

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

752^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 13 DICEMBRE 1967

(Pomeridiana)

Presidenza del Vice Presidente CHABOD,
indi del Presidente ZELIOLI LANZINI

INDICE

CONGEDI Pag. 40319

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione 40319
Approvazione da parte di Commissioni per-
manenti 49319, 49375
Deferimento a Commissione permanente in
sede deliberante 40319
Deferimento a Commissioni permanenti
riunite in sede referente 40319

Seguito della discussione:

« Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera »
(2275) (Approvato dalla Camera dei depu-
tati):

PRESIDENTE 40331 e *passim*
CASSINI 40365
CHIARIELLO 40320
D'ERRICO 40353
GUARNIERI 40363
JANNUZZI 40345
ROTTA 40347
TRABUCCHI 40333

INTERROGAZIONI

Annunzio 40375

Presidenza del Vice Presidente CHABOD

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 17).

Si dia lettura del processo verbale.

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

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

Congedi

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il senatore Pafundi per giorni 4.

Non essendovi osservazioni, questo congedo è concesso.

Annunzio di presentazione di disegno di legge

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

dal Ministro delle finanze:

« Conversione in legge del decreto-legge 12 dicembre 1967, n. 1157, concernente modificazioni del regime fiscale dei filati di tulle fibre tessili » (2608).

Annunzio di deferimento di disegno di legge a Commissioni permanenti riunite in sede referente

PRESIDENTE. Comunico che, su richiesta della 2ª Commissione permanente (Giustizia e autorizzazioni a procedere), è stato deferito in sede referente alle Commissioni permanenti riunite 2ª ed 8ª il disegno di legge: GOMEZ D'AYALA ed altri. — « Norme in materia di affitto e di vendita

dei fondi rustici » (2182), precedentemente assegnato in sede referente alla sola 8ª Commissione permanente.

Annunzio di deferimento di disegno di legge a Commissione permanente in sede deliberante

PRESIDENTE. Comunico che il seguente disegno di legge è stato deferito in sede deliberante:

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

« Comando, per un triennio, presso la Commissione Vinciana, di un preside o professore di Istituto di istruzione secondaria » (2563), previo parere della 5ª Commissione.

Annunzio di approvazione di disegni di legge da parte di Commissioni permanenti

PRESIDENTE. Comunico che, nelle sedute di stamane, le Commissioni permanenti hanno approvato i seguenti disegni di legge:

1ª Commissione permanente (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno):

Deputato AMADEI Giuseppe. — « Modifica alla legge 3 giugno 1950, n. 375, sull'assunzione obbligatoria degli invalidi di guerra » (1960);

4ª Commissione permanente (Difesa):

« Trattamento economico dei caporal maggiori, caporali e soldati dell'Esercito e gradi corrispondenti della Marina e dell'Aeronautica, degli allievi carabinieri, degli allievi finanziari e degli allievi agenti di custodia delle carceri durante i periodi di degenza in

luoghi di cura e le licenze di convalidazione » (2542);

5ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Interpretazione autentica delle norme relative alla concessione dell'indennità speciale ai vicebrigadieri, graduati e militari di truppa dell'Arma dei carabinieri e dei Corpi di polizia collocati a riposo per infermità dipendente da causa di servizio, prima dell'entrata in vigore delle rispettive leggi di stato » (2300);

« Proroga del termine per l'esercizio dei privilegi fiscali da parte degli esattori delle imposte dirette del periodo 1954-1963 » (2554-Urgenza);

7ª Commissione permanente (Lavori pubblici, trasporti, poste e telecomunicazioni e marina mercantile):

« Integrazioni all'articolo 802 del codice della navigazione concernente l'autorizzazione alla partenza degli aeromobili » (2452);

« Modificazione del Codice postale e delle telecomunicazioni in materia di disturbi alle trasmissioni e radioricezioni » (2465);

« Proroga dei benefici integrativi disposti a favore dei Comuni dalle leggi 29 luglio 1957, n. 634, e 29 luglio 1957, n. 635, per la costruzione o il completamento delle reti di distribuzione idrica nell'interno degli abitati e la costruzione o il completamento degli impianti e reti di fognatura » (2510);

« Disposizioni sul Consorzio autonomo del porto di Genova e norme per l'attuazione del piano regolatore generale di ampliamento del porto di Genova-Voltri » (2531);

11ª Commissione permanente (Igiene e sanità):

« Assegnazione straordinaria di fondi per la sistemazione dei debiti relativi ai ricoveri degli infermi poliomielitici, discenetici e lussati congeniti dell'anca » (2587), con modificazioni.

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

P R E S I D E N T E . 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 Chiariello. Ne ha facoltà.

C H I A R I E L L O . Signor Presidente, signor Ministro, signor Sottosegretario, onorevoli colleghi, un discorso sulla riforma ospedaliera, dopo tutto quello che si è detto e si è scritto e dopo le esaurienti discussioni che hanno avuto luogo alla Camera ed in Commissione al Senato, potrebbe essere molto lungo o molto breve perché detta legge la si può respingere *in toto*, senza alcuna possibilità di compromessi, o la si può accogliere in maniera entusiastica, come da determinati settori dell'Assemblea, così come è avvenuto alla Camera, sarà fatto anche qui; in entrambi i casi il discorso può essere molto breve.

Ma quando si parte dal concetto di voler servire la verità e dalla persuasione che una riforma ospedaliera si impone, ci si può dolere, come ci si duole, che quella che ci viene presentata non è come avremmo voluto fosse, perciò è opportuno discuterla, approfondirla e cercare con gli emendamenti di migliorarla quanto è possibile: allora il discorso può diventare lungo.

Io, invece, pur seguendo questa via, cercherò di essere piuttosto breve e spero che il signor Ministro vorrà comprendere lo sforzo che noi liberali facciamo nel cercare quanto di buono c'è nella riforma che ci viene presentata e quanto di cattivo e soprattutto di impreciso e di pericoloso c'è in tutto quello che ci si porta ad esaminare.

Indubbiamente la riforma è sentita da tutta la Nazione e forse questo è un merito del Ministro, che ha sensibilizzato l'opinione pubblica ed ha imposto all'attenzione del Paese intero la necessità che una nuova legge

ospedaliera si adeguasse ai tempi e rispondesse alle nuove esigenze, in quanto l'ultima legge, quella del 1938, vecchia cioè di un trentennio, pur avendo avuto degli innegabili meriti, andava revisionata.

Detta riforma la vogliono anche i medici, i quali, anche se in parte soddisfatti dal punto di vista dei loro recenti miglioramenti economici e della loro posizione giuridica, sentono la deficienza dell'organizzazione, dell'attrezzatura dei loro ospedali, l'insufficienza delle apparecchiature, dei laboratori e degli impianti, il che costituisce un danno anche per loro, oltrechè, naturalmente, per gli infermi.

Ma questa riforma la vogliono soprattutto i cittadini i quali sentono che l'ospedale oggi costituisce il perno dell'assistenza sanitaria, sanno che vengono profusi tesori immensi, in misura superiore alle altre Nazioni, per l'assistenza medica, ma sanno anche che, per l'incapacità ampiamente dimostrata di disciplinare questa organizzazione, oggi l'Italia è il Paese dove si spende di più per l'assistenza sanitaria e dove si è peggio serviti. Questo è soprattutto un problema di uomini, un problema di metodo, un problema di moralizzazione della vita pubblica. Di questo riparleremo in seguito.

Ma vi sono una quantità di cose da fare sul piano pratico, perchè, se è vero, come ha detto qualche oratore alla Camera, che questa legge non è tutto, pur nondimeno costituisce il fondamento perchè si possa costruire un'assistenza sanitaria degna di questo nome.

Occorre per prima cosa costruire nuovi ospedali, ampliare e rinnovare quelli esistenti con una spesa, che nel piano economico quinquennale è prevista in oltre 800 miliardi, da effettuarsi in una quindicina di anni.

Vi è poi il problema delle mutue, di una gravità fondamentale e potrei dire che tutta questa nuova legge degli ospedali è fondata semplicemente su questo unico cliente che sono le mutue. E se le mutue non vanno bene, io penso che tutta l'impalcatura degli ospedali cadrà. Ora questo problema delle mutue è di una gravità fondamentale, tanto più grave se si pensa che in fondo oggi le mutue costituiscono appunto l'unico cliente

degli ospedali. Se le mutue vanno male — e a tutt'oggi penso non potrebbero andare peggio — non c'è speranza che gli ospedali possano funzionare come sarebbe auspicabile. Ne riparleremo in seguito, ma il primo problema che sorge e la domanda che viene spontanea è: tutte queste mutue si possono unificare, si possono coordinare? Si può dare uniformità di trattamento a tutte le categorie coperte dall'assistenza? Oggi alcune categorie di cittadini e di lavoratori possono usufruire di una certa forma di assistenza oppure di un'altra, a seconda dell'ente presso il quale sono assicurati.

E gli enti, fra grandi e piccoli, sono più di cento. Ad esempio, ci sono i bancari, dei quali alcuni sono assistiti da una determinata mutua, altri dipendenti da banche che non sono enti di diritto pubblico — come la Commerciale, il Credito Italiano — sono assistiti dall'INAM. Bisogna dirle queste cose e far presente il rammarico di coloro che sono, ad esempio, in queste banche e che si chiedono perchè non devono avere un'assistenza come altri di altre banche.

Ebbene io ritengo che questa riduzione, che questo coordinamento non avverrà mai, per due ragioni: primo perchè nei cento e più organismi mutualistici vi è tale una incrostazione di interessi, una distribuzione di posti, di canonicati, di direttori, sotto-direttori, eccetera, che è difficile raggruppare il tutto sotto un solo direttore ed un'unica disciplina. Poi perchè ritengo che quando si vogliono riunire alcune organizzazioni, soprattutto se a fondo sociale, bisogna organizzarle per il meglio e non per il peggio. Qui è il problema! Quando si va dalla « Carlo Erba » e si fa una causa in Consiglio di Stato perchè i dipendenti di detta azienda devono essere assistiti dall'INAM, non si fanno certamente gli interessi dei dipendenti della « Carlo Erba ». Essi hanno perduto la causa e sono diventati dell'INAM, però bisognava che avessero trovato la stessa assistenza che per decenni hanno avuto nella loro mutua aziendale. Il concetto del livellamento al più basso livello, come avverrebbe, può invogliare forse altri settori ma noi liberali, che tentiamo di livellare in alto

e non in basso, non ci possiamo adattare a questa prospettiva.

Vi sono oggi alcune mutue aziendali che funzionano perfettamente, con medici ben selezionati, con ospedali, cliniche ben scelte e selezionate, ad un buon livello, con un personale proprio di sorveglianza sugli infermi, perchè la sorveglianza va fatta per evitare gli abusi, dovunque questi siano ricoverati, sorveglianza che si può definire soddisfacente e anche confortevole in quanto gli ammalati vengono anche assistiti. Non si può pretendere che gli operai, i lavoratori che sono abituati alle mutue aziendali dell'Enel, della Montecatini, della Pirelli, si confondano in un magma comune e vedano calare l'assistenza sanitaria per le loro famiglie ai bassi livelli delle grandissime mutue. Voi sapete quanti scioperi sono stati minacciati per questo e quanti scioperi sono stati fatti rientrare. Ad esempio, qualche azienda elettrica a Napoli e a Milano ha detto: se si fa il passaggio, noi ci metteremo in sciopero fino a che voi ritirate questa minaccia.

D'altra parte, la medicina oggi è così progredita da rendere irriconoscibile il quadro delle professioni e dell'organizzazione sanitaria rispetto a quelle che erano dieci o quindici anni fa. La strada dei medici e quella degli ammalati si incontrano oggi principalmente negli ospedali, in quanto vi è la fuga, col sistema mutualistico, dalle abitazioni. Oggi, dopo aver fatto a volte del piccolo contrabbando tra ricette e medicinali con il medico mutualista, si ricorre poi ad un medico di fiducia.

È proprio nell'ospedale che i medici si incontrano con gli ammalati: la loro unica via è quella dell'ospedale e oggi — lo posso dire proprio io che appartengo alle provincie meridionali — non c'è più quella prevenzione per l'ospedale che vi era, ad esempio, trent'anni fa quando l'ospedale era considerato quasi come il luogo dove si andava a morire!

Prima di procedere ad una disamina un po' dettagliata, vi sono due problemi da esaminare. Il primo è di ordine soprattutto economico e riflette la gravità della situazione mutualistica in Italia che diventa crisi dello

Stato; noi ci domandiamo come si possa costruire una nuova organizzazione ospedaliera sul piano nazionale quando pressochè lo unico cardine di manovra è l'assistenza mutualistica. L'altro problema è di ordine giuridico e su di esso mi tratterò poco anche perchè sono poco competente in queste sottili disquisizioni giuridiche. Il problema per le mutue è veramente grave; sembrerebbe che esso si sia risolto con il provvedimento di emergenza varato dal Consiglio dei Ministri mediante il quale il Governo si è accollato un debito di ben 476 miliardi, suddivisi in varie annualità a partire dal 1967.

Incidentalmente, signor Ministro, poichè mi trovo a parlare di questo argomento, mi permetto di ricordarle che, poichè vivo negli ospedali ed in mezzo ai loro problemi, di questa prima *tranche* di 70-80 miliardi non se ne sa niente con una certa precisione, per cui c'è uno stato di agitazione (in termini sindacali si chiama preallarme) perchè non si sa se gli stipendi saranno pagati o no: in effetti questa prima *tranche*, promessa da 15 giorni, non è stata ancora versata alle mutue per fare i versamenti.

Certo nella situazione in cui si era arrivati, vi era ben poco da fare e ciò ha permesso agli enti mutualistici di veder risanati i loro bilanci, agli ospedali, alle farmacie, ai medici, di poter finalmente realizzare quanto era loro dovuto, naturalmente in parte, e agli assistiti la speranza di poter godere di un'assistenza meno aleatoria e più snella.

Dico questo perchè, quando le mutue non pagano, è tutto l'ingranaggio dell'ospedale che ne viene a soffrire. Si comincia con gli scioperi (gli scioperi si fanno anche per altre ragioni negli ospedali, ma si fanno soprattutto per questa) ed io che ho la responsabilità di un ospedale posso dirvi che è veramente angoscioso affrontare uno sciopero in un ospedale. Si può obiettare: purchè vengano assicurate le urgenze. Ma dove c'è il limite, dove cioè finisce e comincia l'urgenza e dove cominciano e finiscono le cure per i non urgenti? Come si fa a stabilire tutto ciò? Tant'è vero che i sanitari che amano molto gli scioperi dicono: per me questo non è urgente; quelli che invece hanno un più profondo sen-

so di responsabilità, dicono: per me è urgente, lo faccio. A volte si appellano a me ed io dico, quasi sempre, che la cosa per me è urgente e li richiamo alle loro responsabilità.

È veramente angoscioso il problema degli scioperi: lo sciopero può essere grave comunque, ma in un ospedale è una cosa veramente paurosa.

Incidentalmente faccio notare che, quando il Consiglio dei Ministri ha varato questa legge, non si sono levati gli scoppi di indignazione, eppure si varavano 476 miliardi!, che noi abbiamo sentito in questi giorni da parte dei Ministri finanziari a proposito dell'approvazione dell'emendamento che dava un po' di ossigeno alle pensioni dei reduci di guerra, persino a quelli della guerra italo-turca.

Ma ciò è logico! Gli scioperi di quei poveretti non fanno paura a nessuno, quindi li si fa aspettare per decenni!

Aggiungerò che, in una votazione come quella avvenuta giorni fa, in cui a votare è stata tutta la massa del Partito comunista, i missini, un numero dei liberali, meno della metà, e un altro numero, certamente superiore a noialtri, costituito da elementi sparsi della maggioranza che hanno votato secondo la loro coscienza nel segreto dell'urna, l'onorevole Preti ha gridato allo scandalo solo contro di noi: è questione di simpatia!

Il discorso qui sarebbe troppo lungo e fuor di luogo, ma per questa categoria di benemeriti della Nazione che non fanno paura al Governo nè con gli scioperi nè con l'ostruzionismo i denari non ci sono mai e i provvedimenti relativi vengono rinviati di volta in volta per mancanza di fondi, mentre tutto il Paese assiste — e noi parlamentari siamo i più consapevoli — al dilapidamento del pubblico denaro.

Per ritornare al nostro argomento, ricorderò che il disavanzo degli enti mutualistici ha raggiunto vette *record* in relazione alla crescente lievitazione delle spese per la mutualità alle quali ha fatto purtroppo riscontro non un miglioramento, bensì uno scadimento delle prestazioni. Ciò è dipeso soprattutto dalla costante crescita della massa degli assistiti, conseguente alla estensione del-

la mutualità a nuove categorie, ma anche dalla costante crescita della disorganizzazione e delle spese in generale.

Contemporaneamente non si è provveduto, come pure sarebbe stato logico, al reperimento dei relativi mezzi di copertura, nè ci si è preoccupati di ancorare lo sviluppo dell'assistenza a quello del reddito complessivo della collettività: insomma, si è fatto il passo più lungo della gamba e il risultato di questo andazzo è stato il sovvertimento dell'equilibrio finanziario degli enti mutualistici.

La riorganizzazione delle mutue è essenziale, importante ed anche urgente, perchè chi ci vive in mezzo può dire in perfetta serenità che, se non si dà un colpo di timone che faccia un po' raddrizzare questa barca, il *deficit* l'avremo anche l'anno venturo: non c'è nessuna ragione, perchè, continuando così le cose, non ci dovrebbe essere il *deficit*; si verificherà inoltre una nuova lievitazione dei prezzi degli ospedali e avremo, cosa che purtroppo dobbiamo riscontrare anche ora, che le prestazioni ospedaliere sono care, e lo saranno sempre di più se non si pone mano alla situazione. Le prestazioni ospedaliere sono molto care, inquantochè, come il Ministro ben sa, come tutti sappiamo, la retta del malato è agganciata al bilancio dell'ospedale, o viceversa, e costituisce l'unico, vero, grande cespite degli ospedali; quindi, il disavanzo globale del bilancio è purtroppo destinato ad aumentare notevolmente, nè poteva essere altrimenti, perchè i nodi della finanza pubblica, prima o poi, vengono fatalmente al pettine. Adesso è la volta degli enti mutualistici, i cui squilibri vanno risanati grazie a interventi dello Stato, domani sarà la volta degli enti locali, le cui finanze sono soffocate da una pressione debitoria enorme. Il fatto è che la finanza pubblica è un tutt'uno e non è pensabile di poterla suddividere in compartimenti stagni poichè, in ultima analisi, è sempre lo Stato a sopportare le conseguenze dei dissesti dei vari comparti in cui la si vuole suddividere soprattutto per comodità di nomenclatura.

Occorre perciò che lo Stato si decida una buona volta a restaurare i più severi control-

li della gestione del pubblico denaro non tollerando, come ha sempre fatto, alcuno sperpero e alcuna leggerezza. Certo che lo stanziamento di ben 476 miliardi per le mutue è stato molto grave per le nostre finanze, in quanto che il costo del denaro è fatalmente aumentato in Italia per questa massa debitoria a cui ha dovuto far fronte lo Stato, potrei dire improvvisamente. Tutto questo enorme stanziamento ha provocato — ritengo — un vero *choc* nel Governo stesso, tanto è vero che ha annunciato che si procederà con la massima urgenza all'esame delle possibilità di fusione di enti previdenziali omogenei, fusione che dovrebbe costituire il primo passo verso l'auspicata riduzione dei costi di gestione di questi enti. Speriamo, io ci credo poco.

Tuttavia resta in piedi il problema di fondo che è quello della revisione delle varie forme di mutualità, in modo da concentrare l'assistenza nei casi di comprovata necessità evitando lo sperpero collegato all'estensione dei tipi di assistenza minore, la cui proliferazione ha contribuito a trasformare a poco a poco gli assistiti in divoratori di pillole a spese della collettività. Resta in piedi anche l'altro problema, quello del futuro dell'assistenza. Secondo il ministro del lavoro Bosco l'attuale sistema mutualistico sarebbe infatti valido pur necessitando di un'azione complessa di sfrondamento e di revisione, alla quale peraltro si sarebbe dato inizio con la approvazione recente del provvedimento relativo al ripianamento dei *deficit* degli enti mutualistici. Ma il Ministro della sanità non è di questa opinione e non a caso, a conclusione della riunione del Consiglio dei Ministri, ha specificato testualmente (mi permetta di ricordare le sue parole) che « il risanamento del *deficit* non significa in realtà l'intendimento di riconfermare o di ritenere valido il sistema mutualistico anzi, con l'istituzione di una commissione che dovrà elaborare e studiare la riunificazione in un solo ente di tutto il sistema, si dà adito al superamento del sistema stesso conformemente al piano generale di sviluppo economico per creare le condizioni per il passaggio ad un sistema di sicurezza sociale ». Sono parole sue, onorevole Ministro.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Lo ha confermato anche l'onorevole Presidente del Consiglio a Milano.

C H I A R I E L L O . Lo so. Ed ecco così come si scivola nel più vasto problema della sicurezza sociale che, se da un punto di vista generale può essere suggestivo (le grandi idee, i grandi progetti sono sempre una gran bella cosa), dal punto di vista pratico presenta immense difficoltà, di cui a suo tempo parleremo, con una notevole dispersione di denaro; per cui assisteremo al fatto che il contribuente, che credeva di vedersi un po' risparmiato con la soppressione delle mutue vedrà altri paurosi sbilanci che poi sempre il Governo dovrà pagare.

A che cosa è dovuto questo pauroso sbilancio degli enti mutualistici? Perchè tutto questo, se il solo INAM è passato dal 1962 al 1967 da 113 miliardi a 328 miliardi? Le cause sono molteplici, come ho detto. Le rette di degenza sono aumentate per deficienza, indubbiamente, anche delle amministrazioni ospedaliere, tanto che oggi in molti ospedali, per la classe comune, si paga più del doppio di quanto si paghi in una classe comune di qualsiasi clinica, tutto compreso, anche la migliore d'Italia, e anche per i periodi di degenza che, per un complesso di circostanze, che sarebbe adesso troppo lungo dire, sono molto più lunghi negli ospedali e poi ancora perchè la massa degli assistiti che ricorre agli ospedali è infinitamente aumentata.

L'aver voluto, per esempio, imporre la quota capitaria da parte dell'INAM, della Coldiretti e di altri enti ha potuto, sì, evitare degli abusi (perchè ce n'erano), ma il risultato è stato che molti infermi, una volta curati a casa, vengono adesso subito spediti dal medico negli ospedali. Se non si restituisce al malato e al medico la propria libertà (che assume il più alto significato umano proprio nella fiducia personale che presiede alla scelta di chi chiede assistenza e nella nobile emulazione professionale che muove chi l'assistenza è chiamato a portare) riducendo invece la mutualità a un fatto economico del tutto esterno, oppure se si insiste nella tendenza attualmente predominante a trasfor-

mare il medico in un impiegato dello Stato, con il pieno impiego degli ospedali e, nel prossimo domani, anche fuori degli ospedali, le cose non potranno mai andare bene.

Noi che viviamo la vita di tutti i giorni con i malati vi diciamo che, se si potesse stabilire quanti mutuatari rinunciano al beneficio, quando i caratteri del male facciano presentire un pericolo, per scegliere lo specialista o per affidare a un dato chirurgo l'atto operatorio, avremmo certamente delle grosse sorprese.

Un'osservazione di eguale valore si potrebbe fare sotto un altro punto di vista: immaginiamo un primario che abbia vinto il suo concorso e che riconosca un contratto a pieno impiego, cioè un contratto che lo obblighi a un orario e quindi lo assoggetti ad un controllo, gli offra compensi e garanzie economicamente accettabili. Correndo verso la cinquantina, non passerà molto tempo che il nostro primario sentirà nascere dentro di sé l'impiegato, senza con questo voler disconoscere i meriti dell'impiegato. Diciamo che lo spirito che deve animare un primario è un'altra cosa, che non vi può essere un buon primario se non si ha dinanzi a sé questa continua ascesa nel prestigio nel lavoro verso mete più alte del sapere, cosa che inevitabilmente non avverrà quando tutte le mete sono state raggiunte e magari in ancor giovane età, e non è il caso di smazzarsi per una carriera che livella tutti ad un comune denominatore.

Il pericolo più grosso è proprio in questo imprigionamento burocratico di una professione che è nobilissima perchè respinge ogni bardatura, perchè non conosce orari nè limiti, perchè alla scienza accoppia le risorse dell'arte, alla prima chiedendo conoscenza e alla seconda l'estro.

Esiste nei medici una gerarchia dei valori individuali? Certo che esiste e con stacchi più marcati che in qualsiasi altra attività. Ma perchè questa gerarchia che seleziona si manifesta, occorre che nessuna forza esterna la comprima, che i fatti preparino i confronti ed assegnino i posti. Ne sa qualche cosa l'Inghilterra, signor Ministro, che nazionalizzando tutto, vede uscire dai suoi confini i suoi

figli migliori, che emigrano verso l'Australia e il Canada.

Noi diciamo che è proprio negli ospedali, dove, pure innovando con prudenza e con sapienza, che bisognerà salvare la libera professione che è libera appunto perchè esprime come umana aspirazione la libertà del medico e dell'ammalato, destinati ad incontrarsi, senza l'incomoda presenza dell'amministrativo. Il problema mutualistico, quindi, che è alla base stessa dell'essenza della dinamica dell'ospedale e di cui allo stato non si può prescindere se non si vuole ricorrere ad altre paurose avventure, così come è costituito oggi in Italia, con la sua dinamica fallimentare, non può consentire che venga presa in considerazione una riforma ospedaliera che prescinda dalla crisi mutualistica.

Sulle osservazioni dal punto di vista giuridico che emanano dalla presente legge io non intendo soffermarmi molto per le ragioni che ho detto all'inizio di questo mio intervento, ma non posso non ripetere la mia osservazione sul fatto che, anche dal punto di vista giuridico, sulla formulazione della legge vi sono molte critiche da sollevare. Accennerò per il momento solo a quelle di ordine costituzionale.

È noto che l'articolo 117 della Costituzione stabilisce i principi fondamentali e quindi i limiti entro cui le regioni sono competenti ad emanare norme legislative nelle materie ad esse riservate. Fra tali materie, espressamente elencate dall'articolo 117, sono comprese la beneficenza pubblica e l'assistenza sanitaria ospedaliera. Ora noi potremmo fare una legge che riguarda i principi generali, ma a norma della Costituzione è la legislazione regionale che deve riempire i vuoti delle cosiddette leggi-cornice. Onorevoli colleghi, noi oggi facciamo una legge che è tutt'altro che una legge-cornice. La regione con questa legge ha ben poco da intervenire dal punto di vista legislativo. Perciò, se vi sono dei vuoti, come osservava alla Camera l'onorevole Valitutti, sono già previste delle leggi statali delegate che devono intervenire per colmarli, come risulta dall'articolo 41 concernente l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri e lo statuto giuridico del

personale dipendente dagli enti ospedalieri. Lei stesso, signor Ministro, nel rispondere all'onorevole Valitutti ammetteva che forse l'assestamento regionale in Italia avrebbe provocato un contenzioso gigantesco. E le sembra poco, signor Ministro, prevedere fin dall'inizio questa esplosione di contenzioso, quando è buona norma per chi fa le leggi ridurre al minimo la possibilità dello insorgere del contenzioso?

Se volessimo scendere un po' al dettaglio della legge — ma naturalmente lo faremo con maggior impegno nella discussione degli emendamenti, e vogliamo sperare che, una volta tanto, non ci sia il proposito di non accogliere qualsiasi emendamento perchè in tale caso ogni compito dell'opposizione viene meno — io dovrei anzitutto fare un rilievo che non perde la sua efficacia se è stato già detto e ripetuto tante volte: cioè che questa legge è stata interamente concordata fuori del Parlamento con patteggiamenti e compromessi. E costata forse a lei, onorevole Ministro, un lungo travaglio, e gliene diamo atto. E quando lei con tono adirato dice qualche volta a un collega della maggioranza (come ho sentito le rare volte che sono venuto in Commissione) che egli non deve insistere ad opporsi ad un punto di vista perchè tutto ciò è stato già concordato in sede di Governo e che bisogna rispettare i patti, ebbene io dico che ciò fa torto alla sua intelligenza, che è grande, perchè consacra con le sue parole un dato di fatto inoppugnabile: che noi siamo qui soltanto per fare da spolverino e che tutto si concorda fuori di qui senza di noi parlamentari, spesso contro di noi parlamentari.

DE LUCA LUCA. Il discorso a questo punto sarebbe molto lungo, non riguarda solo il caso specifico.

CHIARIELLO. No, però anche in questo caso è avvenuto così. Anzi in questo caso i patteggiamenti sono stati lunghi e laboriosi e sono costati molta fatica al nostro Ministro.

Quando io ho preso in mano il disegno di legge con la sua relazione, così come è stata approvata dalla Commissione, non ho potuto

non avere una sensazione di sofferenza vedendo che, tranne qualche piccola variazione marginale di nessun conto, il testo della Commissione è pressochè perfettamente uguale al testo del Governo. E allora io mi domando perchè si deve ricorrere alla referente Commissione per far perdere alcuni giorni che per voi socialisti pare che siano diventati tanto preziosi in questo scorcio di legislatura, e non si viene direttamente in Aula per l'approvazione? Noi oggi non parliamo più di nazionalizzazione, come era nello schema originario; nè è previsto più l'esproprio delle Opere Pie, ma se vi è un punto di fatto inequivocabile è che l'autonomia degli enti ospedalieri, così come ci viene prospettata, è gravemente compromessa con l'ordinamento regionale, mentre la tecnica con cui saranno scelti i consigli di amministrazione farà sì che questi saranno appannaggio di due soli partiti che monopolizzeranno tutto, e ciò costituirà formidabili centri di potere...

PIGNATELLI. Questo è inesatto perchè, ad esempio, dove nell'amministrazione è prevalente il Partito comunista...

CHIARIELLO. E allora diciamo tre partiti. Io non so, d'altra parte, che cosa si possa fare con i 10 miliardi che sono stati stanziati come fondo nazionale. So che lei ne avrebbe voluti molti di più, ma la somma è quella che è ed è così esigua che non oso definirla irrisoria. È vero che sono stati stanziati, nella programmazione, centinaia di miliardi per la costruzione di ospedali, ma quelli appartengono al libro dei sogni; potrà darsi che qualche cosa ne verrà, ma oggi noi ragioniamo con i soli 10 miliardi e speriamo per lo meno che questi 10 vengano. La creazione dell'ente ospedaliero, così come è stato costituito, ci lascia poi molto perplessi, e le ragioni di tale perplessità sono molteplici. Una prima osservazione vi è da fare ed è che si sono venute a stabilire delle discriminazioni tra le istituzioni che possono contribuire alla formazione degli enti ospedalieri, e (non c'è nessuna nota di cattiveria in questo) non vediamo perchè gli ospedali, dipendenti da enti ecclesiastici, debbano es-

sere completamente esclusi. Forse sarà effetto di quelle tali manovre di cui parlavamo poco fa e che il Ministro stesso ha dovuto subire...

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Scusi, lei sta parlando di me, ma, se non erro, lei stesso è il direttore del « Pellegrini » di Napoli, che è per l'appunto un ente religioso.

C H I A R I E L L O . Ma no, signor Ministro, l'ospedale del « Pellegrini » è una cosa e gli enti religiosi, cui mi riferisco, sono un'altra cosa.

Comunque in altri settori ciò non è avvenuto. Per quanto riguarda le scuole, ad esempio, sappiamo che esistono le scuole private nelle quali sono incluse le scuole religiose (alcune di queste veramente egregie, ben seguite e stimate nella Nazione); non si sono stabilite, per le scuole, tre categorie: religiose, private e statali, ma se ne sono stabilite due: scuole dello Stato e scuole private e in queste ci sono anche le religiose.

Che significa creare oggi questa classe intermedia? Vi sono ospedali retti da istituzioni che assolvono indubbiamente bene il loro mandato. Io ricordo che a Parigi (dove ho studiato molto tempo) c'è l'ospedale S. Joseph, retto solo da religiosi, ed è veramente perfetto.

Ma ai fini di questa legge non possono che essere privati, e ciò tanto più quando contro le case di salute private vi è tanto accanimento, nel tentativo di svuotarle di ogni contenuto, di limitarne la portata, di cercare di indirizzarle solo a determinati scopi e non ad altri.

Vi è poi la questione dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri. Noi oggi ci riempiamo la bocca di questa parola: democratizzazione. Io credo che talvolta il significato di questa parola o non è ben compreso o è fuorviato. Il costituire i consigli di amministrazione prendendo i vari membri dagli organi politici del comune, della provincia, della regione, eccetera, ritengo che sia assolutamente deleterio e antidemocratico, perchè un consiglio così costituito non può che risentire delle lotte di provenienza dei

suoi vari esponenti. Ora questa non è una previsione per il futuro. Tipi di questi consigli di amministrazione ce ne sono già a centinaia in Italia e sappiamo quello che succede.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Cosa suggerirebbe lei?

C H I A R I E L L O . Glielo dirò, se mi usa la cortesia di attendere.

Il fatto non è poggiato sul campo delle ipotesi. Consigli pressochè uguali già ci sono stati e ci sono in Italia, come dicevo poc'anzi, e non sono quelli che meglio funzionano.

Potrei citare tanti esempi, ma credo che siano a conoscenza di tutti. La disamministrazione di questi enti non solo avviene quando i vari componenti non sono d'accordo fra di loro, ma è ancora maggiore — e potrebbe sembrare un paradosso — quando i vari componenti vanno d'accordo tra di loro. Allora si spartiscono il potere, fanno una equa ripartizione dei posti da assumere, specialmente in periodo pre-elettorale. Di questo abbiamo avuto a Napoli dei casi clamorosi, e lei li conosce, signor Ministro, per centinaia e centinaia di persone ammesse — e per questo la cosa è dinanzi ai magistrati — si organizzano i concorsi con reciproche concessioni, eccetera. Insomma, vi è quella che si dice la classica spartizione della manna.

La cosa è tanto più grave quando si pensa che non è richiesta alcuna particolare competenza per questo elettorato passivo. In queste condizioni qualunque persona può essere chiamata ad amministrare un ente ospedaliero che ha un giro di miliardi, sia che si tratti di un analfabeta, sia che abbia dei conti da rendere o li abbia già resi alla giustizia.

P I G N A T E L L I . Ma anche qui dentro possono venire uomini di questo tipo. Questa è la democrazia.

B A T T A G L I A . Noi veniamo qui in seguito ad elezioni dirette, mentre in quel caso si tratta di elezioni di secondo grado.

F R A N Z A . Li nomina il Ministro della sanità, dispone lui.

C H I A R I E L L O . Questa è un'altra questione. Questa non è democrazia. Io non capisco se la si onora o la si offende la democrazia, quando si considera...

B A T T A G L I A . Perchè non si dice quali caratteristiche deve avere un presidente del consiglio di amministrazione?

C H I A R I E L L O ...quando si considera l'assegnazione di un posto simile, che ha forti poteri, direi talvolta persino dittatoriali, non solo sulla gestione degli ospedali, ma sulla vita e la carriera di professionisti di primo piano, a persone che hanno reso servigi ad un determinato settore politico e ad una determinata corrente.

Noi riteniamo che, se si fosse voluta democratizzare l'organizzazione ospedaliera, si sarebbero dovuti seguire criteri diversi da quelli che sono stati seguiti finora e che hanno dato cattiva prova. Infatti, quando a far parte di queste amministrazioni veniva chiamato un membro designato dalle organizzazioni politiche, bisognava poi prenderne altri anche da quelle categorie che sono più interessate alla vita degli ospedali, e cioè dal personale dell'ordine dei medici, dal personale sanitario ed amministrativo (e non con il solo voto consultivo, che non ha alcun valore ed è fatto solo per salvare la forma) nonchè dagli enti mutualistici.

Questa famosa autonomia degli enti ospedalieri a me sembra che non ci sia o che ci sia apparentemente solo sulla carta. L'articolo 41, per esempio, espressamente prevede che il Governo, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, previa consultazione delle organizzazioni sindacali delle categorie interessate e dei rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere, possa esaminare uno o più decreti aventi forza di legge nelle seguenti materie: ordinamenti interni dei servizi ospedalieri, stato giuridico del personale dipendente da enti ospedalieri, eccetera. Io mi domando

se tutto questo non è dirigismo bello e buono. È strano che proprio questo Governo, il quale sta sbandierando il decentramento e lo spezzettamento dell'Italia, a cui cerchiamo di opporci noi liberali per quanto ci sarà possibile, questo Governo dunque, mentre dichiara di voler assolvere una politica decentratrice, si dimostra poi il più accentratore. Lo vediamo in tanti casi, ogni giorno. Ne porto due esempi: questo che stiamo discutendo e quello della legge ponte in urbanistica che io conosco discretamente per essermene occupato più volte e nella quale il Ministro avoca a sé una quantità di prerogative esautorando completamente i comuni. Non ci si venga a dire con ciò che il Ministro ha il dovere di intervenire quando le istituzioni periferiche non funzionano. Saremmo perfettamente d'accordo. Ma il Governo ha il dovere di reprimere gli abusi anche con leggi *ad hoc*. Noi, per esempio, con questa legge, siamo molto preoccupati delle norme delegate che conferiscono al Governo ampio potere, perchè ciò può creare serio nocumento al pieno e libero svolgimento delle attività professionali ed una mortificazione delle libertà professionali stesse dei medici. E se noi pensiamo che con l'articolo 27 vengono dati poteri eccessivamente ampi al Ministro della sanità il quale sappiamo — non è un mistero per nessuno — ha le sue idee in materia e considera questa legge come un primo passo verso mete più ambiziose, non si è poi lontani dal vero presagendo che tutto ciò possa aprire una via ad una situazione di rapporto impiegatizio e determinare quindi lentamente uno spostamento nel rapporto del tipo di lavoro esistente, sino a pervenire, per questa via, alla medicina di Stato.

Anche per la nomina dei sanitari vi è qualche rilievo da fare, perchè sappiamo come questi concorsi sono sempre viziati in partenza. Dopo tante sanatorie ed ammissioni, praticamente senza concorsi, di tanti sanitari (non ci si venga a dire, infatti, che sono concorsi quelli che si stanno svolgendo adesso; concorsi interni con un posto ed un solo concorrente), l'Italia, vivaddio, non deve essere soltanto fatta di amnistie, di indulti e di sanatorie! L'Italia ha bisogno finalmente d'una

ventata d'aria fresca nelle nostre organizzazioni ospedaliere, che cioè una buona volta si riprenda il sistema dei concorsi seri ed anche severi, perchè si tratta di concorsi ed il favoritismo verso l'uno costituisce il torto verso l'altro. Sono perciò perfettamente d'accordo con il tipo di concorso nazionale per stabilire l'idoneità, fatto cioè a Roma per tutti contemporaneamente, con commissioni ad alto livello, in cui vi siano, sì, rappresentanti degli universitari, ma vi siano largamente rappresentati gli ospedalieri, per le ben note ragioni. Ma che non vi sia, per carità, poi un secondo concorso caratterizzato da un semplice colloquio e da cosiddette prove pratiche in sede ospedaliera per la copertura dei posti di ruolo, perchè ciò significherebbe cadere — questo lo dico, signor Ministro, non per fatto politico, ma per esperienza di vita di ospedale — dalla padella nella brace, e un tipo di selezione fatta in questa maniera significherebbe affogare i migliori e portare alla ribalta i preferiti delle amministrazioni.

Non vorrò trattare altri argomenti perchè mi riservo di riprenderne la discussione in occasione dell'esame degli emendamenti, ma una parola non posso non dirla in merito alle case di salute private, e credo che posso dirla con piena cognizione di causa perchè da quarant'anni esercito la mia attività di chirurgo negli ospedali, e l'ho sempre esercitata — e chi mi conosce lo sa — nel più grande disinteresse, anche per necessità di cose, nelle cliniche private, come tutti gli altri chirurghi d'Italia e dell'estero. Io non esito ad affermare che si è sommamente ingiusti verso l'attività privatistica. Se riuscissi, signor Ministro, a convincerla, di questa piccola cosa, perchè so che lei la pensa in un modo nettamente contrario su questo punto, non sarebbe stato inutile questo mio discorso.

Chi ha un certo numero di anni sa che la assistenza tubercolare in Italia, per esempio, non si sarebbe realizzata, se non ci fosse stato lo slancio privatistico. Poi sono sopravvenuti — e mi riferisco al ventennio — i meravigliosi sanatori di cui attualmente disponiamo e tanto meglio così; ma non dimentichiamo che in quei sanatori privati, magari

anche modesti, vi è sempre stata un'assistenza sanatoriale adeguata, e pur essendoci imposizioni di una identica assistenza farmaceutica e dietetica (infatti tutto era controllato o dai consorzi o dagli istituti di previdenza e assistenza, essendo stabiliti, perfino, giorno per giorno, la qualità, il tipo e la quantità degli alimenti), il malato veniva a costare meno della metà che nel corrispondente sanatorio pubblico e senza le spese di impianto.

Vi sono stati talvolta degli sfasamenti; vi è stata qualche azienda privata disonesta, e con questo? I giornali sono pieni di queste notizie; ma perchè vi sono i controlli pubblici? E forse nelle aziende pubbliche non avvengono atti di disonestà, spesso molto più gravi? A me pare che quello che lei ha scritto, signor Ministro, nel suo libro bianco, sia abbastanza eloquente in proposito: l'assistenza sanitaria di tipo ospedaliero, diciamo generica, come la si potrebbe concepire oggi senza quella privata?

I posti-letto di iniziativa privata esistenti in Italia si aggirano attorno ai 100 mila, di cui 10.000 in Campania (mentre quelli pubblici sono circa 16-17 mila), in Lombardia e nel Lazio; 8 mila in Puglia; 5 mila nel Veneto, nell'Emilia e in Sicilia; sono queste cifre imponenti che debbono renderci pensosi allorchè una furia devastatrice li vuole travolgere subito o strozzarli appena lo Stato ne potrà fare a meno.

A parte il lato morale della questione, io voglio solo dire ai legislatori che non vi è bisogno che lo Stato eserciti un'azione soffocatrice quando lo riterrà per sè utile, ma sarà la stessa legge di mercato ad imporla. Che lo Stato faccia degli ospedali, che li amministri bene, che dia assistenza sufficiente e confortevole agli infermi e nessun privato si sognerà di investire del denaro in imprese sbagliate e gli stessi sanitari che oggi, per la carenza di servizi pubblici, ricorrono alla iniziativa privata, avranno tutto il piacere di servirsi dell'ospedale se questo sarà all'altezza della situazione.

Oggi come oggi, non sono solo i liberali a servirsi, oltre che degli ospedali, delle case di cura private, ma, come le cronache di tutti

i giorni dimostrano, anche democristiani, socialisti e comunisti si servono delle case di cura private, e democristiani, socialisti e comunisti hanno anche fiorenti case di cura a Roma, come a Milano e in tutte le città d'Italia.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
È vero, se si facesse un inventario se ne scoprirebbero delle belle.

C H I A R I E L L O . E perlomeno questi non avrebbero il diritto di parlare.

La prova di tutto ciò è questa: oggi la necessità dei posti-letto, per esempio, per i tubercolotici, è fortemente diminuita; ebbene i privati stanno man mano ritirandosi e trasformano le loro aziende, perchè hanno visto che ci sono quei magnifici sanatori della Previdenza sociale e che pertanto è inutile continuare a gestire i loro sanatori. Per quanto riguarda quelli pubblici, invece, se la macchina per montarli è arrugginita, quella per smontarli lo è ancora di più. Credo che questo problema sia affiorato anche alla sua mente perchè so che lei, signor Ministro, sente l'angoscia di questi problemi, ed io non esito a riconoscerlo.

Vi sono dei grossi sanatori pubblici semivuoti, signor Ministro, e Dio lo sa che sforzi si debbono fare per tenerli occupati, ma nessuno sa prendere la decisione di chiudere alcuni di questi e di riaprirli come ospedali civili...

P I G N A T E L L I . L'hanno tentato.

C H I A R I E L L O . Io constato il fatto, non dico che non abbiano tentato di farlo. Significa forse che c'erano forze superiori alla sua che hanno impedito di portare a termine un'opera di tal genere; infatti, mi sembra che vi è stato un momento in cui si proponeva che dei sanatori divenissero ospedali civili.

A Salerno, per esempio, c'è un magnifico sanatorio della Previdenza sociale; non so adesso quale sia la situazione di Salerno, ma fino a pochi mesi fa credo che la situazione di questa provincia fosse spaventosa: infatti, si sono dovuti affittare degli appartamenti si-

tuati in palazzi non lontani dall'ospedale e in essi sono stati accolti il reparto neurologico e tutti gli altri...

S E L L I T T I . E' in costruzione un nuovo ospedale a Salerno!

C H I A R I E L L O . Io sto parlando della situazione odierna. Sono dieci anni, per guardare solo il recente passato, che Salerno sta in una situazione del genere: si poteva, ad esempio, trasformare quel bel sanatorio di questa città in ospedale civile; se ci sono vasi comunicanti nella Nazione, è bene che essi agiscano.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Con questa legge ciò è possibile.

C H I A R I E L L O . Vedremo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Come « vedremo? ». Se ha letto la relazione, lo sa.

C H I A R I E L L O . Il discorso, signor Ministro, sarebbe molto lungo, e per carità di patria preferisco non dilungarmi; dico solo che, se una Commissione sanitaria centralizzata, altamente qualificata, visitasse i sanatori d'Italia, pubblici e privati, vedrebbe che vi sono molti ricoverati, meritevoli semmai, non lo metto in dubbio, di ben altro tipo di assistenza sociale: e questi ricoverati sarebbero dimessi! E tante altre considerazioni potrei fare; ma mi permetterà il signor Ministro se mi dilungherò ancora su questo argomento.

Si sa che la ristrettezza degli organici sanitari, ospedalieri, le strozzature talvolta medioevali delle carriere universitarie hanno indotto molti medici, che per un motivo o per l'altro sono fuori del settore pubblico, a costruirsi il proprio mezzo di lavoro, la casa di cura nella quale operare e curare i propri malati: infatti, la stragrande maggioranza delle case di cura appartiene ai medici che vi lavorano, mentre l'apporto del capitale extra medico, che non vi trova adeguata remunerazione, è del tutto marginale.

Premesso questo, a me sembra che impostare il problema della riforma ospedaliera in termini di competitività tra il settore pubblico e quello privato, con l'obiettivo di eliminare quest'ultimo, in un Paese nel quale non soltanto mancano 250 mila posti-letto, ma anche le migliaia di miliardi per costruirli, sia un chiaro non senso. Penso che quando una collettività civile come la nostra si accinge a riordinare uno dei settori più importanti e carenti come quello dell'assistenza ospedaliera deve utilizzare tutte le risorse di cui dispone, sia quelle pubbliche, sia quelle private.

La politica preconcepita del « dalli » alle case di cura private, in quanto private, mi sembra ideologicamente vecchia e del tutto superata dalla realtà dei Paesi più moderni e civili; in altre parole, in una società modernamente articolata, mi sembra non molto importante che dei 10 mila letti di una regione 7 mila appartengano agli enti pubblici e 3 mila ai privati: l'importante è che siano a disposizione della collettività e che offrano garanzie di efficienza e serietà.

Per questo lo Stato ha non solo il diritto, ma il preciso dovere di mettere il naso nelle case di cura private: ci sono delle case di cura private che non sono più all'altezza dei tempi? Ebbene, noi abbiamo gli organi periferici del Ministero della sanità che hanno tutta la possibilità di chiudere quelle poche case di salute, di controllare e di rendersi garanti presso la collettività della loro efficienza, dei loro quadri sanitari, delle loro attrezzature, delle loro condizioni igienico-ambientali.

Tale lavoro è già stato iniziato con quella classificazione delle case di cura che la Commissione ministeriale ha in parte fatto, ma dovrà essere ampliato e approfondito.

Lo Stato deve anche, nel quadro di una programmazione democratica, regolare e razionalizzare l'iniziativa della rete ospedaliera privata, per armonizzarla e integrarla con quella pubblica, onde evitare sprechi di risorse. Ma una volta compiuta questa opera di controllo e di scelta, una volta assicurati gli strumenti di controllo dell'ordinato sviluppo del settore, non vedo perchè lo Sta-

to non debba inserire la rete ospedaliera privata, che è una grossa ricchezza a disposizione della collettività, nel sistema dell'assistenza sociale, offrendo a questa rete quella garanzia del diritto e della sicurezza per il futuro che solo può assicurarne l'esistenza e lo sviluppo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Dove è scritto nella legge che il Governo intende distruggere case di cura? Mi trovi una norma del genere e me la indichi.

C H I A R I E L L O . Ma non le mantiene. (*Interruzione del senatore Sellitti. Repliche del senatore Battaglia. Richiami del Presidente*). Per questo le case di cura italiane chiedono una legge giusta ed obiettiva che stabilisca con esattezza i loro doveri e i loro obblighi. Ma una volta definiti e soddisfatti questi, chiedono... (*Interruzione del senatore Battaglia*).

P R E S I D E N T E . Senatore Battaglia, sta parlando da più di un'ora il senatore Chiariello.

B A T T A G L I A . Aveva detto che avrebbe parlato per due ore.

P R E S I D E N T E . No, è iscritto per un'ora. Comunque, niente di grave, ma siccome lei, senatore Chiariello, parlava prima di carità di patria, io, in nome della carità di patria, la pregherei...

C H I A R I E L L O . Non credo con questo di stare rovinando la patria.

P R E S I D E N T E . Siccome lei prima ha detto che per carità di patria non si dilungava, la pregherei di concludere.

C H I A R I E L L O . Ma se sto rovinando la patria, me lo dica pure.

P R E S I D E N T E . Era lei che l'aveva invocata.

CHIARIELLO. Dicevo che, una volta definiti e soddisfatti i loro doveri e i loro obblighi, le case di cura chiedono di avere riconosciuto il diritto all'inserimento nel sistema di assistenza, al convenzionamento con gli enti mutualistici. E' necessario però che tutta la materia sia regolata da una legge precisa, che ci dia la garanzia del diritto obiettivo. E' invece inaccettabile il disposto del progetto Mariotti, che affida la fonte primaria di vita delle case di cura, cioè la convenzione con gli enti mutualistici — senza la quale il 95 per cento di esse morirebbe — al *libitum* del medico provinciale che, per imprecisati e nebulosi motivi di pubblico interesse, può renderla inoperante.

Tale eventualità, in un Paese come il nostro, invece che dignità e ordine, introdurrebbe nell'ospedalità privata caos e sottogoverno, poichè, con criterio discrezionale, il medico provinciale potrebbe dire...

BATTAGLIA. Perchè non è precisata nessuna caratteristica che deve avere la casa di cura.

PRESIDENTE. Senatore Battaglia, è inutile che lei continui a rinforzare l'intervento del senatore Chiariello, che non ne ha alcun bisogno.

CHIARIELLO. Per non generare equivoci, è bene precisare che, quando noi parliamo di un nostro inserimento nel sistema di assistenza sociale, intendiamo solo specificazione e assunzione di doveri e riconoscimento di diritti e funzioni; non altro, come ad esempio quattrini dallo Stato, sovvenzioni a fondo più o meno perduto, esenzioni fiscali e simili, cose che lo Stato si sente or mai chiedere da tutti. I privati non vogliono pompare denaro: i soldi, semmai, debbono essi darli allo Stato attraverso le tasse che è giusto che paghino. E ciò perchè noi siamo convinti che l'iniziativa privata in uno Stato moderno debba essere, e in modo particolare nel nostro settore, razionalizzata e democraticamente programmata dallo Stato; ma se vuol mantenere la sua ragion d'essere sociale non può e non deve diventare clientelare e parassitaria. E poichè bisogna

dirle tutte, credo non inutile ricordare che, a parte che nessun onere è stato sopportato dalla collettività per le spese di impianto, i costi di degenza (ripeto, nessuna spesa è stata sopportata dalla collettività per la creazione delle case di salute) sono poi infinitamente minori nelle cliniche private che negli ospedali pubblici.

In questi giorni, a Napoli, si è aperta una clinica per malattie mentali e nervose; credo che sia una delle più eleganti d'Italia. Hanno speso moltissimi soldi, hanno fatto delle convenzioni con le mutue alle stesse tariffe degli ospedali provinciali, forse anche a tariffe inferiori, tutto compreso.

SELLITTI. Il personale come è pagato? E qual è il numero degli infermieri?

CHIARIELLO. Il personale è pagato a tariffe sindacali, anzi meglio; questo è sicuro: non un soldo in meno, perchè se l'infermiere viene pagato di meno ne fa una questione salariale. Questo avveniva una volta, ma non avviene più oggi.

Che ci siano dei clienti che intendono pagare ventimila lire al giorno in una grande clinica privata, questo è affar loro. Però, signor Ministro, si informi nelle cliniche universitarie di Roma: quanto costa una piccola camera di degenza a pagamento? Dalle dodici alle tredici mila lire al giorno. Ora io mi domando se significa fare veramente dell'assistenza sociale in questi tempi, il voler lottare anche contro le cliniche private, le quali, per arrivare a dodici o tredici mila lire al giorno, devono essere a un livello alto.

SCOTTI. Anche ventimila lire al giorno, senza contare altre spese aggiuntive, mentre le spese generali di queste case non sono certo quelle degli ospedali.

PRESIDENTE. Senatore Chiariello, la prego di concludere.

CHIARIELLO. Sto per concludere, signor Presidente, non si arrabbi. Ebbene, posso affermare che oggi nella migliore clinica privata una mutua paga, tutto compreso,

molto meno della metà di quello che paga in un ospedale pubblico, e tale proporzione scende infinitamente di più se si pensa al periodo di degenza, che è molto più corto nelle case di salute. Scendiamo così al di sotto del terzo, e credo che questo lo possiamo controllare in qualsiasi città d'Italia, ma, poichè conosco molto meglio Napoli, posso dare una documentazione quando il signor Ministro lo vorrà.

Potrei altresì aggiungere che oggi a Napoli — ma credo che lo stesso avvenga in tutta Italia — l'assistenza sanitaria nelle cliniche private e negli ospedali in questo momento è fatta soltanto dai privati. Lei, signor Ministro, penserà che si tratta di un paradosso, ma è così. Gli ospedali, oberati di debiti, non sono in condizioni di pagare alcun fornitore. Ebbene, questi fornitori tacciono, e, più o meno borbottando, perchè i loro approvvigionatori in genere non sanno aspettare, continuano le forniture. L'altro ieri un ente parastatale, la Società telefonica, ha staccato i telefoni a due ospedali con oltre 1200 ricoverati, l'« Ascalesi » e il « San Gennaro », per un debito di 2 milioni di lire. Io posso portare qui gli elenchi di decine di fornitori privati napoletani che devono avere dagli ospedali diverse decine di milioni, e continuano le forniture. Immaginate voi quello che sarebbe successo se lo avesse fatto un privato. Poi la cosa si è appianata perchè è dilagata sui giornali, ma il fatto persiste e deve lasciarci pensare.

Se non sono state inutili queste mie modeste osservazioni, vorrei pregarla, signor Ministro, di rivedere alcune delle clausole restrittive, come quella che il 1975 debba costituire il traguardo estremo perchè i sanitari che non sanno come e dove lavorare si possano rivolgere alla casa di salute, dopo aver espletato tutto e rigidamente assolto i loro doveri ospedalieri. Ma non parlo per me, perchè nel 1975 io non sarò più negli ospedali. Ed ancora un'altra osservazione: quella per cui ogni convenzione fra le case di cura private e gli istituti mutualistici assicurativi debba essere approvata dal medico provinciale. Perchè ciò, se le due parti contraenti sono d'accordo e le clausole sono tanto più favorevoli per le mutue? Perchè un

contratto tra la casa di salute e l'ente mutualistico deve essere approvato dal medico provinciale? Fra l'altro, le mutue gradirebbero sempre inviare alle case di salute e non agli ospedali per le ragioni che ho detto. Il medico provinciale può sorvegliare, ma non sovrintendere anche alle convenzioni. Anche la dizione che « la convenzione debba rispondere all'interesse pubblico » ci lascia molto perplessi sulle intenzioni del legislatore. Ma con questa dizione qualsiasi iniziativa privata potrà essere strozzata! E se questo giudizio discrezionale è negativo, a chi bisogna appellarsi? Se ancora, infine, vi fosse bisogno di altre osservazioni, vorrei domandare perchè, per esempio, all'articolo 28, dove viene previsto un pletorico comitato nazionale di programmazione, non si sia pensato alla rappresentanza delle case di cura private, che pure può parlare in nome dei suoi centomila posti-letto; e perchè, ancora, non si sia sentito il bisogno di aggiungere, in quell'articolo 51 che prevede i requisiti delle case di cura da determinarsi con decreto del Ministro della sanità, che « vengano consultati anche l'associazione sindacale delle categorie interessate e i rappresentanti delle case di cura private ».

Ed ho finito. Naturalmente avrei tante altre cose da dire, ma il discorso diventerebbe troppo lungo e non vorrei essere tacciato di ostruzionismo, come oggi è di moda dire. E' naturale che in sede di discussione degli articoli ritorneremo su tali questioni e su altri punti tralasciati. Ma sia ben chiaro che i liberali non intendono opporsi alla riforma, signor Ministro, anzi la vogliono migliorata non solo nei suoi componenti specifici ma soprattutto nello spirito che la deve animare, che deve essere sì innovatore, ma che deve saper rispettare i sacri ed eterni valori della libertà e della dignità umana. (*Vivi applausi dal centro-destra. Congratulazioni*).

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

T R A B U C C H I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, la mia lunga conoscenza col Ministro della sanità

e, vorrei dire, la vecchia amicizia che mi lega a lui, mi fanno ritenere che egli avrebbe giudicato sicuramente un atto di poca sincerità se, dopo che ho cercato di indurlo a riconoscere, invano, la fondatezza di certi miei punti di vista, io non ripetessi qui pubblicamente alcune cose che egli sa già che gli devo dire. Gli domando scusa fin dall'inizio se qualche volta mi dimostrerò critico. Riconosco che lo sforzo che egli ha fatto per fare una legge organica in materia ospedaliera è veramente meritevole di largo encomio. Devo inoltre dire che ho apprezzato, e credo che tutti l'abbiamo apprezzato, oltre al lavoro del Ministro, quello del relatore il quale, punto per punto, si è sforzato di illuminare, di far comprendere le ragioni per cui alcune norme sono state modificate ed altre sono state mantenute nonostante le critiche, ed ha cercato di vedere come questa legge vada inquadrandosi nel sistema generale in modo che, sia pure con gli opportuni emendamenti (che credo saranno anche più di quelli che la Commissione ha proposto, almeno per quanto riguarda la correzione di errori materiali), essa costituisca un certo passo verso l'avvenire.

Non costituirà una legge definitiva, ma, ripeto, un passo verso l'avvenire e poichè, naturalmente, quando ci si mette su una strada, è giusto che ciascuno di noi possa dire la propria opinione, io dicevo ieri al senatore Ferroni (mi dispiace a proposito che molti di voi non abbiano sentito il suo discorso questa mattina perchè veramente parlava della materia ospedaliera con una ansia e uno spirito caritativo degno di apprezzamento e ammirazione) che, se questa legge porta chiaramente le direttive del Ministro della sanità, se il Ministro ed io non siamo delle stesse idee, è evidente che, pure essendo il testo che abbiamo sott'occhio il frutto di una transazione più o meno indovinata, su alcuni punti sono rimaste delle divergenze; se non ci fossero saremmo della stessa opinione politica; e credo quindi che, se effettivamente della stessa opinione non siamo, se non possiamo pensare all'unisono, non posso io approvare liberamente il testo che il Ministro ci propone.

Ecco perchè, prima di addentrarmi in quelle che potranno essere le osservazioni principali che farò durante il mio discorso, vorrei chiarire ciò che penso io personalmente (non il mio Gruppo, che sarà da altri anche meglio rappresentato) nei riguardi della organizzazione ospedaliera. Saranno poche cose, ma io ritengo che si debbano dire; dopo di che vedremo, su alcuni punti, quali sono i concetti che lasciano me incerto, quali sono i punti che ritengo debbano essere assolutamente modificati e quali i punti sui quali penso che l'intervento stesso del Ministro potrà dare dei chiarimenti che non troviamo nella relazione, la quale riferisce anche pensieri del Ministro che difficilmente potrebbero essere accolti da me o da chiunque si interessi un po' di problemi giuridici.

Ritengo che sia pacifico che nell'evoluzione dello Stato moderno, anche se non ci fosse stata una esplicita norma della Costituzione, si debba giungere a concepire la necessità di interessarsi attivamente della salute del popolo, organizzando il servizio in modo da rendere possibile a tutti la cura, al di fuori di qualsiasi intervento privato. Lo Stato deve provvedere a questa necessità e deve cercare di organizzarsi in modo che la cura possa essere data in istituti pubblici, che la prevenzione possa essere attuata nell'interesse di tutti; che la difesa dalle malattie sociali, del lavoro e diffuse, possa essere attuata per iniziativa pubblica. Su questo punto credo che non ci possano essere discussioni; è la vita moderna, è il moderno concetto dell'organizzazione dello Stato che porta a queste affermazioni ed è evidente che il Ministro della sanità si è trovato davanti a una situazione che è — abbiamo sentito i dati questa mattina dal senatore Ferroni — specialmente per alcune regioni, disastrosa.

Oggi il senatore Chiariello ci riferiva che nella sua regione le case di cura rappresentano più degli ospedali pubblici; io vorrei dire che nelle nostre regioni in generale, e per lo meno nella mia provincia, questo non è vero. Infatti gli ospedali pubblici rappresentano molto di più delle case di cura private e debbo dire che vanno acquistando sempre maggiore fama, anche per la difficoltà in cui

possono trovarsi molti istituti privati di aggiornare costantemente e completamente la loro attrezzatura, di ampliarla sempre più, di arrivare ad avere quelle specializzazioni che pure sono necessarie e sempre di più lo diventano (io parlo da ignorante, per quel tanto che ciascuno di noi sa della cura moderna).

Devo dire però che tutto questo non toglie che a favore dell'uomo ammalato possa, debba svolgersi anche l'azione caritativa degli altri uomini, perchè l'azione collettiva statale non può nè deve sopprimere — almeno secondo il mio pensiero — l'attività fraterna di quelli che vogliono dedicarsi all'assistenza a favore di coloro che soffrono e che hanno bisogno di aiuto, di conforto, di sostegno, di comprensione. Se, quindi, anche vicino alle istituzioni pubbliche, non istituzioni speculative ma istituzioni caritative sono sorte e sorgono e possono continuare a sorgere, sarebbe, secondo me, delittuoso cercare di impedirne lo sviluppo. Infatti la carità, comunque e da chiunque venga, è sempre carità ed è espressione di amoroso spirito fraterno.

E' l'attività fraterna sociale che deve svolgersi e deve essere lasciata svolgere in molteplice senso: a) nell'assistenza, non soltanto fisica, ma anche spirituale, non solo nella cura del corpo, ma anche a sollievo dello spirito dell'ammalato, del cronico, del bisognoso, b) nel complemento dell'assistenza mutualistica (purtroppo sappiamo noi sindaci che cosa significa quando, dopo un determinato numero di giorni, le mutue non pagano più e bisogna che qualcuno paghi, e molto spesso si tratta di comuni che non avrebbero i mezzi per pagare), c) nell'assistenza ai familiari, ai convalescenti ed a coloro che devono reinserirsi nella società produttiva, d) nell'assistenza ai vecchi, ai cronici, ai recuperabili; tutto questo è il frutto che è e deve essere ancora sviluppato della carità. Naturalmente noi non vogliamo ricordare qui come una specie di titolo ereditario il fatto che gli ospedali sono stati creati inizialmente in modo assolutamente prevalente dalle organizzazioni religiose. Dobbiamo dire soltanto che, se anche oggi ci sono, soprattutto per iniziativa religiosa, delle organizzazioni

private che vogliono caritativamente dare la cura agli ammalati, noi non possiamo chiudere loro la porta, pur riconoscendo (e qui ha perfettamente ragione il Ministro quando lo dice ed aveva ragione anche il senatore Chiariello quando lo diceva) che la cura deve rimanere sotto la vigilanza del Ministero della sanità, perchè la cura in se stessa esige applicazione di scienza e di tecnica e deve essere data bene.

Tutto questo nulla toglie all'obbligo dello Stato di provvedere. Naturalmente c'è un fatto concreto: non basta dire che lo Stato deve provvedere, ma tra il dovere e l'essere c'è purtroppo sempre una lunga distanza di anni, che in Italia significa anche lunga distanza di mezzi finanziari. Ed allora è necessario che, dove lo Stato praticamente non arriva, dove non arriveranno, signor Ministro, neanche le regioni, perchè sappiamo benissimo che alle regioni i soldi, se non diamo loro la capacità di battere moneta, certamente arriveranno sempre dallo Stato, è necessario, dicevo, che lasciamo che ci sia l'iniziativa privata, pur senza speculazioni; siamo perfettamente d'accordo: la speculazione deve essere evitata, perchè niente è più cattivo ed è peggiore della speculazione su chi ha bisogno, della speculazione sul malato; ma questo si sa.

D'altronde non dobbiamo dimenticare — ed è il secondo punto nel quale la mia personale opinione diverge da quella del signor Ministro — che molte volte è stata la beneficenza privata, sono stati cittadini privati che, in mancanza di figli, in mancanza di eredi, forse anche per spirito di vanità, oppure per tardivo pentimento per i guadagni effettuati, o per vari motivi che noi non possiamo neanche sindacare, si sono rivolti alla creazione di enti ospedalieri. A questa carità, che è una carità infinita che va dai grandi scienziati, dai grandi industriali, ai piccoli risparmiatori, magari qualche volta alla piccola donna di servizio che ha lasciato tutto il suo patrimonio all'ospedale, a questa carità noi non dobbiamo rinfacciare di essere di privati nè possiamo impedirle di svilupparsi cercando di dire che l'ente ospedaliero deve essere unico e che al di fuori di quel quadro programmatico di cui

parleremo è proibito perfino fare un nuovo posto-letto. Queste affermazioni noi non possiamo, io non posso accettarle e gliel'ho già detto, signor Ministro, francamente. E credo che sia mio dovere tornare a ripeterlo qui.

Devo dire anche che nella organizzazione ospedaliera di cui si trova un tentativo nel disegno di legge Mariotti, che merita di essere studiato, in tutta questa organizzazione troppo poco si vede di quella che deve essere, nella carta degli ospedali, anche la parte assegnata all'assistenza, a quella funzione che noi sappiamo benissimo che per gran parte dei nostri ospedali è assolta dalle organizzazioni religiose. So anch'io che è prevista nella legge la facoltà delle amministrazioni di stipulare, per i posti di ruolo infermieristico ed esecutivo, convenzioni transitorie con gli istituti religiosi. Ma questa storia dei posti di ruolo ha evidentemente un significato di limitazione nel tempo e nel numero e sembra anche richiamo ad una semplice prestazione di lavoro. Ora noi sappiamo che bisogna andare un po' più in là e io spero che quando il Ministro, una volta, vedrà i risultati della sua gestione, quando vedrà i risultati della sua legge dirà quello che in fondo abbiamo detto noi, alcuni amici ed io, un giorno andando a visitare a Gerusalemme uno dei migliori ospedali che siano stati costruiti recentemente: vi mancava qualche cosa, mancava quella presenza continua nei servizi, nell'assistenza, quella presenza non vorrei dire spirituale, ma che spirituale è, che nei nostri ospedali, anche per quelli che non credono, anche per quelli che non vogliono, è pur data tante volte dalle suore.

Da questo punto di vista mi rendo conto benissimo che non possiamo essere d'accordo il Ministro ed io, ma appunto perchè non possiamo essere d'accordo, voglio affermare che anche se poi nel voto ci sarà la necessità di trovare una soluzione provvisoria, sappia il signor Ministro che noi ci arriviamo sacrificando nostri non sacrificabili punti di vista; a fare questo siamo costretti provvisoriamente, però riteniamo che sia un grave errore sacrificarli. Sappiamo anche

noi che su altri punti di vista il Partito socialista deve fare delle rinunce ma, sia detto chiaro e preciso, non è che io ammetta che una legge sia frutto di un lecito accordo. Essa è frutto di una limitazione reciproca, al di sotto della quale però rimane per ciascuno di noi l'idea precisa di voler riaffermare le posizioni di principio appena ciò sia possibile e io spero che sia possibile, quando vi sarete convinti anche voi, colleghi socialisti, che non è questione di propaganda, che non è questione di comprare anime per il Paradiso — che sarebbe pure una gran cosa — ma è questione molte volte di poter dare all'ammalato quell'assistenza, con quella spiritualità, con quella pazienza che anche nel personale ottimo, molto spesso troppo preoccupato dei propri problemi economici, dobbiamo osservare mancanti quando si parla del personale non religioso degli ospedali.

E con ciò potrei dire di aver finito la parte politica del mio discorso se non ci fosse un terzo punto sul quale mi pare sia necessario richiamare l'attenzione del Ministro e del Senato. Troppo il complesso del sistema che qui si esamina ha la caratteristica tecnocratica o la caratteristica dell'organizzazione di una macchina per curare. Certamente è una bellissima cosa avere un complesso di ospedali, quello della zona, quello della provincia, quello della regione, tenendo conto degli abitanti di ciascuna zona e poi l'ospedale provinciale con le proprie specializzazioni, e l'ospedale regionale con altre; tutto questo certamente è bellissimo, signor Ministro, ma assomiglia troppo, vorrei dire, a quei grandi allevamenti di animali che si vedono anche in Jugoslavia dove vi sono delle sale parto per le scrofe, modernissime, qualche volta assai meglio attrezzate delle sale parto che ci sono in alcuni ospedali dell'Italia meridionale (e forse anche dell'Italia settentrionale). L'organizzazione puramente materiale non basta: il malato, anche per ragioni di maggior fiducia in un medico piuttosto che in un altro, per la fama che gode il medico giovane rispetto a quello più anziano, o viceversa per quella che gode il medico sperimentato rispetto al medico giovane, segue un po' una propria volontà e noi non possia-

mo pretendere che debba accontentarsi dell'ospedale della sua zona, se in altra zona il malato pensa di trovare meglio quanto è necessario per la sua cura. Occorre che il malato possa anche scegliere. Ad esempio, nella mia provincia ci sono 20 ospedali ed io so benissimo che per la maternità si va a San Bonifacio e per la chirurgia ancora a San Bonifacio o a Legnago, per la medicina si va più volentieri a Villafranca e così via; tutto questo perchè il cittadino sceglie attraverso l'ospedale il medico che lo sa curare meglio o che pensa che lo sappia curare meglio e tiene conto anche dell'attrezzatura, dei rapporti migliori che ha con alcuni istituti piuttosto che con altri, pur trattandosi sempre di istituti pubblici, tiene conto del senso di umanità con cui viene data la cura.

Il complesso dell'organizzazione che qui si intravede ha tutte le caratteristiche delle organizzazioni tecnocratiche alle quali noi andiamo lentamente avvicinandoci, per le quali medico, laureato, specialista, libero docente rappresentano gradi di sapienza attestati da bei pezzi di carta con bolli, ma l'ammalato cerca il medico che secondo lui lo curi meglio e i pezzi di carta e i bolli li considera meno. Bisogna, pertanto, che nell'organizzazione sia lasciata possibilità ed elasticità di scelta; per gli ammalati occorre che l'organizzazione sia studiata in modo da poter corrispondere a questa facoltà. Quindi quando si dice, ad esempio, che nella tal provincia ci sono troppi posti-letto rispetto alla tal'altra provincia, bisogna vedere se in quella provincia o in quell'ospedale affluiscono per particolari ragioni certi ammalati, vedere invece perchè nella provincia « X » gli ammalati sono più numerosi e magari stanno nei corridoi, anche se secondo le carte, secondo i conti, secondo i programmi, secondo tutto quanto è scritto questo non dovrebbe succedere, mentre nella provincia vicina si cerca di allungare il più possibile le degenze perchè attraverso il pagamento di un maggior numero di giornate di spedalità si possa far quadrare meglio il conto delle rette. Tutto questo accade perchè l'uomo è uomo, i conti sono conti, e naturalmente non sempre i conti tengono conto dell'uomo, neanche

quando si fanno i conti fiscali, per non dire poi quando si fanno i conti sui malati.

Queste sono le tre osservazioni che io mi permetto di affidare al Ministro come espressione di un dissenso politico tra me — non voglio dire tra il mio Gruppo — e la legge che porta le firme anche di Ministri che appartengono al mio Gruppo.

Detto questo, vorrei fare un piccolo intermezzo — mi scuserà il Ministro se qualche volta sarò un po'... brioso, dico subito che non voglio con questo certamente mancargli di rispetto — sui « pesci rossi ». Io avevo pur cercato di indicare al nostro relatore alcuni « pesci rossi » perchè fossero tolti ma, siccome li ho ritrovati nel testo di legge, bisogna che ne parli apertamente.

All'articolo 16 è citato un articolo 55; per me, invece, si sarebbe dovuto menzionare l'articolo 56, perchè si cita un comitato che è regolato da tale articolo. Se non le dispiace, onorevole relatore, guardi se ho ragione, altrimenti un piccolo emendamento avrei piacere che fosse fatto anche su mio suggerimento.

C'è poi la questione del *Hinterland*. Questa è una parola tedesca: per essere sicuro — va bene che sono del Nord quindi non avevo neanche bisogno di andare a vedere se ero nel giusto — ho consultato il « Palazzi » che ho trovato nella sala della Commissione finanze e tesoro. Vi è scritto: « *Hinterland*, sostantivo maschile tedesco ». Essendo sostantivo maschile tedesco, va pertanto scritto con l'« H » maiuscola; io non ne ho colpa, ma vi ho fatto presente la cosa e ho aggiunto che non si può adoperare l'apostrofo davanti all'« h » perchè si tratta di una consonante. Avevo detto anche che mi pareva meglio adoperare una parola italiana, ma non l'hanno voluto.

S A M E K L O D O V I C I, *relatore*.
E' una cosa a cui avevamo pensato, ma questo vocabolo è di difficile traduzione.

T R A B U C C H I. Si può dire retroterra, zona d'influsso; il « Palazzi » dice: « Entroterra è, propriamente, quell'estensione del territorio su cui una città o un porto

esercita la sua influenza ». Si potrebbe dire zona di influenza ma la frase non è adatta e la parola influenza neppure.

Ad ogni modo, se vogliamo lasciare il termine *Hinterland*, dobbiamo scriverlo con l'« H » maiuscola; non si può lasciare « l » con l'apostrofo perchè davanti all'« h », che è consonante, ripeto, non va l'apostrofo.

Che colpa ne ho io di tutto ciò? La realtà è quella lì.

Ci sono poi molte altre cose, di questo tipo, che ho denominato « pesci rossi »; si tratta di piccole cose sì, ma siccome anche dopo che le ho fatte presenti non se ne è tenuto conto, le cito ora. Di queste piccole cose spererei che sia fatta giustizia senza bisogno di un mio intervento. Comunque vi enuncio di che si tratta.

C'è un punto nell'articolo 43, a pagina 69 in cui si dice: « I primari ospedalieri ed i professori universitari componenti le Commissioni di esame saranno prescelti per sorteggio da elenchi prefissati con eguali criteri ». Io sono andato a cercare che cosa volessero dire le parole « con uguali criteri ». Siccome penso che in seguito mi toccherà fare tante cause e tanti ricorsi in argomento preferirei che il Ministro ci chiarisse che cosa si intende dire con questa espressione o per lo meno che si adoperasse una frase più chiara. Si tratta di piccola cosa.

All'articolo 53 poi è scritto: « Ogni convenzione tra le case di cura private e gli enti o istituti mutualistici ed assicurativi per il ricovero dei propri iscritti, deve essere approvata dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità » — e qui il soggetto è sempre la convenzione — « dopo aver accertato », e qui il soggetto evidentemente diventa il medico provinciale; l'onorevole Ministro è toscano e quindi può insegnare venti volte a me che sono un povero austriacante l'italiano, ma vorrei che cercasse di mettere a posto anche questa concordanza dei due soggetti.

Anche all'articolo 56 vi sarebbe una piccola modifica da apportare. Abbiate pazienza, si tratta di osservazioni che non fanno diventare nè grande nè piccola una legge, nè le mie sono certamente critiche al Ministro o al relatore che hanno dovuto occuparsi di cose

ben più importanti: devo però pur fare questi piccoli rilievi. All'articolo 56 è scritto: « Per quanto non disposto dalla presente legge si applicano agli enti ospedalieri le norme contenute nella legge 17 luglio 1890... in quanto compatibili con le norme contenute nella presente legge, intendendosi sostituito al prefetto, vice prefetto, o Prefettura il medico provinciale ». Naturalmente il senso è chiaro, ma non vorrei che qualcuno pensasse che la signora Prefettura non sia la stessa cosa del prefetto o del vice prefetto. Ritengo quindi che sarebbe opportuno procedere a un miglioramento della frase.

È finita così la piccola storia delle osservazioni grammaticali. Sono cose alle quali siamo ultra abituati. Non è che io faccia una critica severa a nessuno, per carità! Chissà che cosa succede alle leggi che escono dalla Commissione finanze e tesoro e qualche volta anche a quelle proposte da me. Il fatto è che quando si vede il lavoro degli altri si correggono i compiti e poi... si sbaglia nel nostro. Questo è sempre successo da che mondo è mondo.

Onorevoli Senatori, vorrei ora soffermarmi su alcune osservazioni di maggiore importanza. Se il Ministro me lo permette e se il Senato ha un po' di pazienza desidererei seguire il testo perchè è il sistema migliore. All'articolo 2, parlando del ricovero di urgenza, si dice che sulla necessità del ricovero decide il medico di guardia. Più avanti si stabilisce che contro la decisione del medico di guardia, di ammissione o di non ammissione (non si dice se quello che ha detto il medico di guardia debba essere più o meno ratificato dal direttore sanitario o da chicchessia e quindi è da ritenere che si intenda far riferimento al solo medico di guardia), può ricorrere l'ammalato. Nulla però si dice a proposito degli enti mutualistici, dei quali mi interessa un po' meno, nulla si dice di quel povero comune domicilio di soccorso che alla fine si trova un conto che gli arriva dal cielo perchè una zingara, nata nel paese e andata a spedalizzarsi a Reggio Calabria, è stata tranquillamente ammessa, senza che nessuno abbia niente comunicato, senza che nessuno abbia chiesto niente su chi pagherà i tre mesi di ospedale. Dice l'ar-

articolo 41: « Le norme delegate di cui all'articolo 40 concernenti l'ordinamento interno dei servizi dovranno disciplinare: a) l'ammissione e dimissione degli infermi ispirandosi al principio della obbligatorietà del ricovero nel caso in cui ne sia accertata la necessità e della possibilità di ricorso da parte dell'infermo; ». Da parte di chi paga nulla! Se ci fossero sempre i mezzi per pagare non vi sarebbero problemi, onorevole Ministro, ma la difficoltà sorge quando i mezzi non ci sono. Bisogna allora ammettere il ricorso e se necessario la possibilità di impugnativa da parte di quei poveretti che sono tenuti tante volte a pagare perchè la spedalizzazione è stata fatta o per ragioni di pietà o per altre ragioni che non vorrei dire.

C A S S I N I . E nei casi di urgenza?

T R A B U C C H I . L'urgenza si vede, l'urgenza si denuncia. Lei sa come succede.

Non so se le sia mai capitato un caso, ma l'urgenza è il modo per far entrare chi si vuole e non sempre corrisponde ad uno stato reale. Naturalmente, siccome qui si lavora per ipotesi, va affacciata l'ipotesi che l'urgenza non corrisponda ad un effettivo stato di bisogno, onde è logico che la possibilità di ricorso l'abbia anche chi è tenuto al pagamento. Non è detto che abbia ragione chi impugna ma deve avere la possibilità di ricorrere, e poi la ragione o il torto gliela darà chi sarà chiamato a giudicare.

M A C C A R R O N E . Non si può fare un confronto di questo tipo. Si tratta di una legge che rinnova tutto.

T R A B U C C H I . Qui è detto che il ricorso è dato soltanto all'interessato. Non si rinnova niente circa la questione degli addebiti, e dei domicili di soccorso, senatore Macarrone.

M A C C A R R O N E . Sono d'accordo.

T R A B U C C H I . Sulla questione di chi paga, questa legge non rinnova niente, per cui mi pare che sia interesse di tutti che

quanto meno il comune sappia come stanno le cose e possa impugnare il provvedimento di ammissione.

C'è poi la famosa questione di cui all'articolo 5. Per chi non lo sapesse, è stabilito in questa legge che gli ospedali che sono collegati o dipendono attualmente da ente avente altre finalità vengono scorporati in base ad una norma che è opportuno che qui si legga: « In ogni provincia è costituita una Commissione, composta dal presidente del tribunale del capoluogo di provincia o da un giudice da lui delegato che la presiede, dal medico provinciale, dall'intendente di finanza, dall'ingegnere capo dell'Ufficio del genio civile e da due rappresentanti dell'ente pubblico da cui dipendeva l'ospedale, con il compito di procedere all'individuazione e all'inventario dei beni che sono trasferiti all'ente ospedaliero ».

Quando si parla dei « beni che sono trasferiti » si intende fare riferimento alle case, ai terreni, agli ospedali, ma di solito non si intende far riferimento ai debiti e alle passività. Poi si aggiunge per chiarire ancora meglio: « Il patrimonio del nuovo ente è costituito dagli edifici adibiti al ricovero e alla cura degli infermi, da tutte le attrezzature che in atto sono destinate al funzionamento dell'ospedale o degli ospedali, e dagli altri beni in atto destinati istituzionalmente a beneficio dell'ospedale o degli ospedali. I rapporti giuridici relativi all'attività ospedaliera passano al nuovo ente ».

Ora qui si presenta il problema dei mutui. Non parliamo dei debiti e dei crediti di gestione che evidentemente passano al nuovo ente, ma abbiamo il problema dei mutui che sono stati a suo tempo stipulati, probabilmente per le necessità sia dell'ente di beneficenza che degli ospedali, autorizzati regolarmente.

E' necessario, onorevole Ministro, dire chiaramente come debbono essere ripartiti gli oneri relativi e la relativa responsabilità: se restano tutti all'ente vecchio o vanno tutti all'ente nuovo. Stando alla legge, sembrerebbe che rimangano tutti al vecchio e che il nuovo nasca vergine di servo encomio e di codardo oltraggio. Da noi, con parole più semplici, si dice: « uno che fuma, l'altro

che sputa ». In questo caso non può essere detto così e certamente il Ministro non voleva dire così. È quindi evidente che debbono ripartirsi anche le passività, ma bisogna dirlo chiaramente e bisogna dirlo nell'interesse degli enti, nell'interesse del vecchio e del nuovo ente, nonchè nell'interesse dei terzi perchè i terzi debbono sapere, se sono creditori, chi diventa il debitore.

Posta la questione nel senso di sapere chi diventa il debitore, nasce un'altra questione per quegli enti di qualsiasi tipo, pubblici o privati, i quali abbiano prestato garanzia per gli ospedali. E' ben vero che si dice: resterà la garanzia per gli ospedali nuovi; ma la questione è che il garante non è obbligato ad aspettare fino alla fine dei secoli per far cessare la sua garanzia. Di fronte ad una situazione nuova evidentemente ha il diritto di ritirare la già data garanzia, e allora succede quel che può succedere.

Qui il Ministro, attraverso la diligente e chiara relazione del nostro relatore, ha fatto conoscere una sua opinione. Dice la relazione: « Si osserva che nessuna preoccupazione può sussistere in ordine alla obbligatorietà della ripartizione dei beni e delle attività e passività dell'ente scorporando e anche alla successione al nuovo ente ospedaliero dei rapporti giuridici attivi e passivi relativi alle attività ospedaliere espressamente previsti dal quarto comma dell'articolo 5. Anche le preoccupazioni avanzate di una diminuzione delle garanzie inerenti a pregresse fideiussioni a favore degli istituti di credito mutuanti, secondo rassicuranti chiarimenti del Ministro della sanità, non hanno ragione di essere, in quanto il nuovo ente ospedaliero sarà sempre in grado, col suo patrimonio e soprattutto coi proventi della sua attività, — fonte fondamentale e ormai quasi esclusiva delle sue entrate — di far fronte alla restituzione dei mutui nei limiti delle somme destinate al finanziamento di opere e attrezzature ospedaliere ». Mi pare di sentire la buona mamma che dice al bambino: prendi pure il purgante, vedrai che domani starai meglio. Io sono persuaso che staremo meglio, ma bisogna che su questo punto ci chiariamo e io spero che il Ministro possa chiarire bene;

altrimenti bisogna arrivare ad una cura radicale, cioè a dire che in conseguenza di questo scorporo lo Stato dovrà sostituirsi con le sue garanzie alle garanzie che hanno dato enti locali, enti privati, organizzazioni pubbliche e private.

M A R I O T T I, *Ministro della sanità*. Senatore Trabucchi, io capisco le sue preoccupazioni. Forse derivano anche dalla città...

T R A B U C C H I. ...dalla città donde vengo, dove il comune ha garantito per dei miliardi.

M A R I O T T I, *Ministro della sanità*. Ma io voglio dirle che se i cosiddetti fideiubenti a loro tempo hanno fatto le cose in regola non hanno niente da temere. Lei infatti sa benissimo che nel momento in cui avviene lo scorporo del patrimonio l'ente ospedaliero assume gli oneri e fa proprie le rendite. Direi che questa è prassi contrattuale; lei è un grosso giurista e lo sa meglio di me. Se invece la fideiussione è avvenuta dopo che le cose sono state fatte a casaccio, perché si è voluto probabilmente fare delle cose grandi con delle garanzie reali che non esistevano, per cui all'ultimo momento si è dovuto far ricorso a fideiubenti di comodo, allora questi pagheranno per gli altri, e non ci si può far nulla. O si fanno le cose per bene o se no le cose non si fanno.

T R A B U C C H I. Mi permetto, signor Ministro, di obiettarle — e per amicizia la prego di tenerne conto — che dove fideiussione c'è, se si ritira la fideiussione il creditore naturalmente deve eseguire l'ospedale. Potrà farsi pagare dal fideiubente, ma il fideiubente eseguirà l'ospedale; e saremo sempre ad un punto che bisogna chiarire, perché l'ospedale non potrà pagare.

F R A N Z A. C'è un limite perché deve essere d'accordo anche il creditore. Nel caso dei mutui contratti dagli enti locali bisogna vedere se la Cassa depositi e prestiti è disposta ad accettare...

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

F R A N Z A. No, è sostanziale perché molti sono i comuni che hanno costruito; quindi non è possibile questo spostamento di fatto contrattuale preesistente ad enti sorti oggi oppure allo Stato.

T R A B U C C H I. Senatore Franza, io ne sono del tutto persuaso. Quello che io domando è che questa norma dell'articolo 5 venga chiarita, venga resa esplicita. Così come è attualmente significa che ci avviamo, con la testa nel sacco, verso cause e contestazioni infinite.

M A R I O T T I, *Ministro della sanità*. Si va avanti con la testa nel sacco se le cose non sono state fatte in una certa maniera.

T R A B U C C H I. Che le cose siano state fatte bene o male, non possiamo più cellularle. Gli enti creditori devono riscuotere e in base a questa legge avranno le garanzie suddivise o ridotte. Io volevo aggiungere (e l'ho aggiunto): c'è un precedente legislativo che è quello dello scorporo dei comuni. Noi non troviamo niente di nuovo; nella legge comunale e provinciale è detto che quando i comuni si scorporano avviene esattamente che la Commissione o il prefetto, nel suo decreto, stabiliscono quali beni passano da una parte e quali dall'altra e provvedono alla suddivisione delle passività. Voglio aggiungere ancora qualche cosa e poi concludo. A un certo momento nella legge si dice che i rapporti giuridici relativi all'attività ospedaliera passano al nuovo ente — ed è evidente che queste sono le spese di gestione — e poi si dice: « Il decreto del presidente della regione determina il patrimonio del nuovo ente ». Non mi pare esatto dire così, perché non possiamo attribuire al presidente della regione la possibilità di disporre della proprietà del nuovo ente, né di quella del vecchio. Ci vuole evidentemente un provvedimento che vada al di là della competenza del presidente della regione; occorre se mai arrivare alla forma del decreto delegato, perché purtroppo il sistema amministrativo italiano è fatto in maniera rigida.

Poiché siamo ancora all'articolo 5, mi permetterei di osservare anche l'ultimo comma. Esso dice: « Se gli ospedali di cui al secondo comma dell'articolo 3 non sono gestiti direttamente dall'ente pubblico, vengono compresi nell'ente al quale è affidata la gestione purché questo abbia i requisiti propri di ente ospedaliero ». Questo avviene per alcuni ospedali che sono affidati in gestione ad altri ospedali, e fin qui tutto è chiaro; ma c'è un'altra possibilità, cioè quella dell'ospedale dipendente dall'ente pubblico che è affidato per gestione a ente privato. In questo caso, noi vecchi avvocati, diciamo: *quid iuris...?* Purtroppo tocca al legislatore chiarire, e qui non è scritto nulla.

Con ciò la questione fondamentale dello scorporo è rimasta in sospeso e mi permetto di pregare ancora una volta il signor Ministro e i signori senatori di rivedere le norme perché fare delle norme che poi creano la necessità di altre norme esplicative, interpretative, di aggiustamenti successivi è sempre una cosa spiacevole.

Noi usciamo — diceva il senatore Chiariello — dalla legge-ponte sull'urbanistica che è veramente il ponte dei sospiri, nel campo dell'urbanistica; questa legge ha fatto sospirare noi e anche il Ministro il quale ha emesso una circolare applicativa che è diventata un libro intero. Vogliamo ripetere l'errore? Speriamo di no. Vediamo di arrivare — dato che i problemi sono posti — a chiarire le cose.

Una parola sola per i consigli d'amministrazione dei vari ospedali; essi sono quelli che sono, ma secondo me troppa è la preminenza data ai consiglieri regionali e troppa poca è quella data agli enti locali che sono sede dell'ospedale. Sul piano regionale ci sono tutti gli ospedali; su piano locale si vede l'ospedale che deve servire la propria zona ed è naturale che, se di fronte, per esempio, a sei membri eletti dal consiglio regionale (sia pure con le minoranze, perché si vota per quattro) c'è un membro solo eletto dal consiglio comunale del comune dove ha sede l'ente ospedaliero, si debba dire che la sproporzione è eccessiva. Una maggiore importanza data al comune è richiesta per il fatto fondamentale che l'ospedale è di quel comu-

ne; rientra, sì, nel piano ospedaliero, ma è di quel comune.

Per molte altre cose non voglio neanche discutere; vorrei un chiarimento all'articolo 9 dove è detto: « I Consigli regionali, provinciali o comunali procedono alla votazione con schede limitate alla metà più una unità o, se il numero è dispari, alla metà più la frazione di unità, del numero dei rappresentanti da eleggere ». La frazione di unità, non so se sia la testa o le gambe, non so come stia la faccenda (*ilarità*), ma bisognerebbe cercare di chiarire il significato di questa frase, perchè altrimenti diventa un po' difficile l'interpretazione. Non sono cose tanto draconiane e neanche cose politiche, ma bisogna chiarirle. Io non le capisco e probabilmente, siccome penso che molti sono come me, è bene che ciò che si vuole sia scritto più chiaramente.

Così all'articolo 10 (funzioni del Consiglio di amministrazione), alla lettera g) è detto che il Consiglio delibera « l'alienazione e lo acquisto di immobili, di titoli del debito pubblico, di titoli di credito, di azioni industriali, l'accettazione di donazioni, eredità e legati nonchè la stipulazione dei contratti »

MACCARRONE. Citi la lettera m).

TRABUCCHI. Alla lettera m) si dice che provvede ai « contratti di locazione e conduzione di immobili di durata superiore a tre anni ». Non è la stessa cosa? Non rientrano nei contratti?

MACCARRONE. Legga poi l'articolo sui controlli.

TRABUCCHI. Ora mi parrebbe che fosse opportuno riunire insieme la lettera g) e la lettera m).

Veniamo all'articolo 17 (sarò brevissimo in questa ultima parte). « Il Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero può essere sciolto con decreto motivato dal presidente della regione su deliberazione della Giunta regionale, sentito il medico provinciale, in caso di dimissioni della maggioranza del Consiglio o quando questo violi persistentemente, nonostante diffida, lo statuto, le norme di legge, di regolamento o le pre-

scrizioni del piano ospedaliero nazionale o regionale (e qui andrebbe bene), pregiudicando gli interessi dell'ente ». Allora il giudizio non è più su una questione formale ma è un giudizio sulla sostanza, signor Ministro, sul pregiudizio apportato agli interessi dell'Ente. Ora io vorrei domandare ai miei colleghi della sinistra, che sono abbastanza abituati agli scioglimenti di Consigli comunali, se ci fosse una clausola di questo tipo (« pregiudicando gli interessi dell'ente »), quanti ricorsi, ancora più di quelli che sempre hanno fatto, quanti ricorsi farebbero per opporsi agli scioglimenti!

Mi soffermo un momento, veramente per poco, sulla classificazione degli ospedali. Sono perfettamente d'accordo che gli ospedali debbano essere classificati e raggruppati, però vorrei che il Ministro riservasse a sè una facoltà meno rigida di quella che proviene da questa classificazione. Perché? Perché, quando noi avremo l'ospedale che ha quasi tutti i reparti per diventare regionale o per diventare provinciale, il Consiglio d'amministrazione potrà approvare la spesa per il completamento; ma chi mai farà il reparto in più se questo gli farà perdere la padronanza dell'amministrazione? Allora deve essere il Ministro che si riserva la possibilità di una certa elasticità o la riserva al presidente della regione o a chi vuole; ma ci deve pur essere una certa elasticità, altrimenti noi finiremo col paralizzare lo sviluppo naturale degli ospedali.

Passiamo per un momento ad un problema che è certamente molto più grave, ed è quello della programmazione ospedaliera. La programmazione ospedaliera è organizzata così nel testo della legge: prima si deve fare una legge di programmazione (non lo dico per lei, signor Ministro, che deve essere marcito in queste cose, a forza di discuterne ma parlo per qualcuno che non sia documentato), poi interviene il Ministro della sanità, che attenendosi alle direttive del programma economico nazionale (e quindi naturalmente dopo l'approvazione del programma economico nazionale, e le leggi del piano di coordinamento del Mezzogiorno), fa il piano nazionale per la programmazione ospedaliera. Questa va al CIPE e poi viene emanato un decreto del Presidente della Repubblica

Di solito ci vuole anche il parere del Consiglio di Stato. Dopo di che niente è finito; la regione provvede a programmare i propri interventi e fa il piano regionale. Tutto questo per un piano che dura cinque anni. Non vorrei che mettendo insieme il tempo per fare una legge — e qui mettiamo in conto la nostra lentezza — il tempo per fare il programma economico nazionale — e mettiamo in conto la lentezza di questi organi che hanno di certo poche idee e molte cose da fare — il tempo per fare il programma ospedaliero nazionale, il tempo per fare il programma regionale, in fondo si arrivasse a quel momento che noi che siamo abituati ad un certo gergo chiamiamo fumo delle candele. Tutto questo sarebbe niente in fondo, ma il guaio è che finchè non è approvato questo farraginosissimo piano non si può neppure fare un ammodernamento, neanche in quei famosi istituti religiosi che danno un po' fastidio al senatore Chiariello, e che possono anche darlo ma spesso sono necessari. Non si potrà neanche aumentare un posto-letto perchè il Ministro non si è riservata la possibilità di derogare al divieto di aumento dei posti-letto.

Di fronte a una procedura così lunga, di fronte a una procedura così complessa, perchè, signor Ministro, non vuole conservare lei per sé la facoltà di derogare quando sia necessario, in caso di urgenza, in caso di necessità, sentito il Consiglio di Stato, il Consiglio superiore, il CIPE o qualunque altro organismo crede opportuno? Vuole proprio che ad un certo momento nascano per forza le case di cura, perchè è stata bloccata la possibilità di sviluppo degli istituti pubblici e la possibilità degli istituti religiosi? E cosa si deve fare se gli ammalati devono essere curati e intanto la burocrazia va avanti con lentezza ed è difficile far passare tante cose in poco tempo? Fioriranno evidentemente le case di cura, il che non è quello che noi desideriamo ma può diventare necessità. Allora io dico: si riservi lei la facoltà di deroga. Mettiamo quindi un « salvo deroga » da lasciarsi al Ministro (a meno che il Ministro rifiuti di assumersi questa responsabilità, ma a questo non credo perchè il Ministro è uomo che

la responsabilità se l'assume volentieri pieno com'è di iniziative). Se il Ministro non vuole rispondere lasci la facoltà di deroga al Consiglio dei Ministri, al Presidente della Repubblica, a chi si vuole. Ma la possibilità di una deroga ci deve essere anche perchè in cinque anni è ammessa la possibilità di deroga alla stessa legge di programmazione. Ci sono i progressi della medicina e ci sono purtroppo i progressi di tante malattie che noi vediamo che improvvisamente vengono e vanno e fanno aumentare naturalmente il numero degli ammalati. Ora, perchè non riservarsi questo minimo di elasticità?

Io capisco la devozione che lei, onorevole Ministro, ha per la programmazione rigida, per una programmazione per quanto possibile organica, però, sotto un certo punto di vista, capisco anche che dall'altra parte ci sono degli uomini i quali si trovano appunto nella situazione in cui si trovano gli uomini, hanno delle possibilità, ma anche delle necessità. Cerchiamo allora, per avvicinare il concetto dell'uomo al concetto programmato, di lasciare la possibilità al Ministro, a colui che è responsabile della gestione, di intervenire.

Ultimo argomento, altrimenti il Presidente mi richiama alla salvezza della patria.

PRESIDENTE. Veramente si è parlato di carità di patria, ma non l'ha invocata lei, è stato il senatore Chiariello.

TRABUCCHI. Guardiamoci un momento in faccia sulla situazione finanziaria. Nel programma non è stabilito, in relazione a quello che io non voglio chiamare il libro dei sogni, quanto dovrebbe andare agli ospedali. È detto nella legge che nel piano nazionale sono stabiliti i mezzi finanziari dello Stato da destinare agli interventi per la costruzione di nuovi ospedali. Quindi si deve trattare di somme dello Stato per l'ampliamento, la trasformazione, l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature.

Questo discorso significa che purtroppo la nostra buona volontà, la buona volontà non solo dei parlamentari, ma anche di tutto il

popolo qualche volta urta contro le necessità rigide di un bilancio che non ha elasticità.

Quando noi vediamo, infatti, che per integrare quanto è stabilito dallo Stato, si fa poi capo alle finanze regionali perchè si dice: « nei bilanci delle singole regioni debbono essere stanziati, in relazione..., le somme necessarie per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento eccetera », dobbiamo tornare a dire quanto si diceva prima: ma le regioni da dove ricavano questi soldi? Non certo da quell'impostina che puramente a titolo onorifico daremo loro la possibilità di riscuotere, ma semplicemente dal finanziamento che sarà dato dallo Stato e per il quale sentiremo tutti i pianti e le lacrime nel mese di gennaio. Però, in questo mese di dicembre, più sereno e tranquillo, diciamo che non sarà molto probabile che le spese per l'attrezzatura degli ospedali, per la costruzione di nuovi ospedali vengano finanziate tutte dallo Stato, vengano finanziate tutte dalla regione. Per quanto sia scritto che il Ministro dei lavori pubblici, in via provvisoria, darà i fondi, ai sensi della legge n. 589, non è forse il caso che alla rigidità del piano sia permessa una deroga anche nel caso che non ci siano i fondi per provvedere all'attrezzatura? Infatti se i privati o la carità pubblica possono provvedere, al di fuori e al di sopra di quanto qualche volta lesina la finanza statale, perchè non lasciamo loro la libertà di dare e di fare?

Ma non è forse il caso dunque che lasciamo eventualmente la possibilità, in via transitoria, di una convivenza della iniziativa anche espansiva privata laddove l'espansione pubblica è limitata necessariamente dai mezzi? Ecco una domanda che io mi permetto di rivolgere... (*Interruzione del senatore Ferroni*). Senatore Ferroni, noi potremo dare tutti i soldi alla Calabria, se nel Veneto lasceremo che provvedano i privati; ma se dovremo provvedere con i soldi dello Stato nel Veneto, in Lombardia, in Piemonte ed in Calabria, la fettina della Calabria, pur con tutte le addizionali del mondo, sarà sempre un po' più piccola.

Ecco perchè ho detto che, nell'esaminare questa proposta di legge, alcuni punti devo-

no essere per noi oggetto di osservazione ed oggetto di profonda considerazione. Io ho già detto dove dissento dal punto di vista teorico, ma dal punto di vista della pratica vi sono degli argomenti sui quali, io penso, il dissenso non sia politico, ma rispecchi soltanto la nostra mentalità e la concretezza del mondo nel quale viviamo. I problemi che mi pare si possono presentare, le contestazioni che da questa legge possono sorgere, le difficoltà che noi non vorremmo che a questa legge si presentassero saranno fonte di ricorsi in tutte le Corti possibili, ricorsi che faranno gran danno alla Nazione. E poi i ricorsi in sede giudiziaria non sono mai solleciti nella loro definizione.

Di fronte a tutto ciò, mi permetto di dire: sia pur mantenendo le linee fondamentali — e ciascuno di noi mantenendo la sua posizione — vediamo se è il caso, una volta che il disegno di legge deve tornare alla Camera, di farlo tornare anche con qualche modifica che non rappresenti il sacrificio dei principi nè vostri, nè nostri, ma rappresenti una maggiore adattabilità alla vita del nostro mondo, vita che tutti i giorni si evolve e che esige non schemi rigidi e fissi, ma norme elastiche e che possano servire nell'interesse fondamentale del nostro popolo il quale non ci domanda che negli ospedali siano fatti discendere i principi del cristianesimo, o del marxismo, ma ci domanda soltanto che negli ospedali sia data assistenza ed un po' d'amore fraterno, come bene diceva questa mattina il senatore Ferroni.

Questo era in fondo il contenuto del mio intervento, ma non posso finire, dopo aver fatto anche tante critiche, senza una parola...

M A C C A R R O N E. Ci sono altri 40 articoli; lei si è fermato all'articolo 31.

T R A B U C C H I. Sugli altri articoli mi rimetto a ciò che potrà dire il senatore Mac-carrone.

Vorrei semplicemente chiudere il mio intervento ringraziando il Ministro per questa sua iniziativa che ci ha permesso di discutere anche qui dei problemi ospedalieri; abbiamo sentito agitare i problemi fondamentali degli ospedali, abbiamo potuto serena-

mente dirci il nostro pensiero, che può essere forse discordante ma indubbiamente servirà a chiarire il dibattito, e soprattutto ci ha permesso di discutere di problemi nuovi e ci darà occasione di fare una legge che sarà perfezionata, certamente, in futuro e molto — gliel'ho detto, signor Ministro — ma che ritornerà poi alla Camera in condizioni migliori di quelle in cui l'abbiamo ereditata.

Ringrazio inoltre, in modo particolare, il nostro relatore perchè la fatica che certamente deve aver dedicato allo studio di questo problema, ad approfondire questo tema è servita a risolvere le difficoltà che da mondi diversi, dal mondo dell'Amministrazione pubblica, da quello dei medici, da quello dei dipendenti, da quello degli universitari, da quello in fine delle associazioni mutualistiche, vengono di fronte a questa legge; egli è riuscito a ciò in collaborazione con il Governo e possiamo dire grazie alla buona volontà, forse anche troppa!, della maggioranza che ha portato questo disegno di legge fin qui: spero che possa portarlo all'approvazione del Senato, sia pure con le dovute modifiche e rettifiche, in un testo linguistico che possa permettere a noi di poter dire che in qualche modo sappiamo anche scrivere il tedesco. (*Applausi dal centro. Congratulazioni*).

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

JANNUZZI. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, è innegabile che nella carenza generale della rete ospedaliera italiana, in una condizione di maggiore inferiorità si trova la rete ospedaliera delle regioni del Mezzogiorno e delle Isole.

Ho qui diversi dati statistici, ma posso risparmiarveli, dal momento che questa verità è riconosciuta dallo stesso programma economico nazionale, il quale, nel prevedere il numero dei posti letto che deve essere creato nel Mezzogiorno, nel quindicennio, stabilisce che al Mezzogiorno debba essere dato un numero di posti letto di non meno di 102 mila unità, di fronte ai 207 mila posti

letto preveduti per l'intero territorio nazionale, e, stabilendo il rapporto per il primo quinquennio, determina nel 70 per cento degli 80 mila posti letto previsti per tutto il territorio italiano quelli da attribuirsi al Mezzogiorno.

Ripeto: di fronte a questo riconoscimento, non ho bisogno di aggiungere altre parole, onorevole Ministro; però, debbo dire, a nome della Giunta per il Mezzogiorno, che essa si duole di non essere stata richiesta del suo parere su questo disegno di legge. Dal momento che l'articolo 27 si occupa espressamente del modo di intervento dello Stato nel Mezzogiorno in materia ospedaliera e l'articolo 28 prevede che il presidente del Comitato dei Ministri per il Mezzogiorno faccia parte del Comitato nazionale per la programmazione e che altra norma richiama espressamente l'art. 5 della legge 26 gennaio 1965 n. 717 quanto al minimo del 40% degli investimenti da riservarsi al Meridione, come è accaduto altre volte, prego l'onorevole Presidente di voler cortesemente prendere nota dell'opportunità di ascoltare il parere della Giunta per il Mezzogiorno su queste questioni che direttamente attengono alla sua competenza, a norma dell'art. 21 del Regolamento del Senato.

Debbo aggiungere che, nonostante che la Giunta non sia stata ufficialmente interpellata, ho avuto cura egualmente di effettuare questa mattina una riunione di essa e ho avuto l'incarico di presentare un ordine del giorno che ora illustrerò.

L'ordine del giorno tratta, onorevole Ministro, del finanziamento degli ospedali nel Mezzogiorno, cioè del rapporto — la pregherei, onorevole relatore, di prestarmi attenzione poichè desidererei una risposta specifica su questo punto — tra intervento ordinario e intervento straordinario nel Mezzogiorno nella materia. Nel settore dell'intervento straordinario nel Mezzogiorno si occupa per la prima volta di ospedali la legge 1962, ma, vedi caso, proprio quella legge non stanziava nuovi fondi, ma stabiliva che il Comitato dei Ministri per il Mezzogiorno dovesse rimaneggiare i fondi che aveva ricevuto con le leggi precedenti per lasciare qualche margine anche agli ospedali. Sicché gli ospedali, pur essendo strut-

ture relative a servizi civili indispensabili, nel primo quindicennio assumevano una posizione del tutto secondaria negli interventi straordinari, tanto è vero che sui 2260 miliardi dati alla Cassa per il Mezzogiorno nel primo quindicennio soltanto 22 miliardi e 800 milioni (cioè l'1 per cento) furono dati agli ospedali e servirono non alla creazione di nuove unità, ma al completamento degli ospedali incompleti, al rammodernamento dei vecchi e alla dotazione di attrezzature a quegli ospedali che non ne avevano affatto o che le avevano di molto antiquate.

Intervenne poi la legge 26 giugno 1965, n. 717, che interessa la materia ospedaliera per tre articoli: per l'articolo 5, il quale stabilisce che il 40 per cento come minimo di tutti gli investimenti statali a carattere ordinario deve essere destinato al Mezzogiorno, il che significa che negli investimenti ordinari anche in materia ospedaliera deve essere assicurato non meno del 40 per cento; per l'articolo 7, lettera c), che abilita la Cassa per il Mezzogiorno ad intervenire per i servizi civili e quindi anche per gli ospedali, nei territori di particolare depressione; e per l'articolo 27 che abilita la Cassa ad intervenire sempre nei territori di particolare depressione, per il completamento del programma del primo quindicennio.

Altro la legge non dice; però, quando assume il rapporto del 40 per cento da attribuire al Mezzogiorno sulla spesa totale, lo stabilisce — come ho già detto — come minimo. Se la legge prevedesse puramente e semplicemente il 40 per cento, evidentemente, rispetto all'entità della popolazione e all'entità del territorio, non darebbe niente di più di quello che al Mezzogiorno spet-

ta come minimo. Il che significa che innanzitutto va posta al Governo questa questione: al Mezzogiorno, così come è stato previsto il fabbisogno ospedaliero dal programma economico nazionale (70 per cento degli 80 mila posti-letto), il 40 per cento non è sufficiente. Occorre elevare il minimo. Ma si può dire che con ciò si sottraggono fondi alle altre regioni e che quindi questo criterio può essere attuabile soltanto entro un certo limite. Allora sorge la seconda questione: qualora non si possono sottrarre, nei limiti degli stanziamenti ordinari, fondi di molto superiori al 40 per cento da attribuire al Mezzogiorno, entrino in funzione gli stanziamenti di carattere straordinario previsti dalla legge 26 giugno 1965, n. 717, cioè si faccia, per le strutture che riguardano l'assistenza sanitaria e ospedaliera quello che non si è potuto fare nel primo quindicennio con le forme d'intervento straordinario. È vero che l'orientamento generale nella politica del Mezzogiorno è di dare priorità, in questo secondo quindicennio, agli impieghi di carattere produttivistico, ma è altresì vero che, se non si completeranno le attrezzature, e specialmente quelle fondamentali riguardanti la vita sociale della Nazione, nessun impulso decisivo potrà darsi al settore economico. Onorevole Ministro, le assegnazioni in materia ospedaliera non vanno fatte in relazione all'entità della popolazione o all'entità del territorio bensì in relazione al grado di sviluppo socio-economico in cui versano le regioni meridionali, tenendo conto che esso è partito da uno stato di arretratezza in molti settori e specialmente nel settore sanitario e che le lacune non sono ancora colmate.

Presidenza del Presidente ZELIOLI LANZINI

(Segue J A N N U Z Z I) Questo in, sostanza, signor Ministro, dice il mio ordine del giorno. Non è per carità di patria, come lei ha testè detto ad altro collega, signor Presidente, che io dichiaro che ho finito, ma in quanto in realtà ho detto quello che dovevo e penso che anche in dieci

minuti si può dire quello che altri dice in un'ora.

Le raccomandazioni al Governo sono, dunque, due. Innanzitutto, quella di elevare al massimo possibile, oltre il limite minimo del 40 per cento, la quota riservata ai territori meridionali nel fabbisogno di

opere di carattere ospedaliero. In secondo luogo, quella di intervenire con i finanziamenti straordinari previsti dalla legge 26 giugno 1965, n. 717, per integrare gli stanziamenti ordinari nel primo quinquennio. E ciò senza dire degli stanziamenti straordinari che dovranno essere disposti nei due quinquenni successivi. Perché andiamo parlando — e giustamente — degli stanziamenti del primo quinquennio, ma non ci accorgiamo che esso volge ormai alla fine e che bisogna cominciare a progettare le opere del secondo quinquennio e il loro finanziamento senza attendere la scadenza del primo quinquennio perchè, altrimenti, daremmo una soluzione di continuità all'attuazione dei programmi che non consentono arresti.

Per gli interventi straordinari stabiliti dalla legge 717 del 1965 (ho ricordato gli articoli 7, lettera c), e 27) e per gli stanziamenti straordinari futuri, ove al completamento del fabbisogno ospedaliero nel Meridione non possa farsi luogo con i fondi ordinari, è necessario intervenire con mezzi straordinari, tramite la Cassa per il Mezzogiorno.

Questo mi pare il discorso da farsi, pur ridotto alla maggior semplicità, questa è la raccomandazione che la Giunta fa al Governo. Sono sicuro che, con l'opportuno coordinamento tra il Ministero della sanità e la Cassa per il Mezzogiorno come tra questa e tutti gli altri Dicasteri che si occupano dei vari settori di loro competenza (la funzione della Cassa fallirebbe, difatti, se essa non agisse in pieno coordinamento con le altre amministrazioni dello Stato) sono sicuro, dicevo, che queste richieste contenute nell'ordine del giorno saranno ritenute degne di accoglimento.

La ringraziamo, onorevole Ministro, per l'opera che lei svolge nel settore della sanità e la ringraziano particolarmente le popolazioni meridionali. Mi associo inoltre al ringraziamento che è stato rivolto poco fa all'onorevole relatore per la sua fatica, e credo che almeno su questo punto possiamo essere tutti concordi, se è vero che merita encomio l'opera che il Parlamento svolge per attuare la norma della Costituzione

che pone la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività nazionale (*Applausi dal centro. Congratulazioni*).

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

R O T T A . Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, desidero subito premettere che nè io nè i miei colleghi liberali abbiamo alcun dubbio sulla obiettiva necessità di una riforma ospedaliera. Il senatore Chiariello ha già portato molti argomenti all'attenzione del Senato e devo dire che proprio le sue osservazioni, che in parte alleviano il mio compito, hanno richiamato alla mia mente degli episodi che forse più di ogni altra parola varrebbero ad inquadrare con efficacia gli argomenti che sono stati fin qui prospettati. Io riporterò in poche frasi la mia esperienza di quarant'anni di professione medica e di trent'anni di azione svolta in posizioni di responsabilità alla direzione di ospedali o di enti di assistenza.

Dico subito che sarebbe un errore limitare tutta l'assistenza agli enti pubblici. Noi vediamo che non tutto ciò che fa l'ente pubblico è perfetto e purtroppo quanto di non perfetto fa l'ente pubblico è meno suscettibile di essere corretto rispetto a quanto analogamente fa l'ente privato. Noi, che abbiamo ispezionato con la commissione di inchiesta dell'INPS diversi sanatori italiani, abbiamo dovuto constatare che alcuni sanatori erano organizzati a beneficio non degli assistiti, ma del personale di assistenza. La cura dell'assistito è un principio base dal quale in nessun caso si può derogare senza svilire o annullare la funzione dell'ospedale. Quando ero assessore alla provincia di Torino (a chiarimento di alcune osservazioni del senatore Chiariello), ricoprivo una posizione di responsabilità nell'amministrazione degli ospedali psichiatrici. Ebbene, avendo chiesto al direttore dell'ospedale stesso come andavano le cose essendo il personale in sciopero, mi sentii rispondere: di questo non mi preoccupo dal momento che i ricoverati non sciopevano. Il senso di questa frase è chiaro: signi-

fica che i ricoverati stessi erano adibiti a molti lavori nell'ospedale psichiatrico sì da renderlo funzionale anche senza la presenza del personale addetto ai vari servizi.

Tra ospedali e case di cura non debbono esistere contrasti; anzi uno stimolo ad agire bene può derivare agli uni dal comportamento degli altri e viceversa. Circa vent'anni fa, quando ero primario direttore di un ospedale di provincia, vi era nello stesso settore una casa di cura che assolveva a tutti i compiti del circondario. Ebbene, quando l'ospedale fu sistemato era la casa di cura stessa a ricorrere all'ospedale per le sue necessità. In questo campo, quindi, le cose vanno proprio come ha detto il collega Chiariello. Noi non dobbiamo escludere alcun elemento che possa essere di utilità alla salute anche di un solo individuo; dobbiamo far sì che tutto si faccia nel migliore dei modi, lasciando che la concorrenza nel far bene sia, come ho detto, di stimolo. E la concorrenza nel far bene è fruttuosa. Fu proprio una casa di cura privata a Torino ad essere il prototipo di quell'assistenza infermieristica fatta da un personale professionale il quale ha dato veramente alla città di Torino da molti anni un indirizzo che gli ospedali non hanno ancora potuto adottare.

Per ritornare all'argomento specifico, dicevo che siamo convinti che l'organizzazione ospedaliera deve essere riformata poichè quella odierna è già superata, e per i notevoli progressi scientifici che si sono verificati in questo ultimo decennio e per l'evoluzione che ha subito l'assistenza sanitaria sociale in parallelo con le nuove istituzioni; e questo anche se gli ospedali non sono solo quelli su cui si è soffermato nel libro bianco il Ministro qui presente della sanità, poichè ve ne sono altri bene attrezzati e funzionali, e anche se alle deficienze di attrezzature e di personale, talvolta purtroppo vere, ha supplito nella maggior parte dei casi l'opera diligente e volenterosa dei medici e dei loro ausiliari. Vi è in effetti una carenza di strutture e di norme, un sistema legislativo antiquato, non più adeguato alle esigenze attuali, una situazione sanitaria non rispondente ai reali bisogni assistenziali.

Tutto questo è vero, ma bisogna preliminarmente considerare come l'ospedale sia soltanto un aspetto del problema assistenziale, poichè ve ne sono altri che hanno una importanza anche maggiore, quale ad esempio l'assistenza di base; e voglio intendere con questo quella ambulatoriale domiciliare, generica e specialistica, non fosse altro perchè questa rappresenta la piattaforma su cui si deve edificare l'intero edificio dell'assistenza contro le malattie, mentre quello ospedaliero ne rappresenta i piani superiori. Circostanze diverse, forse non del tutto oggettive, hanno indirizzato il Governo verso la riforma ospedaliera con una scelta aprioristica non rispondente certamente a quel piano programmatico del quale il Governo è un rigido sostenitore; sicchè oggi ci troviamo a discutere su una riforma ospedaliera, senza sapere da quali fondamenta concrete essa sarà sostenuta e senza avere un'idea precisa sul come potrà e dovrà essere articolata nei confronti dell'assistenza di base.

È chiaro che una nuova organizzazione degli ospedali non può essere disgiunta da quella di altri settori assistenziali, e non solo perchè sono molti quelli che scricchiolano paurosamente, ma anche perchè taluni principi innovatori di un determinato settore possono ripercuotersi negativamente sugli altri. La legge che ci viene oggi in discussione ha almeno due grossi difetti di impostazione, secondo me. Il primo è quello di essere strutturalmente basata su una istituzione che ancora non esiste, quale è quella delle regioni a statuto ordinario. Si dà per scontata l'esistenza dell'istituto regionale e su di esso si è articolata tutta una legge; non dubito che questa sia la volontà politica che in questo momento la maggioranza esprime, ma il precorrere i tempi è certamente un fatto nuovo che automaticamente mette in remora l'applicazione della legge e crea un vuoto giuridico colmato da norme transitorie per sè stesse precarie e, come vedremo, pericolose per gli ampi poteri che queste affidano al Ministro in carica per un lasso di tempo imprevedibile e comunque sufficiente a determinare particolari indirizzi politici.

Altro difetto d'impostazione è quello di prospettare sin da ora soluzioni che, maturate al di fuori del Parlamento per accordi di natura politica, profilano un chiaro intendimento verso la nazionalizzazione dei servizi sanitari. Attraverso la lettura dei vari articoli appare evidente che si dà per scontata l'istituzione di un servizio sanitario nazionale e si tende ad articolare la riforma ospedaliera in modo che possa in futuro il più possibile adattarsi alle intenzioni degli estensori della legge. È una legge che si basa sulle intenzioni e non sui fatti concreti attuali; perciò la discussione su questo disegno di legge assume un significato di particolare rilievo e deve essere fatta con prudenza e circospezione, poichè ogni articolo ha il peso di un'ipoteca per il futuro.

Cercherò, onorevoli colleghi, di richiamare la vostra attenzione su alcuni aspetti che a me sembrano d'importanza primaria. Fra quelli il più sconcertante riguarda l'autonomia delle gestioni ospedaliere.

Prima di addentrarmi nella discussione voglio ringraziare il relatore, senatore Samek Lodovici, per la sua elaborata e impegnativa relazione. Ci pare che nell'interesse delle istituzioni e dei cittadini l'autonomia giuridica, amministrativa e patrimoniale degli enti ospedalieri dovrebbe essere il più possibile conservata. Ora nel disegno di legge oggi in discussione questa autonomia appare grandemente scossa. E' viziata, difatti, dal nuovo sistema introdotto per la scelta dei componenti dei consigli di amministrazione, sistema che nella legge in discussione è tale da aggravare quel difetto che già si lamentava nell'attuale legislazione: quello della politicizzazione dell'amministrazione.

Con il dispositivo legislativo che viene proposto viene assicurata in ogni caso una maggioranza di consiglieri di diretta derivazione politica, sicchè i consigli di amministrazione diventeranno inevitabilmente delle rappresentanze politiche, con le inevitabili conseguenze di sudditanza a determinati indirizzi.

È nella formalità quella di disporre la scelta di componenti del consiglio di amministrazione degli ospedali di nomina da parte delle regioni tra persone estranee ai consigli

regionali, poichè è chiaro che essi, anche se accuratamente scelti tra persone competenti, saranno inevitabilmente espressione di una corrente politica e, come tali, saranno vincolati a seguire questa corrente.

Nell'attuale sistema questo difetto più volte lamentato era in parte corretto dalla nomina del presidente del consiglio d'amministrazione che, essendo fatta dal prefetto, garantiva un certo equilibrio nella distribuzione delle presidenze tra le maggioranze e le minoranze politiche e consentiva una certa azione moderatrice.

Inoltre per molti ospedali la larga rappresentanza di membri di diritto provenienti dalle istituzioni di beneficenza originarie dell'ente contemperava le eventuali ingerenze politiche, talvolta anche annullandole.

Oggi con la legislazione proposta queste possibilità non potranno esistere, sicchè le nuove amministrazioni previste dalla legge diventeranno ineluttabilmente degli organi politici ed in conseguenza dei centri di poteri di questo o di quel partito politico. È il sottogoverno deterioro che entra trionfalmente anche in istituzioni, come quelle ospedaliere, che ad altro non dovrebbero mirare se non ad amministrare oculatamente, e senza interessi di parte, il danaro destinato alla assistenza degli ammalati.

A tanto deve aggiungersi che la corresponsione di una indennità di funzione ai componenti del consiglio di amministrazione rischia di diventare un richiamo non disinteressato e perciò ancora più pesante di vincoli di dipendenza per chi venga scelto a rappresentare la corrente politica prevalente nei consigli regionali.

A nostro parere tutto ciò avrebbe potuto evitarsi ove i consigli di amministrazione fossero costituiti in misura paritetica, per metà in rappresentanza del potere politico e per metà in rappresentanza delle istituzioni più direttamente interessate all'ospedale (o almeno le istituzioni interessate avessero una consistente minoranza); i primi nominati dai consigli provinciali e comunali (considerato che le regioni non ancora esistono nella realtà) ed i secondi dalle istituzioni originariamente interessate al

l'ospedale ed all'ordine professionale dei medici, il quale dovrebbe essere in ogni caso rappresentato in tutti i consigli di amministrazione.

Vi è in tutta la legislazione proposta una non apprezzabile tendenza a vincolare entro precise direttive l'operato dei consigli di amministrazione, un conferimento di più ampi poteri al Ministero della sanità. E questo traspare chiaramente dal sistema con il quale è articolata la legge per quanto riguarda la preparazione e l'attuazione del piano nazionale ospedaliero (articolo 27).

Quando la legge in discussione stabilisce che nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione o ammodernamento potrà essere realizzata se non sia prevista dal piano, ha praticamente annullato ogni possibile iniziativa dei consigli di amministrazione.

Questa norma limita gravemente l'autonomia degli ospedali e crea inevitabilmente le premesse per una grave e futura disfunzionalità. L'ospedale, in qualunque posto esso sia situato, è espressione di esigenze locali e può operare nel suo intento delle trasformazioni talvolta radicali e non eccessivamente costose, nel giro anche di un breve periodo di tempo per adattarsi alle esigenze della popolazione che serve. Con una norma che si vuole imporre, l'ospedale non potrà più prendere delle iniziative del genere ma dovrà adattarsi ad una programmazione che, fatta oggi, potrà forse avere attuazione dopo cinque o più anni come giustamente ha detto l'onorevole Trabucchi un momento fa, quando le esigenze o saranno superate dal continuo evolversi del progresso scientifico o saranno inadeguate alle effettive necessità cui si deve far fronte. Non solo, ma quel quattro per cento della retta che la legge vorrebbe fosse destinato all'ammodernamento, al rinnovo e all'ammortamento delle attrezzature ospedaliere, è così esiguo che sarà probabilmente insufficiente a sopperire ai bisogni della ordinaria manutenzione delle attrezzature stesse.

Si può essere d'accordo sul fatto che il denaro pubblico, quello dello Stato, deve essere destinato preferibilmente a colmare le gravi deficienze esistenti in alcune regio-

ni e provincie e si può essere d'accordo per una programmazione di massima, come indirizzo politico diretto a colmare le lacune e a distribuire equamente le disponibilità finanziarie dello Stato, ma non si vede perchè non deve essere incoraggiata l'iniziativa degli ospedali per potenziare le proprie attrezzature, laddove una saggia amministrazione e le possibilità di finanziamento non gravanti sullo Stato sono possibili.

Occorre rendersi conto che ogni limitazione della autonomia amministrativa degli ospedali si risolve in una carenza di incentivi e conseguentemente in un progressivo disinteresse verso il miglioramento del servizio.

Un ospedale quanto più è privato della sua autonomia tanto più tende a diventare un organo di ordinaria amministrazione e ad instaurare un pesante e lento sistema burocratico.

Ecco perchè, pur condividendo l'opportunità di una programmazione sul piano nazionale, questa non deve precludere le possibilità di iniziative locali, quando queste possono essere realizzate con mezzi diversi da quelli programmati in sede nazionale, quando possono essere anche di sgravio per l'onere che deve sopportare la collettività, quando sono giustificate da sentite esigenze locali. Il parere ministeriale non dovrebbe essere vincolante quando per la realizzazione di determinate opere non sia richiesto il contributo statale.

Se poi venissero attuate le regioni ed i compiti di programmazione diventassero di spettanza dell'ente regionale, come prevede la legge in discussione, sorge ancora il problema della opportunità di programmi interregionali o tra provincie di regioni vicine. Non si deve dimenticare, difatti, che provincie di regioni vicine hanno così stretti legami (per configurazione geografica, per vie di trasporto, per interessi economici, eccetera) che sarebbe assurdo vincolarle ad una programmazione strettamente regionale.

Nei confronti della classificazione degli ospedali vediamo con piacere che nella nuova legge sono scomparsi gli ospedali geriatrici, come enti a sè stanti. La gerontologia (o la geriatria) difatti deve essere con-

siderata come una disciplina specialistica al pari della pediatria, e pertanto come tutte le altre specialità mediche deve essere inserita in tutti gli ospedali.

Si può considerare l'opportunità di ospedali specializzati, laddove sia opportuno, così come per la oftalmologia, la dermatologia, eccetera; comunque la gerontologia deve essere sempre concettualmente considerata come una specialità al pari di tutte le altre. Ogni ospedale dovrebbe avere il suo reparto geriatrico, a meno che non vi sia nelle vicinanze territoriali un ospedale specializzato geriatrico.

Questo concetto è stato accolto nella legge e non possiamo che rallegrarci. Ora un altro passo dovrebbe farsi, a nostro parere, nel senso di eliminare anche come enti ospedalieri a sè stanti quelli che la legge prevede per i lungo-degenti (e cioè per i cronici).

Ogni grande ospedale regionale, provinciale o specialistico, dovrebbe avere, a nostro avviso, il suo reparto per lungo-degenti. Ci sembra importante che i cronici, o meglio i lungo-degenti, trovino ospitalità nello stesso ambiente ospedaliero per motivi pratici (quali ad esempio la possibilità di poter seguire lo stesso indirizzo curativo quando l'infezione da acuta diventa cronica), per motivi epidemiologici e di morbosità (le malattie croniche, come ormai è noto, sono prevalenti, per cui una distinzione tra acuti e cronici va facendosi sempre più precaria) ed infine per motivi morali (per l'azione psicologica negativa che può derivare ai ricoverati dal loro isolamento in ospedali speciali che indicano a priori una sospetta inguaribilità della loro affezione).

Le ragioni economiche che spesso si invocano a favore dell'istituzione di questi ospedali (minore attrezzatura, minore personale, eccetera) sono aleatorie, poichè, se, come è nello spirito della legge, si vuole dare agli ospedali anche la funzione di enti che debbono praticare la riabilitazione, i servizi, le attrezzature ed il personale difficilmente potranno essere inferiori e ciò senza considerare che eventuali economie possono ottenersi anche se gli infermi lungo-degenti, anzichè essere curati in ospedali autonomi, siano assistiti in reparti facenti parte integran-

te dell'ospedale generale o specializzato. Mentre, come si è detto, i vantaggi in tema di assistenza sarebbero certamente migliori se i lungo-degenti potessero essere curati nello stesso ambito dell'ente ospedaliero dal quale provengono, in reparti all'uopo allestiti nella stessa sede od anche in sede differente, comunque dipendente dallo stesso ente.

Enti ospedalieri a sè stanti dovrebbero essere invece, come opportunamente la legge prevede, i convalescenziari. Ma per questi dovrebbe essere prevista un'articolazione dei servizi del tutto differente. Nel campo specifico vi è una carenza grave di posti letto e la legge non appare chiara sulla fisionomia e strutturazione che dovrebbero avere i convalescenziari.

Intanto si deve subito dire che tali istituzioni non potranno essere programmate in funzione regionale, in quanto vi sono preminenti ragioni climatiche che dovranno suggerire l'istituzione in questa od in quella località e vi sono delle ragioni di equità per le quali tutti gli infermi convalescenti devono poter godere dei benefici del clima indipendentemente dalla regione nella quale risiedono o dall'ente ospedaliero nel quale hanno precedentemente ricevuto l'assistenza curativa per l'affezione, acuta o cronica che sia.

Più importante ci pare accennare rapidamente alle nostre opinioni in tema di stato giuridico, trattamento economico e normativo del personale sanitario.

In questo tema la legge prevede il ricorso a leggi-delega, mentre siamo d'avviso che, trattandosi di una questione fondamentale che può avere gravi ripercussioni sulla qualità delle prestazioni, l'argomento deve trovare posto nella legge ordinaria.

Troppo vaghe sono le indicazioni date dalla legge e troppo palesi le possibilità che il medico ospedaliero, presto o tardi, finisca con il diventare il funzionario, dipendente pubblico, stipendiato a reddito fisso, alla stessa stregua di un qualsiasi impiegato amministrativo.

Il nostro punto di vista al riguardo è quello di poter conservare ai medici ospedalieri la figura di professionista responsa-

bile delle sue iniziative, interessato al buon andamento dell'ospedale e costantemente stimolato a migliorare non solo la sua posizione economica, ma anche la sua preparazione tecnica e culturale, a suo vantaggio ed a vantaggio della popolazione assistita.

A questo riguardo ci sembra fondamentale che la legge sia indirizzata ai seguenti principi: che il « tempo definito » sia prefissato per tutti uguale, ma sia veramente definito secondo le esigenze dei vari ospedali e dei vari reparti; che la libertà dell'esercizio professionale sia veramente consentita, ovunque il medico voglia esplicarla, con la sola limitazione che essa non sia in contrasto, in concorrenza o di danno all'ospedale ove presta la sua opera; che la retribuzione fissa sulla base del tempo contrattualmente definito sia integrata da compensi variabili secondo il numero delle degenze e la qualità della prestazione, in modo che questi costituiscano un indispensabile e valido stimolo a meglio operare (questi compensi fissi dovrebbero contribuire anch'essi, almeno per certa aliquota, alla costituzione del trattamento previdenziale); che i rapporti economici siano regolati col sistema della libera contrattazione tra gli enti ospedalieri, rappresentanze sindacali e ordine dei medici.

È superfluo dire che siamo decisamente contrari ad ogni forma di impiegatizzazione pura e semplice del medico ospedaliero; siamo difatti convinti che le conseguenze morali ed economiche di una tale soluzione sarebbero gravi. Il prestigio del medico sarebbe definitivamente sepolto dalla soverchiante burocratizzazione della sua funzione, la sua posizione morale ne resterebbe mortificata.

Le conseguenze di una tale non auspicabile sistemazione giuridica si ripercuoterebbero inevitabilmente sugli assistiti. Difatti, come è facile immaginare, la figura del medico funzionario pubblico, con una retribuzione fissa non collegata o scarsamente collegata con la quantità e la qualità del lavoro espletato, tende a spersonalizzare il medico, a ridurlo al ruolo di un prestatore d'opera sempre meno interessato nei confronti dell'oggetto delle sue prestazioni e ad allentare

quei legami di fiducia e di reciproca comprensione che devono correre tra medico e assistito.

Si andrebbe in tal modo inevitabilmente verso un progressivo scadimento delle prestazioni, verso un livellamento di esse su una piattaforma a livello sempre più basso.

Già nell'attuale, farraginoso sistema assistenziale mutualistico, è stata denunciata una lenta e progressiva decadenza della qualificazione delle prestazioni, man mano che è andata aumentando la tendenza all'accentramento dei poteri da parte degli enti assistenziali. È facile immaginare cosa succederebbe se lo Stato, direttamente od indirettamente, diventasse il vero, unico datore di lavoro dei medici.

L'assistito diventerebbe sempre più un individuo qualsiasi, le degenze si prolungherebbero, il numero dei posti-letto diventerebbe di conseguenza sempre più insufficiente.

In alcun modo pertanto può essere condivisa la trasformazione di un medico in un funzionario pubblico, privato di ogni spirito di iniziativa, soggetto passivo di un sistema al quale spiritualmente non parteciperebbe e dal quale non sarebbe stimolato a meglio operare. Al medico ospedaliero deve essere, a nostro avviso, conservata la sua figura di professionista responsabile della sua attività, con vincoli contrattuali collegati a proporzionali esigenze dell'ospedale (tempo definito contrattualmente), con la conservazione della sua piena libertà professionale quando questa non contrasti col vincolo ospedaliero, con una retribuzione che gli dia la possibilità di una garanzia economica non aleatoria (stipendi contrattuali) e che almeno in parte sia collegata al suo effettivo lavoro (compensi variabili secondo la qualità e la quantità della prestazione), con una più favorevole prospettiva previdenziale ottenibile attraverso una contribuzione derivante non solo dallo stipendio, ma anche da altri compensi.

Come si è detto, la legge riposa tutta sulla presunzione che le regioni siano attuate e quindi non potrà essere applicata se non quando si verificherà l'ipotesi prevista. Intanto, cosa succederà in quel lasso di tem

po, lungo o breve che sia, oppure nell'altra ipotesi (sia pure teorica, ma comunque possibile) che le regioni non siano costituite? Dice la legge che si discute che, fino a quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario, i provvedimenti di competenza del presidente della regione saranno adottati, praticamente, dal Ministero della sanità.

Ecco che il signor Ministro della sanità diventa in effetti l'arbitro della situazione, il solo a disporre ed a predisporre le cose in modo che gli enti ospedalieri diventino di fatto dei centri di potere politico.

Questo modo di legiferare non è di un popolo libero e democratico; non mi pare si possa ammettere l'ingerenza diretta, senza possibilità di valide contestazioni, di un ministro per quando equilibrato ed oculato egli possa essere: non mi riferisco certo all'attuale Ministro, perchè, quando la legge sarà operante, può darsi che il Ministro in carica sia un'altra persona di un altro partito.

Il meno che si debba dire al riguardo è che fino alla costituzione delle regioni permangono le attuali norme, almeno per quanto riguarda la costituzione dei consigli di amministrazione degli ospedali, e che, per il resto, le attribuzioni che la legge prevede per i consigli regionali siano almeno devolute agli attuali consigli provinciali.

Mi sembra che sia estremamente pericoloso l'ampio potere che la legge tende a conferire ad un solo Ministero e che esso debba essere motivo di grande perplessità nell'approvazione dell'articolo 54 della discutenda legge.

Ho voluto con questo mio intervento richiamare l'attenzione su alcuni dei più importanti punti della legge, che è, a mio parere, lacunosa e soprattutto basata su principi ideologici, anzichè su basi valide.

Bisogna non dimenticare che la riforma ospedaliera avrà il significato di un preciso indirizzo per la successiva più ampia riforma dell'assistenza sanitaria in genere.

Da ciò deriva la necessità di discutere ampiamente, prima che si giunga a determinazioni che potrebbero soffocare per molti anni l'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale

nell'angusto ambito di un anonimo servizio pubblico.

L'assistenza ospedaliera non riguarda solo i medici ma tutta la popolazione sia essa assistita o no dagli enti mutualisti: è un problema che interessa tutti i cittadini. Nell'attuarela bisogna cercare di creare le premesse per una medicina che tenda ad innalzare il livello di essa, una medicina che non sia inquadrata negli schemi rigidi di una organizzazione statale, che non annulli la personalità dei diversi operatori, che consenta la piena comunicabilità tra medico ed assistito.

Una efficiente riforma non deve essere mossa da chimere ideologiche, ma poggiare sul piano concreto della realtà onde possa essere idonea ad assicurare al cittadino il modo migliore per conservarsi la sua salute, che è patrimonio insostituibile, prima individuale e poi collettivo. (*Vivi applausi dal centro-destra. Congratulazioni*).

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

D ' E R R I C O . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, le mie prime parole sono di elogio al relatore, il quale ha fatto un lavoro attento e meticoloso, come d'altronde è nelle sue abitudini, e di questo credo che tutte le parti politiche debbano dargli atto, anche se ovviamente dalla mia parte e da altre parti dell'opposizione si fanno delle riserve su alcuni suoi apprezzamenti e su alcune sue valutazioni.

Nelle intenzioni del ministro Mariotti la riforma ospedaliera, al cui varo egli ha speso le più importanti energie negli ultimi anni del suo Ministero, dovrebbe essere il primo passo verso quel sistema compiuto di sicurezza sociale del quale parla anche il piano quinquennale.

In questa discussione generale mi limiterò a fare alcuni rilievi che mi sembrano di particolare interesse. Primo: la riforma che viene oggi in discussione nell'Aula del Senato è ben diversa da quella che fu proposta in un primo tempo dal Ministero della sanità. Indubbiamente l'edizione attuale è

migliore di quella originaria, il che vuol dire che i numerosi dibattiti, che si sono svolti nel Paese presso associazioni di categorie interessate al problema, presso il Consiglio dei ministri e soprattutto alla Camera dei deputati e poi anche nella Commissione igiene e sanità del Senato, sono serviti a qualche cosa.

Secondo: non vi è dubbio che il settore dell'assistenza ospedaliera nel nostro Paese andava rivisto a fondo, riformato, per cui diamo volentieri atto al ministro Mariotti di aver affrontato con impegno il problema. Ciò non di meno aggiungiamo subito che il disegno di legge n. 2275, anche nella sua edizione attuale, non soddisfa la nostra convinzione di miglioramento e soprattutto non soddisfa l'attesa del Paese. È per questo che io vorrei rivolgere preghiera all'onorevole Ministro di accettare quei suggerimenti di emendamenti migliorativi che stanno giungendo a lui un po' da tutte le parti; diversamente facciamo di questa riforma ospedaliera una sorta di feticcio sul quale dovremo sacrificare tutti gli apporti che in buona fede, dalle varie parti politiche, possono pervenire.

In terzo luogo vi sono dei quesiti da porre. Qual è questa attesa del Paese? Di che cosa ha bisogno la popolazione che soffre? Queste sono le domande che noi ci dobbiamo rivolgere. La risposta è molto semplice: di ospedali sufficienti quantitativamente ed efficienti qualitativamente. Possiamo dire in coscienza che col disegno di legge in discussione il popolo italiano avrà finalmente e con l'urgenza necessaria gli ospedali sufficienti ed efficienti di cui ha bisogno? La risposta non può essere che negativa non soltanto perchè lo diciamo noi dell'opposizione, ma anche per quanto si può evincere dagli interventi dei colleghi della maggioranza.

La situazione della rete ospedaliera italiana è ben conosciuta nelle sue possibilità di assistenza e nei suoi limiti.

Una prima considerazione è che il numero globale degli ospedali generali e specializzati e dei posti-letto relativi è insufficiente rispetto a quella cifra di 11-12 posti letto per mille abitanti che è la percentuale mi-

nima calcolata dalla Organizzazione mondiale della sanità.

È altresì noto che tale percentuale è alquanto più alta nei Paesi più progrediti, come i Paesi scandinavi il che fa prevedere che tra alcuni anni questa percentuale verrà superata anche dalle esigenze del popolo italiano. Comunque, se a queste deficienze globali si aggiungono poi le sperequazioni territoriali, ne risulta che in alcune regioni e provincie, specialmente del Mezzogiorno, la carenza diventa intollerabile sotto ogni aspetto.

Quando tocca questo tasto il senatore Ferroni (e mi dispiace che ora non sia presente) non può fare a meno di rilevare il fenomeno per lui scandaloso per cui nel Mezzogiorno d'Italia, dove più carenti sono gli ospedali pubblici, più numerose e fiorenti sono le cliniche private. Le sue opinioni vengono condivise non soltanto dai colleghi della sua parte politica, ma anche da quelli che fanno parte di altri schieramenti politici della nostra rappresentanza parlamentare, da quanti cioè vedono nella iniziativa privata in generale, ma soprattutto in quella che agisce nel campo assistenziale, una intollerabile forma di sperequazione e di sfruttamento. Io non mi stancherò mai di obiettare che la verità è proprio nel contrario, nel senso che l'iniziativa privata ha fatto sorgere le cliniche private e gli ospedali privati là dove mancavano quelli pubblici. Esse pertanto hanno assolto ed assolvono, proprio nelle zone più depresse e trascurate dai pubblici poteri, un compito essenziale di vitale importanza. Ciò non vuol dire che tutte le cliniche private siano all'altezza dei loro compiti, che siano gestite con disinteresse ed altruismo. So bene che non poche cliniche private meriterebbero di essere chiuse *ad horas* perchè le loro attrezzature, i servizi, l'assistenza medica e quella sussidiaria lasciano a desiderare, ma ciò è vero anche per molti ospedali come sa bene il ministro Mariotti dalle relazioni degli ispettori che egli molto opportunamente manda in giro. Se in quelle cliniche che demeritano la colpa può essere ricercata negli intendimenti speculativi dei gestori, negli ospedali indegni di questo nome

la responsabilità potrebbe ritrovarsi nelle amministrazioni che spesso si servono dell'ospedale come di un centro di potere, spendendo nell'assunzione di personale in soprannumero e non qualificato quanto, invece, andrebbe speso più congruamente ed opportunamente.

Non sempre però le cose stanno così perchè molte volte alla base delle cattive gestioni delle cliniche e degli ospedali vi è la insufficienza della retta di degenza e l'imperdonabile ritardo con il quale gli enti mutualistici e gli altri enti pubblici corrispondono le loro spettanze. Noi sappiamo che la retta di degenza negli ospedali di Francia è tre volte quella italiana, mentre in America arriva addirittura a quattro o cinque volte. Ma, per tornare alle cliniche private, dirò che esse possono dividersi in due categorie: la prima categoria è quella delle cliniche che lavorano come gli ospedali ricoverando pressochè esclusivamente malati di casse mutue. Appartengono a questa categoria la grande maggioranza delle cliniche dislocate nel Mezzogiorno, le quali sono sorte laddove mancavano gli ospedali per cui non lavorano in concorrenza, ma svolgono un lavoro complementare a quello ospedaliero. Esse, oltre a sopperire, almeno in parte, alla deficienza numerica di posti-letto e a consentire agli ammalati di essere curati in luoghi di cura ubicati nello stesso paese della loro residenza o in un paese vicino, evitando così anche ai congiunti disagi e spese per le visite quotidiane, assolvono anche al compito di dare un dignitoso posto di lavoro a quei medici specialisti, ex universitari o ex ospedalieri, i quali non hanno avuto la possibilità di continuare la carriera universitaria o quella ospedaliera. Per queste cliniche (che, ripeto, nel Mezzogiorno sono la grande maggioranza) il problema della sopravvivenza è strettamente legato alla retta di degenza e meno al compenso forfettario a favore dei medici curanti. Ha ragione il Ministro quando dice che non c'è nulla che vieti così l'esercizio delle cliniche private, ma il problema è del modo come queste cliniche private possono essere messe in condizioni di poter funzionare. Altrimenti rimane un platonico assentimento all'esercizio

della professione nelle cliniche private senza che poi praticamente si creino le condizioni essenziali perchè questo avvenga.

È mia convinzione che quando, in un avvenire che ci auguriamo non molto lontano, tutto il territorio nazionale sarà coperto da una rete ospedaliera sul tipo di quella dei Paesi scandinavi, le cliniche private chiuderanno i battenti perchè i pazienti preferiranno disertarle per recarsi in nosocomi più efficienti.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Che cosa dice il senatore Chiariello di queste sue affermazioni molto simpatiche e, direi anche, intuitive?

D ' E R R I C O . Ma fino ad allora, cioè fino a quando non avremo ospedali efficienti, non è giusto far morire di tisi le cliniche private, di cui ancora si sente l'insostituibile necessità, consentendo agli enti mutualistici — questo è il punto, onorevole Ministro — di erogare rette di degenza che sono spesso meno della metà di quella che è la retta di degenza più bassa concessa al più modesto ospedale della zona e compensi forfettari per i medici delle cliniche private di molto inferiori a quelli che si danno ai medici ospedalieri.

Io mi rendo conto che le spese generali di un ospedale sono maggiori, mi rendo conto che l'ospedale deve affrontare le spese di un pronto soccorso, di un reparto infettivi che spesso è passivo; ma c'è un limite. Non è possibile consentire che per uno stesso tipo di intervento, come dirò fra poco, lo stesso ente mutualistico spenda meno della metà se l'ammalato preferisce andare in clinica (qui non c'è coercizione, c'è la libera scelta dell'ammalato) anzichè andare all'ospedale. Tutto ciò è sbagliato ed ingiusto, tanto più che in definitiva il danno non può non ricadere sul povero assistito, sulla cui assistenza verrà a pesare inesorabilmente l'esiguità della retta: è inevitabile mi pare. In queste condizioni, a voler essere obiettivi, chi fa la speculazione non è la clinica privata, la quale, è ovvio, non può comunque lavorare in perdita, ma è l'ente assistenziale che, per esempio, per un intervento di

appendicectomia o di ernia o di resezione gastrica per un ospedale spende la metà ed anche meno di quello che spende per una clinica privata.

A questo punto è necessario parlarsi chiaro: o le cliniche private corrispondono ai criteri di attrezzatura e di assistenza che giustamente il Ministero della sanità pretende e che ha il dovere di controllare a mezzo dei medici provinciali, e allora le si lascino funzionare dando loro quella retta e quel compenso forfettario che si ritengono giusti per gli ospedali; oppure esse non corrispondono ai suddetti criteri, e allora le si chiudano senza pietà. Ma consentire rette e compensi inadeguati e pretendere al tempo stesso la massima efficienza significa non voler guardare in faccia la realtà e, peggio, nascondersi dietro un dito, pretendendo di risolvere il problema assistenziale con qualche velleità autoritaristica e con molta ipocrisia.

La seconda categoria di cliniche private è quella delle cosiddette cliniche di lusso, che in genere si trovano nelle più grandi città italiane, così come si trovano nelle più grandi città all'estero. Sono queste le cliniche per le quali si pagano quelle alte rette di degenza che scandalizzano un po' tutti. Ma anche qui, a voler vedere bene addentro le cose, di scandalo non si può parlare. Anzitutto trattasi di cliniche che ospitano paganti in proprio, i quali, così come avviene per gli alberghi, se scelgono una clinica di lusso è perchè sono nelle condizioni di pagare quanto da essa richiesto. D'altronde, la retta di degenza di una clinica, a differenza della diaria di un albergo, è comprensiva, oltre che delle spese generali e dell'attrezzatura che è di tipo alberghiero (camere con tutti i *comforts*, alimentazione completa, eccetera), anche dell'impianto e gestione dell'attrezzatura sanitaria, nonché dell'assistenza infermieristica e sussidiaria che spesa è ad alto livello.

In un Paese che, vivaddio, riconosce ancora la necessità dell'iniziativa privata, non è ammissibile che si metta in discussione il diritto all'esistenza di questo tipo di cliniche private, le quali assolvono anch'esse ad un compito sociale, sia pure limitato ad al

cune fortunate categorie di cittadini (non possiamo mica farle fuori queste categorie di cittadini!). Quando i nostri ospedali di domani avranno reparti per paganti in proprio — ecco il punto — all'altezza delle esigenze di chi oggi si ricovera nelle cliniche di lusso, allora la libera concorrenza potrà giocare anche a favore degli ospedali. Ma creiamo gli ospedali, creiamo compensi adeguati per dozzinanti e anche qui, in un regime di libera concorrenza, l'iniziativa pubblica e l'iniziativa privata avranno un campo di competizione a tutto vantaggio del libero cittadino. Nella situazione attuale invece sono pochissimi gli ospedali che hanno un reparto per dozzinanti, e forse nel Mezzogiorno non ce ne sono affatto.

Altro motivo che fa gridare al *crucifige* alle cliniche private è relativo ai compensi sanitari che si fanno pagare in alcune di esse ai paganti in proprio. Io so bene quale sia l'esosità di alcune parcelle relative agli interventi chirurgici o ad altre prestazioni sanitarie. Non vi è dubbio che spesso si esagera, lo riconosco, ma va anche detto che è ingiusto guardare scandalizzati ai compensi di un illustre clinico universitario o di un primario ospedaliero, che hanno lavorato duramente tutta la vita per affermarsi nel loro campo ed emergere, e non guardare ai compensi di altri liberi professionisti, come avvocati, principi del foro, ingegneri edili, architetti eccetera. Chi, per farsi operare dal professore universitario Tizio, sapendo l'esosità dei suoi compensi, preferisce ricoverarsi nella sua clinica privata che gli darà maggiori *comforts* e una migliore assistenza, anzichè nella sua clinica universitaria lo fa esercitando un suo diritto di scelta che non può e non deve essere contestato.

Mi sono dilungato più di quanto non ne avessi intenzione sul problema delle cliniche private perchè vorrei che l'onorevole Ministro — mi spiace che sia andato via — eliminasse con una sua esplicita dichiarazione i dubbi che sono affiorati di tanto in tanto che la riforma ospedaliera abbia, oltre alle finalità lodevoli delle quali gli diamo atto, anche lo scopo recondito di eliminare qualsiasi forma di assistenza privata. La mia idea di cittadino, di liberale e di

medico è che nel campo assistenziale, come in tutti gli altri campi di attività nazionali, possano e debbano coesistere l'iniziativa pubblica e quella privata. Il Paese ha il diritto, sancito dalla Costituzione, ad un'assistenza qualificata, e il potere legislativo e quello esecutivo hanno il dovere di varare gli strumenti atti a dare a tutto il territorio nazionale una efficiente rete ospedaliera che sia al centro di una moderna assistenza sia terapeutica, sia profilattica. Accanto a questa pubblica assistenza, però, deve poter coesistere anche l'assistenza privata, in tutte le sue espressioni, che vanno dall'esercizio libero professionale al ricovero in cliniche private.

La professione medica si basa su un insostituibile rapporto fiduciario tra medico e malato, e sarebbe grave errore quello di rompere detto rapporto; ne soffrirebbe, insieme con la fiducia degli ammalati, il progresso stesso della medicina.

Nell'articolo 2 della riforma in discussione si parla della possibilità, per qualsiasi cittadino, di essere ricoverato in ospedale senza alcuna pratica burocratica, in quei casi in cui il medico di guardia riconosca l'urgenza del ricovero. In Commissione io ho già detto che una simile norma viene attuata praticamente in tutti i nostri ospedali; lo si fa già, nel senso che anche adesso il medico di guardia è autorizzato a ricoverare d'urgenza qualsiasi caso per il quale ravvisi gli estremi dell'urgenza. Nessuna innovazione, quindi, comporta, da questo punto di vista, la riforma in discussione. In quella sede mi si obiettò che non sarebbe ammissibile varare una riforma come questa senza sancire norme precise per i ricoveri d'urgenza, e l'illustre relatore, senatore Samèk Lodovici, aggiunse che, se anche oggi le cose si fanno allo stesso modo sancito dalla riforma che stiamo per varare, esse si fanno in deroga alle disposizioni vigenti, che sarebbero molto più restrittive. Le obiezioni non mi hanno molto convinto; ciò nondimeno, se la norma prevista nell'articolo 2 serve a sancire legalmente quanto oggi si fa nella pratica quotidiana, la si lasci pure.

Per quanto attiene alla costituzione dei consigli d'amministrazione, non vi è dubbio

che le norme stabilite dalla riforma per la elezione dei consigli d'amministrazione, siano, almeno da un punto di vista generale, più democratiche. Io però non posso nascondere la mia preoccupazione che i consigli così eletti siano eccessivamente politicizzati, con tutti i danni che la politicizzazione può arrecare in un campo estremamente delicato come quello dell'assistenza ospedaliera. In altre parole, pur dando atto del fatto che, specie per il riconoscimento di diritti delle minoranze, le nomine dei consiglieri saranno espressione della rappresentanza democratica comunale, provinciale o regionale, c'è da temere che gli interessi dell'ospedale possano essere sacrificati agli interessi di questo o quel partito, o peggio ancora, di questo o quell'esponente di partito.

L'ospedale, cioè, potrebbe essere considerato alla stregua di altri centri di potere da spartire tra maggioranza e minoranza, in lunghe e travagliate trattative nelle quali potrebbero venire a soffrirne proprio gli interessi dell'ospedale. Perché gli amministratori ospedalieri debbono necessariamente essere uomini di un partito politico o, quanto meno, di fiducia di un partito politico? In Italia, come del resto negli altri Paesi, la percentuale della popolazione che fa politica attiva è una piccola minoranza; perchè non trovare il modo, anche per chi non fa politica attiva, di dedicarsi a quell'opera meritoria che è l'amministrazione di un ospedale? Noi della mia parte politica riteniamo, per esempio, che i consigli degli ordini dei medici potrebbero nominare tra i medici iscritti all'albo almeno un componente del consiglio di amministrazione. I consigli degli ordini vengono eletti da tutti gli iscritti all'albo professionale della categoria, con una votazione che è certamente tra le più serie e democratiche che si fanno in Italia. I singoli medici elettori eleggono i loro rappresentanti nel consiglio senza guardare necessariamente al colore politico dei candidati, come è dimostrato dalle composizioni degli attuali consigli delle provincie italiane.

A nostro modo di vedere, un organismo così democratico come il consiglio dell'ordine dei medici, che rappresenta tutte le catego-

rie dei medici, sarebbe qualificatissimo a dare almeno un rappresentante nel consiglio di amministrazione, eleggendolo tra i suoi componenti o tra gli iscritti all'albo.

Giacchè stiamo a parlare di consigli di amministrazione, parliamo anche del gettone di presenza agli amministratori, previsto dall'articolo 9 della riforma. Noi siamo decisamente contrari alla concessione di qualsiasi emolumento a favore degli amministratori ospedalieri. È tradizione dei nostri ospedali di essere amministrati da persone di sinteressate, le quali, avendo passione e tempo disponibile, si dedicano ad un'opera che considerano benefica.

L'istituzione del gettone snaturerebbe questa concezione e farebbe finire una gloriosa tradizione. Non raramente è occorso, e capita tuttora, che amministratori benefici devolvono a favore dell'ospedale una parte delle loro stesse sostanze. Perchè cambiare questo stato di cose?

In Commissione è stato detto dai fautori del gettone, e mi pare che anche il senatore Orlandi lo disse, che esso consentirà anche alle categorie più umili, come quella degli operai e dei contadini, di entrare a far parte dell'amministrazione ospedaliera. Contro tale modo di vedere c'è da dire anzitutto che anche oggi non sono poche le amministrazioni ospedaliere che hanno tra i loro componenti operai e contadini. In secondo luogo, va aggiunto che gli impegni e le perdite di tempo che si richiedono ai consiglieri sono modesti e, pertanto, possono e debbono essere affrontati senza richiedere alcun compenso pecuniario.

Sembra assurdo che si voglia dare un gettone di presenza ad un consigliere di amministrazione ospedaliera, mentre non lo si dà ai consiglieri dei piccoli comuni, che pure hanno impegni tanto più gravosi e non sempre rivolti ad attività benefiche, come sono le attività di un ospedale.

Il pericolo maggiore, a mio giudizio, è che il gettone possa costituire un allettamento per persone che non sentano la passione dell'ospedale e che in funzione di tale gettone potrebbero premere su questo o quel partito politico per essere eletti, con quale vantaggio per l'amministrazione ospedaliera è facile immaginare.

Approvo invece incondizionatamente l'istituzione del consiglio dei sanitari. Finora, dalle disposizioni vigenti era contemplato un consiglio di soli primari. Rappresenta ora una conquista l'aver incluso nel consiglio dei sanitari anche gli aiuti e gli assistenti. In realtà, ogni sanitario, indipendentemente dal suo ruolo in ospedale, può contribuire con la sua intelligenza, con la sua esperienza ospedaliera e con la sua preparazione professionale agli sviluppi dell'ospedale stesso.

L'unico mio dubbio è che, specie per gli enti ospedalieri costituiti da molti ospedali, il consiglio possa risultare costituito da un numero eccessivo di sanitari, e si sa bene che dove molti galli cantano non fa mai giorno, tanto più quando a cantare sono i medici noti per il loro acceso spirito dialettico. C'è da dire che anche il comma nel quale si dice che il presidente dell'ospedale può, a suo criterio, intervenire nei consigli dei sanitari è una norma che io depennerei, cancellerei, perchè i sanitari debbono poter esprimere liberamente la loro opinione, fare liberamente il loro dibattito senza la preoccupazione che il presidente del consiglio di amministrazione possa, attraverso apprezzamenti che vengono esposti, trarre delle conclusioni che possono risolversi a danno di questo o di quel sanitario.

Nel disegno di legge, sempre a proposito del consiglio dei sanitari, non è previsto chi si farà portavoce presso il consiglio di amministrazione del parere espresso dal consiglio dei sanitari. Per ovviare a tale inconveniente la mia parte politica ha proposto un emendamento.

Per quanto si riferisce poi alla classificazione degli ospedali, va rilevato che, mentre prima si parlava di ospedali di prima, di seconda e terza categoria, oggi invece si dovrà parlare di ospedali di zona, provinciali e regionali. La differenza, oltre che nella dizione, sta nel fatto che si vogliono adottare soprattutto criteri territoriali di classificazione. Tale innovazione sarebbe accettabile se si trattasse di creare ospedali nuovi partendo da zero. Invece, noi siamo di fronte alla realtà di oltre mille ospedali funzionanti, sorti come per generazione spontanea, senza nessun riferimento ai fattori territoriali, con il

risultato di evidenti sperequazioni tra territorio e territorio. In queste condizioni, sarà poi possibile adattare gli ospedali esistenti alla nuova classificazione prevista dalla legge in discussione? Questo è l'interrogativo che io pongo all'onorevole rappresentante del Governo, all'onorevole relatore. Personalmente ne dubito molto.

Circa i concorsi ospedalieri, esprimo la mia approvazione su quanto previsto dalla legge: un concorso nazionale o regionale, a seconda che si tratti rispettivamente di primari o di secondari, per l'idoneità, ed un concorso locale per l'assunzione. In altre parole, ci sono due sistemi di concorso, uno per l'idoneità, a carattere nazionale e regionale, e uno a carattere locale per l'assunzione. E' questo un sistema idoneo, perché quando si tratta di fare il concorso per l'idoneità, che prevede una prova scritta, questa si può fare a Roma per i concorsi nazionali, o nel capoluogo di regione quando, speriamo il più tardi possibile, si avranno le regioni. Per quanto invece attiene alle prove di esame per l'assunzione, trattandosi di prove di esame pratiche principalmente, esse si possono fare presso il singolo ospedale.

Ottimo anche il sistema di sorteggio per la nomina della maggior parte dei membri componenti le commissioni di esame. Auguriamoci che tutto ciò porti alla moralizzazione dei concorsi, con la soppressione dei risultati prefabbricati. E' tempo che anche in campi diversi da quello medico finisca in Italia la vergogna dei concorsi su misura. Sono convinto che il nostro Paese andrebbe infinitamente meglio se ai singoli posti andassero gli uomini migliori. Se ciò è vero per gli altri campi dell'umana attività, è ancora più vero in medicina. Un primario chirurgo, non all'altezza del suo compito, semina nell'arco della sua carriera un cimitero di morti. Spesso non si riflette su questo fatto; eppure, molte volte elementi ben preparati hanno dovuto cedere il passo a elementi meno preparati, ma che erano più raccomandati.

Nel disegno di legge si affaccia anche timidamente un accenno di collaborazione tra ospedali e cliniche universitarie, agli effetti sia del tirocinio *post-lauream*, sia delle scuole di specializzazione. Auguriamoci che que-

sto timido accenno sia l'inizio di una futura, più efficiente e valida collaborazione. La crisi delle nostre facoltà mediche è evidente, né bastano a risolverla lo sdoppiamento delle cattedre, l'istituzione del professore aggregato o la riforma universitaria in discussione a Montecitorio. E mi riferisco alle facoltà mediche, non a tutto il problema universitario.

Stante la deficienza del numero dei professori e dei posti-letto delle cliniche universitarie in confronto con l'enorme numero di studenti, il rimedio migliore sarebbe raddoppiare o triplicare le nostre università, cosa che evidentemente è impossibile. Perché non utilizzare allora in pieno gli ospedali? In essi vi sono medici ben preparati, attrezzature idonee ed un enorme materiale umano. E' ora che i nostri clinici universitari si convincono che sono maturi ormai i tempi per chiamare a collaborare gli ospedali per la formazione dei medici. Solo così si potranno ottenere quei risultati che tutti ci auguriamo.

Negli ultimi tempi lo *standard* di preparazione dei nostri laureati in medicina è sceso molto in basso: oltre la metà dei medici italiani, che si sottopongono in America all'opportuno esame che li autorizza ad esercitare la professione in quel Paese, vengono bocciati. E la cosa è tanto più grave se si fa il paragone tra i risultati degli esami sostenuti dai nostri medici con quelli dei medici dell'Inghilterra, della Germania, della Spagna e finanche di qualche Paese del Sud America. E ciò è molto triste perché noi avevamo una tradizione luminosissima in medicina; infatti, i medici italiani sono sempre stati nel passato molto apprezzati all'estero, ed ora leggere questi risultati ci fa veramente gran pena. (*Interruzione del senatore Guarnieri*). Le do ragione, senatore Guarnieri, uno appena laureato incomincia a guadagnare centinaia di migliaia di lire e non ha nessun interesse ad andare in ospedale.

All'inizio del mio discorso, mi sono chiesto se la riforma ospedaliera in discussione servirà a dare al Paese quegli ospedali sufficienti quantitativamente e qualitativamente dei quali si ha bisogno, ed ho aggiunto che la risposta a tale domanda non può non essere negativa: la riforma di per sé non creerà ospedali, onorevole Sottosegretario.

A questa prima domanda una seconda possiamo oggi far seguire, ed è la seguente: la riforma ospedaliera, così come è stata imposta ed avviata a soluzione, servirà di per sé a migliorare nel nostro Paese la lotta a fondo contro le malattie più gravi? Ecco un argomento che interessa l'opinione pubblica. In proposito, a mio parere, la risposta non può che essere negativa. Oggi, infatti, ci troviamo di fronte a tre gruppi di malattie particolarmente gravi: il gruppo dei tumori (in Italia abbiamo, ormai, oltre 90 mila morti all'anno), il gruppo delle malattie cardiovascolari che incidono per oltre 170 mila morti all'anno ed il gruppo delle malattie renali che incidono per oltre 70-75 mila morti all'anno. E' in queste tre direzioni che dobbiamo operare per ridurre il tasso di mortalità globale della popolazione italiana. Ma da questo punto di vista la riforma ospedaliera non prevede nulla.

Per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, occorre moltiplicare i centri di accertamento diagnostico, di profilassi e di terapia. Enormi progressi sono stati compiuti in questi ultimi tempi nella lotta contro le malattie reumatiche, che tanto spesso si complicano con affezioni cardiache; così come contro le malattie cardiache congenite ed acquisite e contro le malattie arteriose, per le quali gli innesti ed i trapianti hanno aperto prospettive di guarigione fino a poco tempo fa assolutamente impensabili.

Se ne è parlato recentemente al congresso della Società italiana di chirurgia, ed è risultato che di fronte alle possibilità che la scienza e la tecnica mettono oggi a disposizione vi è la cronica carenza di mezzi, la lentezza elefantica della nostra burocrazia e la scarsa sensibilità di non pochi dirigenti, per cui si può affermare che l'assistenza da noi erogata non va di pari passo con il progresso, e su questo credo che tutti siamo d'accordo.

Lo stesso dicasi per le affezioni renali; recentemente è stata approvata la legge per il trapianto renale, ma nessun incentivo serio si è visto finora per favorire il sorgere di centri per detti trapianti: siamo ancora in Italia in una fase che potremmo dire pionieristica, giacché dobbiamo solo all'iniziativa, alla passione ed alla dedizione di singoli ca-

pisuolo quel poco che si sta facendo, ed è veramente poco; mentre, invece, all'estero, i casi di trapianto renale dal vivo e dal cadavere si moltiplicano, sicché si vanno pubblicando statistiche di centinaia di casi (1.200 sono i casi che ho letto in un lavoro recentemente) e la tecnica dei trapianti guarda ormai ad altri organi, come il polmone, il fegato e persino il cuore. La cronaca di questi giorni, infatti, ha portato alla ribalta per la prima volta il trapianto cardiaco effettuato in Sud Africa. Sempre a proposito di malattie renali va anche denunciata l'enorme carenza di centri di emodialisi, i quali hanno oggi un'importanza determinante nella lotta contro le insufficienze renali croniche. Quando si tocca questo problema, si sentono fare sempre le solite obiezioni relative ai costi degli impianti e delle singole emodialisi: ogni emodialisi costa dalle 20 alle 30 mila lire.

Non si può dar certo torto alle amministrazioni ospedaliere quando rappresentano le attuali difficoltà, stante l'attuale sistema di erogazione dell'assistenza mutualistica. Senonché, in un Paese veramente civile ed avanzato socialmente, i mezzi potrebbero doversi trovare in considerazione del fatto che l'assistenza ai malati non solo è un dovere sociale e umano, ma è anche un vantaggio economico per la collettività, per il semplice fatto che la salute recuperata consente la ripresa del lavoro e quindi della produzione, cosa che torna a vantaggio di tutta la collettività; è il solito discorso per cui le spese per la sanità, a vederle bene, in fondo, sono quelle più redditizie.

Invece da noi, mentre non si trovano soldi per aumentare gli ospedali e migliorarne le attrezzature, si spendono miliardi in spese inutili e scarsamente produttive e si vogliono varare le regioni delle quali nessuno sente l'artificiosa urgente necessità, sbandierata dai regionalisti. Si aprirà così una nuova voragine per la spesa pubblica, una nuova centrale polivalente di sottogoverno, di malgoverno, una nuova fonte di corruzione ed intralazzo, che, se trova una giustificazione reale, è soltanto nella sete di potere dei partiti che antepongono i loro interessi clientelari e elettorali ai reali interessi del Paese

che desidera soltanto lavorare sulle vie del progresso e del benessere al passo con gli altri Paesi occidentali.

Per quanto si riferisce ai tumori, il terzo gruppo di malattie che ho menzionato, sappiamo che oggi si salva oltre il 25 per cento dei cancerosi, ma sappiamo anche che se si facesse un'opera di propaganda capillare e intelligente presso il grosso pubblico e si tenessero corsi di aggiornamento per i medici potremmo salvare oltre la metà dei cancerosi e potremmo così recuperare la metà di quei 90 mila morti che abbiamo ogni anno in Italia.

Riferirò alcune statistiche perché ritengo che sia veramente interessante avere un'idea, sia pure pallida, di come stanno le cose in Italia nel campo della cancerologia: agli inizi del secolo la mortalità tumorale in Italia corrispondeva allo 0,54 per mille; nel 1953-54 toccava l'1,14 per mille, per raggiungere 12 anni dopo nel 1965-66 — notate bene! — l'1,71 per mille. Questi dati dimostrano come siano occorsi più di cinquant'anni per avere il raddoppiamento dell'indice che si è poi triplicato nel breve volgere di 12 anni e che sarà presumibilmente del 2 per mille — questi sono i calcoli di previsione — nel 1980.

Questa notevole ascesa che si accentua progressivamente sta a dimostrare che l'indice tende al raddoppio in metà del tempo impiegato nel passato, influenzato anche dalla migliorata diagnostica e dal modificarsi della struttura demografica, cioè del cosiddetto invecchiamento della popolazione. Quando si parla di aumento in cifre percentuali del cancro, bisogna distinguere un aumento apparente da un aumento reale; aumento apparente è quello che deriva, anzitutto, dai migliorati mezzi di diagnosi: le malattie che prima non erano ritenute cancro, con le indagini moderne, vengono classificate come cancro; in secondo luogo è da rilevare l'invecchiamento della popolazione.

Poiché il cancro, anche se non rispetta nessuna età, è più frequente nell'età avanzata man mano che con i miglioramenti generali, col più alto livello di vita, aumenta la cifra media di vita che ormai in Italia si avvicina ai 70 anni, mentre in altri Paesi è arrivata a 72, ecco che la prospettiva di aumento della

incidenza delle malattie neoplastiche si rende evidente.

Per quello che concerne il miglioramento delle diagnosi — bisogna andare a fondo nelle cifre — i dati impongono alcune riserve, perché dal 1951-53 ad oggi siamo passati dai 3 mila decessi per forme tumorali non specificati ai 2800 circa. Si è avuta una contrazione, dunque, poco significativa; e pertanto i mezzi di diagnosi influiscono poco: da 3 mila siamo passati a 2800.

Ciò non giustifica l'ottimistica deduzione di un limitato, effettivo incremento medio annuale dei decessi. Se si tiene conto, infatti, del valore incrementale medio-teorico delle 90 mila morti per forme neoplastiche avvenute in Italia nel 1965, oltre 16 mila possono essere attribuite all'allungamento della vita media e alla conseguente maggiore aliquota di anziani presenti nella popolazione. L'alta e crescente mortalità tumorale, dunque, porta l'inserimento di queste forme patologiche al secondo posto della graduatoria decrescente dei fenomeni morbosi prevalenti.

Le attuali possibilità di accertamento influiscono sull'incremento e il perfezionamento delle diagnosi e della terapia, ma non condizionano il ritmo di evoluzione di questa patologia che diviene sempre più frequente per il complesso di fattori oncogeni che investono l'uomo nella vita moderna e che trovano una patodisposizione allo sviluppo della malattia stessa.

Indicata così la dimensione globale della dinamica tumorale nel tempo in Italia, che si proietta nel presente (ripeto con 90 mila decessi all'anno e cioè 246 morti al giorno) è opportuno precisare l'andamento di questa mortalità sul piano territoriale. E' molto interessante sapere che cosa avviene sul piano territoriale. Tutti i compartimenti della Italia meridionale e insulare, oltre gli Abruzzi e il Molise, hanno un indice di mortalità corrispondente alla metà di quelli rilevati nell'Italia settentrionale e nella Toscana, per cui ad un due per mille che si riscontra nel nord, si ha un uno per mille nel Mezzogiorno.

L'esame dell'incremento, poi, verificatosi dal 1950-51 al 1963-64, mette in evidenza una condizione di ulteriore preoccupazione. Le

variazioni percentuali indicano che in questi ultimi 15 anni tutte le regioni dell'Italia meridionale e in minor misura quelle centrali hanno registrato i valori più elevati, mentre tutta l'Italia settentrionale, ad eccezione del Friuli-Venezia Giulia, e le regioni del Lazio e della Toscana, sono quelle con incremento limitato, alle volte corrispondente ad un terzo dell'incremento osservato nei compartimenti del Sud.

In sintesi si può quindi affermare che se le regioni centro-settentrionali presentano ancora i quozienti più alti di questa mortalità, il ritmo di accentuazione del fenomeno è superiore nelle zone meridionali e insulari, le quali tendono ad attenuare la differenza esistente con le regioni del Nord con l'ineluttabile conseguenza che il fenomeno tumorale avrà nel futuro una incidenza ancora maggiore e costituirà una patologia di grave letalità.

Vi faccio grazia di altre cifre statistiche. Vorrei solamente ricordare che se il problema è grave per tutte le forme neoplastiche è particolarmente grave per il cancro del polmone che ha subito di per sé un aumento del 700 per cento. E' anche da rilevare che questo aumento è andato di pari passo con l'aumento del consumo del tabacco, specialmente sotto forma di sigarette, perché il consumo del tabacco sotto forma di tabacco da pipa o da sigaro è meno nocivo e dannoso.

Questo apre nuovi problemi. C'era stata una proposta di legge di iniziativa comunista che concerneva il divieto di fumare nei locali pubblici, ma non se ne è fatto niente perché si toccavano particolari interessi. Come al solito il Ministero della sanità è la cenerentola e finisce col soccombere in tutti questi casi. Si era proposto di fare delle conferenze attraverso la radio, la televisione o nelle scuole per cercare di educare i giovani. E' difficile infatti far smettere di fumare chi ha già conseguito il vizio, mentre è facile educare le giovani leve perché non incomincino a fumare. Nessuno nasce col desiderio di fumare, ma il vizio si acquisisce vedendo un compagno fumare e volendolo imitare.

L O R E N Z I . Ci sono i 400 miliardi dei monopoli!

D ' E R R I C O . Onorevoli colleghi, ho voluto citare le cifre riportate per richiamare la vostra responsabile attenzione sulla gravità e l'urgenza del problema del cancro che ha bisogno degli sforzi congiunti di tutti per essere avviato a soluzione. Di fronte alla gravità di tanto problema, potrà la nostra riforma ospedaliera — ecco la domanda che avevo fatto prima — fare qualche cosa di risolutivo? Ho motivo di dubitarne e di dubitarne fortemente.

La mia preoccupazione maggiore è che con essa si creerà uno strumento legislativo macchinoso e di difficile applicazione, che potrà risolversi non in uno snellimento, ma in un ulteriore appesantimento della struttura burocratica e amministrativa dei nostri ospedali. Vedete, gli ospedali per poter funzionare, e funzionare bene, hanno bisogno soprattutto di due cose: innanzitutto di una amministrazione saggia fatta da uomini che sentano la passione dell'ospedale, che vadano al passo con i progressi tecnici che si fanno nel campo della medicina e che oggi sono imponenti perché non vengono compiuti soltanto da chi lavora nell'ambito delle cliniche e degli ospedali, ma anche da chi lavora nel campo della fisica, della meccanica, della elettronica, sicché c'è un sistema di vasi comunicanti tra gli ospedali e le cliniche da una parte e questi altri settori di attività dall'altra che assicura a tutti l'acquisizione degli ultimi ritrovati.

Se alcuni di voi hanno avuto occasione di visitare una camera operatoria o magari di aver assistito a qualche proiezione scientifica o a qualche documentario televisivo al riguardo, avranno certamente notato che la sala operatoria oggi non è più quella semplice stanza in cui c'è il tavolo operatorio, la lampada scialitica e la macchina per l'anestesia, che prima anzi consisteva soltanto in una maschera, ma è oggi corredata di apparecchi complessi che diventano ancora più complessi quando si tratta di alta chirurgia e in particolare di chirurgia cardiaca. Quindi, se gli amministratori non sentono questa passione, questo bisogno e vivono avulsi dai tempi credendo che si possa amministrare un ospedale come si può amministrare una qualsiasi altra attività, magari una indu-

stria, vengono rapidamente superati dai tempi perché i progressi sono veramente straordinari tanto che acquistare un apparecchio in ritardo significa molte volte avere sperperato del danaro perché quell'apparecchio viene rapidamente superato dopo pochi anni da nuovi ritrovati scientifici.

G U A R N I E R I . Occorrono mezzi adeguati.

D ' E R R I C O . Siamo perfettamente di accordo, ma questa riforma mezzi non ne mette a disposizione. Vorrò vedere quanti ospedali con questa riforma saranno forniti di nuovi mezzi se non verranno altri strumenti legislativi. Noi abbiamo voluto fare una cornice, senza scendere nei particolari, e si ha l'impressione, come dicevo prima all'onorevole Ministro, di trovarsi di fronte ad un feticcio, a qualcosa di perfetto che in effetti perfetto non è, tanto da non poter accogliere nessun emendamento migliorativo, il che mi pare che significhi agire in maniera irresponsabile.

Occorrono dunque, dicevo, amministratori che vadano al passo con i progressi tecnici, che abbiano lungimiranza e preveggenza nell'approntare ai malati ed ai medici tutto quello che il progresso giorno per giorno va preparando per loro. Occorre altresì — seconda condizione — un corpo sanitario sufficiente numericamente e preparato professionalmente il quale sia convinto del fatto che l'ospedale, oltre ad essere il suo posto di lavoro, è l'oggetto della sua passione sanitaria, la sua principale ragione di vita e in ultima analisi la sua seconda famiglia.

Onorevoli colleghi, negli ultimi tempi sono successe delle cose veramente paradossali. Quando si cominciò a parlare di riforma ospedaliera, l'Associazione degli aiuti e degli assistenti, prima ancora che il disegno di legge venisse distribuito ai due rami del Parlamento, partì in quarta per tenere delle conferenze di propaganda in favore della riforma ospedaliera. Passano i tempi e si verificano cose strane: si erogano un anno fa, con la circolare n. 184, i miglioramenti di stipendio ai medici i quali avrebbero dovuto lasciare le loro prestazioni nelle casse mutue

ed altre prestazioni presso altri enti. Non se ne fece niente, però, e a questo punto la stessa Associazione (abbiamo ricevuto proprio ora un'apposita circolare) che si è riunita in congresso a Milano la fine della scorsa settimana, rigetta in blocco la riforma ospedaliera.

Di fronte a questi episodi, onorevoli colleghi, noi rimaniamo perplessi. Mettiamoci bene in testa che senza la collaborazione e la convinta partecipazione dei medici non c'è riforma che possa andare avanti. Noi corriamo il rischio di far qualcosa che non è certamente nelle intenzioni del Ministro, ma gli eventi possono andare in una direzione e prendere un po' la mano a tutti.

Se amministratori e sanitari saranno uniti nello sforzo di migliorare continuamente lo ospedale e considereranno se stessi al servizio dell'ospedale e, per esso, degli ammalati, e non l'ospedale e i suoi malati in funzione delle personali ambizioni o come un qualsiasi strumento di lavoro, allora le cose andranno per il verso giusto. In coscienza però debbo dire che non mi pare che con la legge in discussione le cose si avvieranno in questo senso. Dopo il lungo parlare e discutere che se ne è fatto in questi ultimi anni, la riforma ospedaliera che è davanti a noi dà l'impressione del mitico topolino partorito dalla montagna. (*Applausi dal centro destra. Congratulazioni*).

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

G U A R N I E R I . Onorevole Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, brevissimo, anche perché l'ora è ormai tarda, sarà il mio intervento sulla legge ospedaliera che stiamo per approvare, legge che, come dice il relatore, appare tecnicamente buona nel suo insieme e che, a mio avviso, risolverà in radice i vari problemi del settore sanitario. La legge, ben lungi dal costituire uno sterile compromesso, presenta caratteri di efficiente rinnovamento delle strutture ospedaliere, mantenendo un giusto equilibrio tra centralizzazione ed autonomia. Nonostante le indubbie difficoltà che incontrerà la sua applicazione, la riforma si dimostrerà

uno strumento valido per un graduale, generale e democratico potenziamento delle istituzioni sanitarie del nostro Paese nel quadro del piano di sviluppo.

Il provvedimento, dunque, colma una lacuna del nostro ordinamento facendo dello Stato l'elemento propulsore e coordinatore delle organizzazioni sanitarie ospedaliere. I centri sanitari vengono estesi a tutto il territorio nazionale ricevendo nuovi servizi e apparecchiature tecniche. Gli enti ospedalieri sono classificati su basi territoriali. La classe medica ha un suo preciso stato giuridico. Tenuto conto però che sono passati oltre settant'anni prima che si arrivasse a modificare la legge del 1890, non si può non osservare che il non variare alcuni aspetti negativi e contraddittori dell'attuale schema di legge porterebbe già in partenza a conseguenze pratiche di cattivo funzionamento degli ospedali. Se il Governo ritiene di non accettare emendamenti, anche per la necessità di approvare la legge entro breve tempo, prego che i concetti che andrò esponendo (e qui rivolgo un vivo appello al relatore) vengano accolti come raccomandazioni da tener presenti nella stesura delle leggi delegate. Preciso che io parlo da amministratore e non da tecnico, e desidererei che l'onorevole relatore tenesse presente quanto andrò dicendo.

Per quel che riguarda, all'articolo 9, l'indennità di funzione al presidente e ai consiglieri — e qui il mio parere è diverso da quello del collega D'Errico — sarebbe opportuno, a mio avviso, che la quota venisse stabilita dalla Giunta regionale e ciò per ovvi motivi di opportunità e sensibilità.

All'articolo 11, ultimo comma, ove si dice: « Ogni atto dell'ente ospedaliero deve essere controfirmato dal segretario generale o direttore amministrativo che partecipa alle responsabilità degli amministratori a norma dell'articolo 32, eccetera », non si comprende perché il segretario generale debba controfirmare tutti gli atti dell'amministrazione ed esserne corresponsabile. Io riterrei più opportuno limitare le sue funzioni a quelle di notaio del consiglio.

All'articolo 17, dove è detto: « Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero può essere sciolto con decreto motivato del Pre-

sidente della Regione su deliberazione della Giunta regionale, sentito il medico provinciale, in caso di dimissioni della maggioranza del consiglio o quando questo violi persistentemente, nonostante diffida, lo statuto », dal momento che la carica di presidente dipende dalla volontà del consiglio, ad evitare che possano presentarsi casi di paralisi amministrativa all'interno dei consigli stessi io direi di prevedere la possibilità che il consiglio, con adeguate garanzie, possa revocare il mandato al presidente.

All'articolo 22, laddove è detto: « Sono ospedali generali provinciali quelli dotati di distinte divisioni di medicina generale, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria, odontoiatria e stomatologia, eccetera », mi pare che non siano ben evidenti i motivi che rendono obbligatoria la sezione di odontostomatologia. Se si pensa alla chirurgia maxillo-facciale si deve riconoscere che essa è utile e necessaria negli ospedali regionali non in ogni ospedale provinciale.

Pure eccessivo mi appare lo sdoppiamento, fra i servizi di anatomia e istologia patologica e quelli di analisi chimico-clinica e microbiologica. All'articolo 41, l'ultimo capoverso dice: « c) l'organizzazione e ripartizione dei servizi ospedalieri, ispirandosi al principio del migliore soddisfacimento delle esigenze della cura e delle nuove funzioni medico-sociali attribuite agli ospedali ed alla necessità di assicurare la direzione, il coordinamento ed il controllo dei servizi e di ogni altra attività ospedaliera ». Io direi che il prevedere espressamente e chiaramente l'obbligatorietà dell'istituzione di una direzione sanitaria per ogni tipo e categoria di ospedale, non potendo più ritenersi valide le direzioni affidate a sanitari già oberati da compiti impegnativi e non sufficientemente preparati nel campo dell'igiene e tecnica ospedaliera, costituisce un problema da tener presente.

Poi, l'articolo 43 dice che: « Le norme delegate di cui all'articolo 40 dovranno altresì disciplinare l'assunzione... ». Io sono del parere che la suddivisione dei sanitari in due categorie: medici con funzioni igienico-organizzative e medici con funzioni di diagnosi e cura fa temere che si renda ancora più difficile di oggi una effettiva unità di direzione

degli ospedali. E' necessario che nelle leggi delegate questa unicità di direzione venga chiaramente precisata, se non si vuole che gli ospedali nascano e vivano acefali.

Ai direttori sanitari, per la loro specifica funzione, deve essere mantenuta, inoltre, la inibizione alla libera professione, come previsto anche dalla legge del 1938. Evidentemente, nella valutazione del trattamento economico, dovrà tenersi adeguato conto di questa limitazione assolutamente necessaria per il corretto funzionamento dell'ospedale.

E ancora, sempre all'articolo 43, comma a): « L'assunzione in ogni singolo ente ospedaliero deve aver luogo esclusivamente per pubblico concorso per titoli, stabiliti con criteri uniformi e rigorosamente determinati, nonché mediante esami consistenti in una relazione scritta su un caso clinico e sulla prova pratica ». Io ritengo che per i medici addetti alla direzione sanitaria e ai servizi: radiologia, anatomia, istologia patologica, laboratori d'analisi chimica eccetera, l'esame non può consistere in una relazione su un caso clinico, ma è necessario prevedere che la prova verta su un argomento specifico per i vari servizi.

Inoltre, bisogna prevedere che a questi concorsi possano partecipare anche coloro che siano attualmente in possesso di idoneità ottenuta in pubblici concorsi e, in ogni caso, garantire l'ammissione ai concorsi, senza dover ricorrere agli esami di idoneità nazionali, a medici che occupino posti di lavoro della stessa qualifica dei posti messi a concorso.

C A R E L L I . Questo per quanto riguarda i direttori sanitari.

G U A R N I E R I . Sì, sto parlando dei direttori sanitari. Anche questi concorsi, analogicamente a quanto previsto per quelli di idoneità, devono svolgersi su temi o tesi scelte per sorteggio da un elenco prefissato e pubblicato a cura del Ministero della sanità. Al comma c) si dice che: « Le Commissioni per gli esami di idoneità annuali a direttore, vice direttore e ispettore sanitario sono nominate annualmente dal Ministro della sanità e sono costituite da tre soprintendenti o direttori sanitari, da un professore universi-

tario di ruolo o fuori ruolo di igiene e da un funzionario medico del Ministero della sanità ». Il mio parere è che anche qui necessiti specificare che pure i direttori sanitari facenti parte delle Commissioni esaminatrici devono essere scelti per sorteggio.

Poi, all'articolo 53, è detto che: « Ogni casa di cura privata deve avere un direttore sanitario responsabile al quale è vietata ogni attività di diagnosi e cura nella casa di cura privata stessa quando sia dotata di oltre 150 posti-letto, e che risponde personalmente al medico provinciale dell'organizzazione tecnico-funzionale e del buon andamento dei servizi igienico-sanitari ». Io direi che qui, se si vuole veramente migliorare la funzionalità delle case di cura, è necessario che per qualsiasi numero di posti-letto il direttore sanitario responsabile non possa esercitare funzioni curative.

Dopo queste mie brevi considerazioni, lasciate che anch'io rivolga un caldo elogio al senatore Samek Lodovici per la sua ampia e meditata trattazione relatoria.

Mi sia lecito, a conclusione di questo breve intervento, affermare che in definitiva la legge ospedaliera ha il grande merito di superare come era necessario la distinzione fra medicina preventiva ed assistenza. Essa, a mio avviso, apre un'era nuova per la funzionalità degli ospedali, per la loro autonomia, per la democraticità delle loro gestioni; d'ora in avanti affidate ai rappresentanti degli enti locali.

Approvando, perciò, la legge di riforma ospedaliera, il Parlamento italiano realizzerà un fondamentale obiettivo programmatico, capace di caratterizzare in termini democratici la crescita della nostra società civile. (*Applausi dal centro e dalla sinistra*).

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

C A S S I N I . Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, il disegno di legge n. 2275 sugli « enti ospedalieri e sull'assistenza ospedaliera », oggi in discussione, è stato approvato dalla Camera dei deputati dopo un dibattito molto ampio ed

approfondito. Ciò dovrebbe costituire per noi motivo di riflessione.

Chi, però, crede veramente nel metodo democratico ed ha profondo rispetto per la verità sa quanto sia difficile e lunga la sua ricerca e pertanto non si meraviglia che l'ampia discussione alla Camera dei deputati non abbia fatto scomparire tutte le perplessità e le divergenze di vedute, che lo stesso disegno di legge richieda ancora qualche modifica.

Queste mie premesse hanno soltanto il significato di inquadrare il mio intervento non per un esame analitico, metodico, titolo per titolo del disegno di legge, ma per dissipare alcune perplessità, per un modesto contributo ad una soluzione definitiva ed adeguata di qualche problema su cui sussistono ancora vedute contrastanti e, inoltre, per avvalorare le poche ma importanti modifiche che si impongono.

Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, il programma economico nazionale per il quinquennio 1966-70, ormai legge dello Stato, considera la riforma ospedaliera, disposta con disegno di legge n. 2275 presentato al Parlamento, come un concreto e coerente avvio alla globale riforma sanitaria che si vuole attuare per raggiungere l'obiettivo finale di un compiuto sistema di sicurezza sociale in campo sanitario.

Da questa autentica impostazione emerge chiaramente come logica conseguenza che le disposizioni contenute nel disegno di legge sulla riforma ospedaliera sono raggiungibili indipendentemente dalla definitiva realizzazione della totale riforma sanitaria prevista dal programma economico nazionale.

Anche per queste sole valutazioni cadono le riserve ed i giudizi negativi dell'opposizione parlamentare sulla inidoneità del disegno di legge, fondata sull'osservazione che la riforma ospedaliera avrebbe dovuto essere preceduta od essere completata dalla riforma mutualistica.

Nel programma economico nazionale sono contenute, inoltre, altre disposizioni che già lasciavano prevedere come l'attuazione della riforma ospedaliera poteva avvenire in anticipo su quella sanitaria completa. Lo stesso programma economico nazionale quinquen-

nale delinea la realizzazione della globale riforma sanitaria secondo uno sviluppo necessariamente graduale.

Ed ancora. Nella realizzazione di un servizio sanitario nazionale, finanziato dallo Stato attraverso il contributo dei cittadini proporzionato alla loro capacità contributiva, è indicata una fase intermedia rappresentata dalla fusione degli enti mutualistici, dalla presentazione ed approvazione di una legge quadro per la sanità che richiederà l'adeguamento alla legislazione vigente. Sono previsti l'istituzione di nuovi presidi sanitari e l'adeguamento di quelli esistenti.

Sono quindi molteplici e consistenti le ragioni che costringono a ritardare la riforma mutualistica; sono ancora numerose le difficoltà da affrontare e gli stadi da superare. Tale situazione certo non può escludere il riconoscimento della urgente necessità di attuare la piena e integrale riforma sanitaria. E' una esigenza oggi imposta anche dalla insolvenza degli istituti mutualistici, debitori di ingenti somme nei confronti delle amministrazioni ospedaliere. Tale problema non può neppure essere considerato risolto con i provvedimenti disposti per sanare il debito ponendolo a carico dello Stato. La questione della insolvenza degli enti mutualistici non impedisce neppure che vengano raggiunte le finalità e gli obiettivi predisposti dal disegno di legge relativo alla riforma ospedaliera. Infatti, l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, nei limiti della sua estensione attuale, ha la sua copertura finanziaria, formalmente, nei confronti di 44 milioni di lavoratori e dei loro aventi diritto, come risulta dalla assicurazione presso i numerosi istituti mutualistici, anche se di fatto tale copertura finanziaria spesso si è rivelata insufficiente. Onorevoli colleghi, dovremmo pure considerare che se avessimo voluto approvare le due leggi contemporaneamente, quella ospedaliera e quella mutualistica, certamente non avremmo ottenuto l'approvazione di alcuna di esse, in conseguenza del tempo limitato che è riservato alla presente legislatura.

Dall'esame attento del disegno di legge sulla riforma ospedaliera si rileva pure che questa non può essere in alcun modo pregiudicata dalla mancanza della riforma mutua-

listica. Infatti, il disegno di legge n. 2275 ha lo scopo di adeguare e migliorare, sotto ogni aspetto, gli ospedali e il loro funzionamento, di perfezionare cioè le strutture ospedaliere per quantità e qualità e l'importante servizio che deve erogare la migliore assistenza ospedaliera a tutta la popolazione italiana. Credo che non sarà difficile dimostrare che lo scopo verrà raggiunto con l'approvazione del disegno di legge e con la immediata attuazione delle sue disposizioni, almeno per i 44 milioni di italiani attualmente coperti da assicurazione mutualistica.

Con l'approvazione del disegno di legge la riforma ospedaliera raggiungerà un assetto che diventerà completo e definitivo con la riforma mutualistica. D'altra parte la globale riforma sanitaria di sicurezza sociale, quando verrà realizzata, potrà anche essa considerarsi piena e completa, perché potrà subito beneficiare della migliore assistenza ospedaliera già attuata in conformità delle disposizioni contenute nel disegno di legge n. 2275. Le riserve espresse dal settore comunista sulla piena validità della riforma ospedaliera, disposta da questo disegno di legge, sono determinate dalla non accettazione della richiesta di porre l'assistenza ospedaliera a totale carico dello Stato, avanzata in modo esplicito con la presentazione di un emendamento all'articolo 1 da parte dello stesso Partito comunista. Detta richiesta si ispira indubbiamente a criteri non corrispondenti alla realtà politica e sociale dello Stato italiano. D'altra parte un impegno di tale portata finanziaria dovrebbe presupporre una valutazione, se non esatta, almeno approssimativa della spesa relativa. Allo stato attuale della situazione mutualistica, ed anche di fronte ad una eventuale estensione dell'assistenza ospedaliera, non sarebbe possibile formulare una previsione fondata ed esatta circa l'impegno finanziario per una assistenza ospedaliera a totale carico dello Stato; non si conoscono neppure con esattezza tutte le cause che hanno provocato l'insolvenza degli istituti mutualistici nel confronto delle amministrazioni ospedaliere. Sebbene la soluzione di questo problema non debba essere dilazionata, cade pure la proposta di utilizzare i fondi, o parte di essi, destinati

a sanare i debiti degli istituti mutualistici verso le amministrazioni ospedaliere, ponendoli a disposizione della nuova ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera prevista nel disegno di legge. Voler disporre variazioni finanziarie improvvisate in un settore tanto delicato, non bene analizzato e mutevole, significherebbe aggiungere alle irregolarità esistenti altri più gravi motivi di disordine.

Alla luce di queste argomentazioni, restando sul piano della polemica, si potrebbe definire piuttosto demagogico l'atteggiamento dei comunisti. A noi, però, interessa solo osservare che i comunisti perseguono lo scopo di una radicale e rapida soluzione del problema dell'assistenza sanitaria ospedaliera basata sull'uguaglianza dei cittadini, indipendentemente dall'evoluzione della società italiana, dalla struttura dello Stato e dalle sue condizioni economiche. L'azione parlamentare comunista è coerente, ma fuori dal tempo e dalla realtà politica e sociale. Noi socialisti non siamo meno sensibili alle provvidenze ispirate ai principi della giustizia sociale e della solidarietà umana; però sappiamo resistere alle sollecitazioni che possono apparire demagogiche e, sia pure con l'ansia di progredire, ci rendiamo pienamente conto delle conquiste realizzabili e dei limiti, per il momento non valicabili; ci uniformiamo, quindi, al programma quinquennale relativo alla sicurezza sociale in campo sanitario, che vuol raggiungere l'obiettivo finale con gradualità, tenendo presente la realtà della società attuale, sia pure in rapida e progressiva evoluzione.

Onorevoli colleghi, le disposizioni di legge vigenti, relative all'assistenza ospedaliera, sono ancora quelle della legge n. 6972 del 17 luglio 1890 sulle « istituzioni pubbliche di beneficenza per i poveri in stato di carità quanto di malattia, amministrate dalle congregazioni di sanità ». Esse sono in contrasto stridente con le esigenze sempre crescenti di una moderna società.

Pertanto, la riforma ospedaliera si impone per le seguenti ragioni: per la profonda diversità di criteri e di principi di una moderna assistenza ospedaliera in confronto di quella erogata dalle opere pie secondo il sistema caritativo; per l'enorme sviluppo della

scienza medica che offre maggiori, migliori e più costosi mezzi di cura, di diagnosi, di recupero; per il più frequente bisogno di ricovero ospedaliero a favore della popolazione di uno stato progredito, a rapida evoluzione economica ed industriale. La Costituzione della Repubblica sancisce nel suo articolo 32 il diritto del cittadino e l'interesse della collettività alla tutela della salute; l'articolo 11 della Carta sociale europea (pure legge dello Stato) stabilisce che ogni persona ha il diritto di beneficiare di tutte le misure che le consentono di godere del migliore stato di salute possibile.

E' evidente, dunque, che lo Stato debba provvedere a questa esigenza nel migliore dei modi e non certo sostituendo alla carità delle opere pie e di beneficenza quella dello Stato. Le norme contenute nel disegno di legge sulla riforma ospedaliera corrispondono a questi nuovi criteri e principi dell'assistenza ospedaliera stessa

L'enorme sviluppo della scienza medica viene utilizzato con l'estensione dell'assistenza ospedaliera, oltre al settore curativo, a quello della prevenzione, del recupero, dell'igiene, della medicina scolastica e del lavoro, dell'educazione igienica e sanitaria del malato e del suo nucleo familiare; gli ambulatori e i consultori, i centri di medicina sociale extra ospedalieri, posti, secondo il disegno di legge, alle dipendenze degli ospedali rendono piena l'efficienza dell'assistenza ospedaliera che diventa così il fulcro di tutta l'assistenza sanitaria. Queste norme la rendono realmente efficiente, soddisfacendo le esigenze del maggior bisogno di ricovero ospedaliero. Orbene, desta sorpresa che, di fronte all'affermazione dei predetti principi e criteri, nonché alle esigenze scientifiche e sociali del ricovero e dell'assistenza ospedaliera, sussistano, a destra dello schieramento parlamentare, critici i quali sostengono che lo Stato dovrebbe dare ad ogni cittadino solo un determinato tipo medio di assistenza sanitario-ospedaliera, lasciando a ciascuno la facoltà di procurarsi con i propri mezzi un più alto livello di assistenza.

Secondo questi criteri, il diritto di curarsi bene verrebbe riservato solo a coloro che ne

possiedono i mezzi e la maggioranza dei cittadini del nostro Paese, nella circostanza della malattia, per la notevole entità della spesa, verrebbe a trovarsi nella dolorosa situazione di non potersi curare adeguatamente o di poterlo fare solo a costo di gravi sacrifici finanziari.

Il disegno di legge n. 2275 ha invece il gran merito di ispirarsi a criteri di giustizia sociale, ponendo ogni cittadino, nell'incidenza della malattia, su un piano di uguaglianza, liberandolo dal bisogno impellente in situazioni della vita già di per se stesse assai tristi. Una prova concreta dei nuovi principi che ispirano il disegno di legge in favore dell'interesse superiore dell'ammalato su ogni altra considerazione si constata nelle disposizioni contenute nell'articolo 2, relativamente al ricovero di urgenza; al comma 3 si legge che, salvo i limiti derivanti dalla specializzazione dell'ospedale e dalle particolari esigenze tecniche legate alla forma morbosa che si presenta, gli enti ospedalieri hanno l'obbligo di ricoverare, senza particolari convenzioni o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure ospedaliere, per qualsiasi malattia o per infortunio o maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici assicurativi, o da altri enti pubblici e privati.

È stato affermato, forse per minimizzare l'importanza del disegno di legge, che questa norma vige tuttora negli ospedali italiani; è vero che i regolamenti ospedalieri contengono norme per il ricovero di urgenza, che molti ospedali hanno provveduto opportunamente in merito, però queste norme non sono uniformi per tutti gli ospedali d'Italia.

D'altra parte, le leggi vigenti che trattano dall'argomento, quella del 17 luglio 1890 e quella del 30 settembre 1938, non contengono disposizioni precise per i ricoveri di urgenza. Se fosse diversamente non sarebbero potuti accadere certi fatti gravi che la stampa d'informazione ha spesso ingigantiti e drammatizzati.

L'aver inserito nell'articolo 2 del disegno di legge relativamente ai ricoveri di urgenza, norme chiare, precise e categoriche, l'aver sottolineato che gli accertamenti per le spese per l'assistenza ospedaliera devono essere

successivi al ricovero è saggia determinazione; le disposizioni sancite per legge in modo uniforme per tutti gli ospedali d'Italia non potranno più consentire interpretazioni errate e difformi e libereranno i medici di guardia, ai quali viene riservata la responsabilità del ricovero di urgenza, da perplessità, nonché dall'assillo di considerazioni estranee o da scrupoli derivanti dal loro rapporto di dipendenza dall'amministrazione ospedaliera; ai medici di guardia potrà così essere consentito un giudizio obiettivo e sereno nell'interesse preminente dell'ammalato.

Un problema che ha suscitato notevoli perplessità e divergenze di vedute è quello che si riferisce alle norme delegate contemplate nell'articolo 40 del testo del disegno di legge presentato al Senato, corrispondente all'articolo 39 del testo presentato precedentemente alla Camera dei deputati e dalla stessa modificato. Detto articolo stabilisce l'autorizzazione del Governo ad emanare, su proposta del Ministero della sanità, di concerto col Ministero del tesoro, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate e dei rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere, uno o più decreti aventi forza di legge sull'ordinamento interno dei servizi ospedalieri e sullo stato giuridico e il trattamento economico del personale dipendente da enti ospedalieri.

L'articolo 40 del testo di legge presentato al Senato stabilisce le stesse norme; ha soppresso però quanto si riferisce allo stato giuridico e al trattamento economico del personale dipendente da enti ospedalieri; introduce un ultimo comma che così recita: « Il rapporto di lavoro è regolato dal contratto nazionale stipulato tra i sindacati e le associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri ».

L'intendimento del testo approvato dalla Camera dei deputati è evidente: si vuole sottrarre alle norme delegate lo stato giuridico e il trattamento economico del personale dipendente e, in forza del comma aggiunto, riservarne la definizione interamente al contratto nazionale regolante il rapporto di lavoro. Senonché il successivo articolo 42, relativo ai principi direttivi per lo stato giuridico del personale, è rimasto invariato nella sua formulazione, contrastando nella let-

tera e negli intendimenti con l'articolo 40. Infatti il primo comma dell'articolo 42 riafferma che le norme delegate di cui all'articolo 40 concernono l'assunzione e lo stato giuridico del personale sanitario, disposizione che è stata soppressa nell'articolo 40.

Anche il lungo successivo articolo 43 relativo ai principi direttivi per lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale ripete le stesse cose. E' evidente che se non si vogliono modificare gli articoli 42 e 43 per quanto riguarda il richiamo alle norme delegate, di cui all'articolo 40, diventa necessario reinserire in questo ultimo articolo il numero 2 soppresso dell'articolo 39 del testo presentato alla Camera dei deputati. Tale reinserimento nell'articolo 40 corrisponde a un'esigenza di coordinamento di questo articolo con gli articoli 42 e 43. Questa necessità è determinata anche da ragioni sostanziali che non possono essere ignorate. Se lo stato giuridico del personale dipendente degli enti ospedalieri fosse sottratto interamente alle norme delegate e venisse deferito al contratto nazionale, ne potrebbero derivare gravi svantaggi per la carriera e la stabilità del personale dipendente, perché un contratto sindacale può essere rescisso.

Tale stato di cose impone quindi la necessità di una nuova formulazione dell'articolo 40. E' sorta così l'esigenza di risolvere il problema in una riunione con la partecipazione degli enti e delle categorie sindacali interessate. E' quanto è avvenuto in una riunione ad alto livello politico svoltasi sotto la Presidenza del Presidente del Consiglio dei Ministri, con la partecipazione del Ministro della sanità, della FIARO, dei sindacati e dei presidenti dei Gruppi senatoriali della maggioranza, in cui si è giunti alla conclusione di reinserire quanto segue dopo il numero 2: « 3) stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri, salvo quanto stabilito nel comma seguente ». Il comma seguente così recita: « Il rapporto di lavoro per quanto riguarda il trattamento e gli istituti normativi di carattere economico è stabilito, previ accordi nazionali tra i sindacati e le associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri, dai singoli enti ospedalieri con delibere soggette a controllo di legge ». Io personalmente con-

divido l'opinione dei sindacati i quali, pur accettando anche l'ultimo comma che ho riferito, non ne sono pienamente soddisfatti perché sanno che, secondo la consuetudine degli accordi sindacali, sia il trattamento economico come molte norme dello stato giuridico possono costituire materia di eventuali accordi nazionali. Sono parimenti dell'avviso che sia il trattamento economico, sia lo stato giuridico non possano neppure essere interamente sottratti alle norme delegate.

Queste mie affermazioni sembrano in contraddizione fra di loro, mentre invece non lo sono. Infatti un contratto nazionale che deve regolare un rapporto di lavoro non si realizza preliminarmente, ma soltanto quando l'ente pubblico, e nel caso specifico il Governo della Repubblica che viene delegato, abbia già stabilito le norme essenziali di sua particolare competenza e le abbia inserite in un regolamento. L'accordo viene fatto sulla base di queste norme come atto conclusivo e definitivo sanzionabile anche con un contratto nazionale. Secondo queste mie personali vedute, il soppresso numero 2 dell'articolo 39, presentato alla Camera dei deputati, dovrebbe essere reinserito nell'articolo 40, e in questo stesso articolo potrebbe restare invariato anche l'ultimo comma aggiunto dalla Camera dei deputati.

Il previsto contratto nazionale per regolare i rapporti di lavoro non impedisce le prerogative delegate al Governo della Repubblica, circa lo stato giuridico, proprio perché viene stipulato successivamente come atto conclusivo. Comunque le modifiche introdotte nell'articolo 40 approvato dalla 11ª Commissione di igiene e sanità del Senato nel testo definitivo concordano in linea di massima con le vedute da me esposte, anche se dette modifiche limitano le prerogative riservate alle norme delegate come pure le competenze relative all'accordo nazionale.

Infine, a conclusione su tale argomento, il fatto veramente positivo del disegno di legge relativamente all'ordinamento del personale dipendente dagli enti ospedalieri è quello di aver riconosciuto ai sanitari ospedalieri il potere contrattuale. Sono disposizioni che potranno evitare in futuro gravi vertenze tra gli enti ospedalieri e il personale medico di-

pendente. L'introduzione delle anzidette modifiche ha pure consentito la soppressione dell'ultimo comma dell'articolo 43 del testo presentato al Senato, relativamente al trattamento economico del personale medico che sarà devoluto al regolamento del rapporto di lavoro. Circa il contenuto di quest'ultimo comma, anche se è stato soppresso, sono utili alcune considerazioni.

In detto comma erano previsti uno stipendio, di competenza naturalmente degli enti ospedalieri e della legge, un compenso per lavoro straordinario fissato su base nazionale per categorie e per contratto e infine un assegno integrativo proporzionato alla quantità e alla qualità del lavoro prestato. Quest'ultimo assegno, a mio avviso, dovrebbe corrispondere agli attuali compensi fissi dovuti dagli enti mutualistici. Il mio richiamo al contenuto dell'ultimo comma dell'articolo 43, soppresso solo perché non più necessario, è quello di segnalare il principio che commisura il compenso di un lavoro alla sua quantità e alla sua qualità in conformità dell'articolo 36 della Carta costituzionale della Repubblica e di sottolineare che questa norma deve essere mantenuta nel definitivo accordo tra le parti interessate.

Orbene, ammesso in favore del personale medico il potere contrattuale, stabilito il principio del suo compenso secondo la quantità e la qualità del lavoro prestato, criterio che giustifica la peculiare prestazione professionale medica, istituito inoltre nell'ordinamento ospedaliero il Consiglio dei sanitari con il compito di pronunciarsi su ogni questione sanitaria e di formulare proposte per il miglioramento e l'efficienza dei servizi sanitari, verrà garantita anche nell'ambito ospedaliero la prestazione professionale medica sulla base del rapporto di fiducia tra medici e ammalati. Questo rapporto fiduciario sarà altresì convalidato dalla libera scelta del luogo di ricovero esercitata precedentemente dall'ammalato. Cade così in modo definitivo la critica al disegno di legge in discussione fatta dal settore liberale secondo cui le prestazioni mediche negli ospedali verrebbero erogate a forma impiegatizia.

I settori della conservazione, sostenitori di tale critica, che hanno opposto resistenza

all'innovazione della riforma ospedaliera disposta nel disegno di legge, hanno parimenti commesso un altro errore, affermando che la struttura amministrativa stabilita per gli enti ospedalieri li avrebbe politicizzati in modo eccessivo. Con le nuove disposizioni i consigli di amministrazione non saranno eletti direttamente con il normale suffragio universale dagli elettori; verranno invece eletti indirettamente dai consigli comunali, provinciali e regionali con schede limitate a un numero inferiore a quello complessivo dei componenti dei consigli di amministrazione ospedaliera. In tal modo sarà assicurata a tutti i gruppi dei consigli comunali provinciali e regionali una propria rappresentanza. Con questo sistema potrà essere rappresentata tutta la popolazione assistibile e verrà consentita la scelta dei componenti dei consigli d'amministrazione degli enti ospedalieri secondo criteri di moralità, di serietà, di competenza specifica e di capacità amministrativa.

Pertanto, il giudizio complessivo sul disegno di legge può essere soltanto quello della democratizzazione e del decentramento delle amministrazioni ospedaliere e non quello della loro politicizzazione. Esse verranno inoltre sottratte alle attuali oligarchie, le quali non sempre sanno o possono rispondere alle esigenze crescenti e sempre più varie dell'assistenza ospedaliera.

Il problema delle case di cura private, in riferimento alle disposizioni contenute nel disegno di legge, continua a destare preoccupazioni e perplessità alla destra dello schieramento parlamentare ed anche in qualche isolato settore della Democrazia cristiana. Nei confronti delle case di cura private si giudicano eccessive le prescrizioni del disegno di legge, onerosi gli adempimenti richiesti e tali da comprometterne seriamente la sopravvivenza. Si rivendica la libera attività anche in questo settore secondo, si dice, i principi di uno Stato libero e democratico.

A tali osservazioni un'esauriente risposta viene data dalla stessa Carta della Costituzione. L'articolo 41 di questa, infatti, al suo primo comma, afferma che l'iniziativa economica privata è libera. Quest'affermazione

potrebbe già tranquillizzare chi teme sia obiettivo finale dei futuri Governi della Repubblica italiana voler determinare progressivamente la scomparsa delle case di cura private. Esse hanno assolto ed assolvono nell'Italia meridionale un segnalato compito di fronte alla carenza di ospedali ed anche nell'Italia centro-settentrionale di fronte alle antiquate strutture ospedaliere che non si uniformano ancora, e forse non si uniformeranno per un tempo alquanto lungo, ai moderni criteri di corsie con un numero limitato di posti letto varianti da due ad un massimo di sei-otto letti. Il primo comma dell'articolo 41 della Costituzione della Repubblica dovrebbe pure deludere chi pensa ad una futura legislazione rigida, basata su un'organizzazione sanitaria e su una pianificazione del tipo particolare degli Stati totalitari.

Però il seguito del citato articolo 41 sancisce pure che la libera iniziativa economica privata, come quella pubblica, oltre a non svolgersi in contrasto con l'utilità sociale, deve sottostare alla prescrizione del terzo comma che così recita: « La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali ».

Da quanto ho rilevato si deduce chiaramente che lo Stato italiano non è orientato verso una pianificazione del tipo totalitario, ma verso un tipo di economia regolata. A definitivo chiarimento risulta pertanto evidente che, se la Carta costituzionale garantisce la libera iniziativa economica privata, consente pure allo Stato di intervenire per indirizzarla e coordinarla ai fini sociali. Sono perciò opportune e pienamente legittime le disposizioni contenute nel disegno di legge n. 2275 relativamente alle case di cura.

Se queste sono le ragioni di ordine costituzionale a riguardo delle case di cura che ispirano e legittimano le prescrizioni del disegno di legge, vi sono pure altri motivi di carattere etico, sociale e sostanziale che convalidano queste disposizioni. La sussistenza di case di cura private fino a quando ve ne saranno le ragioni, tenuto conto a tale scopo soprattutto del giudizio degli assistiti

bili, si uniforma al principio della priorità delle esigenze dell'ammalato. Perciò la libera scelta del luogo di ricovero e cura, oggi ammessa a favore degli infermi per gli ospedali e le case di cura convenzionate, deve continuare a persistere sia pure nei limiti delle competenze e delle specializzazioni dei singoli ospedali.

D'altra parte le norme programmatiche e regolamentari, l'indirizzo e i controlli nazionali e regionali stabiliti per gli enti ospedalieri ai fini della migliore assistenza ospedaliera devono essere estesi anche alle case di cura, proprio per il prevalente e prioritario interesse dell'ammalato.

Onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, vi sono anche problemi minori che hanno rivelato divergenze di vedute, sui quali però, con una valutazione obiettiva, si dovrebbero incontrare più vasti consensi. Uno di questi problemi è quello relativo ai concorsi per l'assunzione del personale sanitario medico in ogni singolo ente ospedaliero. Vi sono alcuni i quali vorrebbero sopprimere in questi concorsi la prova d'esame ed altri che vorrebbero invertire il punteggio a disposizioni della commissione esaminatrice. Queste proposte sono egualmente da respingere. Se i posti fossero assegnati sul piano nazionale, è chiaro che l'esame di idoneità previsto dal disegno di legge dovrebbe essere sufficiente; ma per l'autonomia amministrativa e per il decentramento dei singoli enti ospedalieri, agli stessi deve essere riservata una maggiore garanzia nei concorsi, per una propria valutazione dei candidati che, dovendo essere completa, richiede l'esame.

E' opportuno rilevare, in proposito, che il valore dell'esame nei concorsi per i medici costituisce un'esigenza, perchè la medicina, essendo scienza in continuo sviluppo, richiede un costante aggiornamento. L'inversione del punteggio con l'assegnazione di tre quinti alle prove d'esame e due quinti ai titoli, oppure l'assegnazione del 50 per cento a ciascuna delle due valutazioni sono norme non giuste nel caso specifico.

Infatti, nei concorsi per l'assunzione di medici in ogni singolo ente ospedaliero, fra i titoli che saranno presentati sarà pure

compreso il risultato dell'esame di idoneità sostenuto su base nazionale, che comporta un punteggio e una graduatoria. Le modifiche proposte nella valutazione del candidato accrescerebbero il valore dell'ultimo esame, svaluterebbero l'esame di idoneità che per molti impieghi statali è l'unico da sostenere.

Le ragioni che hanno determinato le richieste modifiche possono essere facilmente spiegate. Da alcuni si vorrebbe accrescere il potere di scelta da parte dei singoli enti ospedalieri; da altri, invece, si vorrebbe lo opposto e cioè limitare l'influenza delle amministrazioni ospedaliere e di qualche altro settore interessato. L'esame sereno ed obiettivo del problema consiglia quindi di lasciare immutato l'articolo 43.

Un altro problema minore, ma importante, la cui soluzione potrà essere precisata sia nelle norme delegate, sia nel contratto nazionale che dovrà regolare i rapporti di lavoro, è quello che si riferisce al libero esercizio professionale dei medici ospedalieri. Al di fuori degli ospedali e nelle ore libere, oltre il tempo definito o quello pieno, i medici dovrebbero avere la piena facoltà del libero esercizio professionale. Questa norma non può essere considerata una concessione; è un diritto di cui godono le altre categorie di lavoratori, intellettuali e impiegati; è una norma che vige nelle Nazioni più civili e democratiche. Diversa assai è invece la questione dell'assunzione di rapporti d'impiego presso altri enti pubblici e presso le case di cura private. In tali casi l'incompatibilità è evidente; e così anche per tutti gli altri impieghi presso enti pubblici. Sono due situazioni molto diverse, quella di un rapporto d'impiego o del libero esercizio professionale fuori del tempo definito e pieno presso le case di cura private. Comunque, le norme delegate e il contratto nazionale previsto potranno essere precisi e particolareggiati in merito.

Il libero esercizio professionale dei medici nell'ambito dell'ospedale merita una particolare considerazione e valutazione.

Questo libero esercizio si pratica nei confronti dei ricoverati in sale speciali. Orbene, di questi ricoverati se ne distinguono due

categorie: l'una è rappresentata da malati protetti da assicurazione mutualistica od assistiti da parte di altri enti pubblici. Questi rinunciano alla corsia comune in cui potrebbero godere dell'assistenza ospedaliera gratuita, per ragioni varie, molto spesso per non essere costretti a promiscuità con ammalati di ogni forma morbosa e di ogni categoria di cittadini; bisogna riconoscere che alle sale speciali si ricorre sovente perché la maggior parte degli ospedali non ha ancora strutture moderne, con camere varianti da due a sei, ad otto letti.

L'altra categoria di ammalati che si fanno ricoverare in sale speciali è rappresentata da cittadini appartenenti a categorie economicamente privilegiate, non ricoperte da alcuna assicurazione di malattia.

Per quanto riguarda il ricovero dei pazienti ed il loro mantenimento, la prima categoria può godere, a norma dell'articolo 32, di una retta differenziata, cioè di quella stabilita per le camere speciali, diminuita della normale retta giornaliera di degenza. Tale disposizione non è contestabile.

Non è precisata, invece, nell'ultimo comma dell'articolo 32, una tariffa differenziata per le prestazioni professionali nei riguardi dei ricoverati in sale speciali. E' prevista, di massima, la tariffa minima nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche. Veramente l'inciso « di massima » consente una differenziazione per le tariffe delle prestazioni professionali, a seconda che si tratti dell'una o dell'altra delle due categorie di ammalati da me descritte. Però l'inciso « di massima » consente un'interpretazione ed un'applicazione difformi.

Pertanto, se non si vuole emendare l'ultimo comma dell'articolo 32, ciò che non è indispensabile, e se non si vuole neppure creare ingiustizie, si deve trovare il modo di provvedere adeguatamente, tenendo conto di questa particolare situazione.

Molti ospedali hanno preso in considerazione tali situazioni e già hanno provveduto in maniera adeguata. Ve ne sono altri, invece, che le hanno ignorate, per cui sussistono non pochi casi dove hanno potuto verificarsi speculazioni non legittime.

Il disegno di legge sulla riforma ospedaliera prevede i compensi per i medici (stipen-

di, assegni straordinari, assegni integrativi, eccetera), le norme vigenti prevedono per le prestazioni professionali dei sanitari ospedalieri i compensi fissi e addizionali. Tutte queste retribuzioni dei medici dipendenti dagli ospedali dovrebbero essere valutabili anche in favore degli ammalati che chiedono il ricovero nelle sale speciali e che sono ricoperti dall'assistenza mutualistica o da altri enti pubblici. Pertanto la tariffa da applicare per le prestazioni medico-chirurgiche dovrebbe essere quella minima nazionale, ridotta di una quota equivalente al corrispettivo versato dagli istituti assicuratori alle amministrazioni ospedaliere per il servizio sanitario.

Verrebbe così applicata una tariffa differenziata anche per le prestazioni professionali dei ricoverati in sale speciali che beneficiano dell'assistenza mutualistica.

E' pure chiaro che su questa tariffa differenziata non dovrebbe gravare alcuna ritenuta a carico dei medici ospedalieri ed in favore delle amministrazioni ospedaliere perché queste già usufruiscono dei versamenti dovuti agli istituti mutualistici.

Per l'altra categoria di ammalati, appartenenti a classi economicamente privilegiate, non protette da alcuna assicurazione di mutue o di enti, dovrebbe essere consentita una tariffa per le prestazioni professionali anche superiore a quella minima nazionale; questa, a mio avviso, dovrebbe essere concordata tra i medici e le amministrazioni ospedaliere che forniscono ai predetti infermi, non coperti da assicurazione di malattia ed in situazione economica privilegiata, le strutture e le attrezzature ospedaliere ed il servizio sanitario.

Concludendo sull'argomento, si dovrà tenere il massimo conto di queste osservazioni e considerazioni nelle norme delegate e nel contratto nazionale che regolerà il rapporto di lavoro.

Una modifica al disegno di legge n. 2275, che si impone e non può essere rinviata a successive norme regolamentari o a dispositivi di legge, è quella che si riferisce ad una pronta applicazione della legge ospedaliera non appena sarà definitivamente approvata dal Parlamento e decretata dal Presidente della Repubblica.

Infatti, senza le opportune modifiche al disegno di legge presentato al Senato, non potrebbero effettuarsi in tutta Italia, prima dell'istituzione delle regioni a statuto ordinario, né la costituzione degli enti ospedalieri, né le altre disposizioni relative. Pertanto, la Commissione d'igiene e sanità del Senato ha provveduto alla unanimità con un emendamento sostitutivo dell'articolo 54, per cui questo viene completamente riformato. Nel nuovo articolo 54, con i necessari richiami ad altri articoli relativi alla predetta esigenza, si afferma che, sino a quando non saranno costituite le regioni a statuto ordinario, i provvedimenti concernenti l'istituzione degli enti ospedalieri, la loro fusione e concentrazione, la composizione dei loro consigli di amministrazione, il loro eventuale scioglimento con la nomina di un commissario straordinario, la costituzione delle commissioni dell'inventario e il patrimonio da trasferire agli enti ospedalieri, saranno adottati dal Presidente della Repubblica, su proposta del Ministero della sanità. Altre disposizioni sono contenute in questo articolo e in quello numero 56, riguardanti le competenze attribuite, in via transitoria, al medico provinciale circa la classificazione degli enti ospedalieri, la loro vigilanza ed il loro controllo.

È evidente che le predette modifiche, apportate al disegno di legge n. 2275, sono indispensabili per renderlo subito operante. Diversamente la volontà e la determinazione del Parlamento e del Governo verrebbero frustrate per parecchi anni.

Onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, spero di aver contribuito ad una definitiva chiarificazione dei motivi che alimentano alcune divergenze di vedute circa l'idoneità o meno della riforma ospedaliera, disposta dal disegno di legge n. 2275, per il raggiungimento dei suoi obiettivi essenziali; spero di aver fornito ulteriori elementi a conferma della sua validità, indipendentemente dalla globale riforma sanitaria, basata sul sistema della sicurezza sociale, previsto dal programma quinquennale di sviluppo economico.

Credo anche che le mie modeste osservazioni e considerazioni, su alcuni problemi fondamentali e secondari, possano giovare a

dissipare persistenti perplessità e ad avvalorare le poche ma essenziali modifiche approvate dalla 11ª Commissione d'igiene e sanità, per rendere operante il disegno di legge subito dopo l'approvazione definitiva da parte del Parlamento. Il mio intervento è rimasto volutamente nell'ambito di questi limitati obiettivi. Non era mio intendimento porre in evidenza e valorizzare i vantaggi, i pregi, le innovazioni della riforma ospedaliera.

Il suo alto grado di positività, ai fini di una moderna ed efficiente assistenza ospedaliera, già emerge dall'ampia e completa relazione del relatore, senatore Samek Lodovici, che ha assolto il suo importante compito con diligenza e perspicacia, nonché da molti interventi in Commissione e in Aula, di onorevoli colleghi, quale il senatore Ferroni che ha esposto anche dei concetti preziosi, dei concetti ideali e teorici a sostegno dei principi che hanno ispirato il disegno di legge e a sostegno dell'azione del nostro Partito che favorisce questo provvedimento che va incontro al popolo lavoratore e alla Nazione.

Il disegno di legge oggi in discussione sulla riforma ospedaliera segna una tappa importante del programma economico nazionale nel campo sanitario, per l'attuazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale. È un notevole passo in avanti sulla strada delle riforme sociali di struttura, è un impegno del Governo di centro-sinistra che sta per essere assolto. Un vivo applauso va all'onorevole Ministro, che è assente, che ne è stato valido, tenace propulsore e difensore.

Noi speriamo che anche le forze politiche a destra della maggioranza governativa, nonostante le loro riserve, non vorranno opporre eccessive difficoltà all'approvazione di questo disegno di legge. Noi speriamo che le forze politiche che stanno alla nostra sinistra e che non sono soddisfatte, perchè giudicano il disegno di legge incompleto e non pienamente efficiente, lo apprezzeranno maggiormente in un avvenire non lontano perchè esso è suscettibile di modifiche, di perfezionamento e di adeguamento alla globale riforma sanitaria quando verrà realizzata.

Ne siamo profondamente persuasi perchè il disegno di legge n. 2275, nelle sue di-

sposizioni, si ispira ai principi della Costituzione, ai criteri di un'efficace tutela della salute, perché si adegua alle conquiste della scienza ed alle esigenze sociali di una Nazione civile e progredita.

Formuliamo pertanto il vivo auspicio che il Senato voglia dare la sua approvazione a questa predisposta riforma ospedaliera, che è tanto attesa dalla popolazione italiana e vivamente auspicata dai sanitari ospedalieri, nonché da tutto il personale dipendente dalle amministrazioni ospedaliere. (*Applausi dal centro e dalla sinistra*).

P R E S I D E N T E . Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

Annunzio di approvazione di disegno di legge da parte di Commissione permanente

P R E S I D E N T E . Comunico che, nella seduta pomeridiana, la 8ª Commissione permanente (Agricoltura e foreste) ha approvato il seguente disegno di legge:

« Finanziamento di una indagine sulla struttura delle aziende agricole » (2512).

Annunzio di interrogazioni

P R E S I D E N T E . Si dia lettura delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

M A I E R , *Segretario:*

GUANTI. — *Al Ministri dei lavori pubblici, dell'agricoltura e delle foreste ed al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e nelle zone depresse del Centro-Nord.* — Per conoscere se non intendano adottare i provvedimenti che si rendono necessari per accelerare l'esecuzione delle opere per la sistemazione dei fiumi della Basilicata, per la difesa del suolo, per l'irrigazione, per l'utilizzazione delle acque per usi potabili ed industriali.

Per la sistemazione dei fiumi di Basilicata risultano spesi a tutto il 31 ottobre 1966 molto meno di 30 miliardi mentre, tenendo conto dell'intera previsione del pia-

no orientativo trentennale, si sarebbero dovuti spendere non meno di 60 miliardi.

Come risulta dal piano generale degli acquedotti, soltanto 11 comuni della provincia di Matera avrebbero sufficiente disponibilità di acqua, mentre i rimanenti 19 comuni, tra i quali il capoluogo, necessitano di una notevole integrazione che potrà essere assicurata mediante la costruzione di nuovi acquedotti.

Per quanto riguarda l'irrigazione, non si fanno i lavori per la diga sul Sinni, invaso di Monte Cotugno, non si fa la diga sul Basentello in agro di Irsina, non si utilizzano le acque dei vari affluenti del Bradano, del Basento e dell'Agri. Solo un quinto del programma predisposto dall'Ente di irrigazione di Puglia e Lucania e successivamente aggiornato dal Comitato regionale per la programmazione economica risulta realizzato.

La Basilicata, regione più tormentata dai dissesti idrogeologici, non vuole essere condannata all'abbandono e alla degradazione. La Basilicata ha diritto di vivere e di svilupparsi economicamente e socialmente.

Le popolazioni di Basilicata, tenute per decenni nella più grave arretratezza economica, costrette a dissanguarsi continuamente con l'esodo dell'emigrazione, rivendicano che il problema dell'acqua, della sistemazione dei fiumi e della difesa del suolo, siano considerati problemi connessi a scelte prioritarie della spesa pubblica perchè ad esse popolazioni vengano garantiti la vita e il lavoro. (2122)

CHIARIELLO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri delle finanze, di grazia e giustizia, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e dell'industria del commercio e dell'artigianato.* — Per conoscere:

1) premesso che nella risposta in data 21 ottobre 1967 alla interrogazione n. 6352 il Ministero delle finanze ha chiarito che « sono regolari ai fini fiscali gli assegni bancari nei quali sia indicata una data posteriore di non oltre quattro giorni a quella della effettiva emissione, semprechè siffatta postdatazione sia giustificata dal periodo di tempo necessario per far pervenire il titolo al

« destinatario » o da altra materiale impossibilità di presentazione », con quale dei soggetti del rapporto di credito derivante dall'assegno bancario si deve identificare il « destinatario » di cui alla citata risposta ministeriale.

È noto che l'assegno bancario, una volta tratto, cessa di essere produttivo di interessi per il correntista con effetto dalla data di emissione, e non già dal giorno del pagamento da parte dell'Istituto trattato, con la conseguenza che durante tale intervallo quegli interessi (o « valuta ») vanno a beneficio della banca.

Questa perdita di valuta non incoraggia certamente nè l'uso degli assegni bancari come mezzo abituale di pagamento nè il corrispondente incremento dei depositi bancari. Per rimuovere tale ostacolo, l'articolo 121 del regio decreto 21 dicembre 1933, numero 1736, e la legge 28 aprile 1967, n. 263, permettono al correntista bancario di scrivere sull'assegno una data posteriore (ma di non oltre quattro giorni) a quella di effettiva emissione sempre che tale non veritiera indicazione sia giustificata da una delle seguenti circostanze:

a) necessità del tempo per far pervenire il titolo al destinatario e per farlo da questi presentare alla banca trattaria per il pagamento;

b) altra materiale impossibilità, da parte dell'ordinatario, di presentarlo per il pagamento nello stesso giorno di emissione.

Questa seconda ipotesi comprende quelle che l'assegno sia emesso e consegnato all'ordinatario nello stesso comune di pagamento, ma in giorno di sabato, oppure che l'assegno sia emesso in comune diverso da quello di pagamento. In entrambi i casi la chiusura delle banche nei giorni di sabato e domenica o il tempo necessario per la riscossione dell'assegno in comune diverso da quello di emissione autorizzano la indicazione di una data futura, nei limiti consentiti.

La prima ipotesi — che ricorre ormai più frequentemente — si riferisce invece al correntista bancario il quale dallo stesso comune di pagamento invia un assegno ad un creditore residente in altro comune, dal quale

l'assegno deve ritornare sulla piazza di emissione per essere pagato. In questo caso, cioè dell'assegno « inviato » fuori piazza, la post-datazione è ancor più giustificata in quanto l'assegno deve compiere due viaggi: quello di andata, dal comune di emissione al comune dell'ordinatario; e quello di ritorno, da quest'ultimo comune a quello della banca per il pagamento.

Da quanto precede sembrerebbe che con la parola « destinatario » il legislatore abbia inteso indicare « l'ordinatario » residente su piazza diversa da quella di emissione e di pagamento.

Senonchè la Direzione generale delle tasse e delle imposte indirette, con la circolare numero 27 in data 1° giugno 1957 (Istituto Poligrafico dello Stato 1958, pag. 57) ed in altre successive risoluzioni, ha ritenuto che la post-datazione fino a quattro giorni è consentita soltanto per gli assegni « emessi fuori piazza » (ipotesi *sub b*), mostrando così di escludere dalla tolleranza e dalle finalità della legge l'ipotesi più frequente ed importante degli assegni « inviati fuori piazza » (ipotesi *sub a*), e di identificare in conseguenza il « destinatario » con l'istituto di credito, che tutta la legislazione sull'assegno indica invece con il termine tecnico ed univoco di « trattario », non confondibile con quello di « destinatario ».

2) Se non ritengano che anche dopo la legge 30 ottobre 1963 n. 1456 l'esigenza della certezza del diritto rende tuttora indispensabile un criterio unico ed obiettivo per ricavare dal titolo se una post-datazione è limitata od è superiore ai quattro giorni, in quanto da tale apprezzamento discendono conseguenze gravissime per il possessore dell'assegno postdatato, prima fra tutto quella che la mancata « giustificazione » da parte di un qualsiasi ufficio tributario comporta la degradazione dell'assegno da titolo esecutivo a semplice chirografo e sottopone il possessore alla imposta graduale di bollo del cinque per mille oltre alla pena pecuniaria da un quarto alla metà dell'importo dell'assegno.

La non abrogata direttiva del Ministero delle finanze che « per l'assegno postdatato non è possibile stabilire la effettiva data di

emissione, essendo falsa quella indicata sul titolo » autorizza gli uffici finanziari a negare attendibilità alla data futura, per cui per ogni assegno postdatato c'è incertezza sulla durata della postdatazione e quindi sull'applicazione del termine di tolleranza dei quattro giorni previsto dalle norme di legge vigenti.

3) Se in vista di questi gravi inconvenienti derivanti dalla citata direttiva finanziaria e della evidente opportunità di incoraggiare la diffusione di quell'importante strumento di credito e di buona fede che è l'assegno bancario, i ministri interessati non ritengano necessario chiarire che la data futura apposta su un assegno bancario si presume, fino a prova contraria, corrispondente a quella di effettiva emissione, non essendo possibile ritenere, come da parte dell'amministrazione finanziaria si sostiene anche in giudizio, che la data futura di un assegno è vera, valida e probante se essa differisce di quattro giorni dal calendario ed è invece falsa, inesistente e non più probante se ne differisce di cinque. (2123)

CHIARIELLO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri delle finanze e del lavoro e della previdenza sociale.* — Per conoscere — premesso che l'articolo 13 della legge 27 giugno 1961, n. 551, esenta dalla imposta di registro l'acquisto di una casa popolare da parte di persona avente sette o più figli a carico — a quale criterio di giustizia sociale e tributaria risponde la direttiva finanziaria secondo la quale se l'acquisto di quella casa popolare viene fatto da entrambi i genitori col danaro insieme guadagnato e risparmiato durante la nascita e l'allevamento di quei sette figli, l'esenzione fiscale viene concessa soltanto al marito per la sua metà e negata invece alla moglie acquirente dell'altra metà. (2124)

CHIARIELLO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro delle finanze.* — Per conoscere se è legittimo che, in presenza di un acquisto di area edificatoria, registrato con i benefici della legge 2 luglio

1949, n. 408, da conseguire mercè l'inizio dei lavori di costruzione entro il 31 dicembre 1967 e la loro ultimazione entro il biennio dall'inizio, gli uffici del registro fin dal mese di maggio 1967 usano notificare *ex abrupto* a quei contraenti la decadenza dai benefici stessi e l'ingiunzione di pagamento della intera imposta di registro, prima che sia sopraggiunto il 31 dicembre 1967 oppure che sia trascorso il biennio dall'inizio dei lavori. (2125)

CHIARIELLO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri delle finanze e di grazia e giustizia.* — Per conoscere — premesso che con la circolare n. 27 in data 1° giugno 1957 (Istituto Poligrafico dello Stato, 1957, pagina 15) il Ministero delle finanze ha chiarito che « La disposizione relativa al divieto di compiere sullo stesso foglio di carta bollata due o più atti distinti soggetti ad imposta di bollo non trova applicazione quando in un medesimo atto siano comprese più distinte stipulazioni o disposizioni anche se indipendenti e non derivanti le une dalle altre e ciò ancorchè nell'atto pubblico o nella scrittura privata intervengano più persone non collegate nei rapporti contrattuali. Ciò pel principio che la legge del bollo ha riguardo esclusivamente alla forma estrinseca dell'atto, che resta unico ogni qualvolta sia redatto in unico contesto e sotto la stessa data » — se sia consentito all'amministratore di società commerciale di chiedere con unica domanda bollata ed autenticata, diretta allo stesso ufficio giudiziario, l'iscrizione della nomina (articolo 2383 codice civile) ed il deposito della firma autografa (articolo 2196 codice civile) o se sia invece legittimo imporre a quell'amministratore di soddisfare il precetto dell'articolo 2196 mediante l'apposizione, su un altro foglio bollato, di una seconda ed isolata firma autografa, ugualmente autenticata, ma con doppia spesa di bollo e di autenticazione. (2126)

CHIARIELLO. — *Al Ministro delle finanze.* — Per conoscere a quali comminatorie tributarie sono soggette le vendite di fabbri-

cati urbani effettuate con scritte private presentate alla registrazione oltre il ventesimo giorno. (2127)

*Interrogazioni
con richiesta di risposta scritta*

PIOVANO. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni e delle partecipazioni statali.* — Per sapere se siano al corrente di quanto denunciato in provincia di Pavia da amministratori e cittadini, nonché dalla stampa, in merito alle anomalie, per non dir peggio, dei rapporti contrattuali attualmente vigenti tra gli utenti del telefono di moltissimi Comuni pavesi e la SIP, che applica tariffe per allacciamenti e canoni di esercizio secondo criteri che comportano sensibili e ingiustificate sperequazioni tra località e località, e sembrano talora anche in contrasto con quanto stabilito dalle norme di legge.

In particolare si è rilevato quanto segue:

1) la mancata installazione di centralini suburbani in molte località pone alcuni Comuni nella bizzarra posizione di essere considerati « località fuori perimetro abitato » rispetto ad altri, che hanno talora un numero inferiore di abitanti o di utenti. Si citano ad esempio i casi clamorosi di Cortolona (utenti 114) « fuori abitato » di San Cristina e Bissone (utenti 57) e di Cornale (abitanti 986) « fuori abitato » di Bastida De Dossi (abitanti 323).

Questo stato di cose comporta di conseguenza per gli abbonati di alcuni Comuni costi assai più elevati di quelli che dovrebbero sopportare se il centralino fosse stato installato (la spesa di impianto viene ad essere talora triplicata, il canone di abbonamento alcune volte quasi raddoppiato):

2) la misurazione delle distanze fra il perimetro dell'abitato centro di rete urbana e i punti di installazione dei singoli apparecchi telefonici, che dovrebbe avvenire secondo le norme stabilite dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT) appare in molti casi non corrispondente a tali norme. Le distanze infatti, secondo controlli esperiti a

cura di alcuni tecnici comunali, sono state calcolate dalla SIP in misura notevolmente maggiore

In presenza di questi ed altri inconvenienti, che di fatto si traducono in oneri ingiustificati a carico degli utenti e scoraggiano molti cittadini dal collegarsi alla rete telefonica nazionale, si chiede come intendano regolarsi i ministri, per quanto di rispettiva competenza, per correggere gli abusi e normalizzare la situazione. (7168)

CITTANTE, GUARNIERI. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere i motivi del trasferimento della Stazione sperimentale della bieticoltura di Rovigo presso un Istituto sperimentale per le colture industriali con sede in Bologna.

Tale trasferimento suona confessione di un glorioso passato, cosa non certo edificante per tutti gli studiosi e per i filantropi che contribuirono a far sorgere e potenziare la Stazione stessa. Ma suona anche una condanna alla modesta economia agricola della Provincia polesana che si vede togliere l'unica Stazione sperimentale che gli ha dato una particolare rinomanza.

La Stazione sperimentale di bieticoltura di Rovigo, infatti, fu una delle prime Stazioni sperimentali agrarie, fondata per iniziativa provinciale agli inizi del secolo per dar modo all'illustre scienziato Professor Ottavio Munerati di studiare il miglioramento della barbabietola e conseguentemente sviluppare l'industria saccarifera italiana che allora era agli albori.

La Stazione, non solo assolse brillantemente ai suoi compiti tanto che ora si produce zucchero in quantità largamente sufficiente ai bisogni del Paese, ma il suo primo Direttore, Professor Munerati, con i suoi studi di genetica sulla bietola, conquistò fama mondiale e alla Stazione di Rovigo convennero i più autorevoli studiosi della bietola.

Gli interroganti pregano pertanto il Ministro di provocare un più approfondito esame per una simile deprecata decisione, trasferendo invece quel tale istituto sperimentale per le piante industriali di Bologna (sede di altri rinomati istituti) a Rovigo presso la

Stazione di bieticoltura ben degna di ospitarlo, sviluppandone così l'attività ed arricchendolo di nuovo lustro. (7169)

GATTO Simone. — *Al Ministro della sanità.* — Per conoscere se non ravvisi l'opportunità di promuovere sollecitamente la nomina e l'insediamento dei Comitati provinciali delle circa 50 Federazioni ONMI tuttora gestite da Commissari, a distanza di un anno dalla promulgazione della legge sugli organi di amministrazione dell'Istituto. (7170)

GATTO Simone. — *Al Ministro della sanità.* — Per conoscere se non ravvisi l'opportunità di estendere ai minori affetti da piede torto congenito il diritto alle cure necessarie da parte dello Stato, come per gli affetti da lussazione congenita dell'anca. Ciò in considerazione dell'analogia origine genetica delle due affezioni, la prima delle quali ancor più limitativa dell'efficienza del soggetto.

A sottolineare la necessità del provvedimento indicato, anche dal punto di vista economico e finanziario, sta anche il fatto che i casi di piede torto congenito sono largamente prevalenti nelle regioni meridionali e insulari, contrariamente a quanto constatato per la lussazione congenita dell'anca. Ciò che pone le Federazioni dell'ONMI, le Amministrazioni provinciali e le mutue delle regioni meridionali nella condizione di dover affrontare spese per correzione di deformità congenite maggiori di quanto non avvenga nel nord o nel centro Italia, nonostante la sfavorevole situazione finanziaria. (7171)

PIRASTU. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e nelle zone depresse del Centro-Nord.* — Per conoscere quali contributi, mutui e crediti agevolati siano stati concessi al calzaturificio « Sardegna » di Iglesias da parte del CIS, della Regione sarda e della Cassa per il Mezzogiorno e quali siano stati i risultati, dal punto di vista produttivo ed economico, di dette provvidenze. Per sapere se il Ministro non ri-

tenga opportuno, d'intesa con la Regione sarda, disporre interventi urgenti e straordinari per promuovere il risanamento finanziario ed economico di detto calzaturificio, affidandone l'amministrazione e gestione ad enti di carattere pubblico, in considerazione della necessità di assicurare il mantenimento del posto di lavoro a circa duecento lavoratori — in un momento particolarmente difficile ad Iglesias per l'occupazione — e per permettere la sopravvivenza e lo sviluppo di una delle poche industrie manifatturiere sorte in Sardegna grazie alle provvidenze regionali e statali. (7172)

MAIER. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri dell'interno e del lavoro e della previdenza sociale.* — Per conoscere se è intendimento del Governo assumere iniziative in favore dei cittadini italiani profughi della Grecia, sia per quanto concerne la corresponsione della pensione di invalidità e vecchiaia, sia per quanto concerne il collocamento al lavoro e le assistenze di vario genere.

Risulta infatti che molti di questi profughi ormai anziani, tra cui un buon numero residente nella città di Firenze, a causa del tipo di lavoro effettuato in Grecia, oppure a causa dei rapporti esistenti tra quel Paese ed il nostro, nonchè per le difficoltà incontrate in Italia, dopo il rimpatrio, per l'ottenimento di un lavoro, non possono ottenere la pensione per la insufficienza delle contribuzioni.

Inoltre questi profughi, per la mancanza di idonei organismi che seguano da vicino le loro necessità, non riescono tuttora ad ottenere nè l'avvio al lavoro se giovani ed idonei, nè adeguate assistenze se anziani od inabili.

Tutto questo, dopo avere trascorso, specialmente i più anziani, una vita durissima, operosa, piena di pericoli e di traversie di ogni genere e sempre manifestando un vivo attaccamento alla Madre Patria. (7173)

PENNACCHIO. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e nelle zone depresse del Centro-Nord.* — Se non

ritiene di riesaminare con urgenza l'applicabilità della legge n. 717 ad alcuni comuni della provincia di Bari, quali Altamura, Gravina, Santeramo, Cassano, Gioia del Colle, Poggiorsini, Spinazzola, Minervino, Canosa, Corato, Andria, Ruvo, Toritto, Acquaviva, cui è stato negato il riconoscimento della condizione di comuni particolarmente depressi, per l'effetto rimanendo esclusi da alcune provvidenze necessarie alle esigenze del loro sviluppo civile.

Appare indifferibile che in ciascuno di detti comuni siano completate le strutture idriche e fognanti, la rete stradale e quella elettrica mentre i bilanci comunali si trovano nella impossibilità di fare fronte alla spesa per assoluta mancanza di cespiti delegabili. Trattasi di comunità che vivono dei precari e modestissimi redditi della agricoltura, caratterizzate da un alto potenziale demografico, che giustifica particolarmente la richiesta estensione di cui all'articolo 7 comma tre della richiamata legge n. 717.

L'interrogante chiede all'onorevole Ministro di provvedere anche in conformità di quanto ha espresso il Comitato regionale pugliese della programmazione con voto unanime nella seduta del 30 ottobre 1967. (7174)

PIRASTU. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e nelle zone depresse del Centro-Nord, ed al Ministro dei lavori pubblici.* — Per sapere se siano a conoscenza della gravissima situazione di crisi economica, di stasi e regresso produttivo, determinatasi in Iglesias, in conseguenza della mancata attuazione dei programmi dell'AMMI e delle altre aziende a partecipazione statale — annunciati da molti anni e non ancora realizzati — della interruzione e sospensione di numerosi lavori edili, anche nella bonifica del Cixerri e della minacciata chiusura del calzaturificio « Sardegna ».

Si sottolinea che questa situazione di grave crisi economica, che provoca numerosi licenziamenti e costringe le nuove leve dei lavoratori a cercare altrove una occupazione, potrebbe portare al completo crollo economico della città e della zona, anche in seguito alla imminente caduta delle protezioni doganali, per l'industria mineraria, se

non verranno adottati subito da parte del Governo e della Regione provvedimenti urgenti e straordinari.

L'interrogante chiede di conoscere quali interventi intendano adottare, d'intesa con la Regione sarda, al fine di promuovere il superamento della grave crisi che travaglia la città di Iglesias, accogliendo le richieste dei lavoratori e della popolazione espresse anche nello sciopero generale unitario svoltosi ad Iglesias nella giornata dell'11 dicembre 1967. (7175)

Ordine del giorno per le sedute di giovedì 14 dicembre 1967

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi domani, giovedì 14 dicembre, in tre sedute pubbliche, la prima alle ore 9,30, la seconda alle ore 17 e la terza alle ore 21,30 con il seguente ordine del giorno:

I. Seguito della discussione del disegno di legge:

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera (2275) (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

1° ELENCO DI PETIZIONI (*Doc. 147*).

II. Discussione dei disegni di legge:

1. Conversione in legge del decreto-legge 21 dicembre 1967, n. 1051, recante norme per l'erogazione dell'integrazione di prezzo per l'olio di oliva di produzione 1967-68 (2546).

2. FENOALTEA e NENNI Giuliana. — Riduzione dei termini relativi alle operazioni per la elezione delle Camere (2281).

III. Seguito della discussione del disegno di legge:

Deputati ROSSI Paolo ed altri. — Limite di età per l'ammissione alle classi della scuola dell'obbligo (1900) (*Approvato dalla 8ª Commissione permanente della Camera dei deputati*).

IV. Discussione dei disegni di legge:

1. PICCHIOTTI. — Modificazione degli articoli 99 e seguenti del Codice penale concernenti l'istituto della recidiva (899).

ALESSI. — Modifica agli articoli 99 e 100 del Codice penale sulla « recidiva » (1286).

2. Deputato CACCIATORE. — Modificazione della circoscrizione della Pretura di Polla (Salerno) (1791) (*Approvato dalla 4ª Commissione permanente della Camera dei deputati*).

3. Rivalutazione dei compensi per alloggi forniti dai Comuni alle truppe di pas saggio o in precaria residenza (2064).

4. Modificazioni dell'articolo 3 della legge 15 settembre 1964, n. 755, sulla regolamentazione della vendita a rate (2086).

5. Riordinamento delle Facoltà di scienze politiche in Facoltà di scienze politiche e sociali (1830).

6. BOSCO. — Inclusione dei tribunali di Brescia, Cagliari, Lecce, Messina, Salerno e S. Maria Capua Vetere fra quelli cui sono addetti magistrati di Corte di casazione in funzioni di Presidente e di Procuratore della Repubblica (891).

7. Proroga della delega contenuta nell'articolo 26 della legge 26 febbraio 1963, n. 441, per la unificazione di servizi nel Ministero della sanità (588).

8. NENCIONI e FRANZA. — Estensione alle diffusioni radio-televisive del diritto di rettifica previsto dall'articolo 8 della legge 8 febbraio 1948, n. 47, recante disposizioni sulla stampa (19).

V. Seguito della discussione della proposta di modificazioni agli articoli 63 e 83 del

Regolamento del Senato della Repubblica (*Doc. 80*).

VI Discussione dei disegni di legge:

1. TERRACINI e SPEZZANO. — Del giuramento fiscale di verità (1564) (*Iscritto all'ordine del giorno ai sensi dell'articolo 32, secondo comma, del Regolamento*).

2. VENTURI e ZENTI. — Riapertura e proroga del termine stabilito dall'articolo 12 del decreto legislativo luogotenenziale 21 agosto 1945, n. 518, per la presentazione di proposte di ricompense al valore militare (1867).

3. DISEGNO DI LEGGE COSTITUZIONALE. — LUSSU e SCHIAVETTI. — Emendamento dell'articolo 85, comma primo, della Costituzione della Repubblica (398) (*Iscritto all'ordine del giorno ai sensi dell'articolo 32, secondo comma, del Regolamento*).

4. CORNAGGIA MEDICI e MORANDI. — Modifica del termine di decorrenza previsto dall'articolo 1 della legge 18 novembre 1964, n. 1250, in materia di indennizzo privilegiato aeronautico (1694).

5. PELIZZO ed altri. — Modifica all'articolo 152 della legge 12 novembre 1955, n. 1137, e successive modificazioni, concernenti l'avanzamento degli ufficiali dell'esercito appartenenti al soppresso ruolo degli ufficiali mutilati e invalidi riassunti in servizio sedentario (2238).

6. GULLO. — Istituzione di una sezione distaccata della Corte di appello di Catanzaro con sede in Cosenza (2334).

La seduta è tolta (ore 21,55).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari