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
A Firenze erano d'accordo.

O R L A N D I . Difatti, presero subito posizione contro e l'hanno ripresa di nuovo poi perchè vorrebbero che fosse ripristinato il primitivo testo della Camera.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*
I medici erano d'accordo, tanto che revocano lo sciopero, essendo persuasi della cosa.

O R L A N D I . I medici presero posizione contro, subito dopo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*
È un Paese strano il nostro!

O R L A N D I . Sì, però la riunione di domenica e il relativo ordine del giorno pongono questo problema, non solo, ma pongono anche la questione della mancanza del fondo nazionale ospedaliero, pongono il problema che l'attuale stesura della legge per loro è inaccettabile, invitano il Parlamento a modificarla, denunciano all'opinione pubblica il fatto che non si va verso un sistema di sicurezza sociale, ma si fanno dei passi indietro, denunciano addirittura che le nuove concezioni dell'assistenza sanitaria, il progresso tecnologico della medicina ospedaliera e le conseguenze della stabilità dei sanitari impongono tra le condizioni pregiudiziali, indispensabili per il salto qualitativo dell'assistenza ospedaliera, la necessità di ampie attribuzioni di autonomia, responsabilità e iniziative anche sul piano formale a tutti i medici, in rapporto alla loro reale qualificazione professionale. Cioè, in altre parole, escono dalla questione puramente sindacale e pongono invece in discussione la legge di riforma ospedaliera che noi stiamo discutendo: quindi è una presa di posizione che deve farci riflettere, perchè finora voi avete sempre detto che le categorie interessate — anche il signor Ministro ha affermato lo stesso concetto — specie per i medici ospedalieri, erano concordi su questo progetto di legge e l'avrebbero appoggiato. Abbiamo letto anche noi degli ordini del giorno che approvavano questo progetto di legge, ma oggi, invece, le cose stanno cambiando, probabilmente perchè c'è stato un approfondimento nell'esame della legge e se ne sono viste anche le conseguenze future; forse si è messa in rapporto la legge nel suo insieme e le cose che vengono dette sia da movimenti politici, compreso il Partito socialista, sia anche dal famoso capitolo VII del piano di programmazione economica.

Ma ora, per non tediare troppo i colleghi, vorrei sottolineare l'altro argomento che è nuovo, di questi giorni. Si tratta dell'ultima novità in ordine di tempo, ma non di importanza. Mi riferisco allo sciopero che le tre Confederazioni hanno proclamato per il 15 dicembre. Credo di non sbagliare affermando che sia la prima volta che le tre Confederazioni chiamano alla lotta tutte le

categorie di lavoratori, con lo sciopero generale, non per chiedere un aumento salariale — cosa alla quale avrebbero ben diritto — ma per chiedere, tra le altre cose, in prima istanza, il servizio sanitario nazionale. Ora, il servizio sanitario nazionale è un fatto nuovo, importante che testimonia l'acquisita coscienza delle deficienze dell'attuale sistema sanitario che colpiscono prima di tutto i lavoratori e le loro famiglie nel bene più prezioso, la salute, e nel salario, facendo spendere — meglio ancora sarebbe dire sprecare — somme ingenti a tutta la collettività.

Sono certo di interpretare il pensiero di tutti voi colleghi, inviando un caloroso saluto alle tre Confederazioni, alla CGIL, alla CISL e alla UIL, che hanno saputo cogliere l'aspirazione profonda dei lavoratori per una moderna ed efficiente organizzazione sanitaria atta ad assolvere al compito di garantire la salute pubblica con la prevenzione, la cura, la riabilitazione.

Vada anche dall'Assemblea l'augurio a tutti i lavoratori perchè la loro lotta, che è alla base di ogni ulteriore progresso anche in questo delicato settore della salute, è garanzia di sicuro successo, al di là dei risultati che si otterranno ora con il voto su questa legge, per introdurre nella legge le richieste da loro e da altri avanzate, richieste qualificanti, che portino ad un avvio a un compiuto sistema di sicurezza sociale.

Come vede, signor Ministro, questi fatti danno ragione a lei quando in Commissione ebbe a dire, riferendosi alla questione sanitaria, alle categorie dei bisognosi, agli spastici e ad altri, che le cose si sono messe in movimento e nessuno riuscirà più a fermarle. Sì, le masse si sono messe in movimento, i medici ospedalieri pure, l'opinione pubblica anche, ed io sono d'accordo con lei che non si riuscirà più a fermarli. Forse però non vanno nella direzione che il Governo soprattutto vorrebbe, ma vanno in un'altra direzione, cioè vanno più avanti della legge che noi stiamo discutendo in questo momento. Vanno più avanti e noi dobbiamo chiederci che cosa facciamo. Non teniamo conto di quanto sta avvenendo nel Paese? Restiamo indifferenti e continuiamo ad andare avanti

a discutere per conto nostro, distaccati dalla realtà, senza tener conto di ciò che ci si chiede, senza tener conto delle necessità non più dei lavoratori soltanto, ma di tutto il popolo italiano? Andiamo avanti ad approvare la legge senza preoccuparci di migliorarla, correndo il rischio ormai di fare una legge inadeguata, in contraddizione con le esigenze del Paese, vecchia ancora prima di nascere perchè non accoglie le questioni nuove.

Più di una volta lei, signor Ministro, ha convenuto che la legge è imperfetta, che non è quella che lei voleva, che si tratta di una legge di transizione o legge-ponte. Ma io vi chiedo perchè trovare tante definizioni quando possiamo e dobbiamo prendere atto che la legge non corrisponde alle esigenze reali del Paese e non accoglie nemmeno le indicazioni del piano di programmazione economica che è diventato legge dello Stato.

Quando si dice che si può cambiare — ed io penso che si debba cambiare qualche cosa — non possiamo continuare ad assistere ad una frantumazione di tutte le istituzioni che operano nel campo sanitario, frantumazione che tra l'altro non consente appieno l'utilizzazione delle conquiste della medicina (molte istituzioni sono senza un controllo democratico) e non dà piena soddisfazione a quei sanitari che vogliono operare nel campo ospedaliero per la salute pubblica e vogliono studiare e migliorare il loro lavoro in direzione degli ammalati. Continuano ad esistere o continuiamo a lasciare esistere molti istituti che servono solo di puntello a chi detiene attualmente il potere. O forse pensiamo di modificare qualche cosa? Non mancano i soldi, signor Ministro, ella lo ha detto più di una volta, perchè — come ella sa — la spesa sanitaria pubblica in Italia è superiore a quella di molti altri Paesi più progrediti, Paesi cioè che hanno dei servizi sanitari più progrediti dei nostri. Quindi non si tratta di avere più denaro; si tratta di utilizzare bene quello che c'è.

Io ho avuto occasione recentemente di recarmi in Cecoslovacchia proprio per visitare l'organizzazione sanitaria di quel Paese che, come ella sa, signor Ministro, è citata più volte ad esempio dalla Organizzazione sanitaria mondiale. Mi permetto di ricordarle

che i dirigenti di quel Paese aspettano una sua visita e sarebbero molto contenti — e credo che lei abbia accettato o si sia impegnato in proposito — di averla nel loro Paese, per vedere insieme ciò che loro hanno fatto e per imparare anche qualcosa che noi abbiamo e che loro ancora non hanno.

In quel Paese non circolano molte automobili e lo rilevava anche un collega, proprio ieri, il quale è stato in questi giorni in Cecoslovacchia. Scambiando con lui delle impressioni questo collega mi faceva appunto notare che la motorizzazione è ancora indietro. Sì, è vero, noi che siamo un Paese più progredito abbiamo una motorizzazione avanzata e le nostre città stanno per scoppiare a causa delle automobili. Però, in quel Paese dove non ci sono molte automobili, ho potuto vedere anche le unità sanitarie di base nei piccoli villaggi ed anche nelle fabbriche, ho potuto vedere un compiuto sistema di sicurezza sociale che parte dagli ospedali di prima istanza, cioè dai più semplici per arrivare agli ospedali circoscrizionali e agli ospedali regionali, con tutta una serie di ambulatori, policlinici che fanno da filtro a questi ospedali e che garantiscono non solo la cura, ma in gran parte anche la prevenzione del male. Comunque, la cosa più importante, a mio parere, (e sulla quale noi qui abbiamo molte volte discusso e per la quale ci sono anche degli orientamenti precisi) la cosa più importante, dicevo, che ho visto è stata proprio l'unità sanitaria di base, perchè veramente nell'unità sanitaria di base si può e si opera capillarmente per salvaguardare la salute del cittadino, di tutti i cittadini.

In quel Paese, in Cecoslovacchia, c'è veramente un sistema molto avanzato e credo che noi avremmo le capacità di fare altrettanto purchè volessimo farlo, purchè avessimo la volontà di porre mano seriamente alle cose che non vanno bene e di introdurre fin da questo momento nella legge che stiamo discutendo almeno i principi fondamentali per avviarcì su questa strada.

Onorevoli colleghi, è mia convinzione (forse sarà sbagliata) che noi perdiamo un'ottima occasione per porre la premessa di un avvio al servizio sanitario nazionale e alle altre modifiche necessarie che ne deriver-

ebbero come conseguenza. Io sono convinto che già oggi vi sono le condizioni per far questo, anche perchè non soltanto l'opinione pubblica è orientata in questa direzione, ma anche in tutti i settori del Parlamento vi è una parte che pensa, che vuole, che ha discusso e che propone questa soluzione. Penso che siamo in grado di far questo oggi, e mi sembra che anche la questione del reperimento dei fondi, almeno per una parte, possa dirsi superata. Infatti basterebbe, ad esempio, cambiare destinazione ai 476 miliardi per avere un fondo più consistente di quei dieci miliardi che abbiamo oggi. Questo costituirebbe già un inizio.

Mi sembra chiaro che se la Democrazia cristiana non prese in esame la richiesta fatta dal Ministro della sanità di aumentare il fondo nazionale ospedaliero, per poi trovare gli stanziamenti per i debiti degli istituti mutualistici, ciò significa che da parte della Democrazia cristiana, o almeno di una parte di essa, vi è il rifiuto di attuare nei fatti la riforma ospedaliera. Inoltre, mi sembra che la maggioranza di centro-sinistra non abbia dimostrato la volontà politica necessaria per attuare la riforma stessa. Da parte vostra, compagni socialisti, vi è stata infatti l'accettazione dell'imposizione, fatta dalla parte più conservatrice della Democrazia cristiana, di una legge che non riforma nulla, che non raccoglie neppure in parte i suggerimenti migliorativi che da tutti i settori del Parlamento e dell'opinione pubblica sono stati prospettati e che rappresentano la soluzione del problema del quale il popolo italiano oggi sta prendendo coscienza, il problema della salute pubblica. Voi stessi, compagni socialisti, non ignorate questo, conoscete i limiti che vi sono stati imposti e che voi avete accettato. Infatti più volte nel corso della discussione in Commissione avete riconosciuto la giustezza delle nostre richieste, più volte ella, signor Ministro, ha dichiarato che bisogna superare il sistema della mutualità. A questo proposito ella disse: « È ormai giunto il momento di scegliere una via precisa in fatto di sicurezza sociale. In particolare si presenta l'alternativa o di cambiare radicalmente il sistema mutualistico vigente o di mantenere in vita que-

st'ultimo che è del tutto contrario ai bisogni e alle attese della collettività. Tentare di sanare i disavanzi degli enti mutualistici non serve a nulla dal momento che il *deficit* non mancherebbe di riprodursi automaticamente. Tale ristrutturazione incontra indubbiamente forte resistenza eccetera. Occorre pertanto — ella ha ribadito — una scelta di fondo che del resto è già stata fatta con il piano quinquennale di sviluppo; occorre in sostanza che la classe politica apra gli occhi e si ispiri a nuove realtà sociali che si impongono con forza inarrestabile ». Ora, di fronte a queste affermazioni, a queste prese di posizione, a questa espressa volontà che riconosce le deficienze, che riconosce gli ostacoli e che propone anche delle soluzioni. voi avete invece continuato a sostenere la legge nella sua forma attuale, non volendo accettare nulla, non volendo cambiare nulla. Io non vorrei che ella, signor Ministro...

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Mi sarebbe piaciuto che lei avesse terminato di citare il mio discorso: io parlavo di una sostituzione graduale del sistema.

O R L A N D I . Onorevole Ministro, io ho qui il resoconto del suo intervento e se non fosse perchè si andrebbe troppo per le lunghe, potrei citare tante altre sue affermazioni, perchè lei non ha mancato occasione per ripetere questi suoi concetti e forse non mancherà, qui in Aula, di dirlo ancora. Io però dico, signor Ministro: va bene riproporre e ribadire il proprio pensiero, il proprio orientamento e le soluzioni che si vogliono dare ai problemi, ma a un certo momento bisogna agire; non si può più rimanere soltanto alle affermazioni; bisogna, a mio parere, guardarsi attorno e cominciare a cercare chi possa appoggiare le nuove soluzioni, e quindi cominciare a mettere di fronte alle proprie responsabilità coloro che tentano di sfuggirvi. E queste responsabilità debbono essere denunciate non solo di fronte al Parlamento, ma di fronte al Paese, in modo tale che i responsabili ne rispondano al Paese; solo allora, forse, qualche cosa potrebbe anche cambiare. Ed è questo il rammarico che si ha nell'esaminare tali proble-

mi, cioè il fatto che ci siano dei consensi, degli orientamenti che sono condivisi in gran parte, direi da tutti, anche dal settore della Democrazia cristiana ma poi, quando si tratta di attuarli in pratica, ebbene voi vi fermate di fronte all'opposizione della parte più conservatrice della Democrazia cristiana. Mi sembra che sia giunto il momento di superare questi ostacoli e di guardare più avanti, di riuscire cioè veramente a cogliere quello che il Paese vuole, ponendoci noi stessi alla testa del Paese e non alla coda.

Per concludere, dicevo che non vorrei che lei, onorevole Ministro, così come ha fatto in Commissione abbastanza efficacemente in un esame delle nostre esposizioni, dicesse anche qui in Aula che noi siamo degli utopisti perchè sosteniamo determinate tesi. Oggi infatti, se noi siamo considerati utopisti, nel Paese di utopisti ce ne sono molti, perchè molti sostengono le stesse cose e credo che anche voi, compagni socialisti, nel cuore vostro, le sosteniate. Mentre, ella diceva, noi teniamo saldamente i piedi in terra e solo così passo passo si riuscirà a realizzare qualche cosa. Non vorrei nemmeno che qui si tirasse fuori la storia della legge di transizione, perchè lei m'insegna, onorevole Ministro, che non vi è nulla di più stabile nel nostro Paese delle cose provvisorie e una legge come questa non si può pensare seriamente che possa essere cambiata sollecitamente o a breve distanza di tempo. Essa è il frutto di un travaglio, di compromessi, di prese di posizione, di imposizioni e quindi non può essere preso sul serio il fatto che a breve distanza si riprenderà in discussione un'altra legge che superi questa; purtroppo rimarrà questa e così stando le cose noi non cogliamo quello che il Paese vuole; non facciamo un solo passo avanti ma mettiamo un ulteriore ostacolo ad un domani quando ci appresteremo (io mi auguro che si possa fare) a portare avanti o ad applicare e a realizzare il capitolo VII che riguarda la sicurezza sociale e che è inserito ormai nella legge dello Stato. Sarebbe illusorio pensare che si possa fare un'altra legge. L'abbiamo sentito dire anche ieri in quest'Aula da parte di senatori della Democrazia cristiana che già il ministro Giardina, poi il ministro Jervoli-

ni e poi non so chi ancora avevano già preparato tutto, avevano già fatto la legge che era stata addirittura approvata da un ramo del Parlamento; poi finì la legislatura e, quindi, non fu più ripresa.

Ma queste sono spiegazioni tecniche, a mio parere. Il fatto è che non c'era la volontà politica di portare avanti le riforme: questo è il problema. Quindi io non credo che i dirigenti attuali della Democrazia cristiana, finchè rimarranno loro, naturalmente, siano disposti a ricominciare daccapo per fare una migliore legge, cioè per far fare un ulteriore passo avanti nel settore delle riforme del sistema sanitario.

Se è vero, fra l'altro, che l'onorevole Moro ha tenuto il suo primo progetto per tanto tempo nel cassetto del suo tavolo (questo si dice, non so se risulta vero), non penso che abbia voglia, una volta che ha modificato il suo primo progetto, di riprenderne in esame uno nuovo che vada più avanti di quello attuale e che, quindi, ponga veramente i problemi di una riforma sanitaria di tutto il Paese. Se così fosse, noi dovremmo concludere che l'onorevole Moro ed i suoi Ministri sono affetti da miopia politica e sono dei perditempo, perchè questa è l'occasione per fare quelle cose, non bisogna rimandarle ad un'altra volta.

La realtà è che si sono voluti salvaguardare dalla parte più conservatrice della Democrazia cristiana dei privilegi, dei punti di potere e attorno a questi si è voluto salvaguardare il fiorente bosco del sottogoverno, della corruzione, della sistemazione degli amici e degli amici degli amici: questa è la realtà.

Se ci sono stati tanti ostacoli, se ci sono state tante mutilazioni al primo progetto di legge, se esso arriva fino a noi in queste condizioni, ciò è perchè i dirigenti della Democrazia cristiana non hanno voluto perdere i punti di potere che essi hanno nel Paese attraverso gli ospedali, gli istituti di assistenza e tutte quelle forme che oggi sono nel nostro Paese e che rappresentano tanti punti di potere e di corruzione. È questa la realtà.

Ecco perchè non si è voluto accettare il suo primo progetto di legge e perchè non si vuole accettare oggi il migliorare la legge at-

tuale. E quello che dispiace è che voi, conoscendo tutte queste cose, vi apprestate a varare questa legge che non riforma nulla, come voi sapete, ma aggrava situazioni già esistenti, così come non migliora l'assistenza agli ammalati che in questa legge dovrebbero essere l'oggetto principale della riforma ospedaliera e che, invece, in tale legge sono i grandi assenti. Non se ne parla nemmeno e voi lo sapete meglio di me che con questa legge non cambia nulla negli ospedali verso l'ammalato; rimane tutto quello che c'è oggi, non migliora nulla nè al Nord nè al Sud.

Voi sapete meglio di me che non è con il cambiamento di nome, non è con il nuovo assetto giuridico, non è nemmeno con la democratizzazione dei Consigli di amministrazione e con la programmazione ospedaliera — anche se tutto ciò rappresenta in un certo senso un fatto positivo — che verrà migliorata ed estesa l'assistenza ai cittadini, che avremo finalmente una capillarizzazione di una organizzazione sanitaria nel nostro Paese, in grado di garantire la salute pubblica nei tre cardini fondamentali: la prevenzione, la cura e la riabilitazione.

La legge che porta il suo nome, onorevole Mariotti, e per la quale lei ha condotto una lunga lotta nel corso di questi anni ha subito, ripeto, tali mutilazioni che la rendono a dir poco, inadeguata alle esigenze di un Paese che vuole essere moderno. E le poche cose che ho esposto ne sono la conferma.

Ma la legge sarà di fatto, inoltre, un ostacolo, domani, alla soluzione razionale della realizzazione del piano di programmazione economica, così come recita il capitolo VII. E allora, colleghi, allora, signor Ministro, occorre fare una scelta: o si introdurranno gli orientamenti contenuti nel capitolo VII e quelli che chiedono le categorie e quello che chiede l'opinione pubblica del nostro Paese e allora si avrà una legge aderente alla realtà e si manterrà aperta la via per ulteriori passi avanti e noi presenteremo qui in Aula gli emendamenti che vanno in questo senso, o si lascia la legge così com'è; e allora io vi chiedo se valeva proprio la pena di assumersene la paternità o se non bisognava invece far assumere le responsabi-

lità a quelle forze della Democrazia cristiana che non hanno voluto e non vogliono una vera riforma.

A mio parere — e concludo — voi socialisti vi siete assunti una grande responsabilità di fronte all'opinione pubblica del Paese. Sapete già che noi non ce l'assumiamo e che, come abbiamo qui in Parlamento denunciato i limiti e i pericoli, suggerendo le soluzioni e le modifiche necessarie continueremo così la nostra azione nel Paese, certi che, a conoscenza della reale portata di questa legge, la maggioranza del popolo italiano non l'accetterà, comprenderà la nostra azione e continuerà l'azione per dare al Paese un compiuto sistema di sicurezza sociale. *(Vivi applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni).*

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

FERRONI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor Ministro, nel presentare la relazione che riassume e sintetizza il lavoro e i pareri della « Commissione di studio per la riforma della legislazione ospedaliera », della quale, se non vado errato, faceva parte anche il collega Picardo, l'illustre e compianto professor Dogliotti, che tale commissione presiedette, così concludeva: « Esprimo a nome di tutti l'augurio che la tanto attesa legge ospedaliera possa soddisfare nella massima misura consentita da una legge scritta da uomini le giuste aspirazioni del popolo italiano ».

Da questo concetto si ricava il grande desiderio, l'aspirazione appunto degli italiani di avere finalmente una più giusta e moderna legislazione ospedaliera ma anche, direi, il dubbio che una legge possa in tutto e completamente essere soddisfacente. L'implicito scetticismo contenuto nelle parole dell'illustre clinico derivava evidentemente dalla esperienza di cinque mesi di lavoro di quella Commissione (dal 25 maggio al 25 ottobre 1964, per circa 100 ore di discussione durante le quali si misurarono diverse e contrastanti concezioni, ideologiche e politiche, contrastanti interessi singoli e di settore, generose spinte verso il massimo di trasfor-

mazione delle strutture vigenti e concezioni sostanzialmente conservatrici). Tuttavia emergevano alla fine quegli « elementi preparatori necessari alla riforma della legge ospedaliera vigente », così come previsto nel decreto istitutivo della Commissione, ai quali a mio parere largamente e sostanzialmente il disegno di legge al nostro esame si ispira.

Avendo come bussola orientativa la Costituzione repubblicana che al suo articolo 3 stabilisce la pari dignità sociale e l'uguaglianza davanti alla legge di tutti i cittadini (non vi farò il torto di richiamare per intero questo articolo e gli altri che citerò), l'articolo 32, infinite volte ricordato e richiamato nei nostri dibattiti in tema di salute pubblica, il cui valore morale e sociale è ormai acquisito alla coscienza collettiva e che fa obbligo alla Repubblica di tutelare il fondamentale diritto dell'individuo alla sua salute fisica (e gli articoli 117 e 118 che prefigurano i compiti legislativi e amministrativi delle regioni nel settore dell'assistenza sanitaria e ospedaliera), la commissione Dogliotti (così chiamata per brevità) affermava: « doversi, con giustificate eccezioni e ragionevole gradualità, abbandonare quanto rimane della concezione caritativa dell'assistenza ospedaliera, per sostituirla con quella di un vero e proprio obbligo di assistenza, cui la Repubblica è tenuta in virtù appunto delle norme costituzionali sopra citate ». In altre parole, obbligo non più sussidiario, ma primario dello Stato a fornire l'assistenza sanitaria per la difesa del fattore umano (sono sempre parole della relazione Dogliotti). E aggiunge subito dopo, onorevoli colleghi, ciò che mille volte, in Commissione sanità almeno, è stato detto dai più, in questo e nell'altro ramo del Parlamento: « Ciò richiede ovviamente, non solo la concentrazione dei mezzi fino ad oggi disordinatamente destinati all'assistenza ospedaliera, ma la unificazione delle competenze amministrative attive e di controllo in un solo settore specializzato della organizzazione amministrativa, cioè nel Ministero della sanità ». Ove quel « ovviamente » assume un sapore quasi di ingenuità, se si considera con quanta tenacia si vogliono mantenere e si puntel-

lino le barriere tra una amministrazione e l'altra dello Stato (in questo, come del resto, in altri settori); come diaframmi restino in piedi; come esclusivismi ingiustificati producano tutta quella frammentarietà di iniziative, quella dispersione di compiti e quindi di mezzi finanziari e di energie umane, che troppo spesso rallentano, inceppano, talvolta vanificano e rendono inoperanti, provvedimenti per loro natura validissimi.

Io mi rendo conto di dover dire cose non gradevoli; ma occorre ripeterle, dirle queste cose, con senso sanamente critico, e, ove occorra, autocritico, direi, colleghi della maggioranza, nel momento in cui, approvando le leggi di riforma ospedaliera, quella della quale discutiamo in quest'Aula e l'altra, la « psichiatrica », per intenderci, che sta subendo un tormentato quanto artificioso esame a Commissioni congiunte, dovremo prendere coscienza che, per calarle pienamente, efficacemente in un compiuto sistema di sicurezza sociale quale previsto dal capitolo settimo del programma quinquennale di sviluppo economico, occorrerà appunto che quella ovvia concentrazione di servizi sanitari in un unico organismo diventi finalmente quella realtà da tutti, almeno a parole, auspicata.

Compito, ormai, che impegnerà, qui si ovviamente, la prossima legislatura, la quale, se avrà da questa un avvio alla costruzione di un edificio valido in campo sanitario, rispondente alle mature e progredienti esigenze di civiltà e di giustizia sociale del nostro popolo, dovrà creare, con il superamento del sistema attuale previdenziale e assistenziale, la chiave di volta che tale edificio dovrà sostenere. Certo, difficile compito, ma determinante; che richiederà al futuro Parlamento una più illuminata concezione dei problemi della salute pubblica; che richiederà ai nostri economisti anche una concezione più intelligente di quelli che in termine d'uso si chiamano investimenti produttivi, per tali dovendosi una buona volta comprendere anche quelli per la prevenzione soprattutto e poi per la cura e la riabilitazione del cittadino colpito da infermità, il cui reinserimento in attività produttive coincide con il suo proprio interes-

se morale ed economico e con quello di tutta la collettività. Ma richiederà soprattutto a livello politico, a livello dell'alta e media burocrazia — ecco le cose sgradevoli che vanno dette — la rinuncia ad anacronistici interessi di potere e di prestigio, mascheranti, talvolta, problemi di gretta portata economica, anche se motivati da presunti interessi dei lavoratori, dei quali si sollecitano in materia mutualistica sentimenti non sempre nobili, spesso sostanzialmente egoistici. Ai quali lavoratori va, invece, fatto intendere — questo è compito di tutti — che il privilegio, se così possiamo chiamarlo, di qualche categoria è poca cosa, di fronte a tutti gli squilibri, le differenziazioni nella assistenza tra una categoria e l'altra di lavoratori, tra cittadino e cittadino, così come è nell'attuale sistema. Ai lavoratori bisogna fare intendere che tutto ciò deve essere sostituito da una contribuzione di tutti, commisurata alle singole possibilità, per un'assistenza per tutti uguale e che per far ciò occorre non correggere, a mio parere, ma smantellare ed eliminare organismi forse utili un tempo, voglio concedere ispirati fors'anche a concezioni di solidarietà, nobilissime, ma modellati fatalmente su criteri di classe e di casta che il tempo ormai ha condannato sul piano morale e sociale e la esperienza sul piano dell'efficienza amministrativa.

Tutto ciò, bisogna fare senza precipitazioni, onorevoli colleghi, ma con chiarezza di idee, con decisa volontà politica.

Che non mancherà alla parte cui appartengo, al Partito socialista unificato, che crede a ciò che dice e a ciò che fa, che sa commisurare alla realtà ciò che vuole, nell'entità e nei tempi di attuazione, che crede soprattutto ai principi ed alle norme della Costituzione, che vuole attuate, così come intende attuare il programma di sviluppo economico cui si ispirano nel modo più ortodosso i concetti sin qui da me espressi.

È stato detto più volte dall'opposizione di sinistra, in particolare, è stato detto poco fa quasi con le stesse parole che la riforma ospedaliera resterà una mera enunciazione di buone intenzioni ove non sia pre-

ceduta dalle riforme cui accennavo. Ebbene, quale è in proposito...

M A C C A R R O N E . Questa è un'affermazione che non può attribuire a noi.

F E R R O N I . Ebbene, qual è in proposito il parere della commissione Dogliotti che per me è importante? Essa dice: « È stato rilevato che la riforma ospedaliera, pur dovendo inquadrarsi nella più vasta riforma sanitaria, ha una sua autonoma menzione costituzionale che vale a sottolineare l'urgenza e l'importanza. Non è quindi da ritenere illogico che di essa il Governo possa occuparsi prima di aver varato la riforma sanitaria generale, a patto peraltro che si tenga conto della sua prevedibile configurazione ».

Per essere questo il parere espresso dalla Commissione, che comprendeva uomini di ogni parte, organizzazioni di ogni parte, compresa la parte nostra e vostra, compresa la CGIL, mi sembra che il fatto di avere anticipata la riforma ospedaliera su tutto il resto delle leggi sanitarie che verranno, sia giusto e doveroso.

M A C C A R R O N E . Questa non è una polemica che può fare con noi, senatore Ferroni; noi siamo per la riforma, non per questa legge.

F E R R O N I . Mi fa piacere essere interrotto perchè vuol dire che tocco il segno ma non potrò raccogliere le interruzioni per ragione di tempo. Dicevo: noi condividiamo questo parere della Commissione Dogliotti: crediamo che la riforma ospedaliera sia importante ed urgente. Noi crediamo che essa contenga in sè, insieme a quella psichiatrica e alle altre delle quali pure dirò brevemente, il lievito necessario ad un più rapido mutamento di coscienza, così nel mondo sanitario come in quello politico, nel mondo del lavoro e tra i cittadini tutti: coscienza cioè della necessità di completare la riforma sanitaria generale, sì da raggiungere in un breve volger di tempo le mete previste dal piano di sicurezza sociale.

È per questo che ci siamo chiesti più volte se, rinviando il poco o il molto che si può

fare oggi, per un tutto che in ogni caso oggi non potrebbe farsi (come pure fanno i nostri oppositori, che il tutto per subito sollecitano), non si sacrifichi in realtà, sull'altare dell'interesse di parte, quell'interesse generale e quell'interesse particolare dei cittadini più poveri o meno economicamente dotati che attendono qualche cosa subito e che è colpevole deludere rinviando ad un futuro lontano il problematico tutto.

No!, la riforma ospedaliera non poteva attendere. Non foss'altro per dare, nel settore della strutture ospedaliere, quella parità di condizioni e di indirizzi a tutti gli italiani, negata sin qui dalla colpevole incuria dello Stato, che in un secolo di unità, se ha saputo unificare sul piano della « cartolina-precetto » (la immagine non è mia, evidentemente) e su quello dei tributi fiscali, sul piano dei doveri insomma, in realtà ha creato due o tre Italie estremamente differenziate sul piano dei diritti del cittadino.

E valgano in materia ospedaliera questi pochi dati che affido alla meditazione di tutti e che mi consentono di rispondere, direi quasi in modo particolare, alle parole pronunciate stamane da un collega della maggioranza, dal collega Di Grazia, il quale non è ora presente ma che questi dati certamente leggerà.

Onorevoli colleghi, presa a parametro la quota di sei posti-letto per mille abitanti, ritenuta ottimale dall'Organizzazione mondiale della sanità (ma in realtà superata e raddoppiata ormai in molti Paesi), qual è la situazione in casa nostra? Consideriamola per un momento anche se l'ora è tarda. Seguendo la divisione geografica direi classica, noi abbiamo: Italia settentrionale su 23 milioni 953.412 abitanti 610 ospedali, uno ogni 39.104 abitanti; nell'Italia centrale 9.887.847 abitanti, 238 ospedali, uno ogni 41.545 abitanti; nell'Italia meridionale e Isole 19 milioni 189.335 abitanti, 264 ospedali, uno ogni 72.687 abitanti.

Queste cifre costituiscono anche così, in blocco, nel raffronto tra Nord e Sud, un elemento notevolmente eloquente. Ma a chiarimento ulteriore citerò qualche altro dato. Vorrei precisare che per le cifre che ho indicato come per quelle che aggiungerò (ci-

fre che risalgono al 1966 e non al 1866!) mi riferisco — le ragioni sono ovvie — semplicemente agli ospedali pubblici. Ho considerato solo alcune regioni campione delle zone prima accennate.

Ora, noi abbiamo una situazione di posti-letto più o meno vicina al 6 per mille nel Veneto, nelle Marche, nella Lombardia e un po' meno in Piemonte. Il Veneto con quasi 4 milioni di abitanti ha 75 ospedali, uno ogni 53.048 abitanti, e 26.633 posti-letto, cioè uno ogni 150 abitanti, pari ad oltre il 6 per mille. Le Marche, con circa un milione e 358 mila abitanti, 68 ospedali, uno ogni 19.975 abitanti; 8.199 posti-letto, cioè uno per ogni 165 abitanti, pari al 6 per mille circa; la Lombardia, circa 8 milioni di abitanti, 174 ospedali, uno ogni 45.638 abitanti, pari a un posto letto ogni 155, pari al 6 per mille circa. Il Piemonte ha 4 milioni e 162 mila abitanti circa; 152 ospedali, uno ogni 27.382 abitanti; 23.353 posti-letto, cioè un letto ogni 178 abitanti, pari al 5 per mille circa. Il Trentino-Alto Adige ha 820.301 abitanti, 25 ospedali, uno ogni 32.812 abitanti; 3.906 posti-letto, uno ogni 210 abitanti, circa il 5 per mille.

Il Lazio (che ci porta subito a una specie di seconda Italia) su 4.358.825 abitanti, ha 59 ospedali, uno ogni 73.878 abitanti; 14.893 posti-letto, uno ogni 292 abitanti, pari al 3,5 per mille. Le Puglie 3.564.186 abitanti, 66 ospedali, uno ogni 54.003 abitanti; 11.908 posti-letto, uno ogni 299 abitanti, 3,4 per mille. Campania, 5.009.918 abitanti, 52 ospedali, uno ogni 96.325 abitanti; 11.501 posti-letto, uno ogni 436 abitanti, pari al 2,3 per mille circa. E infine la Calabria, 2.074.801 abitanti, 16 ospedali, uno ogni 129.675 abitanti, 2.938 posti-letto, cioè un posto-letto ogni 706 abitanti, pari al 1,4 per mille circa.

È evidente che qui siamo nel pieno di quella che io ho chiamato la terza Italia. Queste cifre, come vedete, sono spaventosamente eloquenti. In compenso, però, il Veneto ha 64 case di cura private, vale a dire la media di una ogni 62 mila abitanti circa; la Lombardia ne ha 88, una ogni 90.239 abitanti; le Marche ne hanno 14, una ogni 97.021 abitanti; il Piemonte ne ha 62, una ogni 67.130 abitanti; il Trentino Alto Adige ne ha 88, una ogni 29.296 abitanti; il Lazio

ne ha 147, una ogni 29.651 abitanti; le Puglie 67, una ogni 53.196 abitanti; la Campania 133, una ogni 37.668 abitanti e, infine, la Calabria ne ha 64, una ogni 32.418 abitanti.

Io non voglio commentare queste cifre la cui valutazione lascio all'intelligenza ed alla sensibilità dei colleghi; ma non posso esimermi dal rilevare come la presenza di ospedali pubblici rispetto alle case di cura private sia, nella generalità, inversamente proporzionale alle condizioni economiche delle singole regioni, al reddito *pro capite* dei singoli cittadini, per cui è di una stridente ingiustizia la constatazione che mentre in Calabria, ad esempio, dove abbiamo un ospedale generale pubblico ogni 129 mila abitanti esistono 64 case di cura, una ogni 32.000 abitanti; in Piemonte, invece, (per saltare all'estremo Nord d'Italia) abbiamo 152 ospedali, uno ogni 27.000 abitanti e 62 case di cura, una ogni 67.000 abitanti. Ed ancora: mentre in Piemonte abbiamo 3.832 posti-letto in case di cura private, contro 23.533 posti-letto in ospedali pubblici, in Calabria abbiamo 2.891 posti letto in case di cura private, contro 2.938 posti letto in ospedali pubblici. Cioè, laddove maggiore dovrebbe essere l'intervento pubblico a sollevare popolazioni economicamente depresse, fiorisce invece l'iniziativa privata; rispettabile certo, collega Di Grazia, ma infinitamente più onerosa e che richiede ai più poveri tra i cittadini del nostro Paese sacrifici immensi, spesso insopportabili, con le conseguenze che è facile intuire.

In Commissione mi si è, anche irosamente, obiettato da più parti che le case di cura hanno assolto ed assolvono compiti preziosi; abbiamo sentito ripetere poco fa che esse si sono sostituite ad uno Stato carente, venuto meno alle sue funzioni di erogatore di servizi sanitari fondamentali. Io non voglio contestare meriti a chi legittimamente possa vantarli; ma credo non si possa dimenticare che la fondamentale differenza tra gli istituti pubblici e le case di cura private consiste nel fine di profitto (termine che tanto sembra aver offeso il collega Di Grazia) ove non piaccia la parola lucro, esclusivo delle case di cura. È allora evidente che ogni nostro sforzo debba essere

concentrato ad aumentare gli istituti pubblici, legittimo, tra l'altro essendo anche il sospetto che consolidati interessi privati possano ostacolare il sorgere e lo svilupparsi dell'ospedale pubblico. Lo Stato, dunque, ha l'obbligo di fare ogni sforzo per eliminare ogni colpevole carenza in questo settore e gli squilibri che ho, anche se solo in parte, per brevità, potuto dimostrare. Ed è questa appunto una delle prime cose che si propone la legge di riforma ospedaliera

Sarei tentato di fare, ma non lo introdurrò, un discorso sulla condizione di gran parte degli ospedali psichiatrici; essa ormai è di dominio pubblico e più che mai nota al Parlamento. Ma ecco comunque dimostrato, purtroppo solo in parte — perchè, vedete, un'ulteriore analisi delle cifre base dalle quali io ho tratto questi elementi, questi dati, offrirebbe altri e assai sconcertanti motivi di meditazione — ecco dunque dimostrato, dicevo, quanto necessario sia accelerare in ogni modo i tempi di attuazione della legge che stiamo esaminando. Voglio aggiungere che le medie da me portate dicono molto, ma non dicono tutto; è un po' come la storia del pollo di Trilussa: in realtà squilibri gravi esistono non solo tra Nord e Sud, ma anche all'interno di una stessa regione; come il Veneto, che io conosco meglio, che sembrerebbe su posizioni globalmente buone, ma che in realtà offre casi — e parecchi — di zone paurosamente mal servite di servizi sanitari efficienti o sufficienti.

Questa legge, dunque, non poteva attendere; ed anche per altre ragioni che non sfuggiranno ad uomini come voi, onorevoli colleghi, pronti a percepire e a recepire le istanze della pubblica opinione. Io non vorrò affermare che questa, come altre leggi in campo sanitario, sia merito esclusivo dei socialisti. Non voglio offendere la sensibilità politica e partitica di chicchessia. Ma nessuno vorrà negarci il merito di aver messo questi problemi con i piedi in terra, di averli fatti uscire dal chiuso di questo o quell'altro Gruppo parlamentare o dal chiuso della coscienza di qualche generoso, ma isolato deputato o senatore per porli con forza all'attenzione del Paese. Ed ecco che

abbiamo visto esplodere, letteralmente, inchieste giornalistiche, libri bianchi o di altro colore, aprirsi dibattiti pubblici un po' dovunque, prodursi pagine di letteratura anche pregevoli su temi ospedalieri, psichiatrici, mutualistici, eccetera. Talchè ne sono conseguite anche polemiche, aspre talvolta, per il modo da taluno ritenuto eterodosso, quanto meno, di sensibilizzare la pubblica opinione, ma ottenendo il risultato di smuovere i pigri e i timorosi del nuovo, di far loro accettare più o meno di buon grado anche questa legge di riforma ospedaliera che muove qui, speriamo, i suoi ultimi passi.

Essa appartiene ormai agli italiani di ogni regione che la desiderano e che l'attendono con fiducia; che non ne comprenderebbero un rinvio, onorevoli colleghi, comunque motivato.

Onorevoli colleghi, il senatore Samek Lodovici, relatore su questa legge, ha dato a tutti noi un notevole aiuto. Egli ha puntualmente sviscerato i 70 articoli che la compongono, tutti acutamente commentandoli. Dall'attenta lettura del pregevole documento da lui preparato si ricava una convinta adesione ai concetti ispiratori della legge; adesione non formale, chè anzi, con qualche « purtroppo » sfuggitogli dalla penna, si rivela semmai piuttosto il rimpianto per quel tanto di più che si sarebbe forse potuto fare ove resistenze di varia origine, e non solo politiche, tengo a sottolinearlo, non ci avessero costretti ad uno sforzo di conciliazione democratica di diversi e spesso contrastanti punti di vista. Va dunque reso grazie al collega relatore, la cui vissuta e sofferta esperienza di vita ospedaliera è garanzia per tutti di obiettiva quanto disinteressata valutazione dei molti problemi che la complessa materia affronta.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore.*
La ringrazio.

F E R R O N I . Mio dovere. Sarò a quella relazione che noi dovremo riportarci fra breve, passando all'esame degli articoli del disegno di legge, del quale non possiamo peraltro non rilevare gli aspetti salienti, sia pure per accenni.

Va anzitutto rilevato come questa legge sia forse uno dei primi concreti atti di realizzazione del piano quinquennale di sviluppo; come essa precorra e predisponga, nei compiti in campo sanitario, le funzioni dell'istituto costituzionale della regione; come ponga concretamente le basi per un potenziamento sul piano ricettivo della rete ospedaliera italiana, al fine di superare l'intollerabile squilibrio tra regioni, cui ho accennato, armonizzando ovunque lo sviluppo di ospedali esistenti e il sorgere di nuovi; come si proponga di risolvere quanto ho detto con la garanzia democratica di appositi organi (vedi articoli 28, 29 e 30 del disegno di legge), chiamati a proporre e a decidere sulla scorta di controllate necessità e non più — come troppo spesso è accaduto — sulla scorta d'iniziative individuali, non sempre mosse da nobiltà di sentimenti o da reali necessità, ispirate spesso a motivi politici o di altro genere, estranei o in contrasto con una razionale soluzione di questo problema; come si proponga una più alta qualificazione dell'ospedale italiano che configura come centro preminente dell'assistenza sanitaria locale, garantendone condizioni uguali ovunque, commisurate ai compiti cui ogni ospedale sarà chiamato, graduandone funzioni e specializzazioni ai diversi livelli, eliminando duplicazioni inutili, spesso stoltamente concorrenziali; come si riducano notevolmente i controlli statali mentre allarga e rafforza la responsabile partecipazione dell'ente locale (comuni, provincie, regioni) chiamate direttamente o indirettamente alla democratica amministrazione e al controllo dell'assistenza ospedaliera; come garantisca, quindi, una più ampia autonomia all'ente ospedaliero alla cui funzionalità, sul piano tecnico sanitario, saranno chiamati a collaborare non più casualmente, ma sistematicamente, come diritto-dovere previsto dalla legge, i sanitari ospedalieri, i medici, i cui rapporti con l'ospedale vengono pertanto in tal modo esaltati e nobilitati; come si proponga di creare rapporti nuovi di collaborazione e — se così posso esprimermi — d'integrazione tra ospedale pubblico e universitario, non umiliando il secondo, ma valorizzando

il primo, chiamato, attraverso gli elementi più altamente qualificati e severamente selezionati, a compiti anche didattici (articolo 44) tanto necessari ad una più larga e approfondita preparazione dei giovani avviati alla carriera sanitaria.

Il relatore si sofferma a lungo sulle disposizioni previste dagli articoli 42 e 43, relative ai principi direttivi per lo stato giuridico del personale sanitario medico. Egli rileva — e anche a me piace rilevarlo — quanto le nuove disposizioni di legge si preoccupino di portare un soffio nuovo di giustizia e di moralità, specie nel delicato, tanto discusso problema dei concorsi, la cui formulazione nel testo di legge sembra avere molto indignato il collega Di Grazia.

Io non intendo mettermi a polemizzare, ad introdurre in questa sede elementi di polemica, in aggiunta alle molte ed aspre avutesi in passato su questo argomento, e anche recentemente; sta di fatto che, se applicate senza le distorsioni ed il machiavellismo cui troppo spesso si indulge nell'interpretare nell'applicare le norme della legge, quelle contenute nella legge ospedaliera vogliono garantire ai medici ed ai sanitari in genere, all'inizio e lungo il corso della loro carriera, che solo sapere e conoscenza, doti di ingegno e di tecnica saranno le forze cui ognuno dovrà raccomandarsi. E se tutti, dai politici che raccomandano alle autorità politico-amministrative o religiose, che raccomandano; ai molti presidenti di ospedali, che per opportunismo o per timore le raccomandazioni accettano; ai consiglieri di amministrazione che fanno altrettanto; a certi intromettitori abusivi, così li definirei, corrotti e corruttori che intriggano non disinteressatamente, come troppe volte è avvenuto, per prefabbricare un concorso e preconstituirne i risultati; se tutti, insomma volessimo smettere di fingere di ignorare tutto ciò per attenerci non scrupolosa severità al disposto di questa legge, avremmo compiuto un vero grande passo sulla via della moralizzazione in uno dei settori in cui, per essere la vita dell'uomo la posta in gioco, ogni insufficienza evitabile, ogni inidoneità tollerata o premiata si traducono

in colpe gravi, in grave danno per tutti e *in primis* per gli ammalati.

Io vorrei concludere questa sommaria e parziale elencazione di dati positivi di questa legge ricordandone almeno altri due a mio parere importantissimi: quello del tirocinio obbligatorio dei giovani neolaureati (articoli 45, 46, 47 e 48) e l'altro che fissa l'obbligo del ricovero e della cura per chi, a giudizio esclusivo immediato del medico di guardia, ne abbia bisogno, quale che sia la sua situazione giuridica, economica, assicurativa, eccetera.

Si è detto che tali norme esistono già e che pertanto con questa legge nulla si innova. Non è vero, o è vero solo in parte: esiste oggi una pressochè inosservata norma per un tirocinio di sei mesi. Con la nuova legge il tirocinio viene reso obbligatorio per un anno almeno, tempo che personalmente — non sono medico e vorranno correggermi i miei colleghi medici di quest'Aula —, data la delicata materia, vorrei vedere portato a ventiquattro o, quanto meno, a diciotto mesi. Ma tale tirocinio verrà debitamente retribuito, così che non diventi una servitù per questi giovani tale da isterilire la loro coscienza. La retribuzione avviene in parte con proventi a carico del fondo nazionale ospedaliero (65 per cento) ed in parte, come è giusto, a carico dell'ente ospedaliero che pure si gioverà dell'opera, anche se limitata, ma progressivamente migliore, del giovane tirocinante.

Ed è vero che esiste oggi il ricovero d'urgenza; ma con tutte le remore, tutti gli inconvenienti così bene identificati dal relatore e che, del resto, tutti conosciamo, non foss'altro per gli aspetti drammatici di taluni di essi, dei quali spesso ha dovuto occuparsi la cronaca e persino la Magistratura. Fatto si è che quest'esigenza è ormai maturata nella coscienza medica, anche se assai meno in quella burocratica.

Merito della legge, dunque, è quello di avere fatto propria tale esigenza, di averla solennemente sanzionata e resa inviolabile, di avere, per ciò stesso, riconsacrato un principio fondamentale di etica medico-sociale, per cui il cittadino ha il diritto al soccorso e alla cura e il medico il dovere di for-

nire l'una cosa e l'altra con la prontezza che il caso richiede, senza preoccupazioni di altra natura. Preoccupazioni che hanno prodotto o potrebbero produrre nelle persone meno coraggiose nefasti effetti di inaridimento della coscienza o, più semplicemente, della morale civile.

Non è chi non veda, dunque, l'alto valore di questa norma e la valorizzazione che essa comporta, una volta di più, della figura e della funzione del medico. Tale indirizzo ricorre, del resto, sempre nei provvedimenti adottati in quest'ultimo lasso di tempo e si ripropone con maggiore forza e opportunità nella legge di riforma psichiatrica, in cui il rapporto medico-malato diventa predominante e tale da eliminare o ridurre i nefasti effetti prodotti dall'introduzione, avvenuta quasi di soppiatto ad opera del fascista Rocco, della registrazione nel casellario giudiziario, che tanto danno ha recato ai singoli e alla società, danno certo maggiore di quello che la schedatura intendeva prevenire od evitare.

Io credo di poter rinunciare, onorevoli colleghi, a questo punto, ad un ulteriore esame della proposta di legge. Lo faranno certamente altri, forse con analisi più squisitamente tecniche. Ma tradirei la mia coscienza, il mio dovere di parlamentare e di cittadino libero in un Paese libero, se non mi soffermassi per un momento su alcuni aspetti della legge che più ci vengono rimproverati (intendo dire che vengono rimproverati a noi socialisti).

Io desidero preliminarmente affermare che, se pure non professo religione di sorta, sono tuttavia rispettoso di ogni credenza religiosa, quale che sia. Non si vive infatti un'esistenza ormai lunga come la mia, con le sue sofferenze — ed anche con le sue gioie — con dolori che creano vuoti vertiginosi dentro, senza forse istintivamente cercare qualche cosa che quei vuoti valga a riempire. Non si può allora non guardare pensosi e comprensivi coloro che tali vuoti hanno una volta per tutte colmato, o creduto di colmare, con quanto essi chiamano il dono della fede e non intendere (questo è il punto) la loro preoccupazione di difen-

dere quelli che essi ritengono gli strumenti di difesa della fede.

Quindi nessuna ombra di « esasperazione laicista » in quello che dirò, collega Samek Lodovici. Nè radicalismo fuori luogo, oggi, come del resto sempre; ma nemmeno indulgenza a quello che potrebbe diventare esasperato clericalismo, là dove l'incalzare del progresso civile e scientifico vuole vederlo quanto meno commisurato ai nuovi tempi.

L'accusa che si muove da molte parti, ripeto, a noi socialisti in particolare è di aver subito — è la parola che abbiamo udito anche poco fa dal collega comunista Orlandi — la sopravvivenza di organismi ospedalieri religiosi e un predominio interno negli ospedali della presenza religiosa. Io non ignoro, — vorrei dire al collega Monaldi che ne esaltava ieri le funzioni — i compiti, l'apporto, sul piano umano e sociale, di istituzioni che in un passato lontano furono le sole o quasi a fornire l'assistenza negata dalla società del tempo, assistenza fatta in nome della carità cristiana; cosa questa che non vogliamo nè ignorare nè negare nel momento in cui in sede storica noi sentiamo — e ne vediamo i segni — che le concezioni socialiste dei rapporti tra gli uomini, la società e lo Stato, vengono sempre più recepite e assimilate dalle forze che al cristianesimo si ispirano.

Penso dunque che la sopravvivenza di queste istituzioni sia tuttora legittima, legata del resto alla realtà di un Paese come l'Italia, nel quale tra l'altro — me lo consentano i nostri severi censori di sinistra — si è saputo, e non una volta soltanto, sacrificare sull'altare dell'opportunità, ripeto opportunità politica, i principi che oggi, per evidenti ragioni di comodo, si risfoderano contro di noi.

Ma ciò detto e lasciando al tempo le soluzioni naturali di questa questione, penso debba esigersi che funzionalità, attrezzature, personale e mezzi di questi istituti debbano, in ogni caso, garantire condizioni ottimali all'assistenza dei cittadini in essi ricoverati, come pure non debba essere consentita, negli ospedali, una prevalenza di diritti del personale esecutivo ed infermieristico religioso rispetto a quello laico, basata su quei criteri di « attaccamento all'economia, all'abi-

tudine al buon ordine e al minor costo di questo personale » così come afferma il relatore; doti certo apprezzabili, ma che del resto non sono estranee, collega Samek, alle donne in generale, specie se educate e preparate a particolari compiti di sala, di corsia, di reparto nei nostri ospedali.

Concetti, quindi, anche questi ora espressi, non oziosi, collega Samek, nè irrispettosi, come ho già detto, ma tali da porre a tutti, laici e cattolici, il problema di una convivenza leale all'interno dell'ospedale, tra uomini e donne di diversa fede o di nessuna fede religiosa. Concetti tali, del resto, che non inficiano menomamente il giudizio globalmente positivo sulla legge precedentemente espresso.

Dalle opposizioni sono venute critiche notevolmente contrastanti, più aspre e tenaci alla Camera, meno aspre e più distensive al Senato, almeno in Commissione. Comunisti e socialproletari hanno dichiarato sostanzialmente che questa legge è una legge di riforma senza riforme; che essa costituisce una prova ulteriore, almeno in campo sanitario, del fallimento del centro-sinistra. Liberali e loro alleati contingenti (ma tali che minacciano, peraltro, di diventare alleati permanenti) hanno lanciato grida allarmate contro l'Annibale marxista che avvierebbe con questa legge la temuta nazionalizzazione della medicina.

Agli oppositori di sinistra si è aggiunto pochi giorni fa, promettendo di riprendere il discorso, ma intanto anticipandolo parlando sul bilancio di previsione del 1968, il senatore Simone Gatto.

Ai comunisti, ai liberali e ai loro alleati credo di aver implicitamente risposto, e forse esplicitamente, nel corso di questo intervento. Ma qualche cosa vorrei aggiungere per il compagno Gatto, non foss'altro per l'affetto che ho per lui e per le doti di lealtà che in lui ho sempre apprezzato. Vorrei dirgli che è sin troppo facile prendere un singolo provvedimento, criticamente sezionarlo per svalutarlo; ma che da lui, dalla sua lealtà cui intendo appellarmi, vorrei un giudizio d'insieme sulla politica sanitaria di questi ultimi anni. Egli non potrà non ammettere che le leggi e i provvedimenti votati, che le

leggi e i provvedimenti disposti sono molti ed importanti: la cosiddetta piccola riforma dell'ONMI, cui egli stesso ha collaborato, ancorchè insufficiente, come prima di lui ho riconosciuto io stesso nella mia relazione stampata al bilancio della sanità per il 1968 (proponendo anche un incremento di stanziamenti che mi fu dichiarato impossibile per le stesse ragioni clamorosamente emerse nei giorni scorsi nel dibattito sul bilancio 1968), la riforma dell'ONMI, dicevo, resta tuttavia un fatto positivo che non si può disconoscere e che il collega Gatto non ha affatto disconosciuto; la democratizzazione di questo organismo, i 4 miliardi in più stanziati nel 1967, il miliardo aggiunto a questi per il 1968, hanno dato un notevole respiro a questa tanto utile e preziosa organizzazione; la legge per la vaccinazione obbligatoria antipolio ha dato risultati che sarebbe ingiusto dimenticare; la legge sulla stabilità dei sanitari ospedalieri, e l'altra per la sanatoria e la sistemazione in ruolo degli interini, che tante resistenze di settore ha dovuto superare, non sono cose di poco conto, e indicano un'incontestabile sensibilità in chi le ha volute e sostenute ed una prontezza di percezione delle giuste esigenze dei sanitari; il disegno di legge contro l'inquinamento atmosferico, che attendeva da lunghi anni, è una realtà ormai operante; ne vedremo i risultati nel corso dell'applicazione, per perfezionare, ove occorra, legge e regolamento; il disegno di legge contro l'inquinamento delle acque dei fiumi e costiere è già stato approvato dal Consiglio dei ministri il 15 novembre scorso, dopo un *iter* tecnico burocratico — badate — più che politico, complesso, per la complessità stessa della materia trattata: se è certo che questo disegno di legge non potrà essere portato all'esame del Parlamento in queste poche settimane della IV legislatura repubblicana, lo sarà sicuramente nel prossimo futuro; la legge che consente il trapianto del rene fra viventi, consanguinei o no, è importante e se ne misura l'importanza in questi giorni quando si è sentito parlare del trapianto del cuore (ricordo la mia lotta per consentire che si potesse ottenere il trapianto tra estranei, non solo tra consanguinei a

proposito del rene); è una legge che allinea il nostro Paese al livello di quelli tecnicamente più avanzati ed è tanto più apprezzabile ove si tenga conto delle molte e complesse opposizioni di ordine scientifico, e non solo tale, forse anche di ordine morale e teologico, che essa legge ha dovuto superare; la legge di riforma della Croce rossa italiana; l'altra per la raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano, leggi che hanno ed avranno più in seguito un notevole peso, specie nel settore tanto importante della infortunistica stradale ed anche in tutti i rami della medicina; proposta di legge di riforma dell'Istituto superiore di sanità, n. 4.348 è già all'esame delle Commissioni riunite 14ª e 1ª (sanità e affari costituzionali) della Camera dei deputati e non è chi non veda l'importanza della riforma di questo istituto che costituisce il supporto, la base su cui opera qualsiasi Ministro della sanità, quello di oggi e quelli futuri; la proposta di legge di riforma dell'assistenza psichiatrica è allo esame, in sede redigente, delle Commissioni 11ª e 1ª del Senato: dipenderà dalla volontà, dalla sensibilità di noi tutti portarla sollecitamente all'approvazione, così da consentirne presto il passaggio all'altro ramo del Parlamento per renderla operante prima della fine della legislatura, venendo così ad integrare e a completare la riforma ospedaliera nel suo complesso.

Mi auguro che certe cecità e faziosità politiche non siano fonti di riserve mentali e di non dichiarato, ma effettivo ostruzionismo contro questa legge che affronta uno degli aspetti più misteriosi e dolorosi della sofferenza umana; quello delle malattie della mente, purtroppo in costante incremento, e per le quali le attrezzature del nostro Paese sono tali da costituire un elemento di vergogna per tutti, in particolare per il legislatore che ha il dovere di rimuovere certe orribili strutture del passato.

Se polemiche ci sono state, in commissioni o sottocommissioni, non so bene, esse vanno serenamente superate per procedere nella discussione. E mi avvio alla fine: la legge n. 615 per il risanamento della tubercolosi bovina e la brucellosi ha dato dei ri-

sultati importanti che si aggiungono a quelli della legge n. 431 del 13 maggio 1965 per la profilassi delle malattie infettive, e in particolare dell'afta epizootica, tanto che, dopo la vaccinazione di oltre 13 milioni di capi bovini dal 1964, alla fine del 1966, l'afta epizootica è pressochè scomparsa dalla valle padana, zona che, come è noto, era tra le più colpite in Italia e in Europa. Sempre nel campo della zootecnica altri disegni di legge sono pronti e verranno a giorni all'esame del Senato: lo ricordava stamane in Commissione sanità il Ministro; esse prevedono notevoli stanziamenti per l'estensione massiccia della profilassi, cui accenno, in tutto il territorio nazionale; stanziamenti contro la peste suina e le malattie tipiche della specie; stanziamenti per un nuovo ordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali, di preziosa utilità nel campo dell'alimentazione umana.

Tutti provvedimenti di grande importanza, non solo sotto il profilo sanitario, ma anche sotto quello economico, ove si pensi all'enorme cifra di importazione di carne cui è costretto il nostro Paese e quindi alla necessità di preservare ed incrementare il patrimonio zootecnico e ove si pensi, onorevoli colleghi, che nel solo 1961 — io non ho avuto modo di aggiornare i miei dati — la economia nazionale subì una perdita secca per malattie ed epidemie del bestiame valutata in 300 miliardi. E non parlerò di altri provvedimenti di notevole interesse, ognuno dei quali meriterebbe un'illustrazione a sè, che non farò per ragioni di brevità: la assistenza agli invalidi civili; l'aumento di indennità ai lebbrosi e loro familiari con la estensione della diagnosi precoce in modo più incisivo e l'invio in preventori dei bambini minacciati di contagio; l'indennità giornaliera agli ammalati di tubercolosi non assistiti dall'INPS; tutto il gruppo di provvedimenti intesi a disciplinare e a regolamentare le cosiddette arti ausiliarie e sanitarie; la legge dell'agosto 1966 per l'assistenza ai motulesi e neurolesi; e infine lo schema di legge predisposto, e che non sarà certo abbandonato, per l'assistenza e la riabilitazione

degli irregolari psichici in età evolutiva e per l'igiene mentale infantile.

Chiedo scusa all'onorevole Ministro della sanità se ho ommesso, come certo ho fatto, altri provvedimenti di sua iniziativa.

Ecco, dunque, senatore Gatto, come tali realizzazioni assolutamente smentiscano le accuse di insensibilità o peggio di fallimento dell'azione socialista e di quella del Governo di centro-sinistra. Dovere di obiettività vuole che tutto sia giudicato nell'insieme, senza artatamente dimenticare ciò che è stato fatto e ciò che è programmato per l'immediato futuro.

Ciò posto, aggiungo che ci rendiamo ben conto del molto che resta da fare e che faremo se ci soccorrerà la forza necessaria dell'adesione popolare.

Vi sono cose che si possono imporre ed altre no. Tutte peraltro hanno bisogno di affidarsi all'evolversi della coscienza collettiva, in materia sanitaria e ospedaliera in particolare. Ciò vale anche per il problema del « tempo pieno », che sembra essere diventato un punto di forza della critica comunista. Noi lo vogliamo certo, ma non abbiamo voluto imporlo dall'alto, attendendo la progressiva adesione dei medici ospedalieri. Siamo certi che la legge che stiamo per varare, modificando il volto dell'organizzazione ospedaliera, perfezionando le garanzie di vita, di carriera e di quiescenza dei medici ospedalieri, acquieterà le preoccupazioni di questi ultimi, sì da farli spontaneamente scegliere tra « tempo definito », oggi previsto dalla legge (il che è un notevole passo avanti rispetto al passato), e « tempo pieno », che è il traguardo finale cui miriamo. Del resto altri fattori concorreranno a questo fine: l'evolversi stesso della scienza e della tecnica sanitaria, ad esempio, — siano indulgenti i colleghi medici se dirò delle cose imprecise — e il progressivo imporsi del lavoro di gruppo, della diagnosi sempre meno rimessa alla singola capacità del clinico, grande o modesto che sia, e sempre più alla somma di indagini e ricerche di laboratorio affidate a strumenti meravigliosi che si sono introdotti nella tecnica ospeda-

liera. Tutto ciò, se pur sempre richiede l'apporto di individualità ad alto livello, specie nella fase di coordinazione e di intervento, modificherà — io penso — certe esasperazioni gerarchiche delle quali soffre tuttora l'attività medica e ospedaliera. Da quanto ho detto, forse in modo insufficiente, credo che si debba e si possa ragionevolmente sperare in un progressivo modificarsi psicologico del mondo sanitario, cosicchè l'ospedale, offrendo insieme garanzie di ordine economico rispondenti all'alta e delicata funzione del medico e certezza di prestigio commisurato al lavoro compiuto, diventi l'esclusiva fonte di lavoro, di reddito e di dignità professionale e sociale.

Occorre dare tempo al tempo; anche per il « tempo pieno »! Del resto tutto concorre, ormai: scienza, filosofia, economia, tecnica a quella fase di socializzazione, collega Trabucchi (lei che è un attento lettore di questi argomenti) che Teilhard de Chardin attribuisce anche ad esigenze biologiche della specie umana, quando afferma che viviamo in un momento di crisi nell'organizzazione dei rapporti tra gli uomini, sospinti fatalmente a forme nuove di vita associativa. Talchè egli anticipa di decenni quello che oggi s'impone in misura sempre più larga anche nel mondo ritenuto più avverso al rinnovamento della società umana. Rimando, a questo proposito, chi ne avesse voglia, ad uno scritto recentissimo di « Civiltà cattolica » che dà questo significato al moto odierno della storia. Moto che occorre assecondare e non ostacolare, onorevoli colleghi liberali, e mi rivolgo in specie al collega Peserico che ha svolto, più che un discorso critico, un discorso costellato di punti interrogativi, senza indicare la benchè minima soluzione. Vorrei ricordare a lui e ai colleghi liberali questo ammonimento di Cavour — il Carlo Marx, se così si può dire, dei liberali! —: « Quando una riforma deve produrre un immediato beneficio, per ciò solo questa riforma è opportuna e ci vorrebbero abbondantissime ragioni in contrario onde combattere questo primissimo e fondatissimo argomento ».

Questo diceva Cavour oltre un secolo fa al Parlamento cisalpino in occasione di un

importante dibattito, quello cioè sulla legge Siccardi per l'abolizione del foro ecclesiastico.

È il nostro caso; la riforma è opportuna; più che opportuna è necessaria a produrre quegli immediati e futuri benefici tanto auspicati. E non mi pare siano state portate ragioni fondate e serie contro di essa.

Essa risponde, dunque, alle naturali esigenze dell'uomo di dare un assetto migliore e più giusto alla società in cui vive. Per questo la difendiamo. Questa legge si inquadra in quelle concezioni di giustizia sociale di cui noi socialisti siamo da sempre i portatori. Essa è un passo avanti verso la meta che dovrà vedere l'uomo riscattato dalle troppe miserie, degradazioni, egoismi che ancora esistono nella nostra società.

Sappiamo che c'è un cammino lungo ancora da compiere, ma abbiamo la precisa coscienza di essere sempre meno soli e meno incompresi.

Questa legge (con l'altra che attende, cioè la riforma del settore psichiatrico), fa onore a noi, al Ministro che l'ha proposta, voluta, tenacemente ed appassionatamente difesa; al Governo di centro-sinistra che ne sigilla il nascere.

Credo che approvandola avremo dato una buona, attesa risposta al professor Dogliotti e alla Commissione che ne ha tracciato le linee di massima. Sì, questa legge, « pur sempre nella misura consentita ad una legge scritta da uomini » soddisfa, in questa fase della nostra vita sociale, le giuste aspirazioni del popolo italiano. (*Vivissimi applausi dal centro e dalla sinistra. Molte congratulazioni*).

P R E S I D E N T E . Rinvio il seguito della discussione alla seduta pomeridiana. Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 17, con lo stesso ordine del giorno.

La seduta è tolta (ore 14,20).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari