

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

755^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 14 DICEMBRE 1967

(Notturna)

Presidenza del Vice Presidente CHABOD

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Approvazione da parte di Commissioni permanenti	Pag. 40483
Presentazione di relazione	40483

Seguito della discussione:

« Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera »
(2275) (Approvato dalla Camera dei deputati) e dell'esame della petizione n. 67:

ALCIDI REZZA Lea	40489
BERGAMASCO	40494
CATALDO	40483

INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI

Annunzio di interpellanze	40497
Annunzio di interrogazioni	40498

PETIZIONI

Seguito dell'esame, vedi disegno di legge n. 2275.

Presidenza del Vice Presidente CHABOD

P R E S I D E N T E . La seduta è aperta (ore 21,30).

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

P R E S I D E N T E . Comunico che, nella seduta pomeridiana, le Commissioni permanenti riunite 2ª (Giustizia e autorizzazioni a procedere) e 8ª (Agricoltura e foreste) hanno approvato il seguente disegno di legge:

« Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 12 febbraio 1965, n. 162, concernente la repressione delle frodi nella preparazione e commercio dei mosti, vini e aceti » (1609 - 2151-B). (*Testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Loreti e Prearo, e Bonomi ed altri con i disegni di legge di iniziativa dei senatori Tortora e Carelli*).

Annunzio di presentazione di relazione

P R E S I D E N T E . Comunico che, a nome della 2ª Commissione permanente (Giustizia e autorizzazioni a procedere), il senatore Poët ha presentato la relazione sul seguente disegno di legge:

« Modificazioni alla legge 24 marzo 1958, n. 195, sulla costituzione e funzionamento del Consiglio superiore della magistratura » (2576).

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

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Enti ospedalieri ed assistenza

ospedaliera », già approvato dalla Camera dei deputati e dell'esame della petizione numero 67.

È iscritto a parlare il senatore Cataldo. Ne ha facoltà.

C A T A L D O . Signor Presidente, signor Ministro... non so se debbo dire anche onorevoli colleghi; dirò, cari amici che ancora siete qui. Dovrei chiedere anche il numero legale, ma non lo chiedo perchè in questa pace idilliaca mi godrò meglio il mio Ministro. Sono felice di fare più che altro un colloquio con una persona simpatica, con la preghiera che non vada in escandescenze perchè sarò molto buono anch'io. Siccome lei perde ogni tanto le staffe, per costume, ed io sono siciliano, mettiamoci in condizioni di essere buoni e pacati.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Lei mi attribuisce delle qualità che non ho!

C A T A L D O . No, come siciliano volevo esteriorizzare le mie qualità!

P R E S I D E N T E . Cominci, senatore Cataldo.

C A T A L D O . Sì, Presidente. Grazie. Si fa un gran parlare di chiusura del Parlamento, di traguardi in vista, ed i tempi di attuazione delle molte cose diventano spasmodici; e pare si dica da tutti i frettolosi: « adesso o mai più! » Il timore, d'altra parte, di non fare a tempo è assai comprensibile per i « timonieri », ma per noi che siamo abituati a fare le cose con ponderatezza e riflessione, le cose suonano diversamente.

Alla vigilia di maturazioni di importanti avvenimenti, la discussione del disegno di legge al nostro esame... (*Interruzioni*). Vorrei pregare i colleghi di ascoltare oppure di

andare fuori! (*Interruzioni dei senatori Cenini e Zane*). Se devo smettere, ditelo pure.

Avete firmato, potete anche andare via.

F E R R O N I . È una folla interessata! Lei è fortunato! È nato con la camicia!

C A T A L D O . Però non di popeline Capri!

Alla vigilia di maturazioni d'importanti avvenimenti, la discussione del disegno di legge al nostro esame appare troppo « sollecita ed impaziente », appunto perchè, pur partendo dalla giusta premessa che trattasi di legge di « sicurezza sociale », si dovrebbe essere molto più cauti e discreti per non deludere i sacrosanti diritti della parte in causa, precipuamente dei malati e dei medici.

Lo stesso ministro Mariotti ha dovuto riconoscere che l'iter al Senato è stato laborioso ed ha aumentato, anzichè diminuire, le varie censure al progetto, specie per quanto si riferisce alle questioni di fondo. La medicina di Stato dove ci porterà eventualmente? Quale sarà la figura dei medici in effetti? Costui da protagonista potrà passare al ruolo di comparsa, da soggetto ad oggetto di tutta l'impalcatura ospedaliera, da attore ad impiegato pubblico, con le conseguenze di una *diminutio capitis* professionale; e la stessa libera professione andrà a farsi benedire. E se, in effetti, ciò non appare alla superficie del contesto della legge, si desume da tutto l'insieme della legge stessa. La medicina nazionalizzata, anzi il servizio sanitario nazionale; e per tutto questo sarà costituito un fondo nazionale ospedaliero, con uno stanziamento iniziale, si dice, di 10 miliardi. Non vorrei che ciò fosse uno sforzo da parto di montagna. Occorre puntare invece, soprattutto, all'enucleazione delle carenze attualmente esistenti e precipuamente vedere l'inadeguatezza qualitativa e quantitativa di tutta la rete ospedaliera, specie di quella dolorante del Centrosud e delle Isole, ma con intendimento di garantire *in primis* l'autonomia amministrativa degli enti ospedalieri e non per puntare verso la centralizzazione dell'amministrazione di tali enti per evitare di complicare le cose e confondere le idee.

Accantonare, quindi, qualunque intendimento statalizzatore, con la conseguente creazione di una nuova medicina collettivizzata e spersonalizzata sul modello della *National Health Service* o simile al modello dei Paesi di oltre cortina; autonomia amministrativa e libera professione ai medici ospedalieri: sono i cardini basilari del tutto.

Questi sono i veri presupposti di una seria riforma sanitaria, dato che la tutela della salute pubblica deve essere considerata, a giusto titolo, il problema base della società moderna che tenda ad ottenere una condizione ottimale per l'uomo singolo e per la società nel suo complesso, in una logica soluzione delle relative questioni di carattere amministrativo, scientifico e sociale.

Anche noi liberali siamo per un miglioramento decisivo e per un rinnovamento dell'assistenza ospedaliera, in un miglioramento di qualità, compreso il problema mutualistico ed assistenziale; ma le funzioni di controllo, diretto dal Ministero della sanità, odorano troppo di collettivizzazione con frattura dell'autonomia locale degli enti ospedalieri.

Trattasi, in fondo, ed è chiaro, di una politica di pianificazione esasperata che guida e regge tutte le fila e decide di tutti problemi: quindi, rapporto diretto ed interdipendente tra pianificazione sanitaria e programmazione economica. Quello che occorre veramente è una visione panoramica dei bisogni di una società malata e sofferente e cioè un'idonea attrezzatura tecnico-scientifica, con posti letto sufficienti, immissione di personale sanitario capace e professionalmente idoneo.

I provvedimenti radicali ai quali si vuole riferire il ministro Mariotti debbono anzitutto vedere e valutare l'aspetto umano e sociale del problema e non considerare freddamente, o quasi con distacco, il servizio sanitario nazionale, articolato — si dice — su base regionale, sotto la sorveglianza e la responsabilità del Ministero della sanità. Il servizio ospedaliero deve essere, sì, una realtà ed un'utilità sociale fondamentale, ma non deve mai difettare, o mancare il calore

della fiducia tra il medico e il malato; e ciò si instaura davanti al medico apostolo e missionario, qual è in effetti, e non avvilenandolo a livello di impiegato d'ordine dell'ospedale, inibendogli la libera professione quasi a coartazione della coscienza morale del medico stesso.

L'ospedale — è vero — deve essere considerato luogo di cura, di assistenza e non luogo di tristezza e di ultima fase della vita; ma occorre vedere emergere *in primis* la figura meravigliosa del medico nel suo pieno valore umano e morale, in questo fluire di rapporti di fiducia e di stima da instaurare tra le parti, quasi come naturale sbocco di affetto tra malato e medico.

Dove è la qualificazione, l'efficienza dell'assistenza? Solo la preparazione professionale e la serenità economica possono dare tutta la garanzia di passione e di amore per chi vive nelle miserie umane nell'espletamento del cosiddetto pubblico servizio.

Molte sono le zone d'ombra di questo disegno di legge e la nostra preoccupazione nasce dal fatto che la riforma ospedaliera viene alla ribalta prima della riforma generale sanitaria, assistenziale e mutualistica. Non vorremmo, pertanto, che nascessero dei veri conflitti fra università ed ospedali; anche se l'esigenza di una qualche revisione e trasformazione dell'ordinamento ospedaliero è avvertita, essa non può essere espressione unilaterale di una certa politica perchè comporta, al di fuori di un gesto politico, tutto un processo evolutivo, giuridico e amministrativo, scientifico e tecnico, adesione chiara e palese al mondo scientifico e terapeutico della medicina moderna per la cura dei malati e per spianare la via al perfezionamento dei giovani medici e per creare una educazione e coscienza sanitaria nel Paese. Ed allora, come si può arrivare ad una vera e propria saldatura tra mondo nuovo ospedaliero e mondo universitario? Certamente non creando la frattura, ma la collaborazione e tutto ciò allo scopo di migliorare da una parte l'assistenza ospedaliera e dall'altra la preparazione medica nell'interesse della salute pubblica e nel progresso delle scienze. Ma sta di fatto che il progetto di legge contiene motivi

di frizione e di ineluttabile sospetto tra ospedali e cliniche universitarie! Tali sospetti da parte del mondo universitario nascono effettivamente da certe chiare esclusioni assurde, con grave nocumento del mondo nosologico, che mancherà di determinate garanzie per questa — ripetiamo — assurda posizione tra università ed ospedali.

Che cosa dice a tale proposito il Dogliotti?: « In realtà il progetto ministeriale è stato redatto da pochissimi stretti collaboratori del Ministro, i quali non hanno tenuto gran conto della mia relazione e soprattutto del mio spirito conciliativo ».

Si ignora, forse, che i soli reparti di clinica, diversamente dislocati nel Paese, siano il *non plus ultra*, allo stato attuale, di attrezzature scientifico-terapeutiche e che per assolvere un più consono servizio sociale, per una garanzia altamente umana e genuina della salute generale, hanno mezzi e uomini particolarmente idonei?

Gli universitari sono dell'avviso che debba instaurarsi quella generosa collaborazione tra ospedali e cliniche per la preparazione, la più idonea possibile, dei medici di domani e per il sollievo terapeutico assistenziale ai malati.

Il Dogliotti dice nel suo articolo sulla « Stampa » del 3 ottobre 1965: « È, però, necessario che il Ministro si cerchi migliori consiglieri tra le personalità più rappresentative del mondo ospedaliero e clinico, al fine di correggere alcune inaccettabili proposte ».

L'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri, d'altra parte — non si capisce bene con quale scopo e dove tende — dice nel suo ordine del giorno: « Impegna l'Associazione ad una energica e concreta e tempestiva azione sindacale contro l'attuale stesura del progetto di riforma ospedaliera; denuncia all'opinione pubblica i gravi pericoli sanitari, sociali ed economici che deriverebbero al Paese dalla mancata adozione di una vera riforma ospedaliera ».

Il signor Ministro ha detto nell'altro ramo del Parlamento: « Quando si parla di servizio sanitario nazionale sarebbe bene che tutti fossero edotti di ciò che esso significa nella sua globalità. La riforma ospe-

daliera è un aspetto del servizio sanitario nazionale. Poi vi saranno altre strutture che evidentemente dovranno soddisfare le esigenze dei tre momenti della medicina e siccome questo non può essere fatto nel breve volgere di pochi mesi, ma ci vorrà in realtà molto più tempo, a questo punto voi fate la solita polemica e che cioè qui non si tratta di servizio sanitario nazionale, ma in realtà la riforma ospedaliera è un primo passo verso un servizio sanitario nazionale, al quale però si collega necessariamente il Fondo nazionale ospedaliero.

E su questo, in sede di replica, spero di poter dare un'interpretazione esatta di ciò che nella legge si prevede e delle prospettive di sviluppo relativo». Queste sono sue parole.

I miei colleghi alla Camera... (*Interruzione del Ministro della sanità, Mariotti*).

Cerco di fare un arco panoramico della situazione ospedaliera per evitare di affliggervi e per darvi la sensazione più chiara e più consona dell'avvenimento in esame.

I miei colleghi alla Camera manifestano la contrarietà dei liberali alla delega al Governo per l'ordinamento del servizio del personale ospedaliero e non solo per la preoccupazione che si possa infliggere uno sgradito colpo all'esercizio di una libera e nobilissima professione, quanto — e sembra una radicata opinione — perchè il disegno di legge costituisce un avvio verso traguardi, sopiti ma ben presenti, della nazionalizzazione dell'assistenza sanitaria e dell'instaurazione di un rapporto impiegatizio tra medici ed enti, la cui autonomia risulterà mortificata sotto la parvenza di una democratizzazione.

Il disegno di legge è assai ambizioso. Ma le lacune sono assai più profonde.

Legge di adempimento costituzionale, si dice. È proprio vero che il Ministro della sanità dovrà coordinare tutta la politica sanitaria della Nazione attraverso i comuni, le provincie e le regioni, in un crescendo impari alle forze a disposizione. Il servizio sanitario sarà a spese di tutti secondo le specifiche possibilità contributive. Ma non sarebbe stato meglio aspettare la fusione degli enti mutualistici già migliorati e corretti?

E poi, qual è la funzione dell'ente ospedaliero in uno Stato nel quale non esistono le regioni tanto invocate?

Questa legge nasce dalla tenace, pur se lodevole, caparbia dell'energico Ministro della sanità e, parafrasando il detto manzoniano a proposito del matrimonio di Renzo e Lucia, si potrebbe dire: « questa legge si deve fare », non pensando che è stata implicitamente già fatto, ripetuta, rimaneggiata e sconvolta dai colleghi di Governo della Democrazia cristiana, inibendo e frenando l'ardore iniziale dello stesso signor ministro Mariotti.

G U A R N I E R I . Non è un matrimonio!

C A T A L D O . Ma è un fidanzamento. Il testo di legge al nostro esame esclude decisamente da ogni rappresentanza la Federazione degli ordini sanitari, medici, negli enti ospedalieri.

È una lacuna o è una punizione, signor Ministro? Gli Ordini dei medici possono dare agli enti ospedalieri la certezza della pienezza operante dell'attività dei medici, i quali, con spirito di abnegazione accetteranno sempre anche le limitazioni che alla loro libertà saranno poste dalla legge. Su ciò sono state espresse diverse tendenze e preoccupazioni da parte di molti senatori, facendo salve tutte le garanzie per l'utilità sociale del servizio ospedaliero. Deve rimanere fondamentale l'insuperabile rapporto di fiducia tra ambiente medico e ambiente nosologico.

Una riforma ospedaliera, diceva un collega dell'altro ramo del Parlamento e lo ha ripetuto il senatore Rovere, non deve essere nè socialista nè democristiana, ma deve essere una riforma sanitaria che tenga presenti le esigenze sanitarie tutte del nostro Paese, investendo interessi generali che sono propri di tutti i cittadini, a meno che non si voglia tendere anche, attraverso questa riforma, alla realizzazione di un sogno, quello di nazionalizzare, in effetti, la medicina.

La riforma sanitaria prende l'avvio dall'approvazione legislativa del programma di sviluppo economico e fissa, come obiettivo fondamentale nel campo dell'assistenza sanitaria e sociale, l'attuazione del sistema di

sicurezza sociale ed impone al Ministero di adottare tutta una serie di iniziative per realizzare in una fase transitoria, le necessarie trasformazioni delle attuali strutture sanitarie del Paese, preordinate allo scopo finale.

Tali iniziative legislative, che dovrebbero essere prese a breve scadenza, tra l'altro riguardano, subito dopo la riforma ospedaliera, l'istituzione delle unità sanitarie di base, nelle quali dovrebbero essere unificati e coordinati tutti i servizi di assistenza domiciliare e ambulatoriale esistenti.

In merito a tali unità, i liberali hanno avuto modo di manifestare più volte il loro punto di vista, sia in relazione ai compiti che si vogliono affidare alle medesime, sia in relazione al servizio sanitario nazionale di cui tali unità dovrebbero costituire l'espressione periferica.

Per quello che riguarda i compiti sarà possibile conoscere l'intendimento del Governo soltanto quando il medesimo avrà approfondito o presentato al Parlamento l'annunciato provvedimento legislativo.

Tuttavia, stando almeno a quanto ha pubblicato una parte della stampa quotidiana romana, sembra che sia in circolazione, rinnovando la tattica già usata per la riforma ospedaliera, uno schema di tale progetto governativo, predisposto sulla scorta di lavori di una Commissione di studio incaricata da tempo di preparare la riforma sanitaria di base. Stando a questo documento, naturalmente riservato, ma non troppo, secondo il costume del Ministero della sanità, sembra che l'unità locale progettata come centro di medicina preventiva, diagnostica, sarà posta al servizio di circoscrizioni territoriali, aventi popolazione oscillante dai 10 ai 20 mila abitanti. Per ogni unità sanitaria sembra che sia previsto un impiego di 10 medici condotti, i quali continuerebbero a svolgere le funzioni fin qui esercitate con corresponsione di stipendi ed avrebbero inoltre la parte curativa di mille abitanti con pagamento a quota capitaria.

M A C C A R R O N E . È stata rivista quell'edizione, ne è stata pubblicata un'altra.

C A T A L D O . Sarà una cosa recentissima. Quindi le proposte si accavallano.

M A C C A R R O N E . Non si tratta di proposte, si tratta di studi.

C A T A L D O . Se queste notizie sono esatte — e noi crediamo che lo siano — assisteremo dunque alla posa della prima pietra per la nazionalizzazione della medicina che rappresenta non uno, ma il traguardo politico più importante che si prefigge di raggiungere a breve termine il Partito socialista. Le unità sanitarie locali, infatti, si risolveranno in entità accentratrici di tutti i servizi e quindi saranno destinate in partenza, fatalmente, alla loro inefficienza e trasformeranno altrettanto fatalmente i medici condotti e quelli generici in impiegati pubblici, distruggeranno la libera professione e creeranno inaccettabili sperequazioni.

Invero, una volta ottenuto l'inquadramento a carattere impiegatizio dei medici in forza alle varie unità e ripartendo la popolazione tra tali medici ed impiegati, quale spazio resterebbe agli altri medici per esercitare la loro professione? Il gioco dunque è fin troppo chiaro; si vuole di fatto creare una situazione irreversibile che abbia come unico scopo possibile la nazionalizzazione o comunque la pubblicizzazione di tutto il settore sanitario. Infatti le pietre del mosaico socialista, con la compiacenza del partito di maggioranza e con l'appoggio silenzioso e massiccio dell'estrema sinistra, cominciano a prendere il loro posto manovrate dalla mano indubbiamente abile dell'attuale titolare del Dicastero della sanità: prima questa riforma pseudo ospedaliera che sta per essere varata, poi le unità sanitarie locali, distruggitrici della libertà professionale, da ultimo verrà la realizzazione del servizio sanitario nazionale che completerà il quadro.

Con tenacia degna di migliore causa il Ministro della sanità, sostenuto da tutto il partito cui appartiene, sta così perseguendo in ossequio ad astratte ideologie politiche il miraggio tutto socialista di trapiantare nel nostro Paese il sistema medico-assistenziale vigente in Inghilterra, malgrado che esso nello stesso Paese che gli ha dato corpo, dopo 18 anni di vita, abbia mostrato di non corrispondere agli ideali che l'avevano dettato nel lontano 1948. Su questo aspetto fal-

limentare del *National Health Service* i liberali si sono già a lungo soffermati nelle loro relazioni di minoranza relative alla programmazione e alla riforma ospedaliera. Quello che in questa sede è necessario puntualizzare è che la riforma sanitaria che il Ministro della sanità intende realizzare non tiene alcun conto dei difetti veri dell'attuale sistema e cioè dell'insufficienza dei posti letto, della molteplicità degli enti mutualistici e della mancanza di un qualsiasi coordinamento fra di essi, dell'eccesso della spesa farmaceutica, dell'abuso delle prestazioni mediche da parte di professionisti purtroppo — è giusto dirlo — poco scrupolosi, che con il loro comportamento scorretto gettano discredito sull'intera categoria alla quale invece va la nostra riconoscenza per la sua insostituibile opera. Egli invero pensa ad una cosa soltanto e cioè al traguardo finale della medicina di Stato, considerandolo un toccasana per i mali che affliggono l'attuale sistema sanitario, e lo anticipa con un tipo di organizzazione sanitaria locale che risulterà quanto meno avulsa dalla realtà. Quindi verrà la trasformazione dell'assistenza ospedaliera generale in aderenza ai nuovi principi fissati dal disegno di legge per l'assistenza ospedaliera stessa.

Il disegno di legge di iniziativa del Governo e che è stato già approvato a conclusione di un tormentato dibattito dalla Camera è ora in Senato, il quale dirà la sua parola chiara e definitiva. I liberali, come è noto, hanno negato ad esso il loro consenso tra l'altro perchè dal suo contesto risultano chiari orientamenti tendenti a sostenere soluzioni preordinate in aderenza alle impostazioni politiche di assoluto dogmatismo più che a garantire l'interesse generale di tutti i cittadini e dell'assistenza sanitaria in specie. È manifesto invero, anche, che il Ministro della sanità, a volte, tenta timidamente e con scarsa convinzione di dimostrare il contrario, che cioè la riforma ospedaliera vagheggiata è vista in funzione di un'assistenza sanitaria gratuita a carico dello Stato, sul modello del sistema vigente in Inghilterra. In proposito, del resto, il programma di sviluppo non lascia dubbi di sorta; i liberali lo hanno detto, dentro e fuori del Parlamen-

to, che sono favorevoli ad una riforma delle strutture assistenziali e sanitarie del Paese, anzi essi hanno in più mozioni posto l'accento su tale necessità, però sono anche fermamente convinti che non è con ideologismi politici, che hanno fatto il loro tempo, che si risolvono i gravi problemi che mortificano il settore sanitario. Non è pensabile portare fondamentali e radicali trasformazioni in tale settore senza prima aver risolto, o almeno avviato a soluzione il problema della mutualità.

La riforma delle assicurazioni sociali, invero, avrebbe dovuto rappresentare la piattaforma su cui iniziare a svolgere il discorso della sanità pubblica, giacchè gli enti mutualistici costituiscono la fonte principale degli impegni finanziari che condizionano e alimentano l'attività dell'assistenza sanitaria pubblica. I risultati di questa inversione sulla priorità delle due riforme da attuare si sono visti anche di recente con la presa di posizione della Federazione amministrazioni regionali ospedaliere, la FIARO, che ha manifestato l'intenzione di chiedere la messa in liquidazione degli enti mutualistici per il soddisfacimento di ingenti crediti che le amministrazioni ospedaliere vantano nei confronti degli enti medesimi; tale sistema è strutturato sulla presenza di un ente che ancora non esiste, la regione, al cui funzionamento è condizionata la vita stessa dell'ente ospedaliero. Ne consegue che se, per ipotesi, le regioni non dovessero essere realizzate, o per ripensamento da parte di coloro che oggi le caldeggiano, o per qualsiasi altro motivo, per un certo *quid* imponderabile, la riforma ospedaliera rischierebbe di funzionare assai male, o di non funzionare affatto.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Ci sono le norme transitorie, lei le avrà lette.

C A T A L D O . Sì, ma ci sono anche i consigli regionali. Sarebbe meglio se tutto fosse impostato sull'Ente regione già esistente, che noi comunque speriamo non si attui. Onorevole Ministro, ho espresso semplicemente un pensiero.

Attualmente tale fenomeno costituisce una delle piaghe più profonde del sistema ospedaliero ed ha raggiunto dimensioni tali da recare grave danno al funzionamento degli ospedali stessi; troppi ospedali, infatti, nel nostro Paese vengono considerati da questo o da quel partito politico come centri di potere in funzione clientelistica ed elettorale: ebbene, il disegno di legge governativo in questione porterà a limiti estremi la politicizzazione dei consigli di amministrazione perchè tali organismi ripeteranno fedelmente la composizione degli altri organismi da cui trarranno vita, e cioè dai consigli provinciali, regionali e comunali e quindi la loro linea di azione non potrà discostarsi da quella di questi ultimi, cosicchè si verranno inevitabilmente a costituire posizioni di incontestabile dominio antidemocratico.

Le conseguenze di questo « imperialismo del Ministro della sanità » — come da qualcuno alla Camera è stato argutamente definito — le subiranno i medici ospedalieri che saranno destinati a reggere il peso del sistema politico che si vuole instaurare e saranno già in partenza succubi di amministratori politici, più che tecnici.

C A S S I N I . Non è assolutamente verò!

C A T A L D O . Staremo a vedere, ma già da oggi si possono prevedere le conseguenze future.

A L C I D I R E Z Z A L E A . È già vero oggi.

C A T A L D O . Caro collega, Rossella O'Hara nel romanzo « Via col vento » conclude: « Domani sarà un altro giorno ». (*Commenti dal centro e dalla sinistra. Richiami del Presidente*).

Una siffatta strumentalizzazione politica di partito o di partiti a danno dell'ordinata azione dell'assistenza ospedaliera viene giustificata dall'attuale Ministro della sanità e in genere da coloro che appartengono agli schieramenti politici di centro-sinistra come necessità di dare vita ad una maggiore rappresentatività dei consigli d'amministrazione. Si introducono così — e questo è un al-

tro elemento che chiarisce abbondantemente la finalità che con tale riforma ospedaliera si intende perseguire: la statizzazione della medesima nel campo dell'assistenza sanitaria privata che fino ad ora ha avuto il torto di supplire alle pubbliche deficienze, specie nell'Italia meridionale; norme in fondo restrittive e suscettibili di applicazione, praticamente soppressive.

I liberali hanno votato alla Camera e voteranno anche al Senato contro questo disegno di legge governativo di riforma ospedaliera, non già per speculazione politica o per preconcepita opposizione, ma perchè ritengono che tale riforma, così come è congegnata e concepita, non potrà che arrecare grave confusione nel settore ospedaliero senza rimuovere quelle situazioni di disfunzione e di carenza da tutti lamentate. (*Applausi dal centro-destra*).

P R E S I D E N T E . È iscritta a parlare la senatrice Lea Alcidi Rezza. Ne ha facoltà.

A L C I D I R E Z Z A L E A . Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Ministro, secondo il nostro pensiero i problemi di fondo della vita reale degli ospedali sono due: l'autonomia amministrativa e il regolare funzionamento dell'economia dello ospedale. Premesso questo che, ripeto, è il vero *punctum dolens* della situazione ospedaliera in Italia, che cosa troviamo nel disegno di legge che è oggi al nostro esame?

Innanzitutto non è previsto in nessun articolo che il personale degli Enti ospedalieri, escluso quello medico che ha già una sua rappresentanza nel Consiglio dei sanitari, abbia il diritto di nominare una propria rappresentanza per la trattazione dei problemi collettivi interni con l'amministrazione dell'Ente stesso. Quindi, secondo noi, si deve colmare questa lacuna, dando un riconoscimento giuridico a uno stato di fatto già esistente che afferma la dignità del lavoratore nell'ambito di lavoro e che ne stimola la collaborazione. Di conseguenza, sempre secondo il nostro pensiero, compiti, funzioni e modalità delle rappresentanze del personale, quelle che nelle aziende private sono le com-

missioni interne, devono essere definiti da accordi diretti tra l'associazione delle amministrazioni ospedaliere e le organizzazioni sindacali dei dipendenti ospedalieri.

Inoltre, preso in esame con la dovuta serietà il presente disegno di legge, si rileva che, malgrado i cambiamenti, è rimasto immutato il concetto di considerare l'Ospedale italiano come un minorenni al quale occorre un tutore. Si sono appesantiti i controlli burocratici, ed è rimasta ferma la mentalità della piramide gerarchica con al vertice il Ministro. È giusto e necessario che il medico provinciale, espressione periferica del Ministero della sanità, vigili e controlli l'attività igienico-sanitaria dell'ente ospedaliero; ma i controlli amministrativi (di legittimità e di merito) non sono stati per nulla alleggeriti, anzi altri ne sono stati aggiunti (il Collegio dei revisori, costituito da funzionari dello Stato). Troviamo anche noi giusto che i Consigli di amministrazione siano eletti, almeno nella grande maggioranza dei componenti, dalla rappresentanza della *universitas civium*; però, secondo noi, così come essi ci appaiono ad un'attenta lettura del presente disegno di legge, si è di fatto teorizzato che questi eletti siano dei veri e propri minorenni.

A noi parrebbe ottima cosa diminuire — non certo abolire! — i controlli (limitandoli allo statuto, al bilancio preventivo, al conto consuntivo, alle operazioni immobiliari, ai contratti ultra novennali e all'assunzione di mutui e relative garanzie). Secondo noi, dovrebbero però essere aumentate correlativamente le responsabilità degli amministratori, che devono essere chiamati a rispondere dell'eventuale *deficit* e del cattivo funzionamento dell'ospedale che è stato loro affidato. Soltanto così si potrà contribuire a formare una categoria ed una coscienza di pubblici amministratori. L'ospedale moderno è un'azienda che ha il vantaggio inestimabile di non avere fini di lucro, pur dovendo, però, sempre agire con criteri di economicità; non la si soffochi, dunque, tenendola in stato di minorità permanente. Ripeto, siano chiamati ad amministrare cittadini conosciuti per probità, capacità e competenza e non, come sempre avviene, gregari fedeli di partito.

Per venire all'altro problema base, cioè a dire il regolare funzionamento dell'economia dell'ospedale, non ci sembra di poter ravvisare nel disegno di legge al nostro esame né la preoccupazione né la garanzia per il regolare funzionamento delle finanze dell'Ente ospedaliero, attraverso la riscossione delle rette. E questo è il più grave problema dell'ospedale italiano, che è continuamente in credito verso gli enti mutualistici o verso lo Stato stesso, costretto a svolgere funzioni di finanziamento che non solo non gli sono proprie, ma che gli dovrebbero essere vietate.

Vorrei ora, sia pure rapidamente, prendere in considerazione alcuni articoli che presentano, chiamiamoli così, oneri diretti ed immediati più o meno sensibili.

Per esempio, l'articolo 9 prevede la composizione dei Consigli di amministrazione degli ospedali regionali, provinciali e di zona, e considera il numero degli amministratori che compongono i rispettivi Consigli. Si può prevedere una media di 8 membri per ogni Consiglio di amministrazione, e poichè in Italia esistono attualmente circa 1.200 ospedali (senza considerare, per ora, quelli di prossima istituzione) si giunge al rilevante numero di ben 9.600 amministratori. Un comma dell'articolo 9 in esame stabilisce che al presidente e ai componenti del Consiglio di amministrazione con voto deliberativo venga corrisposta una indennità di funzione nella misura stabilita dal Consiglio di amministrazione, tenuto conto anche della classificazione e dell'importanza dell'ente ospedaliero. A prescindere dall'incongruenza che ogni Consiglio di amministrazione, così come risulta dalla lettura del testo, dovrebbe autodecidere la misura delle indennità da attribuire ai singoli componenti del Consiglio stesso, non è stabilito nè precisato se tale compenso dovrà figurare quale assegno fisso mensile, oppure quale gettone di presenza alle sedute cui i membri del Consiglio prenderanno parte. In ogni caso, è almeno lecito ritenere che detto compenso non avrà un puro valore simbolico, ma risulterà, nella sostanza, di una certa entità. È difficile precisare una cifra, poichè mancano gli elementi di base, ma si può affermare che il costo complessi-

vo che si dovrà sostenere annualmente per un numero così ampio di componenti i vari Consigli di amministrazione sarà indubbiamente elevato. Se questa prevista indennità fosse stata concessa sotto la veste di gettone di presenza alle riunioni di Consiglio, almeno si sarebbe ottenuto che i componenti dei Consigli di amministrazione partecipassero effettivamente alle riunioni stesse, e quindi prendessero parte attiva alla vita degli ospedali. D'altronde, appare giusto che la concessione di gettoni di presenza sollevi i presidenti e i consiglieri da un esborso di spesa attualmente non recuperabile.

E passo all'articolo 12 che prevede il Collegio dei revisori, con funzioni di vigilanza sull'attività amministrativa dell'Ente ospedaliero. Collegio composto di 5 membri.

Per effetto del precedente articolo 7 ogni Ente ospedaliero avrà un proprio Collegio di revisori, e di conseguenza per circa 1.200 ospedali oggi funzionanti in Italia si avrà il considerevole numero di 6.000 revisori...

Anche qui non è detto se i componenti il Collegio dovranno o meno ricevere compensi, ma non è azzardato affermare che i membri del Collegio stesso non presteranno la loro opera (che implica una notevole responsabilità) *gratis et amore Dei*.

Anche qui la spesa complessiva che annualmente si dovrà sostenere risulterà sicuramente niente affatto lieve.

L'articolo 28 prevede la istituzione di un Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, composto da oltre 50 membri di varia rappresentanza, Comitato che, per eseguire con tempismo e diligenza i lavori per i piani di programmazione, avrà indubbiamente molto da operare. È indubbio che tale Comitato dovrà servirsi di personale vario (tecnici, stenografi, dattilografi, eccetera) anch'esso di notevole costo. Anche qui non è azzardato affermare, pur se l'articolo non ne fa alcun cenno, che i membri di detto Comitato, che dureranno in carica cinque anni, saranno in un modo o nell'altro retribuiti, e non certo simbolicamente, dato il lavoro quantitativo, qualitativo e di responsabilità che dovranno svolgere.

L'articolo 44 indica che negli ospedali regionali può (non prescrive « deve », ma è evidente che ogni Ente si adegnerà all'invito) essere svolta, a cura del personale medico ospedaliero particolarmente qualificato, attività didattica di carattere applicativo-complementare di quella universitaria, nei confronti dei medici iscritti alle scuole di specializzazione delle Università.

Il trattamento economico del personale medico ospedaliero insegnante (che non dovrà essere inferiore a quello degli altri docenti) comporterà anche qui una spesa non lieve, che non sarà la sola, poichè occorrerà anche allestire locali per l'insegnamento, provvedere al materiale didattico eccetera.

Quanto all'articolo 45, vi si prescrive il tirocinio obbligatorio della durata di un anno, in qualità di interno, ai laureati in medicina e chirurgia prima di essere ammessi a sostenere l'esame di Stato di abilitazione all'esercizio professionale. Il tirocinio dovrà essere effettuato presso gli Istituti clinici universitari oppure presso gli ospedali regionali oppure presso altri ospedali che il Ministero della sanità riconoscerà idonei.

Il successivo articolo 47 stabilisce il trattamento economico, concretizzandolo nel vitto gratuito e in un assegno fisso, la cui misura sarà stabilita da apposito decreto delegato, comunque non superiore al terzo dello stipendio attribuito all'assistente di ruolo ospedaliero. Anche qui viene trascurato nel trattamento economico previsto il costo, certo non indifferente, dell'eventuale alloggio in ospedale dei medici interni. Comunque, anche senza poter fare alcun calcolo approssimativo di spesa complessiva per effetto dell'istituzione dell'internato (65 per cento della spesa a carico dello Stato e 35 per cento a carico dell'ente ospedaliero), balza evidente che la spesa stessa sarà molto elevata, in quanto tutti i laureati in medicina e chirurgia (alcune migliaia all'anno) saranno soggetti al periodo di internato, (per quanto riconosco che questa sarà l'unica spesa produttiva).

L'articolo 62 prevede la costituzione dei Comitati regionali per la programmazione ospedaliera; tornerò su questo articolo 62 per considerazioni di altro genere. Ma quan-

to alla spesa valgono, per questi Comitati regionali, le stesse osservazioni e considerazioni che ho già fatto in merito alla costituzione del Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, con l'aggravante che la spesa andrà moltiplicata per il funzionamento del Comitato nazionale e per il numero delle regioni costituite. Altre spese, non precisabili, ma senza dubbio molto elevate, prenderanno corpo in conseguenza di quanto prescritto al titolo VI in merito all'ordinamento del servizio, con particolare riguardo alle modifiche circa la struttura interna degli ospedali, sia generali che specializzati o per lungodegenze e convalescenti, nonchè per quanto previsto dall'articolo 43 lettera « f », circa il trattamento economico riservato ai sanitari ospedalieri eletti a cariche pubbliche.

Vorrei fare ancora alcune considerazioni: e comincio dall'articolo 6 che dà alla regione la facoltà di promuovere nuove strutture ospedaliere, oppure di concentrare strutture già esistenti. Questo articolo è giuridicamente inconsistente: come si può dare ad un istituto, in senso giuridico, oggi come oggi, inesistente, le sopraddette facoltà?

Mi sento quindi di affermare che è quanto meno anomalo fare, come si fa, riferimento alla regione, ente che, ripeto, è giuridicamente inesistente; lo stesso dicasi per l'articolo 62, che richiama lo stesso concetto e che, inoltre, è di una tale complessità per cui il piano dell'*iter* burocratico difficilmente potrà consentire l'approvazione di costituzioni di nuovi enti, di costruzioni di nuovi ospedali e persino di trasformazione di vecchi ospedali con ammodernamenti. È inoltre altrettanto anomalo che le costruzioni ospedaliere di tipo universitario debbano essere attuate con criteri diversi; questa richiesta non faciliterà quella integrazione reale della rete ospedaliera tanto auspicata, poichè l'intervento del Ministero della pubblica istruzione e i relativi finanziamenti per le costruzioni universitarie modificheranno gli *iter* di progettazione e di esecuzione, con la conseguente discrasia in quella tanto richiesta armonizzazione della edilizia scolastica. Mi sembra, infatti, che per l'edilizia ospedaliera si dovrebbe proce-

dere in modo rigidamente pianificatore, allo scopo di evitare dispersioni o concentrazioni spesso inutili, se non dannose, alla copertura dei posti-letto sull'intero territorio nazionale.

All'articolo 13 si fa riferimento al Consiglio dei sanitari: balza subito all'occhio una critica all'ultimo capoverso, e cioè quando si parla della durata. Infatti, il Consiglio dei sanitari è un organo permanente, e di conseguenza i suoi membri nella maggioranza sono permanenti; pertanto l'organo non può decadere ogni cinque anni. Eventualmente si dovrà provvedere ogni cinque anni solo alla surrogazione dei membri eletti (cioè gli aiuti e gli assistenti).

Quanto all'articolo 14 che riguarda le funzioni del Consiglio dei sanitari, secondo me, esso deve avere tra le sue competenze quella del parere sulle chiamate per incarico e per tutti i gradi. Detto parere deve avere un carattere vincolativo per l'amministrazione la quale, per la nomina, deve nella delibera usare la formula: « sentito il parere del Consiglio dei sanitari ».

All'articolo 22 si prevede una distinzione fra i vari servizi generali, e in particolare laboratori, sia di indagine clinica, che radiologica: secondo me la separazione di questi servizi può anche non poter essere attuata per carenza di personale idoneo o altamente specializzato; oppure perchè, in effetti, il *quantum* lavorativo non è tale da esigere una separazione dei servizi. Di conseguenza, secondo me si dovrebbe introdurre tra le norme transitorie la possibilità del mantenimento della unitarietà dei servizi.

Per quanto riguarda in particolare i laboratori, si dovrebbe usare la distinzione dei termini atti a definire le funzioni che può avere nell'ambito degli istituti di ricerche, il patologo il quale potrebbe, per esempio il più anziano, presiedere ed armonizzare l'attività degli istituti delle sopraddette ricerche. In conclusione, si tratta di introdurre una figura nuova e moderna nell'ospedale, cioè quella del capo del reparto di patologia, oltre ai primari delle singole specialità. Inoltre, secondo me, un servizio che deve essere attribuito agli ospedali cosiddetti provinciali è quello di virologia.

Oggi come oggi la ricerca virologica diviene di giorno in giorno più importante e determinante.

All'articolo 39 non si è preso in considerazione il personale tecnico laureato, quali possono essere i dottori in scienze biologiche, chimica e farmacia, fisica. Il ruolo di questo personale, ormai indispensabile nell'attività ospedaliera, deve consentire una classificazione che permetta al sopraddetto personale di raggiungere un grado stipendiale pari a quello del primario, con responsabilità direttive, escluse beninteso quelle che implicano una responsabilità medica. Per esempio, per i laureati in chimica e scienze biologiche si potrebbero usare definizioni gerarchiche di questo tipo: chimico o biologo capo, coadiutore di prima e seconda classe, in analogia ai gradi di assistente e aiuto. Intendo dire: il personale tecnico è costituito da tecnici laureati, diplomati universitari, e preparatori di laboratorio. Per i primi (dottori in biologia, chimica e farmacia, scienze fisiche e naturali) vi è un ruolo distinto con la classificazione gerarchica in capi e coadiutori di prima e seconda classe; per i diplomati universitari vi può essere un ruolo di tecnici di laboratorio capi.

Quanto all'articolo 44 che consente soltanto agli ospedali regionali di svolgere attività didattica (a parte le già fatte considerazioni sul termine « regionale ») mi sembrerebbe opportuno aggiungere che anche i sopraddetti ospedali, ritenuti idonei per strutture edilizie e organici, possano svolgere attività didattica, complementare a quella universitaria; e in accordo con le facoltà mediche del territorio, che non può essere limitato al concetto di regione così come lo si intende attualmente.

Concluderò il mio intervento sull'esame del disegno di legge 2275 con alcune considerazioni che riguardano quanto in esso viene proposto per modificare l'attuale rapporto umano esistente tra malato e medico ospedaliero.

Attualmente un malato può rivolgersi per diagnosi, cure e interventi chirurgici a qualsiasi medico, purchè abilitato al servizio della professione; e il medico è tenuto obbligatoriamente a prestare la sua opera in casi

di urgenza, e difficilmente la rifiuta in casi di elezione.

Le nuove disposizioni, proposte da questo disegno di legge, obbligano l'ammalato che vuol farsi curare da un medico ospedaliero al ricovero in ospedale, essendo vietato al sanitario dipendente dagli ospedali l'attività presso case di cura private. Questa limitazione dell'attività libero-professionale, questa lesione del diritto del cittadino di farsi curare da un medico di propria elezione presso un istituto di ricovero pure di sua scelta, si rendono particolarmente manifeste in casi di necessità di interventi chirurgici. Se, per esempio, questa legge fosse stata già in attuazione, un eminente Capo di Stato che ha subito recentemente un intervento chirurgico e avesse desiderato che questo intervento avvenisse da parte di un chirurgo ospedaliero, avrebbe dovuto — ripeto — a rigore di questa legge, farsi ricoverare in ospedale.

Inoltre, il principio che regola il rapporto tra malato e medico è la scelta fiduciaria: scelta fiduciaria che — e vi sono alcune pagine di Freud illuminanti a questo riguardo — deve essere anche accompagnata da un sacrificio economico da parte del malato, proprio per mantenere su un binario preciso i rapporti tra ammalato e medico. Infatti, in via normale, il malato non ricorre al medico pretestuosamente od inutilmente; ed il medico sa di essere stato scelto per un atto di fiducia e di considerazione della sua capacità professionale rispetto ad altri sanitari che avrebbero richiesto al malato un onorario pari al suo.

Osserverò anche, tra parentesi, che è proprio in base a questi concetti che l'assistenza sanitaria, persino in molti Paesi laburisti, non è totalmente gratuita.

Per finire: il medico ospedaliero, quando sia privato della linfa vitale del rapporto umano scaturente dall'attività libero-professionale, perde le caratteristiche del medico curante per acquistare quelle di un funzionario o quasi funzionario di un ente.

La figura del medico curante si trasformerà, allora, in quella di un burocrate che esercita la propria attività nella freddezza di un rapporto professionale anonimo nei

confronti di un malato ricoverato in corsia ospedaliera, con la conseguente perdita di tutti quei fattori umani e passionali che hanno fino ad oggi qualificato la figura del medico di ospedale. (*Applausi dal centro-destra*).

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

BERGAMASCO. Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Sottosegretario, da parte mia mi limiterò ad un punto che è anche il solo sul quale mi riconosco una certa qual competenza, o almeno esperienza, per essere stato durante molti anni consigliere di amministrazione del Pio Albergo Trivulzio di Milano. Vedo il collega Cornaggia, che è stato mio presidente per una parte di quegli anni. Il Pio Albergo Trivulzio è appunto, un istituto di ricovero per anziani e, al tempo stesso, un cronicario.

Il disegno di legge in esame si occupa, in diverse disposizioni, degli ospedali per lungodegenti, così all'articolo 25, all'articolo 29 e all'articolo 38 ed in altri.

Il « lungodegente » è un concetto del tutto nuovo per l'ordinamento giuridico italiano, cui la nuova legge non dà alcuna definizione della sua figura.

D'altra parte il disegno di legge nemmeno modifica alcune delle attuali competenze istituzionali dell'ospedale per acuti: la stessa costituzione, in seno a tali ospedali, di reparti per lungodegenti (articoli 22 e 23) sembra confermare che l'ammalato lungodegente in fase acuta deve continuare ad essere assistito dagli ospedali generali.

La fisionomia del nuovo concetto dovrà, quindi, essere determinata in via interpretativa, includendo nella categoria, essenzialmente, quegli ammalati che abbisognano di ricovero per un tempo protratto in un istituto di cura diverso dall'ospedale per acuti ed escludendo quelle figure di lunga degenza che trovano autonoma regolamentazione o nella nuova legge o in precedenti testi legislativi espressamente mantenuti in vigore dal legislatore.

Se si considera che gli ammalati comprensibili nella generica ed ampia categoria dei lungodegenti sono fondamentalmente quat-

tro (cronici - mentali - tubercolotici - convalescenti), che l'ordinamento degli ospedali mentali è espressamente escluso dalla legge (articolo 1, comma due), che l'ordinamento dei sanatori è pure parzialmente fatto salvo, che i convalescenti trovano autonoma regolamentazione (articoli 25, 29, 38 eccetera), che vicerversa scompare la figura dei cronici prevista dalla vecchia legge ospedaliera (regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631) si deve ritenere che, per la nuova legge ospedaliera, i lungodegenti sono anche i cronici del vecchio ordinamento.

Secondo l'esistente ordinamento ospedaliero, i cronici avrebbero dovuto essere assistiti in appositi istituti di cura, distinti e diversi dagli ospedali per acuti, denominati infermerie per cronici e disciplinati dagli articoli 7 ed 8 del regio decreto n. 1631 del 1938.

In effetti, attualmente, l'esistenza di reparti per cronici negli ospedali generali è oggi realtà del tutto marginale, quasi eccezionale.

Parimenti è fatto eccezionale l'esistenza di istituti di cura esclusivamente per cronici. Gli studi e le indagini compiute al riguardo hanno posto chiaramente in luce che la realtà prevalente è rappresentata da istituti misti e cioè da infermerie per cronici inserite in istituti per anziani. Mi riferisco specialmente all'indagine più ampia compiuta in materia, lo studio dell'ONPI, che ha permesso di accertare e stabilire che la grande prevalenza delle istituzioni per anziani ha natura di istituto misto per anziani sani e per cronici.

Sembra quindi che le disposizioni concernenti i cronici siano destinate ad agire e ad operare al di fuori delle attuali istituzioni ospedaliere in senso proprio e nell'ambito invece degli enti ed istituti oggi considerati per anziani. Non esistono dati certi sulla consistenza attuale degli istituti e dei reparti per cronici, anche perchè manca una specifica rilevazione dell'ISTAT ed anche perchè l'inclusione della prevalenza dei cronicari negli istituti per anziani e la mancata classificazione di buona parte di tali reparti in infermerie per cronici rende difficile l'opera di rilevazione e di accertamento. Si è par-

lato talvolta, in sede ufficiale, di entità oscillanti fra 50-100 mila posti-letto; il dato è da ritenere errato per difetto.

I dati più attendibili possono essere desunti dalle indicazioni dei comuni, cui compete l'onere di tali ricoveri per la legge comunale e provinciale. Tale esame permette di stabilire che il problema ha dimensioni assai ampie. Il comune di Milano provvedeva al ricovero in istituto di cura per cronici, alla data del 31 maggio 1967, di 7.438 ammalati cronici. Più esattamente, alla data suddetta, il numero degli ammalati cronici assistiti dal comune di Milano era di 10.311 unità, di cui 2.873 soggetti assistiti a domicilio e 7.438 ricoverati in istituti per cronici a carico del comune.

Se si considera che un notevole numero di cronici è ricoverato a proprio carico (solventi) o a carico dei redditi patrimoniali delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o a carico di altri enti (in particolare dello Stato), si può tranquillamente affermare che il numero degli ammalati cronici ricoverati negli istituti di cura a Milano è di circa 9 mila unità.

Se, nel contempo, si tiene presente che il numero dei ricoverati negli ospedali generali (cioè negli ospedali per acuti) era costituito, in Milano, alla medesima data del 31 maggio 1967, da 10.522 unità, oltre 2.024 negli ospedali sanatoriali, può dimostrarsi che il fabbisogno e l'entità dei posti-letto per acuti è a Milano, solo lievemente inferiore, di 8-9 decimi circa, al fabbisogno e all'entità dei posti-letto per cronici.

Il discorso può essere riproposto per altre città — quanto meno nelle zone a notevole industrializzazione — e tende a corrispondere alle indicazioni della OMS, che da tempo indica una progressiva tendenza alla elevazione del fabbisogno di posti-letto per cronici.

Ora, secondo gli articoli 3 e 5 del disegno di legge, gli ospedali appartenenti ad enti pubblici che hanno come scopo, oltre l'assistenza ospedaliera, anche finalità diverse, sono costituiti in autonomi enti ospedalieri, mediante distacco degli ospedali medesimi dagli enti pubblici cui sino ad oggi gli ospedali sono appartenuti.

Alla luce di tali disposizioni e in relazione alla ricordata prevalente fisionomia di istituti misti (per anziani sani ed ammalati cronici delle attuali istituzioni per anziani), si profila una massiccia e generale scissione delle istituzioni per anziani in due monconi.

Tale previsione appare criticabile sotto più profili. Anzitutto il disegno di legge salvaguarda molte ipotesi di autonomia, di unitarietà e di appartenenza degli enti esistenti; l'articolo 1 sottrae alle nuove norme gli ospedali psichiatrici, gli istituti a carattere scientifico, le case di cura private, gli istituti universitari, gli istituti ed enti ecclesiastici, le fondazioni ed associazioni, eccetera; l'articolo 7 conserva la pluralità di ospedali in capo ad un solo ente e la possibilità degli enti ospedalieri di conservare gli ospedali climatici collocati in regioni diverse. Inoltre il distacco dei reparti per lungodegenti dalle istituzioni per anziani è privo di logica giustificazione; detti reparti, infatti, non costituiscono un elemento accidentale nell'ambito di tali istituzioni, ma un elemento essenziale per l'attuazione dello scopo statutario di garantire agli anziani, sotto ogni profilo, una completa assistenza. Gli istituti misti, infatti, non derivano da fatti accidentali, ma da rigoroso accertamento della complementarietà dei due tipi di assistenza (ai sani ed ai malati) ai fini della completezza dell'assistenza istituzionale agli anziani; è veramente pericoloso bandire il principio dell'istituto misto che è il risultato di una lunga evoluzione e che ispira gli ordinamenti assistenziali dei Paesi più progrediti.

Vorrei citare qui i dati di indagini compiute nel Pio Albergo Trivulzio, istituto con duemila posti-letto, indagini che hanno permesso di accertare, nel quinquennio 1961-65, che il 95 per cento dei soggetti ricoverati con giudizio di cronicità era costituito da ultrasessantacinquenni. L'organizzazione interna degli istituti per lungodegenti e geriatrici nei Paesi caratterizzati da più evolute forme assistenziali (tipici i casi dell'Inghilterra e dei Paesi scandinavi) tende a considerare essenziale la suddivisione interna degli istituti geriatrici in reparti distinti, in relazione alla gravità della forma morbosa e

a dinamizzare il rapporto tra i reparti per anziani sani ed ammalati.

Infine è facile comprendere quali assurdità, complicazioni, difficoltà ed oneri deriverebbero dal provvedimento sotto il profilo pratico; basti pensare che la pressochè totalità degli enti è costituita da un unico stabilimento e che, in tale unità, si dovrebbero formare e funzionare due istituti appartenenti a enti diversi! È stato sottolineato — l'osservazione pare corretta e condivisibile trattandosi, per lo più, di istituti a carattere assistenziale, piuttosto che ospedaliero — che non tutti i cronici potrebbero essere trasformati in ospedali per lungodegenti, ma soltanto quelli ove più sviluppate sono l'organizzazione e l'attività sanitaria.

Tale previsione sta inducendo i cronici — in ciò sorretti dalle amministrazioni locali che paventano un aggravio di oneri — a mantenere la situazione attuale, ad accentuare, semmai, la loro tradizionale funzione conservativa.

È quindi gravemente pericoloso voler porre le istituzioni interessate nel dilemma tra la scissione dell'ente e la mimetizzazione o riduzione dell'attività sanitaria: si opterebbe, da parte della pressochè totalità degli enti, per la seconda ipotesi, ma, evidentemente, a discapito dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria.

Per effetto del secondo comma dell'articolo 25, gli ospedali per lungodegenti, devono possedere ogni servizio previsto per le corrispondenti categorie degli ospedali generali; ai sensi dell'articolo 38, le sezioni devono comprendere non meno di 25 e non più di 30 posti-letto e le divisioni non meno di 80 e non più di 120 posti-letto.

Tali principi strutturali — con riferimento alle esigenze assistenziali dei cronici — appaiono eccessivi per un lato e manchevoli per l'altro: sono eccessivi perchè i principi strutturali previsti per gli ospedali per cronici accolgono i medesimi principi strutturali oggi in vigore per gli ospedali per acuti; se tali principi venissero riferiti agli istituti per cronici, determinerebbero un'organizzazione, un numero di addetti e costi di gestione non sostanzialmente dissimili da quelli in vigore per gli ospedali per acuti. Per rendersi

conto, approssimativamente ma verosimilmente, della maggiore onerosità e complessità dei nuovi istituti di cura per lungodegenti, basta pensare che, di fronte agli attuali rapporti medi di un dipendente ogni 9,2 posti-letto (vedi studi ISLE e ONPI), si renderebbero necessari i rapporti oggi in vigore per ospedali per acuti (un addetto ogni 1,5-1,8 posti-letto) e che le diarie per lungodegenti e cronici — che oggi sono, nella migliore delle ipotesi, pari ad un terzo della diaria per acuti — improvvisamente si eleverebbero alle misure oggi in vigore per gli acuti, all'infuori di ogni criterio di economicità.

Chi potrà sostenere i maggiori oneri, pari, all'incirca, al triplo degli attuali? Forse i comuni, cui compete, sulla base delle norme vigenti, l'onere dell'assistenza ai cronici? Forse gli enti mutualistici assicurativi che sinora non hanno speso nulla al riguardo?

Rilevo, ad esempio, che il comune di Milano, nel 1966, per tali ricoveri, ha speso oltre 5 miliardi, pari alla metà delle spese per beneficenza ed assistenza. Se l'onere fosse triplicato, il comune dovrebbe spendere, per tali ricoveri, molto più di tutte le proprie disponibilità per l'assistenza e la beneficenza; si può aggiungere anzi, che, in termini reali, gli oneri a carico dei comuni dovrebbero assai più che triplicarsi; l'onere attuale, infatti, può ritenersi suddivisibile in due classi di importo all'incirca pari: una rappresenta l'apporto effettivo dei comuni e l'altra l'anticipazione di somme che gli enti locali recuperano (trattenute sulle pensioni, contributi degli obbligati agli alimenti, redditi di beneficenza, contributi delle mutue, eccetera); tale seconda classe di apporti non appare, in genere, dilatabile. I comuni, pertanto, possono aspettarsi una quintuplicazione dell'attuale onere reale.

Non è possibile uscire dal dilemma di tali due competenze passive — comuni ed enti mutualistici e assicurativi — competenze che, peraltro, non appaiono allo stato attuale in grado di assumere o aggravii massicci o nuovi oneri.

I principi previsti dal disegno di legge sono poi anche manchevoli a causa della unilateralità della visione delle necessità e delle funzioni dell'ospedale per lungodegenti

e, in specie, per cronici. Questi istituti, in considerazione della normale lunga durata delle degenze, calcolata a Milano nel triennio 1963-1966 in una media di circa 20-22 mesi, debbono ai propri ricoverati non soltanto le cure sanitarie, ma altresì un complesso di prestazioni atte ad integrare e sostituire i deficienti rapporti familiari, sociali, affettivi; hanno cioè fini compositi, assistenziali e curativi assieme.

Il regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, aveva, ancorchè in termini generici, avvertito tale necessità introducendo all'articolo 8 la prescrizione di « sale di ricreazione, nonchè refettori coperti e possibilmente all'aperto ». Su tali aspetti — di evidente necessità sotto il profilo umano e sociale — il disegno di legge è del tutto carente.

Le considerazioni sinora esposte inducono a ritenere quanto sia gravemente pericoloso ed inopportuno includere i reparti per cronici degli istituti per anziani ed inabili nell'ospedale per lungodegenti e come, anche, sia inopportuna e pericolosa anche la semplice indeterminatezza o incertezza della legge che potrebbe indurre gli enti interessati (e con loro gli enti locali) a ridurre attrezzature e attività sanitarie. È quindi assolutamente necessaria una precisazione che chiaramente stabilisca l'inapplicabilità della presente legge agli enti pubblici che assistano gli anziani. L'auspicata evoluzione del presente settore assistenziale potrà essere separatamente studiata ed assicurata con apposita legge che approfondisca in modo specifico le esigenze del presente settore, esaminandone le varie componenti sanitarie, economiche, sociali, assistenziali, eccetera.

A questi fini, presenteremo un emendamento per stabilire il principio dell'inapplicabilità della presente legge agli enti pubblici misti, aventi cioè lo scopo di assistere gli anziani e che siano in pari tempo dotati di reparti per il ricovero e la cura di ammalati cronici, come pure per la previsione di un'espressa ed autonoma regolamentazione della materia. (*Applausi dal centro-destra*).

P R E S I D E N T E . Onorevoli colleghi, sono ancora iscritti a parlare i colleghi Bonaldi e Veronesi i quali hanno peraltro

espresso l'accoglibile desiderio di parlare domani. Pertanto dichiaro chiusa la discussione generale, riservando la parola ai senatori Bonaldi e Veronesi.

Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

Annunzio di interpellanze

P R E S I D E N T E . Si dia lettura dell'interpellanza pervenuta alla Presidenza.

M A I E R , Segretario:

CIPOLLA. — *Ai Ministri dei lavori pubblici, dell'industria, del commercio e dell'artigianato e dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere se, per quanto di rispettiva competenza, intendono promuovere gli atti amministrativi necessari per destinare ad uso irriguo, fatte salve le utilizzazioni portabili già acquisite, le acque del bacino del Sosio in atto utilizzate dall'Enel attraverso le dighe di Raia, Gammauta, Piano del Leone a scopi idroelettrici.

La disponibilità di queste acque (circa 15 milioni di metri cubi) per le caratteristiche agronomiche, economiche e sociali della zona sottostante e per la quota alla quale possono essere rese utilizzabili permetterebbero:

1) di risolvere subito in una zona di antica tradizione e di grande attuale sviluppo irriguo i problemi sorgenti dai ritardi e dagli errori derivati dai difetti di costruzione della traversa sul Magazzolo, dal ritardo nel collaudo della traversa del laghetto Gongo, e dal ritardo della progettazione esecutiva della diga sul Magazzolo in località Castello. Questi ritardi e questi errori hanno fatto sì che oggi nella zona di Ribera, di Galamonaci e di Cattolica Eraclea centinaia e centinaia di ettari di agrumeti e frutteti impiantati in vista del previsto sviluppo della disponibilità effettiva dell'acqua rischiano di essere distrutti a partire dalla prossima estate mentre migliaia di ettari di terreno restano a coltura estensiva in attesa dell'irrigazione;

2) di permettere la programmazione dello sviluppo irriguo di una zona di oltre 2.000 ettari nell'interno lungo la valle del Verdura ricadente nel territorio dei comuni di Burgo, Villafranca S., Lucca Sicula e Caltabellotta, oggi flagellati dalla crisi e dalla emigrazione.

L'Enel ricava dalle centrali del Sosio poche decine di milioni di chilovattora annui e dalla centrale di Poggiodiana, che sarebbe l'unica ad essere totalmente abolita, meno di 10 milioni di chilovattora all'anno. Questi quantitativi di energia elettrica che avevano una funzione notevole nell'epoca 1933-1943 in cui entrarono in funzione gli impianti ad opera della SGES, hanno oggi un peso del tutto marginale in confronto alla situazione attuale del consumo e della produzione dell'energia elettrica in Sicilia.

Per converso l'utilizzazione irrigua delle acque del bacino del Sosio, oltre a salvare immediatamente come sopra detto cospicui investimenti già eseguiti dai contadini a prezzo di gravi sacrifici, permetterebbe di aggiungere ai 7.000 ettari previsti dalle utilizzazioni irrigue in atto e in progetto altri 3.000 ettari, su cui, secondo i calcoli dell'ESA, il prodotto lordo vendibile passerebbe dalla media attuale di 100-140 mila lire per ettaro a non meno di 1.400.000 lire per ettaro con conseguenze evidenti sul reddito e sull'occupazione diretta e indiretta della zona.

La proprietà pubblica delle dighe dei relativi impianti dovrebbe facilitare la scelta più rispondente all'interesse pubblico ai fini generali dello sviluppo dell'occupazione e della produzione agricola. (678)

Annuncio di interrogazioni

PRESIDENTE. — Si dia lettura delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

MAIER, *Segretario*:

ARTOM. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Premesso:

che Firenze è per tradizione il centro degli studi forestali italiani, in cui hanno

sede la Facoltà di scienze forestali, la Stazione sperimentale di selvicoltura, il Centro nazionale del legno, la Stazione di entomologia agraria, l'Istituto per la difesa del suolo, l'Accademia italiana di scienze forestali, l'Accademia economico-agraria dei georgofili;

che in tale sede la Stazione sperimentale di selvicoltura opera da quasi un cinquantennio, con risultati di grande interesse per la selvicoltura italiana e mondiale;

che notevole parte dei risultati ottenuti è dovuta alla stretta, continua, proficua collaborazione fra la Stazione di selvicoltura e gli altri istituti scientifici forestali di Firenze;

che nell'evoluzione attuale della ricerca scientifica il lavoro collegiale e la stretta collaborazione fra i vari istituti specializzati è condizione indispensabile per un efficace sviluppo dell'attività scientifica applicativa;

che il trasferimento ad altra sede di uno degli istituti sopra ricordati romperebbe questa preziosa collaborazione pregiudicando la funzionalità del Centro di scienze forestali oggi organicamente costituito a Firenze;

che la recente alluvione promuovendo una vasta opera di protezione del suolo e di ricostituzione del patrimonio forestale, richiede la continuazione e l'intensificazione delle ricerche nel settore;

l'interrogante chiede di conoscere:

quali motivi abbiano indotto a disporre la soppressione della Stazione sperimentale di selvicoltura di Firenze e la sua sostituzione con un Istituto sperimentale di selvicoltura con sede in Arezzo;

e quali provvedimenti si intendano prendere per revocare tale disposizione ed assicurare così la funzionalità della ricerca forestale nella sede naturale di Firenze. (2128)

BERGAMASCO, D'ANDREA, VERONESI. — *Al Ministro degli affari esteri.* — Per avere notizie circa gli ultimi avvenimenti svol-

tisi in Grecia e circa l'atteggiamento assunto al riguardo dal Governo italiano. (2129)

BATTINO VITTORELLI, ZANNIER, STIRATI, TEDESCHI, BONACINA, BANFI, NENNI Giuliana, BERMANI, POËT, MAIER, CANZIANI, FERRONI, GIANCANE. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro degli affari esteri.* — Per sapere se non ritengano di dover sospendere ogni riconoscimento al regime illegale instauratosi ad Atene e di dovere di conseguenza cessare ogni relazione con il sedicente governo ellenico e di proporre la cessazione di ogni suo riconoscimento in tutte le organizzazioni internazionali delle quali faccia parte la Grecia. (2130)

SCHIAVETTI, LUSSU, ALBARELLO, DI PRISCO, MASCIALE, PASSONI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro degli affari esteri.* — Per conoscere quali informazioni hanno sul decorso dei recentissimi avvenimenti in Grecia e quale atteggiamento intendono assumere al riguardo. (2131)

VALENZI, SALATI, MENCARAGLIA. — *Al Ministro degli affari esteri.* — Per conoscere quali passi ha già svolto o intenda svolgere dinanzi al precipitare della situazione in Grecia per appoggiare tutte le iniziative avanzate da diverse parti in campo internazionale per ottenere il ripristino della legalità democratica in quel tormentato Paese;

e se non crede che sia necessario rompere le relazioni diplomatiche con i gruppi dei colonnelli fascisti autori del colpo di Stato richiamando il nostro Ambasciatore ad Atene. (2132)

*Interrogazioni
con richiesta di risposta scritta*

VERONESI, CATALDO, ROVERE. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri, ed ai Ministri del commercio con l'estero, dell'agri-*

coltura e delle foreste e della sanità. — Gli interroganti:

preso atto delle recenti preoccupanti notizie riguardanti l'esistenza e la diffusione nei Paesi d'oltre cortina di un *virus* di afta epizootica, denominato « A 22 », che sembra sia refrattario a qualsiasi vaccino e sta decimando il patrimonio zootecnico dei suddetti Paesi;

considerato che quanto sopra costituisce un gravissimo pericolo per tutto il patrimonio zootecnico europeo e quindi per quello del nostro Paese;

constatato che l'infezione derivante da un analogo *virus* ha già costretto la Gran Bretagna a sacrificare, nel giro di pochi mesi, oltre 200 mila capi adulti di bestiame;

considerato altresì che l'Italia ha subito già notevolissimi danni nel campo suinicolo, per non aver tempestivamente messo in atto tutte le misure indispensabili a fronteggiare la nota peste africana,

chiedono di conoscere quali immediati provvedimenti intendano adottare per evitare il diffondersi del *virus* di cui sopra nel nostro territorio e quali ulteriori misure anche di profilassi preventiva intendano prendere; in particolare chiedono se non ritengano necessario ed urgente disporre la chiusura totale delle frontiere di bestiame bovino vivo e macellato, proveniente dai territori d'oltre cortina. (7176)

ALBARELLO, TOMASSINI, MASCIALE. — *Al Ministro della difesa.* — Per sapere da quale Ente militare, in base a quale procedimento, se per incanto, licitazione o trattativa privata, da quale anno e per quale canone, sia stato concesso in affitto a tale Bargiacchi parte del poligono di Monteromano (Viterbo).

Gli interroganti desiderano inoltre conoscere quali specifiche condizioni gli siano state imposte per il miglioramento del terreno, e ciò ai sensi dell'articolo 46 del regio decreto 23 maggio 1924, n. 827; se non ritenga di dover dichiarare l'immediata risoluzione del contratto, in quanto sembra che lo stesso Bargiacchi abbia subaffittato parte del terreno a tal Lauteri, contravvenendo così

al divieto previsto dal decreto luogotenenziale 5 aprile 1945, n. 156.

Gli interroganti chiedono all'onorevole Ministro se non ritenga, infine, più corrispondente ai fini sociali e alle aspirazioni dei lavoratori della terra, disporre che il terreno, attualmente affittato al Bargiacchi, sia invece distribuito ai coltivatori di Monteromano che ne faranno richiesta alle stesse condizioni praticate all'attuale detentore. (7177)

BATTINO VITTORELLI. — *Al Ministro degli affari esteri.* — Per conoscere le notizie in possesso del Governo circa l'arresto avvenuto a Lisbona dell'esponente socialista portoghese Mario Soares;

per sapere se siano esatte le notizie comparse sulla stampa antifascista portoghese, le quali attribuiscono la ragione dell'arresto ai colloqui avuti dallo stesso Soares, nel corso di un viaggio recente in Europa, con il Vicepresidente del Consiglio Nenni e con altri esponenti socialisti italiani, con il primo Ministro svedese Tage Erlander, e con membri del Governo britannico e di quello danese;

e per sapere infine se ritenga conforme allo spirito del patto atlantico un provvedimento siffatto, il quale ha colpito un illustre democratico portoghese, difensore della vedova del Generale Delgado, per i colloqui da lui avuti con esponenti di Governi alleati del Portogallo. (7178)

Ordine del giorno per le sedute di venerdì 15 dicembre 1967

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi domani, venerdì 15 dicembre, in tre sedute pubbliche, la prima alle ore 9,30, la seconda alle ore 17 e la terza alle ore 21,30 con il seguente ordine del giorno:

I. Discussione del disegno di legge:

Conversione in legge del decreto-legge 11 dicembre 1967, n. 1132, concernente la proroga dell'addizionale istituita con l'articolo 80, primo comma, del decreto-legge 18 novembre 1966, n. 976, convertito, con mo-

dificazioni, nella legge 23 dicembre 1966, n. 1142 (2601).

II. Seguito della discussione del disegno di legge:

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

1° ELENCO DI PETIZIONI (*Doc. 147*).

III. Discussione dei disegni di legge:

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

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

IV. Seguito della discussione del disegno di legge:

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

V. Discussione dei disegni di legge:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. Seguito della discussione della proposta di modificazioni agli articoli 63 e 83 del Regolamento del Senato della Repubblica (Doc. 80).

VII. Discussione dei disegni di legge:

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

2. VENTURI e ZENTI. — Riapertura e proroga del termine stabilito dall'articolo

12 del decreto legislativo luogotenenziale 21 agosto 1945, n. 518, per la presentazione di proposte di ricompense al valore militare (1867).

3. DISEGNO DI LEGGE COSTITUZIONALE. — LUSSU e SCHIAVETTI. — Emendamento dell'articolo 85, comma primo, della Costituzione della Repubblica (938) (*Iscritto all'ordine del giorno ai sensi dell'articolo 32, secondo comma, del Regolamento*).

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

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

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

La seduta è tolta (ore 22,50).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari