

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

753^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 14 DICEMBRE 1967

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente ZELIOLI LANZINI,
indi del Vice Presidente SPATARO

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione	Pag. 40387
Approvazione di procedura urgentissima per il disegno di legge n. 2600:	
PRESIDENTE	40403
MARTINELLI	40403
Deferimento a Commissioni permanenti in sede deliberante	40387
Presentazione di relazione	40387

Seguito della discussione:

« Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera » (2275) (Approvato dalla Camera dei deputati) ed esame della petizione n. 67:	
BONADIES	40411
CASSESE	40423

MACCARRONE	Pag. 40388
PENNACCHIO	40419
* PICARDO	40404

PER IL COMPLEANNO DEL SENATORE MEUCCIO RUINI

PRESIDENTE	40404
----------------------	-------

PETIZIONI

Esame, *vedi* disegno di legge n. 2275.

N. B. — L'asterisco indica che il testo del discorso non è stato restituito corretto dall'oratore.

Presidenza del Presidente ZELIOLI LANZINI

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

Si dia lettura del processo verbale.

M A I E R , Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del giorno precedente.

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

Annunzio di presentazione di disegno di legge

P R E S I D E N T E . Comunico che è stato presentato il seguente disegno di legge d'iniziativa del senatore:

FENOALTEA. — « Modifica dell'articolo 11, secondo comma, della legge 15 febbraio 1958, n. 46, sulle pensioni a carico dello Stato » (2609).

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

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

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

« Modifiche dell'articolo 2 della legge 12 aprile 1962, n. 185, recante norme per l'assistenza degli orfani dei caduti per causa di servizio » (2577);

« Disposizioni straordinarie riguardanti il trattamento economico dei dipendenti dei Comuni e delle Provincie » (2580), previo parere della 5ª Commissione;

« Norme per l'ammissione dei cittadini degli Stati membri della Comunità economica europea (CEE) a svolgere le attività d'interprete e di raccolta d'informazioni commerciali per conto di privati, nonché a gestire i servizi di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti solidi urbani » (2588);

alla 5ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Autorizzazione della spesa di lire 730 milioni per la prosecuzione ed il completamento del Canale demaniale " Regina Elena " e relative opere complementari, nonché per il pagamento dei compensi in revisione dei prezzi contrattuali delle opere stesse » (2579), previo parere della 7ª Commissione;

alle Commissioni permanenti riunite 7ª (Lavori pubblici, trasporti, poste e telecomunicazioni e marina mercantile) e 8ª (Agricoltura e foreste):

SPEZZANO ed altri. — « Proroga con modifiche ed integrazioni delle leggi 26 novembre 1955, n. 1177 e 10 luglio 1962, n. 890, sui provvedimenti straordinari per la Calabria » (2591), previ pareri della 1ª e della 5ª Commissione e della Giunta consultiva per il Mezzogiorno.

Annunzio di presentazione di relazione

P R E S I D E N T E . Comunico che a nome della 5ª Commissione permanente (Finanze e tesoro) il senatore Trabucchi ha presentato la relazione sul seguente disegno di legge: « Conversione in legge del decreto-legge 11 dicembre 1967, n. 1132, concernente la proroga della addizionale istituita con l'articolo 80, primo comma, del decreto-legge 18 novembre 1966, n. 976, convertito, con modificazioni, nella legge 23 dicembre 1966, n. 1142 » (2601).

Seguito della discussione del disegno di legge: « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera » (2275) (Approvato dalla Camera dei deputati) ed esame della petizione n. 67

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione: « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera », già approvato dalla Camera dei deputati, e l'esame della petizione n. 67. Si dia lettura del sunto della petizione.

MAIER, Segretario:

Il cardinale Giuseppe Siri, Arcivescovo di Genova e Parroco dell'Istituto « Gianni Gaslin » di Genova, ed altri cittadini chiedono che il Senato — nel prendere in esame il disegno di legge: « Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera » (n. 2275) — precisi, nella norma che regola la materia, che nei confronti degli Istituti a carattere scientifico le disposizioni della legge si applichino limitatamente all'esercizio dell'attività assistenziale (Petizione n. 67).

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

MACCARRONE. Signor Presidente, onorevole rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, per chi ha seguito le battaglie sanitarie di questo secondo dopoguerra e fa parte di questo Senato è motivo di soddisfazione vedere che finalmente all'ordine del giorno di questo ramo del Parlamento si trova iscritto un argomento che è aperto nella vita del Paese da ben più tempo di questo arco di vent'anni di vita repubblicana e che nemmeno la legge che va sotto il nome di Gianni Petragliani, la legge del 1938, era riuscita a chiudere; un argomento aperto fin dal momento dell'unità d'Italia, quando, nel generale compromesso intorno agli enti istituzionali di assistenza e beneficenza, pur nel fervore di iniziative per la formazione di una legge sanitaria per affrontare in senso moderno i problemi della struttura sanitaria del nostro Paese, il settore

ospedaliero rimase fuori dalla considerazione degli studiosi e dei politici che si occuparono in quell'epoca di dare la prima legge sanitaria al nostro Paese; motivo di soddisfazione quindi perchè, dopo anni di discussione in sede accademica, in sede politica, in sede sindacale, dopo numerose sortite con proposte, progetti, iniziative di vario genere e dopo altrettante numerose ritirate, spesso drammatiche, una legge ospedaliera è giunta al nostro esame.

Devo constatare però che per essere una legge così importante, una legge che tocca un settore così delicato e vitale per la vita del Paese, il Senato vi sta dedicando un'attenzione sproporzionata, facendo scorrere le lunghe ore di queste sedute che precedono le feste natalizie nel deserto dell'Aula, nella disattenzione dei membri del Senato e — lasciatemi dire — anche nella disattenzione del Governo, non dico dell'onorevole Ministro della sanità, ma del Governo in quelle parti che sono direttamente interessate alla discussione della legge. Avrei desiderato che l'onorevole ministro Bosco fosse informato direttamente dalla voce del Senato delle considerazioni, dei giudizi, delle tendenze presenti in questo ramo del Parlamento e sentisse direttamente quanto complesso, delicato sia il problema ospedaliero e quanto necessario e urgente sia affrontarlo con mezzi adeguati.

Avrei desiderato che l'onorevole Ministro dell'interno, che pure ha teso a porre un'ipoteca assai pesante nella fase della discussione preparatoria di questa legge, avesse sentito la necessità di ascoltare le considerazioni del Parlamento direttamente e non mediate o filtrate dalla stampa o dalla fredda esposizione dei resoconti parlamentari.

Onorevoli colleghi, noi siamo di fronte ad una decisione, questa della legge ospedaliera, che è molto impegnativa e che implica una grossa responsabilità. Devo dire che la difficoltà del tema, la complessità dell'argomento è offerta a noi da una pregevole relazione del collega Samek, che ha facilitato il nostro compito, sia nell'apprezzare quanto nella legge vi è di apprezzabile, sia nell'aiutarci a scorgere con chiarezza ed evidenza

quanto, ed è molto, nella legge è criticabile. Una relazione, questa del collega Samek Lodovici, che, non indulgendo alla facile tentazione di raccogliere un'amplissima bibliografia, che sull'argomento è possibile raccogliere, o di fare una glossa sulla questione ospedaliera italiana, tuttavia nelle poche, ma essenziali righe di introduzione e nella parte conclusiva, ha trattato in modo originale, e con una ispirazione tratta dall'esperienza personale del medico, dalla sua cultura e dalla sua sensibilità umana, quegli elementi che ci consentono di tessere il nostro ragionamento avendo un canovaccio abbastanza adeguato all'entità dell'argomento e all'importanza delle considerazioni che si possono fare.

Non posso non dare atto al relatore della obiettiva difficoltà in cui si è trovato nello stendere questa relazione e anche della sincerità che egli ha dimostrato, pur con le cautele che sono proprie di un relatore di maggioranza, di una maggioranza che intorno a questa legge ha manifestato atteggiamenti diversi, e non solo negli aspetti marginali, una maggioranza che si è presentata composta e che, pur confluendo nel voto finale, non ha mancato di esprimere critiche che, a mio avviso, sono di fondo, determinanti e, in un certo senso, mettono in evidenza un elemento di profonda contraddizione tra l'atto politico dell'approvazione della legge, che appare più un atto di necessità che una convinzione personale, e la coscienza di chi esprime questo atto che invece è orientato nettamente e decisamente in un'altra direzione.

Traspare da questa relazione sincera, anche sotto questo profilo, in modo evidente, anche per chi ha occhi non molto esercitati, come me, la verità di questa legge, i disagi che questa legge fa sentire a tutti noi. Ho apprezzato molto, senatore Samek, l'eleganza di quella espressione a pagina 4 della sua relazione, laddove ella, dopo aver elencato i tredici punti ideali verso cui dovrebbe tendere chi si accinge a rinnovare il nostro sistema ospedaliero per utilizzarlo per una politica ospedaliera nuova, per una politica sanitaria nuova, diceva: « Il relatore ritiene fondamentali questi obiettivi anche in base

alla sua lunga e varia esperienza di medico, e maturi nella sensibilità popolare »; quella sensibilità popolare, aggiungo io, onorevole rappresentante del Governo, a cui il suo Governo più che agli interessi ristretti di gruppo, di classe, interessi privilegiati di posizioni di preminenza, avrebbe dovuto guardare non solo per trarre ispirazione e incoraggiamento, ma per trarre un appoggio essenziale e necessario in un momento nel quale il Governo voleva fare una svolta nel campo della politica sanitaria. Quella sensibilità popolare che in questi giorni ha manifestato attraverso le grandi organizzazioni sindacali dei lavoratori proprio la sua valutazione su questo punto, rivendicando, non per domani ma per oggi, e non nel contesto di una serie di altre rivendicazioni e di altre richieste ma al primo posto, in modo evidente, quel servizio sanitario nazionale che è la premessa e la condizione per una giusta riforma di tutto il sistema.

Il relatore dice: « Sembra » che a questi obiettivi reali — ai suoi 13 punti — si ispiri la legge di riforma ospedaliera al nostro esame. Io non ho la facondia subalpina del senatore Trabucchi per fare un'analisi logica, grammaticale e lessicale di questa frase; però con quel tanto di *acetum italicum*, mescolato al buon vino di Pachino che fa parte del mio bagaglio e della mia sensibilità personale, mi pare di poter scorgere non tanto ironia, senatore Samek, quanto amarezza in questa sua espressione.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore.*
Ironia, no di certo!

M A C C A R R O N E . La verità è, onorevoli colleghi, che la primitiva proposta formulata sotto la direzione dell'onorevole Mariotti, Ministro della sanità in carica, scaturita da una lunga elaborazione nel vecchio Partito socialista italiano, la primitiva proposta, senatore Ferroni, che si ispirava largamente alla saggezza e alla grande apertura mentale di quel Dogliotti che ella ieri ha citato in quest'Aula, quella primitiva proposta che l'onorevole Ministro della sanità aveva estratto da un confronto di idee durato nel nostro Paese per dieci anni nell'am-

biente sindacale, nell'ambiente politico, in mezzo ai medici ospedalieri, tra gli studiosi di questioni di organizzazione sanitaria e di politica sanitaria, quella primitiva proposta di riforma meritava di essere discussa dal Parlamento italiano dopo venti anni di riflessione e di discussione sulle esigenze dell'organizzazione ospedaliera italiana. Poteva essere emendata, poteva essere migliorata o limitata; si poteva, su pressione dell'onorevole Ministro del tesoro o per le resistenze di settori della burocrazia statale o di gruppi e di tendenze conservatrici del Governo, anche limitare alcuni aspetti di quella riforma. Ma essa doveva costituire la base di discussione per un avvio serio della riforma ospedaliera, e dietro a questa, gradualmente, come conseguenza, per effetto della lievitazione della riforma ospedaliera, per un avvio della riforma sanitaria generale.

Senatore Ferroni, noi abbiamo sempre ragionato in questo modo. Se abbiamo potuto dare l'impressione di voler risolvere tutte le questioni insieme e frettolosamente, ce ne rammarichiamo molto. Noi abbiamo sempre preteso di presentare all'attenzione del Parlamento italiano e dell'opinione pubblica del nostro Paese un disegno organico e il più possibile definito in tutte le sue parti, così da far vedere l'avvio e l'obiettivo finale, le implicazioni per questo settore e per il resto della società del nostro Paese ed i rapporti necessari che noi riteniamo si debbano istituire fra gli ordinamenti sanitari e l'ordinamento generale della Repubblica.

Però abbiamo sempre detto che questo sistema così disegnato e definito, perfettibile nel corso della sua verifica, avrebbe dovuto essere avviato gradualmente, partendo da quei settori più qualificanti e determinanti che avrebbero consentito la soluzione più rapida e meno contraddittoria di tutto il problema.

FERRONI. Mi consenta una interruzione. Non è lei che a Mestre, due anni fa, ha tenuto una conferenza contro quel primo progetto?

MACCARRONE. Se vuole, parlerò molto di quel primo progetto e ne parlerò

come a Mestre, come in tante altre città d'Italia, con i medici e con coloro che mi hanno onorato di essere presenti e che hanno contraddetto le mie espressioni senza aspettare, come lei, il 14 dicembre per farlo, sulla base di una informazione che — ella mi consenta, senatore Ferroni — se non altro è parziale, perchè ella non era presente a quella conferenza.

FERRONI. No, ma mi risulta.

MACCARRONE. La stampa veneta non l'ha riferita; perciò lei parla su « si dice ».

FERRONI. Quel suo discorso verteva sul primo progetto.

MACCARRONE. Ma a Bologna ho avuto l'onore di esporre agli amministratori democratici del nostro Paese la mia posizione sulla riforma ospedaliera ed in quella conferenza, che è scritta, ella avrebbe potuto trovare motivo per confutare il suo informatore.

FERRONI. Mi farà la cortesia di inviarmela. Gliene darò atto.

MACCARRONE. Sono stato molto critico verso quella riforma, perchè conteneva alcuni elementi contraddittori, che io speravo si potessero chiarire intanto nella discussione preliminare e poi nel dibattito parlamentare. Conteneva anche delle audacie che forse avremmo dovuto in qualche maniera modificare, tenendo conto del rapporto di forze che vi è nel nostro Paese e della composizione politica delle Assemblee parlamentari; però quella era la base di discussione e fin da allora io lo sostenni, e glielo dimostrerò.

FERRONI. Prendo atto delle sue dichiarazioni.

MACCARRONE. Quella proposta aveva veramente messo in movimento molte idee e molte forze, mentre questa proposta, così come è venuta al Senato, mutilata,

contorta, compromessa, non ha fatto altro, onorevoli colleghi, che suscitare malumori e critiche ed un disagio che promana non solo dalle considerazioni che si possono fare su questa vicenda — considerazioni politiche ed anche umane —, ma dalla lettura stessa del testo, su cui il senatore Trabucchi ha fatto un discorso che io non condivido nella sua impostazione, anche perchè lo considero astratto e inopportuno. Il senatore Trabucchi ha dato in quest'Aula una dimostrazione delle contraddizioni, degli errori marchiani, delle ripetizioni inammissibili in un testo legislativo, delle formulazioni stravaganti per una norma giuridica, per un testo di legge.

Noi possiamo constatare (e probabilmente lo farà anche il Ministro nella sua replica) che, nonostante questo, nonostante che noi non siamo più di fronte ad una proposta di riforma ospedaliera ma semplicemente ad una legge che ha per titolo « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera », un titolo della legge sterilizzato, neutro, senza aggettivi e senza quei sostantivi, cioè quelle espressioni sostanziali che viceversa avremmo dovuto trovarvi, « la destra », tra virgolette, perchè non si tratta solo della destra politica ma di una destra di tipo particolare, di una destra sanitaria, continua ad essere in prima fila anche contro questa legge. Il senatore Trabucchi ha ritenuto di dover far qui il discorso della carità, un discorso, devo riconoscere, appassionato, con accenti anche mistici, pronunciato in modo ieratico in questa Aula. Sostanzialmente, però, il senatore Trabucchi è stato un attento lettore della legge per la parte grammaticale ed ha raccolto quelli che lui ha chiamato i « pesci rossi ». Egli però, non so se perchè cattivo pescatore, forse anche in senso evangelico, o perchè gli faceva velo la prevalente e preminente esigenza di porre qui il tema della carità come elemento di base di una critica a questa legge, come discriminante tra la ispirazione della ideologia del suo Gruppo e la ispirazione che secondo lui avrebbe guidato il Gruppo socialista nel sostenere questa legge, non ha raccolto nella sua rete il « pesce nero » della carità: quella carità non come l'ha intesa

lui, di cui io comprendo il senso e apprezzo il valore, ma quella carità dietro la quale in tutti questi anni, vorrei dire in tutti i secoli che stanno alle nostre spalle, si sono nascosti e si nascondono ancora privilegi, posizioni di potere, mistificazioni, pregiudizi che noi abbiamo il dovere, prima che il diritto, onorevoli colleghi, come rappresentanti della Nazione repubblicana di spazzar via.

Questa « carità » è largamente presente in questa legge e nei suoi articoli contorti, fatti di periodi lunghi di cui si perde persino il soggetto, che contengono 8, 9, 10 ed anche 16 e 18 commi nella stessa formulazione, che si riferiscono e tendono a regolare situazioni completamente diverse e lontane tra di loro. Questo tipo di carità, cioè il rapporto con il sistema e gli interessi privatistici, è largamente tutelato in questa legge. Per quanto si sforzerà nell'utilizzare strumentalmente questi attacchi, in senso conservatore, alla legge, l'onorevole Ministro non potrà cancellare il dato di fatto che, mentre i rinnovatori, coloro cioè che vogliono innovare realmente in questo campo, respingono con impegno e con proposte organiche le sue tesi (come hanno fatto, ad esempio, gli assistenti e gli aiuti universitari nel congresso di Milano il 6 e 7 dicembre e come hanno fatto le confederazioni del lavoro non sottolineando nella loro presa di posizione la validità dell'attuale legge ospedaliera, ma ponendo l'accento sull'esigenza immediata del servizio sanitario nazionale), i moderati, i conservatori, invece, onorevoli colleghi, onorevole rappresentante del Governo, hanno lasciato sul campo ormai le schiere di pochissimi cecchini che sparano, sì, sulla legge con intermittenza, ma sparano per tener viva e desta l'attenzione su di loro e in fondo per consentire in questo modo di difendere posizioni conquistate di cui si ritengono largamente soddisfatti.

Confrontate, infatti, ed io spero che lo faccia l'onorevole Ministro, quello che succede in questi giorni intorno alla discussione sulla legge ospedaliera e quello che è successo al momento dell'annuncio. Io credo che, se noi avessimo avuto all'ordine del giorno il primitivo progetto, avremmo sen-

tito qui un discorso molto diverso dal senatore Monaldi, il quale, oltre ad essere un ex Ministro della sanità di un Governo e di una politica conservatori per quanto riguarda il settore della sanità, è anche un alto esponente del mondo accademico; avremmo sentito con forza pronunciarsi contro la legge, ad esempio, il senatore Cassano, non solo come esponente del mondo universitario, ma come propugnatore di una politica fortemente conservatrice e, consentitemi anche l'espressione qualificativa e non dispregiativa, retrograda.

R U S S O . Lei sta facendo un processo alle intenzioni.

M A C C A R R O N E . No, senatore Russo, perchè queste sono le posizioni che hanno assunto su quella legge.

B O N A D I E S . Ma se non ha parlato mai.

M A C C A R R O N E . Ha parlato alla televisione, ha preso posizioni, ha agitato i clinici italiani, si è messo alla testa di una canea contro la legge gridando al pericolo rosso per quella legge; mentre su questa sta zitto e si contenta di suggerire a qualche rappresentante del Governo amichevole qualche leggero ritocco che consenta, non il mantenimento dell'equilibrio attuale, ma il rafforzamento e forse anche l'avanzamento verso posizioni di privilegio: questa è la realtà!

Questa legge è attaccata dalla destra in modo strumentale e infatti anche i discorsi fatti sulle case di cura in quest'Aula, onorevoli colleghi, tendono non tanto ad evitare il peggio, quanto a consolidare una situazione che viene considerata largamente soddisfacente dai rappresentanti delle case di cura. Probabilmente, l'onorevole Sottosegretario che ha partecipato a quell'epoca, secondo le sue convinzioni molto rispettabili ed il suo punto di vista, a quei movimenti contro il primitivo progetto di riforma, potrebbe essermi buon testimone del fatto che in quella formulazione ulteriormente peggiorata, senatore Samek, dalle modificazioni in-

trodotte dalla Commissione, le condizioni poste in essere dalla legge per le case di cura sono larghissimamente soddisfacenti per i tenutari di questo tipo di istituzioni.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* L'oggetto ed il soggetto di allora non erano le case di cura.

M A C C A R R O N E . L'iniziativa era proposta dall'Associazione delle case di cura.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* No, non confondiamo le idee.

M A C C A R R O N E . Non quella di Bari, quella di Roma; non mi riferisco alla sua presa di posizione pubblica contro il suo Ministro a Bari, ma mi riferisco alla posizione pubblica che ella ha preso insieme a Bariatti, presidente dell'ordine dei medici, a Roma contro il suo Ministro, in quel momento.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Non era contro il Ministro. Allora non c'era ancora un oggetto, e lei lo sa, ben definito dal Governo, sul quale il Governo potesse discutere. Erano soltanto idee.

M A C C A R R O N E . Onorevole Volpe, in politica contano i fatti, in tribunale probabilmente i giochi di parole.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Ma in questo caso il tribunale è lei.

M A C C A R R O N E . Il tribunale è l'opinione pubblica del nostro Paese.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* In questo caso è lei.

M A C C A R R O N E . Il fatto è questo: una proposta, che è stata diffusa ufficiosamente dal Ministero della sanità, è andata in giro, è stata discussa da tutti noi cittadini italiani con il nome di riforma Mariotti; mentre noi discutevamo la riforma Mariotti, il Sottosegretario per la sanità del Governo

di centro-sinistra discuteva con i rappresentanti del settore più retrivo dell'opinione pubblica del nostro Paese contro quel progetto di legge.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Quali?

M A C C A R R O N E . Per esempio, quelli delle case di cura.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Ma no. Questa è la sua confusione di idee; a Bari non c'erano assolutamente quelli, e lei lo sa.

M A C C A R R O N E . Comunque, onorevole Volpe, come deputato lei avrà la possibilità di parlare nell'altro ramo del Parlamento. Non so se, come membro del Governo, potrà replicare. Questo lo deciderà l'onorevole Presidente. (*Interruzione del senatore Conti*). Se dovessero rispondere tutti quelli a cui ci rivolgiamo nei discorsi parlamentari, chissà che cosa succederebbe in quest'Aula.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Io rispondo.

P R E S I D E N T E . Continui senatore Maccarrone, e lei, onorevole Volpe, non raccolga.

M A C C A R R O N E . Mi premeva solo richiamare questo fatto. Il grosso delle forze esistenti, che sono molto importanti, rimane sotto la tenda, mentre noi discutiamo di questa legge sugli enti ospedalieri e sull'assistenza ospedaliera. Rimane però il fatto delle ritirate, il fatto cioè che, se mettiamo da parte l'« Avanti! », ogni giornale ufficiale del Partito socialista unificato, e se mettiamo da parte i convegni promossi dall'ufficio e dal comitato della sezione di sicurezza sociale del Partito socialista unificato, a portare avanti una battaglia avanzata nel nostro Paese per una riforma organica non vi sono schierate forze importanti della maggioranza, nel Parlamento.

Anche se nei discorsi ho apprezzato molto il coraggio, la decisione, la fermezza e anche la durezza di certi colleghi, come per esempio il senatore Ferroni che ho avuto l'onore di ascoltare ieri, dicevo, vengono fuori in questa battaglia le forze che pure esistono in seno alla maggioranza governativa e che nel Parlamento costituiscono una larga maggioranza.

Onorevole rappresentante del Governo, lei forse riferirà al suo Ministro che ho avuto modo di ricordare in quest'Aula un'occasione perduta, un'altra delle numerose occasioni che sono state date alle forze rinnovatrici in seno al Governo, e che è stata perduta nella battaglia per il rinnovamento del sistema sanitario del nostro Paese. Mi riferisco alla Commissione ministeriale per la riforma di base che, nell'intenzione del Ministro, doveva essere — egli lo ha dichiarato nella seduta di insediamento — e certamente poteva essere, un'occasione preziosissima per allargare il discorso, non tanto per introdurre subito nel dialogo tra le forze politiche nel Parlamento un provvedimento che affrontasse questo altro aspetto estremamente complesso della situazione sanitaria del nostro Paese, ma un'occasione preziosissima per allargare il discorso e per presentare un sistema più organico di rapporti e di istituti verso cui la politica sanitaria dell'onorevole Ministro della sanità e del Governo, partendo dalla riforma ospedaliera, intende andare.

Questa occasione è stata bruciata. Che cosa si tendeva a fare? Sono d'accordo con lei, senatore Ferroni: nell'attuale momento — e lo dirò — si poteva, si doveva, era utile incominciare dalla riforma ospedaliera. Ora questa riforma non può essere fine a se stessa, ma deve essere inserita in un contesto che sia caratterizzato da molte modificazioni e deve prima di tutto essere funzionalmente inquadrata nel rapporto verso la base, cioè verso i cittadini non ricoverati, che ancora non hanno bisogno del ricovero ospedaliero e deve essere collegata a monte a tutto il sistema protettivo della salute. Infatti, diversamente, noi modificheremo un po' le cose vecchie di un secolo (la legge,

l'ordinamento, i contenuti delle istituzioni sono del 1890, il regolamento dei servizi è del 1938), ma non avremo cercato di realizzare un sistema organico, un servizio organico, il servizio sanitario nazionale che in fondo è l'obiettivo fondamentale e completo di questa politica.

Ebbene, per avere una visione chiara di questo, occorre sapere che cosa si fa prima di andare all'ospedale, come si organizzano i servizi per i cittadini che non hanno ancora bisogno di andare all'ospedale. Io affermo che costoro possibilmente debbono essere tenuti fuori dall'ospedale dove l'assistenza è estremamente costosa e incide in modo tale sull'economia del Paese da far saltare qualsiasi tipo di bilancio possibile e prevedibile.

Ebbene, definire questo quadro avrebbe voluto dire gettare un fascio di luce viva e illuminante su questo disegno di legge e consentire a coloro che resistono in nome della scienza o in nome della tradizione di cimentarsi veramente con la realtà e non nascondersi dietro una cortina di parole per difendere sostanzialmente dei privilegi. Questa Commissione è stata annegata in un mare burocratico, non se n'è saputo più nulla, si è frantumata, suddivisa. La discussione non ha avuto senso, non si è collegata con l'opinione pubblica, è rimasta un fatto marginale, estraneo, esterno a tutto questo dibattito che si è svolto nell'altro ramo del Parlamento e che si sta svolgendo qui.

Di chi è la responsabilità di questa ritirata, onorevoli colleghi? Della cosiddetta destra, di questa tanto minacciosa destra che secondo voi vi avrebbe convinto e costretto a modificare il primitivo disegno di legge? No, qui la responsabilità politica è del Ministro della sanità il quale non può, a mio avviso, a mia modesta convinzione, a mio remissivo giudizio, venir qui a dire le cose buone che ha fatto per farci dimenticare le responsabilità pesanti che ha su certi argomenti. La responsabilità di queste ritirate è molto grave anche perchè questo atto, secondo me, va al di là della questione ospedaliera e investe aspetti della politica generale, più particolarmente della politica sanitaria;

e questo, sì, veramente, non gli attacchi della destra, pregiudica la buona conclusione della discussione sulla riforma ospedaliera, questo, sì, veramente pregiudica quelle premesse che lo stesso Ministro della sanità — ed io le ho condivise le ho appoggiate e le condivido — voleva porre e il Partito socialista giustamente, coraggiosamente, fortemente aveva posto alla sua iniziativa di politica sanitaria.

Non che in senso astratto e generale la riforma ospedaliera sia il *primum movens*, ma, date le condizioni politiche del nostro Paese, date le condizioni degli ospedali italiani, dato il significato che questa riforma poteva assumere e andava assumendo, noi abbiamo considerato e noi consideriamo ancora la riforma ospedaliera come un avvio della riforma generale.

Vedano, onorevoli colleghi, questa esigenza della riforma generale, che avrebbe dovuto essere il tema dominante, il quadro politico dentro cui svolgere l'esame della legge, è stata richiamata più di una volta in questa Aula; però mi consentano gli onorevoli colleghi di dire che questa esigenza è stata richiamata più dall'opposizione che dalla maggioranza e mi permettano per un momento di estrapolare dalla maggioranza il discorso del senatore Ferroni, che ho apprezzato, e di scostarlo un po' sulla linea non di un discorso di opposizione in senso tradizionale, ma certamente sulla linea di un discorso critico. Ora, questo ripudio della maggioranza, a mio avviso, è incomprendibile perchè la maggioranza che sostiene il Governo, rinunciando in questo momento a porre il problema della riforma generale e a considerare in questo quadro la validità di questa legge, rinuncia a posizioni programmatiche che ha dichiarato essere sue, rinuncia cioè a dar valore e risalto, onorevoli colleghi, cari compagni socialisti, a quello che voi in giro dite essere il più grande successo di questa legislatura, la programmazione economica, rinuncia a richiamarsi a quella che voi avete voluto legge dello Stato e che nel suo allegato al capitolo VII, paragrafo 71, afferma proprio in tutte lettere, con molta chiarezza, anche se

non in modo completo, non l'esigenza, ma l'impegno di una riforma sanitaria generale.

F E R R O N I . Non abbiamo rinunciato affatto a ciò e ve ne accorgete col tempo.

M A C C A R R O N E . La politica è fatta di oggi, non di domani. Dirò, senatore Ferroni, che non solo per credere a questo bisogna dare la prova oggi, ma che oggi bisogna dare questa prova perchè è necessario fare oggi, realizzare oggi quell'impegno e non rinviarlo a domani, ad una nuova stagione.

Del resto, senatore Ferroni, di questi rinvii è piena la quarta legislatura. Meraviglia che, ad esempio, il senatore Monaldi, il senatore Di Grazia, quasi tutti gli esponenti della Democrazia cristiana che ho avuto il piacere di ascoltare, abbiano rinunciato a richiamarsi a questa posizione programmatica nel fare il loro esame.

L O M B A R I . Senatore Maccarrone, il capitolo settimo della programmazione parla di sicurezza sociale a partecipazione di Stato e iniziativa privata. Ora io domando perchè la buonanima di Togliatti, quando è caduto ammalato e ha avuto bisogno di cure, si è ricoverato nella casa di cura del professor Spallone.

M A C C A R R O N E . Vuole che faccia il pettegolezzo o che discuta dei documenti parlamentari?

L O M B A R I . No, questa è una realtà; voi andate nelle case di cura quando è in pericolo la vostra pellaccia!

S C O T T I . Questa è una sciocchezza, ritiri immediatamente la parola «pellaccia»! (*Vivaci repliche del senatore Lombardi*).

P R E S I D E N T E . Senatore Lombardi, la prego! Continui, senatore Maccarrone, non tenga conto delle interruzioni.

M A C C A R R O N E . Mi meraviglio di più, onorevoli colleghi, della posizione dell'onorevole Bosco, membro del Governo, o meglio non mi meraviglio affatto della posizione dell'onorevole Bosco, ministro del lavoro, perchè, nel gioco delle parti, egli ha svolto la sua parte e quindi, come si dice in Toscana, poggio e buca fanno pari; da un lato c'è l'attivismo dell'onorevole Mariotti, proteso verso l'avvenire, e dall'altro c'è il gradualismo prudente e conservatore dell'onorevole Ministro del lavoro.

Il nostro relatore alla legge non ha potuto fare a meno di richiamarsi a questi concetti generali, anche se lo ha fatto con un certo pudore: adoperando una nomenclatura non compromettente, ha parlato di riforma previdenziale. Giusto, sono d'accordo con lei, onorevole relatore: per discutere questa legge e perchè essa possa avere un inserimento logico nel sistema verso il quale si dice di voler andare, occorre realizzare due premesse, le regioni e la riforma del sistema previdenziale. L'una e l'altra sono le premesse di questa legge; pertanto noi non possiamo giudicarla se non tenendo conto di che cosa questa legge introduce come modifica, o come esigenza di modifica nel sistema previdenziale e nell'ordinamento statuale del nostro Paese.

Ed è proprio su queste basi che noi esprimiamo dei giudizi negativi; non per una posizione preconcepita, non perchè questo è il ruolo che ci siamo assegnati come opposizione; noi non abbiamo timore delle eventuali responsabilità, anzi siamo convinti di essere con la stragrande maggioranza dell'opinione pubblica. Noi giudichiamo non sulla base di una pregiudiziale politica, ma tenendo conto — e lo estraggo dalle posizioni che vengono assunte dalla maggioranza: piano di sviluppo, posizione del relatore su questa legge — delle modificazioni reali di questa legge, portata al Parlamento prima di altre, pur esse necessarie, che vengono considerate premesse per una riforma ospedaliera effettiva che essa introduce nella situazione generale sanitaria. Da dove viene fuori l'esigenza della riforma generale? La diagnosi è facile. Credo che anche il senatore Lombardi, per esempio, sareb-

be d'accordo con me e non si irriterebbe perchè in effetti anche le sfumature di linguaggio su questo aspetto — la diagnosi dell'attuale situazione — sono comuni ed io non correrei il rischio di adoperare delle parole che potrebbero essere anche male intese e male interpretate dal senatore Lombardi. La diagnosi è facile; non voglio qui fare un lavoro di fantasia per definirla, per caratterizzarla. Questa diagnosi (io l'accetto anche se non è completa) è posta a premessa del capitolo VII del piano di sviluppo: questa è la diagnosi. In queste formulazioni vi è l'essenziale. Da questa diagnosi il programma fa discendere un'indicazione che non è completa ma che contiene essa stessa l'essenziale. Vi è un fatto dominante che sovrasta tutti gli altri ed è il riconoscimento del diritto alla salute per tutti i cittadini. È questo che noi dobbiamo avere di mira, senatore Lombardi, non le eccezioni.

L O M B A R D I . Legga il seguito dell'articolo 32 della Costituzione, l'ultima parte.

M A C C A R R O N E . Parla dei diritti della persona umana. Ma lei, senatore Lombardi, è più vecchio di me e sa benissimo qual è l'origine di questa espressione, sa che si riferisce ai campi di sterminio, alle sevizie, agli esperimenti disumani; e la dignità umana non c'entra affatto con le case di lusso in cui vengono ricoverati i ricchi del nostro Paese.

L O M B A R D I . Si riferisce alla libertà di scelta, alla dignità dell'uomo.

M A C C A R R O N E . Questo non c'è nell'articolo 32.

Vi è dunque questo fatto dominante e accanto ad esso vi è un progresso innegabile nella scienza, un progresso che rende evidente a tutti, anche all'opinione più elementare, alla percezione più elementare, più primitiva, la possibilità concreta di reclamare il soddisfacimento del diritto alla salute; fa vedere a grandi masse la possibilità concreta di guarire di mali ritenuti prima inguaribili, la speranza concreta di curare in un prossimo futuro malattie oggi incurabili. È

vero, onorevoli colleghi, che la scienza medica, o meglio, il complesso delle scienze che il medico utilizza nella sua attività ha fatto passi avanti meno rapidi e meno importanti rispetto ad altri settori della scienza, specialmente nel nostro Paese, ma vi sono delle ragioni per questo ritardo, nella coscienza, nei pregiudizi dell'uomo, e soprattutto nella presenza in questo settore di cospicui e consolidati interessi privatistici e di casta che sommergono l'interesse umano e sociale della ricerca scientifica.

Vi è in primo luogo il dominio parassitario del monopolio farmaceutico che agisce da freno allo sviluppo delle zone più arretrate della ricerca ed egemonizza, dominando e piegando ai suoi interessi, le zone più avanzate. Vi sono gli interessi industriali che qualche volta vengono scandalosamente alla luce nelle cronache in occasione di contrasti. Vi è il disinteresse dello Stato, soprattutto dello Stato italiano che non impegna mezzi pubblici sufficienti per la ricerca. Basta guardare i programmi del Consiglio nazionale delle ricerche nel settore della biologia e della medicina e confrontarli con i miracoli che vengono fatti con fondi esigui nell'ambito dell'Amministrazione della sanità, nell'Istituto superiore della sanità; sforzi veramente encomiabili che pongono i nostri ricercatori a livello internazionale, anche se spesso sono misconosciuti persino nel nostro Paese. Basta guardare agli stanziamenti, agli impegni, ai programmi della ricerca di base ed applicata che vengono presentati annualmente dal Consiglio nazionale di ricerca nel settore della biologia e della medicina, alla scarsezza dei mezzi ed anche al fiorire di questo sottobosco di centri e sottocentri, che nascondono spesso attività fittizie, di cui è costellato il nostro Paese.

Tuttavia, anche se la marcia è lenta o, per esattezza, devo dire, meno spedita che in altri campi, il progresso della medicina va avanti, le malattie infettive e diffuse sono debellate, le tecniche riparative e sostitutive, che tanto stupore e tanta ammirazione suscitano anche in questi giorni, hanno raggiunto livelli che il grosso pubblico consi-

dera al di là della comprensione umana. Le malattie distrofiche dell'infanzia e talune malattie sociali sono state contenute ed anche fortemente ridotte.

Noi assistiamo ad un cambiamento della patologia umana e in questa fase è dominante una patologia basata fondamentalmente sulle forme degenerative. C'è un crescendo pauroso della patologia degenerativa, un crescendo preoccupante perchè investe non solo e non più la tarda età o la cosiddetta età di mezzo, ma comincia ad investire con le sue conseguenze anche la seconda fascia della giovinezza. L'infarto prima era un episodio che si verificava oltre i cinquant'anni, ora è abbastanza frequente fra i trenta e i quarant'anni; le malattie dei vasi si avvicinano all'età attiva, all'età della seconda fascia della giovinezza e della prima fase della maturità. E non parlo dei tumori, di cui di solito i giornali trattano molto ampiamente.

Ora queste forme non regrediscono con la cura: questo è il fatto fondamentale. La questione non è tra case di cura private o ospedali; il problema è che queste forme di malattia non regrediscono con la cura: una volta che si sono instaurate si possono contenere, si può impedire la loro evoluzione ulteriore, però non regrediscono.

Allora, proprio per questo, si impone un cambiamento delle posizioni nella medicina contemporanea, in forza dell'acquisita evitabilità di queste malattie e della possibilità, anzi direi della necessità, per evitarne i danni, di intervenire in fase precoce, anzi di svolgere interventi preventivi.

Di qui la necessità di cambiare, di riformare, non per adeguarsi a schemi astratti, non per fare nel nostro Paese quello che altri hanno fatto, meglio o peggio di noi, ma proprio perchè la nostra organizzazione sanitaria, che si è costruita sulla base di una esigenza diversa, cioè quella di curare il malato, di assisterlo, o di sovvenire all'uomo in condizioni di bisogno economico, con determinati mezzi e con determinati aiuti, si adegui a questa esigenza, perchè, cambiato l'obiettivo, deve cambiare lo strumento.

Da qui la necessità di una riforma. Questo è il punto. Si potrà discutere sul tipo

di strumento, su come realizzarlo, sui tempi, sul contenuto politico, sull'ancoraggio all'ordinamento statutale, ma questa riforma è indispensabile, è urgente. Siamo in ritardo.

Ora, noi abbiamo sostenuto — e possiamo anche essere in errore — che, per condurre questa battaglia, per mettere cioè le nostre istituzioni in condizione non di assistere ma di prevenire e naturalmente curare, quando ve n'è bisogno, e recuperare in validità e in piena salute, quando è possibile, i cittadini, occorre un insieme di istituti, di organi, di attività, di mezzi, correlati tra loro, funzionanti in modo armonico, in modo unitario. Infatti, come è unitaria la salute, perchè non è ammalato l'organo ma l'organismo, unitaria deve essere l'organizzazione che tutela la salute, unitario il centro di direzione, unitari la politica, l'indirizzo, le scelte per realizzare questi scopi.

Naturalmente, secondo noi, concepita così la questione, si può incorrere in pericoli: vi è il pericolo di una involuzione tecnocratica, di irrigidimento di centralizzazione, di burocratismo. Vi è il pericolo che la nostra organizzazione sanitaria si trasformi in una specie di amministrazione delle dogane. Bene, noi riteniamo che per evitare questi pericoli ci sia un solo rimedio, il controllo democratico. Occorre adottare il criterio del decentramento, occorre cioè, in questo campo della sanità, più che in ogni altro campo, attuare il disegno costituzionale del decentramento per la valorizzazione delle autonomie, per consentire la partecipazione a tutti i livelli dei cittadini, dei gruppi sociali, con l'attribuzione dei poteri e delle funzioni a livello intermedio e di base, coordinati dal centro, tutti rispondenti alla stessa legge, allo stesso centro politico, che è il Parlamento.

Qui è il problema. Occorre adagiare questi organismi sanitari sull'ordinamento statutale, sull'articolazione statutale della nostra Repubblica, occorre cioè che i poteri, per le decisioni e per le grandi scelte politiche, per la valutazione delle connessioni tra questi sistemi e il sistema generale della società, per la ripartizione delle risorse disponibili del nostro Paese, siano al centro

e che il Parlamento si possa esprimere attraverso il suo Esecutivo. Ma, proprio a tutela delle autonomie, proprio per consentire, vorrei dirlo al senatore Trabucchi, questo apporto insostituibile del cittadino, dell'uomo, nella vita sanitaria e nell'attuazione del programma sanitario, vi è un principio di fondo in questo campo che io vado sostenendo, che prima di me evidentemente è stato sostenuto da grandi maestri, nessun programma sanitario — e voi ne avete fatto l'esperienza con la vaccinazione anti-poliomielitica — può avere successo se non concorrono tre fattori, l'intervento dei pubblici poteri, gli operatori sanitari, cioè quelli che voi chiamate i medici, ed il consenso di coloro ai quali è rivolto il programma. Questo consenso non si ottiene con la legge, con l'imperio, ma con la partecipazione ed è in questo quadro che assume rilievo il sistema delle autonomie statuali e delle autonomie volontarie delle associazioni a tutti i livelli.

Ora con le attribuzioni dei poteri sanitari alle regioni, alle provincie, ai comuni, noi riteniamo non di aver trovato una formula magica per evitare questo pericolo, ma riteniamo di avere indicato la via lungo la quale occorre sperimentare la validità di queste posizioni. Del resto il servizio sanitario nazionale, così come viene definito nel programma quinquennale, è un servizio che si articola nelle regioni, nelle provincie e nei comuni.

Noi, onorevoli colleghi, siamo per questa politica non per amore di perfette costruzioni, ma perchè dalle fabbriche italiane, dove gli operai sono sottoposti ad uno sfruttamento e ad un logoramento disumano per il ritmo di lavoro, per l'influenza delle nuove tecnologie nei processi produttivi, per la mancanza di protezione, per la scelta degli orari, per l'insalubrità degli ambienti; dalle città italiane, dove si è creato un ambiente disadatto per l'uomo, pieno di rumori, di fumi e di sostanze nocive, congestionato, privo di verde, privo di respiro, privo di salvaguardie; dalle lontane campagne, separate dalla civiltà, prive di ogni servizio; dal Sud arretrato e disgregato, da ogni parte, insomma, sale un'ondata crescente

di rivendicazioni in questo senso: altro che andare a garantire la libertà ai grandi maestri e curare chi ha i soldi per rivolgersi a loro! Sono questi i reali problemi ed occorre venire incontro a queste necessità e coprire queste aree di bisogno, impedendo che queste rivendicazioni si trasformino in collera; la politica sanitaria deve tendere a questo: è nostro dovere provvedere e noi dobbiamo provvedere molto sollecitamente. Naturalmente non si può fare tutto in una volta, ma gradualmente, con quella gradualità, cioè, che le risorse disponibili consentono e che il rapporto di forze consente; ma bisogna avviarsi a riformare il nostro sistema e a costruirlo gradualmente, mattone su mattone, in questa direzione.

Ora io non voglio indurvi, nè voglio indurre il Ministro, a precisare quando attuerete questo sistema, se lo attuerete e che tipo di gradualità avete scelto; voglio solo chiedervi e chiedermi se, ammessa la gradualità, ammesso che il settore ospedaliero ha una grande importanza e può consentire l'avvio alla riforma, ammesso tutto ciò, la legge che noi abbiamo all'esame rappresenti questo mattone, questa piccola pietra del grande edificio che dobbiamo costruire; ma la mia risposta è no!

Vedete, noi cominciamo dal settore ospedaliero perchè questo è il settore nel quale la crisi è più grave ed è più evidente; perchè all'interno di questo settore si sono manifestate e si manifestano le forze più avanzate. Anche il congresso straordinario di Milano, dei giorni scorsi, che ho citato, è una manifestazione della presenza di queste forze e della loro importanza. Noi siamo convinti che si debba cominciare dal settore ospedaliero perchè questo settore è l'asse rotante del sistema, di quel sistema che io mi sono sforzato di delineare; contiene le attrezzature più qualificate; può servire come base per la preparazione e per l'aggiornamento del personale; costituisce uno dei costi più cospicui dopo il costo farmaceutico.

Quindi, ha grandissima importanza l'avvio di una riforma di questo sistema che affronti contemporaneamente tutti questi

aspetti. Ma quale tipo di riforma ospedaliera? La legge in esame introduce delle modifiche, sarebbe assurdo negarlo; se non altro innova profondamente nello stile giuridico (ci eserciteremo, quando sarà pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale*, se lo sarà, a fare l'analisi di essa), ma non innova per la verità solo da questo punto di vista: ci sono delle cose nuove.

BONADIES. Meno male che qualche cosa di buono c'è!

MACCARRONE. Lei, senatore Bonadies, si meraviglia perchè è sempre prevenuto. Ritieni che al di fuori di lei tutti gli altri non possano vedere il bene.

BONADIES. Ma quando mai io ho detto questo? Io ho fatto una interruzione che mi pareva giusta, opportuna.

MACCARRONE. È una interruzione che non posso condividere.

BONADIES. Pazienza!

MACCARRONE. Noi però abbiamo bisogno di una riforma che rimedi ai mali; che, partendo dalla crisi, la superi in una determinata direzione. E da che cosa è determinata questa crisi? La crisi ospedaliera è legata al fatto che il sistema ospedaliero italiano è caotico, è dispersivo, è antieconomico, non è governabile, ed è dominato da forze estranee e contrarie all'interesse della salute. Questo sistema è in crisi sia dal punto di vista quantitativo, sia dal punto di vista qualitativo. Non vi sono letti sufficienti. Vi è una distribuzione territoriale squilibrata, fortemente squilibrata, con alte concentrazioni nei centri urbani, al Nord e al Centro del Paese e con una assoluta carenza quantitativa nelle campagne e nel Meridione. Vi è una deficienza profonda della qualificazione degli ospedali. Dal punto di vista quantitativo le cifre sono impressionanti, caro collega Ferroni. Ma se noi andiamo più a fondo, ci rendiamo conto di come i servizi specialistici, le specialità oggi più necessarie, più ricercate per la tutela

della salute sono fortemente carenti. Negli ospedali dominano i reparti generali. Non si può dire che in questi reparti non sia possibile essere curati bene, ma tali reparti si chiamano appunto generali in quanto sono dotati di attrezzature estremamente generali e poco specializzate.

Anche il reclutamento del personale è in crisi, fortemente in crisi: vi sono livelli di preparazione professionale da elevare; vi è la esigenza, la necessità di un aggiornamento serio.

Il sistema ospedaliero poi è in crisi economica: i patrimoni sono più un fatto morale che un valore reale e realmente utilizzabile ai fini della politica finanziaria degli ospedali. Gli ospedali sono in crisi finanziaria e non solo perchè le mutue non pagano, ma perchè il ritmo crescente dei costi segue una curva che non può essere raggiunta dalla curva delle disponibilità. Vi è una crisi funzionale negli ospedali. L'ospedale non assolve quasi affatto alla sua funzione extramurale ed è assediato non solo dalle case di cura, ma da tutto il sistema che intorno all'ospedale costella le diverse zone e le diverse località di presidi di attività che potrebbero benissimo essere assolte dall'ospedale con maggiore soddisfazione.

Basta aver presente soltanto il problema della duplicazione, spesso della triplicazione delle indagini sullo stesso caso fatte a livelli molto diversi, proprio per questo tipo di crisi funzionali che l'ospedale così com'è determina.

Da che cosa deriva questa crisi? Da che cosa viene fuori? Questa crisi trova la sua motivazione nel tipo di istituzione, cioè nella forma giuridica che ha attualmente l'ospedale, cioè nel fatto che l'ospedale è un'istituzione separata che non riesce a stabilire un collegamento adeguato con il resto della società e con il resto degli ordinamenti e dei poteri.

Questa crisi deriva dal fatto che l'ospedale è un'opera pia, cioè una istituzione aberrante costruita su concetti medioevali, superata per la sua origine, per la sua natura, per i suoi rapporti statuali. È superata l'opera pia con la nuova legge? La nuova

legge introduce un correttivo adeguato? No, la nuova legge sostituisce alle istituzioni di assistenza e beneficenza le istituzioni di enti ospedalieri. E che non vi sia la necessità di modificare nulla della situazione esistente lo dimostra il meccanismo attraverso cui vengono modificati i vecchi istituti di assistenza e beneficenza. Dice l'articolo 3: « Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici che, al momento dell'entrata in vigore della presente legge, provvedono esclusivamente al ricovero ed alla cura degli infermi, sono riconosciuti di diritto enti ospedalieri ». Dice poi l'articolo 4: « Con decreto del Presidente della Regione su delibera della Giunta regionale sentito il Consiglio provinciale di sanità, gli enti pubblici di cui al primo comma dell'articolo precedente sono dichiarati enti ospedalieri ».

Quindi non vi è nessun cambiamento: la vecchia opera pia, la vecchia istituzione cambia solo nome. L'ente ospedaliero è perciò non solo il naturale erede, ma la reincarnazione esatta della vecchia istituzione di assistenza e beneficenza.

SAMEK LODOVICI, relatore.
Con qualche profonda differenza amministrativa ed istituzionale.

MACCARRONE. Senatore Samek Lodovici, vi sono delle novità. Nella legge si dispone che gli organi di amministrazione di questa istituzione non siano più composti in modo diverso, ma corrispondano tutti a un determinato modulo, a quel modulo che, a parte le questioni quantitative, oggi è seguito da circa l'80 per cento delle istituzioni ospedaliere italiane. Infatti, circa l'80 per cento delle istituzioni di assistenza e beneficenza che gestiscono ospedali hanno consigli di amministrazione nominati dai consigli comunali, hanno nel loro seno i rappresentanti degli interessi, hanno un presidente che è, grazie al Governo democristiano, nominato dal prefetto, mentre prima era nominato dal consiglio di amministrazione, e ora torna ad essere nominato dal consiglio di amministrazione. Nulla viene modificato per tutto il resto.

Vi sono altre innovazioni, senatore Samek, però queste innovazioni attengono più alla forma che alla sostanza, altrimenti il senatore Trabucchi non avrebbe fatto quella sua giusta osservazione a proposito delle attività e delle passività e a proposito del patrimonio. Ma per realizzare il superamento della crisi non occorre solo cambiare il nome e, direi, non occorre solo modificare le opere pie; occorre riformare le opere pie per realizzare il presupposto che consentisse il superamento della dispersione, dell'antieconomicità, che desse cioè all'ospedale il respiro e la dimensione che l'ospedale deve avere per funzionare, cioè il respiro e la dimensione regionale. Non è ammissibile oggi un sistema ospedaliero che non operi su base regionale, non è ammissibile nè per quel che riguarda il reclutamento e lo sviluppo di carriera del personale, nè per quello che riguarda la realizzazione di un adeguato servizio. Il concetto di rete regionale, il concetto di sistema ospedaliero regionale, cioè il concetto di un'organizzazione territoriale del sistema ospedaliero incentrato sulla dimensione territoriale regionale e — aggiungo — sulla istituzione giuridico-amministrativa della regione, questo concetto, esistente nel progetto Mariotti, non esiste più ed è la perdita di un elemento caratterizzante, cioè la perdita di un elemento di riforma. Questo non solo ha messo in mora un'esigenza di ordine sanitario; ma il fatto che si sia scelta un'altra soluzione, secondo me getta un'ombra di incostituzionalità su questa legge, perchè la Costituzione dice che l'assistenza sanitaria e ospedaliera è compito della regione. Compito del Parlamento sarebbe quindi quello di promuovere una legge-quadro che consenta, una volta attuato l'ordinamento regionale, lo svolgimento di quei compiti che l'articolo 117 della Costituzione assegna alle regioni.

Quindi si eludono due impegni precisi, uno di ordine tecnico, la rete regionale; uno di ordine giuridico-costituzionale, la questione della regione come centro regolatore della assistenza sanitaria ospedaliera, così come vuole l'articolo 117 della Costituzione.

Onorevoli colleghi, rinunciando a questo, è evidente che non si poteva non imboccare l'altra strada, cioè quella di incentrare sull'asse burocratico-amministrativo del potere centrale tutto il sistema ospedaliero (che è la strada scelta dal Governo e dalla maggioranza).

Vi è poi un altro aspetto che voglio mettere in evidenza, ed è l'assoluta non coincidenza (quasi una stravaganza che si è voluta introdurre nella legge) degli enti ospedalieri con gli ospedali perchè nella legge, onorevoli colleghi, gli enti ospedalieri sono una cosa e gli ospedali sono un'altra cosa; si può avere un ente ospedaliero con molti ospedali, si può avere un ente ospedaliero regionale che gestisce un ospedale regionale, uno provinciale, uno di zona; in questa legge si può avere un ente ospedaliero che ha sede a Milano e che, non per ragioni collegate alle esigenze sanitarie del Paese ma per tutelare certi interessi, amministra l'ospedale a mare di Pietraligure, oppure l'ospedale a mare del lido di Venezia, distante centinaia di chilometri, fuori dalla regione. Ente ospedaliero e ospedale non coincidono. Ma non basta; in questa ricerca, abbandonando questo disegno, fatto il divorzio con questa esigenza che non è una esigenza marxista, caro Trabucchi, che non deriva dalla ideologia di nessuna parte, da nessuna posizione; che non discende da una filosofia o da un'antifilosofia, che è la realtà della tecnica e dell'organizzazione ospedaliera, che è nella realtà viva della politica del nostro Paese, contraddicendo a questo principio, si va verso l'empirismo più piatto, più provinciale, più ridicolo che si possa immaginare. Infatti, rinunciando alla territorialità ma non potendovi rinunciare completamente, si fanno gli ospedali generali, che non hanno nessun ancoraggio col territorio. Il senatore Trabucchi, che si preoccupa di non poter andare nello ospedale che vuole, non ha alcun motivo per preoccuparsi; certo, anche domani si potrà andare nell'ospedale che si vuole: il veneto potrà andare ad Ancona e il marchigiano potrà venire a Roma, senza nessuna limitazione perchè l'ospedale generale non è una organizzazione territoriale. Ma per l'ospeda-

le specializzato sì. Quando si passa dagli ospedali generali agli ospedali specializzati, riemerge l'esigenza della territorialità. Ed io che sono un po' malizioso potrei pensare che mentre per gli ospedali generali, in fondo, l'insegna al neon è meglio che splenda sullo spazio più ampio possibile e sul mercato più ampio, per l'ospedale specializzato questa esigenza è minore, anzi, in taluni casi, non esiste affatto.

Se si respinge questo concetto di territorialità, si va verso il caos; vengono fuori così tutte quelle contraddizioni e quelle assurdità che sono contenute nello schema di programmazione ospedaliera nazionale e regionale che viene proposto nella legge. Questo perchè, dopo aver negato che l'ospedale sia classificato su base territoriale, anche se si chiama di zona, provinciale o regionale, dopo aver affermato che l'ospedale si qualifica di zona sulla base della sua organizzazione interna, della sua efficienza, del suo livello assistenziale, dopo aver affermato tutto questo, in sede di programmazione regionale si ritorna al concetto territoriale, ma non stabilendo un criterio razionale, bensì dicendo che questi ospedali hanno sede in una zona. Dire che di questi ospedali di zona ce ne deve essere appunto almeno uno per zona, significa che ce ne possono essere anche due, tre o quattro; dire che in una provincia o in una regione ci deve essere almeno un ospedale provinciale o un ospedale regionale, vuol dire che ve ne possono essere più di uno.

Nella mia Toscana, per esempio, sono convinto che vi saranno tre ospedali regionali, mentre se guardo all'Emilia, dove le facoltà mediche sono più di tre, certamente vi saranno più di tre ospedali regionali. In certe grandi province, vi saranno, nei circondari ove esistono città di 40.000-50.000 abitanti, degli ospedali provinciali, specialmente se i maggiorenti della politica sanitaria avranno collegio elettorale in quelle zone. Vi sono zone della Toscana, per esempio, dove già si parla di istituire tre ospedali di zona distanti l'uno dall'altro otto chilometri: Pogibonsi, Colle Val D'Elsa, S. Gimignano. Non saranno tutti e tre ospedali generali di zo-

na; uno sarà generale di zona, uno convalescenziario di zona, l'altro ospedale per lungodegenti di zona. Sarà un caos. Abbandonato il concetto territoriale, si entra dunque nella più stravagante concezione della programmazione, della classificazione ospedaliera e così via.

Due parole sole, onorevole Presidente, se ella me lo consente, sul finanziamento e concludo.

PRESIDENTE. Se tutti parlerò così, altro che sedute notturne! Dovremmo stare qui in permanenza.

MACCARRONE. Veniamo dunque al finanziamento. Anche qui le cose rimangono come prima perchè la crisi finanziaria degli ospedali è legata al sistema delle rette, e le rette rimangono; perchè la crisi quantitativa e qualitativa degli ospedali è legata al limite che esiste nella possibilità di investimenti in questo campo, e questo limite rimane perchè rimane il limite del finanziamento di queste attività mediante mutui. Lo Stato vi partecipa con alcuni contributi, però abbiamo già visto in questi due anni — ed è la legge che applicheremo anche in futuro in quanto la legge ospedaliera la richiama — che cosa abbiamo potuto fare. Le regioni, quando saranno attuate, non interverranno se non con contributi.

Come si procureranno dunque i finanziamenti gli ospedali? Facendo dei mutui. Ora, onorevoli colleghi, fare dei mutui significa dare delle garanzie e le garanzie le possono dare gli enti che le hanno. Gli ospedali non le hanno. Questa legge non mette gli ospedali nelle condizioni di garantire i prestiti che andranno a contrarre con le banche, perchè le rette sono delegabili per un ventesimo. Posto un ospedale di 500 letti che voglia diventare di 600 letti e posto che questo ospedale pratichi una retta di seimila lire al giorno ed abbia un'occupazione piena per 250 giornate, o un'occupazione per 350 giornate al 90 per cento dei suoi posti-letto, ebbene, questo ospedale potrà delegare 45 milioni all'anno...

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Scusi, c'è l'altra legge con la quale lo Stato supplisce per le garanzie e lei lo sa.

MACCARRONE. Sì, però vi è il limite del 4 per cento che voi avete posto come limite massimo di aggravio sulla retta dell'ammortamento dei mutui.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Io parlo della garanzia...

MACCARRONE. Vi sono due limiti. Vi è la delegabilità della retta per il 5 per cento, 45 milioni per trent'anni; non si costruisce più un solo letto in questo ospedale, non si rinnova più una sola attrezzatura perchè questi 45 milioni, che poi sono 50, sono legati ad un altro limite: non possono incidere per più del 4 per cento sulla retta e il 4 per cento sulla retta significa che questi 50 milioni dovrebbero teoricamente incidere soltanto per 35. Questo è il sistema che voi avete creato per il finanziamento.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Non è così.

MACCARRONE. Me lo spiegherà il Ministro perchè questo è un punto fondamentale. Per questo noi chiediamo che la retta sia sostituita, ma non da nuovi aggravii, onorevoli colleghi. Noi chiediamo che sia costituito un fondo ospedaliero che raccolga i soldi che attualmente le mutue spendono, che spende lo Stato, che spendono i comuni e le provincie per l'assistenza ospedaliera; li raccolga in un unico centro che sovvenga alle necessità di tutto il Paese e che metta tutti gli enti ospedalieri, non solo quelli che hanno delle possibilità ma soprattutto quelli che hanno necessità di ampliarsi nel sud d'Italia, dove con questa legge non sarà mai possibile raggiungere i livelli necessari, nelle condizioni di poter avanzare. Un fondo ospedaliero che sia regolatore, che sia somministratore equo e giusto delle disponibilità, che consenta a tutti i cittadini italiani di essere uguali di fronte ai servizi

dello Stato e di ricevere servizi adeguati ed uguali dappertutto.

F R A N Z A . La competenza è regionale, perciò il fondo tutt'al più dovrebbe essere regionale; non può essere nazionale.

M A C C A R R O N E . Vi è un fondo nazionale che si ripartisce nelle regioni, però intanto facciamo il fondo nazionale. (*Interruzione del senatore Franza*).

Onorevole Presidente, io le chiedo scusa e chiedo scusa ai colleghi di non poter rendere conto del fatto che io mi oppongo a questa legge anche per le enormi assurdità che questa legge contiene. Ne voglio citare una sola, quella che riguarda il numero dei letti ammissibili nelle divisioni specializzate degli ospedali generali. Ebbene, nelle divisioni specializzate degli ospedali generali si consente sino a un massimo di 100 letti. Nelle divisioni degli ospedali specializzati questo limite è di 80 letti. Nelle divisioni per convalescenti e lungodegenti, dove l'assistenza medica, senatore Samek, credo che sia certamente meno pressante, il numero è ancora più basso. Ci volete spiegare perchè? Ci volete spiegare, ad esempio, perchè avete posto questi limiti di letti per le divisioni e non vi siete ricordati dell'assoluta necessità di porre un limite per i servizi, per esempio per il servizio radiologico? Si vuol tenere presente o no che il servizio radiologico oggi rappresenta una delle strozzature nel funzionamento dell'ospedale e che un solo servizio radiologico, un solo gruppo di lavoro radiologico per un ospedale di 1.700, 2.000, 2.500 letti ritarda fortemente il lavoro diagnostico? Si vuole tenere conto che non vi è solo da tutelare le decine e centinaia di milioni che i vari papaveri della radiologia ricavano attraverso questo servizio, ma vi è da tutelare l'economia ospedaliera e l'interesse dell'ammalato? Si vuole arrivare finalmente a stabilire che una cosa è la radiologia e altra cosa è la terapia fisica, che è diventata estremamente complessa per le apparecchiature e per le tecniche che oggi possono essere seguite, e che bisogna farne due reparti distinti e, per la terapia fisica, cominciare ad avviare quello che, sotto la pres-

sione di gruppi determinati, voi avete cominciato ad avviare per quello che riguarda la rianimazione, cioè dare dei letti anche per questo settore?

Onorevoli colleghi, volete fare una legge nuova od un pasticcio? Volete fare una riforma oppure volete ancora ingannare con un fascicolo di carta, anche se contiene delle belle cose scritte dal relatore, l'opinione pubblica del nostro Paese?

Noi non ci prestiamo a questo e vi diciamo che avverseremo questa legge, la criticheremo, anche se non rinunciamo a proporvi non molte, ma due o tre modifiche che, se introdotte, potrebbero rappresentare quel passo, senatore Ferroni, che oggi anche noi riteniamo sia possibile fare; un passo piccolo, ma che va nella direzione in cui voi volete andare, o almeno dite di voler andare.

Noi, membri di questo Parlamento, se intendete veramente imboccare la via di un rinnovamento, vi seguiremo, senza pregiudiziali, nell'interesse del Paese e per consentire un passo avanti reale in questo campo. Grazie. (*Vivi applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

Approvazione di procedura urgentissima per il disegno di legge n. 2600

M A R T I N E L L I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

M A R T I N E L L I . Vorrei rivolgerle la preghiera, signor Presidente, che nella seduta pomeridiana di oggi venga esaminato il disegno di legge n. 2600, che ha per oggetto l'autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio per l'anno finanziario 1968. La Commissione finanze e tesoro ha esaminato l'altro ieri il disegno di legge e mi ha dato incarico di chiedere l'adozione della procedura urgentissima prevista dall'articolo 53 del Regolamento.

P R E S I D E N T E . Non essendovi osservazioni, la richiesta è accolta. Il disegno

di legge n. 2600 sarà discusso nella seduta pomeridiana.

MARTINELLI. Grazie, signor Presidente.

Per il compleanno del senatore Meuccio Ruini

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, una piccola pausa di cortesia. Vedo seduto al suo banco il senatore a vita Meuccio Ruini, il quale ha la fortuna di iniziare oggi il novantesimo anno di età. (*Vivi applausi*). È doveroso che al senatore Ruini io ponga l'augurio, che non è soltanto mio e dei colleghi di Presidenza, ma di tutti i senatori.

Il senatore Ruini ha illustrato il nostro Paese con la sua attività proficua al Consiglio di Stato, al Governo, al Senato e alla Costituente. Noi gli riconosciamo questi meriti.

Come augurio vogliamo dirgli di continuare ancora, non nella fatica — la fatica è per i giovani —, bensì in un lungo vivere che sia sereno e fatto di luci; le quali, anche se adombrate dal tramonto, sono luci di grande altezza e di grande serenità. (*Vivi, prolungati applausi*).

Ripresa della discussione

PRESIDENTE. Riprendiamo la discussione del disegno di legge n. 2275. È iscritto a parlare il senatore Picardo. Ne ha facoltà.

* PICARDO. Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, la riforma ospedaliera è problema di tale importanza e vastità da impegnare la coscienza di ciascuno di noi, qualunque sia il suo colore politico, in quanto cittadino e in quanto uomo. Che una riforma in tale settore sia necessaria è fatto indiscutibile non soltanto perchè la vita del Paese presenta esigenze sociali ed economiche del tutto nuove, ma anche perchè il concetto stesso di ospedale è mutato nelle acquisizioni tecniche della

medicina e nella coscienza comune degli individui.

La situazione ospedaliera del nostro Paese è estremamente deficitaria, sia dal punto di vista concettuale, sia dal punto di vista organizzativo e tecnico, in quanto è rimasta legata ad un sistema amministrativo antiquato, rispondente a concetti giuridici e politici superati, che si esprimono con il termine di assistenza. Oggi invece la società organizzata su concetti base diametralmente opposti considera come servizio dello Stato, ossia come suo dovere, la tutela della salute pubblica, l'assicurazione del lavoro, la previdenza, la riabilitazione degli inabili, la qualificazione dei minorati sensoriali, insomma tutte quelle condizioni obiettive di igiene e di benessere che assicurano agli individui una vita associata con fini di integrazione e di progresso. Csicchè non pare demagogico parlare di politica sanitaria, in quanto ogni settore politico ha una sua visione della scelta dei mezzi necessari a raggiungere l'obiettivo della salute pubblica, ossia del benessere fisico, psichico e sociale a cui deve tendere l'organizzazione dei servizi sanitari.

In questa visione il termine di servizio esprime il concetto di una collettività organizzata a vantaggio di tutti ed è per tale motivo che l'ospedale deve assumere una dimensione nuova a cui bisogna adeguare l'istituto ospedaliero, nella sua struttura giuridica, amministrativa e tecnica, ma soprattutto nella impostazione concettuale e funzionale, in modo che esso risulti positivamente inserito nel contesto della realtà sociale e della vita nazionale di oggi e di domani.

Nell'ospedale oggi si può attuare una efficace profilassi delle malattie degenerative, più numerose ormai di quelle infettive; nell'ospedale si può ritrovare la sede ideale per determinati controlli tecnici necessari alla diagnosi precoce e alla prevenzione di molte malattie. Nell'ospedale si può combattere con successo contro le malattie sociali, ma in esso si può soprattutto formare la coscienza sanitaria che ancora oggi manca in larghissimi strati della popolazione e che è la base più certa per ogni futuro progresso.

Il disegno di legge che esaminiamo, già nel suo *iter* difficile e contrastato, rivela la

sua improbabilità e la sua inaccettabilità. I numerosi ritocchi che ha subito prima di tutto al Consiglio dei Ministri — ed è un fatto alquanto insolito — e quelli subiti successivamente dalla Commissione e dall'Assemblea della Camera dei deputati e ancora dalla 11ª Commissione del Senato dimostrano che nemmeno la maggioranza è soddisfatta del testo presentato. In realtà le conseguenze derivanti dall'applicazione di tali norme non modificheranno sensibilmente la situazione presente, soprattutto nei confronti dei cittadini, mentre talune disposizioni determineranno peggioramento, aggiungendo nuove difficoltà alla già gravosa situazione igienico-sanitaria del Paese.

Certo una riforma del settore ospedaliero è necessaria ed urgente, ma l'urgenza non deve spingere il legislatore alla fretteolosità ed alla superficialità, soprattutto in materia di tale complessità ed importanza.

Il relatore di maggioranza ha lasciato intravedere in molti punti le proprie riserve e le proprie perplessità anche se, nel complesso, ha compiuto un lodevole sforzo di lealismo verso gli impegni programmatici della coalizione governativa.

Noi, invece, dissentiamo dal testo, sia nella sua impostazione generale, sia nella sua formulazione, sia in molte delle sue affermazioni.

Per quanto riguarda l'impostazione generale, osserviamo subito che essa non risponde ai criteri di una sana amministrazione cui dovrebbe ispirarsi la politica di una maggioranza rispettosa della libertà individuale e delle esigenze della collettività. Infatti, entrando nel merito dei singoli disposti, osserviamo che all'articolo 1 del titolo I viene estesa l'assistenza ospedaliera pubblica anche ai cittadini stranieri. Norma questa in sé civilissima e degna di ogni rispetto, soprattutto se si considera l'elevata percentuale degli incidenti stradali in cui sono coinvolti turisti stranieri. Ma abbiamo garanzie sufficienti di reciprocità in tale settore, soprattutto per quanto riguarda i nostri lavoratori emigrati all'estero? Su questo punto, quando io ebbi l'onore di prendere la parola sul bilancio del lavoro, sollecitai l'onorevole Bosco affinché i nostri lavoro-

ri all'estero avessero lo stesso trattamento che in Italia offriamo agli stranieri.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*.
La legge crea le premesse per questa reciprocità doverosa.

P I C A R D O . Sì, ma è bene che questa reciprocità doverosa, molto bella e nobile, sia anche preceduta da contatti con gli altri Stati che assicurino questo analogo vantaggio da noi offerto agli stranieri che vengono nella nostra Nazione.

Le convenzioni che ci legano ai Paesi del MEC e a tutti gli altri offrono possibilità così ampie e generose di ricovero e cure degli infermi italiani?

Un'accusa che formuliamo contro il testo è quella di genericità, vaghezza di certe sue formulazioni le quali, a nostro avviso, possono dar luogo, all'atto della loro applicazione, ad un'infinita gamma di interpretazioni restrittive o estensive, le quali si prestano anche al cavillo giuridico. Ecco alcuni esempi in proposito: all'articolo 1 del titolo I è detto che le norme della legge riguardano anche gli istituti universitari di ricovero, limitatamente all'esercizio dell'attività assistenziale. In tale formula noi intravediamo il pericolo che insorga qualche conflitto di competenza con le università o con i direttori di cliniche, la cui autorità potrebbe restare limitata da una simile collaborazione.

Inoltre, all'articolo 2 si dice che gli enti ospedalieri provvedono al ricovero e alla cura degli infermi; non si fa cenno all'attività diagnostica la quale, se è premessa necessaria ad ogni cura, tuttavia può essere esercitata senza che l'infermo sia sottoposto necessariamente al ricovero ed alla terapia. In parole povere, se un qualsiasi cittadino desidera sottoporsi agli esami clinici o di laboratorio presso l'ospedale, intendendo attendere alla cura in altra sede, ad esempio a casa propria, non pare, stando alla lettera del testo, che possa farlo o, quanto meno, una interpretazione restrittiva del testo potrebbe escludere tale eventualità. Su questo punto ricordo che l'Organizzazione mondiale della sanità fa appello affinché tutti

gli enti ospedalieri siano definiti come centri di diagnostica, di cura e di terapia; quindi, mentre per quanto concerne il ricovero per cittadini all'estero noi facciamo delle *avances*, su questo punto di vista che è stato accettato da tutte le Nazioni aderenti all'organizzazione mondiale della sanità siamo rimasti al di fuori. Poniamo anche il caso di esami radiografici, stratigrafici, analisi del sangue, necessari solo a stabilire una diagnosi di cui il cittadino abbia necessità per scopi fiscali, giudiziari o prematrimoniali. In tal caso, sarà consentito ai sanitari dell'ospedale emettere solo una diagnosi?

Poco più avanti, inoltre, nel medesimo ar-

ticolo si afferma che l'ente ospedaliero promuove l'educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare. A noi pare che l'uso del termine educazione al posto di coscienza sia alquanto compromettente. Con il termine coscienza, infatti, si sarebbe indicata l'azione diretta ed indiretta che un ente di assistenza sanitaria svolge nei confronti della comunità, fornendo garanzia di terapia, possibilità di difesa dalle malattie infettive e adeguata prevenzione per le malattie sociali, ma soprattutto agendo sulla coscienza dei pazienti e dei loro familiari, convincendoli ad affidarsi con fiducia alle risorse assistenziali dell'ospedale.

Presidenza del Vice Presidente SPATARO

(Segue P I C A R D O). Ciò è quanto di meglio ci si possa augurare soprattutto nelle regioni meridionali, ove è notoria la situazione di precarietà della salute pubblica a causa delle persistenti condizioni di ignoranza e povertà.

Ma quando si parla di educazione si apre la strada a numerose attività che l'ospedale dovrebbe esplicare, tra le quali si possono considerare estensivamente moltissime iniziative che vanno dalla ginnastica correttiva alla puericoltura, dal pronto soccorso di emergenza alla ginnastica pre-parto; attività senza dubbio di grande importanza, ma indubbiamente assai costose, specie se si vorrà applicare in forma generosa la dizione « al nucleo familiare ».

Poco più avanti è detto che l'ospedale ha l'obbligo di ricoverare senza richiesta di alcuna documentazione il cittadino che abbia bisogno di urgenti cure, e che tale giudizio di urgenza è di competenza del medico di guardia. Questo è forse uno dei punti positivi in cui si dà maggior prestigio, maggiore autorità al medico di guardia, che attualmente si trova sempre in stato di disagio con le contestazioni che molte volte vengono

fatte dagli enti mutualistici per i ricoveri di urgenza. E se talvolta il medico di guardia è stato un po' refrattario, in un certo qual modo timoroso, preoccupato per emettere questo ricovero d'urgenza a seguito delle contestazioni, ora si sancisce finalmente il principio del giudizio insindacabile del medico di guardia per il ricovero d'urgenza in ospedale.

Ma indubbiamente, nel quadro dell'ospedale si pone un problema di notevole importanza, che il disegno di legge non prevede: un'efficiente servizio di guardia. La legge parla di un medico di guardia; noi sappiamo che anche in un ospedale di media entità molte volte un medico di guardia è insufficiente, perchè oltre che alle esigenze interne della vita dell'ospedale è costretto anche ad occuparsi di quelle che sono le esigenze del mondo esterno. Quindi, sarebbe auspicabile, a nostro modo di vedere, che in tutti gli ospedali sia veramente costituita una *équipe* di sanitari addetti solo ed esclusivamente al servizio di pronto soccorso e che non abbiano responsabilità di corsia. Questo perchè purtroppo constatiamo che nei piccoli ospedali l'amministrazione, per modeste

possibilità economiche o per modesta visione del problema, obbliga gli assistenti di reparto al servizio di guardia; e quindi il medico di guardia ha la responsabilità del servizio più quella del reparto, e talvolta si trova nel conflitto tra le esigenze del pronto soccorso e le disposizioni del primario che deve seguire in corsia.

È necessario, quindi, che il servizio del medico di guardia sia a se stante e che non abbia responsabilità di corsia, e che soprattutto sia formato di personale qualificato, dotato di preparazione e di esperienza, perchè la responsabilità della guardia del pronto soccorso è abbastanza elevata e notevole.

Come dicevo poc'anzi, la dizione « medico di guardia » sembra alquanto restrittiva perchè autorizzerebbe senz'altro le amministrazioni, per interessi di carattere economico, a ridurre la guardia a una sola unità sanitaria. La nostra diffidenza, poi, verso i consigli di amministrazione, non deve apparire preconcepita e ingiustificata. Infatti, nell'articolo 9 del titolo II, ove si prescrive la formazione dei consigli di amministrazione, il legislatore a nostro avviso è caduto in un grave errore. Innanzitutto non ha indicato alcun requisito per i membri, neppure quello dell'istruzione, lasciando ampia libertà di scelta ai consigli regionali, provinciali o comunali, cui è demandata l'elezione. Ciò in pratica significa che i componenti dei consigli di amministrazione saranno alcuni esponenti della partitocrazia dominante nel nostro Paese, poichè è troppo facile prevedere che i consigli non eleggeranno mai persone estranee alla maggioranza. Ciò naturalmente lascerà indifesi i diritti delle minoranze non sempre presenti come forza politica nella composizione dei consigli provinciali e dei piccoli comuni, ma tuttavia presenti nel contesto sociale. Noi siamo del parere, anche al lume della nostra esperienza, che i componenti del consiglio di amministrazione debbano essere uomini dotati di una certa preparazione. Credo infatti che siamo tutti pienamente convinti che amministrare un ospedale non sia una cosa semplice, ma di notevole responsabilità e che un gesto di non sana amministrazione potrebbe essere di grave pregiudizio per la vita dell'ospedale stesso.

F E R R O N I . Bisogna aver fiducia nello sviluppo della coscienza democratica a tutti i livelli. Senza questa fiducia non si costruisce niente. (*Replica del senatore Franza*).

P I C A R D O . La coscienza democratica è un problema, la preparazione anche per assumere cariche elettive, cariche democratiche, penso sia un altro problema. In proposito abbiamo degli esempi: abbiamo visto come nelle Corti d'Assise per i giudici popolari, se non vado errato — e il collega Pace mi può illuminare — sono richiesti determinati requisiti. La mia perplessità è condivisa da altri settori e anche dal relatore che col suo solito garbo auspica che i componenti del consiglio di amministrazione abbiano una certa qualificazione, quanto meno una preparazione, per poter amministrare l'ente ospedaliero. Per di più questo sistema di malintesa democrazia riporterà nel terreno dell'amministrazione degli enti ospedalieri le beghe, le manovre e gli ostruzionismi tipici del malcostume politico dilagante che in molti casi finiranno col paralizzare l'attività dell'ospedale. Tanto più inopportuna ci appare tale norma del testo in esame, in quanto è previsto per i consigli un compenso remunerativo che graverà certamente sui bilanci degli ospedali.

Non condividiamo affatto a questo punto l'ottimismo del relatore che inneggia alla democratizzazione delle elezioni del presidente che sarà scelto fra i consiglieri con criterio di partitocrazia. Con questo sistema si rischia di devitalizzare l'autonomia amministrativa degli enti ospedalieri legandola strettamente all'autorevolezza politica dei componenti del consiglio di amministrazione.

C R E M I S I N I . Ma è fatto apposta!

P I C A R D O . È evidente lo strumentalismo politico della maggioranza che ha preferito a un organismo tecnico-amministrativo un organismo parapolitico di potere. Noi invece pensiamo che la migliore politica sia una sana amministrazione e perciò proponiamo di emendare il testo all'articolo 9 riducendo il numero dei membri di scelta politi-

ca per evitare che essi costituiscano la maggioranza nella composizione dei consigli e affiancando ad essi i rappresentanti degli organismi sindacali sia dei medici sia del personale sanitario. Se si intende con chiarezza il concetto di democrazia, questo si deve applicare con logica coerenza in ogni settore della vita nazionale, spogliandolo però di ogni interpretazione partitica. E per la verità, questo governo di centro-sinistra in questo settore specialmente della vita ospedaliera non ha dimostrato di essere democratico nel rispetto dei Consigli comunali e provinciali che hanno eletto i loro membri, nel costituire amministrazioni democratiche; ha fatto sempre a meno di applicare la democrazia che predica. E basti citare l'esempio tipico degli Ospedali riuniti di Roma che, dopo che il Consiglio comunale di Roma e l'amministrazione provinciale hanno eletto i loro membri, sono ancora sotto gestione commissariale.

Tale è la democrazia che applica questo Governo di centro-sinistra. Se si propone di dare responsabilità e funzione alle forze di lavoro, se si fanno partecipare i rappresentanti sindacali ai consigli di gestione delle fabbriche, se si propone persino la rappresentanza degli organismi studenteschi nella gestione delle università, non si capisce perchè poi gli ospedali, la cui azione deve essere disimpegnata, imparziale, generosa, la cui funzione deve essere ampiamente umanitaria e di servizio sociale, volta cioè a fornire a tutti gli infermi, senza distinzione, la massima assistenza, debbano essere amministrati con sistemi pseudo politici, più dannosi che utili alla collettività.

Il sistema previsto dal testo in esame inoltre inquadra ogni ente ospedaliero in un ampio contesto di organismi di varia natura, come i Comitati provinciali, regionali, nazionali e simili che danno vita ad un complicato sistema piramidale con confuse attribuzioni di competenze e con poteri e funzioni non ben definiti.

Si consideri, ad esempio, il Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera di cui si fa menzione nell'articolo 28, organismo composto di ben 59 membri di diversa

provenienza e rappresentatività, che non si sa bene quale funzione possa svolgere nei cinque anni di esercizio, dato che per la programmazione ospedaliera esiste un piano nazionale più i piani regionali con questo già concordati e armonizzati, i quali non avranno bisogno di ulteriore programmazione ma solo di esecuzione.

Lo stesso può dirsi per il Comitato provinciale di coordinamento, di cui all'articolo 30, che ha funzioni forse quasi simili a quelle degli assessori della sanità, che dovrebbero attendere esclusivamente o almeno prevalentemente al coordinamento, alla vigilanza, alla tutela e all'applicazione dell'attività sanitaria della provincia.

Il pluralismo delle attribuzioni, delle competenze, delle funzioni non dà mai luogo a chiarezza di amministrazione, ma piuttosto diminuisce la responsabilità giuridico-amministrativa, come ha dimostrato abbondantemente la storia degli ultimi venti anni, e spesso crea pericolose immunità di fronte al codice penale per pretese interpretazioni politiche dei problemi economici.

Non si capisce infine come il Governo, da una parte, prometta di snellire la burocrazia, di eliminare l'enorme numero di organismi ed enti che rallentano l'azione amministrativa nel suo *iter* dal centro verso la periferia, e dall'altro lato istituisca o promuova organismi superflui, o almeno di discutibile necessità. Sarebbe più utile e più efficace rimedio precisare le attribuzioni degli enti esistenti, conferire responsabilità giuridica agli organismi vigenti, e infine valorizzare sul piano della concretezza le istituzioni presenti, anzichè cercare soluzioni miracolistiche al di fuori della realtà.

Nello stesso titolo VI all'articolo 40, si parla inoltre di una autorizzazione concessa al Governo di emanare decreti-legge necessari a regolare l'ordinamento dei servizi negli ospedali, case di cura ed istituti universitari. Tali decreti-legge dovranno essere compilati previa consultazione delle associazioni sindacali, sentito il parere di una Commissione parlamentare di venti membri e nel termine di un anno a partire dall'entrata in vigore del disegno di legge. Ma noi sappiamo per

esperienza che i lavori di ciò che è preliminare in pratica finiscono per pregiudicare ogni scadenza prefissata la quale, a furia di rinvii, può essere rinviata *sine die*. D'altra parte, il Governo, non avendo prescrizioni vincolanti e mandati precisi, ma solo autorizzazioni, può anche sentirsi autorizzato a non servirsi di tale facoltà, il che comporterebbe come conseguenza un nulla di fatto. In questo problema della modifica degli ospedali dell'INAIL e dell'INPS, che verrebbero ad essere assorbiti dall'ente ospedaliero, bisogna tener presenti le condizioni in cui verrà a trovarsi il personale sanitario e amministrativo di questi enti, il quale accede alla carriera sanitaria attraverso pubblico concorso con la legge del 1938 vigente, ed ha poi, però, un trattamento previdenziale, un trattamento di quiescenza ed un *iter* nella propria carriera profondamente diverso. Questi medici, specialmente i sanatoriali e quelli del Centro traumatologico, fanno il concorso per accedere in una delle unità sanitarie, facendo il concorso per aiuto assistenti o primari, avendo poi la possibilità di essere trasferiti da un ospedale all'altro. Quando domani questi ospedali diventeranno enti ospedalieri, questa possibilità, che aveva il sanitario di questi istituti, verrà indubbiamente a cessare e ci troveremo quindi di fronte a dei sanitari che hanno fatto lo stesso concorso e che domani si troveranno chi primario di prima categoria, chi di seconda e chi di terza.

Quindi, nell'assorbire questi sanitari nell'ente ospedaliero, è necessario tutelare i diritti acquisiti, tutelare l'idoneità per aver vinto il concorso e tutelare anche il trattamento di quiescenza di cui essi godono e che nel nuovo ente ospedaliero è profondamente diverso.

Da questo breve esame fuggevole, mi pare onorevoli colleghi, che si possano trarre alcune deduzioni: il disegno di legge n. 2275, nonostante gli emendamenti apportati dalla Camera e in Commissione del Senato, conserva nella sua impostazione, tranne pochi punti, un tono impreciso e approssimativo non conveniente ad una legge dello Stato, e specialmente in una materia tanto complessa e delicata. Essa contiene inoltre alcu-

ne norme chiaramente interlocutorie, destinate a non essere mai attuate, frutto di un compromesso politico e poco o niente aderenti alla realtà sociale, alle esigenze della comunità nazionale e alle strutture economiche e organizzative della società contemporanea.

La formazione, poi, di tale disegno di legge è stata per la verità complessa e presenta una enorme varietà di interpretazioni di alcune norme fondamentali, lasciando perciò adito, nella sua applicazione, anche al cavillo giuridico.

Anche se non si pretende dalle leggi dello Stato una perfezione stilistica o lessicale, si può richiedere che esse vengano formulate in modo da garantire anche nell'espressione quella certezza del diritto che è requisito fondamentale di ogni legislazione. La scarsa definizione delle aree giurisdizionali tra Stato e regione, resa ancor più grave dalla *vacatio iuris* che riguarda l'ente regione, potrà compromettere forse in misura totale l'applicabilità di tale testo ove esso diventasse legge dello Stato. Perplessità, dubbi e atteggiamenti di riserva verso tale testo sono già stati manifestati da autorevoli parlamentari, anche della maggioranza, e traspascono persino dalla relazione di maggioranza, la quale non riesce a dissipare l'impressione di complessiva incertezza che tale documento genera in chi attentamente lo legge. La tanto auspicata cessazione di ostilità tra università e ospedale non pare esattamente garantita da parte dell'università che, anche essa attualmente in crisi, è in attesa di riforma, per cui non si può oggi determinare il suo futuro assetto e la sua concreta possibilità di collaborazione con l'ente ospedaliero. La prevista e promessa riforma del settore previdenziale dovrebbe, come è nella aspettativa comune e nell'impegno costituzionale della nostra Repubblica, estendere la tutela dello Stato a tutti i lavoratori anche nel settore della sanità. Tale riforma, secondo una logica visione dei problemi amministrativi, avrebbe dovuto precedere quella del settore sanitario che su di essa poggia. In ogni caso, prima di assumere un impegno di siffatta portata finanziaria il Governo avreb-

be dovuto, per coerenza, esprimere, sia pure in linea di massima, un piano per la riforma tributaria tale da fornire alle casse dello Stato le somme necessarie a realizzare le promesse di questo disegno di legge.

Anche in questo caso, come in moltissimi episodi di costume politico, non si è dato il debito posto alle organizzazioni sindacali delle amministrazioni, ossia non si è riconosciuto alle forze produttive il diritto corrispondente al ruolo primario che esse svolgono nell'economia della Nazione. Le norme transitorie, per la vastità della materia trattata e l'improbabilità di tutte le altre, saranno forse le uniche ad essere applicate e rischiano di rimanere stabili. Sarebbe perciò il caso di esaminarle accuratamente allo scopo di eliminare da esse quegli aspetti di precarietà che appaiono più compromettenti per una loro efficacia legislativa a lunga scadenza. La coscienza morale e professionale degli individui è il risultato di una lunga e vasta opera di ricostruzione generale dei valori ideali della società. Presso le nuove generazioni tale mentalità, purtroppo oggi assai in ribasso, non si promuoverà con tale disegno di legge come immagina il relatore di maggioranza. Per cui occorrerebbero certamente alcuni mutamenti nelle condizioni socio-economiche dell'ambiente circostante perchè si incarnasse quel tipo di ideale di medico ospedaliero che è configurato nella relazione del senatore Samek Lodovici con generosa ed ottimistica visione del problema, frutto della sua personale dirittura e delle sue convinzioni, ma certo non aderente alla realtà presente e a ciò che si può presumere per il futuro.

Altro fatto grave da addebitare al Governo, sul problema della riforma ospedaliera, è l'aver presentato questo documento proprio alla fine della legislatura, per cui il Governo non può assumersi la responsabilità dell'applicazione di questa legge qualora essa divenga legge dello Stato. Come è suo costume, questo Governo di centro-sinistra impegna il futuro Parlamento sulle sue iniziative.

Per tutti questi motivi di dissenso e di opposizione, che avevo già esposto nelle sedute di Commissione e che oggi ho avuto

l'onore di presentare alla benevola attenzione dell'Assemblea, la mia parte politica si dichiara contraria al complesso del disegno di legge in esame, anche se ammette che alcune parti di esso isolatamente considerate costituiscono delle valide premesse e delle apprezzabili acquisizioni per un migliore e più realistico progetto di riforma. E se presenteremo alcuni emendamenti al testo lo faremo allo scopo di dimostrare la nostra volontà di collaborazione alla legge, mentre in effetti la nostra parte politica preferirebbe una nuova stesura. Presenteremo emendamenti soprattutto all'articolo 26, all'articolo 28 e all'articolo 29. Per quanto riguarda in particolare l'articolo 29 nutriamo notevoli preoccupazioni dato che con esso si fa fede, per l'applicazione di questa legge, all'intervento della regione. Io che, come siciliano, ho subito vent'anni di autonomia regionale so bene che il bilancio della mia regione è impegnato per più dell'80 per cento per le spese di ordinaria amministrazione; quindi resta un residuo 20 per cento che dovrebbe essere utilizzato per tutto, compresi gli ospedali. Quindi immaginate la nostra diffidenza; come mai potremmo convincerci della possibilità che nel Meridione d'Italia, e in Sicilia in maniera particolare, si possa avere quell'organizzazione ospedaliera che si ha nel Nord dell'Italia e che la legge ci fa intravedere come applicabile in tutte le regioni?

Poi c'è anche da dire una cosa: che questo disegno di legge (e ciò emerge chiaramente all'articolo 28) è discriminatorio anche dal punto di vista politico. Parla infatti di tre organizzazioni sindacali, mentre quattro sono le grandi organizzazioni sindacali: questo è un fatto acquisito, perchè quattro fanno parte del CNEL, e quindi l'aver messo semplicemente tre organizzazioni sindacali sulle quattro è anche un atto discriminatorio. (*Approvazioni dall'estrema destra*). La discriminazione di questo Governo di centro-sinistra arriva al punto di negare l'esistenza delle cose. Prima che i lavori della Commissione si completassero per la modifica dell'articolo 40, a una riunione del Presidente del Consiglio, a cui parteciparono le quattro organizzazioni sindacali, il comunicato che fu redatto parlò delle « tre » organizzazioni sin-

dacali. (*Approvazioni dall'estrema destra*). Quindi da parte del Governo c'è sempre una discriminazione ed una scarsità di obiettività, di serenità e di maturità democratica.

Se è vero che la potenza di uno Stato sta nella forza delle sue leggi più che nell'imponenza delle sue armi, cerchiamo, onorevoli colleghi, di formulare leggi, piani, riforme e proposte che siano coerenti con gli ideali che perseguiamo e tanto realistici da costituire un saldo fondamento alla costruzione di quella società migliore che vogliamo consegnare all'avvenire.

In conclusione, per i motivi che ho espresso, per la carenza della legge e per l'inapplicabilità che essa potrà avere, da parte del Movimento sociale, esprimiamo il nostro « no », riservandoci di presentare degli emendamenti durante la discussione degli articoli. (*Vivi applausi dall'estrema destra. Congratulazioni*).

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

B O N A D I E S . Onorevole Presidente, onorevole rappresentante del Governo, onorevoli — anche se pochi — colleghi, proprio perchè in quest'Aula stamattina un nostro collega ha svalutato il concetto di carità, io comincerò a parlare della carità e dirò che noi non possiamo parlare di ospedali, specialmente in Italia, senza ricordare doverosamente che questi istituti costituiscono addirittura l'orgoglio del Cristianesimo.

Infatti, proprio il Cristianesimo fu quello che, prima in Roma e successivamente in Europa, creò questi monumenti di umanità e di carità che hanno sfidato i secoli, scrivendo le pagine più gloriose di civiltà; pagine di gloria che sono costate sudori e sangue a quegli ordini religiosi maschili e femminili che hanno operato in questo campo con grande coraggio sino all'estremo sacrificio, per salvare delle vite, per soccorrere i bisognosi e per assistere gli infermi.

Quando lo Stato era assente e quando era sconosciuto nel modo più assoluto il concetto di « sicurezza sociale » erano ben i religiosi e le suore di carità che soccorrevano tutti gli infelici che andavano da loro e ne-

gli istituti ospedalieri ricoveravano quelli che avevano bisogno di aiuto di qualsiasi natura, indistintamente.

Questi ospedali, che hanno superato le più gravi crisi del nostro Paese, dalle pestilenze ai terremoti alle epidemie più gravi, hanno ricoverato tutti, senza bisogno di carte impegnative, senza chiedere generalità a nessuno, senza tessere di alcun genere. È doveroso ricordare questo perchè sarebbe ingeneroso dimenticare tutto il bene che è stato fatto in questo delicato settore della assistenza sociale.

Oggi siamo giunti nel nostro Paese — ma anche in tutto il mondo — ad una nuova fase. Nuove e moderne esigenze si manifestano sempre più urgenti e indispensabili nel campo dell'organizzazione sanitaria, che reclamano giustamente strumenti sempre più idonei, che ci vengono forniti dalla moderna tecnologia, strumenti spesso polivalenti che scaturiscono, ed altri ancora scaturiranno, dal progresso medico diventato, specialmente in questi due ultimi decenni, addirittura travolgente. L'ospedale moderno, quello che il popolo italiano ha diritto di reclamare, deve essere adeguatamente attrezzato in modo da potersi paragonare ad uno stabilimento nel quale, come negli stabilimenti industriali, devono potersi articolare le più moderne e diverse catene per le più minute e perfette esplorazioni diagnostiche, per le più efficaci terapie, in modo da consentire quei miracoli sanitari che illuminano di luce abbagliante il panorama della medicina di oggi.

L'ospedale di ieri, faro di carità e di amore cristiani, deve cedere il passo a queste nuove organizzazioni che in un certo senso potranno essere considerati un bene di consumo aperto alle necessità di tutti.

In vista di queste indispensabili organizzazioni, il Senato della Repubblica in questo scorcio di IV legislatura si appresta ad approvare una nuova legge che si propone dunque di soddisfare un bisogno fondamentale ed irrinunciabile per la vita civile. A questo scopo è qui davanti a noi il disegno di legge che va sotto il nome di « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera », che è stato a lungo dibattuto in Commissione e in Aula alla Camera dei deputati, in Commissione qui

da noi, e che ora viene portata al nostro esame in Aula. Ma oltre che nel Parlamento, sono anni direi che di questa legge si parla. Se ne sono occupati medici e specialisti in convegni, congressi sia sul piano nazionale e sia sul piano regionale e via di seguito; e ciò è spiegabile quando si pensa che l'ospedale è una istituzione che deve obbedire, sì, alle necessità dei cittadini nella società moderna, ma deve altresì tener conto di tutte quelle categorie, che chiamiamo sanitarie e che vivono negli ospedali e dall'ospedale traggono i mezzi per la loro esistenza.

Per tutte queste ragioni l'*iter* di questa legge è stato non soltanto laborioso ma, come ha detto il ministro Mariotti, addirittura tormentato. Tuttavia in questo suo lungo cammino, questa legge ha dato ai parlamentari di tutte le tendenze la possibilità di prendere posizione sulle numerose, notevoli questioni che sono connesse con la riforma stessa. Qualcuno ha, in un certo senso, rimproverato gli organi governativi e specie il nostro Partito di non aver portato la loro attenzione prima d'ora al problema dell'assistenza ospedaliera e degli enti ospedalieri. Ciò è ingiusto perchè anche i Ministri del nostro Partito, che hanno preceduto il ministro Mariotti, si sono occupati di questi argomenti e, se non hanno potuto portare in discussione un progetto di legge che fosse comprensivo di tutte le necessità degli ospedali, evidentemente ciò è dovuto al fatto che hanno obbedito ad un criterio di priorità nei confronti di altre necessità indilazionabili.

Riportiamoci a quella che era la situazione italiana ancora 15 anni fa e vedremo che tante cose erano da fare. Anche gli ospedali certo erano da fare; però, bene o male, quelli esistenti potevano servire per i bisogni più urgenti di quell'epoca. Oggi i bisogni sono aumentati specialmente per il movimento che vi è stato nel campo della previdenza e dell'assistenza mutualistica e sono aumentati per l'urbanesimo che si è imposto nel nostro come negli altri Paesi: ciò vuol dire che sono anche aumentate le esigenze della popolazione più progredita che ha richiesto l'ospedale, mentre prima non lo richiedeva. Questo problema si è imposto successivamente con maggiore forza e con maggiore inten-

sità ed ecco che si è considerato maturo questo disegno di legge che è oggi portato alla nostra attenzione.

Pertanto nessuna accusa di trascuratezza si può muovere agli altri Governi e questo io voglio qui rivendicare ricordando l'azione degli altri ministri della sanità che hanno preceduto il senatore Mariotti.

Le prime battute sulla discussione di questa legge hanno dimostrato un diverso atteggiamento, e non poteva che essere così, sia dei liberali, sia dei comunisti.

I liberali hanno creduto che in questo disegno di legge vi fossero i presupposti di una medicina di Stato in cui tutti i medici dovessero diventare impiegati pubblici; i comunisti, da parte loro, hanno trovato che con questa legge si doveva subito passare — e lo ha detto il senatore Maccarrone stamattina — alla nazionalizzazione che per loro è la panacea di tutti i mali.

Noi democristiani, anzi, direi, noi della maggioranza governativa, diciamo che questa autonomia è ampia — lo ha detto anche nella sua bella relazione il relatore — a conferma della nostra tradizione democratica e pluralistica ed è corretta da importanti apporti tecnici tali da garantire un indirizzo unitario al compito insostituibile di ammodernamento.

In questa correzione sta evidentemente quello che si vuol chiamare il compromesso di cui tanto si è parlato in quest'Aula in questi giorni. Tutto si fa con qualche compromesso: non c'è democrazia senza qualche compromesso, purchè questo tenga conto delle esigenze dei vari partiti e delle tendenze ideologiche dei partiti stessi.

Quindi noi possiamo dire che la legge è stata modificata appunto perchè rispondesse a quelle che sono le necessità considerate non da un solo punto di vista, ma da più punti di vista.

Evidentemente i comunisti, questa mattina, attraverso il senatore Maccarrone, hanno voluto esprimere un concetto per così dire spregevole del compromesso: avrebbero voluto far tutto, modificar tutto. Ma tutto non si può modificare senza fare una rivoluzione e noi non siamo per la rivoluzione. Meno male che il senatore Maccarrone ha

poi finito col dire che, tutto sommato, questa gradualità nell'applicazione della legge, questa gradualità nel modificare il progetto primitivo, non è stata un gran male, perchè, ad un certo momento, non si può modificare — lo ha detto lui — dalla base quella che è un'organizzazione, sia essa sanitaria, sia di altra natura.

A me pare, pertanto, che il compromesso non sia stato un male, ma sia stato un bene che ha consentito di far confluire le varie proposte e le varie tendenze in un disegno di legge quale è quello oggi al nostro esame.

A proposito di organizzazione ospedaliera e di specializzazione degli ospedali italiani, ricorderò — è un desiderio che io ho, di fare una rivendicazione — che nel 1962, nella mia relazione sul bilancio della sanità, scrivevo testualmente: l'organizzazione doveva essere (e parlavo degli ospedali sia sul piano qualitativo, sia sul piano quantitativo) costituita in senso radicale o stellare (cioè partendo da un centro e andando verso la periferia) nel campo della regione. Allora però non si parlava nemmeno di regione nel senso quale è inteso oggi, ma già a quel tempo prevedevo questa disposizione « radiale » nella regione. Aggiungevo che gli ospedali dovevano essere così costituiti ed organizzati: 1) nel capoluogo di regione, un complesso ospedaliero altamente specializzato con numero di letti calcolato in base a statistiche esatte e fornito delle attrezzature più perfette (ed in questi centri dovevano essere compresi oltre agli ospedali anche le università); 2) nei capoluoghi di provincia, ospedali principali anch'essi modernamente attrezzati sia per la medicina, sia per la chirurgia generale e sia anche per certe specialità; 3) più perifericamente ancora, dovevano sorgere ospedali di minore importanza a carattere misto, ma attrezzati per tutti quegli interventi compatibili con una funzione meno importante e meno impegnativa. Chiedo allora, nel 1961-62, l'abolizione di quelle che venivano chiamate le infermerie che potevano e dovevano essere trasformate in pronti soccorsi o comunque in istituti capaci di servire per le necessità del momento dopo di che il malato doveva essere trasferito, attraverso l'odierna sufficiente rete stra-

dale, con mezzi automobilistici, in un ospedale attrezzato in modo migliore. È evidente questa necessità perchè oggi non si riesce più a trovare un paese sperduto, lontano, che abbia un proprio ospedale, come dovrebbe essere; e quand'anche ce l'abbia, nella maggior parte dei casi si tratta di un ospedaletto di paese che diventa un piccolo centro di interesse scarso: molte infermerie sono tenute dal medico condotto, il quale praticamente non ha a disposizione altro che il letto per far ricoverare il malato, senza altre possibilità oltre a quelle sue personali.

Quindi, in questo senso mi esprimevo allora, più che sul piano topografico, su quello organizzativo regionale.

Sempre nel 1961, sempre sul piano della specializzazione, formulavo quelle necessità che oggi sono recepite dal disegno di legge che stiamo discutendo nel capitolo quarto. Parlavo di qualificazione di ospedali, e dicevo che essi dovevano essere organizzati in modo efficiente. Per moltissimo tempo, e anche attualmente, forse, noi abbiamo accettato il concetto che l'ospedale cosiddetto civile è l'ospedale buono a tutto fare, in cui tutti possono andare per ricoverarsi e devono rimanere fino a quanto non interviene o la guarigione o la morte. Questo concetto radicato nella popolazione è un po' la causa di quella che è stata chiamata per tanti anni la « crisi degli ospedali », cioè la crisi dei posti-letto. Naturalmente non mi riferisco alle zone nelle quali, per assenza assoluta di ospedali, la crisi esiste effettivamente, ma a quelle zone in cui gli ospedali ci sono ma i posti-letto sono insufficienti. In questi grandi ospedali non c'è una differenziazione dei malati, ma un miscuglio al quale bisogna porre rimedio. Tutti vanno all'ospedale, ma secondo me — e non sono solo io che lo dico, per quanto la mia esperienza di quarant'anni di ospedale me lo consenta — un malato ricoverato in un ospedale civile deve rimanervi non più di venti giorni, al massimo trenta, dopodichè deve essere dimesso dall'ospedale. Ma ecco dove si viene a manifestare la crisi. Noi vogliamo dimettere il malato dall'ospedale, ma non sappiamo dove

mandarlo; non possiamo dimettere nemmeno un convalescente; un malato guarito da una malattia infettiva od operato per una malattia importante, che sarebbe in condizioni di uscire dall'ospedale, non può uscirne perchè è costretto o ad andare a casa sua, e non sempre vi trova quello di cui ha necessità, oppure a tornare a lavorare, e non lo può fare. Ecco che si pone in tutta la sua evidenza il problema della creazione dei convalescenti, che dovevano sorgere già da tempo, di cui io ho parlato e scritto, ma che non sono sorti. C'è stato un momento in cui ho parlato perfino di requisire le ville, quelle ville così eleganti che sorgono attorno a tutte le grandi città, che non sono più abitate e che servono soltanto a far lamentare i padroni per le tasse che non possono pagare.

F E R R O N I . Senatore Bonadies, ma lei vuole violare la proprietà privata.

B O N A D I E S . No, non la voglio violare. Si possono fare i convalescenti, ma la mia richiesta dell'istituzione di questi convalescenti non è stata accettata. La proprietà privata non c'entra: era proprio la idea dell'istituzione dei convalescenti che mancava. Infatti, tale idea è nata in Italia nel 1928 e i primi convalescenti sono stati creati dall'Istituto della previdenza sociale proprio per diminuire o limitare l'invalidità nei soggetti. Poi è sopraggiunta la guerra e tanti altri fatti modificatori. Ma il concetto del convalescentario è nato proprio in seno all'Istituto della previdenza sociale, anche se in seguito non se ne è fatto più niente. Poi c'è il problema degli ospedali per lungodegenti: questi ospedali sono importantissimi perchè noi ci troviamo in difficoltà estrema a dimettere un ammalato dall'ospedale. Infatti, un malato che abbia la cirrosi epatica, per esempio, e che viene ricoverato nell'ospedale vi rimane per un mese; dopo che è stata fatta la diagnosi vi deve rimanere ancora, ma non lo si dovrebbe tenere in un ospedale per acuti, sibbene in un ospedale attrezzato diversamente: ecco l'ospedale per lungodegenti. Comunque, tenendo presente che un letto d'ospedale

per acuti oggi costa 10 milioni, noi possiamo costruire degli ospedali per lunga degenza il cui letto viene a costare per lo meno la metà, poichè non è necessario che abbia tutte quelle attrezzature che sono proprie di un ospedale civile per acuti.

Lo stesso dicasi per la chirurgia. In chirurgia noi abbiamo dei malati che sono fistolosi, in ortopedia abbiamo dei malati che sono apparecchiati ma non possono andare a casa. Tutti questi malati rimangono negli ospedali per acuti addirittura per mesi — questa è la mia esperienza — e tutti gli sforzi che si fanno non consentono di pervenire ad un'altra conclusione e quindi l'ospedale civile rimane l'ospedale per tutti, anche per gli ammalati che si devono fermare tre, quattro, cinque mesi, o anche anni, perchè sono inamovibili.

Abbiamo, poi, delle condizioni particolari per i cronicari. I cronicari non hanno mai fatto parte degli ospedali, sono stati costruiti qua e là, poichè sembrava una cosa di secondaria importanza che sminuiva chi si occupava di questi malati. Si è pensato allora di mandare i malati cronici fuori delle città, lontani dalla famiglia, quasi che questi individui dovessero partire con la patente di morituri. Vi sono poi dei ricoveri per cronici in cui non si usa un minimo di umanità. Il malato possiede solo il letto e aspetta un giorno dopo l'altro che lo colga la morte. Questi cronici in genere non hanno nulla da fare: non possono uscire, non possono fumare un sigaro, non possono vedere un film, non possono prendere un po' d'aria. Sono dei posti di miseria incredibile. Ecco i nostri cronicari! Comunque ringraziamo ancora Dio che i cronicari in certi luoghi ci sono perchè in molte regioni non ci sono affatto.

Ecco perchè dico che nella nuova organizzazione sanitaria ospedaliera questi criteri devono essere seguiti. Di tutto ciò io ho parlato già in occasione della discussione del bilancio della sanità nel 1961: non si è fatto nulla finora perchè vi sono stati altri problemi da risolvere con carattere di priorità, comunque sono contento che si possa ora incominciare a fare qualche cosa in questo delicato settore di attività sociale.

R O T T A . Non è che non se ne sia parlato.

B O N A D I E S . Se ne è parlato e si è anche agito: questo è certo; ad ogni modo è importante che queste qualificazioni ospedaliere, già presentate e discusse in altro tempo, siano messe al centro delle nuove costruzioni. Tutte queste istituzioni, secondo il mio modesto parere, non devono essere decentrate e costituire enti a sè stanti, ma devono entrare a far parte dell'insieme dell'Ente ospedaliero. Ogni grande ente ospedaliero dovrebbe dunque comprendere una serie di istituti capaci di coprire tutto l'arco dell'assistenza, dalla nascita alla morte. Non si dovrebbe costruire solo l'ospedale civile a sè stante, avulso dalle altre strutture per lungodegenti, cronici. Eppure recentemente ho visto che è stato inaugurato un grande ospedale in Calabria che è il solito bellissimo monumento che mette in luce chi lo ha voluto, chi lo ha costruito: a questo illustre personaggio vada una lapide che ne ricordi le gesta o addirittura un busto.

Ritengo perciò che questo mio intervento debba essere inteso come una voce che faccia sentire la necessità di creare nell'Ente ospedaliero la rete che possa soddisfare tutte le esigenze del cittadino. A proposito dei reparti per cronici, insisto sulla necessità di distinguere il vecchio sano da inviare al gerentocomio dal vecchio malato che va all'ospedale geriatrico. Questo è un altro punto importante. È vero che Cicerone affermava che il vecchio è sempre un malato, ma Cicerone non era medico e quindi non poteva dire ciò che diciamo noi e cioè che il vecchio, se è ben curato, se è ben tenuto e se è mantenuto nei suoi rapporti con la società, può essere un uomo capace di svolgere funzioni elementari che sono sufficienti a dargli il senso del suo inserimento nella società.

Desideravo dire ancora una cosa, e cioè che l'Ente ospedaliero regionale dovrebbe avere una direzione, una sovrintendenza sanitaria, con sede nella regione, allo scopo di distribuire i malati nell'ambito della sua zona. In sostanza voglio dire che non è possibile che gli ospedali continuino ad essere

ancora quelli che sono e continuano a fare quello che fanno adesso. Ci vuole una disciplina regionale per risolvere la crisi di certi grandi ospedali che, con il metodo attuale di libera scelta dell'ospedale, sono e saranno sempre sovraffollati, mentre certi piccoli ospedali di provincia avranno tanti letti non occupati. A Roma, per esempio, abbiamo malati che vengono da tutte le parti, mentre vi sono ospedali ottimi anche nelle altre zone della regione laziale. Ed anzi dico di più: a Roma vengono malati dalle Marche, Umbria, Sicilia, Puglia; da tutte le parti vengono a Roma perchè evidentemente hanno bisogno di sentirsi curati meglio, una aspirazione evidente, giusta.

Ma, se questo può valere per malattie di una certa importanza, non si capisce perchè, da una città di centomila abitanti, debba venire a Roma ad operarsi di appendicite un malato che potrebbe operarsi nella sua città.

F E R R O N I . Il fatto è che quasi tutti gli ospedali del Lazio stanno a Roma.

B O N A D I E S . Ci sono ospedali anche fuori, nelle altre città del Lazio. Il fatto è che è stata l'automobile che ha creato questa situazione. Un individuo, così come viene a comperarsi a Roma un abito o un cappotto, così viene a Roma per farsi l'operazione anche di appendicite. Non ha difficoltà a spostarsi dalla provincia per venire in città.

Dobbiamo pertanto tener conto di quanto ho detto e fare in maniera che un sovrintendente sanitario della regione distribuisca gli ammalati nei vari ospedali, naturalmente ispirando la sua azione anche a un criterio di umanità. Non si potrà imporre certo ad un cittadino di andare per forza in un determinato ospedale, ma si può esercitare una certa pressione per una distribuzione di malati in vari ospedali. Oggi ci sono dei malati che sentono dire alla radio o alla televisione o che leggono sul giornale che a Roma si fanno innesti al cuore e allora è naturale che vengano a Roma. A Roma, per esempio, c'è un oculista che ha sperimentato la maniera di innestare la cornea con una so-

stanza organica diversa dalla cornea del cadavere. Ebbene, siccome la notizia è apparsa sulla stampa e alla radio, tutti vengono a Roma per consultare questo oculista, ma, e questo è importante, non vengono solo per la cornea, ma vengono per tutte quelle affezioni dell'occhio che hanno determinato una diminuzione della capacità visiva. Ecco quindi la necessità anche in questo campo di creare un tipo di educazione sanitaria diversa da quella che intendiamo comunemente.

Altra cosa che deve essere tenuta presente è quella che si riferisce al personale degli ospedali. Vedete, noi abbiamo fatto questa legge, ma l'abbiamo, per così dire, dedicata solo ai medici e non abbiamo tenuto presente che c'è tutta una grande categoria, che è quella dei lavoratori ausiliari dell'arte sanitaria, che è numerosissima ed è formata da uomini validi, bravi, intelligenti, ma che non hanno diploma di specializzazione professionale ed anche non hanno uno stipendio adeguato; molti non hanno il trattamento che dovrebbero avere. Ci sono infermieri che lavorano fino a 18 ore al giorno in ospedale per ragioni che tutti voi potete capire, cioè per avere supplementi di stipendi, cioè il compenso per lavoro straordinario; così le Amministrazioni guadagnano non assumendo altro personale e consentendo il raddoppio dei turni agli infermieri.

Comunque, a parte questo, è necessario che gli ospedali abbiano i loro vivaia di infermieri e di infermiere perchè, specialmente nel campo delle donne, molte si diplomano infermiere ma, dopo qualche anno, quando trovano marito, lasciano l'ospedale e determinano la necessità di sostituirle.

Comunque è bene richiamare l'attenzione del Senato anche su questi argomenti che sono di non scarsa importanza, così come non è di scarsa importanza quello che si riferisce ai tecnici. Quante volte si è parlato qui di attrezzature! Sappia però il Senato che spesso queste costose attrezzature sono nelle mani di buoni artigiani, di buoni giovanotti intelligenti che sanno fare quel che è necessario, ma non sono diplomati tecnici addetti a certi particolari servizi. Finchè la macchina va, tutto procede senza inconve-

nienti; ma quando la macchina non va, la si abbandona e così i milioni spesi vanno perduti. Quindi bisogna creare i tecnici e farne una classe sotto tutti gli aspetti degna di mansioni molto delicate, dalla radiologia all'anatomia patologica, dalle ricerche cliniche alla istologia. Noi abbiamo oggi dei laboratori ospedalieri in cui i medici fanno delle analisi che potrebbero essere benissimo fatte da tecnici. Ebbene, non riusciamo a produrre questi tecnici, perchè non abbiamo ancora scuole adatte, o per lo meno ne abbiamo poche e scarsamente attrezzate.

Si è parlato di università e di ospedale e si è detto che non c'è buon accordo. Ora io dico che l'università è una cosa e gli ospedali un'altra; dobbiamo imparare a considerare l'università come qualcosa di superiore all'ospedale, nel senso che l'ospedale è fatto per la cura dei malati, mentre le università, che rappresentano il faro del sapere scientifico, devono avere una valutazione superiore. Perciò noi non possiamo, come si richiederebbe da parte di certi primari ospedalieri, dare ai primari lo stesso prestigio dei clinici. Nè vale a questo scopo la libera docenza. È necessario perciò l'accordo tra l'ospedale e l'università, ma si deve trattare un accordo che non può essere sancito da una legge, ma deve scaturire dalla buona volontà da parte degli uni e degli altri; gli universitari comprendano le aspirazioni degli ospedalieri e gli ospedalieri siano più comprensivi del ruolo dell'università.

La riforma ospedaliera e la classe medica: anche questo è un argomento non trascurabile. Quando il progetto di riforma ospedaliera è stato reso noto, un grande allarme si è determinato nella classe medica ospedaliera che vedeva nella nuova legislazione una lesione dei propri interessi. Da quel momento vi sono stati convegni in molte parti d'Italia, articoli sui giornali in grande quantità e gli ordini dei medici si sono mossi; è uscito il libro bianco del ministro Mariotti, a cui è seguito il libro rosso della Federazione dell'ordine dei medici. Ebbene, in quest'ultimo sono raccolti i *desiderata* della classe; io l'ho sfogliato e ho trovato che tutto quello che avevano chiesto è stato concesso; non si capisce ora come mai ci siano stati

dei rivolgimenti e perchè proprio ieri o ieri l'altro è stato annunziato lo sciopero dei medici secondari, che prima erano in diversa posizione nei confronti dei primari.

Comunque anche questi scioperi di medici che avvengono ogni tanto bisognerebbe che finissero; si può dire che da un anno a questa parte non passa mese in cui non ci sia uno sciopero, ora di una categoria, ora di un'altra. A questo proposito veramente ci permettiamo di richiamare i medici ad una maggiore disciplina, perchè specialmente i medici ospedalieri non si possono lamentare (e questo lo dice chi vive da tanti anni in un ospedale). Debbo inoltre prendere atto di una realtà: i lavoratori dell'ospedale, i lavoratori delle classi non sanitarie, hanno dimostrato maggiore senso di coscienza dei medici, in quanto questi ultimi scioperano ogni momento, mettono i manifesti e tengono a far sapere alla popolazione che fanno lo sciopero, anche se dopo, magari, lavorano ugualmente nell'ospedale. Tutto questo, dunque, produce un grande disordine che non ci dovrebbe essere.

Non sto a riportare qui, anche per ragioni di tempo, tutto quello che i medici hanno chiesto e che è stato loro concesso. Chiedevano, ad esempio, che il collegio dei primari fosse consultato obbligatoriamente su tutti i problemi organizzativi e tecnici, e questo è stato concesso; chiedevano che la funzione didattica fosse potenziata attraverso la collaborazione dei primari all'insegnamento, ed è stato concesso; chiedevano la presenza obbligatoria negli ospedali di tutti gli studenti e dei neo-laureati prima dell'esame di Stato per l'abilitazione, ed è stato concesso; chiedevano che vi fosse un internato obbligatorio retribuito per i neo-laureati, ed è stato concesso. Essi inoltre chiedevano che il numero dei letti nelle singole divisioni fosse contenuto in certi limiti per consentire lo studio del malato; su quest'ultimo punto io faccio delle riserve, perchè non tutti vogliono rinunciare al numero dei letti, in quanto esso incide sulla fama del medico ed anche sulla parcella che viene dalle mutue...

F E R R O N I . Soprattutto questo.

B O N A D I E S . Forse anche questo è vero, senatore Ferroni, ma in ogni modo anche questo ha la sua importanza. Quindi bisogna limitare il numero dei posti-letto per i primari, però non credo che questo possa farsi con la legge. Sono le varie Amministrazioni ospedaliere che, in relazione al numero dei letti e alla gravità delle malattie, devono fare questa delimitazione.

Si chiedeva che gli ospedali fossero aggiornati alle moderne esigenze e alle funzioni loro attribuite, ed anche questo è stato concesso. Quindi mi pare che dal punto di vista delle concessioni se ne siano fatte abbastanza. Tutte queste richieste delle categorie sono state incluse nella legge. Questa è una bella cosa e dimostra che, prima di passare all'approvazione del Parlamento, l'opinione pubblica è stata sollecitata ad esprimersi e che le richieste giudicate giuste sono state accettate. Questo ci solleva da alcune nostre responsabilità.

Mi sembra necessario aggiungere che sarebbe stato auspicabile, come del resto è detto sia nella relazione dell'onorevole Lattanzio alla Camera, sia in quella del senatore Samek Lodovici qui al Senato, che questa riforma ospedaliera fosse stata inserita non solo nel quadro della riforma che nascerà dall'ordinamento regionale, ma anche — e ciò sarebbe più opportuno — in quella nuova organizzazione sanitaria che nascerà dalla futura riforma degli istituti previdenziali. Ma ciò avrebbe certamente ritardato ancora l'ordinamento degli enti ospedalieri la cui attuazione appare, come già detto, estremamente urgente nel nostro Paese. Quindi coloro che, sia da sinistra sia da destra, hanno lamentato che sia stata attuata questa riforma mentre non è stata fatta quella previdenziale hanno detto qualcosa di simile alla storia dell'uovo e della gallina. Bisogna pur cominciare a fare qualche cosa: che questo disegno di legge sia venuto alla nostra discussione e alla nostra approvazione è già un fatto che dobbiamo considerare come estremamente importante.

Dall'esame di questo disegno di legge deve essere rilevato lo scrupolo con cui in tutte le stesure della legge è stata rispettata

la gestione democratica. Di questo si è già parlato da parte di qualcuno in senso favorevole e da parte di altri in senso contrario, naturalmente a seconda della concezione che si ha della democrazia e della partecipazione del popolo al potere. Certo il consiglio di amministrazione avrebbe potuto essere arricchito da qualche elemento tecnico; e qualcuno ha proposto che l'Ordine dei medici o la Federazione degli ordini fornissero dei nominativi per questa partecipazione. Comunque, se i direttori e i primari, attraverso la loro presenza, potranno, magari in un tempo successivo, essere almeno sentiti, sarà una cosa buona. Purtroppo però in genere questo non avviene perchè — tutti abbiamo un'esperienza a questo proposito — l'amministratore in questo campo come in altri sa tutto e ritiene che la presenza del medico sia inutile.

Per quanto riguarda l'organizzazione degli ospedali dobbiamo tener conto di quello che avverrà in futuro. Noi non dobbiamo costruire soltanto per il presente perchè la medicina cammina velocemente, anzi in maniera addirittura travolgente. Quindi dobbiamo tener conto non solo dell'ospedale di oggi, cioè della medicina curativa, ma anche della medicina preventiva, e questa ultima non si può attuare se non si arricchiscono gli ospedali, gli ambulatori e i presidi intra ed extramurali.

L'ospedale si deve aprire alla cittadinanza, a tutti. Il malato che viene dimesso dall'ospedale deve essere curato ancora o presso l'ospedale stesso o anche a casa sua, ma da medici che lo conoscono. Questo passaggio di mani del malato non deve essere consentito, perchè guasta l'uniformità della terapia. Gli ospedali devono avere un'alta funzione, per oggi e per domani. Chi parla di ambulatori si deve riferire ad ambulatori diagnostici, curativi, di medicina preventiva, di medicina ricostruttiva, per il collegamento dell'ospedale con l'esterno, per gli ospedali diurni (dei quali io ho parlato nella stessa relazione sul bilancio del Ministero della sanità). Non è necessario che ogni ammalato abbia il suo letto nell'ospedale: il malato può andare a dormire a casa sua e ritornare la mattina; infatti de-

ve finire il concetto per cui ospedale equivale a posti-letto. Il malato che può andare a casa va a casa; la mattina ritorna per farsi curare. Ci vuole una nuova organizzazione dell'ospedale che ancora non è sentita nè risulta dalla legge. Ma non è necessario che sia la legge a fare queste cose: la legge, secondo me, dovrebbe venire dopo che queste cose sono state fatte. Ci sono dei tecnici che possono dare dei suggerimenti, ma vi sono degli amministratori che non sentono da quell'orecchio.

L'ospedale diurno, quindi, potrebbe alleggerire molto il lavoro dell'ospedale. Chi va all'ospedale trova degli ammalati a letto, sofferenti, ma ne trova anche degli altri che vanno girando, fumando, parlando, cantando. Tutto questo dipende dal fatto che si tratta di ammalati che non hanno bisogno della presenza fisica permanente nell'ospedale. Essi possono uscire e tornare, ma questo lavoro intra ed extramurale oggi non si fa e invece è quello dell'ospedale dell'avvenire, se è vero che dobbiamo guardare alla medicina sotto un profilo diverso.

Anche con le mutue ci vuole un collegamento: l'ospedale deve essere collegato con le mutue. Non è possibile immaginare che quel che fanno le mutue viene rigettato dall'ospedale e viceversa. Abbiamo malati che vanno alla mutua, si fanno visitare, esaminare, si sottopongono ad esami radiologici eccetera e, quando entrano all'ospedale per farsi operare della solita colicistite calciosa che è loro stata riscontrata fuori (e si vedono benissimo i calcoli), nell'ospedale non sono operati se prima non fanno l'esame radiologico. Il malato entra e sa che ha la calcolosi della cistifellea, sa che deve essere operato, però prima di 15-20 giorni non è operato.

Ecco perchè hanno maggiore possibilità di lavoro le cliniche private nei confronti delle mutue, dato che nella clinica privata, quando un malato si presenta con la propria lastra radiografica per cui viene classificato affetto da colicistite calciosa, viene operato il giorno successivo.

La mutua, per una calcolosi della cistifellea, spende centomila lire in una clinica privata ed in un ospedale una cifra più gran-

de perchè per la degenza e gli esami che si ripetono senza necessità la mutua ci rimette sempre. Quindi, anche sotto questo punto di vista, è bene tenere presente la possibilità di svolgere un'attività in modo diverso.

Ancora un altro argomento e poi basta: attività dei medici nell'ospedale, tempo pieno, determinato, attività privata negli ospedali, servizio solo in ospedale e non altrove e via dicendo. Queste sono tutte questioni spinose che però non si possono, secondo me, risolvere con un taglio netto. Infatti è impossibile che per i medici che sono abituati ad un certo lavoro, da un momento all'altro si modifichi la loro organizzazione.

Quindi bisogna andare gradualmente. Oggi, per esempio, i medici ospedalieri hanno avuto gli aumenti e si potrebbe cominciare a pretendere questa dedizione agli ospedali e non ad altri istituti sanitari. Questa comunque non è cosa riguardante la legge ma che, ripeto, le amministrazioni devono sempre cercare di fare per ottenere il massimo risultato.

Per concludere, desidero affrontare il problema dell'umanizzazione degli ospedali. Tutto quello che si è detto serve certamente a dare un volto nuovo all'assistenza ospedaliera, alle attrezzature e alla tecnologia, ma tale assistenza non sarà mai fruttuosa se non sarà permeata di umanità, di quel carattere che ha sempre avuto l'ospedale cristiano dalla sua nascita e che non deve essere perduto. Il tecnicismo moderno ha un immenso valore, tutti lo riconosciamo. Esso deve essere alla base della medicina curativa, della medicina preventiva e di quella ricostruttiva eccetera. Ma l'ospedale è una organizzazione che si rivolge all'uomo con tutti i suoi sentimenti, con tutti i suoi bisogni, con tutta la sua sensibilità. Ecco perchè è necessario considerare il lato umano dell'assistenza. Quello spirito di carità e di umanità che aleggiava nei primi ospedali cristiani e che la tradizione ha saputo mantenere fino adesso, non deve andare perduto, ma deve splendere con la stessa luce del passato. La benevolenza, la dolcezza, la riservatezza sono gran parte della cura delle malattie e devono rimanere vive nell'ospedale anche di domani. Intendo riferirmi al-

l'assistenza religiosa che negli ospedali deve essere mantenuta allo stesso modo di come si svolge adesso, nel senso che il personale religioso deve rimanere nell'ospedale. Infatti, la malattia può volgere al bene e allora il malato va via, contrariamente, se il malato si aggrava, c'è bisogno di un alito di affetto, c'è bisogno di qualche cosa che consoli. Noi possiamo curare i malati, li possiamo guarire o non guarire, ma non possiamo non consolarli. La consolazione viene soltanto da questo afflato di umanità. Grazie. (*Vivi applausi dal centro e dalla sinistra. Congratulazioni.*)

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

P E N N A C C H I O . Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, è cosa superflua ripetere quanto è stato già detto a sostegno della riforma ospedaliera, dei suoi elementi e dei suoi aspetti prevalentemente positivi ed in verità nessuno, in linea di principio, ne ha potuto contestare la necessità e l'urgenza. Le stesse critiche e le non poche perplessità ne hanno piuttosto convalidato le ragioni che si incentrano tutte sul rispetto della libertà e della dignità della persona umana e sul dovere dello Stato di dare al Paese una nuova ed efficiente organizzazione sanitaria fondata sulla tutela della salute individuale e collettiva.

Se questi sono i fini accettati da tutti o dai più, nulla nella materia poteva restare affidato all'anarchia, alla improvvisazione, all'empirismo, alla soluzione particolaristica di alcuni problemi o alla tradizionale politica del caso per caso. Al contrario, come è stato riconosciuto, si è avvertita l'esigenza di una programmazione che risolvesse con visione organica la tematica viva e sempre più acuta emersa nell'esperienza degli ultimi venti anni. Quali erano in fondo questi problemi e di quali si è cercata la soluzione? Innanzitutto l'adeguamento numerico degli ospedali o dei centri sanitari diffusi o da diffondere in tutto il territorio nazionale; il famoso assillo dei posti letto adeguati ai bisogni reali della popolazione, indi la dotazione per ogni ospe-

dale, secondo le categorie, di servizi, attrezzature tecniche, apparecchi sanitari, nonché del personale medico sanitario ed ausiliario che siano idonei ad assicurare ad ogni cittadino ed in ogni parte del territorio nazionale un'assistenza sanitaria moderna, degna di questo nome; una collaborazione, e non già una contrapposizione, tra ospedali e istituti e cliniche universitarie nelle quali più vivo e costante si manifesta il progresso della scienza e della medicina, con una visione integrale del problema ospedaliero che non si esaurisce nell'ambito delle corsie dell'ospedale, ma si estende anche alla formazione di istituzioni per la prevenzione e per la profilassi delle malattie, al recupero dell'ammalato alla vita sociale, alla sua educazione igienico-sanitaria, al coordinamento con tutte le altre strutture sanitarie per una finalità d'integrazione che eviti il sovrapporsi di competenze ed il formarsi di inutili e dannosi conflitti e renda più spedita, più efficace e meno dispersiva l'assistenza: il primato, dunque, dell'uomo sul meccanismo dell'istituzione, donde il preminente e riconosciuto diritto dell'ammalato ad essere ricoverato senza l'opprimente condizione dell'accertamento preventivo della competenza passiva della spesa.

C'è da chiedersi: come sarebbe stato possibile instaurare un'organizzazione sanitaria che voglia perseguire scopi così altamente civili e sociali senza un coordinamento, pressochè integrale, di tutta la materia, senza un indirizzo di carattere strutturale nuovo, senza un coordinamento la cui garanzia sia affidata nelle mani dello Stato e per esso alle istituzioni sanitarie?

Ecco, dunque, colta l'altra novità caratteristica del disegno di legge, cioè la natura eminentemente sanitaria della riforma, il riordino ed il convogliamento dei vari settori nell'alveo della competenza istituzionale della sanità, donde la conseguenza che gli enti ospedalieri debbono avere un'identica struttura giuridica ed un'unitaria disciplina amministrativa.

L'iniziativa privata non dovrebbe essere mortificata e dovrebbe trovare spazio adeguato nella riforma in ossequio ai principi della Costituzione e nell'ambito delle diret-

tive della programmazione, a patto che essa sia assoggettata alle regole dei controlli e della sorveglianza del potere sanitario e concorra — ecco il punto — per la sua parte, al perseguimento degli scopi generali, cioè della garanzia della qualità delle prestazioni ed alla tutela efficace della salute.

Il disegno di legge, invero, all'esame della Commissione sanità del Senato non ha subito variazioni di rilievo rispetto al testo approvato nell'altro ramo del Parlamento. In quell'altra sede le discussioni furono numerose, vivaci, approfondite ed investirono sia nel complesso, sia nei singoli articoli, il disegno di legge. Ed è anche da ricordare che vi furono momenti difficili e che rispetto al testo originario molte ed opportune sono risultate le modifiche, le quali sono valse, nel loro complesso, a dare alla riforma un assetto molto più equilibrato e rispondente ai bisogni sanitari. Poichè, dunque, la discussione alla Camera dei deputati fu feconda e provvida di risultati, una qualunque revisione sostanziale dell'indirizzo adottato che intervenisse in quest'Assemblea minaccerebbe, oggi, dopo tormentosa fatica, la stessa approvazione della legge. Questa considerazione in verità nulla toglie all'opportunità di esaminare alcune introduzioni migliorative o chiarificative del disegno di legge. Questa è la ragione — per così dire — prevalentemente politica che stimola a conservare, nonostante il permanere di alcune perplessità, il testo come risulta approvato alla Camera e come emendato in sede di Commissione.

Ma ho parlato di perplessità; credo che sia un dovere di coscienza che esse, in sede di esame generale della legge, siano manifestate, affinché ognuno di noi, fermo il suo dovere di solidarietà e di disciplina politica, assolva anche ad uno scrupolo verso la propria coscienza. Alludo anzitutto alla riforma previdenziale. Se ne parla da tanto tempo, ed in un certo senso essa avrebbe avuto carattere pregiudiziale, stante l'evidente connessione con la legge ospedaliera. Stiamo però, in detto campo, a quota zero.

Ora, non sfugge che le riforme di struttura dello Stato devono realizzarsi almeno di pari passo. Non è concepibile che si instau-

rino novità e profonde revisioni in un settore e si resti vincolati caparbiamente al passato in altri settori; stante l'interdipendenza delle varie attività, l'una ha influenza sull'altra e ne condiziona, in una certa misura, l'efficacia. Credo sia necessario, non solo ai fini istituzionali, ma anche per i traguardi sociali che la società moderna si propone di realizzare, e soprattutto ai fini della produttività della spesa (le risorse nazionali sono scarse: il problema dei problemi è quello di impiegarle produttivamente e razionalmente), che si faccia quanto necessario per preparare il passaggio, che è inevitabile, dal sistema assicurativo a quello della sicurezza sociale. Eviteremo, oltre tutto, le complicazioni di competenze — e sono moltissime — i conflitti, gli egoismi dei vari comparti dell'Amministrazione dello Stato, che dovrebbero ricondursi ai principi di unificazione e di semplificazione tanto attesi e presenti nella coscienza dei cittadini.

F E R R O N I . Persuadere noi è sfondare una porta aperta: lo sforzo va fatto in altra direzione.

P E N N A C C H I O . D'accordo, non è a lei o al suo gruppo che mi rivolgo. Ho inteso riaffermare un'impostazione che va ripetuta e sottolineata come una esigenza primaria del problema della riorganizzazione dello Stato.

Le stesse considerazioni valgono per le regioni, e non è uno *slogan*. Esse si interpongono come strumenti costituzionali indispensabili per dare integrale compiutezza ed effetto alla riforma. Ma qualcosa vorrei aggiungere in ordine all'articolo 3 del disegno di legge — ho un dissenso da manifestare — in base a cui le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici che provvedono esclusivamente al ricovero degli infermi, nonché gli ospedali appartenenti ad enti pubblici che abbiano come scopo oltre all'assistenza ospedaliera anche finalità diverse, sono costituiti in enti ospedalieri. So che della questione si è discusso a lungo, soprattutto nella prima Commissione affari costituzionali della Camera. Prima però di farvi cenno e di esprimere la

mia opinione, se volete, personale, voglio fare riferimento a quanto il disegno di legge espressamente sancisce, e cioè che nella riorganizzazione degli enti pubblici operanti nel settore ospedaliero e destinati ad essere costituiti in enti ospedalieri sono fatti salvi gli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera. Vorrei precisare che tale salvaguardia sancita nella legge non costituisce certamente una concessione graziosa dello Stato. Essa, invece, trova titolo e giustificazione nelle garanzie delle norme concordatarie vigenti; sono quelle appunto che tutelano la condizione degli enti ecclesiastici in rigorosa conformità con l'articolo 20 della Costituzione che a quei patti si richiama. A mio avviso, quindi, sarebbe stato impossibile sancire trasformazioni di fondazioni ecclesiastiche riconosciute e stabilire misure soppressive della loro personalità e del loro patrimonio...

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*.
È esatto.

P E N N A C C H I O . Almeno fino a quando il Concordato sarà in vita.

O R L A N D I . Ho molti dubbi su questo.

P E N N A C C H I O . Ho voluto mettere in chiaro ciò che non era chiaro: che cioè non v'è stata nessuna concessione dello Stato agli enti ecclesiastici. Però non tutto appare chiaro per quanto attiene alle trasformazioni *ope legis* anche nei confronti di alcune istituzioni di assistenza e di beneficenza. Ne parlo, come ho già detto, per ragioni di scrupolo e anche perchè è prevedibile — ho avuto informazioni al riguardo — che una volta approvato il disegno di legge, siano sollevate davanti alla Corte competente questioni di illegittimità costituzionale. C'è dunque un certo numero di vecchie istituzioni di assistenza e di beneficenza — credo nel complesso una trentina — il cui collegamento con l'ordinamento della Chiesa si manifesta, oltre che attraverso gli statuti e i fini di carattere dichiarata-

mente religioso e caritativo, anche per la presenza prevalente e determinante dell'autorità ecclesiastica attraverso la nomina dei rappresentanti nei consigli di amministrazioni. Correttamente, quindi, se si voleva salvare la sostanza dei rapporti con le istituzioni religiose e non solo la forma, il disegno di legge avrebbe dovuto escludere dall'ambito dell'applicabilità della riforma, accanto agli enti ecclesiastici, quegli altri enti a tipo istituzionale e associativo con le caratterizzazioni di cui avanti, siano o no gli stessi civilmente riconosciuti.

Dobbiamo quindi dire che sotto il manto delle trasformazioni si realizza invece una forma moderna di secolarizzazione degli enti così caratterizzati che urta contro il sistema delle garanzie costituzionali sia per quanto attiene al principio dell'autonomia e del decentramento — che poi sono principi inerenti alla concezione pluralistica dello Stato — sia, in particolare, per quanto attiene al sistema delle situazioni di garanzia che derivano dalla interferenza delle norme concordatarie, le quali vanno rispettate ai sensi degli articoli 7, 10 e 20 della Costituzione.

La riorganizzazione degli enti pubblici operanti nel settore ospedaliero secondo il disegno di legge viene perseguita mediante la trasformazione degli enti che provvedono in maniera esclusiva al ricovero e alla cura degli infermi; mediante il distacco degli enti originari e la erezione in enti ospedalieri degli ospedali che appartengono ad enti che svolgono attività anche diverse da quella ospedaliera. La trasformazione coattiva di questi enti si traduce, come si è detto, nella violazione della loro autonomia, in quanto la volontà dei fondatori si riflette ancora oggi negli statuti che sono la tipica espressione dell'autonomia normativa e quindi del mutamento dei fini originari degli enti stessi.

Eminentissimi giuristi hanno ritenuto che il contenuto del disegno di legge, per questa parte, si identifichi con quello di una espropriazione di personalità che si attua attraverso la soppressione degli enti originari e la erezione in loro luogo di nuovi enti. Tale fenomeno si manifesterebbe con assoluta

evidenza nei confronti di quegli enti per i quali la stretta compenetrazione del fine religioso con quello assistenziale-ospedaliero costituisce un tutto inscindibile.

Peraltro, che la volontà dei fondatori resti violata è innegabile. Infatti, l'organizzazione e la composizione dei consigli di amministrazione dei nuovi enti ospedalieri risulta disciplinata in maniera totalmente nuova. Viene sconvolta la normativa originaria recepita nei relativi statuti. E sebbene l'ente conservi la facoltà di designare due rappresentanti nei consigli di amministrazione, non ci si accorge così dell'assurdo istituzionale di un ente che non risulta soppresso, e che neppure si trasforma interamente, ma si conserva in vita sol per designare una sua rappresentanza nel nuovo consiglio amministrativo.

A questo punto sorge il secondo problema, se cioè è possibile operare con legge un trasferimento di beni senza ricorrere all'istituto dell'espropriazione di proprietà garantita da un indennizzo (articolo 42 della Costituzione). Il disegno di legge risolve il problema sotto un profilo discutibile. Partendo, infatti, dal presupposto dell'appartenenza alle categorie della proprietà pubblica dei beni degli enti pubblici destinati all'esplicazione del servizio ospedaliero, ne fa derivare non già la classica espropriazione coperta dalla garanzia dell'indennizzo, ma solo una successione a titolo universale legata al perseguimento degli stessi fini ed interessi pubblici originari. Ma è facile rilevare che una cosa è la natura dei beni del patrimonio disponibile dell'ente destinato ad un pubblico servizio, altra cosa è l'affermazione che detti beni rientrino nella proprietà pubblica.

Tale ultima conclusione non ha alcuna base normativa, e contrasta sia con la dottrina, sia con la giurisprudenza che collocano il patrimonio indisponibile nella categoria della proprietà privata. Sbagliata la premessa, si è errato ovviamente nella conseguenza, essendosi così esclusa l'ipotesi di una espropriazione dietro indennizzo. A sostegno, si è invocata la sentenza 29 dicembre 1959, n. 68, della Corte costituzionale che, in fattispecie analoga, avrebbe ritenu-

to infondata la questione di illegittimità. Il richiamo appare incongruo, ove si pensi che la sentenza si occupa del caso di un singolo bene del patrimonio di un ente pubblico in liquidazione, cioè di una fattispecie particolare da cui non è possibile dedurre conclusioni di carattere generale.

È bensì vero che la relazione ministeriale si è dato carico di citare esempi di provvedimenti legislativi che hanno statuito in conformità del disegno di legge, ma si tratta di casi relativi ad enti che, quanto alla struttura, non risultavano collegati in alcun modo con l'ordinamento della Chiesa, nè ripetevano la loro origine da atto di liberalità *ad causas pias*.

Dopo quanto ho esposto, non intendo discutere il principio base del disegno di legge, che condivido, secondo il quale gli enti ospedalieri debbono avere tutti la stessa uniformità istituzionale e la medesima struttura giuridica e amministrativa, ma soltanto obiettare che le istituzioni di assistenza e beneficenza, aventi caratteristiche sopra menzionate, sarebbero dovute restare salve così come gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, ed operare come questi ultimi nella regola dell'assoggettamento rigoroso alla normativa della legge ed a tutti i controlli e sorveglianza dell'autorità sanitaria.

Nella realtà si trattava di istituzioni senza scopo di lucro che, avendo operato nell'organizzazione pluralistica dello Stato, avrebbero potuto meravigliosamente competere con gli enti ospedalieri e, animati come lo sono sempre stati da quell'insostituibile principio della carità cristiana, offrire un modello di competitività, sia per quanto attiene alla vita amministrativa, sia per quanto attiene all'efficienza tecnico-scientifica, sia per quanto attiene al miglior modo di realizzare il servizio ospedaliero.

Avremmo preferito e voluto che ci fosse questo confronto nell'ambito della nuova organizzazione sanitaria dello Stato.

Il caso ha implicato che tra questi enti ve ne siano esattamente tre in provincia di Bari (ne parlo per conoscenza diretta); tre istituzioni ospedaliere: l'ospedale Mull di Acquaviva, l'ospedale Di Venere di Carbonara (1.200 posti-letto), ospedale Fallacario

di Triggiano, ospedali oggi i più richiesti i quali, quando più carente si presentava la organizzazione pubblica facente capo allo Stato e agli enti pubblici territoriali, hanno saputo con eroismo, ma anche con visione moderna, coprire i vuoti assistenziali che esistevano in quella zona del barese, acquisendo incancellabili benemerienze e ponendosi all'avanguardia dell'assistenza ospedaliera.

Sono queste le osservazioni che ho ritenuto di prospettare senza togliere nulla alla umana ispirazione e alle finalità che accompagnano il disegno di legge: ma la sua approvazione che è imminente non conclude, mi rivolgo al Governo, il cammino e il travaglio della riforma. Il Ministro sa meglio di me, anzi lo sappiamo tutti, che si conclude soltanto una tappa del lungo cammino, appena iniziato. La fase più difficile deve ancora venire, ed è collegata con l'applicazione della legge.

Ho sentito in quest'Aula più volte il riferimento ad una legge-quadro, e non ad una legge che abbia in se stessa gli elementi di una immediata operatività; il che ci dà la misura delle difficoltà che attende la riforma. Saranno giuridiche, tecniche e in modo particolare, finanziarie; vi saranno anche quelle burocratiche.

Molti organi amministrativi deliberanti e consultivi potrebbero anzichè agevolare, piuttosto ostacolare la funzionalità della vita ospedaliera. Non resta che questo augurio, che rivolgo sinceramente e fervidamente, e cioè che, nell'interesse di tutto il popolo italiano, tutte le difficoltà siano superate con lo stesso impegno e con la stessa volontà con cui siamo riusciti a superare le non lievi difficoltà di ieri. (*Applausi dal centro*).

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

C A S S E S E . Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, dopo l'intervento del mio collega, senatore Maccarrone, a me spetta ripagare l'Assemblea del tempo in più usato dal nostro Gruppo (che è stato però così fruttuosamente im-

piegato, anche perchè l'ora tarda mi impedisce di abusare della cortesia degli ascoltatori presenti.

Il collega Maccarrone, nel concludere il suo dire ha dichiarato che noi comunisti, nell'esame di questa legge, ci proponiamo di migliorarla. Insisteremo su tutte le incongruenze che la legge presenta e che noi abbiamo qui denunciato in maniera da richiamare l'attenzione generale del Paese su di esse; ci fermeremo però e insisteremo soprattutto su alcuni punti qualificanti della legge, che possano veramente imprimere quell'impronta di vera riforma che è attesa da tutto il Paese.

È stato detto dal nostro collega e compagno Ferroni, qui, che noi siamo per principio contro la legge e che non volevamo partire, nelle riforme in campo sanitario, dagli ospedali. Il collega Maccarrone ha confutato questa tesi già molto chiaramente; io vorrei ricordare soltanto al collega Ferroni che il disegno di legge al nostro esame non è indubbiamente il disegno di legge per il quale ci siamo battuti tanto, primi fra tutti. Il primo disegno di legge, infatti, presentato al Parlamento italiano sul riordino degli ospedali, porta la firma del nostro segretario generale del partito, onorevole Luigi Longo. Era quel disegno di legge, che è stato esaminato alla Camera congiuntamente al progetto governativo, come l'onorevole Sottosegretario ricorderà, uno di quei progetti che non si propongono la semplice correzione, caro Ferroni, ma lo smantellamento, come lei diceva, di quanto c'è di più vecchio nella nostra organizzazione ospedaliera. Questa legge lo smantellamento dell'attuale organizzazione, ormai completamente in crisi, non lo realizza. E quindi il nostro giudizio, conforme a quel progetto di legge che presentammo alla Camera, non può essere che negativo.

Ma il fatto importante, credo, è che noi dell'estrema sinistra, che siamo gli antesignani delle riforme nella nostra patria, non siamo assolutamente soli ad esprimere un simile giudizio sul disegno di legge. Questo giudizio negativo è stato espresso e viene espresso anche da altre forze politiche alla Camera, qui al Senato e fuori, nel Paese.

Sui punti qualificanti, infatti, il Governo non si è trovato alla Camera di fronte soltanto noi comunisti come critici, ma si è trovato di fronte anche uomini della maggioranza parlamentare di centro-sinistra. Ricordo qui all'onorevole Volpe, in assenza del Ministro della sanità, che alla Camera il Partito repubblicano ha elevato delle critiche feroci al disegno di legge governativo e si è comportato alla nostra maniera a proposito dei punti più importanti della legge; l'onorevole Romano, che è dello stesso partito dell'onorevole Ministro della sanità, ha presentato degli emendamenti che si sono sovrapposti a quelli presentati da noi dello stesso tenore; ci sono stati dei parlamentari sindacalisti della CISL che hanno avanzato delle proposte di miglioramento e si sono affiancati alle nostre tesi; e quei parlamentari facenti parte della maggioranza nel voto finale hanno votato contro la legge, così come abbiamo fatto noi.

L'unità tra queste forze è stata raggiunta alla Camera sui punti qualificanti della legge e precisamente sull'abolizione della retta onnicomprensiva e sul fondo ospedaliero, oltre che su altri punti ugualmente importanti. Su quei punti, quindi, qui in Senato si è puntata la nostra critica in sede di 11ª Commissione. Quei punti qualificanti della legge sono la retta e il fondo ospedaliero. Ci sforzeremo qui al Senato, collega Ferroni, di modificare la legge in modo da assicurare al Paese una adeguata riforma ospedaliera.

Non credo che su questi punti al Senato il Governo possa contare su un facile consenso. Il nostro ottimo collega senatore Samek Lodovici nel compilare la sua relazione non ha potuto non recepire il pensiero della maggioranza della Commissione e a proposito della retta è stato costretto a dire che non dovrebbe essere più una retta onnicomprensiva. « Tuttavia, oltre alle spese fondamentali per la retribuzione del personale, le cure e il mantenimento dell'ammalato, alle quali », dice il collega Samek, « sarebbe desiderabile poter limitare la retta » (sembra di vedere gli sforzi che man mano il collega Samek fa per fermare questo gonfiamento della retta ospedaliera!) vanno aggiunti carichi che con la retta non dovrebbero es-

sere confusi. A questo punto saranno « purtroppo » compresi nella retta altri carichi che il collega Samek elenca, riposandosi tra un carico e l'altro per prendere fiato e trarre conforto e coraggio per andare avanti nella sua relazione. E allora vediamo che cosa dovrà comprendere questa retta. C'è una lunga elencazione che voglio riportare succintamente: la partecipazione alla difesa attiva della salute, la preparazione professionale del personale, l'educazione sanitaria oltre alla cura dell'ammalato che viene ricoverato; e, dice il collega Samek Lodovici continuando, « purtroppo » le spese per ammodernamento, rinnovo, ammortamento di mutui, eccetera. È logico e comprensibile l'accoramento del Senato in proposito, tanto bene espresso dal nostro relatore.

La retta onnicomprensiva viene in questo modo a gravare sui lavoratori, ai quali soltanto, in effetti, vengono accollati gli oneri per il miglioramento delle nostre attrezzature ospedaliere. Questa retta mastodontica, infatti, andrebbe ad aggravare il *deficit* delle mutue, che amministrano i soldi dei lavoratori italiani e a colpire le categorie più povere dei cittadini che non sono assicurati contro il rischio di malattia. E io qui voglio ricordare i disoccupati, i vecchi inabili, le casalinghe, gli ammalati gravi che consumano i 180 giorni di ricovero ospedaliero anche se assicurati contro il rischio di malattia.

Alcuni potrebbero rispondere che per loro pagheranno i comuni. Non credo che ciò possa essere affermato dall'onorevole sottosegretario Volpe o dai colleghi dell'11ª Commissione (igiene e sanità) o da qualsiasi altro collega senatore, perchè è risaputo che la legge sulla speditività oggi obbliga i comuni a rivalersi sui non paganti solvibili ed è feroce nei suoi dispositivi di applicazione.

Qui entrano in ballo il Nord e il Sud, la città e la campagna e gli squilibri, in genere, della nostra organizzazione sociale. Nel Sud, infatti, e nelle zone depresse in genere, i comuni poveri, senza neanche i soldi per pagare gli impiegati comunali posti alle loro dipendenze, sono costretti a far pagare la tassa di famiglia (come avviene nella mia provincia in comuni montani, piccoli e poveri del salernitano) ai pensionati della

Previdenza sociale, perchè la loro pensione di 15 o 20 mila lire è ritenuta un reddito altissimo là dove il reddito *pro capite* non supera le 100 mila lire annue, e giungono addirittura ad effettuare il sequestro e la vendita all'asta del piccolo appezzamento di terreno o del tugurio nel quale costoro abitano per rivalersi. Nella migliore delle ipotesi sono costretti ad accordarsi con gli amministratori comunali per rateizzare lungo numerosi anni la spesa che hanno dovuto sopportare per difendersi dalla malattia.

Non abolire la retta, quindi, vuol dire che coloro i quali si ammalano sono tenuti a pagare anche per i sani i nuovi impianti ospedalieri, e tra costoro vi sono alcuni che hanno minori possibilità di qualsiasi altro cittadino di farlo.

Questa è una assurdità morale e sociale oltre che economica, è una cosa gravissima che deve essere deplorata da tutto il Senato. Questa assurdità, onorevoli colleghi, porta a difendere anche il principio, nella legge affermato, che la costruzione di più numerosi ospedali è affidata alla incidenza della morbidità. Arriviamo all'assurdo che, se dovranno essere gli ospedali e gli enti locali a contrarre dei debiti per poter ammodernare, allargare e potenziare la loro attrezzatura e, per questa legge, questi ospedali dovranno rivalersi sulla retta delle spese alle quali saranno costretti a far fronte, tutti dovranno augurarsi che sempre più numerosi i cittadini ricorrano al ricovero ospedaliero.

Infatti, è evidente che quanti più ricoveri vengono realizzati da parte degli ospedali, di tanto più denaro, così come egregiamente ha dimostrato il collega Maccarrone, si disporrà per migliorare l'attrezzatura ospedaliera.

Noi meridionali, poi, dovremmo fare concorrenza al Nord su questo terreno. Dovremmo, noi del Sud, che siamo tanto indietro rispetto al Nord, augurarci una morbidità ancora più incidente. L'assurdità, quindi, o l'ingiustizia che si commette nel sostenere la retta, come è configurata nel disegno di legge, da parte del Governo, è quanto di più aberrante.

Rispetto al programma di sviluppo economico ancora più evidente balza la pretesa di ammodernare la rete ospedaliera.

Ad alcuni sostenitori del progetto governativo piace difendersi dalle critiche avanzate da ogni parte sulla retta onnicomprensiva, appellandosi alla programmazione ospedaliera. Infatti, sostengono che quando verrà la programmazione ospedaliera i soldi ci saranno, tutti gli squilibri finiranno, nuovi ospedali saranno costruiti, migliorerà l'assistenza ospedaliera, anche perchè allora saremo arrivati a creare un servizio sanitario nazionale. Ma se nel programma di sviluppo ospedaliero si darà posto anche per l'avvenire al criterio della contrazione dei mutui da parte degli enti locali per la costruzione di nuovi ospedali, io non credo assolutamente che questa programmazione potrà avere successo. Per contare su dati certi ci deve essere uno stanziamento nel bilancio dello Stato adeguato ai bisogni, così come noi abbiamo cercato l'altra sera di fare, sostenendo un emendamento di 200 miliardi a favore degli ospedali. Solo attraverso uno stanziamento sistematico e congruo nel bilancio dello Stato noi potremo contare sulla certezza della programmazione. Vediamo che cosa si è realizzato con la legge del 1965 numero 574, legge che dovrebbe servire ancora per il quinquennio di programmazione a incentivare la costruzione di nuovi posti-letto. Questa legge è operante per il biennio 1966-67, e siamo ora alla fine del 1967. Il collega Perrino ci ha fornito gli ultimi dati in proposito. Su 6 miliardi che lo Stato vuole erogare in contributi agli enti locali per il 1966 e 1967 solo il 65 per cento è stato impegnato. Quindi i 130 miliardi che si era programmato di investire nella costruzione di nuovi posti-letto non sono stati assolutamente impegnati.

Ma neanche l'investimento del 65 per cento è stato equilibrato dal punto di vista territoriale, in quanto nel Nord si è investito il 65 per cento circa di tale percentuale mentre nel Sud il resto.

Quindi non si può sostenere che la programmazione poggiata sui contributi in conto interessi da parte dello Stato svilupperà la nostra rete ospedaliera; anzi, con questo metodo e con questo strumento, che noi vogliamo affidare alla programmazione ospedaliera, il divario fra Nord e Sud sarà indub-

biamente aumentato; inoltre, non si otterrà l'*optimum* necessario in genere in Italia, suggerito dall'Organizzazione mondiale della sanità, di posti-letto.

Altra tesi, di cui sono stati anche sostenitori alcuni compagni socialisti, è che non ci sono i soldi. Certo i soldi per favorire il potenziamento del profitto in Italia si trovano molto facilmente; e noi quindi, per avere la possibilità di disporre dei soldi da impiegare in campo sociale, dovremmo augurarci, accettando la filosofia della destra economica e della destra politica italiana, che i capitalisti italiani facciano quanti più affari possibile, perchè solo così potrebbero venir fuori i margini da permetterci di affrontare poi quelli che sono i bisogni sociali della nostra popolazione. Nel passato è stato possibile trovare i 700 miliardi regalati al padronato con la fiscalizzazione degli oneri sociali.

I cittadini, però, vogliono che l'assistenza ospedaliera venga assicurata a tutti, per dare applicazione all'articolo 32 della Costituzione, al servizio sanitario nazionale previsto dal piano quinquennale di sviluppo. L'adeguamento dei posti letto ai bisogni nazionali ed una programmazione ospedaliera che assicuri più ospedali e migliori attrezzature ospedaliere sono possibili solo attraverso il finanziamento dello Stato.

È questo che noi chiediamo che la legge preveda e comprenda. Questo è possibile realizzare attraverso il potenziamento del fondo ospedaliero.

Potenziare il fondo ospedaliero previsto dalla legge, secondo alcuni sostenitori e difensori della legge, significa affossare l'autonomia degli ospedali, voler nazionalizzare la medicina e gli ospedali. L'autonomia come è intesa oggi, senza un coordinamento tra i vari bisogni nei piani ospedalieri e nei finanziamenti statali, è una grande assurdità, e come tale è riconosciuta dalla maggioranza dei competenti in materia. Nazionalizzare gli ospedali vuol dire, per costoro, che attualmente gli ospedali sono proprietà privata; considerazione che è certamente giusta se si pensa al modo come vengono amministrati molti di questi ospedali dagli uomini

del sottogoverno del centro-sinistra a fini di potere paternalistico e corruttore.

Incrementare il fondo ospedaliero per dare assistenza a tutti e potenziare la rete ospedaliera nazionale per altri vuol dire avere la testa nelle nuvole. Costoro si riferiscono precisamente a noi ritenendoci degli utopisti. Costoro fingono d'ignorare che in Italia spendiamo circa 1.700 miliardi di lire per la assistenza sanitaria. Questa cifra equivale ad una spesa *pro capite* di 34-35 mila lire. In questi 1.700 e più miliardi sono compresi 350 miliardi, di cui 80 del Ministero della sanità, erogati dallo Stato o amministrati per delega dello Stato da enti i più vari, 1.400 miliardi sono comprensivi dei soldi delle mutue e delle spese dei comuni e delle provincie. In Inghilterra la spesa globale per abitante si aggira sulle 40 mila lire *pro capite*; si tenga presente che in Inghilterra si dà un'assistenza completa non incompleta come qui in Italia, dalla nascita alla morte, rivolta alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione.

I soldi, d'altro canto, ci sono e ciò è dimostrato dalla facilità con la quale il ministro Colombo, che tanto ha protestato per la sovrana e giusta decisione del Senato di aumentare le pensioni per gli invalidi e gli ex combattenti, ha reperito 476 miliardi per colmare i debiti delle mutue. Sappiamo che il ministro Colombo è stato invogliato a far ciò dal desiderio di rafforzare il sistema assicurativo di malattie vigente, ormai in fallimento, in contrapposizione proprio all'avvio di un servizio sanitario nazionale. Ma ciò non toglie che i soldi ci sono e si trovano se c'è la volontà pratica di marciare nel senso da tutti auspicato.

Quindi, onorevoli colleghi, i 10 miliardi che la legge prevede per il fondo ospedaliero non sono certamente sufficienti ad operare secondo le tesi sostenute da parte del ministro Mariotti anteriormente all'approvazione da parte del Governo dell'attuale legge che è al nostro esame. Infatti, il ministro Mariotti intendeva creare un fondo nazionale ospedaliero alimentato dalle spese che sopportano i comuni e le provincie, dalle rendite procurate dalle opere pie, dai soldi che lo Stato spende per l'assistenza sanita-

ria, per permettere, partendo dagli ospedali, di avviare la creazione di un servizio sanitario nazionale.

Ma vi è di più: questo fondo nazionale ospedaliero, alimentato da 10 miliardi, che cosa dovrebbe fare? Soccorrere — secondo quanto dice la legge —, sussidiare i bilanci degli enti ospedalieri, naturalmente a discrezione di coloro che deterranno il potere, al di fuori della programmazione e della logica di uno sviluppo ordinato.

Perciò, onorevoli colleghi, il fondo nazionale ospedaliero impone a noi di incrementarlo con i soldi per le ospedalità pagate dalle mutue (e qui, particolarmente, io faccio riferimento ai 476 miliardi regalati alle mutue); con i soldi spesi dai comuni e dalle provincie per lo stesso scopo perseguito dallo Stato; con l'incremento annuale delle poste previste in bilancio, non dell'ordine dei 10 o 12 miliardi, dei quali si è accontentato l'onorevole ministro Mariotti, ma dell'ordine di 200 e più miliardi, così come noi abbiamo proposto in un emendamento al bilancio l'altra sera in quest'Aula. D'altronde, la famosa interruzione della discussione sul fondo ospedaliero proposta dall'onorevole Ministro alla Camera, allorquando si discusse l'articolo relativo, all'opinione pubblica dimostrò che anche egli aveva, e sono convinto che ha, la volontà politica di considerare questo fondo nazionale ospedaliero come il perno fondamentale di una legge sugli ospedali che si voglia definire di riforma.

Onorevoli colleghi della maggioranza, la difesa d'ufficio della legge, dopo le critiche serie nel contempo avanzate, credo che vi isoli nel Parlamento e anche dalla vostra coscienza.

Ma soprattutto, onorevoli colleghi, vi isola dalla coscienza pubblica, dal Paese, dai lavoratori italiani.

Contavate fino a qualche giorno fa sull'appoggio della ANAO, cioè sulla più grossa organizzazione di ospedalieri medici italiani; lo sciopero dichiarato dalla categoria sabato e la sua volontà di lottare per una vera riforma ospedaliera ha fatto cadere anche questa illusione.

Il 15, cioè domani, tutti i lavoratori sciopereranno per ottenere una riforma del pen-

sionamento ed una riforma della nostra organizzazione sanitaria, chiedendo la creazione e l'avvio di un servizio sanitario nazionale. Come potrete voi presentarvi a sostenere che questa legge è una legge di riforma, se nessuno, o, per meglio dire, la grande maggioranza degli italiani non la ritiene tale? Se questa legge fosse veramente una legge di riforma, inquadrata, per esser tale, nella prospettiva della creazione di un servizio sanitario nazionale, certamente i lavoratori italiani, i sanitari e il personale tutto ospedaliero e quindi la stragrande maggioranza del popolo italiano domani non scenderebbe in sciopero.

Io ho l'impressione che a fianco del Governo, a fianco della maggioranza che sostiene questa legge, ci sono solo le categorie conservatrici della nostra Patria; c'è la Confindustria, la quale vuole mutare in peggio la nostra assistenza sanitaria, appunto riducendo le conquiste che i lavoratori in questo campo sono riusciti a realizzare; ci sono i « pirati della salute » i quali hanno paura di vedersi ridurre il profitto.

Impegnamoci, onorevoli colleghi, in questa discussione preliminare della legge, a fare ogni sforzo per unire queste volontà che un po' dovunque in quest'Aula si sono manifestate per migliorare la legge e non ingannare le aspettative del Paese.

Cerchiamo, sui punti qualificanti della legge, di realizzare questa unità, di servirci di essa, per dare in tutto il Paese l'avvio ad una assistenza sanitaria migliore, per creare in Italia una rete moderna di ospedali al servizio di tutta quanta la popolazione. (*Vivissimi applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

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

Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 17, con lo stesso ordine del giorno.

La seduta è tolta (ore 13,25).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari