

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

765^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

VENERDÌ 22 DICEMBRE 1967

Presidenza del Presidente ZELIOLI LANZINI,
indi del Vice Presidente SECCHIA
e del Vice Presidente MACAGGI

INDICE

CONGEDI Pag. 40911

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione 40911
Approvazione da parte di Commissioni permanenti 40913
Deferimento a Commissioni permanenti in sede deliberante 40912
Deferimento a Commissioni permanenti in sede referente 40912

Seguito della discussione e approvazione con modificazioni:

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

PRESIDENTE 40915 e *passim*
AJROLDI 40949
ANGELILLI 40966, 40967
BATTAGLIA 40968
BOCCASSI 40941, 40944
CASSESE 40937, 40938
CHIARIELLO 40958
* DI PRISCO 40934 e *passim*
FERRONI 40947, 40949

JERVOLINO Pag. 40919
MACCARRONE 40938 e *passim*
* MARIOTTI, *Ministro della sanità* . 40919 e *passim*
* MINELLA MOLINARI Angiola 40952
* PERRINO 40979
* PICARDO 40980
SAMEK LODOVICI, *relatore* 40934 e *passim*
* SELLITTI 40973

INTERROGAZIONI

Annunzio 40983

PER FATTO PERSONALE

PAFUNDI 40913

PER LE FESTIVITA' NATALIZIE

PRESIDENTE 40982
CORNAGGIA MEDICI 40982
* MARIOTTI, *Ministro della sanità* 40983

PROCLAMAZIONE DI SENATORE E ANNUNZIO DI VACANZA NEI SEGGI ELETTORALI DELLA SARDEGNA

PRESIDENTE 40911

Presidenza del Presidente ZELIOLI LANZINI

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

Si dia lettura del processo verbale.

N E N N I G I U L I A N A , *Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del giorno precedente.*

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

Congedi

P R E S I D E N T E . Hanno chiesto congedo i senatori: Molinari per giorni 2, Mongelli per giorni 2, Murgia per giorni 3 e Tessitori per giorni 2.

Non essendovi osservazioni, questi congedi sono concessi.

Proclamazione di senatore e annuncio di vacanza verificatasi nei seggi senatoriali della Sardegna

P R E S I D E N T E . Informo che la Giunta delle elezioni ha comunicato che, occorrendo provvedere, ai sensi dell'articolo 21 della legge elettorale per il Senato, all'attribuzione del seggio resosi vacante nella regione della Sicilia, in seguito alle dimissioni del senatore Vincenzo Michele Trimarchi dal mandato parlamentare, per ragioni di incompatibilità con l'ufficio di giudice della Corte costituzionale, ha riscontrato, nella seduta di ieri, che il primo dei candidati non eletti del Gruppo cui il predetto senatore apparteneva è il signor Stefano Germanò.

Do atto alla Giunta di questa sua comunicazione e proclamo senatore il candidato Stefano Germanò per la Regione della Sicilia.

Avverto che da oggi decorre, nei confronti del nuovo proclamato, il termine di 20 giorni per la presentazione di eventuali reclami.

Informo altresì che la Giunta delle elezioni ha comunicato che, occorrendo provvedere, ai sensi dell'articolo 21 della legge elettorale per il Senato, all'attribuzione del seggio resosi vacante nella regione della Sardegna, in seguito alla morte del compianto senatore Enrico Sailis, ha riscontrato, nella stessa seduta, che il Gruppo cui il defunto senatore apparteneva non ha, attualmente, candidati non eletti.

Per tali motivi, la Giunta ha constatato non potersi procedere, in base alla legislazione vigente, alla sostituzione del defunto senatore Enrico Sailis.

Do atto alla Giunta di questa sua comunicazione.

Avverto che la Giunta delle elezioni ha rinnovato il suo vivo auspicio affinché sia legislativamente risolto il problema relativo alla sostituzione di senatori, in caso di mancanza di candidati non eletti del Gruppo di appartenenza del senatore da sostituire.

Faccio presente al riguardo che la Presidenza del Senato, già in occasione della vacanza verificatasi nella stessa regione della Sardegna in seguito alla scomparsa del compianto senatore Luigi Crespellani, ebbe cura di inviare ai Presidenti dei Gruppi parlamentari, al Presidente della 1ª Commissione permanente e al Ministro dell'interno copia di un pro-memoria del Presidente della Giunta delle elezioni nel quale erano chiaramente indicati i termini del suddetto problema.

Annuncio di presentazione di disegni di legge

P R E S I D E N T E . Comunico che sono stati presentati i seguenti disegni di legge d'iniziativa dei senatori:

I N D E L L I , V A L S E C C H I Pasquale, **P A F U N D I , L O M B A R I , M O L I N A R I , T I B E R I , F E R R A R I** Francesco, **B O N A D I E S , A N G E L I L L I , G U A N T I , P E C O R A R O , D E L U C A** Angelo, **S P A S A R I , V E N T U R I , A J R O L D I ,**

DE MICHELE e BERNARDO. — « Provvedimenti a favore degli ex combattenti aerofonisti ciechi » (2638);

ZANNIER, BONACINA, TESSITORI, PELIZZO e VALLAURI. — « Proroga del termine previsto dalla legge 16 dicembre 1961, n. 1525, relativa alle agevolazioni tributarie a favore degli stabilimenti industriali del territorio del comune di Monfalcone e del territorio della zona portuale Aussa-Corno in provincia di Udine » (2639);

ZANNIER, LOMBARDI e GIANCANE. — « Norme interpretative della legge 28 luglio 1967, n. 641, riguardante l'edilizia scolastica e universitaria e piano finanziario dell'intervento per il quinquennio 1967-1971 » (2640).

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

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

alla 5ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

MARTINELLI ed altri. — « Norme complementari della legge 23 dicembre 1966, numero 1139, avente per oggetto: Condoni di sanzioni non aventi natura penale in materia tributaria » (2572);

Deputati GAGLIARDI ed altri. — « Autorizzazione a vendere a trattativa privata alla Chiesa parrocchiale della B. V. Maria e della Madonna delle Grazie in Conegliano una porzione dell'immobile patrimoniale denominato "ex Caserma Vittorio Veneto" sito in Conegliano » (2578);

« Aumento dei fondi di dotazione del Banco di Napoli, del Banco di Sicilia, del Banco di Sardegna dell'ISVEIMER, dell'IRFIS e del CIS » (2622), previo parere della Giunta consultiva per il Mezzogiorno;

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

« Assunzione a carico dello Stato degli oneri di manutenzione relativi alle opere idrauliche di 2ª e 3ª categoria in Basilicata e Calabria » (2602), previo parere della 5ª Commissione.

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

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

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

PERRINO ed altri. — « Unificazione delle retribuzioni contributive ai fini dell'assicurazione all'Istituto nazionale assistenza dipendenti enti locali (INADEL) » (2590), previ pareri della 5ª e della 10ª Commissione;

alla 2ª Commissione permanente (Giustizia e autorizzazioni a procedere):

SELLITI. — « Ripristino della Pretura di Gioi Cilento con sezione staccata a Laurino » (2615), previo parere della 5ª Commissione;

alla 4ª Commissione permanente (Difesa):

Deputato DE MEO. — « Modifica dell'articolo 70 della legge 12 novembre 1955, n. 1137, sull'avanzamento degli ufficiali » (2605), previo parere della 5ª Commissione;

alla 5ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Concessione di delega legislativa per la modifica e l'aggiornamento delle disposizioni legislative in materia doganale » (695-B);

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

(2609), previ pareri della 1ª e della 4ª Commissione;

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

GENCO ed altri. — « Aumento della dotazione dei ruoli organici dell'Ispettorato generale dell'aviazione civile e modifiche ai ruoli della carriera esecutiva » (2581), previ pareri della 1ª e della 5ª Commissione.

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

P R E S I D E N T E . Comunico che, nelle sedute di stamane, le Commissioni permanenti hanno approvato i seguenti disegni di legge:

5ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Autorizzazione a vendere al Consorzio per la costruzione e la gestione della zona industriale annessa al porto di Ancona e delle altre zone industriali della Provincia di Ancona il suolo di pertinenza dello Stato costituente l'ex aeroporto di Jesi » (2408);

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

« Provvidenze a favore dell'industria cantieristica navale » (2052-B);

Deputato FRACASSI. — « Eliminazione delle baracche ed altri edifici malsani costruiti in Abruzzo in dipendenza del terremoto del 13 gennaio 1915 » (2537);

« Assunzione di personale a contratto per l'autostrada Palermo-Catania » (2611).

Per fatto personale

P A F U N D I . Domando di parlare per fatto personale.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

P A F U N D I . Onorevole Presidente, ieri nel pomeriggio ero assente per ragioni personali gravi e questa mattina, leggendo il resoconto sommario, ho appreso che nella seduta di ieri ero stato oggetto di un duro attacco del senatore Terracini riguardante il funzionamento della Commissione antimafia, e precisamente per il ritardo nella conclusione dei lavori, nonché alcuni episodi che per verità hanno trovato sistemazione soddisfacente in seno alla stessa Commissione.

Al riguardo debbo ricordare che il senatore Terracini usa fare il propellente — per adoperare un termine spaziale — in una materia che invece lo riguarda assai indirettamente. Ricorderò questo particolare: eravamo all'inizio della legislatura ed ero stato nominato Presidente della Commissione da pochi giorni e, all'indomani della strage di Ciaculli — e per chi non lo ricorda dirò che nella strage di Ciaculli trovarono la morte sette militari —, il senatore Terracini, col dito puntato verso il sottoscritto, chiedeva al presidente Merzagora di invitare il senatore Pafundi a convocare la Commissione perchè non era sopportabile che, dopo sei mesi dall'istituzione, la Commissione ancora non funzionasse. Questo stesso atteggiamento ritrovo nel resoconto sommario di ieri.

Il primo rilievo era ingiustificato perchè in quel momento il senatore Terracini non ricordava o non intendeva ricordare che la Commissione istituita nel dicembre 1962 non aveva funzionato perchè, intervenute le elezioni del 1963, era avvenuto il cambio del Presidente, il quale era stato nominato Vice presidente della Camera dei deputati; io soltanto da pochi giorni avevo ricevuto l'onore e l'onere gravissimo di questa nomina. Così anche oggi noi, dopo lunghi lavori che riguardano tutto il mondo siciliano, tutti i settori, economia, politica, società, studi, tutta la vita politica della società stessa, abbiamo raggiunto dei risultati che sono universalmente riconosciuti. Ma, a leggere quanto afferma il senatore Terracini, vi sarebbero delle gravi carenze e, poichè non intendo abusare del tempo dell'Assemblea la quale è impegnata per più importanti compiti, riassumerò in tre punti le critiche: la Commis-

sione ancora non si decide a presentare la relazione al Parlamento affinché esso possa emanare i suoi provvedimenti; il presidente Pafundi ha assunto atteggiamenti ingiusti durante interviste riguardanti lo svolgimento dei lavori della Commissione; il presidente Pafundi ha cercato di deformare quanto risulta in ordine a fatti accertati dalla Commissione stessa.

Innanzitutto, onorevole Presidente, onorevoli colleghi, circa la tempestività della relazione conclusiva desidero precisare che fin dal 17 febbraio 1966 proposi al Consiglio di Presidenza la necessità di predisporre la relazione. Purtroppo il Consiglio di Presidenza diede parere contrario perché un componente autorevole, proprio del Gruppo comunista, disse che, se noi avessimo parlato di relazione, allora nell'ambiente mafioso si sarebbe detto che la Commissione stava per chiudere i suoi lavori e il fenomeno mafioso poteva dare segni di riviviscenza. C'è infatti un adagio in Sicilia: « Piegati giunco che il vento passi ». Ora, per evitare questo, noi dobbiamo tenere ferma la remora della esistenza della Commissione. Così quella prima volta il mio tentativo non ebbe successo, anche se mi rendo conto che fosse doveroso predisporre la valutazione completa di tutti gli elementi acquisiti. Ho rinnovato il tentativo nei primi del febbraio dell'anno corrente, questa volta con maggiore fortuna, perché sono stati divisi determinati capitoli della relazione e una parte di questo lavoro è stata da me personalmente preparata, mentre altri capitoli sono stati già redatti e riguardano il comune di Palermo, i mercati, la giustizia, il settore del credito, la scuola. Proprio l'altra sera, con una seduta ordinata e conclusiva, abbiamo precisato i capitoli e i tempi stabiliti per estrarre da questa relazione i capitoli relativi. Non è quindi esatto che noi non si pensi a redigere una relazione o che non ci sia la preoccupazione di porre il Parlamento in condizioni di poter valutare il lavoro che si è compiuto.

Altro addebito mi si fa per alcune interviste concesse al settimanale « Epoca », attribuendomi espressioni o giudizi assolutamente lontani dal mio pensiero. D'altra

parte l'opportunità dell'intervista è stata sentita in molte occasioni perché la pubblica opinione desidera conoscere a che punto sono i lavori e perché ancora non si concludono. Attraverso due servizi del settimanale « Epoca », è stato ben precisato quanto la Commissione ha fatto e quello che resta da fare. In ordine poi alle modalità di svolgimento del lavoro io ebbi a dire che è stata mia preoccupazione costante quella di evitare la strumentalizzazione, senza naturalmente menzionare alcun partito come incline alla strumentalizzazione; ma sono stato quasi aggredito in Commissione perché da qualche elemento si è creduto che effettivamente avessi voluto indicare questo o quel partito. La strumentalizzazione non è caratteristica di nessun partito, è una tendenza...

D'ANGELO SANTE. Sul giornale è scritto diversamente.

PAFUNDI. Ho qui il giornale, basta leggere quanto io ho detto e che è riportato tra virgolette perché non possa nascere nessun equivoco. Io non ho mai pensato di attribuire ad alcun componente della Commissione una tendenza a deformare, a dirottare, a distorcere i compiti della Commissione stessa.

Terzo punto. Vi è stata una segnalazione che riguardava non il nostro collega parlamentare onorevole Gioia, bensì il suocero, ora defunto, il quale, come Presidente della Cassa di risparmio, avrebbe avuto dei rapporti con un certo Vassallo, un carrettiere divenuto in pochi anni miliardario (cosa che è accaduta in molte regioni d'Italia). Per il direttore della Cassa di risparmio, di nome Cusenza, è stato emesso un giudizio rapido, un giudizio non « controllato ».

SPEZZANO. Questi apprezzamenti non deve farli, Presidente. Vede come è imprudente? Questi apprezzamenti non può farli, non può assolutamente farli!

PRESIDENTE. Senatore Spezzano, lasci parlare il Presidente della Commissione.

P A F U N D I . È stato emesso un giudizio che è stato acquisito alla relazione sul comune di Palermo. Quando questa relazione fu pubblicata sui giornali di Palermo, l'interessato, che era il genero del Cusenza, per difendere la memoria del suo congiunto, trasmise un esposto al Presidente della Commissione. A mia volta io trasmisi questo esposto all'organo investigativo il quale trasse elementi da documenti esistenti presso la Commissione.

D ' A N G E L O S A N T E . Non è vero! La relazione dice che dietro richiesta verbale sua sono state riaperte le indagini, non che lei trasmise l'esposto. Lei sta dicendo delle cose inesatte, Presidente.

P A F U N D I . Lei è abituato a formulare giudizi sforniti di prova. Comunque l'organo investigativo fece gli accertamenti e poi invitò un certo colonnello che stava per andare in congedo a rilasciare una dichiarazione. Questi atti che servivano a giustificare la tesi difensiva sono stati tratti in archivio perchè nella mia responsabilità ho ritenuto che non fosse il caso di riaccendere la discussione sull'argomento. In ogni modo di tale questione è stata già investita la Commissione la quale ha chiuso il capitolo.

Pertanto mi sembra che sia stato ingiustificato e inopportuno l'intervento del senatore Terracini, del quale riconosco l'alta statura politica quale dirigente di un importante settore della nostra vita pubblica, ma del quale devo pur dire che in questa occasione non ha certo contribuito allo sviluppo e alla conclusione dei nostri lavori. Infatti avant'ieri sera tutti i Gruppi avevano convenuto di stabilire i tempi e i capitoli di questa relazione. È ormai pacifico il successo dell'opera della Commissione, perchè sappiano gli onorevoli colleghi che, per effetto del nostro lavoro, la lupara non spara più, per effetto del nostro lavoro non sono più in circolazione le « Giuliette » cariche di tritolo, per effetto del nostro lavoro l'omerità è incrinata, per effetto del nostro lavoro la fiducia dei cittadini siciliani si volge fidente verso lo Stato.

Questo è il nostro compito, questo è il nostro dovere, questa è la direttiva che io seguo nel compito che mi è stato affidato, quando il presidente Merzagora e il presidente Leone mi dissero: « Senatore Pafundi, deve rendere un servizio al Paese ».

Per questo io sopporto sacrifici e subisco amarezze, ma sono pago di servire il Paese, di rendere un utile servizio alla Sicilia che ho appreso ad amare, perchè è regione meritevole di tanta considerazione per le grandi virtù morali e patriottiche di cui essa è fornita. (*Applausi dal centro*).

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

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera », già approvato dalla Camera dei deputati.

La Commissione ha ripreso in esame il disegno di legge, in seguito alla deliberazione adottata dall'Assemblea nella seduta del 21 dicembre; dopo aver considerato i numerosi emendamenti presentati, ne ha accolti alcuni che figurano nello stampato n. 6. Gli altri emendamenti, non accolti dalla Commissione, saranno sottoposti all'esame del Senato soltanto nel caso in cui i firmatari degli emendamenti stessi li ripropongano all'Assemblea.

Eravamo rimasti all'articolo 2. Se ne dia nuovamente lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Art. 2.

(*Concetto e compiti dell'ente ospedaliero*).

Sono enti ospedalieri gli enti pubblici che istituzionalmente provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi.

Essi prestano le cure mediche, chirurgiche generali e specialistiche; partecipano alla di-

fesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali; contribuiscono alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico; promuovono la educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare, avvalendosi del proprio personale sanitario.

Gli enti ospedalieri, salvo i limiti derivanti dalla specializzazione dell'ospedale o dalle particolari esigenze tecniche legate alla forma morbosa che si presenta, hanno l'obbligo di ricoverare, senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure ospedaliere per qualsiasi malattia, o per infortunio, o per maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici ed assicurativi o da altri enti pubblici e privati. Sulla necessità del ricovero decide il medico di guardia. Gli accertamenti in ordine alla attribuzione delle spese per l'assistenza sono successivi al ricovero, ferme restando le norme vigenti in materia.

Possono, inoltre, istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro, centri per il recupero funzionale, e compiere ricerche e indagini scientifiche e medico-sociali in ordine al conseguimento degli scopi istituzionali.

La facoltà prevista dal comma precedente deve essere esercitata nel quadro delle prescrizioni del piano regionale ospedaliero ed in applicazione delle norme di cui al terzo comma dell'articolo 29.

P R E S I D E N T E . Gli emendamenti sono stati ritirati. Metto pertanto ai voti l'articolo 2. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Si dia lettura degli articoli successivi.

B O N A F I N I , Segretario:

Art. 3.

(Costituzione degli enti ospedalieri).

Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici che, al mo-

mento di entrata in vigore della presente legge, provvedono esclusivamente al ricovero ed alla cura degli infermi, sono riconosciuti di diritto enti ospedalieri.

Sono pure costituiti in enti ospedalieri tutti gli ospedali appartenenti ad enti pubblici che abbiano come scopo oltre l'assistenza ospedaliera anche finalità diverse.

Ai fini del trattamento tributario gli enti ospedalieri sono equiparati all'amministrazione dello Stato.

(È approvato).

Art. 4.

*(Riconoscimento
di enti ospedalieri esistenti).*

Con decreto del Presidente della Regione su delibera della Giunta regionale sentito il Consiglio provinciale di sanità, gli enti pubblici di cui al primo comma dell'articolo precedente sono dichiarati enti ospedalieri.

Con lo stesso decreto è indicata la composizione del consiglio di amministrazione secondo il disposto del successivo articolo 9.

Il decreto del Presidente della Regione deve essere emanato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

(È approvato).

Art. 5.

(Costituzione di enti ospedalieri mediante distacco di ospedali da enti pubblici).

Gli ospedali di cui al secondo comma dell'articolo 3 sono costituiti in enti ospedalieri con decreto del Presidente della Regione su delibera della Giunta regionale. Qualora gli ospedali dipendenti dall'ente pubblico siano due o più, è costituito un ente ospedaliero unico per ogni gruppo di ospedali ubicati o nella stessa provincia ovvero nella stessa regione, secondo le esigenze dell'assistenza ospedaliera locale, e secondo le linee del piano ospedaliero nazionale.

In ogni provincia è costituita una commissione composta dal presidente del tribunale del capoluogo di provincia o da un giudice da lui delegato, che la presiede, dal

medico provinciale, dall'intendente di finanza, dall'ingegnere capo dell'ufficio del Genio civile e da due rappresentanti dell'ente pubblico da cui dipendeva l'ospedale, col compito di procedere alla individuazione e all'inventario dei beni che sono trasferiti all'ente ospedaliero. Alla nomina della commissione provvede il medico provinciale con proprio decreto.

Il patrimonio del nuovo ente è costituito dagli edifici adibiti al ricovero ed alla cura degli infermi, da tutte le attrezzature che in atto sono destinate al funzionamento dell'ospedale o degli ospedali e dagli altri beni in atto destinati istituzionalmente a beneficio dell'ospedale o degli ospedali.

I rapporti giuridici relativi all'attività ospedaliera passano al nuovo ente.

Il decreto del Presidente della Regione determina il patrimonio del nuovo ente.

Nel termine di due mesi dall'emanazione del decreto indicato nel primo comma il medico provinciale nomina un commissario per la provvisoria gestione dell'ente, indica la composizione del consiglio di amministrazione secondo il disposto del successivo articolo 9 e ne promuove la costituzione, da effettuarsi entro sei mesi dalla data di nomina del commissario.

Se gli ospedali di cui al secondo comma dell'articolo 3 non sono gestiti direttamente dall'ente pubblico, vengono compresi nell'ente al quale è affidata la gestione purchè questo abbia i requisiti propri di ente ospedaliero.

(È approvato).

Art. 6.

(Costituzione, fusione e concentrazione di nuovi enti ospedalieri da parte delle Regioni).

La Regione promuove e attua la istituzione di nuovi enti ospedalieri e la fusione o la concentrazione di enti ospedalieri esistenti, secondo le previsioni del piano regionale ospedaliero.

L'ente ospedaliero è costituito con decreto del Presidente della Regione su conforme deliberazione della Giunta regionale.

(È approvato).

TITOLO II

STRUTTURA E AMMINISTRAZIONE DEGLI ENTI OSPEDALIERI

Art. 7.

(Struttura dell'ente ospedaliero).

Ciascun ente ospedaliero comprende uno o più ospedali, quali stabilimenti dotati di servizi sanitari funzionalmente autonomi, anche se situati in regioni diverse quando si tratti di ospedali climatici specializzati.

Gli ospedali si distinguono secondo la classificazione contenuta nel Titolo III della presente legge.

(È approvato).

Art. 8.

(Organi dell'ente ospedaliero).

Sono organi dell'ente ospedaliero il consiglio di amministrazione, il presidente, il collegio dei revisori ed il consiglio dei sanitari oppure il consiglio sanitario centrale.

(È approvato).

Art. 9.

(Consiglio di amministrazione).

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, che comprende almeno un ospedale regionale, è composto:

- 1) da sei membri eletti dal consiglio regionale con schede limitate a quattro nomi;
- 2) da un membro eletto dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente ospedaliero;
- 3) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge, da due membri in rappresentanza degli ori-

ginari interessi dell'ente, designati e nominati nei modi previsti dai rispettivi statuti e dalle tavole di fondazione e, per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'articolo 5, da due membri designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, che comprende almeno un ospedale provinciale, è composto:

1) da cinque membri eletti dal consiglio provinciale della provincia ove ha sede l'ente ospedaliero, con schede limitate a tre nomi;

2) da due membri eletti dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente ospedaliero;

3) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge, da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente, designati e nominati nei modi previsti dai rispettivi statuti e dalle tavole di fondazione e, per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'articolo 5, da due membri designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, che comprende uno o più ospedali di zona, è composto:

1) da un membro eletto dal consiglio provinciale della provincia in cui ha sede l'ente ospedaliero;

2) da tre membri eletti dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente ospedaliero, con schede limitate a due nomi;

3) da un membro eletto da ciascuno dei consigli comunali dei comuni nei quali sono situati ospedali dipendenti dall'ente;

4) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge, da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente, designati e nominati nei modi previsti dai rispettivi statuti e dalle tavole di fondazione e, per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'articolo 5, da due membri designati dall'ente pubblico

cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

I componenti dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri di cui al primo comma devono essere scelti tra persone estranee ai consigli regionali.

Partecipano alle sedute del consiglio di amministrazione con voto consultivo il sovrintendente sanitario e, in mancanza, il direttore sanitario e il direttore amministrativo.

Il direttore amministrativo svolge le funzioni di segretario.

Il consiglio dei sanitari è sentito obbligatoriamente in tutti i casi in cui occorra decidere su questioni che interessano la vita interna degli ospedali, esclusivamente per gli aspetti sanitari, la regolamentazione dei servizi sanitari, il trattamento del malato.

Il consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni.

Nulla è innovato in rapporto allo statuto ed alle tavole di fondazione per quanto riguarda la composizione del consiglio di amministrazione dell'ospedale Galliera di Genova.

Al presidente ed ai componenti del consiglio di amministrazione con voto deliberativo è corrisposta una indennità di funzione nella misura stabilita dal consiglio di amministrazione, tenuto conto anche della classificazione e dell'importanza dell'ente ospedaliero. La relativa delibera è sottoposta ad approvazione della Giunta regionale.

In caso di fusione o concentrazione di più enti ospedalieri, nel consiglio di amministrazione del nuovo ente entrano a far parte un rappresentante degli originari interessi di ciascuno degli enti che vengono a fusione o concentrazione. Ove la fusione o concentrazione avvenga tra tre o più enti ospedalieri, i membri eletti dal consiglio regionale, per gli enti comprendenti ospedali regionali, dal consiglio provinciale, per gli enti comprendenti ospedali provinciali, e dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente comprendente ospedali di zona, vengono aumentati delle unità necessarie a mantenere inalterato il rapporto tra il numero complessivo dei rappresentanti eletti e quello dei rappresentanti degli origi-

nari interessi, stabilito dalle altre disposizioni del presente articolo; se dall'operazione residui una frazione, questa è riportata all'unità superiore. I consigli regionali, provinciali o comunali procedono alla votazione con schede limitate alla metà più una unità, o, se il numero è dispari, alla metà più la frazione di unità, del numero dei rappresentanti da eleggere.

P R E S I D E N T E . Da parte della Commissione è stato presentato un emendamento sostitutivo. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , *Segretario:*

Sostituire il decimo comma con il seguente:

« Al presidente ed ai componenti del consiglio di amministrazione con voto deliberativo è corrisposta una indennità di funzione, determinata nei modi di legge dalla regione, tenuto conto della classificazione e dell'importanza dell'Ente ospedaliero ».

P R E S I D E N T E . Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere l'avviso del Governo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Il Governo è favorevole.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento sostitutivo del decimo comma dell'articolo 9, presentato dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Da parte della Commissione è stato presentato un emendamento tendente a sostituire all'undicesimo comma, in fine, le parole: « più la frazione di unità » con le altre: « arrotondata al numero intero immediatamente superiore ».

Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere l'avviso del Governo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Il Governo è favorevole.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento sostitutivo dell'undicesimo comma dell'articolo 9, presentato dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

J E R V O L I N O . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

J E R V O L I N O . All'articolo 9, signor Presidente, vi è anche un emendamento che porta come prima firma il mio nome.

Per ragioni di ordine politico, io non insisto su questo emendamento; desidero però che le considerazioni giuridiche che l'hanno ispirato siano riportate integralmente negli atti parlamentari, perchè nessun collega, a cominciare da quelli di parte mia, possa pensare che io abbia presentato l'emendamento inconsideratamente senza averlo lungamente meditato. Per ragioni di brevità non svolgerò l'emendamento da me presentato; le rivolgo però viva preghiera di consentire che io trasmetta il testo del mio intervento all'ufficio dei resoconti.

P R E S I D E N T E . Senatore Jervolino, sarà fatto quanto lei chiede.

Per chiarezza ricordo che gli emendamenti presentati dal senatore Jervolino e da altri senatori erano del seguente tenore:

Aggiungere, in fine, i seguenti commi:

« Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza di cui al secondo comma dell'articolo 3, a base associativa, le quali dispongano di un patrimonio superiore ai 5 miliardi di lire ed intendano trasferirlo integralmente all'ente ospedaliero, ferme restando tutte le altre disposizioni della presente legge, possono continuare ad amministrare quest'ultimo, a loro richiesta, attraverso un consiglio di amministrazione, costituito secondo le proprie norme statutarie, integrato da altri due membri, dei quali uno nominato dal Comune e uno dalla Provincia ovvero dalla Regione, qualora l'ospedale o gli

ospedali da amministrare abbiano qualifica regionale.

La richiesta di conferimento dovrà essere deliberata dall'ente di provenienza entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge e presentata al Ministro per la sanità entro i 30 giorni successivi ».

JERVOLINO, LOMBARI, MOLINARI,
DE MICHELE, CELASCO, SPATARO,
PENNACCHIO, TIBERI, DI GRAZIA,
LORENZI, CARBONI, MORANDI,
CORNAGLIA MEDICI, BARTOLOMEI,
INDELLI, ZANE, DE RIU, AJROLDI,
SALARI, PEZZINI, CORBELLINI,
BONADIES, DE UNTERRICHTER,
PIASENTI, CRISCUOLI

All'emendamento dei senatori Jervolino ed altri (9.3), al primo comma, dopo le parole: « , a base associativa, », inserire le altre: « e le confraternite ».

9.30

JERVOLINO

(Il senatore Jervolino ha successivamente trasmesso all'ufficio dei resoconti il seguente testo):

J E R V O L I N O . Prima di svolgere l'emendamento — del quale sono il primo firmatario — desidero fare una dichiarazione che ritengo necessaria.

Accetto la struttura giuridica e le finalità del disegno di legge, che è sottoposto al nostro esame. Per questo, nel nuovo emendamento, ho aggiunto un inciso, che non era compreso nell'emendamento da me presentato in Commissione e cioè: « ferme restando tutte le altre disposizioni della presente legge ».

Questa dichiarazione chiara e precisa deve eliminare l'impressione che lei, onorevole Ministro, ebbe in Commissione dove affermò che la mia proposta — come era formulata allora — avrebbe potuto essere interpretata come una deroga alla legge.

Questa stessa mia dichiarazione — fatta pubblicamente e solennemente in questa Aula — deve fugare i dubbi o i sospetti, contenuti in una circolare a stampa, in-

viata a noi senatori, nella quale si ritiene che il nostro emendamento miri ad ottenere all'Ospedale dei Pellegrini la stessa eccezione fatta agli Istituti ed enti ecclesiastici, come è previsto nell'articolo 1 del disegno di legge XX; niente di tutto questo.

Desidero anche associarmi alle nobili e comprensive considerazioni (fatte dal senatore Samek Lodovici nella sua relazione, veramente pregevole sotto ogni aspetto) che io egualmente condivido.

Il relatore, giustamente, ha messo in rilievo che la persona umana — per la sua dignità e per il prezioso contributo che dà nella vita sociale — ha diritto ad una assistenza sanitaria completa e rispondente alle sue vere necessità. Questa è una esigenza di civiltà, afferma il relatore. Io soggiungo: è un dovere morale che lo Stato democratico non può nè deve trascurare.

Qual è la finalità del nostro emendamento? Perchè non ho voluto circoscriverlo al caso specifico del quale parlai in Commissione?

Rispondo prima al secondo quesito.

Io mi soffermerò, anche in quest'Aula, in modo particolare sull'Ospedale dei Pellegrini in Napoli, perchè è stata la speciale situazione di fatto e di diritto di quell'Ospedale a darmi motivo di prendere questa convinta iniziativa. Ho voluto, però, non limitare la richiesta a quel caso per due considerazioni.

Come studioso di diritto ed anche per la lunga esperienza di vita parlamentare e di governo sono decisamente contrario alle norme di diritto singolare. Il nostro è un regime democratico, nel quale non solo tutti gli uomini, ma anche tutte le istituzioni devono avere parità di diritti e di doveri. Perciò, nell'emendamento, non accenno specificamente all'Ospedale dei Pellegrini.

Secondariamente, perchè, se esiste altra istituzione (che ha intestato al suo nome un patrimonio superiore ai cinque miliardi), potrà avvalersi della norma indicata nel nostro emendamento se — come vivamente mi auguro — sarà accolto dall'onorevole Ministro ed approvato da questo ramo del Parlamento.

Qual è la finalità del nostro emendamento?

Mi soffermo — sempre a scopo di esemplificazione — sulla Arciconfraternita dei Pellegrini in Napoli.

La detta istituzione fu fondata nel 1574 ad opera di generose personalità prevalentemente a scopo religioso e sociale e ha goduto (attraverso quattro secoli) la costante e generale estimazione non solo del popolo napoletano — che ha sempre tenuto in considerazione la istituzione per la sua grande solidarietà umana — ma anche di tutti i Governi susseguitisi nel Napoletano.

Bastano alcuni richiami storici per comprovare quanto affermo:

1) le leggi eversive del 1806 fecero salve alla Istituzione tutte le sue proprietà e rendite. Anzi il Governo dell'epoca — con decreto 19 dicembre 1816 — attribuì alla istituzione una rendita integrativa di ducati 15.643 motivandone la eccezionale elargizione « per la particolare fiducia che riponeva nella probità e prudenza degli amministratori »;

2) con decreto in data 11 agosto 1903 fu disposto il distacco dell'Ospedale dei Pellegrini dal 5° gruppo degli ospedali riuniti di Napoli (al quale era stato aggregato in virtù della legge 2 agosto 1897) a seguito del parere del Consiglio di Stato che, fra l'altro, afferma: « Chi conosce l'organizzazione, il funzionamento, lo spirito di carità dell'Arciconfraternita ed ospedale dei Pellegrini — che è gloria purissima di Napoli — non può ragionevolmente pensare che si faccia interesse sociale raggruppandolo ad Istituti congeneri e modificandone la costituzione »;

3) nell'anno 1923 — quando fu disposta la fusione degli ospedali napoletani, fu fatta eccezione per la Arciconfraternita dei Pellegrini in considerazione della retta amministrazione da parte dei preposti all'istituzione, che prestano la loro opera gratuitamente e con ammirata saggezza.

Questi sono alcuni dei cenni storici — esposti sommariamente per amore di brevità — che danno ragione del perchè nu-

merose persone hanno fatto alla istituzione legati o donazioni di beni immobili che — valutati con criterio di rigorosa prudenza — superano i sette miliardi.

Detti beni sono, però, intestati all'Arciconfraternita e non all'ospedale.

Quali sarebbero le conseguenze se non venisse accolto l'emendamento?

L'Arciconfraternita disporrebbe di un patrimonio vastissimo e l'ospedale sarebbe privato del cospicuo aiuto economico, di cui ha necessità per il suo normale e buon funzionamento.

Consentitemi di sottoporvi, onorevoli colleghi, alcuni dati importantissimi, che giustificano la necessità di approvare l'emendamento:

1) l'Ospedale dei Pellegrini ha fatto pagare — nell'anno 1967 — la retta giornaliera di lire 6.800, comprensiva di tutto l'occorrente per la degenza. Negli altri ospedali napoletani la retta giornaliera — per lo stesso anno 1967 — è stata di lire 7.600, elevata attualmente di oltre mille lire e, perciò, di lire 8.600. Poichè le degenze nell'anno 1967 (fino al 10 dicembre corrente) sono state 187.340, la differenza riscossa in meno ammonta a 150 milioni di lire;

2) il servizio di pronto soccorso, prestato dall'Ospedale dei Pellegrini, è fatto gratuitamente a differenza di quanto si pratica negli altri ospedali.

Nell'anno 1967 (sempre fino al 10 dicembre corrente mese) risultano:

a) medicate 42.215 persone e l'onere corrispondente — ragguagliato a quanto viene praticato negli altri ospedali — rappresenta un mancato introito di 30 milioni;

b) sono stati eseguiti 8.417 interventi chirurgici di notevole importanza che — calcolati a lire 50.000 ciascuno — rappresentano un mancato introito di 42 milioni di lire.

È necessario tenere presente che il servizio di pronto soccorso nei Pellegrini — cui fanno capo gli infortunati dell'intera provincia di Napoli e che, ripeto, è completamente gratuito — richiede la presenza di ventuno sanitari (che prestano servizio in tre

turni giornalieri) nonchè la prestazione infermieristica e spese per medicinali e tutto ciò che occorre per gli atti operatori;

3) bisogna ancora calcolare le spese straordinarie di graduale ammodernamento dei servizi ospedalieri oltre quelle di ordinaria manutenzione e rinnovo delle attrezzature sanitarie.

Nel solo anno 1967 risultano erogate — come spese straordinarie per la realizzazione del « Centro di rianimazione » per il quale nessun contributo è stato dato dallo Stato e dagli enti locali — lire 40 milioni.

Sommando le cifre, da me indicate, si raggiunge la somma non indifferente di 262 milioni, spese che sono state sostenute — nell'anno 1967 — dalla Arciconfraternita con la rendita di beni immobili intestati esclusivamente alla predetta istituzione.

Se questa è la situazione di fatto e quella di diritto, ne consegue logicamente che la nostra proposta non mira a creare un privilegio ai pochissimi enti (cui ci interessiamo) ma vuole assicurare agli enti ospedalieri la continuità dell'assistenza sanitaria conformemente alle finalità da lei volute, onorevole Mariotti, e precisate nel disegno di legge.

Che cosa chiediamo noi presentatori dell'emendamento? Consentite, onorevoli colleghi, che io ne chiarisca sempre meglio la finalità.

1. - Anzitutto, noi accettiamo tutte le disposizioni della presente legge, tranne la composizione del consiglio di amministrazione per quei pochi casi (saranno tre o quattro in tutta Italia) tra i quali si trova l'Ospedale dei Pellegrini.

2. - Secondariamente, abbiamo subordinato la eccezione alle seguenti condizioni:

a) che le istituzioni — che potranno invocare il beneficio di conservare il consiglio di amministrazione secondo le norme statutarie integrato dai componenti previsti dalla legge — abbiano un patrimonio superiore ai cinque miliardi a loro intestato;

b) che conferiscano integralmente il detto patrimonio all'ente ospedaliero. Nel qual caso, l'ente ospedaliero — senza provocare

azioni giudiziarie ma pacificamente ed immediatamente — diventerà unico ed assoluto proprietario del patrimonio e potrà disporre della rendita dei beni acquisiti per il raggiungimento di tutte le finalità, volute dalla nuova legge sanitaria. Questo sarà per l'ente ospedaliero un notevole beneficio.

Per quanto riguarda l'Arciconfraternita dei Pellegrini in Napoli è opportuno tenere presente ancora che gli amministratori sono eletti da circa duemila iscritti per cui la rappresentanza di quella Istituzione nell'ente ospedaliero è veramente democratica, perchè è espressione della volontà di numerosi cittadini, appartenenti a tutte le classi sociali.

Onorevole Ministro, io ho seguito, con doverosa attenzione, il discorso — da lei tenuto venerdì 15 corrente mese — in risposta ai vari interventi fatti in quest'Aula.

Lei ha creduto dare una risposta anticipata al nostro emendamento quando ha ricordato il parere della Commissione permanente per gli affari costituzionali della Camera dei deputati.

Lei, onorevole Ministro, ha detto: « L'ente ospedaliero ha il diritto di scorporo del patrimonio delle "Opere pie" previste dal presente disegno di legge ».

Ho presso di me la copia integrale di quel parere, che trascrivo integralmente per la parte che ci interessa:

« Una indagine la Commissione ha ritenuto doveroso fare soprattutto sui problemi posti dallo scorporo dell'attività ospedaliera degli enti pubblici previsti dal secondo comma dell'articolo 3, dato che esso comporta anche il trasferimento di beni al nuovo Ente, trasferimento da effettuarsi senza compenso. La stessa cosa avviene per gli ospedali che verranno trasformati in Enti ospedalieri ...

La Commissione ritiene di potere affermare che, nella specie, tale obbligo di compenso non si pone ... ».

Poi soggiunge: « Tra i beni scorporati potrebbero esserci — come certamente ci saranno — anche beni di proprietà dell'ente pubblico *jure privatorum* di beni cioè destinati non alla utilizzazione diretta e ma-

teriale da parte degli enti in questione, ma solo destinati a loro vantaggio per la utilizzazione del loro reddito ».

In merito al detto parere rilevo quanto segue.

Prima osservazione: il parere della Commissione affari costituzionali della Camera dei deputati, per quanto ammesso da autorevoli parlamentari, non è una sentenza definitiva della Corte costituzionale, alla quale bisogna fare ossequio.

Quella Corte — se venisse denunciata la violazione dell'articolo 42 della nostra Costituzione — potrebbe decidere anche diversamente.

Seconda osservazione: ammesso, e non concesso, che quel parere venisse condiviso dalla Corte costituzionale, occorrerebbe sempre — in virtù del parere espresso dalla Commissione affari costituzionali — promuovere giudizi per individuare quali beni possono essere scorporati e quali beni si appartengano all'ente pubblico *jure privatorum*.

Se si tiene presente che l'Arciconfraternita dei Pellegrini — che mi ha dato motivo a presentare l'emendamento — ha intestato al suo nome beni immobili in virtù di 72 atti di liberalità, bisogna seriamente preoccuparsi delle conseguenze che ne deriverebbero nella ipotesi della mancata approvazione del nostro emendamento.

Chi ha conoscenza delle liti giudiziarie sa bene quanto tempo occorre per definirle; quali enormi spese bisogna sostenere fino alla decisione definitiva; quante sorprese si hanno nella decisione di merito.

Sulla terza considerazione richiamo la particolare attenzione degli onorevoli colleghi. Le confraternite non sono più disciplinate dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, nè dalla legge 18 luglio 1904, n. 390 che le sottoponeva alle « Commissioni provinciali di assistenza e beneficenza pubblica ».

Onorevole Ministro, al Dicastero della sanità forse non è stata tenuta presente la nuova disciplina giuridica delle Confraternite, consacrata nel Concordato fra l'Italia e la Santa Sede, come è sfuggita all'attento esame della Commissione degli affari costituzionali dell'altro ramo del Parlamento.

L'articolo 29 del Concordato, alla lettera c), stabilisce: « Le Confraternite, aventi scopo esclusivo o prevalente di culto, non sono soggette ad ulteriori trasformazioni nei fini e dipendono dall'Autorità ecclesiastica per quanto riguarda il funzionamento e l'amministrazione ». Gli acquisti e le dismissioni dei beni delle Confraternite con scopo esclusivo o prevalente di culto sono disciplinati, sotto l'osservanza dei relativi Statuti, dalla legge 27 maggio 1929, n. 848 e dal relativo regolamento approvato con regio decreto 2 dicembre 1929, n. 2262, in applicazione del Concordato.

Di conseguenza — fino a quando avrà vigore il Concordato tra l'Italia e la Santa Sede — nè questa legge nè altra successiva potrà togliere i beni delle Confraternite — previste dall'articolo 29, lettera c), del Concordato medesimo — nè privarle delle rendite derivanti dai beni di cui sono proprietarie. Dirò di più. Gli studiosi di diritto canonico e di diritto ecclesiastico sostengono che le Confraternite, aventi scopo esclusivo o prevalente di culto — per il fatto stesso che sono assoggettate all'Autorità ecclesiastica — sono « Enti ecclesiastici ».

Esaminiamo ora la situazione giuridica delle Confraternite che non hanno fine esclusivo o prevalente di culto.

Crede lei, onorevole Ministro, che — in questa seconda ipotesi — sarà facile procedere allo scorporo dei beni? Tenga presente che, anche per queste Confraternite, vigono le norme della legge 27 maggio 1927, n. 848, e del regolamento per la esecuzione della detta legge, approvato con regio decreto 2 dicembre 1929, n. 2262, in applicazione del Concordato.

Le Confraternite, non aventi scopo prevalente di culto, sono disciplinate da tutte le norme stabilite per le Fabbricerie, per cui occorre sempre una intesa con l'Autorità ecclesiastica sia pure limitata a quanto concerne gli scopi di culto.

Inoltre non dimentichiamo che — anche per queste Confraternite — è necessario procedere all'esame dei singoli titoli di proprietà per accertare — secondo il parere della Commissione affari costituzionali della Camera dei deputati — quali sono le proprietà

che devono trasferirsi all'ente ospedaliero e quali devono restare alle Confraternite.

Onorevoli colleghi, è prudente lasciare senza una adeguata norma legislativa una materia così estremamente delicata che — se non ha una precisa disciplina — comprometterà l'avvenire di importanti ospedali come quello dei Pellegrini?

Teniamo presente che, per le Confraternite, si possono verificare due ipotesi:

1) se sarà riconosciuto il fine prevalente di culto, la Confraternita sarà portata a chiedere l'applicazione dei benefici fatti agli Istituti o Enti ecclesiastici;

2) se non sarà riconosciuto prevalente il fine di culto sorgeranno certamente controversie anche nei confronti dell'Autorità ecclesiastica per le considerazioni fatte precedentemente.

Non è preferibile accogliere il nostro emendamento, che faciliterà l'applicazione della presente legge eliminando in radice ogni controversia?

A quest'ultimo interrogativo, ogni onorevole senatore dovrà dare una risposta consapevole e responsabile senza alcuna prevenzione di natura politica.

Mi sia consentita una dichiarazione di sincerità, che io faccio con animo sereno e non a scopo polemico con lei, onorevole Ministro, che non ha creduto aderire alla nostra richiesta.

L'emendamento, da noi proposto, l'avrebbe dovuto inserire nel disegno di legge il Ministero della sanità proprio per invogliare gli enti, a favore dei quali ho, finora, parlato, a trasferire il loro patrimonio all'ente ospedaliero senza remora e senza alcuna controversia giudiziaria, che — ripeto — è sempre preferibile evitare.

Noi presentatori dell'emendamento non attendiamo un plauso per la nostra iniziativa che — se viene considerata con rigore sa obiettività — colma una lacuna del disegno di legge. Pensiamo, però, che possiamo chiedere l'assenso dell'onorevole Ministro e quello del Senato per approvare un provvedimento che — ripetiamo — non deroga a nessuna norma sostanziale di questa legge.

Se questo assenso sarà dato si eviteranno gravi contestazioni giudiziarie che sarebbe-

ro dispendiose e procurerebbero danni incalcolabili ai sofferenti, bisognosi di cure ospedaliere.

Se il nostro emendamento avrà il conforto del Senato, non verrà meno la fiducia dei benefattori anche nei confronti dell'ente ospedaliero. Proprio — in questi ultimi giorni — un antico confratello dei Pellegrini, Domenico Sarno, ha fatto donazione a quella Arciconfraternita dell'intero suo patrimonio, ammontante a 225 milioni, motivando tale atto di liberalità con il fatto che — per anni moltissimi — egli ha ammirato il disinteresse, lo zelo, la scrupolosità con cui i confratelli amministrano il patrimonio e disimpegnano il compito loro affidato per la parte ospedaliera.

Se l'emendamento avrà il voto favorevole del Senato, l'Ospedale dei Pellegrini (cui donano la loro attività sanitari di alto valore professionale) e gli ospedali di quelle altre Istituzioni — che si potranno avvalere della norma legislativa da noi invocata — continueranno la loro attività a favore di sofferenti, che appartengono, in maggioranza, ai cittadini più bisognosi e più meritevoli di aiuto.

Se il nostro emendamento diventerà norma di legge, le Istituzioni — alle quali, onorevoli senatori, darete una prova di fiducia — opereranno, nell'avvenire, con slancio sempre più pronto; con solidarietà sempre più viva; con visione sempre più moderna nell'attuare l'assistenza sanitaria.

P R E S I D E N T E . Passiamo agli articoli successivi. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Art. 10.

(Funzioni del consiglio di amministrazione).

Il consiglio di amministrazione delibera lo statuto e tutti i provvedimenti relativi al governo dell'ente ospedaliero.

Lo statuto deve prevedere che spetta al consiglio di amministrazione:

a) deliberare le modifiche dello statuto;

b) deliberare sugli adempimenti prescritti dal piano regionale ospedaliero;

c) deliberare il regolamento organico del personale e la relativa pianta organica;

d) deliberare i regolamenti relativi al servizio sanitario interno ed esterno, al servizio amministrativo, ai servizi generali e gli altri regolamenti similari;

e) deliberare il bilancio preventivo ed approvare il conto consuntivo, nonchè deliberare la destinazione delle nuove e maggiori entrate e lo storno di fondi da capitolo a capitolo;

f) deliberare la nomina e le assunzioni del personale dell'ente ospedaliero;

g) deliberare l'alienazione e l'acquisto di immobili, di titoli del debito pubblico, di titoli di credito, di azioni industriali, l'accettazione di donazioni, eredità e legati nonchè la stipulazione dei contratti;

h) deliberare sui ricorsi e sulle azioni giudiziarie, sulle liti attive e passive, nonchè sulle relative transazioni;

i) deliberare la misura della retta di degenza in conformità al disposto del successivo articolo 32, nonchè le tariffe per le prestazioni sanitarie per i paganti in proprio;

l) deliberare la nomina del tesoriere nonchè tutte le convenzioni attinenti all'attività dell'ente ospedaliero;

m) deliberare i contratti di locazione e conduzione di immobili di durata superiore a tre anni;

n) deliberare tutti i provvedimenti delegati al consiglio di amministrazione dalle leggi, dai regolamenti e dallo statuto, nonchè i provvedimenti indicati nell'ultimo comma dell'articolo 40.

Per la validità delle adunanze del consiglio di amministrazione occorre la presenza della maggioranza dei componenti.

Il consiglio di amministrazione delibera validamente a maggioranza dei presenti tranne che per le deliberazioni di cui al punto a) del secondo comma del presente articolo, per le quali è richiesta la maggioranza dei componenti del consiglio.

In caso di parità di voti prevale il voto del presidente. Nei verbali dovrà darsi atto del

voto consultivo espresso dai membri di cui all'articolo 9, quinto comma.

(È approvato).

Art. 11.

(*Nomina e funzioni del presidente*).

Il consiglio di amministrazione elegge nel proprio seno il presidente.

Il presidente ha la legale rappresentanza dell'ente ospedaliero, convoca e presiede il consiglio di amministrazione, dà esecuzione alle relative deliberazioni, firma gli atti che comportano impegni per l'ente, sovrintende al buon funzionamento dell'ente ospedaliero ed esercita le altre attribuzioni devolutesi dalle leggi, dai regolamenti e dallo statuto, che non siano di competenza del consiglio di amministrazione. Assume altresì i provvedimenti ordinari e straordinari di urgenza nelle materie di competenza del consiglio di amministrazione, necessari per garantire il funzionamento dell'ente e li sottopone alla ratifica del consiglio stesso nella prima riunione.

Ogni atto dell'ente ospedaliero deve essere controfirmato dal segretario generale o direttore amministrativo che partecipa alle responsabilità degli amministratori a norma dell'articolo 32, ultimo comma, della legge 17 luglio 1890, n. 6972. Da tale responsabilità deve intendersi esonerato nei casi in cui egli abbia fatto constare espressamente il suo motivato dissenso e possa dimostrare di aver contribuito agli atti medesimi soltanto in seguito ad esplicito invito.

(È approvato)

Art. 12.

(*Collegio dei revisori*).

Il collegio dei revisori, con funzioni di vigilanza sull'attività amministrativa dell'ente ospedaliero, è composto da un rappresentante del Ministero del tesoro con funzioni di presidente e da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale nominati dai

rispettivi Ministri, nonchè da un rappresentante della Regione nominato dalla giunta regionale.

(È approvato).

Art. 13.

*(Il consiglio dei sanitari
e il consiglio sanitario centrale).*

Negli enti ospedalieri dai quali dipende un solo ospedale è istituito il consiglio dei sanitari, presieduto dal direttore sanitario e così composto:

1) dai primari in servizio di ruolo presso l'ente ospedaliero, e, nel caso che esso comprenda istituti clinici universitari di ricovero e cura, dai direttori dei medesimi;

2) da aiuti e da assistenti in numero uguale e non superiore complessivamente ai due quinti dei componenti del consiglio, eletti in separate assemblee dagli aiuti e dagli assistenti di ruolo dell'ente ospedaliero, nonchè dagli assistenti di ruolo degli istituti clinici universitari, ove esistano. Ove il numero complessivo degli aiuti e degli assistenti da eleggere risulti dispari, la differenza è attribuita agli aiuti;

3) dal direttore di farmacia in servizio di ruolo presso l'ente ospedaliero, ove esista.

Negli enti ospedalieri da cui dipendono due o più ospedali è istituito il consiglio sanitario centrale, che è presieduto dal sovrintendente sanitario ed è composto, oltre che dai primari, aiuti ed assistenti e dai direttori di farmacia in servizio di ruolo presso l'ente, ove esistano, secondo le norme previste dal precedente comma, anche dai direttori sanitari di ciascun ospedale.

Il consiglio dei sanitari e il consiglio sanitario centrale durano in carica cinque anni.

(È approvato).

Art. 14.

*(Funzioni del consiglio dei sanitari
e del consiglio sanitario centrale).*

Il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale è l'organo di consulenza tecni-

ca del consiglio di amministrazione ed esprime parere:

a) sull'acquisto di attrezzature scientifiche che rivestono particolare importanza diagnostica e terapeutica;

b) sulle deliberazioni da adottarsi, per quanto riguarda esclusivamente gli aspetti sanitari, dal consiglio di amministrazione riguardanti lo statuto, il regolamento del personale e la relativa pianta organica e sui regolamenti relativi alla organizzazione dei servizi sanitari dell'ente;

c) sulla valutazione, istituzione, soppressione o modificazione dei reparti e la fissazione delle tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche.

Esprime, inoltre, parere su ogni altra questione che gli viene sottoposta dal presidente dell'ente, dal sovrintendente o dal direttore sanitario ovvero da un quinto dei componenti, e può formulare proposte per il miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari.

È in facoltà del presidente dell'ente ospedaliero di intervenire alle adunanze del consiglio dei sanitari o del consiglio sanitario centrale delle cui convocazioni deve essergli data preventiva comunicazione.

(È approvato).

Art. 15.

(Alta sorveglianza).

Il Ministero della sanità, nel rispetto delle competenze proprie delle Regioni, esercita l'alta sorveglianza ed il controllo sugli enti ospedalieri per la tutela degli interessi sanitari generali dello Stato.

A tali fini il Ministero della sanità ha il potere di vigilanza sulla piena rispondenza dell'attività sanitaria svolta dagli enti ospedalieri ai generali interessi della salute pubblica.

Il Ministero della sanità esercita l'alta sorveglianza sugli altri istituti pubblici di ricovero e cura previsti dall'articolo 1, esclusi gli ospedali psichiatrici, per quanto attiene al loro funzionamento igienico-sanitario ed a tal fine può acquisire tutte le informazioni

e svolgere le opportune indagini ed ispezioni anche attraverso i medici provinciali.

(È approvato).

Art. 16.

(*Vigilanza e tutela*).

La vigilanza e la tutela sugli enti ospedalieri è esercitata dalla Regione a norma delle disposizioni contenute nel capo terzo del titolo quinto della legge 10 febbraio 1953, n. 62, intendendosi sostituito al prefetto o prefettura il medico provinciale.

Il comitato previsto dall'articolo 55 e le speciali sezioni di esso previste all'articolo 56 della citata legge sono integrati dal medico provinciale, rispettivamente, del capoluogo di Regione e della provincia.

Sono sottoposte al controllo di merito del comitato le deliberazioni dello statuto, quelle previste alle lettere a), b), c), d), e), g) ed i) del precedente articolo 10, nonché quelle indicate nell'ultimo comma dell'articolo 40.

PRESIDENTE. Su questo articolo da parte della Commissione è stato presentato un emendamento sostitutivo. Se ne dia lettura.

BONAFINI, Segretario:

Sostituire il terzo comma con il seguente:

« Sono sottoposte al controllo di merito del comitato le deliberazioni dello statuto, quelle previste alle lettere a), b), c), d), e), g) ed i) del precedente articolo 10 e nell'ultimo comma dell'articolo 40, nonché le deliberazioni relative a contratti di locazione di durata superiore a nove anni ».

PRESIDENTE. Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere l'avviso del Governo.

MARIOTTI, Ministro della sanità. Il Governo è favorevole.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento sostitutivo del terzo comma dell'ar-

ticolo 16, presentato dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 16 nel testo emendato. Chi lo approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo all'articolo 17. Se ne dia lettura.

BONAFINI, Segretario:

Art. 17.

(*Sospensione e scioglimento del consiglio di amministrazione*).

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero può essere sciolto con decreto motivato del Presidente della Regione su deliberazione della giunta regionale, sentito il medico provinciale, in caso di dimissioni della maggioranza del consiglio o quando questo violi persistentemente, nonostante diffida, lo statuto, le norme di legge, di regolamento o le prescrizioni del piano ospedaliero nazionale o regionale, pregiudicando gli interessi dell'ente.

Con lo stesso decreto viene nominato un commissario straordinario per la provvisoria gestione dell'ente.

Il consiglio di amministrazione deve essere ricostituito nel termine di sei mesi dalla data di notifica del decreto di scioglimento al consiglio disciolto.

PRESIDENTE. Su questo articolo da parte della Commissione è stato presentato un emendamento tendente a sopprimere al primo comma, in fine, le parole: « pregiudicando gli interessi dell'ente ». Il Governo ha già espresso parere favorevole.

Metto pertanto ai voti l'emendamento. Chi lo approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 17 nel testo emendato. Chi lo approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo agli articoli successivi. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Art. 18.

(Alta vigilanza sugli istituti ed enti ecclesiastici che esercitano l'assistenza ospedaliera)

Il Ministero della sanità esercita l'alta vigilanza anche sugli istituti ed enti ecclesiastici di cui all'articolo 1, ultimo comma, che abbiano ottenuto la classificazione di uno o più ospedali da essi dipendenti in una delle categorie di cui agli articoli da 20 a 25, in ordine all'osservanza e all'attuazione delle norme stabilite dagli organi della programmazione.

I Comitati della programmazione sono tenuti a consultare un rappresentante degli enti o istituti indicati nel comma precedente, ai fini della redazione dei piani ospedalieri.

(È approvato).

TITOLO III

REQUISITI E CLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI

Art. 19.

(Requisiti degli ospedali).

Gli ospedali, oltre a soddisfare le esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, devono avere almeno:

a) un servizio di accettazione, fornito di necessari apprestamenti per l'igiene personale dei malati e di locali adeguati per l'osservazione dei ricoverati, divisi per sesso;

b) idonei locali di degenza distinti a seconda della natura delle prestazioni, del sesso ed età dei malati;

c) locali separati per l'isolamento e la cura degli ammalati di forme diffuse;

d) adeguati servizi speciali di radiologie e di analisi;

e) servizi speciali di trasfusione e di anestesia;

f) biblioteca e sala di riunione per i sanitari;

g) servizi di disinfezione, lavanderia, guardaroba, fardelleria, bagni, cucina, dispensa;

h) servizio di pronto soccorso con adeguati mezzi di trasporto;

i) poliambulatori da utilizzarsi anche per la cura post-ospedaliera dei dimessi, per le attività di medicina preventiva e di educazione sanitaria in collegamento con le altre istituzioni sanitarie della zona;

l) servizio di assistenza religiosa;

m) sala mortuaria e di autopsia secondo le prescrizioni del regolamento di polizia mortuaria e di quella locale.

In base agli accertamenti sui requisiti previsti dal presente articolo e dai successivi articoli da 20 a 25, compiuti dal medico provinciale competente per territorio, sentito il consiglio provinciale di sanità, la giunta regionale classifica l'ospedale, attribuendogli la relativa qualifica.

(È approvato).

Art. 20.

(Categorie di ospedali)

Gli ospedali sono generali e specializzati, per lungodegenti e per convalescenti.

Gli ospedali generali si classificano nelle seguenti categorie:

a) ospedali di zona;

b) ospedali provinciali;

c) ospedali regionali.

Gli ospedali generali provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi in reparti di medicina generale, chirurgia generale e di specialità.

Gli ospedali specializzati provvedono al ricovero e alla cura degli infermi di malattie che rientrano in una o più specialità ufficialmente riconosciute.

Per le specialità non ufficialmente riconosciute la qualifica di ospedale specializzato è determinata con decreto del Ministro

della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

(È approvato).

Art. 21.

(*Ospedali generali di zona*)

Sono ospedali generali di zona quelli dotati di distinte divisioni di medicina e chirurgia, ed almeno di una sezione di pediatria e di una sezione di ostetricia e ginecologia e relativi servizi speciali, nonchè di poliambulatori anche per altre più comuni specialità medico-chirurgiche.

Il piano regionale ospedaliero può prevedere in questi ospedali, in relazione alle esigenze particolari di alcune zone, sezioni di ortopedia-traumatologia.

(È approvato).

Art. 22.

(*Ospedali generali provinciali*)

Sono ospedali generali provinciali quelli dotati di distinte divisioni di medicina generale, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria, ortopedia-traumatologia; di distinte divisioni o almeno sezioni di oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, neurologia, dermosifilopatia, odontoiatria e stomatologia, malattie infettive, geriatria e per ammalati lungodegenti, salvo che ad alcune di dette specialità non provvedano ospedali specializzati viciniari. Gli ospedali generali provinciali devono inoltre essere dotati di distinti servizi di: radiologia e fisioterapia; anatomia e istologia patologica; analisi chimico-cliniche e microbiologia; anestesia e rianimazione con letti di degenza; emotrasfusione; farmacia interna.

Possono inoltre avere: servizi di recupero e rieducazione funzionale, servizi di neuropsichiatria infantile, servizi di dietetica, servizi di assistenza sanitaria e sociale, servizio di medicina legale e delle assicurazioni sociali; scuole convitto per infermieri professionali e scuole per infermieri generici ed altri centri e scuole per l'addestramento del personale ausiliario e tecnico. Ciascun ospe-

dale generale provinciale dovrà provvedere in ogni caso ad istituire uno o più di tali od altri servizi o scuole ritenuti necessari secondo le prescrizioni del piano regionale.

Devono, altresì, provvedere all'assistenza dei convalescenti che può essere affidata anche ad ospedali viciniari.

P R E S I D E N T E . Su questo articolo, da parte della Commissione è stato presentato un emendamento tendente a sopprimere al primo comma, ultimo rigo, la parola: « emotrasfusione ».

Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere il suo avviso su questo emendamento.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Il Governo è d'accordo.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento. Chi lo approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 22 nel testo emendato. Chi lo approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Si dia lettura degli articoli successivi.

B O N A F I N I , *Segretario*:

Art. 23.

(*Ospedali generali regionali*).

Gli ospedali regionali, che devono servire una popolazione di almeno un milione di abitanti, sono quelli che, per l'organizzazione tecnica, per la dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e per le prestazioni che sono in grado di assicurare, operano prevalentemente con caratteristiche di alta specializzazione.

Essi, oltre a possedere le unità di ricovero e cura e i servizi previsti per gli ospedali provinciali, dovranno anche disporre di almeno tre divisioni di alta specializzazione medica o chirurgica, quali cardiologia, ematologia, cardiocirurgia, neurochirurgia,

chirurgia plastica, chirurgia toracica o altre specializzazioni riconosciute dal Ministero della sanità, secondo le indicazioni contenute nel piano regionale ospedaliero.

Inoltre gli ospedali regionali devono possedere distinti servizi di virologia, di prelevamento e conservazione di parti di cadavere, di medicina legale e delle assicurazioni sociali; attrezzature idonee a collaborare nella ricerca scientifica ed a contribuire alla preparazione professionale e all'aggiornamento del personale medico nonché scuole per l'addestramento del personale ausiliario e tecnico.

Ogni Regione deve avere almeno un ospedale regionale.

(È approvato).

Art. 24.

(Ospedali specializzati provinciali e regionali).

Gli ospedali specializzati sono classificati come ospedali provinciali o regionali, in base alle indicazioni del piano regionale ospedaliero, sulla base del numero dei posti-letto di cui l'ospedale dispone, dell'*hinterland* di servizio, dell'organizzazione tecnica, della dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e delle caratteristiche della specializzazione.

Gli ospedali specializzati devono, inoltre, possedere servizi di consulenza di medicina generale e chirurgia generale e ogni altro servizio previsto per le corrispondenti categorie degli ospedali generali in quanto necessari alla particolare natura dell'ospedale specializzato.

(È approvato).

Art. 25.

(Ospedali per lungodegenti e per convalescenti).

Gli ospedali per lungodegenti e per convalescenti sono classificati come ospedali di zona o provinciali in relazione alle indicazioni del piano regionale ospedaliero sulla base del numero dei posti-letto di cui l'ospe-

dale dispone, dell'*hinterland* di servizio, nonché dell'organizzazione tecnica e della dotazione strumentale e diagnostica posseduta.

Gli ospedali per lungodegenti e per convalescenti devono, inoltre, possedere ogni altro servizio previsto per le corrispondenti categorie degli ospedali generali, in quanto necessario alla specifica natura dell'ospedale.

(È approvato).

TITOLO IV

PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

Art. 26.

(Legge di programma ospedaliero).

Con legge dello Stato, avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale, verranno stabiliti, anche ai fini della programmazione ospedaliera regionale:

a) il fabbisogno dei nuovi posti-letto per il periodo di durata della legge per gli ospedali nonché per le esigenze didattiche e scientifiche delle università;

b) la ripartizione dei posti-letto tra i vari settori dell'attività ospedaliera ed ai diversi livelli organizzativo-funzionali della rete ospedaliera nazionale;

c) la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa del fabbisogno di cui al punto a);

d) i quozienti da applicare per ottenere sul piano nazionale e regionale, sulla base delle risultanze del quadro nosologico nazionale e di tutte le componenti igienico-sanitarie, geomorfologiche e socio-economico-culturali, il rapporto tra numero di posti-letto e popolazione interessata, nonché la distribuzione dei posti-letto secondo le esigenze definite al punto b), e tenuto conto delle previsioni dei piani urbanistici;

e) i criteri organizzativi e funzionali mediante i quali realizzare un attivo coordinamento tra i diversi presidi che concorrono a costituire il sistema sanitario nazionale.

Con la predetta legge verranno altresì indicati i mezzi finanziari dello Stato da destinare agli interventi per la costruzione di nuovi ospedali, per l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, ad integrazione degli interventi delle regioni nelle medesime attività.

Il disegno della legge di programma di cui ai precedenti commi è presentato al Parlamento dal Ministro della sanità di concerto con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro e della pubblica istruzione, per la parte di rispettiva competenza. Sul relativo schema di disegno di legge è sentito il Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera di cui al successivo articolo 28.

(È approvato).

Art. 27.

(Piano nazionale ospedaliero).

Il Ministro della sanità, attenendosi alle direttive del programma economico nazionale, della presente legge, della legge di programma di cui al precedente articolo 26, nonché, limitatamente ai territori meridionali, alle direttive del piano di coordinamento di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717, recepisce le indicazioni fornite dalle singole Regioni ed elabora d'intesa con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro, dei lavori pubblici e della pubblica istruzione, per la parte di relativa competenza, il piano nazionale ospedaliero, previo parere del Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera di cui al successivo articolo 28, e lo sottopone all'approvazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica. Il predetto piano è emanato con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, per la parte di sua competenza.

Il piano nazionale ospedaliero, con riferimento al periodo di durata della legge di programma di cui al precedente articolo 26, stabilisce i criteri per l'impiego dei mezzi fi-

nanziari statali di cui al secondo comma dell'articolo precedente e dei mezzi di cui dispongono gli enti ospedalieri a norma del successivo articolo 34.

A tal fine il piano:

a) determina la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa dei posti-letto da istituire a spese dello Stato;

b) definisce i criteri territoriali e qualitativi per la utilizzazione del fondo nazionale ospedaliero di cui al successivo articolo 33.

Al piano nazionale ospedaliero, con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, possono essere apportate, nel corso del quinquennio, per riconosciute esigenze sopraggiunte, varianti relativamente al fabbisogno di posti-letto stabilito per le università.

Tali varianti possono comprendere aumenti dei posti-letto in misura non superiore al 15 per cento del fabbisogno stabilito per le università. Al finanziamento della spesa occorrente per la realizzazione di tale eccedenza, si provvede con i fondi a disposizione del Ministero della pubblica istruzione.

(È approvato).

Art. 28.

(Comitato nazionale
per la programmazione ospedaliera).

È istituito il comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, nominato dal Ministro della sanità, che lo presiede, e composto:

a) dagli assessori regionali della sanità;

b) da tre esperti nominati dal Ministro della sanità;

c) da tre rappresentanti designati dalle confederazioni generali dei lavoratori più rappresentative;

d) da cinque rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere designati dalle rispettive federazioni nazionali delle associazioni;

e) da sei rappresentanti dei medici ospedalieri, di cui quattro designati dalle orga-

nizzazioni sindacali più rappresentative e due designati dalla Federazione degli ordini dei medici ed inoltre da un clinico universitario e da un assistente di ruolo universitario, designati dalle rispettive associazioni;

f) da quattro rappresentanti dell'unione delle province d'Italia e da otto rappresentanti dell'associazione nazionale dei comuni d'Italia;

g) da 14 rappresentanti delle amministrazioni statali interessate, di cui tre in rappresentanza rispettivamente dei Ministeri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, due rispettivamente dei Ministeri dei lavori pubblici e della pubblica istruzione e uno rispettivamente dei Ministeri dell'interno, del bilancio e della programmazione economica, del tesoro e del Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno.

Disimpegna le funzioni di segretario un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità con qualifica non inferiore a ispettore generale.

Il comitato dura in carica cinque anni.

(È approvato).

Art. 29.

(Piano regionale ospedaliero).

Ciascuna Regione provvede a programmare i propri interventi nel settore ospedaliero con la legge di approvazione del piano quinquennale degli interventi relativi alle materie in cui la Regione stessa ha potestà legislativa.

La predetta legge si uniforma alle scelte del programma economico nazionale nonchè ai principi della presente legge e della legge di programma di cui al precedente articolo 26 e indica la previsione degli interventi regionali relativi all'impianto di nuovi ospedali, all'impianto, trasformazione, ammodernamento o soppressione degli ospedali esistenti in relazione al fabbisogno dei posti-letto distinti per acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti, alla efficienza delle attrezzature, alla rete viabile ed alle condizioni geomorfologiche ed igienico-sanitarie della popolazione.

Parimenti, nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione, potrà essere realizzata se non sia prevista nella predetta legge.

Il piano prevede l'esistenza di almeno un ospedale di zona che sia in grado di servire una popolazione da venticinquemila fino a cinquantamila abitanti; di almeno un ospedale provinciale che sia in grado di servire una popolazione fino a quattrocentomila abitanti e di almeno un ospedale regionale per ogni Regione.

La legge regionale prevede la costituzione di nuovi Enti ospedalieri, la fusione e la concentrazione di quelli esistenti in relazione alle esigenze di cui ai precedenti commi e tenuto anche conto dei criteri di economicità di gestione.

Nessun ente pubblico, nè alcuno degli enti o istituti ecclesiastici, che abbiano ottenuto la classificazione di propri ospedali ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 1, potrà istituire nuovi stabilimenti di ricovero e cura che non siano previsti nella legge di cui ai commi precedenti, salvo, per le università, quanto previsto dall'articolo 27, ultimo comma.

Parimenti, nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione o ammodernamento potrà essere realizzata se non sia prevista nella predetta legge ad eccezione degli istituti e cliniche universitarie di ricovero e cura, per trasformazioni, ammodernamenti e costruzioni, purchè non comportino aumenti di posti-letto.

Nella legge regionale devono essere indicati i mezzi finanziari per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione o l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, e la loro ripartizione in relazione agli obiettivi indicati dalla legge stessa per il settore ospedaliero.

Qualora la Regione non provveda a quanto disposto dal presente articolo il Ministro della sanità invia un suo commissario per la convocazione d'ufficio del Consiglio regionale.

P R E S I D E N T E . Da parte della Commissione sono stati presentati all'articolo 29 un emendamento aggiuntivo al ter-

zo comma ed un emendamento sostitutivo all'ultimo comma. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , *Segretario:*

Al terzo comma, dopo le parole: « ampliamento, trasformazione », inserire le altre: « salvo adattamenti dovuti ad esigenze di funzionalità »;

All'ultimo comma, sostituire le parole: « invia un suo commissario », con le altre: « promuove gli atti necessari ».

P R E S I D E N T E . Invito il Governo ad esprimere il suo avviso sugli emendamenti in esame.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Il Governo è d'accordo.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento aggiuntivo al terzo comma proposto dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento sostitutivo all'ultimo comma proposto dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metti ai voti l'articolo 29 nel testo emendato. Chi lo approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo agli articoli successivi. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , *Segretario:*

Art. 30.

(Comitato provinciale di coordinamento).

In ogni provincia è istituito un comitato provinciale di coordinamento nominato e presieduto dal medico provinciale e composto dai presidenti dei consigli di amministrazione e da un rappresentante di ogni consiglio di sanitari degli enti ospedalieri operanti nella provincia, oltre che, ove esista, da un

rappresentante della facoltà di medicina dell'Università degli studi.

Il comitato ha il compito di coordinare l'attività ospedaliera nell'ambito della provincia in relazione anche alle attività in essa esercitate dagli altri presidi sanitari.

(È approvato).

Art. 31.

*(Finanziamento
del piano regionale ospedaliero).*

Nei bilanci delle singole Regioni devono essere stanziati, in relazione ai mezzi finanziari resi disponibili per il settore ospedaliero dal piano quinquennale degli interventi regionali di cui al precedente articolo 29, le somme necessarie per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali esistenti, nonché per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

La realizzazione delle opere indicate nel precedente comma sarà effettuata secondo le norme che saranno emanate dalla Regione.

(È approvato).

TITOLO V

DISPOSIZIONI FINANZIARIE PER GLI ENTI OSPEDALIERI

Art. 32.

(Retta di degenza).

La retta giornaliera di degenza è determinata con apposita deliberazione del consiglio di amministrazione di ciascun ente ospedaliero.

La retta giornaliera di degenza è determinata sulla base del costo complessivo dell'assistenza sanitaria ospedaliera prestata agli infermi.

La retta deve comprendere tutte le spese sostenute dall'ente per la retribuzione del dipendente personale, per la diagnosi, la cura ed il mantenimento degli infermi, quelle necessarie per assolvere i compiti previsti dagli articoli 2, primo e secondo comma, e 47 della

presente legge, nonchè ogni altra spesa che concorra a formare il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera.

Nella retta devono essere comprese, altresì, le spese a carico dell'ente ospedaliero iscritte nel bilancio dell'anno cui si riferiscono le spedalità, per l'ammortamento, il rinnovo e l'ammodernamento delle attrezzature ospedaliere per una quota non superiore complessivamente al quattro per cento della retta determinata a norma dei precedenti commi.

Le spese di gestione dei centri per le malattie sociali e del lavoro non possono determinare aggravii sulla retta di degenza in misura superiore al venti per cento del loro importo e, comunque, in misura eccedente l'uno per cento dell'ammontare della retta.

I proventi delle rette ospedaliere possono, solo e fino ad un ventesimo del loro ammontare, essere ceduti in delegazione per la stipulazione di mutui destinati al finanziamento delle opere previste al successivo articolo 34.

Per i ricoverati in camere speciali il Consiglio di amministrazione di ciascun ente ospedaliero determina una retta differenziata riferita al ricovero e al mantenimento dei pazienti.

Le tariffe per le prestazioni professionali nei riguardi dei ricoverati in sale speciali sono di massima quelle previste dalla tariffa minima nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche.

P R E S I D E N T E . Da parte dei senatori Di Prisco, Tomassini e Preziosi è stato presentato all'articolo 32 un emendamento sostitutivo. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Sostituire i primi sei commi con i seguenti:

« La retta giornaliera di degenza è determinata sulla base del costo complessivo del ricovero e della cura del degente.

La retta comprende esclusivamente le spese sostenute dall'ente per la retribuzione del personale dipendente (non comprendendo in questa gli assegni da corrisondersi agli interni neo-laureati nel tirocinio obbligatorio), per la diagnosi, la cura ed il mantenimento degli infermi.

Le altre spese sostenute dall'ente non possono determinare aggravii sulla retta di degenza ».

P R E S I D E N T E . Il senatore Di Prisco ha facoltà di illustrare questo emendamento.

* **D I P R I S C O .** Brevemente, onorevoli colleghi, perchè di questa questione se ne è parlato anche durante la discussione generale e all'inizio della discussione all'articolo 1. Si tratta della retta giornaliera degli ospedali. Da quanto previsto dal testo in esame la retta ospedaliera continua ad essere composta dalle voci che riguardano non solo i problemi connessi alle cure, ma anche quelli di carattere amministrativo ai quali l'ospedale deve far fronte.

Noi riteniamo invece che la retta debba essere esclusivamente basata sul costo del ricovero e della cura del degente e che pertanto ogni altro intervento di ordine finanziario dell'amministrazione dell'ospedale non possa gravare su questa stessa retta.

È inutile che mi dilunghi ad illustrare il motivo di questa nostra convinzione, mi sembra che la precisazione di questo esposto sia già sufficiente di per sé.

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il loro avviso sull'emendamento in esame.

S A M E K L O D O V I C I , relatore. La Commissione è contraria.

* **M A R I O T T I , Ministro della sanità.** Onorevole Presidente, io devo una doverosa risposta per chiarire definitivamente la posizione del Governo e le ragioni per cui non può venire accolto questo emendamento.

Credo si sia d'accordo tutti sull'opportunità che si arrivi ben presto al superamento di una situazione che tiene ancora in vita il sistema della retta. Ma in fondo quello che chiede il senatore Di Prisco, che la retta non sia onnicomprensiva dei costi di gestione, ed anche, direi, di investimenti di capitale per mutui di nuove costruzioni, di fatto avviene.

Infatti, se è vero che il sistema contributivo dei lavoratori si è fermato al 1958, ed i lavoratori pagano nell'ambito della dinamica salariale la differenza delle cento o delle duecento lire in più d'aumento dal 1958 ad oggi, con questi 476 miliardi che lo Stato deve dare agli ospedali per conto delle mutue quale situazione si viene oggi di fatto a determinare? Che il contributo dello Stato è stato quello determinante e quindi la depurazione della retta di tutte quelle spese a cui lei, senatore Di Prisco, faceva riferimento e che secondo me sono defalcabili e debbono essere a carico dello Stato, di fatto è già avvenuta, anche se non si è ancora, *de iure*, in condizione di precisare tutti gli elementi che compongono la retta e coloro che intervengono. Per queste ragioni, in attesa che si possa giungere rapidamente a questo servizio sanitario nazionale che si alimenterà attraverso una imposta che grava sulla generalità dei cittadini, oggi non possiamo accogliere quanto lei, senatore Di Prisco suggerisce, anche se è condiviso, perchè attualmente, nella realtà in cui operiamo, ciò non è possibile.

P R E S I D E N T E . Senatore Di Prisco mantiene l'emendamento?

D I P R I S C O . Insisto.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento proposto dai senatori Di Prisco, Tomassini e Preziosi. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 32. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo all'articolo 33. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Art. 33.

(Fondo nazionale ospedaliero).

Nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità sarà iscritto in apposito capitolo il fondo nazionale ospedaliero.

Il fondo è destinato alla concessione da parte del Ministero della sanità di contributi e sussidi agli enti ospedalieri per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali e per il miglioramento e adeguamento di esse nei casi in cui la quota della retta di degenza prevista nel quarto comma dell'articolo 32 non riesca a coprire le spese occorrenti, osservando le norme dell'articolo 5 della legge 26 giugno 1965, n. 717; nonché al pagamento dell'integrazione a carico dello Stato degli assegni ai medici interni secondo le norme di cui al successivo articolo 47.

All'onere derivante dall'applicazione della presente norma, calcolato per l'anno 1967 in lire 10 miliardi, si farà fronte mediante riduzione di una somma di pari importo dal capitolo n. 5381 iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per i provvedimenti legislativi in corso.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio.

Al fondo previsto dal presente articolo affluiscono altresì i proventi di donazioni, eredità e legati che pervengano allo Stato con destinazione all'assistenza ospedaliera.

Il fondo nazionale ospedaliero viene inoltre annualmente incrementato a partire dal 1968 con somme stanziare con la legge ordinaria di bilancio e destinate alla concessione da parte del Ministero della sanità di contributi diretti a fronteggiare esigenze funzionali degli enti ospedalieri in condizioni di particolari necessità in rapporto alle finalità di cui all'articolo 2.

P R E S I D E N T E . Da parte dei senatori Di Prisco, Schiavetti, Lussu, Albarello, Masciale, Passoni, Roda, Zannini e Preziosi è stato presentato un emendamento sostitutivo di questo articolo. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Sostituire l'articolo con il seguente:

« Nel bilancio di previsione dello Stato è istituito, in apposito capitolo, il fondo nazionale ospedaliero.

Il fondo è destinato:

1) al pagamento immediato a favore degli enti ospedalieri delle rette di degenza e delle prestazioni ambulatoriali a carico dello Stato, delle provincie, dei comuni e degli enti mutualistici ed assicurativi;

2) agli interventi dello Stato per finanziare la redazione dei piani ospedalieri;

3) ad erogare contributi agli enti ospedalieri per le attività di ricerca didattica e di educazione sanitaria, e per le attività diagnostiche, curative, profilattiche e riabilitative perseguite dagli enti stessi;

4) agli interventi finanziari dello Stato diretti a favorire l'assunzione dei mutui di cui al penultimo comma.

Il fondo è costituito:

a) dalle somme dovute agli enti ospedalieri dagli enti mutualistici ed assicurativi per l'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale dei mutuati ed assicurati;

b) dalle somme dovute dai comuni, dalle provincie e dallo Stato agli enti ospedalieri per l'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale ai cittadini aventi diritto a norma delle vigenti disposizioni. Le somme dovute dai comuni del Mezzogiorno o delle zone depresse dell'Italia centro-settentrionale per il pagamento delle rette di loro competenza sono ridotte del 50 per cento;

c) dalle somme attualmente iscritte nel bilancio di previsione dello Stato, nella tabella dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità e di altri Ministeri, destinate, a norma della vigente legislazione, al finanziamento delle costruzioni, ampliamenti, trasformazioni e completamenti di ospedali, oltre che al rinnovo e potenziamento delle loro attrezzature e allo svolgimento nell'ambito istituzionale ospedaliero di attività di studio e di ricerca didattica e di educazione sanitaria;

d) dalle somme da iscrivere nel bilancio di previsione dello Stato per gli interventi finanziari diretti a favorire l'assunzione di mutui da parte degli enti ospedalieri per il ripiano delle passività di bilancio;

e) dai proventi delle vendite del patrimonio delle opere pie soggette a estinzione per esaurimento dei propri fini istituzionali.

Fino all'entrata in vigore delle norme concernenti il fondo nazionale ospedaliero, è istituito nel bilancio di previsione dello Stato, nella tabella dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, un fondo provvisorio ospedaliero di lire 50 miliardi destinato a favorire l'assunzione da parte degli enti ospedalieri dei mutui per il ripiano delle passività di bilancio.

All'onere derivante dal presente articolo si farà fronte per l'esercizio in corso mediante prelievo dal capitolo 3523 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1967 ».

P R E S I D E N T E . Senatore Di Prisco, mantiene l'emendamento?

*** D I P R I S C O .** Anche qui il problema della ricostituzione del fondo si riallaccia alla stessa impostazione di ordine generale che abbiamo sostenuto. Quindi, è inutile che mi ripeta; ascolterò la replica del relatore e del Ministro, ma insisterò per la votazione.

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il loro avviso sull'emendamento in esame.

S A M E K L O D O V I C I , relatore. La Commissione è contraria.

M A R I O T T I , Ministro della sanità. Anche il Governo è contrario.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento sostitutivo proposto dai senatori Di Prisco, Schiavetti ed altri. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

Non è approvato.

Anche da parte dei senatori Cassese, Orlandi, Minella Molinari Angiola, Zanardi, Simonucci, Scotti, Di Paolantonio e Barontini è stato presentato un emendamento sostitutivo dell'articolo 33. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , *Segretario:*

Sostituire l'articolo con il seguente:

« Nel bilancio di previsione dello Stato è istituito in apposito capitolo il Fondo nazionale ospedaliero. Esso è costituito:

1) dalle somme destinate dallo Stato agli Enti mutualistici ed assicurativi per contribuire al pagamento della ospedalità;

2) dalle somme destinate dai Comuni, dalle Province, dalle Regioni e dallo Stato all'assistenza ospedaliera;

3) dalle somme erogate nel bilancio dello Stato per finanziare le costruzioni ospedaliere e l'acquisto delle relative attrezzature;

4) dalle rendite dei patrimoni degli Enti ospedalieri e da eventuali donazioni e lasciti, destinati istituzionalmente al finanziamento dell'assistenza ospedaliera.

Il Fondo è destinato:

1) al pagamento delle rette di degenza in ospedale di tutti i cittadini italiani e stranieri;

2) al finanziamento dei piani regionali ospedalieri previsti dall'articolo 31;

3) all'erogazione dei mezzi finanziari occorrenti agli ospedali per svolgere l'attività sanitaria di prevenzione, di cura e recupero, di preparazione professionale del personale tecnico-sanitario, di educazione sanitaria, di ricerca e indagine scientifica e medico sociale ».

P R E S I D E N T E . Il senatore Cassese ha facoltà di illustrare questo emendamento.

C A S S E S E . Noi insistiamo per la votazione di questo emendamento e vogliamo ricordare al Ministro pochissime cose, senza ripetere quanto già detto in Commissione durante l'esame in sede referente del disegno di legge, quanto abbiamo detto qui in Aula e quello che ancora abbiamo ripetuto ieri sera in Commissione. Facciamo presente innanzitutto al Ministro che il nostro non è un emendamento rivoluzionario, ma un emendamento coordinatore di quelli che sono gli sforzi che in campo ospedaliero in

buona parte già vengono fatti; coordinatore nel senso che noi prendiamo somme che sono già state utilizzate dallo Stato, dai comuni, dalle provincie, dalle regioni, nonché dagli enti mutualistici, (le somme date dallo Stato in contributi agli enti mutualistici), per l'assistenza ospedaliera. Decidiamo qui di utilizzare queste somme per assicurare l'assistenza ospedaliera a tutti quanti i cittadini italiani e per potenziare la nostra rete ospedaliera. Che cosa vuole questo nostro emendamento, inoltre? Fare un passo avanti sul terreno della creazione e dell'avvio del servizio sanitario nazionale. Se noi, dopo avere approvato il capitolo VII del piano di sviluppo economico, nell'esame che facciamo di questa legge, che dovrebbe rientrare nelle direttive di quel capitolo VII e dovrebbe recepire quello che in esso è il concetto espresso a chiare lettere, cioè la creazione di un servizio sanitario nazionale, non facciamo poi tutto ciò, veniamo meno ad un impegno assunto il giorno in cui è stata approvata la legge che riguarda il piano di sviluppo economico. Queste ragioni noi portavamo al Ministro ieri sera in Commissione ed egli, nel rispondere alle nostre tesi chiaramente espresse in questo emendamento, ci disse che i tempi sono maturi. Signor Ministro, lei ieri sera in Commissione disse che i tempi sono maturi per creare un fondo ospedaliero, per provvedere all'assistenza ospedaliera per tutti i cittadini, per incrementare la nostra rete ospedaliera, ma che non esistono le condizioni politiche per poter oggi realizzare tutto questo. Noi vorremmo, signor Ministro, che lei facesse uno sforzo e che cercasse di fare su questo nostro emendamento, combattendo con noi questa battaglia qui in Aula per convincere la maggioranza dei colleghi ad approvarlo, per avviare così, come è nelle sue intenzioni, quel servizio sanitario nazionale.

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il loro avviso sull'emendamento in esame.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore.* Allo stato attuale, la Commissione è contraria.

* M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Il Governo è contrario per queste considerazioni: con questo emendamento si indicano i titoli che dovrebbero in realtà costituire il fondo nazionale ospedaliero. Voglio dirle, senatore Cassese, che questi non sarebbero sufficienti per un servizio sanitario nazionale come lo intendiamo tutti e come si è sviluppato e si è andato figurando nel corso del dibattito in sede di Commissione. Infatti, in sostanza, noi dovremmo avere tutti i contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro, che oggi affluiscono agli enti mutualistici, e poi quello che lei sta dicendo; però il Governo non potrebbe, in realtà, emettere ogni anno buoni polienali del tesoro contando sul risparmio privato, ma può applicare un'imposta che possa dare all'incirca 2.500 miliardi.

Pertanto, i titoli di spesa con i quali voi pensate di alimentare il fondo non sarebbero sufficienti, ed ogni anno il Governo sarebbe costretto ad emettere titoli di Stato per poter disporre di una somma adeguata, così come ha fatto per la sanatoria degli enti mutualistici. Bisogna, quindi, studiare una imposta, o un'addizionale ad una imposta permanente, o un'imposta speciale non prevista dalla Costituzione, ma che nella sua globalità possa realizzare per lo meno 2.500 miliardi di lire che consentano, attraverso una razionale distribuzione legata alla programmazione regionale, di poter arrivare a conseguire quegli obiettivi che lei, senatore Cassese, ha annunciato e sui quali io sono d'accordo, ma che potranno essere attuati tra due o tre anni e non attualmente. Ed è per questo senso di realismo che il Governo è contrario al suo emendamento.

P R E S I D E N T E . Senatore Cassese, mantiene il suo emendamento?

C A S S E S E . Sì, signor Presidente.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti lo emendamento presentato dai senatori Cassese, Orlandi ed altri. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

Non è approvato.

Passiamo alla votazione dell'articolo 33 nel suo complesso.

M A C C A R R O N E . Domando di parlare per dichiarazione di voto.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

M A C C A R R O N E . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, io voto contro l'articolo 33 per alcuni motivi. In primo luogo, l'articolo contiene disposizioni contrarie alla legge di contabilità, che non mi sento di approvare soprattutto dopo il recente rilievo fatto dalla Corte dei conti sul bilancio consuntivo del 1966 e le considerazioni che su di esso ha svolto il Senato in tutti i suoi settori.

L'articolo 33 demanda ancora alla legge di bilancio la possibilità di stanziare nuove somme per finanziare attività, che dovrebbero trovare il loro finanziamento nelle leggi sostanziali e non nelle leggi di bilancio.

In secondo luogo, sono contrario a questo articolo perchè esso contiene una disposizione con la quale si fissa un finanziamento per il 1967, che è un esercizio ormai scaduto e che, quindi, dovrebbe essere corretto. In terzo luogo, perchè questo articolo che dovrebbe finanziare delle somme per il 1968 non ha copertura in bilancio.

Sono questi tre motivi, che da soli annullano la portata di questo famoso fondo nazionale ospedaliero — presentato come uno degli elementi cardine della legge — che mi inducono a votare contro l'articolo.

È vero che sarà presentato un emendamento finale che modificherà in parte e rimedierà agli inconvenienti dell'articolo 33; però, dal momento che stiamo in questa sede ed in questa sede è necessario precisare il punto di vista di ciascuno dei membri dell'Assemblea, sento il dovere di dire che per questi motivi, per il fatto che il fondo nazionale ospedaliero praticamente non esiste nella legge, salvo gli accorgimenti che il Senato vorrà introdurre, io voto contro.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'articolo 33 nel suo complesso. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Art. 34.

(Garanzia per l'assunzione dei mutui).

La Cassa depositi e prestiti e gli enti ed istituti pubblici autorizzati a concedere mutui garantiti da delegazioni con i comuni e le province possono concedere mutui agli enti ospedalieri per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali esistenti, l'acquisto di edifici già costruiti, purchè rispondenti ai requisiti richiesti per gli ospedali, nonchè per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro, saranno definite le modalità relative al conferimento delle delegazioni.

Gli enti di previdenza sono autorizzati nei limiti del dieci per cento delle disponibilità investibili in beni patrimoniali a concedere mutui agli enti ospedalieri.

(È approvato).

TITOLO VI

ORDINAMENTO DEI SERVIZI
E DEL PERSONALE

Art. 35.

(Struttura interna degli ospedali).

Gli ospedali sono costituiti da sezioni, divisioni, servizi speciali per diagnosi e cura e servizi generali.

(È approvato).

Art. 36.

(Struttura interna degli ospedali generali)

Negli ospedali generali la sezione è l'unità funzionale che deve comprendere non meno di 25 e non più di 30 posti-letto.

Negli stessi ospedali le sezioni di specialità possono comprendere anche un numero di posti-letto che in ogni caso non può essere inferiore a 15. Queste sezioni, ove non esista la relativa divisione, sono di regola aggregate ad una divisione affine.

La divisione è composta da due o più sezioni e costituisce l'unità ospedaliera in grado, per attrezzatura e servizi, di funzionare autonomamente.

Negli ospedali generali la divisione deve comprendere non meno di cinquanta e non più di cento posti-letto.

Negli stessi ospedali le divisioni di specialità possono comprendere anche un numero inferiore di posti-letto che in ogni caso non può essere inferiore a trenta.

I servizi speciali di diagnosi e cura forniscono prestazioni specializzate e di norma non dispongono di letti di degenza o ne hanno in numero limitato.

P R E S I D E N T E . Su questo articolo è stato presentato dalla Commissione un emendamento tendente a sostituire il terzo e il quarto comma con il seguente: « La divisione è composta da due o più sezioni e comprende non meno di 50 e non più di 100 posti-letto ».

Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere l'avviso del Governo.

M A R I O T T I , Ministro della sanità.
Il Governo è favorevole.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti lo emendamento sostitutivo proposto dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Sempre sull'articolo 36 è stato presentato un altro emendamento dalla Commissione tendente a sostituire all'ultimo comma le parole: « in numero limitato », con le altre: « un numero che, comunque, non può essere superiore a quello previsto per le sezioni di specialità ».

Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere l'avviso del Governo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Il Governo è favorevole.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento sostitutivo proposto dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 36 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Si dia lettura degli articoli successivi.

B O N A F I N I , *Segretario:*

Art. 37.

*(Struttura interna
degli ospedali specializzati).*

Negli ospedali specializzati le sezioni devono comprendere non meno di quindici posti-letto e non più di venti.

Negli stessi ospedali le divisioni devono comprendere non meno di trenta posti-letto e non più di ottanta.

(È approvato).

Art. 38.

*(Struttura interna per gli ospedali
per lungodegenti e convalescenti).*

Negli ospedali per lungodegenti e per convalescenti le sezioni devono comprendere non meno di 25 e non più di 30 posti-letto.

Negli stessi ospedali le divisioni devono comprendere non meno di 80 e non più di 120 posti-letto.

(È approvato).

Art. 39.

(Personale degli enti ospedalieri).

Il personale degli enti ospedalieri è costituito dal personale sanitario, amministrativo, tecnico, sanitario ausiliario, esecutivo e di assistenza religiosa.

Il personale sanitario è costituito dai medici e dai farmacisti.

Il personale amministrativo è costituito dal segretario generale o direttore amministrativo, dal personale dirigente, di concetto e d'ordine.

Il personale sanitario ausiliario è costituito dalle ostetriche, dalle assistenti sanitarie visitatrici, dagli infermieri professionali, dalle vigilatrici dell'infanzia, dalle assistenti sociali, dai fisiochinesiterapisti, dai dietisti, dagli infermieri generici e dalle puericultrici.

Il personale tecnico è costituito dai tecnici specializzati per i laboratori di indagine e diagnosi e di terapie speciali.

Il personale esecutivo è costituito dai portantini, dal personale di cucina, pulizia, custodia e degli altri servizi simili.

Possono essere istituiti altri ruoli speciali di personale sanitario e tecnico con compiti rispettivamente direttivi e ausiliari in relazione alle reali esigenze dell'ente ospedaliero.

Il personale di assistenza religiosa è costituito da ministri del culto cattolico, per l'assistenza religiosa agli infermi di confessione cattolica. Gli infermi di altre confessioni hanno diritto all'assistenza dei ministri dei rispettivi culti.

P R E S I D E N T E . Su questo articolo è stato presentato dalla Commissione un emendamento sostitutivo. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , *Segretario:*

Al quarto comma, sostituire le parole: « fisiochinesiterapisti », con le altre: « terapisti della riabilitazione ».

P R E S I D E N T E . Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere l'avviso del Governo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Il Governo è favorevole.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento proposto dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 39 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Si dia lettura dell'articolo 40.

B O N A F I N I , Segretario:

Art. 40.

(Norme delegate sull'ordinamento dei servizi degli enti ospedalieri e dei servizi di assistenza negli istituti e cliniche universitarie di ricovero e cura e sullo stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri).

Il Governo della Repubblica, sentita una Commissione parlamentare di 10 senatori e di 10 deputati, nominati rispettivamente dal Presidente del Senato della Repubblica e dal Presidente della Camera dei deputati, è autorizzato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, e, per la parte di sua competenza, con il Ministro della pubblica istruzione, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate, compresi i rappresentanti dei clinici e degli assistenti universitari, e dei rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere designati dalla relativa associazione, uno o più decreti aventi forza di legge ordinaria nelle seguenti materie:

- 1) ordinamento interno dei servizi ospedalieri;
- 2) ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura;
- 3) stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri, salvo quanto stabilito nel comma seguente.

Il rapporto di lavoro, per quanto riguarda il trattamento e gli istituti normativi di carattere economico, è stabilito, previ accordi

nazionali tra i sindacati e le associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri, dai singoli enti ospedalieri con delibere soggette ai controlli di legge.

P R E S I D E N T E . Da parte dei senatori Boccassi, Cassese, Orlandi, Maccarone, Zanardi e Minella Molinari Angiola è stato presentato su questo articolo un emendamento sostitutivo in via principale e un emendamento sostitutivo in via subordinata. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Sostituire l'ultimo comma con il seguente:

«I dipendenti degli enti ospedalieri sono pubblici dipendenti il cui rapporto di lavoro è regolato dal contratto nazionale stipulato tra i sindacati e le associazioni rappresentanti degli enti ospedalieri».

In via subordinata, sostituire l'ultimo comma con il seguente:

«Il rapporto di lavoro è regolato su contratti da stipularsi tra le rappresentanze dei lavoratori dipendenti e le rappresentanze degli enti ospedalieri».

P R E S I D E N T E . Il senatore Boccassi ha facoltà di illustrare questi emendamenti.

B O C C A S S I . Nell'illustrare gli emendamenti presentati all'articolo 40, desidero illustrare anche quelli presentati agli articoli 42 e 43, perchè sono connessi ai primi e anzi derivano dallo spirito e dalla lettera dell'articolo 40.

È noto, onorevoli colleghi, che nel testo del disegno di legge che è stato approvato nell'altro ramo del Parlamento vi era tra l'articolo 40 e i successivi articoli 42 e 43 una profonda contraddizione che andava eliminata: la contraddizione della delega al Governo che comprendeva la regolamentazione del rapporto di impiego; regolamentazione che deve essere lasciata alla contrattazione collettiva.

Il testo degli articoli 40, 42 e 43, che oggi ci viene proposto dalla Commissione e che il relatore Samek Lodovici ha egregiamente e ampiamente richiamato nella sua relazione, pure eliminando quelle stridenti contraddizioni che conteneva il testo della legge approvato dalla Camera, contiene però ancora alcune formulazioni non del tutto chiare e che sembra quanto mai opportuno eliminare.

In sostanza si tratta di rendere funzionali, rispetto all'articolo 40, gli articoli 42 e 43. Occorre sottolineare quindi che, sia pure parzialmente e imperfettamente, la legge riguardante il programma economico nazionale per il quinquennio 1966-70 ed il disegno di legge in discussione hanno riconosciuto la esistenza di una spinta nuova nella realtà degli ospedali che ha profondamente mutato la natura e la funzione degli ospedali di oggi, che non sono più semplicemente il luogo dove si cerca di restituire la salute a chi l'ha perduta, ma costituiscono uno dei pilastri della tutela della salute. L'ospedale di oggi, infatti, è diretto alla prevenzione e alla riabilitazione non meno che alla diagnosi e alla cura. Accanto a questa nuova configurazione sociale, occorre ricordare che è in atto anche negli ospedali una profonda rivoluzione tecnologica. Tutto questo bisogna tener presente per avere poi un chiaro concetto di contrattazione nazionale del lavoro dei medici. Infatti il contratto di lavoro deve tener conto non soltanto della realtà di ieri, ma di quella di oggi e possibilmente anche di quella di domani.

A questo punto noi dobbiamo porci una domanda preliminare di importanza fondamentale: è possibile un contratto di lavoro per delle persone che hanno un rapporto di lavoro con un ente pubblico qual è l'ospedale? Noi affermiamo di sì. Possiamo quindi rispondere in senso affermativo a questa domanda. Ma, affermata questa possibilità, noi dobbiamo sottolineare che nella dizione di « contratto nazionale di lavoro » si configurano alcune implicazioni essenziali. Quali sono queste implicazioni? La libertà reciproca delle parti contraenti, la validità e l'idoneità di queste parti, l'uniformità di trattative e di trattamento per tutti i medici

di tutti gli ospedali del Paese, la garanzia di esecuzione dei disposti contrattuali ovunque e per tutti e la scadenza e la rinnovabilità del contratto in tempi liberamente concordati.

Onorevoli colleghi, basta dare una rapida scorsa a questa elencazione delle implicazioni che ho testè riferito, che scaturiscono da un contratto nazionale di lavoro, per evidenziare il comparire di elementi idonei a sanare dei mali secolari, mali secolari non ultimi responsabili della crisi dell'ospedale e della triste condizione dei medici ospedalieri e del personale dipendente nel nostro paese. Ovviamente il contratto, accanto a questi aspetti giuridici di immediata efficacia pratica, ha un suo aspetto fondamentale di realizzazione del miglioramento economico dei medici ospedalieri e dei dipendenti. Ma, nello spazio di azione contrattuale, non possiamo limitarci ad enunciare la evidente verità degli aspetti normativi ed economici sui quali non vi possono essere dei dubbi. Piuttosto, se noi non vogliamo equivocare, dobbiamo precisare che per regolamentazione giuridica della figura del medico non intendiamo lo *status* giuridico del medico di ospedale, il quale è e rimane quello definito dalla legge, cioè di una persona che opera alle dipendenze di un ente pubblico e che non è certo materia di contrattazione sindacale. Piuttosto, dobbiamo precisare che per regolamentazione contrattuale in campo giuridico noi dobbiamo intendere, invece, quella regolamentazione che regola la posizione e la figura del medico, ad eccezione del suo *status*, ma nell'ambito di quello *status*, regola le implicazioni giuridiche del settore di contrattazione economica e normativa, ed è attraverso il contratto, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, che i medici sono chiamati ad essere parte attiva della vita dell'ospedale e a partecipare con responsabilità alla strutturazione ed alle funzioni dell'ospedale. È attraverso il contratto che si apre la strada a quel medico nuovo, in quell'ospedale nuovo che noi vogliamo con questa legge, non dico creare, ma avviare.

Nel contratto nazionale di lavoro, si deve necessariamente e dinamicamente adeguare le strutture ai compiti, e per strutture si

intendono sia la strutturazione tecnica, funzionale dell'ospedale che è in continua evoluzione, sia le condizioni di lavoro del medico che è il motore di queste strutture. Pertanto, se non si vuole che il medico di ospedale segua vie esterne, alla ricerca di un trattamento più remunerativo, bisogna garantirgli un adeguato trattamento economico, ed una concreta carriera che gli permetta di assumere responsabilità autonome e poteri direzionali, anche se non arriva al vertice della sua carriera, se non arriva ad essere direttore dell'ospedale o primario.

Ci si potrà dire che il contratto nazionale di lavoro ha tale funzione o dovrebbe averla. Ma noi riteniamo necessario, onorevoli colleghi, ribadire questo aspetto della contrattazione, per raggiungere lo scopo di stimolare nel medico ospedaliero il miglioramento culturale e la qualificazione professionale che, sia pure nell'ambito della propria autonomia, si inserisca in un lavoro associativo, di *équipe*; e tutto ciò certamente a beneficio di una più qualificata, di una più valida assistenza sul piano sociale.

Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, questi sono i motivi dei nostri emendamenti all'articolo 40, che tendono ad eliminare il più possibile da formulazione ambigua, oltremodo ambigua, quale è per noi quella secondo la quale le norme delegate dovranno anche stabilire le attribuzioni del personale (articolo 42, punto 2), potendosi intendere con tale termine anche istituti normativi di carattere economico i quali sono, invece, demandati giustamente alla contrattazione sindacale.

La stessa osservazione noi facciamo per l'articolo 43 sia per quanto riguarda il titolo dell'articolo che potrebbe generare dei dubbi sulla reale portata e sull'effettivo valore dell'articolo 40, sia perchè delimita la materia, sottratta alla contrattazione sindacale, che è demandata a norme delegate. Alla lettera d) dell'articolo 43 abbiamo presentato un emendamento relativo al « tempo definito » perchè noi lo riteniamo incompatibile con le esigenze della moderna medicina. Pertanto riproponiamo quanto era previsto nel primitivo testo del disegno di legge presentato dall'onorevole Ministro. Riteniamo

sia da eliminare qualsiasi esercizio professionale privato negli ospedali perchè in palese contrasto con la natura pubblica dell'ospedale ed è una concessione che può dar luogo a dei gravi provvedimenti. Sempre alla lettera d) dell'articolo 43 alla prima riga la espressione « stato giuridico » va intesa, secondo noi, nel senso di stato giuridico contrattuale.

Alla lettera f) avevamo proposto un emendamento soppressivo che poi è stato ritirato, non da me, perchè il collocamento in aspettativa degli ospedalieri eletti a cariche pubbliche, come per gli universitari, comporta il mantenimento dello stipendio professionale e crea non soltanto un aggravio economico alle amministrazioni degli ospedali, ma crea anche una discriminazione odiosa, una discriminazione mortificante in rapporto a tutte le altre categorie di statali. Non solo, ma proprio nel momento in cui nel progetto di riforma universitaria che si sta discutendo alla Camera si propone di cancellare tale norma discriminante, noi andiamo codificando una norma che assicura un privilegio economico ad una parte di parlamentari. È una discriminazione che non è favorevolmente accolta dalla coscienza della maggioranza dei colleghi di quest'Aula e non è favorevolmente accolta dalla coscienza dell'opinione pubblica.

Questa, onorevole Presidente, è la nostra illustrazione agli emendamenti che abbiamo presentato agli articoli 40, 42 e 43 e quelli che ho esposto sono i motivi per i quali li abbiamo presentati nell'intento di migliorare il disegno di legge in discussione. Grazie. (*Applausi dall'estrema sinistra*).

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ad esprimere il suo avviso sugli emendamenti in esame.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*. La Commissione è contraria al primo emendamento presentato dal senatore Boccassi e da altri senatori perchè ritiene inutile affermare che i dipendenti degli enti ospedalieri sono pubblici dipendenti. Il rapporto di

lavoro non può essere regolato dal contratto nazionale perchè l'articolo 39 della Costituzione dà validità *erga omnes* ai contratti collettivi solo se redatti da sindacati registrati, e la legislazione sui sindacati non è stata ancora emanata ...

B O C C A S S I . Siamo d'accordo, ma non è questo lo spirito dell'emendamento.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*. La Commissione è contraria anche all'altro emendamento per le ragioni già esposte sul contratto collettivo nazionale. Inoltre non può accettare l'emendamento 42.3 perchè l'articolo 42 riguarda anche lo stato giuridico e quindi la rubrica deve rimanere.

P R E S I D E N T E . Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere l'avviso del Governo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Per le stesse considerazioni già svolte dal relatore, il Governo è contrario agli emendamenti.

P R E S I D E N T E . Senatore Boccassi, insiste sugli emendamenti?

B O C C A S S I . Sì, signor Presidente.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti lo emendamento sostitutivo presentato dal senatore Boccassi e da altri senatori sull'ultimo comma dell'articolo 40. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento sostitutivo presentato in via subordinata dal senatore Boccassi e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 40. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

E approvato.

Si dia lettura dei successivi articoli.

C A R E L L I , *Segretario*:

Art. 41.

(Principi e criteri direttivi per l'ordinamento dei servizi ospedalieri).

Le norme delegate di cui all'articolo 40 concernenti l'ordinamento interno dei servizi dovranno disciplinare:

a) l'ammissione e dimissione degli infermi ispirandosi al principio della obbligatorietà del ricovero nel caso in cui ne sia accertata la necessità e della possibilità di ricorso da parte dell'infermo;

b) il rapporto numerico tra il personale sanitario e i posti-letto ispirandosi al principio che sia assicurata una adeguata e continua assistenza in relazione alla categoria ed al tipo di ospedale;

c) l'organizzazione e ripartizione dei servizi ospedalieri, ispirandosi al principio del migliore soddisfacimento delle esigenze della cura e delle nuove funzioni medico-sociali attribuite agli ospedali ed alla necessità di assicurare la direzione, il coordinamento ed il controllo dei servizi e di ogni altra attività ospedaliera.

(E approvato).

Art. 42.

(Principi direttivi per lo stato giuridico del personale).

Le norme delegate di cui all'articolo 40 concernenti l'assunzione e lo stato giuridico del personale dipendente degli enti ospedalieri dovranno stabilire la disciplina fondamentale del rapporto di impiego, ispirandosi ai seguenti principi:

1) che le assunzioni devono aver luogo esclusivamente per pubblico concorso nel limite delle piante organiche; deroghe alle assunzioni per pubblico concorso possono essere consentite solo per speciali categorie del personale esecutivo. Resta la facoltà dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri di stipulare convenzioni con gli ordini religiosi per coprire temporaneamente

i posti di ruolo di particolari categorie di personale infermieristico ed esecutivo;

2) che lo stato giuridico e le attribuzioni siano regolati con criteri di uniformità e in conformità dei principi delle leggi vigenti che regolano il rapporto di pubblico impiego; ad esse dovrà adeguarsi il regolamento del personale di ciascun ente ospedaliero.

In ogni caso dovranno essere riconosciute le posizioni giuridiche ed economiche acquisite dal personale già in servizio.

P R E S I D E N T E . Su questo articolo i senatori Boccassi, Brambilla, Cassese, Orlandi, Maccarrone, Zanardi e Angiola Minella Molinari hanno proposto un emendamento tendente a sostituire la rubrica con la seguente: « *(Principi direttivi per l'assunzione del personale)* ».

Questo emendamento è già stato illustrato dal senatore Boccassi. Invito pertanto la Commissione ed il Governo ad esprimere il loro avviso su di esso.

S A M E K L O D O V I C I , relatore.
La Commissione è contraria.

M A R I O T T I , Ministro della sanità.
Anche il Governo è contrario.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti lo emendamento sostitutivo della rubrica dell'articolo 42, proposto dai senatori Boccassi, Brambilla ed altri. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

Non è approvato.

I senatori Boccassi, Cassese, Orlandi, Maccarrone, Zanardi e Angiola Minella Molinari hanno proposto un emendamento tendente a sostituire il primo comma dell'articolo 42 con il seguente:

« Le norme delegate di cui all'articolo 40 concernenti l'assunzione del personale dipendente degli enti Ospedalieri dovranno stabilire la disciplina fondamentale del rapporto d'impiego, ispirandosi ai seguenti principi:

1) le assunzioni devono aver luogo esclusivamente per pubblico concorso nel limite

delle piante organiche regolate dal contratto nazionale di cui all'ultimo comma dell'articolo 40; deroghe alle assunzioni per pubblico concorso possono essere consentite solo per speciali categorie del personale esecutivo;

2) lo stato giuridico è regolato con criteri di uniformità ».

Poichè anche questo emendamento è stato illustrato dal senatore Boccassi, invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il loro avviso su di esso.

S A M E K L O D O V I C I , relatore.
La Commissione è contraria.

M A R I O T T I , Ministro della sanità.
Anche il Governo è contrario.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento sostitutivo proposto dal senatore Boccassi e da altri senatori. Chi lo approva è pregato di alzarsi.

Non è approvato.

La Commissione ha presentato un emendamento sul primo comma dell'articolo 42. Se ne dia lettura.

C A R E L L I , Segretario:

Al primo comma, punto 1), sostituire le ultime parole: « per coprire temporaneamente i posti di ruolo di particolari categorie di personale infermieristico ed esecutivo », con le altre: « per l'espletamento di particolari servizi con personale idoneo alle funzioni rispettivamente assegnate ».

P R E S I D E N T E . A questo emendamento da parte dei senatori Trabucchi, Zonca, Lorenzi, Ajroldi, Angelilli, Darè, Bernardi e Giraudo è stato presentato un sub-emendamento tendente ad inserire dopo le parole: « particolari servizi », le altre « infermieristici esecutivi e di economato ».

M A C C A R R O N E . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

M A C C A R R O N E . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, su questo testo della Commissione il nostro Gruppo (e sottolineo l'espressione il nostro Gruppo per evitare l'equivoco che ho ingenerato facendo la dichiarazione sull'articolo 33, che, secondo un costume del Senato, come mi è stato riferito, è apparsa più una mia dichiarazione personale che una dichiarazione di Gruppo, mentre tutto il Gruppo comunista era contrario per i motivi che io ho avuto l'onore di sottoporre al Senato) è contrario perchè l'inciso successivo al primo periodo, « resta la facoltà dei Consigli di amministrazione », è un inciso che dà una direttiva di carattere permanente per la formulazione di un decreto delegato. L'articolo 42, come il precedente e quello successivo, è infatti un articolo di principi direttivi.

Noi riteniamo che la questione delle convenzioni con gli istituti religiosi per la fornitura di personale necessario per i servizi non possa far parte di una disposizione legislativa dopo che nel corpo delle leggi della Repubblica è stato inserito il divieto di appalto di mano d'opera, nonchè per gli inconvenienti e le conseguenze morali ed economiche che una norma di questo genere provoca.

Siamo contrari anche per la genericità della formulazione di questa parte dell'articolo 42. Si intenda con questo, onorevoli colleghi, che noi non siamo contrari all'impiego del personale religioso negli ospedali. Secondo noi gli infermieri, vestano o no una divisa religiosa, quando sono infermieri sono utili negli ospedali; così pure tutto l'altro personale provvisto dei requisiti tecnici. Non è quindi una posizione che noi esponiamo nei confronti del personale religioso; la esponiamo nei confronti di un sistema introdotto nel Medio Evo, e forse anche prima, negli ospedali che riteniamo non debba essere confermato in un principio direttivo di una legge della Repubblica. Riteniamo che negli ospedali il personale religioso che compie lo stesso servizio del personale laico debba avere i requisiti, la qualifica, le com-

petenze del personale laico e debba avere personalmente la responsabilità del lavoro che svolge e la retribuzione corrispondente al lavoro che fa.

Per questi motivi noi siamo decisamente contro il sistema delle convenzioni, anche se in via temporanea.

Inoltre, onorevole Ministro, io mi permetto di richiamare la sua attenzione sull'estrema genericità di questa formulazione.

Io ritengo che, se il personale convenzionato può anche essere, in via temporanea, ammesso nelle corsie per gli altri servizi ospedalieri (mi riferisco in particolare all'aggettivo « esecutivo »), per i servizi per i quali, per maneggio del denaro, o per custodia di beni e di servizi dell'ospedale, vi sono implicazioni di responsabilità precise, l'amministrazione ospedaliera deve avere la possibilità di individuare la persona a cui vengono affidati questi beni, questi mezzi dell'ospedale...

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

M A C C A R R O N E . Mi riferisco all'espressione « esecutivo » e siccome per il personale esecutivo, in quel famoso articolo che abbiamo già approvato (mi pare sia il 39) c'è una dizione per cui possono essere anche compresi i servizi di economato, questi servizi debbono essere affidati a personale di ruolo, soggetto come tale al consiglio di disciplina e alle norme incluse nello stato giuridico del personale. Per questi motivi, noi siamo decisamente contrari a questa formulazione dell'articolo 42.

D I P R I S C O . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

* D I P R I S C O . Onorevoli colleghi, il nostro Gruppo aveva presentato un emendamento soppressivo del secondo comma dell'articolo 42. Non ho potuto sostenerlo ieri in Commissione sanità perchè ero impegnato in Aula per la discussione del disegno di legge sulle casse malattie; d'altra parte, le argomentazioni addotte dal senatore Mac-

carrone mi sembra abbiano validità, rispetto anche ai principi costituzionali.

Chiunque svolge un lavoro, ovunque egli sia, è naturale che lo svolga personalmente: quindi il lavoratore godrà di diritti soggettivi ed oggettivi. Sussiste quindi un problema circa la configurazione giuridica per quanto riguarda prestazioni di ordine monetario, assistenziale e previdenziale, proprio in quanto il soggetto svolge quel determinato lavoro.

Uno dei punti anacronistici di questa legge è il fatto che si sia potuto porre il problema delle convenzioni per la utilizzazione di mano d'opera a qualunque livello essa sia. Credo che questa sia un'altra manifestazione dei passi indietro che facciamo rispetto alla legge che abbiamo approvato due anni or sono, per quanto riguarda il sistema delle assunzioni della mano d'opera.

Io ritengo quindi che la nostra posizione debba essere precisa, per quanto riguarda questo sistema che viene introdotto; io concordo peraltro che la possibilità di utilizzazione del personale infermieristico, per le considerazioni che ho detto, debba escludere il personale esecutivo, perchè veramente qui invadiamo un campo che è al di fuori di quel concetto moderno che si vuole introdurre nell'ente ospedaliero.

F E R R O N I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

F E R R O N I . Ieri, in Commissione, mi sono astenuto sull'emendamento introdotto dal senatore Trabucchi. Non ho pregiudizi del genere sollevato poco fa e lo dissi anche nel mio intervento nella discussione generale. Io mi guardo dal pensare ad una qualsiasi esclusione del personale religioso; mi sembra anzi di poter dire che l'esigenza di un contratto individuale col personale religioso, giusta teoricamente, sia allo stato delle cose, assolutamente impossibile onde è necessario ricorrere ad accordi con la « Casa madre ».

Ma mi sembra ovvio che l'idoneità di questo personale debba essere assolutamente pretesa. E questo dipenderà soprattutto dal-

la sensibilità dei dirigenti sanitari dell'ospedale. A me pare però che, con l'emendamento Trabucchi si introduce, con una formula un po' fumosa, la possibilità di estendere funzioni e compiti al personale religioso in campi anche più vasti, oltre a quelli che attualmente vedono il tradizionale impiego del personale religioso in ospedali laici.

A questo punto mi pare che questo emendamento venga introdotto a detrimento del personale laico. Ed io, rispettoso certo dei diritti del personale religioso, ma rispettoso anche dei diritti del personale laico, non potevo e non posso ammettere questo.

Dichiaro dunque che mi asterrò dal votare l'emendamento della Commissione, a meno che il Ministro non mi dia le necessarie assicurazioni che nelle norme delegate sarà chiarito il compito e saranno delimitate le funzioni di questo personale.

P R E S I D E N T E . Invito il Governo ad esprimere il suo avviso sull'emendamento in esame.

* M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, anzitutto io ritengo che qui si sono omessi due o tre elementi di estrema importanza che, se ben sceverati e colti nel senso giuridico e negli effetti che essi possono produrre, possono fare apparire la cosa non tanto drammatica come si è tentato di presentarla in questa Assemblea.

Intanto credo che l'assunzione di personale religioso dipenda esclusivamente da un atto di volontà, vale a dire da una discrezionalità dei consigli di amministrazione. Si dice che è in facoltà dei consigli di amministrazione assumere questo personale non, direi, *ad personam*, ma dagli ordini religiosi o case madri, come ha detto il senatore Maccarrone che di questo linguaggio stranamente ha molta dimestichezza anche se io non ne conosco la provenienza esatta. Devo rilevare che il senatore Maccarrone ha una cultura piuttosto notevole in questo settore.

M A C C A R R O N E . Onorevole Ministro, è semplicissima la provenienza di questa mia cultura. Queste cose fanno parte di ciò

che un uomo moderno dovrebbe conoscere dopo duemila anni. Questo innanzitutto. In secondo luogo, questo è un linguaggio corrente nelle amministrazioni ospedaliere. Chi conosce la vita delle amministrazioni ospedaliere sa che questo è il termine contrattuale esatto.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Senatore Maccarrone, perchè sta facendo una discussione su questa questione?

M A C C A R R O N E . Siccome lei è fiorentino ed io conosco i fiorentini, mi sono permesso di farle questa precisazione.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Dicevo appunto che è proprio a discrezione dei consigli di amministrazione fare questo tipo di assunzioni.

Peraltro, per quanto riguarda la cosiddetta temporaneità, i giuristi mi diranno che è uno degli elementi costitutivi del contratto. Cioè a dire, là dove manchi la precisazione della durata del contratto non vi è dubbio che quel contratto possa essere impugnato quanto meno di nullità. Infatti sia esso contratto di locazione o riguardi l'istituto della convenzione, non c'è dubbio che la convenzione è della durata « a decorrere dal... » eccetera, salvo rinnovo.

Quindi mi sembra che questi due elementi che in realtà non sono bene sviluppati e spiegati in questa norma della legge sono però impliciti anche se non espliciti; essi sono: la facoltà del consiglio di amministrazione e la durata dell'istituto della convenzione che dovrebbe legare i due contraenti, cioè il consiglio di amministrazione e l'ordine religioso, perchè alcune suore o altri possano prestare la loro opera.

Per quanto riguarda poi la genericità della norma sulla determinazione dei servizi, io posso assicurare che me ne rendo perfettamente conto. È questo anche il motivo per cui ho pregato il senatore Trabucchi di ritirare il suo emendamento perchè quelli dell'economato sono posti di estrema responsabilità che non possono non essere attribuiti *ad personam* e in base a ruoli. Diversamente susciteremmo la reazione di tutti gli

economi italiani che hanno un grado pari a quello di direttore amministrativo o quasi. Anzi voglio dire che questa categoria, insieme a quella dei direttori, ha chiesto al Ministro di fare parte, attraverso un suo rappresentante, del consiglio di amministrazione con voto consultivo, perchè è parte integrante di un'azienda e con delle ben precise responsabilità.

Devo dire anche che in certi ospedali l'economo, unitamente al cassiere, deve prestare delle cauzioni in denaro piuttosto notevoli, perchè qualche volta possono benissimo registrarsi o degli ammanchi o delle perdite derivanti dall'incapacità o dalla negligenza dell'economo. Quindi c'è questa cauzione che serve a garanzia di queste eventuali inadempienze.

Allora io voglio precisare anche al senatore Ferroni che è chiaro che in sede di norme delegate noi preciseremo quali sono questi servizi perchè non si possa decampare. Inoltre non si possono ovviamente porre sullo stesso piano dei diritti e dei doveri, legati sempre alla discrezionalità del consiglio di amministrazione, le remore relative al personale laico che ha diritto di poter concorrere a posti di responsabilità.

Con questi chiarimenti il Governo è piuttosto sereno e tranquillo dell'accogliere questi emendamenti della Commissione.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore.*
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore.*
Il relatore, a nome almeno di una parte della Commissione, insiste perchè si mantenga l'emendamento nel testo concordato dalla Commissione, il quale, se conferma la facoltà dei consigli democratici di amministrazione di stipulare le convenzioni con gli ordini religiosi — e tutti quelli che hanno esperienza ospedaliera sanno quanto giovi al buon andamento degli ospedali tutto questo — ha d'altra parte introdotto, per tranquillità di tutti, un altro elemento, e cioè ha sottolineato che il personale stesso deve essere idoneo all'esercizio delle funzioni. Mi pare quin-

di un emendamento molto equo e obiettivo che non può suscitare preoccupazioni, tanto più dopo le dichiarazioni dell'onorevole Ministro che ha affermato che con le norme delegate si preciserà esattamente ciò che questo personale può o non può fare.

A J R O L D I . Domando di parlare per dichiarazione di voto.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

A J R O L D I . Onorevole Presidente, a nome del Gruppo parlamentare della Democrazia cristiana debbo dichiarare che noi voteremo per l'emendamento all'articolo 42 proposto dall'11ª Commissione, così come si trova nel testo che è stato distribuito. Credo che sia doveroso ricordare in questo momento il contributo di dedizione e di collaborazione, al di fuori di ogni spirito speculativo e anche di ogni aspirazione ad una legittima retribuzione, che è stato dato dagli ordini religiosi nel corso dei secoli, attraverso l'opera dei quali i nostri ospedali italiani hanno sostenuto lotte durissime, per il progresso dell'assistenza ai degenti ed a tutti coloro che soffrono nel corpo e nello spirito.

L'onorevole Ministro ha giustamente ricordato che queste prestazioni volontarie, senza nulla togliere alla nobiltà del rapporto di impiego, evidenziano ancora di più quella che è la vocazione da parte degli ordini religiosi o di congregazioni che si dedicano a questa opera di assistenza dei malati e dei sofferenti. Io credo proprio che non vi siano preoccupazioni in questo settore e a questo riguardo.

F R A N Z A . Le preoccupazioni sono elettorali.

A J R O L D I . Chi ha avuto anche una minima esperienza in materia di ospedali pubblici, sa come il personale religioso sia molte volte richiesto dalle amministrazioni degli ospedali, anche per surrogare, purtroppo, la carenza della presenza del personale laico e, in parte, anche di quello di ruolo. Noi dobbiamo tener presente questa situazione, onorevoli colleghi, che va diventando

purtroppo sempre più grave e drammatica, e dobbiamo tenerne conto. Ciò premesso, resta fermo il principio che dipende dalla libera discrezionalità delle amministrazioni il fare o non fare contratti, resta fermo il principio che si tratta di convenzioni a termine, rinnovabili: queste convenzioni particolari non hanno nulla a che vedere con quella che è la posizione degli organici, cioè dei posti di ruolo. Infatti, gli onorevoli colleghi mi insegnano che il personale religioso femminile — soprattutto femminile — che presta assistenza non fa parte degli organici dell'ospedale. (*Interruzione del senatore Mac-carrone*).

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Stringa, senatore Ajroldi, altrimenti si perde la causa.

A J R O L D I . Non si perde niente, perchè io sto concludendo proprio nel modo in cui ha concluso lei, e cioè che le preoccupazioni relative all'economato, piuttosto che ad altri servizi, mi sembra non abbiano nessuna ragion d'essere, circa la collaborazione del personale religioso, perchè per quanto riguarda i posti di ruolo e l'occupazione dei medesimi è chiaro che si debbono seguire le norme stabilite dalla legge ospedaliera. Mi sembra che per queste considerazioni debba essere tenuto fermo l'emendamento all'articolo 42 così come è stato proposto dall'11ª Commissione e che noi voteremo.

P R E S I D E N T E . Senatore Ferroni, lei aveva chiesto la parola.

F E R R O N I . Sciolgo la riserva dopo le dichiarazioni dell'onorevole Ministro.

P R E S I D E N T E . Poichè il sub-emendamento proposto dal senatore Trabucchi e da altri senatori è stato ritirato, metto ai voti l'emendamento sostitutivo presentato sul primo comma dell'articolo 42 dalla Commissione, e accolto dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

E approvato.

Metto ai voti l'articolo 42 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo ora all'articolo 43. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Art. 43.

(Principi e criteri direttivi per lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale sanitario medico dipendente dagli enti ospedalieri).

Le norme delegate di cui all'articolo 40 dovranno altresì disciplinare l'assunzione e lo stato giuridico dei medici distinti in due categorie: medici con funzioni igienico-organizzative e cioè ispettori sanitari, vicedirettori sanitari, direttori e sovrintendenti sanitari, e medici con funzioni di diagnosi e cura e cioè assistenti, aiuti e primari, ispirandosi ai seguenti principi:

a) l'assunzione in ogni singolo ente ospedaliero deve aver luogo esclusivamente per pubblico concorso per titoli, stabiliti con criteri informi e rigorosamente determinati, nonchè mediante esami consistenti in una relazione scritta su un caso clinico e in prove pratiche; con previsione che gli atti del concorso e le valutazioni, che devono essere motivate, possono essere dati in visione a chiunque ne abbia interesse. Il punteggio a disposizione della commissione esaminatrice sarà assegnato per tre quinti ai titoli e per i rimanenti due quinti alle prove di esame. A tale concorso sono ammessi coloro che abbiano superato una prova di idoneità per esami, uguali per tutte le categorie di ospedali e per ciascuna qualifica e specialità, su base nazionale per i primari e i direttori sanitari, e su base regionale per gli altri sanitari. L'assunzione dei sovrintendenti ha luogo esclusivamente per concorso per titoli tra i direttori sanitari;

b) agli esami di idoneità per direttore e vicedirettore sanitario sono ammessi i medici, dopo un determinato numero di anni di laurea e di carriera come medici negli ospe-

dali o nelle cliniche universitarie o negli istituti universitari d'igiene ovvero in talune amministrazioni dello Stato o di enti pubblici espressamente determinate, e, solo per gli esami per direttore sanitario, i medici che abbiano anche conseguito l'idoneità come ispettori; agli esami di idoneità ad ispettore sono ammessi i medici abilitati all'esercizio professionale. Agli esami di idoneità per primario sono ammessi i medici dopo un determinato numero di anni di laurea e di carriera in qualità di aiuto o assistente di ruolo negli ospedali o nelle cliniche universitarie; agli esami di idoneità per aiuto sono ammessi i medici dopo un determinato numero di anni di laurea e di carriera in qualità di assistente di ruolo negli ospedali o nelle cliniche universitarie; agli esami di idoneità per assistente sono ammessi i medici abilitati all'esercizio professionale. L'esame di idoneità è svolto con prova scritta su temi o tesi scelti per sorteggio da un elenco prefissato e pubblicato a cura del Ministero della sanità e comporta un punteggio della prova da valutarsi adeguatamente nei titoli del concorso locale;

c) le commissioni per gli esami di idoneità annuali a direttore, vicedirettore e ispettore sanitario sono nominate annualmente dal Ministro della sanità e sono costituite da tre sovrintendenti o direttori sanitari, da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di igiene e da un funzionario medico del Ministero della sanità; le commissioni per gli esami di idoneità annuali a primario, aiuto e assistente sono nominate annualmente dal Ministro della sanità e sono costituite da tre primari della materia, di cui uno designato dalla Federazione nazionale dell'ordine dei medici o dall'ordine competente per territorio, mediante sorteggio; da un professore universitario della materia o, in mancanza, di materia affine di ruolo o fuori ruolo e da un funzionario medico del Ministero della sanità. Le commissioni di concorso per l'assunzione dei sovrintendenti, direttori, vicedirettori ed ispettori sanitari sono nominate dal consiglio di amministrazione e costituite dal presidente dell'ente ospedaliero o da un suo delegato, da due sovrintendenti o direttori

sanitari e da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di igiene, nonché da un funzionario medico del Ministero della sanità; le commissioni di concorso per l'assunzione dei primari, aiuti ed assistenti sono nominate dal consiglio di amministrazione e costituite dal presidente dell'ente ospedaliero o da un suo delegato, da due primari appartenenti a ospedali di categoria pari o superiore a quella dell'ospedale per cui il concorso è bandito, della materia messa a concorso, di cui uno nominato dall'ordine dei medici competente per territorio, mediante sorteggio provinciale, e da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia stessa, o, qualora sia necessario per assicurare una scelta effettiva, di materia affine e di materia che la comprenda, nonché da un funzionario medico del Ministero della sanità.

I primari ospedalieri ed i professori universitari componenti le commissioni di esame saranno prescelti per sorteggio da elenchi prefissati con eguali criteri. Gli elenchi dei primari ospedalieri e dei professori universitari saranno compilati dal Ministero della sanità di concerto, per quanto riguarda i professori universitari, col Ministero della pubblica istruzione: il sorteggio su di essi sarà effettuato presso il Ministero della sanità per gli esami a base nazionale e regionale e presso i consigli di amministrazione dei singoli enti ospedalieri per gli esami a base locale;

d) lo stato giuridico deve prevedere il « tempo definito » con determinazione degli obblighi relativi, anche per i medici con funzioni di diagnosi e cura, e l'incompatibilità con l'assunzione di altri rapporti di impiego presso enti pubblici e con l'esercizio professionale in case di cura private, consentendo, però, nelle ore libere, l'esercizio professionale, anche nell'ambito dell'ospedale, entro limiti rigorosamente determinati e con previsione che una parte del compenso dovuto al sanitario — compenso da stabilirsi dal consiglio di amministrazione dell'ente, su proposta del consiglio dei sanitari e del consiglio sanitario centrale — sia devoluta all'ente. L'amministrazione dell'ente può, su richiesta del medico, consentire il « tempo

pieno ». Le medesime norme, comprese quelle riguardanti l'incompatibilità con l'assunzione di altri rapporti d'impiego presso altri enti pubblici e con l'esercizio professionale presso le case di cura private, valgono per il personale sanitario medico dipendente dagli ospedali clinicizzati o convenzionati.

Le norme limitative dell'esercizio dell'attività professionale nelle case di cura private, di cui al precedente comma, si applicano, fino alla fine dell'anno 1975, solo ove, a giudizio delle amministrazioni interessate, risulti la disponibilità di appositi ambienti qualitativamente idonei per il libero esercizio dell'attività professionale, secondo le norme che saranno stabilite nel decreto delegato di cui all'articolo 40, salvo l'applicazione per tutti i sanitari delle disposizioni di cui all'articolo 3 della legge 10 maggio 1964, n. 336;

e) nel passaggio da un ospedale ad un altro, il servizio di ruolo precedentemente prestato dal personale ospedaliero deve essere valutato per intero ai fini degli aumenti periodici di stipendio, nonché ai fini del trattamento di quiescenza;

f) ai sanitari ospedalieri eletti a cariche pubbliche si applicano le stesse norme che regolano il collocamento in aspettativa dei professori universitari.

P R E S I D E N T E . Su questo articolo da parte dei senatori Boccassi, Brambilla, Cassese, Orlandi, Maccarrone, Zanardi e Minella Molinari Angiola è stato presentato un emendamento tendente a sostituire la rubrica con la seguente: « *(Principi e criteri direttivi per l'assunzione del personale sanitario medico dipendente dagli enti ospedalieri)* ».

Questo emendamento è già stato svolto dal senatore Boccassi.

Invito pertanto la Commissione ed il Governo ad esprimere su di esso il loro avviso.

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

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*.
Il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento sostitutivo presentato dal senatore Boccassi e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

Non è approvato.

Sempre sull'articolo 43 è stato presentato dai senatori Orlandi, Boccassi, Brambilla, Cassese, Maccarrone, Minella Molinari Angiola, Scotti, Zanardi e Simonucci un emendamento tendente a sostituire al primo comma lettera *d*), seconda riga, le parole: « tempo definito », con le altre: « tempo pieno ».

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* **MINELLA MOLINARI ANGIOLA.** Signor Presidente, brevissimamente desidero spiegare perchè il nostro Gruppo mantiene l'emendamento e ne chiede la votazione.

Noi riteniamo che il problema che questo emendamento affronta, cioè il problema di porre chiaramente, come uno degli obiettivi fondamentali della legge, la realizzazione della piena occupazione medica negli ospedali e del tempo pieno, rappresenti proprio uno degli obiettivi che doveva dare alla legge un contenuto nuovo e veramente adeguato alle esigenze di una nuova, rinnovata, moderna organizzazione ospedaliera. L'aver eluso questo problema, non averlo voluto o saputo affrontare, essere rimasti anche qui col « tempo definito », cioè ad una formula arretrata, equivoca, è, a nostro avviso, uno dei numerosi aspetti che ci consentono di dire che questa legge delude le speranze e le necessità e resta enormemente al di sotto e arretrata rispetto alle esigenze più pressanti della vita sanitaria di oggi.

Noi sappiamo che per il buon funzionamento di un ospedale moderno, per creare all'interno dell'ospedale le formazioni di *équipes*, il lavoro di *équipe*, e superare l'attuale struttura gerarchica, verticale, sostituendola con un'organizzazione delle competenze, dirette in modo non gerarchico, ma

collegiale, che per affrontare seriamente una delle situazioni più gravi, oggi, del disagio, dell'inquietudine che la stessa classe medica — la quale non avverte soltanto il problema finanziario ma anche, fondamentalmente, il problema della sua collocazione giuridica, normativa, dei suoi diritti, dei suoi doveri, delle sue condizioni di studio e di operosità — che per affrontare tutti questi problemi occorre risolvere seriamente il problema del tempo pieno, cioè della fondamentale, esclusiva applicazione dell'impegno professionale del medico all'interno dell'ospedale con il trasferimento all'interno dell'ospedale anche della libera professione.

Questa è l'esperienza che tutte le Nazioni più avanzate hanno già realizzato da tempo; questa è l'esigenza che oggi larga parte della classe medica pone (mi riferisco ai recenti congressi della ANAO, al recente congresso di Firenze); questo è un problema maturato in Italia fin dal 1962. Allora io ho vissuto in prima persona, onorevoli colleghi, nella Commissione sanità della Camera, tutta la battaglia per la stabilità d'impiego; ebbene, allora, sei anni fa, il problema del tempo pieno si poneva già come uno dei problemi più urgenti, più importanti da affrontare. Invece, ora, nella legge noi troviamo non il tempo pieno, ma il « tempo definito », una soluzione che si è presentata come norma transitoria, come soluzione temporanea, come « ponte », e che come momento di passaggio poteva avere un suo significato, ma che, posta così, come obiettivo fondamentale della legge, vuol dire eludere il problema del tempo pieno; vuol dire restare ad una concezione quantitativa dell'occupazione del medico nell'ospedale e rinunciare, invece, ad affrontare tutto il problema delle competenze, delle mansioni, dei compiti, di una riorganizzazione del metodo del lavoro medico nell'ospedale; tutto il problema delle funzioni e dei compiti di studio, di perfezionamento professionale, di tutte quelle attività collaterali integranti l'attività curativa e diagnostica che costituiscono il grande fondamento di un'attività ospedaliera che non sia solo operativa ma diventi, come dovrebbe essere, un grande centro di propulsione scientifica, un

grande centro d'impegno di ricerca e di avanzate riqualificazioni scientifiche.

Noi quindi manteniamo l'emendamento perchè al posto delle parole « tempo definito » che potrebbero eventualmente restare come norma transitoria, si affermi il principio del pieno tempo all'interno degli ospedali.

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il loro avviso sull'emendamento in esame.

S A M E K L O D O V I C I , relatore. La Commissione è contraria perchè il tempo pieno è prematuro.

M A R I O T T I , Ministro della sanità. Il Governo è contrario.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento sostitutivo presentato dal senatore Orlandi e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

Non è approvato.

Da parte dei senatori Orlandi, Scotti, Casese, Minella Molinari Angiola, Zanardi e Boccassi è stato presentato un emendamento tendente a sopprimere al primo comma, lettera d), il periodo: « L'amministrazione dell'ente può, su richiesta del medico, consentire il "tempo pieno" ».

A seguito della votazione testè effettuata questo emendamento è precluso.

Da parte della Commissione è stato proposto un emendamento tendente ad aggiungere alla fine della lettera a) del primo comma, il seguente periodo: « I direttori, i vice direttori e gli ispettori sanitari, i primari, gli aiuti e gli assistenti in servizio di ruolo al momento dell'entrata in vigore della presente legge, possono adire direttamente i concorsi per l'assunzione in servizio presso gli altri enti ospedalieri purchè della stessa categoria; ». Successivamente il relatore Samek Lodovici, unitamente ai senatori Lorenzi, Ferroni e Sellitti ha presentato un emendamento tendente ad aggiungere alla fine della lettera a) del primo comma il seguente periodo: « I Direttori, i Vice Direttori

e gli Ispettori sanitari, i primari, gli aiuti e gli assistenti in servizio di ruolo al momento dell'entrata in vigore delle norme delegate di cui all'articolo 43 possono adire direttamente i concorsi a posti di pari qualifica e specialità presso altri enti ospedalieri della stessa categoria, anche se sprovvisti del titolo di idoneità ».

Senatore Samek Lodovici il suo emendamento sostituisce quello della Commissione?

S A M E K L O D O V I C I , relatore. L'emendamento nella sostanza è identico a quello approvato in Commissione, ma è più chiaro e giuridicamente più esatto. Comunque, ripeto, nella sostanza non cambia una virgola.

M A R I O T T I , Ministro della sanità. Mi sembrava che l'espressione « anche se sprovvisti del titolo di idoneità » non fosse stata inclusa nell'emendamento poichè l'idoneità anche conseguita vent'anni fa è un titolo valido. Invece qui si è introdotta questa espressione.

P R E S I D E N T E . È vero, si tratta di una cosa nuova.

M A R I O T T I , Ministro della sanità. Mi dispiace, ma non posso accettare questo emendamento. Si tratta di un'innovazione che non posso assolutamente accettare. La idoneità ci deve essere.

S A M E K L O D O V I C I , relatore. Però il testo attuale è migliorativo.

M A R I O T T I , Ministro della sanità. Onorevole relatore, non posso accettare la espressione « anche se sprovvisti del titolo di idoneità », perchè veramente in questo modo si fanno due pesi e due misure.

S A M E K L O D O V I C I , relatore. Bisognava eliminare alcune incongruenze. Infatti il testo approvato in Commissione dice: « I direttori, i vice direttori e gli ispettori sanitari, i primari, gli aiuti e gli assistenti in servizio di ruolo al momento dell'entrata in vigore della presente legge... ». Ora que-

sta dizione non è esatta poichè bisogna dire « al momento dell'entrata in vigore delle norme delegate di cui al presente articolo ».

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*.
La prego allora di riformulare l'emendamento, ma l'idoneità deve rimanere.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*.
Anche per quanto riguarda la seconda parte dell'emendamento è necessario dire: « posso-
no adire direttamente i concorsi a posti di
pari qualifica e specialità presso altri enti
ospedalieri della stessa categoria ».

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*.
Ripeto che le sarei grato se lei levasse la
espressione « anche se sprovvisti del titolo di
idoneità », perchè il Governo non la può ac-
cettare.

S A L E R N I . Comunque è giusto dire
« al momento dell'entrata in vigore delle
norme delegate di cui al presente articolo »,
anzichè « al momento dell'entrata in vigore
della presente legge ».

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*.
Il testo è stato concordato con l'Ufficio le-
gislativo.

P R E S I D E N T E . Il nuovo testo del-
l'emendamento risulterebbe allora il seguen-
te: « I direttori, i vice direttori, gli ispetto-
ri sanitari, i primari, gli aiuti e gli assisten-
ti in servizio di ruolo al momento dell'en-
trata in vigore delle norme delegate di cui
al presente articolo, possono adire diretta-
mente i concorsi a posti di pari qualifica e
specialità presso altri enti ospedalieri della
stessa categoria ».

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*.
Che siano però muniti di titolo di idoneità.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*.
No, perchè questo è solo per quelli di ruolo.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti
l'emendamento sostitutivo proposto dal se-
natore Samek Lodovici e da altri senatori
alla lettera a) dell'articolo 43, di cui do nuo-

vamente lettura: « I direttori, i vice diretto-
ri e gli ispettori sanitari, i primari, gli aiuti
e gli assistenti in servizio di ruolo al mo-
mento dell'entrata in vigore delle norme de-
legate di cui al presente articolo possono
adire direttamente i concorsi a posti di pari
qualifica e specialità presso altri enti ospe-
dalieri della stessa categoria ».

Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Da parte della Commissione è stato pre-
sentato un emendamento alla lettera b), pri-
mo periodo, tendente a inserire, dopo le pa-
role: « solo per gli esami di direttore sani-
tario », le altre: « e vice direttore ».

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*.
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*.
Io devo fare alcune osservazioni. Questo
emendamento è stato concordato dalla Com-
missione, ma io, per uno scrupolo di coscien-
za, richiamo l'attenzione del Senato sul fatto
se non sembri eccessivo obbligare i medi-
ci, che vogliono fare l'esame di idoneità a
vice direttore, ad avere, oltre la carriera ne-
gli ospedali, oltre gli anni di laurea, anche
l'idoneità ad ispettore. Questo, ripeto, mi
sembra eccessivo.

P R E S I D E N T E . Invito il Governo
ad esprimere il suo avviso sull'emendamen-
to in esame.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*.
Il Governo è favorevole all'emendamento
proposto dalla Commissione.

P R E S I D E N T E . Pongo allora in vo-
tazione l'emendamento aggiuntivo proposto
dalla Commissione. Chi l'approva è pregato
di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 43 nel testo modi-
ficato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

C A R E L L I , Segretario:

Art. 44.

(Scuole ospedaliere di specializzazione).

Negli ospedali regionali può essere svolta, a cura di personale medico ospedaliero particolarmente qualificato, attività didattica di carattere applicativo complementare di quella universitaria nei confronti dei medici iscritti alle scuole di specializzazione delle università, con trattamento economico del personale medico ospedaliero insegnante non inferiore a quello degli altri docenti, osservate le particolari disposizioni degli ordinamenti delle singole università e secondo modalità che saranno stabilite con decreto del Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

(È approvato).

Art. 45.

(Tirocinio obbligatorio).

Per essere ammessi a sostenere l'esame di Stato di abilitazione all'esercizio professionale, i laureati in medicina e chirurgia devono aver compiuto un anno di tirocinio, in qualità di interno, presso gli istituti clinici universitari, o presso gli ospedali regionali o presso altri ospedali riconosciuti idonei a tal fine con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione.

Per gli allievi-ufficiali medici che hanno frequentato la scuola di sanità militare di Firenze la durata del tirocinio, limitatamente alla clinica medica ed alla clinica chirurgica, è ridotta rispettivamente di due mesi e di un mese,

(È approvato).

Art. 46.

(Posti di internato).

Durante il tirocinio di cui al precedente articolo 45, i laureati in medicina e chirurgia sono autorizzati ad esercitare le attività necessarie per il conseguimento di una adeguata preparazione professionale sotto il controllo dei direttori delle cliniche universitarie o dei primari ospedalieri.

Con decreto dei Ministri della pubblica istruzione e della sanità, i posti di internato saranno ripartiti in ragione del 30 per cento del loro numero complessivo tra le cliniche universitarie e del 70 per cento tra gli ospedali regionali e gli altri ospedali di cui all'articolo 1. Con lo stesso decreto saranno stabilite le modalità circa l'ammissione all'internato e lo svolgimento del tirocinio.

(È approvato).

Art. 47.

(Trattamento economico e certificato dell'avvenuto tirocinio).

I laureati ammessi all'internato non hanno alcun rapporto di impiego ed osservano gli orari fissati per gli assistenti.

Essi hanno diritto al vitto gratuito e ad un assegno mensile corrisposto dall'università per quanto riguarda gli istituti clinici universitari, direttamente gestiti dalle stesse, o dall'ente ospedaliero, la cui misura sarà fissata dal decreto delegato previsto dall'articolo 40 e non potrà essere superiore al terzo dello stipendio minimo attribuito all'assistente di ruolo ospedaliero, esclusa ogni altra indennità.

Il tirocinio deve essere svolto per almeno quattro mesi in medicina e per tre mesi rispettivamente in chirurgia e ostetricia e per i rimanenti due mesi in altre specialità mediche.

Il certificato di compiuto tirocinio sarà rilasciato dal rettore dell'università competente, sentiti i direttori degli istituti clinici universitari o dal presidente del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero presso

il cui ospedale viene compiuto il tirocinio, su proposta del direttore sanitario, sentiti i primari competenti.

(È approvato).

Art. 48.

(Copertura delle spese).

Non hanno diritto all'assegno previsto dall'articolo 47 i laureati che godono di borse di studio di importo pari o superiore. Se la borsa di studio è di importo inferiore, si farà luogo soltanto al pagamento della differenza.

Le spese per il pagamento degli assegni possono essere sostenute fino ad un massimo del 65 per cento dallo Stato che vi provvede con il fondo nazionale ospedaliero previsto dall'articolo 33, restando la rimanente parte a carico dell'ente ospedaliero presso il quale viene compiuto il tirocinio, anche se questo è effettuato presso ospedali clinicizzati o cliniche convenzionate con un ente ospedaliero.

Per il pagamento degli assegni agli interni degli istituti clinici, direttamente gestiti dalle università, il Ministro della pubblica istruzione, con suo decreto, provvede annualmente a ripartire tra le università le somme occorrenti alla copertura delle spese non coperte col fondo ospedaliero, prelevandole dal fondo destinato a borse di studio, di cui all'articolo 32 della legge 31 ottobre 1966, numero 942, sino ad un importo massimo del 10 per cento del fondo stesso.

(È approvato).

Art. 49.

(Sottocommissioni esami di Stato di abilitazione).

I primari degli ospedali regionali e degli ospedali ritenuti idonei al tirocinio saranno chiamati a far parte delle sottocommissioni di esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo.

(È approvato).

Art. 50.

(Convenzioni tra università ed enti ospedalieri).

Qualora, in ordine alla stipula di convenzioni tra università ed enti ospedalieri, si manifestino contrasti od ostacoli non superabili dalle due parti od anche in sede di approvazione delle convenzioni medesime da parte delle autorità vigilanti, ogni decisione è demandata ai Ministri della pubblica istruzione e della sanità o, a richiesta di essi, al Comitato interministeriale per la programmazione economica.

(È approvato).

TITOLO VII

CASE DI CURA PRIVATE

Art. 51.

(Requisiti da determinarsi con decreto del Ministro della sanità).

Le case di cura private sono sottoposte alla vigilanza del Ministero della sanità.

Il Ministro della sanità, con proprio decreto, sentito il Consiglio superiore di sanità, stabilisce:

a) le norme tecniche costruttive, i requisiti, le attrezzature ed i servizi di cui devono essere dotate le case di cura private in relazione al tipo di attività in esse esercitate;

b) le norme sull'ordinamento dei servizi e del personale;

c) i requisiti necessari per l'esercizio della funzione di « direttore sanitario responsabile ».

La denominazione delle case di cura private deve essere sempre preceduta o seguita dalla indicazione « casa di cura privata » non possono essere usate frasi o denominazioni atte a ingenerare confusione con gli

ospedali o istituti pubblici di cura o cliniche universitarie.

(È approvato).

Art. 52.

(Autorizzazione all'apertura
di case di cura private - Infrazioni).

Chiunque intende aprire una casa di cura privata o ampliare o trasformare una casa di cura preesistente, deve inoltrare domanda al medico provinciale, indicando la speciale natura dell'attività sanitaria che in essa dovrà essere svolta, le sue attrezzature igienico-sanitarie e la dotazione dei posti-letto che si intendono istituire.

Alla domanda devono essere allegati una planimetria dei locali ed un regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della istituenda casa di cura, in cui deve essere previsto, tra l'altro, un servizio continuativo di guardia medica.

Il medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, rilascia l'autorizzazione all'esercizio della casa di cura privata in base alle esigenze igienico-sanitarie ed alle altre condizioni previste dalla legge.

I progetti per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione di case di cura private devono essere approvati dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

Il medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, in caso di inadempienze alle disposizioni della presente legge e alle condizioni inserite nell'atto di autorizzazione, può diffidare la casa di cura ad eliminarle entro un congruo termine da stabilire nell'atto di diffida, trascorso il quale ordina la chiusura della casa stessa, fino a quando non siano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento.

Nel caso di ripetute infrazioni alle norme della presente legge, il medico provinciale, salvo quanto disposto dal precedente comma, può, sentito il Consiglio provinciale di sanità, revocare l'autorizzazione di apertura.

(È approvato).

Art. 53.

(Direttore sanitario responsabile -
Convenzioni).

Ogni casa di cura privata deve avere un direttore sanitario responsabile al quale è vietata ogni attività di diagnosi e cura nella casa di cura privata stessa quando sia dotata di oltre 150 posti-letto, e che risponde personalmente al medico provinciale dell'organizzazione tecnico-funzionale e del buon andamento dei servizi igienico-sanitari.

In particolare il direttore stabilisce i turni del servizio di guardia medica e adotta le necessarie misure in caso di manifestazioni di malattie infettive soggette a denuncia informandone immediatamente il medico provinciale e l'ufficiale sanitario competente.

Ogni convenzione tra le case di cura private e gli enti o istituti mutualistici ed assicurativi per il ricovero dei propri iscritti, deve essere approvata dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, dopo aver accertato che la convenzione risponde all'interesse pubblico e che la casa di cura privata possiede i requisiti igienico-sanitari per assicurare un'adeguata assistenza sanitaria in regime mutualistico-assicurativo e l'idoneità ad assolvere soddisfacentemente gli impegni della convenzione.

Gli enti pubblici e gli istituti mutualistici e assicurativi possono stipulare convenzioni per il ricovero dei propri iscritti con le fondazioni e le associazioni di cui al quarto comma dell'articolo 1 non riconosciute come enti pubblici ospedalieri nonchè con gli istituti ed enti indicati nel quinto comma dell'articolo 1, previo il riconoscimento da parte del medico provinciale dell'esistenza dei requisiti richiesti dal precedente comma.

P R E S I D E N T E . La Commissione ha presentato un emendamento tendente a sostituire il terzo comma di questo articolo. Se ne dia lettura.

CARELLI, *Segretario*:

Sostituire il terzo comma con il seguente:

« Ogni convenzione tra le case di cura private e gli enti o istituti mutualistici ed assicurativi per il ricovero dei propri iscritti è soggetta all'approvazione del medico provinciale, il quale provvederà con decreto, sentito il consiglio provinciale di sanità, dopo avere in ogni caso accertato che, nell'interesse pubblico e nel quadro delle direttive del piano di programmazione, la casa di cura privata possiede i requisiti igienico-sanitari per assicurare una adeguata assistenza sanitaria in regime mutualistico-assicurativo e l'idoneità ad assolvere soddisfacentemente gli impegni della convenzione ».

SAMEK LODOVICI, *relatore*.
Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SAMEK LODOVICI, *relatore*.
Vorrei richiamare l'attenzione su una piccola inesattezza. Là dove si legge « nell'interesse pubblico e nel quadro delle direttive del piano di programmazione », penso sia meglio dire « dei piani di programmazione ».

MARIOTTI, *Ministro della sanità*.
Sono d'accordo.

CHIARIELLO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CHIARIELLO. Vorrei domandare che cosa significa precisamente l'espressione « secondo le direttive dei piani di programmazione ». Forse significa che se uno vuole impiantare una casa di salute, avendo tutte le qualifiche e tutti i requisiti igienico-sanitari, può sentirsi rispondere che, volendo impiantare una casa di salute e di chirurgia, deve istituire una casa per minorati psichici o di altra natura perchè nel piano di programmazione non è prevista la necessità di una casa di chirurgia? Questo è l'unico concetto che vorrei si chiarisse perchè è fondamentale.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*.
Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* MARIOTTI, *Ministro della sanità*.
Desidero subito chiarire che cosa significa « nell'interesse pubblico » e poi « nel quadro delle direttive dei piani di programmazione ».

Noi riteniamo che nell'interesse pubblico il medico provinciale debba accertare la congruità della convenzione che lega il proprietario o la società proprietaria della casa di cura all'ente mutualistico, perchè io ritengo che uno dei difetti per cui molto spesso la casa di cura non è in condizioni di effettuare una organizzazione sanitaria che sotto tutti i profili risponda ad alcune esigenze di fondo sia dovuto in realtà proprio a queste convenzioni in cui il livello di retribuzione o di rimborso dei mutuati è molto al di sotto, cioè a dire antieconomico, onde, posto in raffronto il ricavo o il rimborso da parte dell'ente mutualistico alla casa di cura con le spese di gestione e di esercizio, si deve constatare che quei livelli molto spesso non consentono alla casa di cura di conseguire un sia pur minimo profitto, con la conseguenza che la casa di cura, pur di non andare in perdita, è costretta a tralasciare il medico di guardia, il direttore sanitario, e altre provvidenze che i signori medici qui presenti conoscono assai meglio di me.

Nel quadro dei piani di programmazione, poi, devo dire che la programmazione regionale è una realtà e lei sa benissimo, senatore Chiariello, che i rappresentanti delle case di cura sono inseriti nel Comitato della programmazione regionale che ovviamente non potrà prescindere da un esame, in un comprensorio ben definito, dei posti letto esistenti. Proprio questo esame tende a stabilire se nell'impresa privata (e quindi nell'impresa pubblica oggi rappresentata dall'ente ospedaliero) si riscontra una determinata armonia nella distribuzione razionale dei posti letto tale che risponda all'esigenza della popolazione che opera e vive in quella dimensione regionale.

Questo non significa che una casa di cura privata non possa sorgere a proprio rischio e pericolo anche laddove vi sono degli ospedali. Quando si è ritenuto, per l'anticostituzionalità della norma, di eliminare l'espressione: « ove non si violino le direttive o le finalità della programmazione », si è data la possibilità alle case di cura di sorgere. Che cosa significa nel quadro della programmazione? Non che non la si possa violare, ma che la concertazione, direi, fra interesse privato e pubblico nell'ambito dei posti letto disponibili deve trovare una sintesi; in caso contrario le case di cura possono sorgere a loro rischio e pericolo obbedendo alla legge di mercato che chi produce il servizio — purchè sia rispondente ai requisiti igienico-sanitari che abbiamo ben delineato con questa legge — deve subire tutti i rischi relativi al fatto che vi sia o meno convenienza economica. Con queste dichiarazioni mi sembra di avere esaurientemente risposto.

M A C C A R R O N E . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

M A C C A R R O N E . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, la discussione che stiamo facendo riguarda l'articolo 53 che si riferisce alla responsabilità del direttore sanitario della casa di cura e alle convenzioni e non l'articolo che si riferisce all'autorizzazione all'apertura delle case di cura private e ai requisiti che queste debbono avere. Per questo motivo, cioè poichè la materia in discussione non è regolabile dall'articolo 53 essendo già stata regolata dall'articolo 52 (e regolata, a mio avviso, in maniera molto soddisfacente per i detentori di pacchetti azionari delle case di cura), io credo che sia più opportuno accogliere il testo inizialmente proposto dalla Commissione piuttosto che questa modifica.

Infatti ciò che deve prescrivere il Senato in questo momento non è tanto la corrispondenza all'interesse pubblico dell'organiz-

zazione casa di cura; a questo ha già provveduto l'articolo 52 dicendo che le sue attrezzature igienico-sanitarie, la sua dotazione di posti letto, i suoi servizi in genere devono essere valutati dal medico provinciale e devono avere certi requisiti. Qui chi deve rispondere all'interesse pubblico e alla programmazione regionale è la convenzione da stipulare. Quale è la portata diversa di queste due disposizioni? È che nell'approvare la convenzione con gli enti mutualistici la pubblica autorità deve rendersi conto se questa convenzione è conveniente per l'interesse pubblico e se la casa di cura, introducendosi in un sistema, modifica, altera, determina concorrenza, impedisce lo sviluppo del settore pubblico e non consente lo svolgimento del programma nazionale che le autorità pubbliche hanno definito.

Quindi a mio avviso è la primitiva dizione, con questo concetto del collegamento con la programmazione, che deve essere mantenuta e non la seconda. Infatti, come ripeto, i requisiti delle case di cura sono già stati regolati dall'articolo 52. Per questo motivo io sono favorevole a un ritorno al primitivo testo presentato dalla Commissione.

P R E S I D E N T E . Onorevole Ministro, lei accetta l'emendamento proposto dalla Commissione?

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Sono favorevole all'emendamento.

P R E S I D E N T E . Metto allora ai voti l'emendamento sostitutivo presentato dalla Commissione con la modifica indicata dal relatore.

Chi l'approva è pregato di alzarsi.

E approvato.

Metto ai voti l'articolo 53 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

E approvato.

Passiamo all'articolo 54. Se ne dia lettura.

CARELLI, Segretario:

TITOLO VIII

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Art. 54.

(Istituzione, riconoscimento e concentrazione di enti ospedalieri e altre norme transitorie).

Fino a quando non saranno costituite le Regioni a statuto ordinario e nei territori di esse, i provvedimenti di competenza del Presidente della Regione previsti negli articoli 4, 5, 6 e 17 sono adottati dal Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità e, relativamente ai provvedimenti di cui all'articolo 6, sulla base delle indicazioni contenute nei piani regionali ospedalieri in armonia col piano nazionale ospedaliero transitorio; l'atto di approvazione di cui all'articolo 9, decimo comma, è di competenza del Ministro della sanità; l'atto di classificazione degli ospedali previsto dall'articolo 19 viene adottato dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità; e il rappresentante della Regione nel collegio dei revisori previsto dall'articolo 12 è sostituito da un rappresentante della provincia, ove ha sede l'ente ospedaliero.

PRESIDENTE. La Commissione ha proposto un emendamento tendente ad inserire in questo articolo dopo le parole: « su proposta del Ministro della sanità » le altre: « di concerto con il Ministro dell'interno per i provvedimenti di cui agli articoli 4, 5 e 17 ».

Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere il proprio avviso su questo emendamento.

MARIOTTI, Ministro della sanità. Il Governo è favorevole.

MACCARRONE. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MACCARRONE. Signor Presidente, chiedo scusa per questo ulteriore intervento. Noi siamo meno contrari al testo dell'articolo 54 originariamente proposto dalla Commissione che a questo nuovo emendamento. L'introduzione del concerto con il Ministro dell'interno, a questo punto delle norme transitorie e per provvedere alle incombenze relative agli articoli 4, 5 e 17 che sono tutte di stretta competenza del Ministro della sanità, suona intanto un atto di sfiducia all'attuale Ministro della sanità. In secondo luogo è superflua; in terzo luogo non aggiunge nessuna garanzia oggettiva per il cittadino e per gli enti che devono essere disciplinati da questa legge. Infine, è una intromissione da parte di un Ministero diverso da quello della sanità in affari sanitari, intromissione che la legge del 1958 ha espressamente voluto evitare e che noi, con l'articolo 54 di questa norma transitoria, introdurremmo. Quindi il nostro Gruppo è semmai favorevole al ritorno al testo già concordato dalla Commissione. Del resto, onorevole Presidente, onorevoli colleghi, queste modificazioni che sono peggiorative sia nel senso di un limite dei poteri del Ministro della sanità sia nel senso di un restringimento della portata e delle norme della legge, sia nel senso di reintrodurre elementi già esclusi dalla maggioranza della Commissione, a mio avviso, hanno un chiaro significato politico che non può non essere sottolineato in questo momento.

Per questi motivi noi siamo meno contrari al testo iniziale della Commissione.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento aggiuntivo proposto dalla Commissione all'articolo 54. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 54 nel testo modificato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Si dia lettura degli articoli successivi.

C A R E L L I , Segretario:

Art. 55.

(Norme sull'amministrazione degli enti ospedalieri).

Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, sentita una apposita Commissione parlamentare composta da dieci deputati e dieci senatori, è delegato a emanare con decreto avente valore di legge formale le norme fondamentali sull'amministrazione e contabilità dell'ente ospedaliero integrando e coordinando le disposizioni contenute nella legge 17 luglio 1890, n. 6972, e nel relativo regolamento di esecuzione di cui al regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99, e successive modificazioni e quelle contenute nel regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, con le norme contenute nella presente legge, avendo di mira il conseguimento di un'effettiva autonomia nonchè la salvaguardia delle competenze conseguenti e dei rapporti tra gli istituendi enti ospedalieri e lo Stato, le Regioni, le province e i comuni, lasciando, comunque, impregiudicata la competenza legislativa dell'ente regione.

(È approvato).

Art. 56.

(Amministrazione dell'ente ospedaliero).

Per quanto non disposto nella presente legge si applicano agli enti ospedalieri le norme contenute nella legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, nel regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99, e nel regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, in quanto compatibili con le norme contenute nella presente legge, intendendosi sostituito al prefetto, vice prefetto, o Prefettura il medico provinciale.

Fino a quando non saranno entrati in funzione gli organi di controllo previsti dal capo terzo del titolo V della legge 10 febbraio 1953, n. 62, la vigilanza sugli enti ospedalieri è esercitata dal medico provinciale nelle forme e con le modalità previste dalla

legge 17 luglio 1890, n. 6972, e dal regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99, e il controllo di merito è esercitato, a norma del precedente articolo 16, ultimo comma, da un Comitato provinciale per l'assistenza ospedaliera, presieduto dal medico provinciale e composto da cinque rappresentanti della provincia e da un rappresentante del comune capoluogo della provincia eletti nei modi previsti per i rappresentanti degli stessi enti nel Comitato provinciale di assistenza e beneficenza, ed inoltre da un rappresentante dell'Amministrazione dell'interno, dei lavori pubblici e del lavoro della provincia, designati, rispettivamente, dal prefetto, dall'ingegnere capo del Genio civile e dal direttore dell'Ufficio provinciale del lavoro. Esercita la funzione di segretario un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità.

Per le Regioni non ancora costituite i sei membri di cui al punto 1) del primo comma dell'articolo 9 sono designati dal Consiglio provinciale della provincia dove ha sede l'ente ospedaliero.

(È approvato).

Art. 57.

(Gestione finanziaria delle attività diverse da quella ospedaliera).

Gli enti ospedalieri di cui al primo comma dell'articolo 3 per le attività diverse da quella ospedaliera debbono tenere una distinta gestione alla quale non possono destinare i mezzi finanziari previsti nel Titolo V della presente legge.

P R E S I D E N T E . La Commissione ha proposto un emendamento sostitutivo dell'intero articolo. Se ne dia lettura.

C A R E L L I , Segretario:

Sostituire l'articolo con il seguente:

« Per il periodo intercorrente tra l'entrata in vigore della presente legge e la nomina del commissario per la provvisoria gestione di cui al comma sesto dell'articolo 5,

gli enti pubblici contemplati nel secondo comma dell'articolo 3 devono tenere una distinta gestione per le attività diverse da quelle ospedaliere, alla quale non possono essere destinati i mezzi finanziari previsti nel titolo V della presente legge ».

P R E S I D E N T E . Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere l'avviso del Governo su questo emendamento.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Sono favorevole.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento sostitutivo dell'articolo 57 proposto dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Si dia lettura degli articoli successivi.

C A R E L L I , *Segretario:*

Art. 58.

(Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere).

Fino a quando non saranno istituite le Regioni a statuto ordinario, il Ministro dei lavori pubblici di concerto con il Ministro della sanità, sulla base delle previsioni contenute nel piano nazionale ospedaliero e nel piano regionale ospedaliero, concede agli enti ospedalieri i contributi previsti dalla legge 3 agosto 1949, n. 589, e dalla legge 30 maggio 1965, n. 574, nei limiti da questa stabiliti.

(È approvato).

Art. 59.

(Trasferimento del personale dipendente dagli enti pubblici al nuovo ente ospedaliero).

Il personale sanitario, di assistenza immediata ed ausiliaria, il personale amministrativo, di ragioneria, di dattilografia, di archivio, d'ordine, subalterno, in servizio presso gli ospedali di cui al secondo comma del-

l'articolo 3, passa alle dipendenze dell'ente ospedaliero e viene inquadrato nei rispettivi ruoli, conservando in ogni caso le posizioni giuridiche ed economiche acquisite al momento del trasferimento.

Il passaggio viene disposto con decreto del medico provinciale di intesa con le rispettive amministrazioni.

(È approvato).

Art. 60.

(Composizione transitoria del comitato nazionale di programmazione ospedaliera).

Per le Regioni non ancora costituite i membri di cui alla lettera a) dell'articolo 28 sono sostituiti dai presidenti dei comitati regionali per la programmazione ospedaliera di cui all'articolo 62.

(È approvato).

Art. 61.

(Piano nazionale ospedaliero transitorio).

Sino alla costituzione delle Regioni a statuto ordinario e limitatamente ai territori delle Regioni medesime, gli obiettivi e i criteri di cui ai precedenti articoli 26 e 27 sono stabiliti con decreto del Ministro della sanità di concerto col Ministro della pubblica istruzione, per la parte di sua competenza.

Il piano nazionale ospedaliero transitorio è elaborato, nel quadro della legge di programma e sulla base delle indicazioni dei singoli Comitati regionali per la programmazione ospedaliera, dal Ministro della sanità, di intesa con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro, dei lavori pubblici e del Ministro per la pubblica istruzione, per la parte di sua competenza, su parere del Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, conformemente alle direttive del programma economico nazionale ed ai principi della presente legge, nonchè, limitatamente ai territori meridionali, alle direttive del piano di coordinamento e con la riserva di investimenti di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717. Il piano è

sottoposto all'approvazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica.

Il piano nazionale ospedaliero transitorio stabilisce altresì i criteri per la ripartizione nel territorio delle Regioni a statuto speciale dei mezzi finanziari dello Stato da destinare agli interventi per la costruzione di nuovi ospedali, per l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, ad integrazione degli interventi delle Regioni nelle medesime attività.

(È approvato).

Art. 62.

(Comitato regionale per la programmazione ospedaliera).

Per i territori delle Regioni non ancora costituite, il comitato regionale per la programmazione ospedaliera, da istituire presso ogni capoluogo di Regione a norma dei successivi commi del presente articolo, elabora, entro sei mesi dalla sua costituzione, un piano regionale ospedaliero avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale, sentito il Comitato regionale per la programmazione economica e consultati i comitati provinciali di cui all'articolo 30 della presente legge. Il predetto piano è approvato con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del bilancio e della programmazione economica.

Il piano previsto dal precedente comma, sulla base degli obiettivi e dei criteri stabiliti nel piano nazionale ospedaliero transitorio, indica, per il territorio regionale, le previsioni di impianto di nuovi ospedali, di ampliamento, trasformazione, ammodernamento e soppressione degli ospedali esistenti in relazione al fabbisogno dei posti-letto distinti per acuti, cronici e convalescenti, alla efficienza delle attrezzature, alla rete viabile ed alle condizioni geomorfologiche ed igienico-sanitarie della popolazione.

Il piano determina, inoltre, la sfera di azione di ciascun ospedale in coordinazione

con gli altri operanti nella Regione e con la rete dei presidi sanitari locali.

Il piano prevede l'esistenza di almeno un ospedale generale di zona che sia in grado di servire una popolazione da venticinquemila fino a cinquantamila abitanti, di almeno un ospedale generale provinciale in grado di servire una popolazione fino a quattrocentomila abitanti e di almeno un ospedale regionale per ogni regione.

Il piano prevede la costituzione di nuovi Enti ospedalieri, la fusione e la concentrazione di quelli esistenti in relazione alle esigenze di cui ai precedenti commi e tenuto conto anche dei criteri di economicità di gestione.

Nessun Ente pubblico potrà istituire nuovi ospedali che non siano previsti nel piano.

Parimenti, nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione o ammodernamento potrà essere realizzata se non sia prevista nel piano, ferme le norme di cui agli articoli 26, 27 e 29 per la costruzione di opere destinate al ricovero e alla cura da parte delle Università e degli Enti e istituti ecclesiastici previsti dall'ultimo comma dell'articolo 1.

Il Comitato regionale per la programmazione ospedaliera è composto:

a) da tre consiglieri di ciascuna amministrazione provinciale della Regione, due in rappresentanza della maggioranza ed uno in rappresentanza della minoranza eletti dal rispettivo Consiglio provinciale;

b) da un rappresentante dell'Amministrazione comunale dei capoluoghi di provincia, eletto dal Consiglio comunale;

c) da tre rappresentanti delle Amministrazioni ospedaliere designati dalle Associazioni di categoria;

d) da un rappresentante degli istituti ed enti di cui al quinto comma dell'articolo 1;

e) da tre rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori più rappresentative della Regione;

f) da quattro rappresentanti dei medici ospedalieri, di cui tre designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative ed uno designato dalla Federazione degli Ordini dei medici;

g) dai medici provinciali della Regione;
h) dal Provveditore regionale alle opere pubbliche;

i) da un Ispettore medico dell'Ispettorato regionale del lavoro;

l) da tre rappresentanti degli Enti mutualistici;

m) da due rappresentanti delle facoltà di medicina e chirurgia delle Università esistenti nella Regione;

n) da un rappresentante delle case di cura private eletto dalle rispettive associazioni di categoria.

Il Comitato elegge nel proprio seno il Presidente.

Il Comitato viene nominato, entro 40 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità e dura in carica 4 anni.

(È approvato).

Art. 63.

(Norme transitorie riguardanti il tirocinio).

Sono abrogate le norme relative al tirocinio di pratica semestrale di cui alla tabella XVIII annessa al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1652, ed ogni altra disposizione diversa o contraria, salvo quanto previsto dal successivo comma.

Le disposizioni della presente legge non si applicano a coloro che abbiano già compiuto il tirocinio di pratica semestrale in base alle norme della tabella XVIII del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1652, o che conseguiranno la laurea in medicina e chirurgia entro l'anno accademico 1968-1969. Questi ultimi, per altro, possono essere ammessi, a domanda, a compiere il tirocinio secondo le norme della presente legge.

(È approvato).

Art. 64.

(Norme transitorie riguardanti i sanitari non di ruolo).

Le norme delegate di cui agli articoli 40 e 43 dovranno prendere in adeguata consi-

derazione, in base alla loro particolare natura, i servizi prestati dagli aiuti e dagli assistenti non di ruolo, ospedalieri ed universitari, attualmente in servizio sia di ruolo sia straordinario, volontario e incaricato, ai fini dell'ammissione agli esami di idoneità ed ai fini della valutazione come titolo nei concorsi, che saranno banditi entro tre anni dalla data di entrata in vigore delle norme delegate.

(È approvato).

Art. 65.

(Trasformazione degli istituti pubblici di ricovero e cura).

Gli enti ospedalieri riconosciuti e costituiti ai sensi della presente legge alle cui dipendenze siano istituti di ricovero e cura e le infermerie che non posseggano i requisiti per essere classificati fra gli ospedali previsti dal Titolo III, possono ottenere, a domanda, e semprechè il piano regionale ospedaliero ne ravvisi la opportunità e la possibilità dal punto di vista tecnico-sanitario, logistico e territoriale, l'autorizzazione del medico provinciale a trasformarsi entro otto anni in uno dei tipi di ospedale previsti dalla presente legge.

Gli enti, per i quali non venga ravvisata tale opportunità e possibilità di trasformazione non potranno esercitare l'attività ospedaliera a partire da un anno dall'entrata in vigore del piano regionale.

P R E S I D E N T E . Sul primo comma dell'articolo 65 la Commissione ha proposto un emendamento tendente a sopprimere, dopo le parole: « istituti di ricovero e cura che », la parola « le ».

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Il Governo è favorevole.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento soppressivo proposto dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Sempre sul primo comma dell'articolo 65 la Commissione ha proposto un emendamento tendente a sostituire, dopo le parole: « la autorizzazione del medico provinciale a », la parola: « trasformarsi » con l'altra: « trasformarli ».

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Il Governo è favorevole.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento sostitutivo presentato dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

La Commissione infine ha proposto, al secondo comma dell'articolo 65, un emendamento tendente a sostituire le parole: « Gli enti, per i quali » con le altre: « Gli istituti di ricovero e cura e le infermerie, per i quali ».

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Il Governo è favorevole.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento sostitutivo proposto dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore.*
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore.*
All'articolo 65 che è stato concordato dalla Commissione sembrerebbe indispensabile aggiungere un terzo comma del seguente tenore: « Gli enti ospedalieri di cui al presente articolo sono equiparati, ai fini della Costituzione del Consiglio di amministrazione, agli enti ospedalieri comprendenti ospedali di zona ». Se permette, spiego questo emendamento.

Tale emendamento aggiuntivo è necessario perchè, in base all'articolo 9 della legge, il consiglio di amministrazione è formato in modo diverso a seconda delle categorie degli ospedali dipendenti dall'ente ospedaliero; gli enti ospedalieri qui considerati comprendono ospedali e infermerie che non hanno i requisiti per essere classificati in una delle categorie di ospedali previste dalla legge; pertanto rimarrebbero senza consiglio.

È necessario, ai fini della costituzione di un consiglio di amministrazione, dare loro almeno un'equiparazione provvisoria, al livello più basso. Presento pertanto alla Presidenza l'emendamento che ho letto prima.

P R E S I D E N T E . Il Governo è favorevole alla presentazione di questo emendamento?

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Sì, signor Presidente.

P R E S I D E N T E . Si dia lettura allora dell'emendamento aggiuntivo all'articolo 65, presentato dalla Commissione.

C A R E L L I , *Segretario:*

All'articolo 65 aggiungere il seguente comma. « Gli enti ospedalieri di cui al presente articolo sono equiparati, ai fini della costituzione del Consiglio di amministrazione agli enti ospedalieri comprendenti ospedali di zona ».

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento aggiuntivo all'articolo 65, presentato dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 65 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo agli articoli successivi. Se ne dia lettura.

C A R E L L I , Segretario:

Art. 66.

(Estensione delle disposizioni sul mantenimento in servizio previsto dalla legge 10 maggio 1964, n. 336).

Le disposizioni di cui all'articolo 6 della legge 10 maggio 1964, n. 336, relative al mantenimento in servizio fino al compimento del 70° anno di età dei sovrintendenti e direttori sanitari, dei direttori di farmacia e dei primari ospedalieri, si applicano anche nei confronti del predetto personale che sia stato successivamente trasferito da un ospedale ad altro di pari o superiore categoria.

(È approvato).

Art. 67.

(Regioni a statuto speciale).

Le Regioni a statuto speciale, ad eccezione di quelle che hanno in materia sanitaria potestà legislativa primaria, devono adeguare la propria legislazione nella materia predetta ai principi stabiliti dalla presente legge e dalla legge di programmazione di cui al precedente articolo 26.

(È approvato).

Art. 68.

(Durata in carica dei consigli di amministrazione esistenti).

Fino al momento dell'insediamento dei nuovi consigli di amministrazione degli enti ospedalieri, di cui al primo comma dell'articolo 3, restano in carica i consigli di amministrazione esistenti all'entrata in vigore della presente legge.

P R E S I D E N T E . I senatori Angelilli, Valsecchi Pasquale, Torelli, Zaccari e Darè hanno presentato un emendamento tendente ad aggiungere, alla fine dell'articolo 68, le seguenti parole: « e, per il Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali riuniti di Roma resta-

no in vigore le norme sul Consiglio di amministrazione previste dalla legge 25 febbraio 1965, n. 125 ».

A N G E L I L L I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

A N G E L I L L I . Ho presentato l'emendamento poichè nell'articolo 68 è previsto che, fino alla costituzione dei nuovi consigli di amministrazione dell'ente ospedaliero, rimangono in carica quelli attuali. È opportuno, a mio avviso, precisare in questo articolo che la stessa norma riguarda il Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali riuniti che analogamente, devono avere il consiglio di amministrazione.

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il loro avviso sull'emendamento in esame.

S A M E K L O D O V I C I , relatore.
La Commissione è contraria.

* M A R I O T T I , Ministro della sanità.
Il Governo comprende le ragioni che hanno spinto il senatore Angelilli a presentare questo emendamento; ma poichè siamo ormai in un processo di ristrutturazione, cosicchè questi ospedali si trasformeranno anch'essi in enti ospedalieri non appena la legge di cui ci occupiamo sarà operante, pregherei il senatore Angelilli di ritirare l'emendamento e di lasciare il testo dell'articolo 68 così com'è.

A N G E L I L L I . Onorevole Ministro, non ho difficoltà a ritirare l'emendamento, ma voglio segnalare il sussistere dell'eventualità che, mentre vengono prorogate le funzioni dei consigli di amministrazione esistenti presso altri ospedali fino all'applicazione della legge che prevede la costituzione dei nuovi consigli di amministrazione, il Pio Istituto di Santo Spirito, in base all'articolo 69, vedendo funzionante soltanto la commissione tutela, potrebbe continuare ad avere una gestione commissariale, ove non si provvedesse tempestivamente alla nomina

del consiglio di amministrazione previsto dalla legge del 1965.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*.
Senatore Angelilli, lei non sa perchè io sto ripristinando il consiglio di amministrazione, quindi non risponde al vero ciò che lei ha detto.

P R E S I D E N T E . Senatore Angelilli, ritira l'emendamento?

A N G E L I L L I . Mi affido alle dichiarazioni del Ministro.

P R E S I D E N T E . Da parte della Commissione è stato presentato un emendamento tendente a sopprimere le parole: « di cui al primo comma dell'articolo 3 ». Metto ai voti questo emendamento. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 68 nel testo così emendato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo all'articolo 69. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , *Segretario*:

Art. 69.

*(Pio Istituto di S. Spirito
e Ospedali Riuniti di Roma).*

Al Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma si applicano tutte le disposizioni previste dalla presente legge. Peraltro, sino alla costituzione delle Regioni a statuto ordinario, continuano ad aver vigore le attuali norme relative agli organi di vigilanza e di tutela, alle modalità di esercizio del controllo e agli atti sottoposti al controllo.

P R E S I D E N T E . Da parte del senatore Angelilli è stato presentato un emendamento, tendente ad aggiungere dopo le pa-

role: « gli organi », le altre: « di amministrazione, ».

Senatore Angelilli insiste su questo emendamento?

A N G E L I L L I . Lo ritiro in base all'assicurazione del Ministro.

P R E S I D E N T E . Metto allora ai voti l'articolo 69. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Passiamo all'articolo 70. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , *Segretario*:

Art. 70.

(Abrogazione di norme incompatibili).

È abrogata ogni disposizione incompatibile con le norme contenute nella presente legge.

Fino a quando non verrà emanato il decreto delegato previsto dall'articolo 40 continueranno ad avere vigore per la parte non in contrasto con la presente legge, le disposizioni contenute nel regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, e successive modificazioni.

P R E S I D E N T E . Su questo articolo da parte della Commissione è stato presentato un emendamento sostitutivo. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , *Segretario*:

Al secondo comma, sostituire le parole:

« Fino a quando non verrà emanato il decreto delegato previsto dall'articolo 40 », con le altre: « Fino a quando non verranno emanate le norme delegate di cui all'articolo 40 ».

P R E S I D E N T E . Metto ai voti questo emendamento. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 70 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Da parte dell'11ª Commissione è stato presentato un emendamento tendente ad aggiungere, dopo l'articolo 70, un articolo 71. Se ne dia lettura.

B O N A F I N I , Segretario:

Dopo l'articolo 70, aggiungere il seguente:

Art. 71.

« Le somme di cui al terzo comma dell'articolo 33 che non siano state impiegate o impegnate nell'esercizio 1967 possono essere impegnate ed utilizzate nei tre esercizi successivi.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alle occorrenti variazioni di bilancio ».

P R E S I D E N T E . Su questo articolo aggiuntivo proposto dalla Commissione la 5ª Commissione, finanze e tesoro, ha dato questo parere: « L'emendamento proposto dall'11ª Commissione, aggiuntivo di un articolo 71, recante disposizioni finanziarie, è stato sottoposto all'esame della Commissione finanze e tesoro la quale, nel dare parere

favorevole all'emendamento, ha proposto una modificazione di carattere tecnico, consistente nell'aggiunta, alla fine del primo comma dell'articolo, delle parole: « in deroga al disposto dell'articolo 1º della legge 27 febbraio 1955, n. 64 ». La 5ª Commissione propone che all'articolo sia preposta la rubrica: « *Disposizione finanziaria* ».

M A C C A R R O N E . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

M A C C A R R O N E . Vorrei proporre che questo articolo sia anteposto all'articolo 70 che riguarda l'abrogazione di norme incompatibili. Forse, nell'ordinamento del disegno di legge, occorrerebbe fare questo spostamento.

P R E S I D E N T E . Non facendosi osservazioni, la proposta del senatore Maccarrone deve intendersi accolta. Quindi l'articolo aggiuntivo 71 diventa articolo 70 avendo come rubrica: « *Disposizione finanziaria* » e l'articolo 70, già votato, assume il numero 71. Metto allora ai voti l'articolo 70 (prima 71) con la modifica proposta dalla Commissione finanze e tesoro. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

Presidenza del Vice Presidente SECCHIA

P R E S I D E N T E . Passiamo alla votazione del disegno di legge nel suo complesso. È iscritto a parlare per dichiarazione di voto il senatore Battaglia. Ne ha facoltà.

B A T T A G L I A . Onorevole Presidente, onorevoli colleghi. Ella, onorevole Ministro Mariotti sa da quale istintiva simpatia io sia stato sempre animato nei suoi confronti. Ripeto « istintiva simpatia » e non a caso, non trovando essa alcuna altra spiegazione

o ragion d'essere se non in qualcosa di spontaneo e di naturale. Mi si consenta, quindi, che io le manifesti con tutta franchezza e con immutata cordialità il pensiero della mia parte politica in ordine a questo disegno di legge, e non se l'abbia, e non me ne abbia, se le potrò apparire soverchiamente critico.

Sia infatti ben chiaro che la mia critica vuole essere costruttiva nella stessa misura in cui potrà apparire demolitrice. Noi liberali, infatti, lo abbiamo detto e lo ripetia-

mo, siamo tutt'altro che contrari ad una riforma ospedaliera, chè anzi abbiamo invocato ed invochiamo siffatta riforma che riguardi tutta l'assistenza medica italiana. Ma ci siamo battuti e continueremo a batterci perchè quanto è necessario fare in materia sia soprattutto ispirato a soluzioni ed a criteri aderenti alla nostra realtà sociale, rispondente ad un razionale assetto del settore ospedaliero: il tutto nel quadro di quella libertà umana che non può e non deve essere in nessun modo anche solo trascurata.

Da qui la prima ragion d'essere del dissenso di noi liberali al disegno di legge che abbiamo finito di esaminare. A nostro avviso l'esigenza di una riforma dell'ospedale, che si è andata rendendo sempre più evidente nella moderna società (che nonostante tutto — sottolineo le parole — continua

ad essere permeata da un incoercibile spirito di libertà) non può per ciò stesso essere programmata con il rigore delle pianificazioni. Ciò finirebbe col mortificare, da un lato, uno dei più nobili sentimenti qual è la generosità di coloro — e non sono pochi — che intendono destinare i loro averi a beneficio dell'umanità malata, secondo le proprie idee, e dall'altro, la incomprimibile autonomia che i cittadini, con riguardo ad una materia così delicata come quella che investe la intimità delle malattie personali, intendono gelosamente conservare come un loro irrinunciabile diritto alla riservatezza, che lo Stato non può e non deve conculcare o, peggio, violare, con la imposizione di una uniforme, totale, invariabile prestazione dell'assistenza ospedaliera.

Presidenza del Vice Presidente MACAGGI

(Segue B A T T A G L I A) . È questo, secondo il mio modesto parere, uno dei più gravi difetti del disegno di legge che, nella smania di predisporre un generalizzato servizio sociale, finisce con il concretarsi in un servizio di Stato, frutto del solito, stanco compromesso politico tra i partiti di Governo.

Non può infatti, onorevole Ministro, negarsi che nelle laboriose trattative per la preparazione di questo disegno di legge si è costantemente ricercata una soluzione in termini politici del problema dell'assistenza ospedaliera, soluzione che, nel tentativo di operare l'accordo tra un partito laico ed un partito confessionale, può dirsi fallita nella misura in cui è degenerata fatalmente nella inefficienza di una transazione da tutti accettata con molte riserve mentali, e quindi senza avere sincere, reciproche rinunce. Ed invero, i democristiani hanno concesso ai socialisti una speciosa nazionalizzazione degli ospedali, nonchè la politicizzazione dei consigli di amministrazione del futuro ente ospe-

daliero, ed hanno ottenuto, a loro volta, innanzitutto il riconoscimento degli enti ecclesiastici come categoria a se stante, avulsa dal trattamento di coercizione e pianificativo del futuro ente di Stato, ed in secondo luogo il riconoscimento dei ministri del culto come facenti parte dell'organico del personale ospedaliero.

Farebbe un'assai sterile fatica chi tentasse di negare tutto ciò, essendo troppo evidente che voi, onorevoli colleghi democristiani, e voi, onorevoli colleghi socialisti, avete avuto scopi ben precisi nel settore ospedaliero, anche se gli uni e gli altri avete finito col rimanere scontenti del compromesso cui siete pervenuti.

Ma non è tutto qui; ed invero vi è di peggio, quando si pensi che siffatto compromesso non risolve il problema fondamentale della penuria dei posti-letto e delle attrezzature, che costituisce buona parte — vorrei dire gran parte — della crisi del servizio ospedaliero italiano.

E tale situazione, estremamente difficile, diventa addirittura drammatica ove si aggiunga la disfunzione di una difettosa distribuzione di queste stesse ristrette disponibilità, onde s'impone con perentoria urgenza un potenziamento delle dotazioni ospedaliere che, connesso con una revisione funzionale dell'ospedale, possa avviare quel rinnovamento organico del servizio assistenziale nel settore specifico. Ho parlato di « revisione funzionale » e non a torto perchè l'ospedale, oltre che un centro terapeutico, deve essere anche un efficace sistema di organizzazione della prevenzione delle malattie ed una fondamentale base per la ricerca e la specializzazione medica al fine di ottenere un corpo di specialisti all'altezza dei propri compiti e delle proprie funzioni. E questa un'esigenza vivamente avvertita, perchè l'attuale condizione di molti medici è veramente avvilente, notorio essendo che essi non sono più i missionari della scienza, ma dei salariati fissi che per contraddizione lavorano a cottimo e dispensano ricette, oppressi da una burocrazia senza limiti.

Si è posto tali problemi il disegno di legge che abbiamo finito di discutere? La risposta non può che essere quasi del tutto negativa, occupati e preoccupati come erano i suoi proponenti, di ristrutturare statalizzandolo il sistema ospedaliero e a creare, come è di moda nelle riforme sociali italiane, l'ultimo in ordine di tempo della serie infinita di enti statali per mezzo dei quali lo Stato si è assunto il carico di diretta e spesso soverchia responsabilità nello svolgimento dei servizi pubblici. Onde è che nel firmamento della riforma sociale italiana viene a trovare posto un ennesimo ente nell'ambito del quale dovranno inserirsi, secondo le disposizioni del provvedimento in esame, tutte le istituzioni pubbliche di assistenza, beneficenza e tutti gli altri enti pubblici che hanno per scopo il ricovero e la cura degli ammalati, previa un'apposita dichiarazione di pubblicità, emessa con decreto del Presidente della regione, sentita la Giunta regionale e sentito il Consiglio provinciale di sanità. E dovranno inserirsi, anche previa apposita istanza di riconoscimento, tutti gli ospedali appartenenti ad enti pubblici, nonchè tutte

le altre fondazioni o associazioni aventi per scopo l'assistenza ospedaliera e cioè, come si chiamerebbero in dottrina, tutti gli enti cosiddetti « riconoscibili ». Queste sono le disposizioni concettualmente fondamentali del disegno di legge; tutto il resto è costituito da norme che disciplinano il trasferimento di beni e di capitali, la promozione dello statuto, la determinazione delle rette di degenza.

Se tutto questo è vero, se con l'ente ospedaliero è stato creato un organo con la competenza esclusiva di un servizio assistenziale monopolizzato e pianificato, se al di fuori dell'ente non possono sorgere altri ospedali, eccezione fatta per gli enti ecclesiastici e le cliniche private a scopo di lucro, se siffatti enti sorgono senza rispondere ad un effettivo criterio di responsabilità economica e sociale, svincolati come sono da ogni censura, allora siamo di fronte alla più aperta e pericolosa forma di pianificazione di ciò che, a stretto rigore, non è pianificabile, per la delicatezza stessa della materia, per la gelosa intimità del cittadino dinanzi alle proprie malattie.

Ho parlato di « gelosa intimità » ed invece avrei dovuto parlare di un diritto alla riservatezza. Concetto questo che chiarisce meglio come non sia possibile pianificare secondo criteri geometrici, astratti, egualitari l'assistenza ospedaliera come se si trattasse del razionamento dei viveri in tempo di guerra.

Ed è per questo fondamentale motivo che ritengo che con l'ente ospedaliero finiremo col subire una pericolosa involuzione nella prestazione assistenziale, nella misura in cui il Governo politicizza un servizio che è squisitamente tecnico e ne fa un centro di potere legato alle alterne vicissitudini della politica e ai contraccolpi delle crisi e dei mutamenti di umori nella compagine governativa.

Tutto ciò è dimostrato dalla stessa previsione legislativa, alla stregua della quale nel Consiglio di amministrazione dell'Ente potrà inserirsi il gioco delle maggioranze e delle minoranze.

Il proposito del proponente — il suo proposito, onorevole Ministro — era e rimane forse quello di rispettare il sistema democra-

tico, ma tutto ciò non credo possa escludere che un siffatto sistema porterà, nella prassi, a creare la tessera di partito come requisito ineliminabile per poter entrare a far parte dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri.

E la circostanza che nel disegno di legge non è cenno alcuno circa i titoli validi per l'ingresso in detti consigli crea implicitamente il più pericoloso dei requisiti: lo ripetiamo, quello della tessera di partito; cosa questa che importerà come ineluttabile conseguenza che gli ospedali finiranno con l'essere affidati a chi potrà spadroneggiarvi e trasformarli in nuovi feudi di partiti, contribuendo a mortificare le iniziative di chi non è pronto a incanalarsi nel sistema di Stato.

E in questa mortificazione della individualità creatrice sta la chiara volontà governativa di cedere a un disegno socialista di statalizzare anche sotto questo riguardo la vita della società italiana, così come nella eccezione fatta per gli enti ecclesiastici sta l'altrettanto chiaro proposito democristiano di non rinunciare a certe loro posizioni di cui sono estremamente gelosi.

Una siffatta eccezione rappresenta — si badi, onorevoli colleghi — un intollerabile privilegio nel sistema legislativo ed operativo previsto dal disegno di legge, nella misura in cui stacca gli enti ecclesiastici dal sistema medesimo lasciando loro una certa autonomia che, pur non stigmatizzando per la sua efficacia operativa, non possiamo tuttavia approvare per tutto quanto di pericolosamente abnorme c'è in un provvedimento legislativo che, nel mentre toglie la libertà ad alcuni, la conserva per altri.

Tutto ciò, costituisce, invero, il trionfo del privilegio sulla eguaglianza, della ragione di partito sul diritto, dell'arbitrio sulla ragione.

Ed è con queste amare considerazioni che mi avvio a concludere non senza rilevare una ultima palese e più eclatante contraddizione del disegno di legge in esame; contraddizione per la quale peraltro l'onorevole ministro Mariotti l'altro giorno ebbe a darmi atto che avevo ragione. Quale è questa contraddizione? In che cosa essa consiste?

Questo disegno di legge è nato per inserire l'ente ospedaliero nel processo di regional-

izzazione delle strutture istituzionali del nostro Paese, all'ombra di quell'articolo 117 della Costituzione che attribuisce alla regione il servizio assistenziale sanitario ed ospedaliero. Senonchè, mentre la citata disposizione costituzionale sancisce che la regione emana norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, seguendo cioè quelle leggi-cornice che secondo la dottrina dettano gli indirizzi cui soggettivamente dovrà informarsi l'attività legislativa regionale, il disegno di legge in discussione contiene invece una complessa, minuziosa e completa disciplina nazionale dell'ospedale.

Non si può negare che l'aver determinato sin nei dettagli la composizione, il modo di funzionamento, i criteri di trasferimento di beni, eccetera, e financo le rette non può non costituire un sistema di nazionalizzazione del servizio ospedaliero che non è salvato neanche da quel richiamo alla legge regionale che si contiene nell'articolo 29 del disegno di legge, e ciò perchè una futura legge regionale, dopo essere stata la materia minuziosamente sviscerata e contemplata da una legge nazionale, non potrebbe che recepirla e disporne una pedissequa applicazione nella specie. Non si tratta, onorevole Ministro, della *loi cadre*, della legge quadro, della legge cornice; di una legge cioè di principi fondamentali indirizzata a specifici soggetti quali sono le istituende regioni. Si tratta invece di una legge piena di precetti che sono rivolti a soggetti diversi, si tratta di una legge intersoggettiva e non rivolta soltanto, ripeto, alle regioni.

Ora non saremo noi, antiregionalisti convinti, a stigmatizzare un tale stato di cose, ma non possiamo esimerci, onorevole Ministro, dal chiederci come mai voi che, si dice, siete le vestali del decentramento del nostro Stato, alla prima occasione di darvi attuazione, finite col centralizzare le norme che debbono disciplinare le funzioni e le competenze dell'ente regionale. Il vero si è che dette vestali della autonomia regionale, in verità, hanno bisogno di una autonomia politica in una Italia non decentrata, bensì, sconcentrata, come è provato proprio dalle

norme che vincolano e quindi nullificano la autonomia della legislazione regionale nel settore dell'assistenza ospedaliera.

Tutto ciò testimonia ancora una volta di più lo stato di confusione, vorrei dire lo stato di improvvisazione, che nella elaborazione di questa materia esiste nella maggioranza governativa la quale è pronta a pagare qualsiasi prezzo per la collaborazione al Governo, ansiosa di presentarsi al corpo elettorale con un pacchetto di riforme da sbandierare come altrettante conquiste, preoccupata di creare quanto più è possibile nuovi posti di sottogoverno senza badare al fatto di porre in essere altre piovre assorbenti il pubblico denaro.

Le conseguenze di tutto ciò le rileveremo quando le regioni saranno una realtà operativa e debilitante delle forze dello Stato; le rileveremo quando gli attriti, le frizioni tra Stato e regioni esploderanno in un contenzioso che impegnerà un esercito di giuristi, un esercito di costituzionalisti, per stabilire la legittimità della legge regionale che, statuendo nell'assistenza ospedaliera, cioè in una materia di propria competenza, violerà le correlative norme nazionali contenute nel testo della legge istitutiva dell'ente regionale ospedaliero che avrebbe dovuto essere, e non lo è, una legge-quadro, una legge-cornice; le rileveremo quando, dopo che il presente disegno di legge costituirà un precedente e quindi un modello di legge-cornice, dovranno scorrere fiumi di inchiostro per riconsiderare criticamente e costruttivamente la casistica costituzionale in cui siffatte leggi si inseriscono. Ancora di più le rileveremo quando, dopo che lo Stato avrà emanato un certo numero di leggi-cornice, che non sono affatto tali bensì leggi contenenti un contesto di norme precettive e sanzionative, il contenzioso tra Stato e regioni diventerà incontenibile ed acquisterà una forza di urto tale da ridurre a brandelli il nostro Stato.

E se così denso di nubi è il futuro della nostra legislazione, noi legislatori, che siamo chiamati ad esprimere la voce della saggezza legislativa, non possiamo, non dobbiamo seguire certe strade che si appalesano tanto irte di ostacoli quanto pericolose. Ecco per-

chè, onorevole relatore, vorrei che lei stesse ad ascoltare quanto vado dicendo, che credo sia veramente interessante, tanto che ha meritato e continua a meritare una certa attenzione da parte dell'onorevole Ministro. Credo davvero che farebbe una buona cosa, tanto più se aggiungo che ho molto ammirato la sua relazione, nella quale, in tredici punti, si concreta quella che avrebbe dovuto essere la legge-cornice. Infatti, se noi avessimo potuto di detti punti fare tredici articoli di legge, non vi è dubbio che avremmo dato alle future regioni la legge cornice o la legge-quadro. Ma mi lasci dire, onorevole relatore, che neanche lei è convinto che i principi cui è improntata la sua relazione siano trasfusi nel disegno di legge che andiamo ad approvare, tant'è che nell'ultimo periodo del suo elaborato, prima di passare all'esame analitico dei singoli articoli, ella ha scritto: « a questi principi sembra si ispiri il disegno di legge ». « Sembra si ispiri »: quindi lei non è convinto che questo disegno di legge trova la sua ispirazione sui denunciati principi, che noi liberali condividiamo e che si condensano — come ho detto — nei tredici punti della sua relazione.

Ecco perchè, onorevoli colleghi, pur non mancando di prendere atto del lodevole sforzo che il Governo ha compiuto nel tentativo di risolvere un problema da tempo ormai indilazionabile e pur dandole atto, onorevole Ministro, di una certa sua sensibilità nell'accogliere taluni dei nostri emendamenti, dichiaro che noi liberali non possiamo dare il nostro voto favorevole a questo disegno di legge che, se diverrà legge dello Stato, lungi dal raggiungere gli auspicati ed auspicabili benefici cui intenzionalmente tende, produrrà invece (almeno noi lo temiamo) effetti contrari: e ciò dico non senza sottolineare che in buona parte, certamente nella parte intenzionalmente buona, esso rimarrà inoperante per lunghi anni. Grazie, signor Presidente. (*Vivi applausi dal centro-destra*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare per dichiarazione di voto il senatore Sellitti. Ne ha facoltà.

* S E L L I T T I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, il Gruppo parlamentare dei senatori del Partito socialista ha concesso a me l'alto onore di dare il voto favorevole al disegno di legge all'esame di questa Assemblea.

Tale disegno di legge di iniziativa governativa presentato dall'onorevole Ministro della sanità senatore Mariotti, «enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera», che ha avuto un *iter* parlamentare lungo e laborioso, compendio di profondo studio di commissioni e sottocommissioni, di elaborazioni a livello parlamentare e di associazioni sindacali di base, conclude oggi la seconda tappa del suo cammino. Alla ripresa dei lavori parlamentari nell'altro ramo del Parlamento avrà il voto definitivo di legge della quarta legislatura repubblicana. È certamente questa una delle leggi più qualificanti di questa legislatura che sta per concludersi, anzi, oso dire la più qualificante, in quanto investe e risolve uno dei problemi secolari della nostra società; rompe con un passato denso di concenzioni arcaiche, con una concezione caritativa dell'assistenza ospedaliera, per assolvere ad un dettame della Costituzione repubblicana, cioè essere l'assistenza ospedaliera un obbligo dello Stato, un dovere della società a favore della collettività, in quanto l'assistenza sanitaria e quella ospedaliera in sommo grado qualifica il grado di civiltà di un Paese democratico progredito e altamente civile.

La strutturazione della rete ospedaliera del Paese e l'assistenza non saranno, come per il passato, frutto di iniziative di singoli o di associazioni ecclesiastiche di tipo caritativo, non saranno più il risultato di iniziative di gruppi di potere o di preminenze parlamentari, ma saranno soggette ad uno sviluppo programmato che gradualmente annullerà i gravi squilibri settoriali e zionali fra campagna e città, fra Nord e Sud, fra regione e regione, in un tutto armonico che avrà come obiettivo preminente l'interesse della collettività.

L'ente ospedaliero, pilastro di questo disegno di legge, avrà il compito precipuo dell'assistenza all'ammalato, sarà democratica-

mente amministrato dai rappresentanti delle collettività, in funzione delle quali esso opera e agisce, in conformità alle esigenze socio-economiche delle popolazioni interessate; in armonia con il piano di sviluppo e con l'ente regione, sarà classificato a seconda del numero dei posti-letto e dell'attrezzatura specialistica, in modo da soddisfare le molteplici esigenze dell'assistenza dell'ammalato secondo gli ultimi dettami della scienza medica. Saranno quindi annullate tutte le carenze di strutturazione, tutte le deficienze tecniche e organizzative e tutte le gravi lacune della ricerca scientifica che fino ad oggi hanno caratterizzato e mortificato la vita dei nostri ospedali.

La presenza quotidiana e quasi continuativa dei sanitari nelle corsie, la consulenza tecnica di essi nella gestione sanitaria amministrativa dell'ente sono garanzia di una nuova era della vita ospedaliera come centro della salute, nel quale il cittadino ammalato troverà certamente le condizioni ideali per un pronto e completo reinserimento nella società, nel ciclo produttivo e nello sviluppo della collettività. Lo sviluppo armonico nel Paese, come entità numeriche e come strutturazione, non impedirà la sussistenza, il permanere e lo svilupparsi delle cliniche private, sempre che queste, in una generosa gara di competitività, sotto il controllo dell'autorità sanitaria governativa regionale e provinciale, sapranno adeguarsi ai tempi e resistere al graduale e progressivo intervento pubblico nel settore.

Le critiche di parte liberale e missina, alle quali si sono unite quelle di alcuni colleghi di parte democristiana, sono artificiose e prive di fondamento, in quanto il disegno di legge, fedele ai principi sanciti nella Costituzione repubblicana, permette il sopravvivere degli istituti privati esistenti e non impedisce il germogliare di essi, sempre che siano garantite dal controllo provinciale quelle norme igienico-sanitarie proprie di un ente che dovrà avere come obiettivo la assistenza sanitaria e la rapida restituzione dell'ammalato guarito alla società.

Ai compagni comunisti che chiedono la risoluzione immediata di tutti i grandi e com-

plexi problemi dell'assistenza sanitaria del nostro Paese, sia essa ospedaliera o extra ospedaliera, ai comunisti che chiedono l'unificazione degli enti quale tappa primaria rispetto a quella della riforma ospedaliera, noi rispondiamo che l'ente ospedaliero, così come è disciplinato in questo disegno di legge, rappresenta il fulcro intorno al quale dovrà, in un'armonia di strutturazione e di organicità, ruotare l'assistenza sanitaria del nostro Paese. La prevenzione delle malattie e la riabilitazione degli ammalati troveranno negli ospedali il passaggio direi quasi obbligato, per concludere quel ciclo di assistenza sanitaria che porta ad un sistema di sicurezza sociale.

Onorevoli colleghi, le opposizioni, per diversi e contrapposti motivi, che si sono rivelate con gli interventi di alcuni oratori, si sono dichiarate non favorevoli al disegno di legge: la destra liberale e missina, nella quale in quest'Aula sono riecheggianti interessi personali e di settore privatistico; la sinistra social-comunista avente una concezione dell'assistenza sanitario-ospedaliera particolare, in una visione che non trova rispondenza ed applicazione nella realtà in cui operiamo; alcuni oratori della maggioranza, nei quali interessi personali hanno avuto il sopravvento sulla visione umana e generale del problema. Tutte queste opposizioni dimostrano sufficientemente quanta carica innovatrice questo disegno di legge, quale rottura esso determina di una concezione, oserei dire, medievale dell'assistenza ospedaliera.

Il Paese da anni, con ansia, era in attesa di una radicale riforma della strutturazione degli ospedali, era in attesa, con i suoi ammalati, della risoluzione del grave dramma che attanagliava la collettività, reclamando una migliore assistenza sanitaria.

Il problema ospedaliero sarà risolto senza preventiva subordinazione all'attuazione economica. Molte cose, molti provvedimenti possono essere spostati nel tempo, non quello dell'assistenza ospedaliera perchè rappresenta un segno di civiltà che il nostro Paese può e deve conquistare, superando la posizione di arretratezza rispetto ad altre Nazioni civili. Nessuno chiede lusso o sprechi, nessuno chiede inutili monumenti e nes-

suno si illude che tutto possa risolversi con un colpo di bacchetta magica; ma ogni città, ogni circoscrizione, ogni vallata dovrà essere dotata al più presto di decorosi ed efficienti ospedali, dei quali la comunità nazionale e le popolazioni locali dovranno andare orgogliosi. Ospedali che non dovranno essere concepiti nel senso tradizionale ed esclusivo di luoghi di ricovero ma piuttosto « centri di salute », centri di una completa organizzazione medico-sociale, come è del resto preconizzata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Risolto questo problema dell'organizzazione ospedaliera, che ha carattere prioritario e che si svilupperà in armonia con l'economia del Paese, si impedirà che di fronte al meraviglioso progredire dell'industria, delle vie di comunicazione, del tenore di vita, una umanità sempre più sofferente corra invano alle porte degli ospedali nella vivida speranza di poter sopravvivere ancora.

Nel rispondere al collega Maccarrone per quanto concerne l'articolo 5 per il quale il Ministero della sanità continua ad essere obbligato nelle sue decisioni al concerto con il Ministero dell'interno, devo dire che la battaglia iniziata sul piano governativo dal Ministro per rendere autonomo il Dicastero della sanità nell'assolvere a tutte le competenze a lui congeniali sarà certamente vinta nella prossima legislatura, segnando così una conquista vittoriosa verso la creazione del Ministero della sicurezza sociale, sotto il quale saranno risolti i problemi sanitari del Paese.

Onorevoli colleghi, prima di chiudere il mio intervento, permettetemi di rivolgere al relatore del disegno di legge, senatore Samek Lodovici, il mio plauso ed il mio ringraziamento in qualità di collega parlamentare, ma soprattutto di medico ospedaliero. Il relatore ha dimostrato, nella sua immane, lunga fatica, una capacità, una preparazione non comuni, delle quali il Parlamento dovrà essergli riconoscente.

Possiamo affermare con animo sereno che la riforma ospedaliera, con quella degli ospedali psichiatrici, che mi auguro sia al più

presto sottoposta al voto di questa Assemblée, sarà il pilastro fondamentale sul quale dovrà poggiare ed iniziare nella prossima legislatura il lungo cammino di un sistema di sicurezza sociale come previsto dal capitolo VII del piano di sviluppo economico. Tutto ciò è merito quindi del Governo di centro-sinistra e dei socialisti, che di tale formula politica sono la componente essenziale e stimolatrice, ma soprattutto e innanzitutto del Ministro della sanità, senatore Mariotti, al quale va la riconoscenza incondizionata degli ospedalieri e del Paese, perchè con la sua volontà, con la sua capacità e, oserei dire, caparbia ha fortemente voluto dare al Paese una legge riformatrice, che qualifica una politica ed onora un Paese altamente civile. *(Vivi applausi dalla sinistra e dal centro. Congratulazioni).*

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare per dichiarazione di voto il senatore Di Prisco. Ne ha facoltà.

*** D I P R I S C O .** Onorevoli colleghi, a conclusione della discussione in questo ramo del Parlamento del disegno di legge « Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera » credo che ogni Gruppo, quindi anche il nostro, debba rifarsi alle posizioni primarie, prese dal Ministro della sanità, quando questi pose all'attenzione dell'opinione pubblica e del Parlamento il problema della riforma ospedaliera.

Ci siamo trovati di fronte ad una posizione che non mancammo di definire seria e moderna, e già allora indicavamo come gli ostacoli da superare fossero di notevole entità. Ebbene, dobbiamo dire che il Ministro della sanità e lo stesso Gruppo socialista (cosa di cui tanto si è compiaciuto recentemente il senatore Sellitti per quanto riguarda i risultati del disegno di legge) hanno la fortuna di vedere l'iter di questo disegno di legge concludersi stamani; se questo risultato non si fosse raggiunto, le pressioni conservatrici, che si sono su questo progetto di legge accanitamente portate, avrebbero conseguito un ulteriore successo, tanto è vero che anche ieri sera ancora un'al-

tra perla è stata aggiunta alle altre, già numerose, di questo disegno di legge, col problema del concerto voluto all'articolo 54 col Ministero dell'interno.

M A R I O T T I, Ministro della sanità. Codesta è una ingenerosità che lei non doveva dire.

D I P R I S C O . Vede, onorevole Ministro, lei alcuni mesi or sono rese una dichiarazione responsabile, dicendo che era pronto a dare le dimissioni se si fossero portati attacchi al progetto da cui ella aveva già dovuto continuamente recedere; ebbene, quella dichiarazione lei l'aveva fatta convinto che l'impostazione originaria del suo disegno di legge poteva essere realizzata nel nostro Paese, purchè ci fosse una volontà politica.

Le forze politiche per poter realizzare questo indirizzo c'erano; evidentemente è stata un'altra scelta politica quella che vi ha portato a dover prendere un'altra strada.

Ci troviamo, pertanto, oggi di fronte a questo disegno di legge cui daremo voto negativo. Ci troviamo a dover concludere l'iter di questo disegno di legge a distanza di non più di 14 ore dall'approvazione che la maggioranza ha voluto dare al provvedimento concernente lo stanziamento di 476 miliardi alla cassa malattie, portando così un ulteriore contributo al ritardo della soluzione generale del problema della salute pubblica.

Al senatore Sellitti, poi, devo dire in maniera molto aperta e pacata che è ora di smetterla con alcuni rimasugli di ferri vecchi di dizioni, quando parla di socialcomunisti. Con questa frase — ed era scritto — mi sembra che si ritorni ai tempi della guerra fredda, quando altri ci beneficiavano di questi nomignoli.

A conclusione, quindi, onorevoli colleghi, il nostro voto negativo nei confronti di questo disegno di legge non vuol dire che da parte nostra non si continui ancora a combattere: le possibilità e le forze politiche ci sono per poter realizzare quanto prima nel Paese il compiuto servizio di sicurezza

nazionale. (*Vivi applausi dall'estrema sinistra*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare per dichiarazione di voto il senatore Maccarrone. Ne ha facoltà.

M A C C A R R O N E . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, noi, nel corso di questi giorni e nei mesi che hanno preceduto il voto del Senato, abbiamo espresso a sufficienza il nostro giudizio sul testo legislativo che quest'Aula si accinge ad approvare; giudizio motivato che non parte da pregiudiziali politiche, nè è influenzato dal giudizio politico generale che noi diamo di questo Governo, dalla formula politica che è alla sua base, dal suo indirizzo generale; un giudizio che noi abbiamo documentato, esaminando l'impostazione generale della legge, valutando i singoli titoli ed i singoli articoli, confrontando le norme di questa legge con l'ordinamento generale del nostro Paese, per apprezzarne la validità, l'applicabilità, l'efficacia. Questo giudizio ci siamo sforzati, con le nostre modeste forze, ma responsabilmente e con serietà, di portare in quest'Aula, con gli interventi dei colleghi, con le dichiarazioni di voto sui singoli articoli, con l'illustrazione degli emendamenti che abbiamo considerato qualificanti e determinanti ai fini di un giudizio della legge.

Ebbene, onorevoli colleghi ed onorevole Ministro, il dibattito che si è svolto in Senato, il modo come la destra ha affrontato la discussione su questo importante argomento, il modo come la Democrazia cristiana anche in questo ramo del Parlamento, ed in modo più visibile e aperto (e quindi anche in un modo che io mi auguro l'opinione pubblica apprezzerà adeguatamente e adeguatamente condannerà), ha partecipato a questa discussione dimostrano che le forze politiche che compongono la maggioranza non rispecchiano affatto nè le esigenze di cui il suo Partito, onorevole Ministro, e la delegazione che il suo partito ha mandato al Governo dicono e intendono affermare, nè soprattutto le esigenze del Paese.

È questo il primo punto. La sua replica onorevole Ministro, (mi consenta, meno impegnata in questa fase della battaglia per l'approvazione della legge elettorale di quanto non sia stata politicamente impegnata la sua replica nell'altro ramo del Parlamento) conferma l'idea che in fondo, ormai, siamo all'ultimo capitolo del bilancio di questa legislatura e la preoccupazione di fondo per gli uni e per gli altri contraenti di questa alleanza di Governo è quella, per i socialisti, di portare qualche cosa nel sacco vuoto di questo Governo al giudizio degli elettori, e per la Democrazia cristiana, per questo grosso corpo troppo articolato che soffoca e limita le possibilità di sviluppo della vita del Paese, quella di non urtare troppi interessi, di non modificare troppe cose, di conservare tutti i collegamenti, anche quelli con la parte più retriva, più conservatrice e più arretrata della società nazionale, pur di raccogliere voti, pur di ritornare nel Parlamento a svolgere quella funzione di freno che la Democrazia cristiana ha sempre svolto, continua a svolgere e ha svolto anche in questo caso. È la realtà, senatore Moneti, ed è anche la realtà del vostro ultimo congresso di Milano; la realtà dell'annullamento di ogni funzione di correnti ispirate ad aperture e ad esigenze di rinnovamento che, nell'ultima fase della vita politica del Paese, hanno rinunciato alla loro funzione e si sono affogate in quella maggioranza dorotea immobile e immobilizzatrice. Questa è la realtà della vita del Paese! E non è la fazione che mi ispira queste parole, ma la preoccupazione profonda della distanza che ormai separa il gruppo politico che dirige il Paese dalla ispirazione che pure esso ha avuto all'inizio della vita repubblicana, nella formazione e nell'approvazione della Carta costituzionale.

Onorevoli colleghi, si parlerà di riforma, ma noi abbiamo dimostrato che questa legge ha perso finanche nel titolo la velleità di presentarsi come una legge di riforma. Questa legge non riforma nulla, ma riordina, è vero, e riordina anche con un certo spirito, con una certa logica, la legislazione esistente in materia ospedaliera; e di questo vi era

bisogno, se si pensa che questa legislazione è vecchia di un secolo e che risente, alla sua origine, di quel duro compromesso che è stato necessario al momento della unità d'Italia e poi per formare le prime leggi amministrative in quella difficile e complessa situazione politica. Si parlerà di riforma, ma non è una riforma ospedaliera quella che noi stiamo approvando; soprattutto, non si tratta di quella riforma, senatore Sellitti, che si dice essere necessaria, che lo stesso Ministro ha riconosciuto necessaria nel momento in cui responsabilmente ha accettato che si discutesse nel Paese circa un progetto di legge che porta il suo nome, che porta l'impronta del Partito socialista, che raccoglie le istanze, le aspettative, i voti, le aspirazioni, le rivendicazioni di una parte importante della vita del Paese. Si tratta cioè di quel cosiddetto progetto Mariotti che l'onorevole Volpe (e mi spiace che non sia presente) ha avuto il coraggio — devo dirlo, perchè ha rischiato di perdere, una importante posizione nel Governo, assai decisiva anche per la sua vita politica — di attaccare pubblicamente; progetto che la Democrazia cristiana ha sdegnosamente rifiutato, altrimenti l'onorevole Volpe non sarebbe rimasto nel Governo di centro sinistra, addirittura come collaboratore del ministro Mariotti, assumendo però con la sua posizione un po' burbera e un po' furbesca più la funzione del cane da guardia che quella del collaboratore, facendosi quasi garante che l'onorevole Ministro, con le sue intemperanze, non avrebbe valicato un certo limite.

Non si tratta soprattutto, onorevoli colleghi — ecco il motivo del nostro voto negativo globale — della riforma ospedaliera necessaria per avviare una riforma sanitaria generale. Questo è il punto, senatore Sellitti, questo è il punto, compagni socialisti, su cui voi dovete dare una risposta. Questa legge ospedaliera, a nostro avviso, contraddice quella impostazione di politica sanitaria, giusta e condivisibile, che voi portate avanti; la rende più difficile nella sua attuazione, perchè sminuzza e irrigidisce tutto il sistema, ritarda l'attuazione di un disegno orga-

nico e la ritarda pericolosamente nella coscienza del Paese.

Questa legge, onorevoli colleghi, i provvedimenti finanziari già approvati ieri dalla maggioranza del Senato (per la copertura del deficit delle mutue), tutta la politica legislativa nel campo della sanità sono gli elementi, onorevole Ministro, che legano le mani di qualsiasi Ministro che voglia fare veramente una politica rinnovatrice. Sono queste remore, quelle che voi avete posto durante il corso di questa legislatura e non tanto quelle esistenti nella vecchia legislazione e nell'apparato burocratico dello Stato, che legano le mani ad un Ministro che vuole fare una politica rinnovatrice. E di questi provvedimenti, come la legge ospedaliera, di quelle misure finanziarie, come quelle che abbiamo approvato ieri al Senato, della legislazione che è stata prodotta durante questa legislatura è respinsabile il centro-sinistra; è responsabile il collegamento tra socialisti e democristiani; è responsabile lo spirito moderato che domina tale collegamento; è responsabile la cedevolezza con cui si è affrontato il discorso con la parte moderata e conservatrice di questo schieramento.

M A R I O T T I, *Ministro della sanità.* Ma se è una costante della vostra politica cercare disperatamente di agganciare la Democrazia cristiana per venire al Governo! (*Commenti dall'estrema sinistra*).

M A C C A R R O N E. Non mi risulta, onorevole Ministro, che il Partito comunista faccia una politica di intrallazzi sotto banco.

M A R I O T T I, *Ministro della sanità.* Tutta la linea Ingrao tende a scavalcare i socialisti per agganciare la Democrazia cristiana. (*Repliche dei senatori Gianquinto e Conte*).

M A C C A R R O N E. Il Partito comunista conduce una politica molto chiara, e non è questa l'occasione per discuterla. Qui stiamo discutendo del Governo e delle

forze governative e del modo come noi ci poniamo di fronte alle forze governative in quest'Aula e con queste dichiarazioni. Pertanto lei, onorevole Ministro, in quest'Aula e dopo queste mie dichiarazioni, deve discutere e non polemizzare con posizioni o inventate o trasferite in Aula in modo surrettizio.

Questa legge, onorevole Ministro, ribadisce inoltre le norme sul finanziamento dell'edilizia ospedaliera che si sono dimostrate insufficienti ed inefficaci; questa legge non dà nuovi mezzi per la politica di sviluppo, di qualificazione degli ospedali, per quella politica che ella propugna, che il Partito socialista vuole, che la maggioranza dice di volere, senza però cercare e trovare nè la volontà politica, nè i mezzi per attuarla. Di questa politica di sviluppo e di qualificazione degli ospedali, onorevoli colleghi, c'è assolutamente bisogno nel nostro Paese per colmare quei grandi vuoti che rappresentano una drammatica denuncia dello stato di arretratezza e di inciviltà in cui le forze politiche dirigenti lasciano intere regioni ed un'intera parte del nostro Paese.

Noi non possiamo, non vogliamo unire la nostra responsabilità alla vostra grave responsabilità; per noi, come per i lavoratori italiani, per la parte più avanzata del mondo sanitario, per la grandissima maggioranza del mondo ospedaliero, il problema rimane aperto. Pertanto noi ci batteremo con gli appoggi ed i consensi che abbiamo, affinché questo problema, come il problema sanitario nel suo complesso, trovi soluzione ed il servizio sanitario nazionale uguale per tutti, disponibile per una politica di tutela della salute, finanziato con mezzi pubblici ottenuti con una profonda e democratica riforma tributaria — non con la riforma che lo stesso Governo di centro-sinistra si propone di presentare al Paese e che ignora completamente l'esistenza di questo grave problema del finanziamento dei servizi di previdenza e di tutela sociale —, con una riforma, ripeto, democratica del sistema tributario, diventi una realtà, attuando così la strumentazione che, nel fervore di volontà,

di impegni ideali e politici, i costituenti, ispirati dal grande moto di rinnovamento della Resistenza e della lotta di Liberazione, vollero introdurre nella Costituzione con l'articolo 32.

A questi principi noi rimaniamo fedeli votando contro questa legge; voi socialisti, voi democristiani vi siete allontanati da questi principi e da queste ispirazioni, e quindi non potevate che approvare una legge in cui domina il compromesso politico, fatto alle spalle del Paese, deludente per le tante attese contrastate, deludente per le aspirazioni e le esigenze di progresso e di sviluppo democratico del Paese.

È per questi motivi di fondo che noi votiamo contro, pur riconoscendo lo sforzo, la costanza e il valore che sono stati necessari per far maturare certi problemi, per riuscire a portare fuori dalle Commissioni legislative — ahimè! troppo spesso dominate dagli interessi corporativi e limitati — dei due rami del Parlamento questo problema. Era un'occasione importante, era un'occasione determinante, era un punto ed un'occasione di confronto per le forze politiche italiane; queste infatti per la prima volta dinanzi al Paese ed in modo aperto e chiaro potevano confrontarsi su queste questioni tecniche, politiche e giuridiche. Questa occasione è stata utilizzata adeguatamente: io mi auguro che possa essere utilizzata a breve scadenza un'occasione che consenta al Parlamento italiano di trovare nel suo seno una maggioranza capace di riformare veramente il settore ospedaliero e di partire dalla riforma ospedaliera per dare ai lavoratori, ai cittadini, ai bambini, alle donne, agli umili, agli oppressi, ai diseredati del nostro Paese uno strumento essenziale, lo strumento per la tutela della salute fisica, presupposto anche per un'equilibrata vita spirituale. (*Vivissimi applausi dall'estrema sinistra*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare per dichiarazione di voto il senatore Perrino. Ne ha facoltà.

* P E R R I N O . Signor Presidente, signor Ministro e signori senatori, nel dolce e toccante clima natalizio si chiude questo intenso e difficile *iter* della riforma ospedaliera. L'accostamento certamente è casuale, ma è anche significativo, perchè la riforma schiude un orizzonte nuovo al fine della tutela di quel supremo bene che è la salute: *salus suprema lex*.

Io desidero qui portare la piena adesione e quindi il voto favorevole del Gruppo della Democrazia cristiana, che vede così conclusa una iniziativa che certamente in questi ultimi tre anni ha visto protagonista, col Governo e in seno al Governo, il ministro Mariotti. Ma questa iniziativa, mi piace sottolinearlo ancora, affonda le radici nel tempo lontano del 1958. Da allora tutta una serie di iniziative, vuoi parlamentari, vuoi governative, hanno avviato alla soluzione questo problema. Ci sono voluti dieci anni — è un dato di fatto — ma, alle impazienze di coloro che vorrebbero che le leggi si facessero in un battibaleno, noi non possiamo che rispondere qual è il significato che bisogna dare alle leggi. Che cosa sono le leggi se non la rilevazione ufficiale delle esigenze e delle aspirazioni delle nostre popolazioni? Le nostre popolazioni ci hanno indicato da dieci anni l'esigenza veramente sentita del rinnovamento in un campo dove il progresso cammina con passo ben più celere che in qualunque altro settore. E non si può non riconoscere che la rinascita ospedaliera italiana, che trova oggi la consacrazione in questo disegno di legge, risale ad una legge alla quale abbiamo tutti attinto largamente. Quella legge rappresenta, a mio parere, il vero pilastro della rinascita ospedaliera italiana. E mi riferisco alla legge n. 589 del 1947, che porta il nome dell'allora Ministro dei lavori pubblici senatore Tupini. Fu in conseguenza di quella legge che sono stati distribuiti utili di eccezionale valore che hanno consentito il superamento di certe posizioni, anche se non siamo arrivati, specialmente nel Mezzogiorno, a quegli obiettivi indicati quarant'anni fa dall'Organizzazione mondiale della sanità.

In questa discussione noi abbiamo sentito pareri discordi e contrastanti: da un lato c'è l'affermazione, non dimostrata, da parte delle destre che questa legge è spietatamente nazionalizzatrice. Sono queste dichiarazioni che non hanno potuto essere dimostrate perchè non emerge nulla dal contesto della legge che possa far ritenere questo. D'altro lato, di fronte a questa presa di posizione delle destre, noi troviamo la contrapposta tesi dell'estrema sinistra, la quale ritiene che questa legge non fa nessun accenno alla nazionalizzazione che costituisce il *cliché* caratteristico del Partito comunista. Qui vorrei dire agli amici liberali che essi hanno tenuto un atteggiamento non proprio coerente perchè, almeno in Commissione, i rappresentanti del Partito liberale, persone esperte e degnissime come siamo tutti qua dentro, non hanno tenuto quell'atteggiamento oltranzista e negativo che invece è stato tenuto in quest'Aula. Abbiamo avuto la collaborazione, la comprensione e l'adesione dei due valorosi componenti del Partito liberale, nella Commissione sanità. Poi, evidentemente, sono sopravvenute le direttive del partito, la politica, come diceva l'onorevole Bergamasco l'altro giorno, e le sue esigenze di cui ci rendiamo conto.

Ora io desidero chiedere qui: quali erano gli obiettivi che si proponeva la riforma? Gli obiettivi erano: raggiungimento e mantenimento di una struttura ospedaliera pubblica, qualitativamente e quantitativamente sufficiente, evitandosi le attuali carenze; la armonizzazione territoriale delle strutturazioni stesse attraverso una graduale espansione ed un inquadramento nell'ambito di appositi piani regionali e del piano nazionale, nonchè nel quadro generale dell'organizzazione sanitaria della Nazione; assicurazione della disponibilità degli ospedali al ricovero e alla cura dei cittadini che ne abbiano necessità, indipendentemente dalle condizioni economiche individuali; assicurazione dell'autonoma funzionalità degli enti ed istituti ospedalieri, sotto gli aspetti fondamentali, economico, finanziario, giuridico, amministrativo, tecnico-sanitario ed or-

ganizzativo; infine, formulazione di una legge-quadro che assicuri, attraverso l'enunciazione dei principi fondamentali, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, un ordinamento uniforme, istituzionale, amministrativo e tecnico-sanitario, idoneo al raggiungimento degli obiettivi sopra indicati, nel rispetto del principio dell'autonomia locale e dei poteri legislativi e amministrativi riservati alle regioni dagli articoli 117 e 118 della Costituzione.

A me pare — e pare al mio Gruppo — che, attraverso gli accorgimenti, gli emendamenti che sono stati largamente adottati, il testo, quale oggi si presenta al nostro esame, risponda positivamente a tutti questi obiettivi. Vi pare poco che si sia finalmente superato il concetto, che risale addirittura al 1890, dell'opera pia, per esserci avviati verso la concezione di un nuovo ente ospedaliero, con determinate caratteristiche e funzionalità? Io, vecchio amministratore ospedaliero, devo dire che la sintesi che sottolinea la bontà di questa riforma è rappresentata dal passaggio dalla funzione per così dire monovalente dell'ospedale — cura degli ammalati — ad una funzione di carattere polivalente, in quanto si assegnano oggi all'ospedale funzioni di medicina preventiva, curativa, riabilitativa, didattica, scientifica ed educativa. Si dirà che queste sono tutte belle intenzioni e che si tratta di vedere se nell'applicazione pratica la legge troverà piena adesione nella realtà. Noi riteniamo che questa legge non sia in contrasto ma sia addirittura in perfetta armonia con il piano quinquennale di sviluppo, di cui costituisce una anticipazione di applicazione.

Quindi, riconfermando il voto favorevole della Democrazia cristiana, io desidererei concludere in questo modo. Si sa che la salute è felicità, che non c'è felicità senza salute. Forse con questo significato il poeta francese Victor Hugo, alla fine del secolo scorso, salutava il nuovo secolo che si schiudeva davanti agli uomini con questo auspicio: possa essere questo il secolo della felicità degli uomini, possa essere questo il secolo in cui i benefici di una riforma così

lungamente meditata e finalmente attuata possano dare agli uomini la garanzia della tutela del bene supremo della salute. (*Vivi applausi dal centro e dalla sinistra*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare per dichiarazione di voto il senatore Picardo. Ne ha facoltà.

* **P I C A R D O .** Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, innanzitutto debbo respingere energicamente e cortesemente le affermazioni fatte dal senatore Sellitti, quando, forse un po' preso dalla sua foga oratoria, dal suo calore di meridionale, poc'anzi, nel suo intervento, ha detto che dalla mia parte politica era stato fatto un ostruzionismo a questa legge per interessi di parte o per interessi personali. Se il collega Sellitti avrà l'amabilità di rileggere gli stenografici della discussione, si accorgerà che il Gruppo del Movimento sociale ha fatto un'opposizione costruttiva. Anzi, mi permetterei di affermare che questa opposizione del nostro Gruppo è stata talmente costruttiva che si è concretata in una collaborazione affinché la legge andasse in porto e trovasse una sua soluzione. Anche noi, pur essendo insoddisfatti di questo disegno di legge, sentivamo la necessità inderogabile che una riforma intervenisse. La pensavamo però diversamente e, pur dando atto a lei, onorevole Ministro, che in alcuni punti questa legge presenta qualche cosa di positivo, e pur essendo stato accettato qualche emendamento da noi presentato, siamo costretti ora a dire il nostro « no » perchè su alcuni punti di base (come ad esempio sull'articolo 28 e su quello con esso collegato nei quali vediamo una discriminazione anche di carattere politico malgrado le affermazioni da lei fatte ieri in Commissione, onorevole Ministro) troviamo questa legge insufficiente e incapace di risolvere il problema ospedaliero.

D'altra parte da una coalizione governativa frutto di compromesso non poteva venir fuori che una legge ricca di compromessi. (*Applausi dall'estrema destra*).

Presidenza del Presidente ZELIOLI LANZINI

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

* M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, ai fini di un coordinamento tecnico della legge devo chiarire molto brevemente due punti.

Per quanto riguarda l'articolo 43, nel testo emendato su proposta del relatore, i direttori, vice direttori, ispettori sanitari, primari, aiuto assistenti in servizio di ruolo al momento dell'entrata in vigore delle norme delegate previste da questo articolo possono adire direttamente i concorsi a posti di pari qualifica e specialità presso altri enti ospedalieri della stessa categoria senza che per questi si richiedano titoli di idoneità nazionali per il fatto che hanno conseguito la idoneità in tanti anni di carriera ospedaliera. Desidero che questo chiarimento sia una specie di interpretazione autentica della norma che rimane agli atti.

Sempre all'articolo 43, quando si parla degli esami di idoneità per direttore e vice direttore, ai quali sono ammessi medici che abbiano anch'essi prestato la loro opera, eccetera, si deve richiedere che questi professionisti abbiano conseguito l'idoneità anche come ispettori.

Ho voluto chiarire questi due punti della legge non solo ai fini del coordinamento tecnico, ma perchè essi potevano prestarsi ad interpretazioni diverse da quella letterale del testo.

P R E S I D E N T E . Onorevole Ministro, per quanto riguarda il primo punto, la sua è una richiesta di modificazione o una interpretazione del testo già approvato?

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
È una interpretazione che io desidero rimanga agli atti dell'Assemblea.

P R E S I D E N T E . Il Senato ne prende atto.

Alla lettera *b*) dell'articolo 43 lei invece propone di sopprimere le parole « e, solo per gli esami per direttore sanitario, i medici »?

* M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Sì, onorevole Presidente. Esiste un collegamento di tutta la proposizione. Deve esser chiaro che agli esami di idoneità, non soltanto per direttore ma anche per vice direttore sanitario, possono essere ammessi tutti i medici, che abbiano un determinato numero di anni di laurea e di carriera negli ospedali o nelle cliniche o negli istituti e che inoltre abbiano conseguito l'idoneità come ispettori.

P R E S I D E N T E . Metto allora ai voti la proposta di coordinamento avanzata dal Ministro. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvata.

Il primo periodo della lettera *b*) dell'articolo 43 rimane pertanto così formulato:

« *b*) agli esami di idoneità per direttore e vicedirettore sanitario sono ammessi i medici, dopo un determinato numero di anni di laurea e di carriera come medici negli ospedali o nelle cliniche universitarie o negli istituti universitari d'igiene ovvero in talune amministrazioni dello Stato o di enti pubblici espressamente determinate, che abbiano anche conseguito l'idoneità come ispettori; agli esami di idoneità ad ispettore sono ammessi i medici abilitati all'esercizio professionale ».

Metto ora ai voti il disegno di legge nel suo complesso. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

È approvato.

(Vivi applausi dalla sinistra e dal centro).

Per le festività natalizie

P R E S I D E N T E . Onorevoli colleghi, prima che loro escano dall'Aula — e ne hanno ragione, perchè li abbiamo trattiene a lungo — abbiano la cortesia di attendere un modestissimo e celerissimo augurio che desidero rivolgere a tutti loro, che hanno dato una prova di assiduità ai lavori veramente edificante. Si parla male del Parlamento, ma chi conosce come stanno le cose sa le fatiche e i tormenti che tutti noi subiamo quando, come per esempio nella precedente giornata, siamo alle prese di contese che vengono da una parte o dall'altra e che dobbiamo risolvere superando a volte la finalità sottintesa che sta nell'insidia, non dico nell'ostruzionismo, ma nella resistenza e nell'opposizione. Io penso che tali auguri saranno graditi a loro, specie in questa vigilia di Natale, che attende tutti noi, in quanto prelude alle feste più buone e più belle, che desideriamo godere nella serenità e nell'intimità delle nostre famiglie.

Particolarmente ai senatori che sono assenti, e non per ragioni di comodità ma per motivi di sofferenze familiari e per ragioni di infermità personale, vada l'augurio della Presidenza. Si aggiunga anche l'augurio della Presidenza a tutti coloro che collaborano con noi, ai nostri funzionari, in particolare al Segretario generale, ai suoi collaboratori e a tutto il personale del Senato, che ha dato una prova — alla pari dei senatori — di grande resistenza in questi giorni delle nostre fatiche.

Ed ancora un ringraziamento particolare ed un augurio vada ai colleghi — che non sono colleghi nostri nel senso legislativo, ma certamente collaboratori — della stampa, i quali sempre ci assistono, vuoi con la loro benevolenza e vuoi talvolta con la loro critica, che comunque è sempre intesa a migliorare il funzionamento del nostro Senato. (*Vivi applausi*).

Infine, gli auguri vadano a tutti gli italiani, i quali sentono che, nonostante i dissensi

e le crisi che si dibattono fra gli uomini di Governo e di Parlamento, vi è qualcosa che fermenta. È il fermento, amici miei e colleghi, che viene da questa democrazia la quale sente che alla fine, attraverso la dialettica politica, attraverso il dibattito, vi è non uno spiraglio di libertà, ma quell'aria pura di libertà che noi tutti desideriamo respirare. Onorevoli colleghi, auguro a voi che non soltanto il Natale, ma anche l'anno nuovo, sia foriero di serenità e di felicità. (*Vivissimi, generali applausi*).

C O R N A G G I A M E D I C I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

C O R N A G G I A M E D I C I . Onorevole Presidente, la sua cortesia, così squisita, ha voluto anticipare gli auguri che noi avremmo dovuto porgere a lei. Prendo la parola, in questo momento, per incarico, di cui mi sento indegno, della Democrazia cristiana e rivolgo, prima che ad ogni altro, al Capo dello Stato e a lei l'augurio del nostro Gruppo.

È Natale, cioè a dire il periodo nel quale i credenti ritrovano il senso della loro unità, la ragione della loro gioia; il Natale che, superando questo significato profondo e particolare, è il periodo nel quale ciascuno avverte che vi è, al di sopra delle ideologie, che ci possono nobilmente distinguere, una fraternità che è assoluta, infrangibile.

Colgo questa occasione, signor Presidente, per ripeterle quei sentimenti che noi, prima ancora che ella fosse su codesto altissimo seggio, le abbiamo, nell'intimità di una fraterna amicizia, costantemente manifestato.

Ringraziamo il Segretario generale, tutte le collaboratrici e i collaboratori del Senato e, facendo uscire da qui il nostro voto, raggiungiamo tutti i collaboratori dello Stato, e, prima di tutto, quelli che il Paese governano: il Presidente del Consiglio, i Ministri, i Sottosegretari. Un pensiero speciale va alle Forze armate vigilanti ovunque sulle for-

tune, sull'indipendenza, sull'unità e sulla sovranità della Patria; rivolgiamo soprattutto al popolo italiano l'augurio sgorgante dal cuore che l'anno nuovo e innumeri anni futuri si abbiano a svolgere nella pace, che è il riassunto di tutti i beni; la pace nella quale tutte le grandi e nobili cose crescono; la pace che è il nostro anelito supremo. Esprimo ancora il voto che questa Assemblea, in questo scorcio della legislatura, abbia a produrre qualcosa di veramente utile, come ha fatto in passato, sul piano legislativo e abbia a rivendicare al Parlamento ciò che il Parlamento è: la garanzia di tutte le libertà, la ragione di tutti i progressi, il simbolo di una grandezza italica che non può decadere, la grandezza di quella Patria per la quale, giovinetti, abbiamo combattuto, la Patria cui va il nostro augurio affettuoso e commosso.

Viva l'Italia, viva il Parlamento italiano! (Vivi, generali applausi).

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

* M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Onorevole Presidente, mi consenta di esprimere a nome del Governo sentiti auguri a lei, a tutto l'Ufficio di Presidenza, all'Ufficio di Segreteria e a tutto il personale di questa Assemblea.

Lo stesso sentimento il Governo lo estende, ovviamente, a tutti gli onorevoli colleghi che in questi giorni hanno, da diversi punti di vista, collaborato ad approvare questo disegno di legge che il Governo ritiene estremamente qualificante e importante.

Mi si consenta anche, in questa occasione, di ringraziare vivamente tutti i colleghi della Commissione igiene e sanità che con sacrificio, con alto senso di dovere e di responsabilità hanno consentito un'approvazione rapida di questa legge che esprime e articola una materia estremamente complessa e, come tale, anche di difficile interpretazione sul piano della normativa.

È con questi sentimenti che, ella mi consenta, io intendo congedarmi, augurando a tutti voi e alle vostre famiglie un buon Natale e un migliore anno nuovo. (Vivi applausi).

P R E S I D E N T E . Comunico che la seduta pomeridiana non avrà più luogo.

Annunzio di interrogazioni

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

N E N N I G I U L I A N A , *Segretario:*

P E T R O N E . *Ai Ministri dei lavori pubblici, dell'agricoltura e delle foreste ed al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e nelle zone depresse del Centro-Nord.* — Per sapere quali provvedimenti urgenti intendono adottare per la più opportuna utilizzazione delle risorse idriche della Lucania, già da tempo e da più parti ritenuta imprescindibile e fondamentale condizione per ogni e qualsiasi sviluppo della regione, che rimane una delle più depresse d'Italia, tanto che su di una popolazione di 650.000 abitanti si sono avuti ben 200.000 emigrati, cosa che avrebbe potuto essere evitata ove si fossero adeguatamente valorizzate le sue notevoli risorse (5 corsi d'acqua, metano di Ferrandina, lignite della valle del Mercure, sabbie silicee di Melfi, boschi, pascoli, vigneti, oliveti, eccetera).

Per sapere se sono a conoscenza che il problema dell'acqua in Lucania per uso potabile e per uso civile è addirittura drammatico, tanto che dal carteggio del Piano generale degli acquedotti risulta che per la sola provincia di Potenza su 99 comuni solo 5 acquedotti sono definiti ottimi ed appena 7 buoni, mentre nei 45 definiti « discreti » l'acqua viene erogata solo per qualche ora giornaliera e per i restanti 42 comuni gli acquedotti sono talmente insufficienti, da

765^a SEDUTA

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

22 DICEMBRE 1967

essere addirittura ritenuti come inesistenti. Sinanche a Potenza (incredibile a dirsi) — città capoluogo di regione — cessa l'erogazione dell'acqua dalle ore 13 alle 7 del mattino successivo. Per la soluzione del problema il piano generale degli acquedotti per la Lucania formulava le seguenti proposte finanziarie:

Quinquennio 1966-70:

captazione sorgenti Agri e collegamento Agri-Basento	L.	5.850.000.000
inizio lavori acquedotto Frida	»	1.000.000.000
inizio ampliamento acquedotto Agri	»	2.000.000.000
inizio ampliamento acquedotto Basento	»	2.000.000.000
alimentazione idrica zona di sviluppo del Potentino	»	1.462.500.000
costruzione nuovo acquedotto Caramola	»	667.370.000
costruzione acquedotto integrativo Torno	»	234.000.000
inizio costruzione nuovo acquedotto Pierno	»	1.000.000.000
inizio costruzione acquedotti locali	»	2.000.000.000
TOTALE	L.	16.213.870.000

Decennio 1971-80

continuazione acquedotto Frida	L.	1.000.000.000
continuazione acquedotto Agri	»	2.500.000.000
completamento acquedotto Basento	»	4.462.630.000
completamento acquedotto Pierno	»	1.129.207.000
completamento acquedotti locali	»	3.282.697.000
TOTALE	L.	12.374.534.000

Periodo successivo al 2015

completamento lavori acquedotto Frida	L.	3.000.000.000
completamento lavori acquedotto Agri	»	2.012.685.000
alimentazione idrica zona di sviluppo Vulture, Metapontino e Lagonegrese	»	1.462.500.000
opere connesse	»	1.000.000.000
TOTALE	L.	7.475.185.000

spesa prevista per i 5 comuni serviti dallo Acquedotto pugliese (Matera, Montemilone, Lavello, Venosa e Palazzo)	L.	2.113.000.000
--	----	---------------

TOTALE GENERALE L. 38.176.589.000

Si chiede di conoscere per quali motivi, nonostante la già eccessiva lunghezza dei tempi di attuazione di tale piano, i 12 e rotti miliardi proposti anche dal CRPE sono stati ridotti alla irrisoria somma di soli 5 miliardi da spendere entro il 1970 e per quali motivi i 6 miliardi proposti per lo stesso periodo per il riordino e sistemazione delle fognature, quasi tutte in stato di completo disastro, sono stati ridotti ad appena 2 miliardi.

Per sapere ancora cosa si intende fare ed in quanto tempo per far fronte al fabbisogno di acqua per uso industriale, dato che senza acqua non è possibile prevedere alcuno sviluppo industriale della regione, come del resto è clamorosamente provato dallo stato di squallido abbandono della zona industriale di Potenza e dalla mancata o insufficiente utilizzazione delle notevoli risorse locali.

Per sapere soprattutto cosa si intende fare per un'adeguata utilizzazione delle risorse idriche per uso irrigazione agricola, dato che dallo stesso Piano di sviluppo per la Lucania risulta che sarebbero suscettibili di irriga-

zione almeno 121.000 ettari di terra e precisamente:

Complesso Ofanto	32.000
Complesso alto e medio Bradano	20.000
Complesso Metaponto	48.000
Complesso Alto Agri	8.000
Schemi minori	13.000
Alto e Medio Basento	3.000
Medio Agri	3.000
Cavone	3.000
Medio Sinni	1.500
Noce e Mercure	1.500
Marmo	1.000

TOTALE 121.000

Di essi sarebbero subito irrigabili 28.750 ettari per gli invasi già costruiti e 23.550 ettari sarebbero irrigabili mediante il completamento in breve tempo delle reti di distribuzione idrica. I restanti 68.700 ettari suscettibili di irrigazione richiedono costruzione di nuovi invasi. Allo stato attuale e nonostante gli investimenti già effettuati, risultano irrigati appena 9.000 ettari. Sarebbe ora che si passasse dalle parole ai fatti e che si accantonasse ogni criterio di abbandono nei confronti della Lucania, tanto più che trattasi di una regione che ha risorse tali da consentirle un notevole e rapido sviluppo se opportunamente ed adeguatamente utilizzate. (2141)

FRANCAVILLA, CONTE, GRAMEGNA, KUNTZE, STEFANELLI, CARUCCI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per conoscere:

1) le prospettive di esecuzione del piano per l'irrigazione di 720 mila ettari in Puglia e Lucania preordinato dall'Ente irrigazione Puglia e Lucania;

2) lo stato attuale della consistenza idrica attribuita all'Ente autonomo acquedotto pugliese e le attuali condizioni del canale principale, il cui progressivo deterioramento ha posto in serio pericolo il rifornimento idrico della Puglia, dove anche nel periodo più favorevole persistono le frequenti e lunghe interruzioni di acqua. (2142)

Interrogazioni

con richiesta di risposta scritta

PETRONE, GUANTI. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e nelle zone depresse del Centro-nord e al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere se sono a conoscenza che l'Unione nazionale per la lotta contro l'analfabetismo in data 6 dicembre 1967 ha deciso la chiusura di tutti i Centri di cultura popolare, giustificando il grave provvedimento col rifiuto opposto dalla Cassa per il Mezzogiorno di finanziare detti Centri a norma dell'articolo 20 della legge 26 giugno 1965, n. 717, e se sono a conoscenza che tale provvedimento riguarda i seguenti comuni della Lucania:

Provincia di Potenza: 1) Albano di Lucania; 2) Avigliano; 3) Brienza; 4) Campomaggiore; 5) Cancellara; 6) Castel Lagopesole; 7) Melfi; 8) Muro Lucano; 9) Pescopagano; 10) Pignola; 11) Rionero in Vulture; 12) Savoia di Lucania.

Provincia di Matera: 1) Ferrandina; 2) San Giorgio Lucano.

Per sapere inoltre quali provvedimenti si intendano adottare per evitare che la disposta chiusura venga di fatto realizzata ed in particolare quali misure concrete si intende porre in essere per avviare finalmente una seria ed efficace lotta all'analfabetismo in Lucania, che ha tuttora una percentuale di analfabeti veramente impressionante. (7204)

MONTINI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri degli affari esteri e della difesa.* — Per richiamare la loro attenzione sulla Raccomandazione n. 155 (1), approvata dall'Assemblea dell'U.E.O., in data 15 giugno 1967, in occasione della sua sessione plenaria — su proposta della Commissione affari generali — relativa alla Unione politica europea.

In detta Raccomandazione, il cui significato politico pienamente coincide con quello della mozione sull'Unione politica europea recentemente presentata da 70 senatori, si sottolinea l'urgenza dell'istituzione di una

unione politica che realizzi l'adesione della Gran Bretagna e definisca chiaramente la strategia europea in seno all'Alleanza atlantica e una posizione comune dell'Europa in ordine alla non proliferazione. (7205)

(1) *La Raccomandazione è stata trasmessa ai competenti Ministeri.*

MONTINI. — *Al Ministro della difesa.* — Per richiamare la sua attenzione sulla Raccomandazione n. 153 (1), approvata dall'Assemblea dell'UEO, in data 14 giugno 1967, in occasione della sua sessione plenaria — su proposta della Commissione difesa e armamenti — relativa allo stato della sicurezza europea, e per sapere se non intenda prendere, in seno al Comitato di Ministri dell'UEO, iniziative nel senso indicato in detta Raccomandazione. (7206)

(1) *La Raccomandazione è stata trasmessa al competente Ministero.*

MONTINI. — *Ai Ministri dell'industria, del commercio e dell'artigianato, del bilancio e della programmazione economica e dei trasporti e dell'aviazione civile.* — Per richiamare la loro attenzione sulla Raccomandazione n. 150 (1), approvata dall'Assemblea dell'U.E.O., in data 13 giugno 1967, in occasione della sua sessione plenaria — su proposta della Commissione scientifica, tecnologica e spaziale — sulla integrazione delle industrie aeronautiche delle compagnie di navigazione europee, e per invitarli in particolare ad adoperarsi per la rapida convocazione del Symposium, di cui è parola in detta Raccomandazione. (7207)

(1) *La Raccomandazione è stata trasmessa ai competenti Ministeri.*

MONTINI. — *Al Ministro della difesa.* — Per richiamare la sua attenzione sulla Raccomandazione n. 152 (1), approvata dall'Assemblea dell'UEO, in data 14 giugno 1967, in occasione della sua sessione plenaria — su proposta della Commissione affari generali — relativa al costo della difesa

dell'Europa occidentale, all'infrastruttura ed al progetto NADGE, e per sapere se non intenda prendere, in seno al Comitato dei ministri dell'UEO, iniziative nel senso indicato in detta Raccomandazione. (7208)

(1) *La Raccomandazione è stata trasmessa al competente Ministero.*

MONTINI. — *Al Ministro per la ricerca scientifica ed al Ministro del bilancio e della programmazione economica.* — Per richiamare la loro attenzione sulla Raccomandazione n. 154, approvata dall'Assemblea dell'UEO, in data 15 giugno 1967, in occasione della sua sessione plenaria — su proposta della Commissione scientifica, tecnologica e spaziale (doc. 402) — sulla Raccomandazione n. 495 e sulle Risoluzioni nn. 348 e 349 (documento 2243 (1) (in risposta alla II Relazione del CERS), approvate dall'Assemblea consultiva del Consiglio d'Europa, relative a un programma spaziale europeo.

Dette Raccomandazioni e Risoluzioni costituiscono stimolo ulteriore per il Governo a farsi promotore di un piano di rapida realizzazione dell'Unione politica europea, come indicato in una mozione recentemente presentata da 70 senatori. (7209)

(1) *La Raccomandazione e le Risoluzioni sono state trasmesse ai competenti Ministeri.*

Ordine del giorno per la seduta di martedì 9 gennaio 1968

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica martedì 9 gennaio 1968, alle ore 17, con il seguente ordine del giorno:

I. Discussione dei disegni di legge:

1. Norme per la elezione dei Consigli regionali delle Regioni a statuto normale (2509-Urgenza) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Iscritto all'ordine del giorno ai sensi dell'articolo 32, secondo comma, del Regolamento).

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

3. Conversione in legge del decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, concernente la costituzione ed il funzionamento di una cassa nazionale di congruaggio per assicurare, attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio-decreto 30 settembre 1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966 (2536).

4. Conversione in legge del decreto-legge 21 novembre 1967, n. 1050, riguardante la corresponsione di un'integrazione per i semi di colza, ravizzone e girasole prodotti nella campagna 1967 nei Paesi della CEE e destinati alla disoleazione (2545).

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

II. Seguito della discussione del disegno di legge:

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

III. Discussione dei disegni di legge:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. Discussione dei disegni di legge:

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

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

3. DISEGNO DI LEGGE COSTITUZIONALE. — LUSSU e SCHIAVETTI. — Emendamento dell'articolo 85, comma pri-

mo, della Costituzione della Repubblica (938) (*Iscritto all'ordine del giorno ai sensi dell'articolo 32, secondo comma, del Regolamento*).

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

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

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

7. PACE. — Istituzione in Pescara di una sezione distaccata della Corte di appello dell'Aquila (1522).

8. ANGELILLI. — Modifica alle norme relative al trattamento economico dei capo operai del Ministero della difesa (2137).

9. Deputati SPADOLA ed altri. — Interpretazione autentica dell'articolo 62, primo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 18 novembre 1965, n. 1479, riguardante il riordinamento delle carriere e la revisione degli organici degli impiegati civili del Ministero della difesa (2269) (*Approvato dalla 1ª Commissione permanente della Camera dei deputati*).

La seduta è tolta (ore 12,25).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari