

# SENATO DELLA REPUBBLICA

V LEGISLATURA

## COMMISSIONI RIUNITE

7<sup>a</sup> (Lavori pubblici, trasporti, poste e marina mercantile)

e

11<sup>a</sup> (Igiene e sanità)

MERCOLEDÌ 11 GIUGNO 1969

(1<sup>a</sup> seduta, in sede deliberante)

Presidenza del Presidente della 11<sup>a</sup> Commissione CAROLI

### INDICE

#### DISEGNO DI LEGGE

#### Discussione e approvazione:

« Concessione di contributi per opere ospedaliere per gli anni finanziari 1969 e 1970, istituzione di un centro-studi presso il Ministero della sanità e finanziamento dei comitati per la programmazione ospedaliera »  
(634) (Approvato dalla Camera dei deputati):

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 2, 4, 26
ALBANESE . . . . .	17
ARGIROFFI . . . . .	9, 11, 14, 16, 18
CHIARIELLO . . . . .	13, 14, 20
CROLLALANZA . . . . .	12, 13
DAL CANTON . . . . .	17
DE LEONI . . . . .	18
GUANTI . . . . .	16
INDELLI . . . . .	9

Lo GIUDICE, sottosegretario di Stato per i lavori pubblici . . . . .	Pag. 18, 19, 20, 21, 26
PERRI . . . . .	6
PERRINO . . . . .	4, 6, 8, 11
PICARDO . . . . .	11, 12, 20, 21, 23
PICCOLO, relatore . . . . .	2, 18
PINTO . . . . .	15, 16
POERIO . . . . .	6, 8, 19, 20
RIPAMONTI, ministro della sanità . . . . .	6, 9, 13, 14, 17, 18, 21, 24, 26
ZELIOLI LANZINI . . . . .	16
ZONCA . . . . .	12

La seduta ha inizio alle ore 10,15.

Sono presenti i senatori:

Aimoni, Avezzano Comes, Bargellini, Cavalli, Crollalanza, Fabretti, Florena, Indelli, Lombardi, Lucchi, Maderchi, Massobrio, Per-

ri, Piccolo, Poerio, Spagnolli, Spasari, Tansini, Togni, Venturi, Vignola e Volgger, per la 7<sup>a</sup> Commissione,

Albanese, Argiroffi, Avezzano Comes, Caroli, Chiariello, Colella, Dal Canton Maria Pia, De Falco, De Leoni, Del Pace, Guanti, Lombardi, Minella Molinari Angiola, Pauselli, Perrino, Picardo, Pinto e Zelioli Lanzini, per la 11<sup>a</sup> Commissione.

Intervengono il ministro della sanità Ripamonti, il sottosegretario di Stato allo stesso Dicastero Zonca ed il sottosegretario di Stato per i lavori pubblici Lo Giudice.

**Discussione e approvazione del disegno di legge: « Concessione di contributi per opere ospedaliere per gli anni finanziari 1969 e 1970, istituzione di un centro-studi presso il Ministero della sanità e finanziamento dei comitati per la programmazione ospedaliera » (634) (Approvato dalla Camera dei deputati)**

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Concessione di contributi per opere ospedaliere per gli anni finanziari 1969 e 1970, istituzione di un centro-studi presso il Ministero della sanità e finanziamento dei comitati per la programmazione ospedaliera », già approvato dalla Camera dei deputati.

Dichiaro aperta la discussione generale.

P I C C O L O , *relatore*. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, il presente disegno di legge n. 634, approvato dalla Camera dei deputati, riguarda un programma di interventi relativi alle opere ospedaliere per gli anni 1969 e 1970, previsti dalla legge 30 maggio 1965, n. 674 e dal primo comma dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1968, n. 82.

La portata di questo disegno di legge è rilevante in quanto con esso ci si propone di portare a termine un cospicuo programma di opere ospedaliere, anche nello spirito delle norme fissate dall'articolo 62 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, che prevede l'elaborazione di un piano regionale ospedaliero ad opera del Comitato regionale ospe-

daliero, per le Regioni non ancora costituite, entro il termine perentorio di 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, da effettuare nei rispettivi territori.

In detto programma, comprensivo di eventuali interventi da parte della Cassa per il Mezzogiorno, deve avere carattere di priorità il completamento di ospedali, di cliniche universitarie, policlinici ed ospedali clinicizzati ammessi a contributo a norma delle succitate leggi n. 574 e n. 82.

Questo stesso disegno di legge determina le modalità con le quali il programma viene approvato, e cioè da parte del Ministro dei lavori pubblici di concerto con il Ministro della sanità e, per quanto concerne le opere di cui al primo comma dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1968, n. 82, anche con il Ministro della pubblica istruzione, sentiti i Ministri dell'interno e del tesoro e la Cassa per il Mezzogiorno, allorchè ci si riferisce al completamento e all'ampliamento di cliniche universitarie, ospedali clinicizzati e policlinici universitari, la cui spesa non può superare il 20 per cento degli stanziamenti (articolo 3 della legge n. 82).

Vi si precisa altresì che il Comitato regionale per la programmazione ospedaliera di cui al menzionato articolo 62 della legge n. 132 è integrato dalla partecipazione del capo della sezione urbanistica del Provveditorato regionale per le opere pubbliche, nonchè degli ingegneri capi degli uffici del Genio civile competenti per territorio, con funzione consultiva.

All'articolo 2 il disegno di legge determina il limite di impegno a carico del Ministero dei lavori pubblici per contributi da erogare in base alla legge 30 maggio 1965, n. 574 ed alla legge 5 febbraio 1968, n. 82, che è fissato in lire 3 miliardi annui per il 1969 e per il 1970. Tale finanziamento è in aggiunta a quelli normali previsti dalla legge 3 agosto 1949, n. 589.

All'articolo 3 si precisa che il Ministro dei lavori pubblici è autorizzato a concedere i contributi, sulla base delle leggi n. 574 e n. 82, in pendenza dell'approvazione del piano nazionale ospedaliero di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e fino a quando non saranno istituite le Regioni a statuto ordi-

nario. Una volta sopraggiunta l'approvazione del piano nazionale ospedaliero transitorio, di cui all'articolo 61 della legge n. 132, si dovrà tener conto delle norme contenute nel piano stesso.

L'articolo 4 dà facoltà ai provveditori regionali alle opere pubbliche di disporre la concessione di contributi per un ammontare anche superiore a quello promesso, nell'ipotesi di realizzazione di lotti funzionali di ospedali nonchè di cliniche universitarie, policlinici ed ospedal clinicizzati, o per il loro completamento.

Le integrazioni di cui innanzi non potranno comunque superare la spesa complessiva prevista in programma per ciascun anno.

La restante parte dell'articolo 4 richiede altri adempimenti formali, indispensabili al perfezionamento dell'*iter* che accompagna la concessione dei contributi.

Gli articoli 5 e 6 prevedono l'istituzione presso il Ministero della sanità di un centro-studi, con funzioni di collaborazione tecnica con il Ministro della sanità, in materia di predisposizione e di attuazione del programma economico-sanitario nazionale, nonchè per il funzionamento dello stesso.

L'articolo 7 fissa le spettanze da attribuire ai componenti dei Comitati regionali e provinciali per la programmazione ospedaliera, di cui agli articoli 28, 30 e 62 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e la determinazione del relativo fabbisogno finanziario; mentre lo articolo 8 richiama la norma con cui si dovrà far fronte alla spesa di 3 miliardi annui, prevista dall'articolo 2 del presente provvedimento, per l'anno finanziario 1969, nonchè a quella di un miliardo in ordine al funzionamento del centro-studi e dei Comitati per la programmazione ospedaliera.

Il presente disegno di legge, schematicamente illustrato, ha lo scopo quindi di avviare a concreta realizzazione un cospicuo programma di opere ospedaliere nel solco delle leggi sopra richiamate, in armonia con la legge n. 132 che regola l'intera materia in tema di enti ospedalieri e di assistenza ospedaliera. Con tale provvedimento, pertanto, verrebbe assicurata l'attuazione di un intero programma di opere ospedaliere, comprendente l'arco di tempo 1966-70, operando

così una saldatura di fatto con il piano quinquennale di sviluppo economico nazionale.

In effetti, gli stanziamenti previsti ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 574 e degli articoli 2 e 3 della legge n. 82 consentivano già l'ammissione a contributo per gli anni finanziari 1965-68 — com'è detto nella relazione del disegno di legge governativo n. 711 — di un vasto programma di opere per complessive lire 338 miliardi e 331 milioni. Aggiungendo a questo finanziamento il contributo trentacinquennale di altri 3 miliardi per gli anni finanziari 1969 e 1970 sarà possibile la realizzazione di un complesso di opere ospedaliere per un ammontare di oltre 500 miliardi per gli anni che vanno dal 1965 al 1970, che consentirà il raggiungimento di un notevole traguardo nel settore delle opere ospedaliere.

Questa disponibilità di mezzi finanziari nel campo delle strutture ospedaliere, che continuerà sulla base del prossimo piano quinquennale in corso di elaborazione col progetto definito « progetto 80 », dal 1970 in poi, è una nota di sollievo e di conforto soprattutto per le Regioni meno provvedute, come quelle meridionali, dove anche in questo campo si registra una carenza paurosa, che diventa sempre più drammatica con l'aumento della popolazione e delle relative necessità in fatto di assistenza ospedaliera.

Infatti, il secondo comma dell'articolo 2 della legge 30 maggio 1965, n. 574, prevede condizioni più favorevoli per tali regioni, elevando precisamente la misura del contributo al 5 per cento per le opere da realizzare nei territori di cui alla legge 10 agosto 1950, n. 646 e successive modificazioni e integrazioni.

Accanto all'aspetto particolare che caratterizza il presente disegno di legge, cioè quello di prevedere un finanziamento biennale e non annuale, come per gli anni precedenti, che costituisce uno dei punti salienti rispetto al disegno di legge governativo n. 711, va messo in risalto quello relativo alla facoltà conferita ai provveditori alle opere pubbliche con la quale, sentito il Comitato regionale per la programmazione ospedaliera, possono concedere contributi

per un ammontare superiore a quello promesso, nel rispetto — si intende — di determinate condizioni.

Tale facoltà sopperisce alla necessità di favorire il prosieguo di opere che altrimenti sarebbero costrette ad arrestarsi per oneri sopraggiunti nel corso della esecuzione dei lavori, oneri non prevedibili all'atto della progettazione. Tale norma consentirà così di evitare dannose interruzioni con conseguenze antieconomiche ed antisociali che qualsiasi arresto di lavori inevitabilmente comporta.

Un'altra novità rispetto al disegno di legge governativo è rappresentata dall'istituzione di un centri-studi presso il Ministero della sanità, previsto all'articolo 5, che indubbiamente è strumento validissimo per individuare da un osservatorio obiettivo e qualificato i fenomeni che caratterizzano un settore così complesso e delicato e coglierne gli aspetti sostanziali ed utili, ai fini di una « predisposizione ed attuazione del programma economico nazionale, per quanto attiene alla parte di competenza del Ministero stesso ».

Ma direi che un centro-studi efficiente, capace di allargare lo sguardo e di approfondire i problemi inerenti ad un campo particolarmente difficile, in continua evoluzione come quello che interessa la dinamica dello sviluppo ospedaliero, colma una lacuna ed offre larghe possibilità di risultati positivi, non solo in ordine alle competenze ministeriali, ma in ordine ai riflessi che da esso possono espandersi in tutto il Paese. È un'istituzione da ritenersi quindi assolutamente positiva, degna di essere incoraggiata e vivificata il più possibile.

L'approvazione del presente disegno di legge, sollecitata oltretutto dai bisogni urgenti della nostra società, sempre più sensibile ed attenta ai benefici che si possono attingere per la pubblica salute da una idonea e moderna rete ospedaliera, a cui la coscienza popolare si accosta con sempre maggiore fiducia, riveste carattere d'urgenza.

Dopo tali brevi precisazioni, mi permetto conseguentemente di proporre agli onorevoli colleghi l'approvazione del provvedimento, che offre al Paese uno strumento legislativo

in grado di promuovere e di accelerare l'auspicata realizzazione di moderne ed adeguate strutture ospedaliere.

**P R E S I D E N T E .** Ringrazio il senatore Piccolo della sua dettagliata ed esauriente relazione.

**P E R R I N O .** Il disegno di legge al nostro esame, già approvato dall'altro ramo del Parlamento, soddisfa in buona parte le esigenze e le attese del mondo sanitario in genere e ospedaliero in particolare.

È noto come la situazione ospedaliera italiana, malgrado i notevoli progressi compiuti in questo ventennio di rinascita democratica, soffra ancora di disfunzioni in conseguenza della carenza di posti-letto. Anche se siamo passati, almeno per quanto riguarda il Mezzogiorno, dalla media di 2 posti-letto per 1.000 abitanti a 4,45 e in molte Regioni anche a 5 posti-letto per 1.000 abitanti, avvicinandoci così a quel 6 per 1.000 che l'Organizzazione mondiale della sanità oltre 40 anni fa indicava come l'*optimum* da raggiungere, è pur vero che abbiamo assistito in questi anni ad un più frequente ricorso del cittadino all'assistenza ospedaliera in conseguenza della maggiore coscienza sanitaria ed anche quale riflesso della tanto bistrattata assistenza mutualistica. Questo fa sì che gli ospedali siano oggi sovraffollati: è nota infatti la generale situazione di disagio del settore ospedaliero in tutta Italia, anche in quelle regioni dove l'obiettivo del 6 per 1.000, che ho poc'anzi richiamato, è largamente superato, perchè all'estero il 6 per 1.000 è diventato un punto di riferimento minimo puramente indicativo, essendosi ormai giunti a punte di 16, 17 ed anche 20 posti-letto per 1.000 abitanti, senza che per questo si sia verificata alcuna inflazione di posti-letto (anche in alcune regioni d'Italia più fortunate, particolarmente del Nord, siamo giunti a 15, 16, 17 posti-letto per 1.000 abitanti senza inflazione).

Questo ci induce a ritenere che, mano a mano che procediamo, in un arco di tempo relativamente breve — ripeto una mia vecchia teoria — non ci sarà più ammalato che si curerà a casa, perchè tutti dovranno

confluire in ospedale, anche in conseguenza di quella provvida evoluzione che vi è stata nella medicina, per cui si è passati, nel giro di 30-40 anni, dalla diagnosi individuale alla diagnosi di *équipe* a carattere collettivo, e quindi alla necessità del ricovero ospedaliero.

Devo rilevare che in questo periodo il Parlamento non è stato inoperoso; anzi ha operato proficuamente e ritengo che il disegno di legge in discussione sia la continuazione di altri provvedimenti che il Parlamento stesso ha varato in questi ultimi anni. Senza andare molto indietro nel tempo, senza ricordare la famosa legge Tupini, che indubbiamente ha operato fecondamente per la ricostruzione ospedaliera e per le opere igienico-sanitarie in genere, sta di fatto che oggi la situazione è molto migliorata.

Nel 1965 — questo è il punto di partenza — è stato approvato un decreto ministeriale che vale la pena di citare: esso prevedeva l'approvazione dei programmi di intervento per le costruzioni ospedaliere negli anni finanziari 1965-66 e di eventuali interventi da eseguire a carico della Cassa per il Mezzogiorno. Ci siamo trovati cioè di fronte ad un decreto che, per il 1965-66, ha previsto degli interventi sulla base del programma che fu realizzato in collaborazione tra il Ministero dei lavori pubblici e quello della sanità, con consultazioni anche a livello regionale. Detto decreto prevedeva anche eventuali interventi per gli anni 1967-68-69. Sta di fatto che successivamente — esattamente con la legge 5 febbraio 1968 — si è provveduto a saldare il biennio 1967-68 per il quale sono stati concessi dei contributi. Che tali contributi siano stati utilizzati o meno, è un altro discorso; quando, infatti, sulla spesa prevista, ad esempio, di due miliardi, si dà un acconto di 500 milioni e poi gli uffici del Genio civile o i provveditori alle opere pubbliche chiedono costruzioni di lotti funzionali, mi chiedo che cosa si può creare di funzionale con 500 milioni. Evidentemente si può realizzare ben poco. È accaduto perciò che i contributi concessi entro certi limiti sono rimasti inutilizzati, per cui il discorso deve essere ripreso.

Ora il disegno di legge in questione rappresenta, in un certo senso, la continuazione del provvedimento precedente, in quanto provvede al finanziamento per l'anno 1969, già previsto nel decreto ministeriale del 1965, e aggiunge quello per l'anno 1970.

La concessione del finanziamento dovrà essere effettuata in base al noto meccanismo del contributo statale. Si tratta di 3 miliardi all'anno di contributi sulle quote di ammortamento e sugli interessi, che consentono di realizzare mutui per 60-65 miliardi. In pratica, quindi, disporremo per gli esercizi 1969-70 di 120-130 miliardi.

Il problema è di come dividere tale somma. Il disegno di legge dice che spetta ai Comitati regionali per la programmazione ospedaliera elaborare un programma degli interventi previsti dalla legge 30 maggio 1965, n. 574, e dal primo comma dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1968, n. 82, nel quale dovranno essere compresi, dando ad essi carattere di priorità, il completamento di ospedali, nonché di cliniche universitarie, policlinici ed ospedali clinicizzati ammessi a contributo ai sensi delle succitate leggi. Tale programma, elaborato a livello regionale, dovrà essere recepito dai Ministeri della sanità e dei lavori pubblici ai quali spetta di provvedere all'esecuzione dello stesso.

Al riguardo ho una preoccupazione: mentre sono pienamente favorevole a questo disegno di legge, che, a mio avviso, dovrebbe divenire al più presto operante, temo che per il meccanismo previsto dall'articolo 1 e, in particolare, dal quinto comma di detto articolo, nonostante la buona volontà del Governo e nostra, ci troveremo di fronte ad un rallentamento della possibilità di intervento. Per esempio, al quinto comma si dice che i Comitati regionali per la programmazione ospedaliera devono presentare le proposte per gli interventi, indicati prioritariamente, da effettuare nei rispettivi territori, entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento.

Vorrei ricordare alla Commissione che anche nella legge ospedaliera 12 febbraio 1968, n. 132, era precisato che entro 60 gior-

ni dovevano essere costituiti i Comitati regionali per la programmazione ospedaliera; ciò malgrado e nonostante le spinte che costantemente il Ministero della sanità ha rivolto alla periferia, soltanto da qualche mese (cioè a distanza di un anno dal termine prescritto) si è provveduto all'insediamento dei Comitati regionali. Peraltro, signor Ministro, le chiedo: tali Comitati stanno funzionando? Questo è il problema! Mi consta che alcuni Comitati regionali stanno funzionando — è inutile che dica quali —, ma debbo anche aggiungere che la maggior parte di essi, specialmente nell'Italia meridionale, una volta insediati e dopo aver proceduto alla nomina del presidente e all'attribuzione delle altre cariche, non si sono più riuniti e non hanno iniziato il loro lavoro.

P E R R I . Perchè non hanno i mezzi; questo accade anche a Genova.

P E R R I N O . È vero che non hanno i mezzi, e questo lo so perchè anch'io faccio parte di un Comitato regionale. Però, quando ci siamo insediati, abbiamo detto che, in attesa che si provvedesse al finanziamento, bisognava far leva sulla buona volontà quanto meno dei presidenti per poter cominciare ad elaborare un certo programma, uno statuto, un regolamento, e via di seguito; di tutto questo, invece, non si è fatto nulla, per cui temo che il termine di 60 giorni, malgrado sia perentorio, finirà col non poter essere materialmente osservato. Non dobbiamo dimenticare, infatti, che il disegno di legge deve essere ancora approvato e poi dovrà essere pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale*; quindi passeranno altri 15-20 giorni e ci troveremo nel pieno dell'estate, quando cioè le esigenze personali finiscono col prevalere su ogni altra esigenza. Ritengo pertanto che 60 giorni non basteranno e non vorrei essere pessimista al punto di pensare che, come è avvenuto per la costituzione dei Comitati regionali, dovremo aspettare un anno perchè essi si pronuncino.

Ora è lungi da me l'idea di proporre una sia pur lieve modifica di questo disegno di legge, con la prospettiva che torni alla Ca-

mera e si perda altro tempo; desidererei però che si ribadisse, oltre il concetto della perentorietà del termine, anche quello che, ove i Comitati regionali non abbiano provveduto entro i 60 giorni a presentare il programma di interventi, vengano sostituiti dai Ministeri competenti, i quali già dispongono di tutti i dati relativi alla situazione ospedaliera di ogni singola Regione, riferendomi — non a caso l'ho citato — al decreto ministeriale del 1965.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. È previsto, infatti, che qualora i Comitati regionali non esprimano il parere entro i 60 giorni, il programma verrà elaborato dagli organi centrali.

P E R R I N O . Prendo atto che questo è l'intendimento dei Ministri interessati e quindi non posso che dichiararmi soddisfatto.

Per quanto riguarda l'istituzione di un centro-studi presso il Ministero della sanità, si tratta di un fatto nuovo e positivo, a mio avviso, in un campo nel quale si procede non senza difficoltà. L'iniziativa senza dubbio va attuata; siccome, però, l'articolo relativo a tale istituzione è molto vago, per cui spetterà alle norme di attuazione e al regolamento precisare come questo centro-studi deve funzionare, vorrei proporre, signor Ministro, che di esso faccia parte anche una rappresentanza, sia pur modesta, degli ospedali, cioè della FIARO (Federazione italiana delle associazioni regionali ospedaliere), ed in particolare degli amministratori ospedalieri i quali da tempo si battono affinché queste esigenze siano soddisfatte.

Concludo con questa raccomandazione ed esprimo parere favorevole all'approvazione del disegno di legge nel testo che ci è stato presentato.

P O E R I O . Vorrei iniziare il mio intervento ponendo un interrogativo: il disegno di legge in discussione soddisfa l'esigenza che era stata posta dall'ordine del giorno approvato all'unanimità il 25 gennaio 1968 nell'altro ramo del Parlamento? In parte forse sì. Comunque, desidero dar lettura

7<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> COMMISSIONI RIUNITE1<sup>a</sup> SEDUTA (11 giugno 1969)

di questo ordine del giorno per ricordarne il contenuto a me stesso ed al ministro Ripamonti — il quale era con me nella Commissione lavori pubblici della Camera dei deputati quando tale ordine del giorno venne votato — e per vedere che cosa, sul piano delle realizzazioni concrete, finora sia stato fatto.

Tale ordine del giorno venne approvato all'unanimità e fatto proprio dal Governo ed il voto positivo espresso in quell'occasione dal mio Gruppo politico resta tuttora valido, poichè il contenuto dell'ordine del giorno in questione si ripropone integralmente oggi che la nostra Commissione è chiamata a discutere il presente disegno di legge a cui siamo favorevoli.

Desidero fare solo qualche osservazione, anzi, due in particolare: la prima di metodo e la seconda sulle questioni di carattere particolare che hanno formato oggetto del dibattito odierno.

Non concordo con il tono « trionfalistico » — mi si passi l'aggettivo che oggi è diventato di moda — con il quale il disegno di legge ci è stato presentato ed illustrato e credo che lo stesso Ministro della sanità, che ben conosco, sia del mio stesso parere. Non mi pare sia il caso, infatti, di usare frasi di trionfo riferendosi ad un provvedimento che riguarda esclusivamente o in gran parte ripiani finanziari dovuti a leggi precedenti.

Ho già avuto occasione di dire altre volte che non possiamo dar vita ad una seria politica di piani e di programmazione servendoci di « leggine » che via via e di volta in volta servono a riparare errori di valutazione compiuti in precedenza.

Siamo d'accordo sul fatto che si possano verificare slittamenti nel mercato monetario e che a quei problemi di ferrea natura economica sia possibile ovviare col sistema dei ripiani finanziari (anche se, come marxista, ritengo che tali fenomeni si possano dominare con la capacità e la volontà dell'uomo), ma, nel momento in cui si pensa ad un piano generale degli ospedali, non credo si possa far ricorso a leggi di carattere transitorio come quella in esame la quale, come elemento innovativo, prevede solo la crea-

zione di un centro-studi presso il Ministero della sanità.

Sollevo tale questione perchè se ne tenga conto oggi che già si parla dei progetti di legge per gli anni '80, anche se questi, sul piano delle innovazioni, niente aggiungono al vecchio ed ormai dimenticato piano Pieraccini, se non per quanto riguarda puri e semplici perfezionamenti di carattere metodologico.

Ma, ritornando al tema centrale della nostra discussione, come si pensa di risolvere i problemi ancora insoluti riguardanti il piano degli ospedali?

Ritirerò ora alcuni dati che lo stesso Ministero della sanità ha fornito riferendosi alle realizzazioni dovute alla legge n. 574: nelle regioni del Nord-Italia è stato avviato e realizzato il 72 per cento delle opere ospedaliere previste (laddove sarebbe più che urgente arrivare ad una completa realizzazione di tali servizi se è vero, come è vero, che per ricoverare una bambina in un ospedale milanese è necessario girare per notti intere); nel Meridione la percentuale non supera invece il 27-28 per cento!

Ed allora, senatore Perrino, in quale direzione, con quali metodi è stata applicata la legge n. 589, la famosa legge Tupini, che ella richiamava poc'anzi?

La realtà è che abbiamo constatato l'impossibilità di ottenere, tramite quella legge, gli stanziamenti necessari per cui i comuni, specie quelli del Meridione, non hanno potuto intraprendere nessuna delle opere in programma: nè quelle di carattere igienico, nè quelle sanitarie.

La situazione dei comuni del Sud d'Italia è notoriamente deficitaria e citerò Marsala e Messina per dire soltanto che a Marsala si è arrivati al sequestro del tavolo del sindaco e che a Messina si è arrivati ad un disavanzo che supera i 100 miliardi di lire! Le esigenze delle amministrazioni comunali sono aumentate a dismisura ed a questo fenomeno non ha fatto riscontro la predisposizione di quei mezzi e strutture che la programmazione del Paese indicava ma che, sul piano pratico, non ha mai posto in essere.

Risolve il provvedimento in esame — ecco il punto — le deficienze che da più parti vengono denunciate nel settore ospedaliero? I tempi che esso prevede per l'attuazione dei programmi verranno rispettati? Si arriverà al completamento di quelle opere che sono state avviate e che hanno urgente bisogno di essere portate a termine?

In proposito potrei portare decine di esempi, ma limiterò la casistica alla mia regione, la Calabria, per dimostrare quale « pallido » programma ospedaliero sia stato avviato. In Calabria, onorevole Ministro, su 2 milioni e più di abitanti vi erano, fino a poco tempo fa, soltanto 2.000 posti-letto e, pertanto, il rapporto popolazione posti-letto citato dal collega Perrino — dal quale risulterebbe che la nostra organizzazione ospedaliera può mettersi alla pari con quella dei Paesi più avanzati — è del tutto errato!

Comunque, questa è la domanda che le pongo, signor Ministro, le opere che siamo riusciti ad avviare verranno completate con questo provvedimento? Dico subito che, in proposito, nutro molti dubbi e perplessità.

Ma vi è ancora un'altra osservazione assai importante da fare: il sistema attuale dei contributi sui mutui grava in gran parte sui degenti i quali, nel biennio 1966-1968, hanno visto aumentare del 25 per cento le rette ospedaliere.

Sono qui presenti valenti colleghi medici che potranno approfondire l'argomento, ma non posso fare a meno di sottolineare che la situazione è grave soprattutto se messa in rapporto ai paurosi *deficit* degli enti mutualistici che, a quanto si dice, si aggirano oggi attorno ai 600 miliardi di lire. Queste sono infatti le notizie che la stessa FIARO ha divulgato tramite ordini del giorno che certamente sono a conoscenza di tutti i presenti; anche a me ne è pervenuto uno dalla città di Catanzaro nel quale si minaccia, da parte dei farmacisti, la sospensione di forniture ai lavoratori ed agli assistiti se la situazione non verrà risolta.

Ma, ripeto, un'alta percentuale delle rette ospedaliere su chi grava? Il giro è vizioso ma, alla fine, la risposta è una sola: sui degenti e, quindi, sulla collettività; ma, se così è, perchè non affrontare il problema al-

la radice e non ricercare validi mezzi di soluzione?

Nel Mezzogiorno d'Italia la situazione è addirittura drammatica e, per portare un esempio, mi riferirò ad una provincia che è stata ultimamente alla ribalta del dibattito parlamentare — Avellino — definita da un importante esponente della Democrazia cristiana una specie di « villaggio politico ».

Ebbene, quale è la situazione ospedaliera in questa zona? La percentuale è dello 0,7 per cento dei posti-letto in rapporto agli abitanti della provincia.

P E R R I N O . Era!

P O E R I O . Era? Vogliamo fare l'analisi grammaticale del verbo « era » per trovare la risposta a questo interrogativo?

Ma lasciamo da parte questi discorsi e torniamo all'essenziale, alla situazione nella quale si dibatte oggi il Mezzogiorno d'Italia ed alla necessità che misure valide e serie vengano adottate per avviare a soluzione il problema ospedaliero del Sud.

Si approvi pure il disegno di legge al nostro esame, ma si pensi ad affrontare in modo organico il piano degli ospedali! Nel testo che abbiamo dinanzi ci sono i primi elementi di questo piano e ci auguriamo che il tanto contrastato centro-studio, con funzione di collaborazione tecnica con il Ministero della sanità in materia di predisposizione ed attuazione del programma economico nazionale che verrà istituito per la parte di competenza del Ministero stesso, rechi un effettivo contributo alla soluzione del problema, permetta di operare scelte valide, elimini quella impostazione paternalistica per cui tutto deve venire dall'alto, da Roma, per attivare invece una costante dialettica di rapporti tra tutti i Comuni della programmazione oggi e le istituende Regioni domani onde arrivare a scelte efficaci in rapporto alle esigenze della popolazione e della nostra società.

Questi fatti, queste azioni — a mio avviso — devono assolutamente presiedere ad un qualsiasi piano organico che si intenda portare avanti.



Ora io credo che, se noi sapremo cogliere, nel dibattito di stamane, elementi di valida esperienza, le attuali storture, gli attuali sbagli d'impostazione nelle scelte economiche del Paese possono condurci in una direzione più valida e più seria. Certo, dinanzi al disegno di dare all'Italia quattro o cinquemila chilometri di autostrade, e all'altro di dare all'Italia un assetto ospedaliero capace di affrontare il problema della salute pubblica, riferendolo non alla malattia del singolo, ma al bene della collettività, la preferenza non può andare che verso la salute come pure alla scuola.

Dice il senatore Perrino: « Da oggi in poi tutti ricorriamo all'ospedale »: no, egregio senatore, attualmente gli ospedali pubblici sono riservati alle mutue; ad essi si rivolgono esclusivamente i poveri; il ricco sa dove recarsi; magari, quando gli deve nascere il figlio, porta la moglie a Ginevra. La raccogliatrice di olive calabrese, l'umile bracciante delle Puglie, il tagliaboschi dell'Abruzzo o il marinaio, io credo che non abbiano che una sola prospettiva: quella di ricoverarsi in ospedale.

Ecco perchè la battaglia che noi dovremmo ora combattere deve essere per questa scelta e, a mio avviso, giusta scelta.

A queste condizioni e per questi motivi è stato dato voto favorevole, dall'altro ramo del Parlamento, al disegno di legge iniziale proposto dal Governo. Noi riconfermiamo quel voto nella speranza che disegni di legge di questo tipo non abbiano più a proporsi.

**I N D E L L I .** Nella grande battaglia da noi combattuta nel Meridione abbiamo visto finalmente completarsi opere le quali mirano allo sviluppo economico di quel territorio. Anche nella mia zona abbiamo il nuovo ospedale; altri ne sorgeranno e saranno completati quelli già iniziati. Ecco perchè plaudo all'iniziativa del Governo.

Per quanto riguarda la parte importantissima relativa alle attrezzature, nella legge precedente n. 374 del 1965 veniva limitata la percentuale per le attrezzature stesse. Io quindi inviterei il Governo a riesaminare tale problema, altrimenti avremo degli ospedali senza attrezzature, cioè incompleti. Nel-

la legge n. 574 si prevede uno stanziamento dall'uno al venti per cento per le attrezzature, ma questa percentuale è veramente insufficiente.

**R I P A M O N T I ,** *ministro della sanità.* Le attrezzature possono essere finanziate anche dal Fondo nazionale ospedaliero.

**A R G I R O F F I .** Vorrei avanzare una breve riserva su quanto ha detto il senatore Perrino, che con la solita abilità mi pare abbia cominciato a mettere « il carro avanti ai buoi » circa le decisioni che questa mattina dovremmo assumere.

Intanto, dovrei fare una considerazione in merito alla percentualizzazione dei posti letto, relativamente alle esigenze che sono molto difformi nel Sud da quelle del Nord, e che hanno dato luogo a una serie di interventi incentivanti. Credo che tali metodi non solo non abbiano aiutato a risolvere la gravità della situazione sanitaria delle regioni del Mezzogiorno, ma abbiano provocato vuoti e storture a livello di iniziative, che finiscono per compromettere sia la possibilità di una visione organica e generale delle necessità di intervento, sia la stessa esaltazione dei pochi presidi ospedalieri così scarsamente funzionanti nel Sud. Finora, che io sappia, si è stati non dico contrari ma quasi sordi a questo grosso argomento della necessità numerica, quantitativa dei posti letto per degenti acuti nel Sud, e voglio dire che questa sordità è cominciata a verificarsi già da secoli.

Nel Sud, insomma, non esistono attrezzature riferibili a esigenze appena umane e normali, che vadano incontro alle necessità più immediate dell'uomo; ed è sempre stato così. Quando nell'Italia centrale, nella Toscana, nell'Umbria ogni comune aveva la sua indipendenza e responsabilità ed era riuscito ad organizzare un tipo di assistenza che tenesse conto di questo elemento primordiale della comunità che è la salute, nel Sud tutto ciò non esisteva. E questo per rispondere all'osservazione del senatore Perrino a proposito delle difficoltà psicologiche e pratiche che creerebbe il fatto di dover

aspettare tre o quattro mesi affinché s'insemino i Comitati ospedalieri regionali per provvedere a interventi meno disorganici e più producenti.

Si tratta di un problema certamente quantitativo, anche se potremmo discutere a lungo sulle percentuali da lui ricordate; perchè quel venti per cento cui egli si riferiva rappresenta una cifra venuta fuori in un'intervista concessa da un ignoto personaggio nel corso di una riunione dell'Organizzazione mondiale della sanità a Copenaghen. È volato questo numero senza che in merito vi sia stato alcuno studio e nessuna analisi precisa. In realtà tutte le ipotesi e le indicazioni che in proposito si danno sono relative quasi esclusivamente alla maniera con la quale si considera nel suo complesso l'assistenza sanitaria nei vari paesi in cui questo tipo di interventi viene differenziato da fattori politici, storici, eccetera.

Quindi noi insistiamo nell'invitare, in questo senso, il Ministro della sanità ed il Ministro dei lavori pubblici a tener conto, sì, dei dati quantitativi, non dimenticando però i dati qualitativi ai quali bisogna prioritariamente porre mente. Oggi il problema nel Sud non è soltanto quello di istituire una certa quantità di posti-letto, ma di istituire una certa quantità di posti-letto che siano qualificanti e qualificati, altrimenti si dovrà continuare ad assistere e a subire l'emigrazione della salute, fenomeno che per il futuro non sarebbe assolutamente superabile, perchè non sarebbe possibile, secondo gli impegni qui annunciati di un esclusivo incremento numerico dei posti-letto, qualificare gli ospedali, e saremmo continuamente costretti a obbligare gli ammalati, che hanno bisogno di un'indagine scientifica più approfondita, ad andare a Napoli, a Roma ed in altri luoghi.

Stiamo dunque molto attenti, altrimenti rischiamo di avere un reparto di medicina che, nelle condizioni in cui oggi ci troviamo nel Sud, sarebbe meglio non esistesse, e non avremmo mai un reparto di rianimazione, di pediatria, di psicologia infantile, e così via; non avremmo mai, cioè, i sussidi terapeutici e medici oggi indispensabili per un buon ospedale.

Quindi, oltre al problema quantitativo, vi è quello qualitativo, rappresentato da una questione di corretto metodo. Ora, per poter confrontare in maniera giusta i due lati della questione, mi pare dobbiamo rifarci a un terzo problema, che riguarda la necessità di sottrarre iniziative e interventi non scientifici e non qualificati a coloro i quali possono fare quello che è di competenza nell'ambito delle loro specialità, ma non debbono intervenire nel merito di situazioni che necessariamente debbono dipendere dalla iniziativa del Ministero della sanità e di coloro che sul piano delle strutture e delle iniziative sanitarie sono gli unici qualificati a poter dare indicazioni. Questo, mi pare, ci riporta al problema della necessità di un intervento non incentivante. L'incentivazione è esattamente il contrario di una programmazione globale, e costituisce ostacolo alla necessità di una visione totale o almeno comprensoriale dei problemi sanitari. L'intervento deve dunque vedere a monte la presenza organica e culturale di organismi i quali soltanto possono e debbono dare delle direttive in tale direzione, e questo mi pare che porti alla necessità di intervenire con molta forza e responsabilità anche in direzione delle attuali strutture degli ospedali psichiatrici. Qui se ne è anche accennato, sia pure fuggevolmente, e ritengo che bisognerà riprendere questo discorso in termini scientifici, respingendo soprattutto in tale settore il sistema delle incentivazioni.

Abbiamo avuto un chiaro impegno da parte del Ministro della sanità per la riforma psichiatrica e le divisioni neurologiche previste significano proprio il superamento dei manicomi. Non possiamo accettare quello che avviene in questi giorni — riportato anche sulla stampa — circa l'intenzione, annunciata da parte di talune amministrazioni provinciali, di costruire nuovi manicomi, nelle condizioni che attualmente sul piano scientifico e culturale hanno dato luogo all'esplosione di scandali che non hanno forse riscontro nel consorzio civile. Vogliamo dunque essere garantiti dal pericolo che interventi importanti e pericolosamente incentivatori non si rischino anche in tale direzione.

Il senatore Perrino si preoccupa in termini perentori dei mezzi disponibili per la riorganizzazione di questa visione generale.

**P E R R I N O .** Io temo che restiamo indietro.

**A R G I R O F F I .** Si tratta di un timore tardivo di secoli, poichè siamo sempre stati indietro. Una improvvisa fretta non può dunque risultare politicamente credibile, proprio nel momento in cui i Comitati ospedalieri regionali dovrebbero cominciare il loro lavoro.

Voi dite che il Ministro dovrebbe sostituirsi ai Comitati laddove non sono stati già elaborati tutti i dati necessari. D'altro canto, che cosa varrebbero questi Comitati se per la loro ritardata funzionalità il Ministro potesse sostituirsi a loro? Io ritengo che il Ministro giustamente e legittimamente deve avocare a sè tutti gli interventi di ordine scientifico, strutturale e assistenziale, che purtroppo ancora oggi sono frazionati e divisi in una serie di altre illecite competenze; ma egli non può sostituirsi a questa spinta politica di base, al di fuori dei vari sofismi attraverso i quali si cerca di far rientrare dalla finestra ciò che si è scacciato dalla porta.

Dopo un lunghissimo, faticoso *iter* comincia a prendere corpo e consistenza un Ministero della sanità, con compiti pericolosamente insidiati da altre istituzioni. Da una parte c'è la tendenza, recepita anche in termini moderni, a una valutazione globale dei problemi sanitari, di cui mi pare lo stesso Ministro si renda conto e per cui egli compie sforzi che certamente non sottovalutiamo; dall'altra parte c'è la spinta al frazionamento, che consentirebbe ancora oggi la manipolazione di tutte le cifre stanziare in maniera vecchia, disorganica, preferenziale, avverso il compito di rinnovamento del settore.

In riferimento all'ordine del giorno qui ricordato, ritengo che il centro-studi, attraverso scelte e previsioni rigorosamente legate a valutazioni scientifiche essenziali e preventive molto precise, debba essere un luogo di ricerca, d'iniziativa, di capacità d'inter-

vento politico e di decisioni legate prioritariamente ed esclusivamente al Ministero della sanità. E queste indicazioni possono partire soltanto da un quadro nosologico, sociologico globale e al tempo analitico, che si propone oggi come elemento di valutazione comprensoriale, zonale e regionale. Ciò sarà utile per sollecitare la costituzione delle Unità sanitarie locali delle quali l'ospedale non può non essere elemento strutturale e portante per una maniera nuova, rivoluzionaria di affrontare il problema della salute nelle sue tre componenti essenziali: preventiva, terapeutica e riabilitativa dell'ammalato. Se non riusciamo a metterci d'accordo su questo punto fondamentale, rischiamo, nonostante i preziosi suggerimenti e le convergenze cui siamo giunti in questi ultimi tempi, di ritornare indietro di cinquant'anni. Basta considerare ciò che succede in alcune parti d'Italia che hanno bisogno di un intervento il più qualificato possibile, come, per esempio, in Calabria. Nella Piana del Tauro, un comprensorio di circa 170.000 abitanti, dove esistono già quattro ospedali, si pongono le prime pietre di altri cinque ospedali. A cosa serve un intervento del genere, se non a riportare indietro di decenni la situazione, rendendola disgregata e irrecuperabile? Il nostro obiettivo deve essere quello di dare ai 170.000 abitanti della zona la possibilità di essere curati su tutti i piani e a livelli di responsabilità scientifica, organizzativa e medica, di studiare le malattie di questi abitanti e la qualità sociologica della loro presenza zonale, e di intervenire in questo senso.

Quindi, la conclusione cui invito a pervenire è quella di affermare ancora una volta la necessità di un metodo d'intervento non incentivante, non caotico, realizzando un piano nazionale e regionale ospedaliero che dia in maniera veramente corretta la possibilità di previsioni programmatiche globali. Invito la Commissione ad arrivare a queste conclusioni con un ordine del giorno che riaffermi energicamente questa necessità.

**P I C A R D O .** Ho ascoltato con attenzione ed apprezzato la relazione del sena-

tore Piccolo e dico subito che sono d'accordo sul disegno di legge in esame. Però anch'io nutro le perplessità esposte dal senatore Perrino, che cioè questa legge potrà avere modesta applicazione nel territorio nazionale e nessuna applicazione nella Regione siciliana. Non parlerò della situazione ospedaliera nel Meridione, che conoscete meglio di me; ma desidero mettere in rilievo che in Sicilia essa è caotica, come ospedali, come posti-letto, come quantità, come qualità. La famosa legge 12 febbraio 1968, numero 132, che approvammo con entusiasmo, perchè pensavamo che dovesse risolvere i problemi ospedalieri del Mezzogiorno, non ha avuto pratica attuazione in Sicilia, perchè l'Isola ha — mi si consenta dirlo — la sventura di avere l'autonomia regionale. A tutt'oggi la Regione siciliana non ha adempiuto a quelli che sono i suoi doveri prescritti dalla legge di riforma ospedaliera. Quindi, tale legge in Sicilia non è affatto operante. Questo stato di fatto, della presenza della legge n. 132 e di disegni di legge per la sua attuazione, presentati ad iniziativa del Governo siciliano all'Assemblea regionale da più di un anno e non ancora discussi, ha creato un maggiore caos nella vita degli ospedali, perchè le Amministrazioni attualmente in carica, dato che si tratta di ospedali comunali e di opere pie agonizzanti, sono in attesa di metamorfosi, cioè della costituzione degli enti ospedalieri, e quindi non si preoccupano più del proprio funzionamento.

Perciò, pur dichiarandomi favorevole al disegno di legge, la mia preoccupazione è che, poichè in Sicilia abbiamo la Regione autonoma, ma non ancora i Comitati di programmazione, il termine perentorio per la presentazione delle proposte di interventi prioritari sia valido per il territorio nazionale, ma non per la Regione siciliana, perchè nè la Regione nè il Comitato per la programmazione, che non esiste, presenteranno i relativi documenti. Se non vado errato, nel settore sanitario la Regione ha competenza legislativa primaria. Io desidero sapere dal Ministro della sanità quale azione intende svolgere nei riguardi del Governo regionale affinché la legge n. 132 sia recepita

dalla Regione siciliana. Si tratta di una legge che è stata approvata già da un anno e mezzo; il Governo regionale da più di un anno ha presentato i disegni di legge per attuarla, ma — come ripeto — finora tutto è rimasto fermo.

Quindi, per me, il disegno di legge se può essere positivo per il territorio nazionale, indubbiamente è negativo per la mia Isola, laddove invece la Sicilia, data la sua autonomia regionale, doveva essere la Regione pilota per l'attuazione della riforma ospedaliera.

Z O N C A , *sottosegretario di Stato per la sanità*. Non ho capito bene una sua affermazione. Ha detto che in Sicilia la legge n. 132 non è operante: la Regione ha una sua legge ospedaliera?

P I C A R D O . No: la Regione siciliana deve attuare la legge n. 132 con la propria legislazione. A questo scopo il Governo regionale ha presentato dei propri disegni di legge già dal luglio dell'anno scorso, ma a tutt'oggi questi non sono stati neanche discussi. E c'è anche il problema dei concorsi, che sono stati sospesi. Desidererei avere in proposito delle informazioni e possibilmente delle assicurazioni da parte del Governo.

C R O L L A L A N Z A . Mi devo riallacciare ad un rilievo fatto dal collega Poerio e ad un motivo ricorrente anche negli interventi degli altri colleghi meridionali; e non posso non farlo come meridionale e come meridionalista.

Io ho sentito affermare dal collega Poerio che fino ad oggi, in tema di applicazione delle leggi che riguardano il settore ospedaliero, sarebbe stato realizzato nel Mezzogiorno soltanto il 23 per cento degli interventi previsti. Desidero ricordare ai colleghi, ma innanzitutto al Ministro della sanità, che la legge di rilancio della Cassa per il Mezzogiorno prevede per l'amministrazione ordinaria (e l'amministrazione della sanità è una amministrazione ordinaria) che non meno del 40 per cento degli investimenti debbano essere attuati nel Mezzo-

giorno e nelle Isole. Ora, il Ministro potrà confermare o smentire le dichiarazioni del collega Poerio, ma io credo che egli abbia detto cose giuste.

**RIPAMONTI**, *ministro della sanità*. Il collega Poerio parte da un altro dato. Ha detto che al Nord sono state attuate il 72 per cento delle opere programmate, al Sud invece solo il 23 per cento.

**CROLLALANZA**. Sta di fatto che nel Mezzogiorno, per una serie di circostanze, di situazioni varie contingenti, praticamente è toccata finora una percentuale del 23 per cento delle realizzazioni concrete.

**RIPAMONTI**, *ministro della sanità*. Supponiamo, senatore Crollalanza, di avere 100 miliardi di lire da ripartire: 60 miliardi andrebbero al Nord e 40 al Sud d'Italia.

Di questi 40 miliardi, secondo il senatore Poerio, si sarebbero realizzate opere per il 27-28 per cento, mentre, con i 60 miliardi destinati al Nord, questa percentuale sarebbe del 72 per cento.

Pertanto, fermo restando il rapporto di ripartizione dei finanziamenti tra il Nord e il Sud d'Italia variano le percentuali di attuazione delle opere che nel Meridione — per un insieme di ragioni che tutti conosciamo — richiedono tempi notevolmente più lunghi che nel Settentrione.

**CROLLALANZA**. Se ho ben compreso, sarebbero le deficienze organizzative proprie del Mezzogiorno d'Italia a giustificare i ritardi nell'attuazione delle opere, ritardi che il Ministro dice non si possono attribuire a responsabilità di Governo.

Se così è, se questa è la riconosciuta situazione del Mezzogiorno è allora necessario che gli stanziamenti per opere ospedaliere siano notevolmente superiori al minimo del 40 per cento legislativamente previsto, perchè soltanto così potranno essere soddisfatte in un tempo ragionevolmente utile le tante carenze in questo settore.

Per quanto riguarda poi i Comitati regionali per la programmazione è certamente

auspicabile che essi, laddove esistono, funzionino tempestivamente, affinché il Ministero della sanità disponga, alla periferia, degli elementi più precisi e più idonei per caratterizzare i propri interventi.

In proposito, dirò che, se in Puglia fosse esistito un Comitato di questo genere, non si sarebbe forse verificato quello che io non esito a definire uno scandalo: la realizzazione del nuovo ospedale di Bari vicino all'aeroporto ed alla zona industriale della città!

Probabilmente, ripeto, funzionando un Comitato regionale per la programmazione quest'errore, per cui si sono spesi miliardi di lire, non si sarebbe verificato ed il nuovo ospedale, ubicato prima dei bombardamenti dell'ultima guerra nella città vecchia, non sarebbe stato costruito nel quartiere Ceppi a molti chilometri dal centro, in una zona mal servita, lasciando senza neanche un ambulatorio quello che è invece il cuore della città di Bari.

Per concludere, onorevole Ministro, mi associo alle sollecitazioni che sono state già fatte da altri colleghi affinché ella si voglia compenetrare della situazione particolarmente carente e deficitaria del Mezzogiorno in un settore importante e vitale come quello ospedaliero.

Il provvedimento in esame è certamente piccola cosa, è forse tutto ciò che si può fare in questo momento e proprio per questa considerazione, nonostante le molte perplessità fatte presenti, avrà anche la mia approvazione, poichè finanzia nuove realizzazioni non più differibili.

**CHIARIELLO**. Mi limiterò a brevi considerazioni perchè, in linea di massima, il mio Gruppo è favorevole a questo provvedimento che, comunque lo si giudichi, promuoverà una nuova incentivazione nel settore delle opere ospedaliere.

Certamente, l'impegno finanziario previsto è insufficiente, è minimo, ma se è vero che in questo momento non si può fare di più, cerchiamo almeno di mettere a buon frutto i mezzi di cui ora disponiamo.

Vi è però un problema particolare che desidero evidenziare: quello delle attrezzature ospedaliere cui anche il Ministro del-

la sanità ha fatto cenno dicendo che i fondi necessari potranno essere attinti da varie voci.

Sono d'accordo con il Ministro ma, purtroppo, l'esperienza ci ha dimostrato che, molte volte, si arriva ad ultimare un ospedale senza che i fondi per l'acquisto delle necessarie attrezzature siano stati reperiti.

Questo è stato il caso della tormentata vicenda del grande ospedale per le malattie infettive di Napoli, senz'altro il più bello d'Italia e tra i migliori d'Europa in questo campo, il quale dopo essere stato realizzato è rimasto chiuso per anni in attesa dei fondi per l'acquisto delle attrezzature. Alla fine, la Cassa per il Mezzogiorno ha provveduto ma, certamente, non si è trattato di una vicenda facile o di rapida soluzione.

Da parte di qualche collega si è detto che ogni qualvolta si parla di Comitati regionali per la programmazione noi sorridiamo; desidero chiarire che la nostra posizione non è certo di opposizione alla programmazione, soltanto riteniamo che non si possa attuare nulla di serio senza che prima se ne sia discusso in ogni particolare.

Pertanto, non è che noi non vogliamo la programmazione; non la vogliamo nella maniera in cui la si sta facendo!

Si è detto anche che nel Settentrione d'Italia questi Comitati funzionano bene, ma a Napoli, a quanto mi consta — e sarà forse un difetto regionale — quest'organismo si è riunito una volta sola e poi non se ne è più parlato!

**RIPAMONTI**, *ministro della sanità*. Proprio nei giorni scorsi, senatore Chiarriello, ho presieduto una riunione dei Presidenti dei Comitati per la programmazione ospedaliera del Centro e Nord-Italia (le Regioni andavano dalle Marche alle Venezie, comprese le Regioni a statuto speciale); abbiamo discusso per sei ore ed ho potuto constatare come questi Comitati possano diventare gli effettivi strumenti della programmazione in Italia.

Entro il mese riceverò i Presidenti dei Comitati del Centro e del Sud e sono certo che, nel settore, si stia lavorando seriamente.

**CHIARIELLO**. Abbiamo fiducia nelle qualità di realizzatore del ministro Ripamonti e ci auguriamo che, attraverso questi Comitati regionali, la programmazione possa dare i suoi frutti migliori.

Ancora una parola vorrei spendere per quanto riguarda la situazione ospedaliera nel Meridione; si tratta di una situazione gravissima, veramente tragica e torno a ripetere quanto ho avuto modo di dire in occasione della discussione del bilancio della Sanità: se nel Sud d'Italia non ci fossero le case di cura private, l'assistenza sanitaria sarebbe di gran lunga più carente, senza dire che, a parità di condizioni e di prestazioni, nelle cliniche private si pagano rette inferiori alla metà di quelle che si pagano negli ospedali pubblici.

**ARGIROFFI**. Questo può avvenire soltanto perchè pagate il personale come volete voi! Quanto pagate le infermiere?

**CHIARIELLO**. Le infermiere sono pagate in base agli accordi sindacali e tutte le case di cura private sono tenute all'osservanza di queste norme!

**ARGIROFFI**. Ma se il personale di queste cliniche non ha neanche diritto di avere la Commissione interna!

**CHIARIELLO**. Non è assolutamente vero! E non potete negare che l'assistenza, nelle case di cura private, sia migliore che negli ospedali pubblici, tanto è vero che anche i colleghi di parte comunista le frequentano!

Ma veniamo ai dati: a Napoli — secondo una statistica che risale a qualche anno fa — contro 9.000 posti-letto in ospedali pubblici, ve ne erano 7000 in ospedali privati!

Lasciamo comunque da parte questa polemica per dire invece che il problema dei posti-letto è così grave che tanti i privati che lo Stato si devono adoperare in ogni modo per aumentarli; le esigenze della popolazione in campo sanitario stanno continuamente crescendo, perchè la gente oggi preferisce curarsi in ospedale anzichè a

casa e, in questa situazione, la richiesta di nuovi posti-letto è continua e non ve ne sono mai abbastanza. Purtroppo, negli ospedali c'è una grave carenza di letti, provocata anche dalla facilità con cui gli ammalati si fanno ricoverare o vengono ricoverati.

Ora io vorrei dire, a questo punto, una parola in tema di programmazione: sarebbe opportuno che si facesse qualche ospedale di meno, ma che quelli che si fanno si facessero completi, perchè oggi, se un ammalato si reca in un ospedale sito in un piccolo comune, vi trova un medico condotto, ossia un medico generico; gli altri risiedono nel capoluogo di provincia e si fanno vedere una o due volte la settimana, e fanno qualche operazioncina.

Questo succede non soltanto nell'Italia meridionale. È inutile fare ospedali bene attrezzati e modernamente arredati se poi mancano gli uomini; e gli ammalati che risiedono in un piccolo centro, dove non sono in condizioni di essere curati, passano allora al centro più vicino, e anche lì succede la stessa cosa, per cui debbono andare a finire in un grosso centro.

Allora io dico che oggi non è più come una volta, quando da un paese sito a 700 metri di altitudine ci volevano ore per raggiungere un altro centro; adesso basta un quarto d'ora, mezz'ora al massimo.

È quindi questione di uomini, non è questione di attrezzature. Oggi si crede che, creando grandi apparecchi, si possa risolvere ogni problema sanitario; e invece il problema si risolve mettendo il personale all'altezza della situazione. E invece di far sorgere un nuovo ospedale a sei-sette chilometri di distanza da un altro buono già esistente, meglio è potenziare quest'ultimo e crearvi nuove divisioni: pediatria, laboratorio di analisi, pronto soccorso, chirurgia, eccetera.

A parte queste considerazioni, noi siamo favorevoli a questo disegno di legge.

**P I N T O** . Ottemperando all'invito del Presidente, cercherò di essere breve; però vorrei fare qualche osservazione. In linea di massima, credo che nessuno possa non essere d'accordo nell'approvare un disegno

di legge che consente di aumentare il numero dei posti-letto.

Si è molto discusso su tale argomento, ma io credo che noi non abbiamo la possibilità, in Italia, di stabilire qual è l'*optimum* dei posti-letto necessari. Non ha importanza che si tratti del Nord o del Sud; è vero che nel Sud ce ne sono di meno, ma anche nel Nord ce ne possono essere, a secondo delle zone di più o di meno.

Noi non avremo la possibilità di risolvere il problema fino a quando non stabiliremo quale funzione vogliamo dare all'ente ospedaliero nel quadro di un servizio sanitario nazionale.

Questa è un'esigenza importante perchè oggi noi, con questa legge, facciamo un passo avanti, cercando di creare altri ospedali, di creare altri posti-letto; però può darsi che ne facciamo molti come può darsi che ne facciamo pochi, in certi determinati settori.

Ora, se la legge n. 132 non fosse stata modificata, come fu modificata, e fosse rimasta nella sua originaria impostazione che dava all'ospedale un'articolazione più precisa, togliendo agli enti mutualistici gli ambulatori per trasformarli in ospedali, noi avremmo avuto oggi una configurazione più precisa dell'ospedale. Oggi noi non sappiamo se questi doppioni assolveranno al loro compito e fino a quando saranno in funzione o quanti ne saranno soppressi. Quindi non conosciamo, in effetti, il numero dei posti-letto necessari; ed io faccio appello alla sensibilità e alla buona volontà del Ministro perchè si dia una configurazione più organica all'intervento pubblico nel settore della sanità, perchè noi dobbiamo sapere di quanti posti-letto, di quanti ambulatori, di quanti presidi specialistici abbiamo bisogno.

Per quanto riguarda il disegno di legge all'esame, io ravviso già una manchevolezza nel titolo, perchè vi si parla di contributi per un servizio ospedaliero. Ma, onorevoli colleghi, non si può dare un contributo per un servizio ospedaliero, che è un servizio primario, perchè gli enti vorranno contrarre il mutuo e con questo contributo pagarsi gli interessi. Quindi, in effetti,

noi restiamo ancora ancorati alla concezione privatistica, in un certo senso, dell'assistenza ospedaliera, mentre dobbiamo superarla con la formazione di un fondo ospedaliero nazionale che sia amministrato solamente dal Ministero della sanità. Io non capisco perchè questo contributo lo debba dare il Ministero dei lavori pubblici e perchè debbano intervenire altri Ministeri. Il Ministero della sanità deve avere l'importante funzione di provvedere alla tutela della salute pubblica e vi deve provvedere autonomamente, con le indicazioni degli organi tecnici.

Quindi pregherei il signor Ministro, che in questo settore ha dimostrato tanta comprensione, di voler esaminare il problema sempre in un quadro globale, più completo, perchè solo in questo modo faremo veramente un passo avanti. Sì, onorevoli colleghi, noi creeremo diecimila posti-letto all'anno, però può darsi che ciò non avvenga in modo razionale, perchè i Comitati regionali per la programmazione purtroppo agiranno in base a criteri politici, a certe intromissioni, a certe pressioni, e avremo ospedali — come diceva il senatore Chiariello — a sei-sette chilometri l'uno dall'altro, invece di un unico ospedale là dove sarà necessario.

Per quanto riguarda le cliniche private, siamo d'accordo che a Napoli vi sono 7.000 posti-letto, però la persona fortemente traumatizzata non vi è accolta perchè c'è bisogno di trasfusioni di sangue e così via. Vi si fanno soltanto operazioni di ernia e di appendicite, perchè i degenti... non mangiano: li fanno stare digiuni prima e dopo l'operazione, e dopo sette giorni li dimettono.

L'ammalato vero deve andare in ospedale, perchè l'ospedale è un servizio e non può essere considerato una speculazione; invece in ogni organizzazione, privata c'è sempre un fondo speculativo. La salute pubblica è qualcosa di troppo importante per poterla affidare alla speculazione privata.

G U A N T I . Io ho visitato certi ospedali... Prima metteteli a posto e poi parlate male delle cliniche private!

A R G I R O F F I . Le condizioni delle cliniche private sono una conseguenza delle condizioni in cui si trovano gli ospedali pubblici. Non è possibile non capire queste cose!

Z E L I O L I L A N Z I N I . Non è vero che nelle case di cura si operano solo ernie o appendiciti: vi si fa anche dell'alta chirurgia e in esse operano i nostri medici e chirurghi più qualificati. Tanto è vero che i « vostri » ammalati si fanno ricoverare in queste case di cura!

P I N T O . Comunque io vorrei chiarire che è vero che vi sono anche delle cliniche private apprezzabili, però ce ne sono tante che si trovano a diversi chilometri dal più vicino centro e dove il chirurgo si reca soltanto una volta alla settimana e opera chi opera.

S'impone quindi un intervento pubblico per regolamentare finalmente questa situazione ospedaliera che purtroppo è rimasta carente dopo la legge n. 132, perchè questa legge non ha previsto un intervento diretto per una programmazione ospedaliera, e perciò oggi noi ci troviamo di fronte a questo provvedimento che dà un contributo e non prevede un intervento diretto.

Questo è il mio punto di vista e credo sia un punto di vista oggettivo, perchè la tutela della salute del cittadino è un servizio primario che non può essere affidato al privato, ma deve essere affidato alla collettività.

La stessa osservazione io faccio anche per il centro-studi che è previsto nel disegno di legge. Anche questo è, naturalmente, un principio apprezzabilissimo e lodevolissimo, perchè il Ministero della sanità deve avere a disposizione un organismo tecnico costituito da persone altamente qualificate, che possano indirizzarlo su quelli che sono i problemi di fondo riguardanti la salute del cittadino. Però anche in questo caso è auspicabile che finiscano tutti i frazionismi. Esiste infatti, ad esempio, un Ministero della ricerca scientifica il quale provvede a far svolgere le ricerche scientifiche a cliniche mediche universitarie. È chiaro che manca un coordinamento. Quei



fondi che sono concessi al Ministero per la ricerca scientifica devono, invece, essere assegnati direttamente al Ministero della sanità, che deve provvedere in proprio.

Concludo chiedendo scusa per aver suscitato un vespaio, cosa che non era nelle mie intenzioni, ribadendo però il principio che la tutela della salute pubblica deve essere affidata ai poteri pubblici, non ai privati.

**A L B A N E S E**. Ho notato che gli interventi degli onorevoli colleghi avevano un particolare accento dialettale. Non a caso faccio quest'osservazione. Ho sentito delle cadenze pugliesi, napoletane, calabresi, siciliane. Penso che alla base di questi interventi vi siano dei motivi di fondo che hanno indotto gli onorevoli colleghi ad intervenire nell'odierno dibattito. Noi parlamentari dell'Italia meridionale abbiamo sempre il dovere di fare presenti le condizioni di arretratezza e di svantaggio in cui le nostre zone si trovano rispetto a quelle del Nord.

Il collega Crollalanza diceva che almeno il 40 per cento degli stanziamenti deve essere attribuito all'Italia meridionale, ma secondo me anche questo è insufficiente: non solo non permetterà di raggiungere i livelli dell'Italia del Nord, ma anzi porterà ad accrescere la distanza esistente fra Nord e Sud.

La legge che stiamo esaminando è importante, ma io la definirei una leggina, non una legge vera e propria, perchè lascia immutati i problemi di fondo. Negli interventi che ho avuto l'onore di fare a nome del mio Gruppo in Aula ho definito l'attuale bilancio un bilancio balneare. Io mi auguro che il Ministro della sanità appronti per il nuovo anno finanziario un bilancio che non sia un bilancio balneare, cioè statico, ma che realmente si proietti nell'avvenire e cerchi di risolvere i problemi che attanagliano l'Italia meridionale.

Vorrei ancora aggiungere che, se non si dovessero varare nuove leggi che servano a risolvere questi problemi, veramente angosciosi e pesanti, della società meridionale, la legge Tupini 3 agosto 1949, n. 589, tanto provvida da un punto di vista teorico, con-

tinuerà a restare praticamente inapplicabile, poichè i bilanci dei comuni meridionali sono tutti deficitari.

Sul provvedimento in esame, in complesso, il Gruppo socialista, dato che non si può fare una legge migliore per il momento, esprime parere favorevole, nella speranza però che qualcosa di più e di meglio si possa realizzare ben presto. Tuttavia vorrei esprimere, a titolo personale, una certa perplessità per quanto riguarda l'articolo 6 del disegno di legge, che lascia alla discrezionalità del Ministro della sanità la possibilità di affidare con apposite convenzioni l'esecuzione di particolari indagini o studi ad istituti universitari, ad enti pubblici oppure a società ed associazioni non riconosciute.

**R I P A M O N T I**, *ministro della sanità*. L'articolo 6 ripete una norma già contenuta in altre leggi che riflettono l'attività del Ministero del bilancio.

**A L B A N E S E**. Concludo raccomandando all'onorevole Ministro della sanità di considerare con particolare attenzione i problemi che interessano la Nazione dal punto di vista dell'assistenza e della sicurezza sociale, che deve essere il fine ultimo a cui debbono tendere tutti gli sforzi. E nel manifestare il nostro consenso, benchè non entusiastico, a questo provvedimento, auspico che il Ministro voglia guardare con benevolenza del tutto speciale al profondo Sud.

**D A L C A N T O N M A R I A P I A**. Poichè il collega Albanese ha rivolto raccomandazioni al Ministro, vorrei far presente all'onorevole Ripamonti l'opportunità di studiare per l'Italia meridionale un parametro tra personale assistito, cioè degente, e personale che assiste. Nei vari Comitati per la programmazione ospedaliera bisognerebbe considerare esattamente il problema della qualificazione, perchè a volte negli ospedali c'è del personale non qualificato, che costa enormemente e contribuisce a creare dei *deficit*. Mi pare che questo sia un problema di particolare importanza.

7<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> COMMISSIONI RIUNITE1<sup>a</sup> SEDUTA (11 giugno 1969)

DE LEONI. L'articolo 6, secondo il mio modestissimo parere, andrebbe soppresso. La Direzione generale degli ospedali dovrebbe conoscere le necessità ospedaliere di tutta Italia attraverso i medici provinciali e quindi essere in grado di indicare dove mancano gli ospedali ed è opportuno istituirli. Si è creata appositamente una Direzione generale degli ospedali perchè curasse la parte giuridica e la parte tecnica riguardanti il settore: se questa Direzione non è in grado di dire, per esempio, che a Palermo e a Frosinone mancano gli ospedali, allora a che cosa serve? Il Ministero della sanità dovrebbe essere in condizioni di avere la statistica completa di dove c'è bisogno di ospedali.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Senatore De Leoni, io spero di portare avanti la politica sanitaria, al livello del Ministero della sanità, e mi auguro che tra breve si possa disporre presso i nostri uffici di attrezzature meccanografiche tali da poter ottenere tutte le risposte che ci interessano. Oggi come oggi questo non si verifica.

PICCOLO, *relatore*. Dato che la legge trova l'approvazione di tutti i settori, io non ho niente da aggiungere. Vorrei soltanto ribadire un concetto cui ho accennato nella relazione, proponendo, anche a nome dei colleghi Lombardi, De Leoni, Colella, Indelli e Picardo, il seguente ordine del giorno:

« Le Commissioni 7<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> del Senato, udita la discussione relativa all'approvazione del disegno di legge n. 634, avente ad oggetto la concessione di contributi per opere ospedaliere per gli anni finanziari 1969-1970, istituzione di un centro-studi presso il Ministero della sanità e finanziamento dei Comitati per la programmazione ospedaliera;

considerata la preoccupante e drammatica situazione in cui versano, anche nel settore dell'assistenza ospedaliera, le regioni del Mezzogiorno;

approvano il disegno di legge n. 634 ed invitano i Ministri dei lavori pubblici e della sanità a rivolgere particolare attenzione

ai pressanti bisogni del Mezzogiorno nella utilizzazione dei fondi e nell'impostazione programmatica delle opere ospedaliere, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo ».

ARGIROFFI. A nome del Gruppo comunista e di quello del PSIUP presento il seguente ordine del giorno:

« Le Commissioni 7<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> del Senato, nell'approvare il disegno di legge n. 634 per la concessione di contributi per opere ospedaliere per gli anni finanziari 1969-70, per l'istituzione di un centro-studi presso il Ministero della sanità e il finanziamento dei Comitati per la programmazione ospedaliera,

invitano il Governo ad attuare le condizioni perchè possa essere superato con la massima urgenza il sistema delle incentivazioni per finanziare opere sanitarie, giungendo al più presto alla formulazione definitiva del Piano nazionale ospedaliero che dovrà essere finanziato con l'adeguato incremento del Fondo nazionale ospedaliero ».

LO GIUDICE, *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. La discussione ha investito i problemi attinenti alla politica sanitaria, su cui con molta autorità risponderà il Ministro della sanità. Io dirò qualcosa per quanto riguarda la competenza del Dicastero che ho l'onore di rappresentare. Com'è noto, il precedente disegno di legge d'iniziativa governativa in sostanza prevedeva soltanto un finanziamento per l'anno 1969. Successivamente la Commissione competente della Camera dei deputati, d'intesa con la Commissione sanità dello stesso ramo del Parlamento e in collaborazione con il Governo, ha esteso il finanziamento all'anno 1970 con altri tre miliardi ed ha inserito tutta una parte nuova che prima non era prevista.

Pertanto, nel ribadire questo carattere del provvedimento — che per una parte è solo provvedimento di finanziamento e per altra parte è innovativo — desidero aggiungere che per quanto riguarda la prima parte, quella del finanziamento, non risponde a verità quanto qui è stato asserito: che

non si procede secondo un programma organico.

Ricordo, onorevoli senatori, che il finanziamento di cui ai primi quattro articoli del disegno di legge dovrà servire a mandare avanti il programma già previsto ed approvato dai competenti organismi ministeriali; in proposito, ritengo utile fornirvi qualche dato per dimostrarvi come ogni intervento venga predisposto ed attuato secondo un piano organico.

I decreti interministeriali che riguardano il quinquennio sono del 10 novembre 1965, del 18 luglio 1966, del 28 dicembre 1966, del 16 marzo 1968, del 25 marzo 1968 e dell'8 ottobre 1968 e prevedono l'esecuzione di opere per l'ammontare di 645.931.000.000 di lire e la creazione di 82.000 nuovi posti letto.

Questa spesa complessiva si articola a sua volta in tre sottogruppi in ragione di lire 452 miliardi per ospedali, di lire 126 miliardi 590 milioni per gli ospedali psichiatrici e di 26 miliardi di lire per le cliniche universitarie, policlinici e ospedali clinicizzati.

Poichè, ripeto, si tratta di opere che fanno parte di un programma già approvato vediamo ora quale è lo stato delle singole realizzazioni per chiarire come le presenti norme si inseriscano perfettamente in questo piano.

Per quanto riguarda la previsione di spesa di 645 miliardi la situazione è la seguente: la Cassa per il Mezzogiorno, a suo totale carico, ha già finanziato opere per 41 miliardi 325 milioni; in base alla legge numero 574, nonché a quella n. 82, alle disponibilità del bilancio ordinario dal 1965 al 1968 ed alle leggi speciali sono state finanziate opere per 297 miliardi per un totale di 338 miliardi circa. Se a questa cifra si aggiunge il contributo alle cliniche universitarie per 26 miliardi di lire si arriva ad un totale che, detratto dalla previsione di spesa di lire 645 miliardi, ci dimostra che vi è ancora necessità di uno stanziamento di 282 miliardi circa.

Riassumendo la situazione è dunque questa: la previsione organica di spesa, in quanto già stabilita dai decreti interministeriali,

è di 645 miliardi di lire; gli impegni per la realizzazione delle opere in base alla disponibilità della Cassa per il Mezzogiorno, il bilancio ordinario e le leggi speciali ammontano a lire 360 miliardi circa; l'ulteriore fabbisogno di spesa è di 282 miliardi di lire.

Il presente provvedimento, pertanto, si inserisce perfettamente nella realizzazione di questo programma ed anche se è stato possibile stanziare soltanto 140 miliardi, è pur vero — e questo desidero ribadirlo con chiarezza — che tale finanziamento si inquadra organicamente nei progetti già approvati; vi assicuro, onorevoli senatori, che non ci si muove alla cieca.

Scendendo ad un esame più dettagliato riguardante le realizzazioni sul piano regionale, desidero domandare al senatore Poerio dove abbia preso i dati cui ha fatto riferimento nel suo intervento...

P O E R I O . Li ho ricavati dai dati messi a disposizione dal Ministero della sanità, mentre era Ministro il democratico cristiano onorevole Zelioli Lanzini.

L O G I U D I C E , *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. Ritengo comunque opportuno fare qualche precisazione dando lettura di alcuni dati risultati al 1° marzo 1969 — quindi abbastanza recenti — e riferendomi a regioni del Settentrione, del Centro e del Meridione d'Italia.

Inizio dalla Lombardia per la quale si prevedono, nell'ambito del programma per la realizzazione degli ospedali generali, degli ospedali psichiatrici, cliniche universitarie, policlinici, ospedali clinicizzati, i seguenti totali: costo delle opere 43 miliardi 273 milioni, importo a contributo 21 miliardi 18 milioni, progetti approvati 8 miliardi 447 milioni, mutui concessi 8 miliardi 229 milioni.

Mi pare interessante mettere a confronto queste cifre con quelle relative al Veneto: costo delle opere 52 miliardi 529 milioni, importo a contributo 14 miliardi 918 milioni, progetti approvati 10 miliardi 716 milioni, mutui concessi 7 miliardi 787 milioni.

7<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> COMMISSIONI RIUNITE1<sup>a</sup> SEDUTA (11 giugno 1969)

Porto ora l'esempio di una regione del Centro-Italia: il Lazio. Costo delle opere 65 miliardi 733 milioni, importo a contributo 39 miliardi 653 milioni, progetti approvati 14 miliardi 979 milioni, mutui concessi 20 miliardi 931 milioni.

Campania: costo delle opere 42 miliardi 576 milioni, importo a contributo 31 miliardi 616 milioni, progetti approvati 7 miliardi 901 milioni, mutui concessi 15 miliardi 100 milioni.

Sicilia: prima di fornire alla Commissione i dati relativi a questa regione vorrei dire al senatore Picardo che non è vero che le leggi precedenti non hanno funzionato e che neanche il presente disegno di legge funzionerà in Sicilia!

P I C A R D O . Posso essere d'accordo con lei per quanto riguarda il passato, ma sono invece certo che questo provvedimento che stiamo per approvare non troverà pratica attuazione in Sicilia.

L O G I U D I C E , *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. Ripeto che questo disegno di legge, per quanto riguarda i suoi primi quattro articoli, non è altro che un finanziamento apportato alle due leggi precedenti, finanziamento che prevede anche nuovi miglioramenti strutturali.

Orbene, poichè le due leggi precedenti hanno funzionato e sono state applicate bene anche in Sicilia — ed ha funzionato bene anche la legge n. 589, lo dico con cognizione di causa — è evidente che anche il presente disegno di legge non mancherà di funzionare in Sicilia.

Per quanto riguarda la Sicilia voglio darvi questi dati: si prevedono importanti opere pubbliche per lire 55 miliardi 803 milioni, di cui lire 34 miliardi 854 milioni a contributo; lire 9 miliardi di progetti già approvati; lire 19 miliardi 168 milioni per mutui già concessi, e così via.

P O E R I O . Come avviene il finanziamento delle opere? Lei è diventato un tecnico del Ministero dei lavori pubblici, io ho fatto l'amministratore di un modesto comune: si stanziava sui progetti, poi ci vo-

gliono una cinquantina di visti per i quali trascorreranno trenta giorni. Lo ha detto il ministro Mancini lamentandosi dei ritardi nello stanziamento dei 1526 miliardi di lire da parte dei Lavori pubblici.

L O G I U D I C E , *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. Lei ha tutto il diritto di fare la polemica, ma non di fare lunghe introduzioni. Comunque io lascio qui i dati a disposizione della Commissione e lei farà tutti i calcoli che vuole.

P O E R I O . Io desidero sentire quel che ne dice il Ministro della sanità, la cui serietà ben conosco.

L O G I U D I C E , *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. Non contesto la validità dei suoi calcoli, anche perchè il calcolo percentuale io non l'ho fatto. Se non può essere accolto il criterio trionfalistico che si dice qualcuno abbia usato, non mi pare neanche giusto che sia accolto un altro criterio che tende a svalutare quanto si fa.

C H I A R I E L L O . Lei ha messo in dubbio i dati del senatore Poerio.

L O G I U D I C E , *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. Io le metto i dati a disposizione e lei se li elabora.

C H I A R I E L L O . Se ce li mette a disposizione li contesteremo meglio.

L O G I U D I C E , *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. Ripeto, io non ho fatto il calcolo percentuale; però ho il dovere di dirvi come stanno le cose.

Concludo con un ultimo riferimento, che è questo: la legge che stiamo per approvare, almeno per la parte che riguarda il Ministero dei lavori pubblici, è indubbiamente migliorativa, perchè si sforza di rendere più efficace e funzionale l'attuale normativa che indubbiamente non è un modello di speditezza. Ricordiamoci che in Parlamento abbiamo approvato delle leggi, come per esempio quella per l'edilizia scolastica, che,

per voler essere molto precisa, per voler prevedere tutta una serie di comitati, di sottocomitati, pareri e contropareri, finisce per essere una legge di assai lenta realizzazione. Questo provvedimento al nostro esame indubbiamente modifica e migliora le leggi finora emanate, e in questo senso rappresenta un passo avanti.

A proposito di questo disegno di legge è stata sollevata una vecchia questione sulla quale non posso esprimere un giudizio autorevole, perchè il problema interessa l'intero Governo e il Parlamento, vale a dire: l'ospedale deve farlo il Ministero dei lavori pubblici, quello della sanità, o quello della pubblica istruzione? Nell'esprimere un parere del Dicastero che ho l'onore di rappresentare, io penso che, per quanto riguarda i programmi, si debba necessariamente procedere in perfetta intesa con tutti i Dicasteri interessati; per quanto riguarda l'esecuzione tecnica dei programmi, per tutta una serie di ragioni che non starò qui ad elencare, ma che saranno più valide quando andremo a decentrare le attribuzioni dei Ministeri, credo che bisognerebbe compiere uno sforzo di unificazione organica che faccia capo al Ministero dei lavori pubblici, che dovrebbe diventare uno strumento tecnico qualificato al massimo. Io, pur confermando che ci troviamo di fronte ad un problema che investe il settore ospedaliero, ribadisco l'opinione del Ministro e mia personale che l'organo che deve procedere alla creazione di queste opere deve essere il Ministero dei lavori pubblici, così come per l'edilizia scolastica, per l'edilizia abitativa, per i porti e così via.

Detto questo, non posso che esprimere la soddisfazione più viva per questo disegno di legge che, pur essendo oggetto di qualche perplessità o critica, raccoglie il consenso unanime di tutta la Commissione.

P I C A R D O . Onorevole sottosegretario, lei ha detto che sostanzialmente si lavora su programmi già elaborati, su cui si sono avuti dei finanziamenti, per cui, praticamente, questo disegno di legge serve a finanziare ulteriormente i programmi stessi.

L O G I U D I C E , *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. Ho detto: « tra l'altro »...

P I C A R D O . Però, se non ho capito male questo chiarimento, lei ha detto che queste somme sono insufficienti per completare i programmi. E allora io chiedo al Ministro della sanità: quali ulteriori realizzazioni potranno effettuarsi da parte del suo Dicastero, se sono valide le dichiarazioni testè fatte dal rappresentante del Ministero dei lavori pubblici?

Su questo desidero chiarimenti e su questo giustifico quelle perplessità che avevo manifestato in riferimento ai problemi siciliani.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Onorevoli colleghi, il dibattito su quella che è stata definita una « leggina » è stato estremamente ampio. Se dovessi replicare a tutti i colleghi intervenuti, che ringrazio per la passione e l'apporto da essi recato, dovremmo trattenerci in questa sede per un certo spazio di tempo; ritengo però che gran parte delle domande poste abbia già avuto una risposta nel corso della discussione sullo stato di previsione della spesa del Dicastero della sanità per il 1969 e mi limiterò, quindi, ad alcuni chiarimenti e ad alcune considerazioni.

Il disegno di legge in esame si inquadra, per le stesse modalità di intervento nel settore ospedaliero in una fase transitoria che dovrebbe concludersi entro il 1969, e, con le modifiche suggerite dal Governo, in sede di parere alla Commissione sanità della Camera dei deputati, è stato poi approvato alla unanimità dalla Commissione lavori pubblici. Il disegno di legge è finalizzato ad assicurare l'entità di investimento indicato dal programma quinquennale, per il biennio 1969-1970.

Si viene così a verificare la coincidenza tra la previsione di investimento nell'edilizia ospedaliera prospettata dal programma quinquennale e la effettiva programmazione degli interventi nel settore incentivato dal contributo erariale, in annualità costanti per 35 anni.

Una situazione analoga non si verifica nella politica dei consumi nel settore sanitario, dove si evidenzia una errata valutazione nella destinazione delle risorse: i consumi superano largamente le previsioni.

Il provvedimento in esame riguarda pertanto il periodo transitorio e ripete le modalità di finanziamento delle leggi precedenti. Si chiude con questa legge, senatore Poerio, il sistema dell'incentivazione degli investimenti, perchè col quinquennio 1971-75 dovremo rifarci all'articolo 26 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, che prevede una programmazione organica, articolata per settori, ed attuata con leggi specifiche di finanziamento.

L'articolo 26 dispone che la copertura della spesa non avvenga attraverso la contribuzione: esso prevede una ripartizione quantitativa e qualitativa degli investimenti e le modalità di finanziamento a carico dello Stato e delle singole regioni.

Nell'affrontare la discussione in sede di Governo con il Ministro del tesoro, si è avanzata l'ipotesi di passare dal metodo dell'assegnazione di contributi al metodo della concessione di mutui agevolati.

Il mancato automatismo tra concessione del contributo e concessione del mutuo è uno degli elementi che determina il ritardo degli investimenti. I tempi necessari per il conseguimento del finanziamento sono superiori, talvolta, ai tempi tecnici di progettazione delle opere. Ora questi ultimi non si possono comprimere oltre certi limiti, se si intende qualificare le strutture ospedaliere. Poichè i tempi di finanziamento sono più lunghi dei tempi tecnici, si diluisce nel tempo la realizzazione dei programmi, e gli indici relativi allo stato di realizzazione dei programmi denunciano questo fenomeno di isteresi tra azione programmatoria e capacità operativa del sistema. Si deve arrivare alla saldatura tra la programmazione degli interventi ed operatività vera e propria dei programmi. Questo risultato verrà conseguito con la formazione del piano quinquennale del settore sanitario, che porrà gli enti ospedalieri in grado di conoscere modi e tempi di attuazione delle opere programmate mediante la previsione degli stanziamenti per l'arco quin-

quennale determinata dalla legge di programma ospedaliero. Nel campo ospedaliero vi sono già esempi di programmazione biennale impostata in questi ultimi tempi; si tratta, quindi, di passare da un programma annuale o biennale a quello quinquennale.

Con questo provvedimento si completa il programma di intervento per il primo quinquennio (1966-1970). La differenza tra l'impostazione del disegno di legge iniziale presentato dal ministro Natali e il testo in esame consiste appunto nella previsione delle concessioni di contributo per un biennio.

Inoltre si è riconfermata la formazione del programma degli interventi di concerto tra il Ministro dei lavori pubblici e il Ministro della sanità.

Nel disegno di legge iniziale si era, purtroppo, ignorata una precisa norma della legge n. 132 che dispone la programmazione della distribuzione delle strutture sul territorio fatta di concerto tra il Ministro dei lavori pubblici e quello della sanità. In dieci anni di attività parlamentare nella Commissione lavori pubblici della Camera dei deputati ho sempre sostenuto che la formazione del piano della scuola è di competenza del Ministero della pubblica istruzione, così come la pianificazione del sistema degli aeroporti del Ministero dei trasporti e dell'aviazione civile e la pianificazione delle strutture sanitarie rientra nelle competenze del Ministero della sanità, mentre l'attuazione dei programmi secondo le modalità previste dai piani deve essere affidata ad un unico Ministero, il Ministero dei lavori pubblici, nelle cui competenze rientra il controllo della progettazione e dell'esecuzione delle scuole, degli aeroporti e degli ospedali. Non si tratta tanto di una rivendicazione di competenza quanto dell'esigenza di assicurare la gestione di una politica sanitaria globale, che richiede che il piano venga elaborato da chi deve assumersi nel Governo e di fronte al Parlamento la responsabilità della politica sanitaria.

Il concerto tra il Ministero della sanità e quello dei lavori pubblici significa, a mio avviso, che la ripartizione territoriale degli investimenti viene effettuata dal Ministero della sanità con il contributo tecnico del Mi-

nistero dei lavori pubblici, ai fini della successiva attuazione delle opere stesse e della definizione delle funzioni.

La concessione definitiva dei contributi e il controllo delle progettazioni e delle esecuzioni rientra nelle competenze specifiche del Ministero dei lavori pubblici. Sono grato al senatore Poerio che ha ricordato come nell'ambito della Commissione dei lavori pubblici, nell'ultima legislatura, si sia insistito sull'esigenza di portare avanti il processo di programmazione non solo con il decentramento burocratico, qual è quello scaturito da leggi congiunturali, con l'aumento cioè delle competenze degli organi periferici dei Ministeri, bensì con il decentramento di poteri effettivi alle nuove realtà autonomistiche alla scala regionale. In attesa della formazione delle Regioni, che caratterizzeranno l'azione programmatoria a regime, in questo disegno di legge si fa riferimento alle proposte dei Comitati regionali per la programmazione ospedaliera e delle Regioni a statuto speciale, per la formazione del programma biennale.

Il problema, quindi, scaturirà dalle indicazioni che i Comitati regionali offriranno entro sessanta giorni al Ministero della sanità e al Ministero dei lavori pubblici. Si provvederà così alla formazione di piani transitori regionali in materia di strutture ospedaliere e, quindi, del piano transitorio nazionale. Lunedì scorso i presidenti dei Comitati regionali della programmazione ospedaliera del Centro-Nord riuniti a Milano hanno assunto l'impegno di formare in 60 giorni un piano di prima approssimazione. Poichè la pianificazione è un fatto dinamico, non statico, si deve procedere necessariamente per successive approssimazioni. Io penso che in sessanta giorni si possa arrivare a formare dei piani transitori in materia di localizzazione ospedaliera. Tale lavoro non si baserà esclusivamente sui criteri di priorità nella destinazione delle strutture, bensì sull'esigenza di affrontare la politica sanitaria in maniera globale. Come ogni iniziativa nuova non darà un risultato perfetto al cento per cento, ma certamente rappresenterà già un passo avanti rispetto ad una visione puramente campanilistica o particolaristica

della localizzazione delle strutture ospedaliere. Anche nel Centro-Sud vi sono possibilità di dialogo con i responsabili della politica regionale, con le Regioni a statuto speciale quale la Sicilia e la Sardegna e con gli esponenti delle province interessate, laddove i Comitati regionali non fossero in grado di dare rapidamente delle indicazioni nell'utilizzazione di questi fondi.

Si è affermato il principio della priorità dei completamenti. Dobbiamo passare da un programma di ospedali incompiuti ad un programma di ospedali compiuti, poichè il sistema di finanziamento per lotti funzionali ha portato a non completare razionalmente le strutture ospedaliere. Il sistema della individuazione dei lotti funzionali si ricollegava ad una programmazione annuale, mentre può solo assumere un significato preciso nel quadro di una programmazione quinquennale che garantisca il completamento dell'opera, attuandolo per lotti funzionali.

Ritengo, quindi, che la legge di programma ospedaliero prevista nell'articolo 26 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, eviterà la dispersione delle iniziative e stabilirà i tempi di attuazione delle opere. La legge n. 132 presenta un'altra caratteristica fondamentale — e mi rifaccio all'intervento del senatore Picardo —: non si tratta qui solo di localizzare le strutture edilizie ospedaliere, bensì di localizzare le loro funzioni.

Il salto tra la vecchia e la nuova legge non è rappresentato dal passaggio dalla classificazione di ospedali di terza categoria ad ospedali di zona, di seconda categoria ad ospedali provinciali e di prima categoria ad ospedali regionali; una simile interpretazione significherebbe veramente portare avanti la riforma in modo formale; il salto qualitativo consiste nel fatto che le funzioni ed i servizi vengono distribuiti sul territorio mediante il piano e l'organizzazione sanitaria viene via via adeguata a livelli ottimali.

Mentre si prospettano notevoli difficoltà nella classifica e nella formazione degli enti ospedalieri, si deve rilevare che solo il piano renderà definitiva la nuova struttura...

P I C A R D O . Perchè dove non c'è la Regione c'è l'ente ospedaliero e dove c'è la

Regione, come per esempio in Sicilia, non c'è l'ente ospedaliero nè viene attuata la legge n. 132? Lei ha parlato di responsabilità politica del Governo regionale, ma è proprio questo che mi preoccupa!

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Il piano eviterà gli squilibri esistenti nella distribuzione delle strutture sanitarie. Certo, portare avanti il processo di pianificazione non sarà facile: occorrerà una forte volontà politica e mi auguro che la Regione siciliana esprima questa volontà.

Il senatore Pinto ha affermato che sarebbe opportuno l'assorbimento dei poliambulatori nell'ambito della struttura ospedaliera, dove esista. Debbo dire che la Regione Trentino-Alto Adige ha preparato uno schema di disegno di legge con il quale, accogliendo l'indicazione offerta dal Ministero della sanità in un convegno tenuto a Milano, le strutture poliambulatoriali passano agli ospedali. Questo fatto ha suscitato un ampio dibattito nell'opinione pubblica, comunque i risultati elettorali confermano che gli oppositori non hanno inciso sulla decisione degli elettori e questo è un fatto positivo. Si era ritenuto, alla vigilia della battaglia elettorale, che questa polemica avrebbe inciso sui risultati elettorali: « Questa nuova riforma farà perdere voti ai partiti di Governo! ». Ebbene, questo è uno dei modi noti per rinviare le riforme: si è avuta invece la dimostrazione che in materia sanitaria vi è un'ampia sensibilità popolare per la riforma delle attuali strutture.

Il decentramento delle competenze, l'affidare ai comuni, ai comprensori, alle province, alle regioni la politica sanitaria rappresenta un modo di far partecipare le popolazioni locali alla gestione della politica sanitaria ed è lungo questa strada che sarà possibile realizzare il servizio sanitario nazionale. Programmare vuol dire prevedere modi e tempi di attuazione della decisione politica e comporta il rispetto delle modalità e dei tempi per conseguire l'obiettivo prefissato; la stessa gradualità di attuazione va vista in un disegno globale. Non è questa la sede per ripetere le dichiarazioni rese in sede di

esame del bilancio ma potrei ampliare questo discorso in sede di Commissione 11<sup>a</sup>.

Poichè si è parlato di superare gli squilibri esistenti, devo confermare che proprio la politica di piano determina un processo di unificazione. Il processo di pianificazione comporta l'unificazione morale ed economica del Paese; quindi crea una nuova civiltà determinando l'effettiva unificazione nazionale. Partendo da questo punto di vista di unificazione effettiva del Paese, allora consegue che la attribuzione del 40 per cento degli investimenti al Centro-Sud rappresenta « un minimo », secondo quanto hanno affermato altri colleghi. Soprattutto questo processo di unificazione si deve mettere in risalto nel piano nazionale transitorio e non solo nei piani regionali. È per questo che assumo l'impegno di adeguare, d'intesa con il Ministero dei lavori pubblici, gli stanziamenti per quelle aree che sono estremamente carenti di strutture ospedaliere. Certo il rapporto fra posti-letto privati e posti-letto pubblici è assai più alto nel Centro-Sud rispetto al Centro-Nord, ma non vorrei, onorevoli senatori, che proprio l'esistenza di legittimi interessi collegati alla continuità di utilizzo di questi posti-letto privati determini il ritardo dell'esercizio delle strutture ospedaliere ultimate e della realizzazione di nuovi ospedali, per i quali lo Stato ha garantito il contributo, senatore Indelli, anche per finanziare tutte le attrezzature. Quindi, non vi sarebbe, in questo caso, carenza di interventi da parte dello Stato, ma eventualmente scarsa volontà politica di attuare completamente il nuovo presidio sanitario pubblico, che indubbiamente si pone per la perfezione delle strutture edilizie, per le attrezzature tecniche, decisamente a livello qualitativo più elevato delle case di cura private, esistenti nella medesima area.

Devo rivolgere un sentito ringraziamento al collega senatore Lo Giudice per le sue dichiarazioni. Esiste un programma della dimensione indicata: si è prevista la realizzazione di opere per circa 650 miliardi di lire. Per completare questo programma abbiamo calcolato che occorreranno 300 miliardi, considerato l'incremento dei costi. Quindi esiste in ipotesi una struttura ospedaliera che sta



per essere realizzata per un costo complessivo di 650 miliardi, ma basata su lotti funzionali che talvolta sono insignificanti e prevedono come funzionali ospedali con un numero esiguo di posti-letto. Vi sono strutture ospedaliere programmate per 4 miliardi e mezzo e finanziate per 450 milioni. Alle indicazioni dei Comitati regionali si deve aggiungere la considerazione che bisogna completare le strutture in corso, che trovano riconosciuta la loro esigenza nel piano, e che non devono essere ulteriormente ritardate. Si dovrà quindi dare priorità ai completamenti ed all'avvio di nuove costruzioni solo nelle aree in cui vi è carenza assoluta di posti-letto. Si dovrà soprattutto tener conto degli elementi qualitativi oltre che quantitativi. Il centro-studi ha appunto questa funzione, senatore De Leoni. Quando si afferma che le direzioni generali devono provvedere, si deve considerare che le direzioni generali stesse non hanno organi di studio ed hanno, soprattutto, funzioni esecutive.

La Commissione affari costituzionali della Camera ha rilevato l'opportunità della costituzione del centro-studi e lo ha definito « organo di collaborazione del Ministro »: non un organo di amministrazione attiva, quindi, nè un organo consultivo dello Stato. Il testo dell'articolo 6 ripete norme di legge già in vigore nella Repubblica. Si tratta di creare una struttura che serva anzitutto ad accertare la realtà delle strutture sanitarie del Paese, ad individuare i nuovi livelli qualitativi di queste strutture, ad offrire attraverso le indagini affidate a centri di ricerca ed ai Comitati regionali, elementi per la formazione dei programmi regionali. Quindi, il centro-studi è, sì, organo di consulenza del Ministro della sanità, ma per la programmazione sanitaria, non solo ospedaliera, a livello regionale e a livello nazionale.

Questa attività del centro-studi non inciderà sulle funzioni del Ministero della ricerca scientifica, perchè non ha compiti di ricerca scientifica, ma si avvarrà dei risultati delle ricerche scientifiche ed applicate e potrà finalmente utilizzare i risultati delle ricerche, dei convegni di studio ad alto livello, di gruppi di studio opportunamente

organizzati per avviare il piano di programmazione del settore sanitario nell'ambito del programma di sviluppo economico-nazionale.

Quindi, ritengo che sia un fatto positivo — e mi avvio a concludere — la formazione di questo centro-studi, soprattutto se riusciremo a costituire la « banca dei dati ». Proprio ieri ho presieduto una lunga riunione della Commissione interministeriale che presiede all'impianto meccanografico: abbiamo visto nuovi impianti di lavoro. Sarò lieto se i Presidenti delle Commissioni parlamentari vorranno un giorno fare in modo che i rappresentanti delle Commissioni sanità e lavori pubblici siano ospitati dal Ministero e possano prendere visione del livello cui siamo arrivati in questo settore.

Senatore De Leoni, non è lontano il giorno in cui, attraverso i terminali, ciascun direttore generale sarà collegato direttamente con il centro meccanografico e potrà avere i dati necessari per svolgere proficuamente il suo compito. Questo è il frutto del lavoro del Ministero, dei funzionari ed in particolare del dottor Cipolla che dirige quel servizio.

Il centro-studi intensificherà questa opera di organizzazione in collegamento anche con i medici provinciali oltre che con i presidenti dei Comitati regionali, in modo da aumentare la produttività e la rispondenza del Ministero alle attese delle popolazioni. Se vogliamo arrivare al servizio sanitario nazionale, dobbiamo arrivare ad un sistema di centri di elaborazione e il centro-studi dovrebbe essere il cervello umano del cervello elettronico. E questa la volontà che si esprime nel disegno di legge in esame che ha trovato l'unanimità delle forze politiche alla Camera dei deputati.

Gli emendamenti sono stati presentati alla Commissione lavori pubblici della Camera e sono stati approvati da tutte le forze politiche presenti nella Commissione stessa. Io sono grato agli onorevoli senatori per il contributo che hanno dato per mettere in movimento il processo di adeguamento del Ministero della sanità alle responsabilità che ha nei confronti della comunità nazionale.

Inoltre, a conclusione, debbo dire al senatore Argiroffi che soltanto il piano transitorio ci permetterà di controllare l'attività de-

gli enti ospedalieri. Ad esempio, nella provincia di Milano sono stati programmati investimenti per oltre 75 miliardi, a quanto mi risulta, e si è fin qui ottenuto il contributo dello Stato per poco più di nove miliardi.

**LO GIUDICE**, *sottosegretario di Stato per i lavori pubblici*. Noi, però, facciamo riferimento soltanto a quanto ci dice il Ministero.

**RIPAMONTI**, *ministro della sanità*. Tra gli investimenti previsti ed ammessi a contributo e i programmi in corso si verifica una differenza notevole; le iniziative degli enti possono essere controllate solo attraverso il piano, in quanto il piano stesso potrebbe impedire talune iniziative assunte dagli enti ospedalieri e non ritenute prioritarie. In questo quadro potremo rivedere anche la struttura degli ospedali psichiatrici, sui quali si è lungamente discusso sia ora che nella precedente legislatura.

Infine, e concludo, dichiaro di accettare i due ordini del giorno che sono stati presentati, e che, a mio avviso, potrebbero essere unificati in un solo testo.

**PRESIDENTE**. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo ora all'esame e alla votazione dei singoli articoli, di cui do lettura:

#### Art. 1.

Per gli anni 1969 e 1970 è redatto un programma degli interventi previsti dalla legge 30 maggio 1965, n. 574, e dal primo comma dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1968, n. 82.

Il programma è approvato dal Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità e, per la parte concernente le opere di cui al primo comma dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1968, n. 82, anche col Ministro della pubblica istruzione, sentiti i Ministri dell'interno e del tesoro e la Cassa per il Mezzogiorno.

Nel programma di cui al precedente comma sono compresi anche gli eventuali interventi da eseguirsi a carico della Cassa per il Mezzogiorno.

Nel programma di cui al presente articolo dovranno essere compresi, dando ad essi carattere di priorità, il completamento di ospedali, nonché di cliniche universitarie, policlinici ed ospedali clinicizzati ammessi a contributo ai sensi delle leggi 30 maggio 1965, n. 574, e 5 febbraio 1968, n. 82, ed inclusi nelle proposte formulate dalle regioni, ove costituite, o dai comitati regionali per la programmazione ospedaliera di cui al successivo comma del presente articolo.

Le regioni, ove costituite, o i comitati regionali per la programmazione ospedaliera di cui all'articolo 62 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, presentano, entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le proposte per gli interventi, indicati prioritariamente, da effettuare nei rispettivi territori.

La composizione del comitato regionale per la programmazione ospedaliera di cui all'articolo 62 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, è integrata con il capo della sezione urbanistica del provveditorato regionale alle opere pubbliche.

Alle riunioni dei comitati regionali per la programmazione ospedaliera partecipano, con funzione consultiva, gli ingegneri capi degli uffici del genio civile competenti per territorio.

(È approvato).

#### Art. 2.

Il limite d'impegno a carico del Ministero dei lavori pubblici per contributi da erogare in base alla legge 30 maggio 1965, n. 574, e 5 febbraio 1968, n. 82, sulle spese previste dal programma di intervento di cui all'articolo 1 della presente legge, è fissato, per gli anni finanziari 1969 e 1970 in lire 3 miliardi annui.

Il finanziamento previsto dal precedente comma è in aggiunta ai normali stanziamenti autorizzati ai sensi della legge 3 agosto 1949, n. 589.

Le annualità occorrenti per il pagamento dei contributi trentacinquennali di cui all'articolo 2 della legge 30 maggio 1965, numero 574, ed all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1968, n. 82, saranno stanziare nello stato di previsione della spesa del Ministero dei lavori pubblici.

(È approvato).

#### Art. 3.

Il Ministro dei lavori pubblici è autorizzato a concedere i contributi, in attuazione del programma di cui all'articolo 1 della presente legge, in base alle disposizioni contenute nelle leggi 30 maggio 1965, n. 574, e 5 febbraio 1968, n. 82.

Tali disposizioni si applicano in pendenza dell'approvazione del piano nazionale ospedaliero di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e fino a quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario. Intervenuta l'approvazione del piano nazionale ospedaliero transitorio di cui all'articolo 61 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, la concessione di contributi è subordinata all'ottemperanza delle statuizioni contenute nel piano stesso.

(È approvato).

#### Art. 4.

Per la realizzazione di lotti funzionali di ospedali nonché di cliniche universitarie, policlinici ed ospedali clinicizzati, ovvero per il loro completamento, allorchè i relativi importi di spesa superino quelli ammessi a contributo ai sensi delle leggi 30 maggio 1965, n. 574, e 5 febbraio 1968, n. 82, è in facoltà dei provveditori regionali alle opere pubbliche, sentito il comitato regionale per la programmazione ospedaliera, di disporre la concessione di contributi per un ammontare superiore a quello promesso.

Le integrazioni ai sensi del precedente comma non possono superare la spesa complessiva prevista in programma per ciascuna opera.

Per le integrazioni di cui al presente articolo i provveditori regionali alle opere pubbliche, sentito il comitato regionale per la programmazione ospedaliera, possono utilizzare promesse di contributi relative ad opere ospedaliere per la cui realizzazione non vengano presentati gli elaborati tecnici entro i nuovi termini da prescrivere, dandone subito comunicazione al Ministero dei lavori pubblici.

Il comitato regionale per la programmazione ospedaliera dovrà esprimere i pareri di cui al primo ed al terzo comma del presente articolo entro il termine perentorio di trenta giorni dalla richiesta del parere stesso.

Il Ministro dei lavori pubblici procederà alla reintegrazione dei contributi così impiegati con impegno sugli stanziamenti del bilancio dell'anno finanziario successivo.

(È approvato).

#### Art. 5.

Presso il Ministero della sanità è istituito il centro-studi, con funzioni di collaborazione tecnica con il Ministero della sanità, in materia di predisposizione e di attuazione del programma economico nazionale, per quanto attiene alla parte di competenza del Ministero stesso.

(È approvato).

#### Art. 6.

Il Ministro della sanità, con proprio decreto, determina il numero del personale addetto al centro-studi. Di concerto con i Ministri competenti, può destinarvi anche personale appartenente ad amministrazioni diverse dall'amministrazione della sanità.

Il Ministro della sanità può affidare l'esecuzione di particolari indagini o studi ad istituti universitari, ad enti pubblici oppure a società ed associazioni non riconosciute, con i quali può stipulare apposite convenzioni.

Può, inoltre, con propri decreti, conferire incarichi di studio, indagini e ricerche ad

esperti anche estranei all'amministrazione statale, in deroga alle norme di cui all'articolo 380 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3.

Le misure dei compensi per gli incarichi previsti dai commi precedenti sono determinate con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro.

Il Ministro della sanità può provvedere alla pubblicazione e alla diffusione dei risultati degli studi e delle sperimentazioni eseguite sia in Italia che all'estero nelle materie affidate alla collaborazione tecnica del centro-studi.

*(È approvato).*

#### Art. 7.

Al presidente e ai componenti dei comitati previsti dagli articoli 28, 30 e 62 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, spettano le indennità e i compensi nella misura prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 11 gennaio 1956, n. 5, modificato dalla legge 5 giugno 1967, n. 417.

Il Ministro della sanità determinerà annualmente con proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro del tesoro, nei limiti delle somme stanziare, il fabbisogno finanziario necessario per il normale funzionamento degli organi di cui al precedente comma.

*(È approvato).*

#### Art. 8.

Alla spesa di lire 3 miliardi prevista dall'articolo 2 della presente legge per l'anno finanziario 1969, si farà fronte con corrispondente riduzione del capitolo n. 5381 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno finanziario medesimo.

Alla spesa per il funzionamento del centro-studi e dei comitati per la programmazione ospedaliera, valutata in lire 1.000 milioni annui, si farà fronte, per l'anno finanziario 1969, mediante riduzione di pari importo degli stanziamenti del capitolo numero 1139 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno finanziario medesimo, ferma restando la quota di lire 5 miliardi di cui all'articolo 124 della legge 28 febbraio 1969, n. 21.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

*(È approvato).*

Metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso.

*(È approvato).*

*La seduta termina alle ore 13.*