

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 2461

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CINCIARI RODANO MARIA LISA, VIVIANI LUCIANA, JOTTI LEONILDE, SCARPA, ALBONI, BALCONI MARCELLA, BIAGINI, DI MAURO ADO GUIDO, FANALES, GIORGI, MESSINETTI, MONASTERIO, MORELLI, PASQUALICCHIO, ZANTI TONDI CARMEN, RE GIUSEPPINA, ARIAN LEVI GIORGINA, GESSI NIVES

Presentata il 21 giugno 1965

Nuove norme per l'assistenza alla maternità ed alla prima infanzia e piano decennale per lo sviluppo degli asili-nido

ONOREVOLI COLLEGHI! — Elaborando l'accluso disegno di legge a nome del gruppo comunista, i firmatari hanno inteso affrontare la questione dell'assistenza alla maternità e all'infanzia in quella che appare essere la sua reale portata attuale, nel quadro delle trasformazioni economico-sociali, del costume e della coscienza che nel corso degli ultimi decenni hanno caratterizzato lo sviluppo impetuoso e disordinato della nostra società e suscitato, anche in questo settore particolarmente delicato della vita del Paese, problemi complessi che esigono soluzioni nuove, radicali, urgenti.

Nuove esigenze assistenziali

Basta pensare all'evoluzione che ha subito e ai nuovi significati che è venuto assumendo il concetto stesso della maternità nel contesto della vita del Paese.

Pur essendo fatto di natura squisitamente privata e familiare, la maternità è oggi considerata evento di alto valore sociale che interessa profondamente la collettività e lo Stato e ne implica l'intervento diretto per-

ché siano create, attraverso misure sociali, le condizioni più adatte a garantirne il sano svolgimento.

Quale debba essere in Italia la portata e l'urgenza di tale impegno lo dimostra, d'altra parte, pressantemente la situazione della mortalità infantile nel cui campo si pongono oggi allo Stato italiano responsabilità particolarmente gravi.

Esse derivano dal contrasto tra i progressi della scienza che rendono ormai possibile ridurre radicalmente il tasso della mortalità infantile e l'alto livello medio di mortalità entro il primo anno di vita che ancora si registra nel nostro Paese. Anzi, il ritardo sempre più accentuato in confronto ai risultati ottenuti dalle altre nazioni dell'Europa occidentale per cui anche negli anni recenti, caratterizzati da un notevole sviluppo della vita economica nazionale cui avrebbe dovuto ragionevolmente corrispondere una proporzionale evoluzione in campo sociale, il tasso di mortalità infantile è diminuito nel nostro Paese in misura minore che nella maggioranza degli altri Paesi europei, pur partendo l'Italia da livelli assai più elevati,

con un margine, quindi, di comprimibilità che avrebbe dovuto permettere ed esigeva risultati di gran lunga superiori (1).

Poiché è noto che, al di sopra di un certo grado di sviluppo economico, la mortalità infantile per le quote non strettamente legate a cause biologiche è conseguenza di un complesso di problemi che riguardano la vita dei bambini nell'ambito della collettività e quindi anche di gravi insufficienze assistenziali cui l'infanzia resta esposta, un così insoddisfacente ritmo di decremento denuncia in tutta la sua gravità l'inadeguatezza dell'organizzazione italiana per la tutela della maternità e della prima infanzia: inadeguatezza, innanzitutto, delle forme e dei mezzi di tutela curativa in rapporto all'insufficienza delle attrezzature ospedaliere e dello stesso sistema assicurativo-previdenziale per quanto riguarda le prestazioni economiche e sanitarie di maternità e le norme di protezione della lavoratrice madre ed, insieme, inadeguatezza dell'assistenza sociale specializzata che per gli importanti compiti che può assolvere — di consulenza, di *dépistage*, di controllo, di educazione e propaganda scientifica — è destinata a svolgere un ruolo di prevenzione sempre più importante per la difesa della salute e della vita.

Elementi non meno significativi per valutare la complessità e le dimensioni che il problema della tutela della maternità e dell'infanzia è venuto assumendo negli ultimi anni e quindi gli indirizzi assistenziali di tipo nuovo che si impongono in rapporto alle esigenze, sono dati dallo sviluppo senza precedenti dell'occupazione femminile

(1) La relazione di maggioranza al bilancio della Sanità 1963-64 (Camera dei deputati - ottobre 1963) indica per l'Italia, secondo i dati ricavati dal professor Spolverini sulla media triennale 1958-60, un quoziente di mortalità infantile nel primo anno di vita di 43,8 ogni mille nati vivi (Francia: 29,5; Cecoslovacchia: 26,2; Danimarca: 22,4; Svizzera: 21,8; Paesi Bassi: 16,8; Svezia: 16,4). Il quoziente della natalità è stato in Italia per il 1962 del 22,6 per mille.

Intervenendo sul bilancio della Sanità del secondo semestre 1964 (Senato - 4 giugno 1964) il senatore Antonio Maccarrone riferisce che, nel decennio 1950-1960, il tasso della mortalità infantile è decresciuto: in Finlandia del 55 per cento; in Francia del 43,3 per cento; in Austria del 39,8 per cento; in Germania occidentale del 38,3 per cento; mentre in Italia esso è diminuito, nello stesso periodo, soltanto del 29,6 per cento.

in Italia e dalle profonde trasformazioni in atto nella vita e nell'organizzazione della famiglia (2).

I compiti che più di 5 milioni di lavoratrici — di cui il 42 per cento circa coniugate — sono oggi chiamate ad assolvere nell'industria, nell'agricoltura, nei settori terziari richiedono un'assai più estesa ed efficace difesa preventiva della salute fisica e psichica della donna che lavora particolarmente nel periodo della maternità e del primo allevamento dei figli, sia in rapporto al miglioramento igienico ed ambientale delle condizioni di lavoro sia in rapporto ad altri aspetti più vasti e complessi della vita sociale. In contrasto con l'utilizzazione massiccia delle energie femminili e la spinta della donna al lavoro extracasalingo, permane infatti nel nostro Paese un'organizzazione civile fortemente arretrata che affida ancora quasi esclusivamente alla donna, nell'ambito della famiglia, il complesso dei servizi necessari alla vita domestica e la cura e l'allevamento della prole. Ne deriva il « doppio lavoro » e la « doppia responsabilità » che incombono materialmente e moralmente su milioni di lavoratrici logorandone le energie fisiche e la serenità morale. Secondo studi recenti (3), non una maggiore morbilità della donna ma le ansie e le occupazioni familiari sono la causa principale del cosiddetto « assenteismo femminile » che i datori di lavoro, spesso anche pretestuosamente, utilizzano per deprezzare il lavoro femminile, mentre, nonostante il divieto del licenziamento per matrimonio, una parte di donne abbandonano il lavoro quando si sposano o diventano madri, poste nei fatti di fronte ad una drammatica scelta tra lavoro e famiglia che non solo non è « libera » ma inumana ed ingiusta.

Occorre, quindi, come si afferma con forza in una serie di elaborazioni e di importanti proposte legislative presentate dalla

(2) Le donne occupate in Italia sono passate nel totale dalle 4.065 unità del 1954 alle 5.612 unità del 1963 con un incremento del 38,06 per cento, rispetto all'incremento dell'8,36 per cento degli uomini nello stesso periodo. (Romolo Lenzi, *Occupazione e disoccupazione femminile in Italia*. Rassegna del Lavoro edita dal Ministero del lavoro, settembre 1963).

(3) « Aspetti clinici e sociali dell'assenteismo femminile », relazione del dottor T. Sessa al Convegno sul *Lavoro della donna* indetto dall'Istituto italiano di Medicina sociale - Salerno - novembre 1963.

Confederazione generale italiana del lavoro (4), creare tutte le condizioni perché sia garantito alla donna il diritto al lavoro e il diritto alla famiglia, quali aspetti essenziali dello sviluppo umano e sociale della sua personalità e quale condizione di effettiva parità economica con l'uomo, conseguibile solo quando siano eliminati tutti gli elementi, anche di natura sociale, che possono venire utilizzati nella valutazione del rendimento del lavoro in senso discriminatorio a grave danno della donna.

I problemi che derivano dall'occupazione extra-domestica della donna rendono, inoltre, particolarmente complessi quei processi di trasformazione della vita familiare che sono oggi universalmente riconosciuti e la cui acutezza dipende anch'essa per tanta parte dal ritardo dell'organizzazione civile e sociale ad adeguarsi ai nuovi rapporti determinatisi all'interno della famiglia e tra la famiglia e la società.

Lo sviluppo economico e produttivo, i processi di accentramento urbano che ne derivano, la diminuzione di ampiezza delle famiglie, il modo, in genere, in cui la famiglia tende a configurarsi nell'odierna società, sempre meno come centro di produzione e di servizi, sempre più come centro di rapporti prevalentemente morali ed affettivi, creano il bisogno di una maggiore integrazione delle famiglie nella comunità circostante. Donde l'esigenza che, anche quando la donna è casalinga, una parte dei compiti considerati in passato esclusivi della famiglia siano affrontati su base sociale, mediante un adeguato riassetto delle tradizionali strutture civili e l'organizzazione in forma pubblica, collettiva di nuovi servizi, moderni e specializzati, tra i quali, particolarmente importanti e delicati, quelli inerenti l'assistenza alla donna nel periodo della maternità e la cura del bambino nei primi anni di vita.

Ma se processi ed esigenze di tale natura scuotono la nostra società interessando non solo più alcune categorie povere o lavoratrici ma le grandi masse della popolazione, comprenderne fino in fondo l'urgenza materiale e morale onde creare le condizioni più adatte ad un sano sviluppo delle nuove generazioni, assicurare alla donna la piena

possibilità di lavorare e farsi una famiglia, fornire ai genitori l'aiuto necessario ad un allevamento della prole rispondente alle esigenze della vita e dell'educazione moderna, significa riconoscere la necessità di instaurare anche in Italia un sistema di organica ed efficiente tutela della maternità e dell'infanzia. Un sistema che, per offrire soluzione alle reali necessità della vita di oggi, deve non solo superare la vecchia concezione caritativa dell'assistenza come « aiuto » alle madri e ai bambini poveri, ma i limiti stessi di una parziale protezione sociale spettante alla madre se e in quanto lavoratrice da parte del datore di lavoro per affermare pienamente, anche in questo campo, il concetto moderno della tutela sociale come diritto del cittadino e dovere della collettività e, quindi, come complesso di prestazioni e di servizi pubblici, universali, obbligatori per lo Stato mediante i quali esso garantisce a tutte le madri e a tutti i bambini le migliori condizioni possibili di prevenzione sanitaria e di sicurezza fisica, economica e sociale.

L'attuale situazione dell'assistenza

Se si considera la situazione attuale in tale settore ci si rende subito conto dell'abisso che esiste tra ciò che lo Stato dovrebbe fare e ciò che fa; tra la portata dei bisogni e l'arretratezza dell'intervento pubblico, l'esiguità della sua efficienza sociale, lo sperpero dei mezzi che lo caratterizzano.

L'assistenza alla maternità e all'infanzia in Italia è tuttora fondata sulla vecchia legislazione fascista; in particolare, sul Testo Unico del 1934 (5), caotico e demagogico compromesso fra l'esigenza del fascismo di utilizzare l'assistenza, sotto una vernice di moderna socialità, come mezzo di potere ai fini del regime affermando l'intervento accentratore dello Stato anche in campo assistenziale ed il vecchio sistema privatistico e pluralistico preesistente, fondato essenzialmente sulle istituzioni religiose di carità e sulla pubblica beneficenza.

L'ordinamento vigente, quindi, pur affermando il carattere sociale e la responsabilità dello Stato per l'assistenza alla maternità e all'infanzia, si basa su concezioni ed indirizzi contraddittori e retrivi. Con-

(4) « Principi e contenuti di una legislazione nuova per la maternità » — presentati dalla C.G.I.L. in *Quaderni di rassegna sindacale* — periodico della C.G.I.L. — novembre 1963.

(5) Testo unico delle leggi « per la protezione e l'assistenza alla maternità e all'infanzia », 24 dicembre 1934, n. 2316.

serva l'arcaica separazione tra assistenza ai bambini legittimi e assistenza agli illegittimi e limita la funzione dello Stato ad interventi prevalentemente caritativi, fin troppo ampi ed eterogenei come campo d'azione (6) ma di natura ancora sussidiaria e facoltativa, non intesi, cioè, in rapporto allo sviluppo dei bisogni reali quali preciso obbligo dello Stato verso i cittadini, ma affidati alla discrezionalità dei poteri pubblici nei limiti dei contributi finanziari facoltativamente a tal fine disposti.

Per quanto riguarda, poi, l'altra condizione essenziale per la funzionalità dell'assistenza, cioè la struttura organizzativa, il quadro si presenta ancora più confuso ed improduttivo.

Una congerie di funzioni e di enti, statali, parastatali, locali e territoriali, pubblici, semipubblici e privati, si sovrappongono gli uni agli altri, soprattutto nel settore dell'infanzia, agendo coi contributi dello Stato, ciascuno per proprio conto, frammentariamente e caoticamente.

« Ci troviamo di fronte ad un disordine estremamente dannoso » si legge nella relazione al progetto di riforma Viviani presentato alla Camera fin dal giugno 1960 da un gruppo di deputati di sinistra e non discusso (7). « Al centro, oltre gli speciali uffici ministeriali, incontriamo una varietà indefinita di Enti nazionali, Opere nazionali, Fondazioni ed Istituti nazionali, Enti convenzionati oltre alle organizzazioni private, tutti con sedi proprie e complesse strutture, con una gerarchia verticale e autonomi apparati burocratici che si estendono alla periferia... Si al larga su tutto il Paese una sorta di tela di ragno nella quale resta imprigionata la gran parte delle risorse nazionali destinate all'assistenza senza che si possa conoscerne la mi-

(6) Testo unico 24 dicembre 1934, n. 2316: Articolo 4, comma primo: « L'Opera nazionale maternità e infanzia provvede... alla protezione e all'assistenza delle gestanti e madri bisognose o abbandonate, dei bambini lattanti e divezzi fino al quinto anno appartenenti a famiglie che non possono prestar loro tutte le cure necessarie ad un razionale allevamento, dei fanciulli di qualsiasi età appartenenti a famiglie bisognose e dei minorenni fisicamente o psichicamente anormali oppure materialmente o moralmente abbandonati, travati o delinquenti fino all'età di 18 anni compiuti ».

(7) Proposta di legge d'iniziativa dei deputati Viviani Luciana, Anna Matera ed altri: « Riforma dell'assistenza alla maternità ed infanzia », 3 giugno 1960, n. 2236, terza legislatura.

sura e il modo di impiego... », onde « interferenze, dispersioni, ed anche conflitti, mentre ogni tentativo di introdurre miglioramenti e modificazioni, perfezionamenti tecnici, più avanzati indirizzi di assistenza, quantunque non manchino in Italia l'impegno delle persone di buona volontà e la competenza degli esperti, viene frustrato » (8).

Insieme alla sovrapposizione e al frazionamento delle competenze, l'eccessiva burocratizzazione e centralizzazione sono unanimemente riconosciute come i mali più appariscenti e di essi l'Opera nazionale maternità ed infanzia è frutto ed insieme testimonianza particolarmente significativa.

L'O.N.M.I.

Costituita con legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e disciplinata dal già citato testo unico del 1934, l'O.N.M.I. presenta da tempo un quadro di crisi profonda e generale.

Per valutarla, basta esaminare anche sommariamente il bilancio delle attività dell'Opera alla quale la legge del 1934 delegava tanti e così importanti compiti.

E non ci riferiamo soltanto al completo fallimento di quelle funzioni di controllo, di coordinamento, di promozione e di direzione federativa che pur dovevano rappresentare la prima ragione d'essere dell'Ente; né soltanto all'insufficienza quantitativa delle istituzioni capillari che esso gestisce.

Ci riferiamo anche alla qualità dell'assistenza e alla funzionalità delle istituzioni stesse, per una certa parte apprezzabile, nelle zone dove l'O.N.M.I. ha potuto giovare del sostegno e dell'iniziativa stimolatrice degli Enti locali, ma per molta parte assai scarsamente efficiente. Ci riferiamo alla lentezza dell'Ente ad adeguare le proprie scelte ed i propri indirizzi assistenziali ai bisogni nuovi e persino a prenderne consapevolezza, come testimonia la persistente prevalenza di forme antiquate di assistenza, indiretta e ca-

(8) Citiamo alcuni fra le decine di Enti nazionali operanti in materia di assistenza all'infanzia: Opera nazionale maternità e infanzia; Ente nazionale per la protezione morale dei fanciulli; Amministrazione delle attività assistenziali internazionali; Ente nazionale per l'assistenza agli orfani dei lavoratori; Ente nazionale per l'assistenza agli orfani di guerra; Opera nazionale per gli orfani dei militari dell'Esercito; Opera nazionale per i figli degli aviatori; Opera nazionale orfani dei sanitari italiani; Ente nazionale di assistenza agli orfani degli agenti di custodia, ecc.

ritativa e la scarsezza, invece, di metodi e di istituzioni moderne, quali i centri di preparazione psicofisica al parto, i centri medico-psicopedagogici, gli asili materni e, soprattutto gli asili-nido. E ci riferiamo anche ai gravi squilibri territoriali nello sviluppo e nella distribuzione delle istituzioni dell'O.N.M.I. che contraddicono in pieno alla funzione « nazionale » che l'Ente avrebbe dovuto svolgere. Ne è prova, ad esempio, lo stato attuale degli asili-nido dell'Opera che — secondo i dati forniti dall'O.N.M.I. stessa — non solo sono estremamente scarsi di numero, ma si trovano concentrati in alcune zone più evolute del Paese, mentre sono quasi del tutto carenti in altre zone più arretrate o particolarmente bisognose di una organizzazione sociale di tale tipo (9).

Tuttavia, più che elencare le carenze della azione dell'O.N.M.I., evidenti e largamente riconosciute, ci pare utile cercare di rispondere alla domanda essenziale: quali ne sono le cause?

In tal senso vorremmo riportare, per la loro chiarezza ed autorevolezza, le osservazioni svolte a proposito dell'inadeguatezza dell'Opera, dal professor Massimo Severo Giannini — docente di diritto amministrativo all'Università di Roma — in un recente dibattito sull'argomento (10): « La storia

(9) Su un complesso di 8.035 Comuni italiani l'O.N.M.I. dispone — secondo i dati più recenti — di: 6.257 consultori pediatrici; 2.592 consultori materni; 604 refettori materni; 526 asili-nido; 301 dispensari dermocoelatici; 99 centri medico-psico-pedagogici.

Su di una popolazione di 916.800 bambini, il Nord-Italia ha 28.145 assistiti in asili-nido O.N.M.I. nella proporzione del 30,7 per mille; il Centro raggiunge il 32,8 per mille con 13.971 assistiti su 423.000 bambini; nel Sud sono assistiti 10.281 bambini su 800.600 con un tasso del 12,8 per mille che scende ancora all'11,8 per mille nelle Isole con appena 4.595 assistiti su 390.900 bambini.

Nel Centro-Nord, quindi, dove risiede il 53 per cento della popolazione infantile si trova il 73,9 per cento dei bambini assistiti mentre nel Mezzogiorno e nelle Isole dove risiede il 47 per cento della popolazione infantile si trova solo il 26,1 per cento degli assistiti. (Gino Faustini *Il fabbisogno di asili-nido Maternità e Infanzia* — rivista dell'O.N.M.I. — nn. 6-8 e 9-12 — 1963).

(10) Tavola rotonda indetta dall'Unione donne italiane il 13 dicembre 1963 a Roma sul tema: *Riforma della tutela della prima infanzia*. Relatori: il prof. avv. M. Severo Giannini e il dottor Severino De Logu.

stessa dell'O.N.M.I. ci rivela come questo tipo di Ente non sia più valido per l'esperienza del mondo contemporaneo. L'O.N.M.I. nacque con due funzioni precipue: come ente di promozione di un'attività che in quel momento si presentava carente nell'arco dei pubblici poteri a livello nazionale e come ente integratore di quelle iniziative che già fossero in corso e che languivano per difetto, nella maggior parte dei casi, organizzativo.

Però, se rileggiamo la storia della vita dell'Ente, ci accorgiamo che l'O.N.M.I. realizza una formula di organizzazione che non è efficiente. Esso infatti è finito col diventare un ente di carattere essenzialmente operativo. Ma gli enti operativi — ce lo insegna l'esperienza ormai di decenni — non possono avere dimensioni nazionali. Essi sono, per definizione, enti chiamati ad assolvere funzioni che hanno dimensioni locali. Se ha dimensioni superiori a quella locale, l'Ente operativo subisce un processo degenerativo in quanto finisce con l'operare in modo lenticolare: là dove trova in sede locale delle istanze che siano sufficienti a fare da supporto alla propria azione, agisce: là dove in sede locale queste istanze non trova, non agisce. E la inoperosità, per una qualsiasi organizzazione operativa, è il male più serio ».

I gravi difetti quindi che caratterizzano l'Ente: la scarsa capacità di realizzazione; il ritardo sempre più accentuato rispetto all'evolversi delle esigenze e quindi il distacco dell'Ente dalla vita reale e dal contatto delle popolazioni; la difficoltà persino di riconoscere ed, in ogni caso, di affrontare attraverso scelte chiare di indirizzo e precisi piani di sviluppo i problemi sociali anche quando chi dirige l'Ente ne avverta la esistenza e l'urgenza, ed oltre a ciò, il costo dell'O.N.M.I. fortemente sproporzionato rispetto alla modestia dei risultati ottenuti; il bilancio, quindi, negativo che l'Opera presenta sul piano sia amministrativo-finanziario che della produttività dell'assistenza; tutti questi, ben lungi dall'essere elementi accidentali derivanti da difficoltà transitorie e superabili come potrebbe essere l'insufficienza del finanziamento fornito dallo Stato, quando si analizzi obiettivamente la situazione, appaiono aspetti collegati di una crisi organica, antica ed inarrestabile. E la radice di essa è nella struttura stessa dell'Ente e nel tipo di organizzazione assistenziale di cui è espressione; caratterizzato, come abbiamo visto, dal verticalismo e dalla frantumazione delle competenze e delle fun-

zioni così come dalla permanenza di forme di potere autoritario e burocratico distaccate dall'adesione dei cittadini, sottratte ad ogni possibilità di intervento degli interessati, incapaci, quindi, per la loro stessa natura, di rispondere ai bisogni complessi ed in continua evoluzione della vita moderna, alla realtà di una società democratica.

Per cui, anche le non lievi sovvenzioni straordinarie che sono state elargite all'Ente in questi anni con leggi speciali in aggiunta al contributo statale ordinario — dal 1951 al 1963: circa 15 miliardi (11) — e l'aumento dello stesso contributo ordinario portato col bilancio statale di previsione del 1960-61 da 12 miliardi e 500 milioni a 15 miliardi e col bilancio del 1964 da 15 a 18 miliardi, cui debbono aggiungersi le contribuzioni che la Opera riceve dalle Amministrazioni locali, particolarmente dalle Province, che forniscono gratuitamente all'Ente sedi e personale e spesso sostituiscono con interventi propri, diretti o indiretti, le carenze dell'O.N.M.I. nell'attuazione dei suoi compiti istituzionali, non sono serviti a rivitalizzare la vecchia, sclerotica, pesante macchina burocratica dell'Opera la cui attività, nonostante la disponibilità di quasi 8.000 dipendenti, le valenti collaborazioni e i larghi privilegi fiscali e civili di cui gode, anziché evolversi e rafforzarsi, è diventata sempre più statica, ristretta e confusa, mentre la crisi funzionale dell'Ente si è ulteriormente aggravata.

Dichiarata in stato illegale da ripetute sentenze del Consiglio di Stato sanzionanti la illiceità delle gestioni commissariali delle Federazioni provinciali in base ai ricorsi presentati da numerose Province (12); fatta oggetto di assai gravi censure da parte della Corte dei conti, in merito alla gestione amministrativa e alla funzionalità dell'Ente (13); incapace di trovare in sé gli elementi

(11) Nel 1950-51: 500 milioni; nel 1951-52: un miliardo; nel 1952-53: un miliardo; nel 1953-54: un miliardo; nel 1957-58: 500 milioni; nel 1958-1959: un miliardo; nel 1959-60: 500 milioni; nel novembre 1961: 3 miliardi in tre quote annue; nell'ottobre 1964: 6 miliardi in due quote annue fino al 30 giugno 1965.

(12) Dalle prime: sentenze su ricorso della provincia di Livorno (1954), sentenze su ricorso della provincia di Ravenna (1957), ecc. alle più recenti su ricorso della provincia di Torino (1964).

(13) Relazione della Corte dei conti al Parlamento: *Il controllo sugli enti sovvenzionati dallo Stato* — 1951-60, Volume VI, Doc. n. 88, gennaio 1962.

per un adeguato rinnovamento e sviluppo, l'O.N.M.I. è giunta recentemente fino all'autoutilizzazione delle funzioni, alla liquidazione volontaria di una parte delle sue attività istituzionali. E ciò, pregiudicando sia le condizioni degli assistiti che le garanzie di impiego del personale, attraverso una serie di circolari interne (14) decise ad arbitrio della Giunta centrale dell'Opera, al di fuori di qualsiasi controllo del Parlamento e dello stesso Governo, mentre sempre mediante circolari, è stato respinto dall'Opera ogni impegno diretto o di collaborazione con gli Enti locali per lo sviluppo del servizio più carente e richiesto: quello degli asili-nido e negli asili già esistenti sono stati imposti aumenti di rette da lire 2.000 fino a lire 15.000-17.000 e anche più, dando così alla gestione degli asili-nido un carattere commerciale apertamente contrastante con la natura sociale del servizio e le finalità fissate dalle leggi vigenti in materia.

Necessità e urgenza di una riforma organica

È in tale quadro che il problema dell'assistenza alla maternità e all'infanzia deve essere valutato e affrontato non solo con indifferibile urgenza ma nei termini reali della situazione che, se deve venire adeguata all'evoluzione dei bisogni, non può non essere, come abbiamo sottolineato, radicalmente rinnovata in tutti gli aspetti fondamentali.

La necessità di un rinnovamento organico e profondo del sistema attuale non deriva, d'altronde, dalle cose soltanto: è un preciso dovere che la Costituzione impone.

La Carta costituzionale, infatti, stabilendo un nesso chiaro tra le finalità ideali di una tutela che si ispiri ai principi della sicurezza sociale e la forma politica della sua organizzazione, sancisce la realizzazione anche nel nostro Paese di un nuovo sistema che non solo estenda la protezione sociale a tutta la popolazione e in tutti gli eventi come diritto del cittadino e dovere dello Stato ma si fondi, dal punto di vista organizzativo, su una struttura unificata, democratica e decentrata che, superando la caoticità e la dispersione, l'accentramento e la burocraticità, garantisca unicità di direzione ed organico coordinamento dei servizi sulla base della massima autonomia territoriale ed in aderenza ai bisogni locali e ai diversi caratteri

(14) Circolare n. 726 del 24 marzo 1964 e n. 738 del 4 giugno 1964 del Presidente dell'O.N.M.I. alle Federazioni provinciali.

delle comunità. A tal fine la Costituzione affida alle Regioni e agli Enti locali compiti essenziali normativi ed operativi per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e la assistenza sociale (articoli 117 e 118 - Titolo IV) facendo così del potere locale autonomo, quale articolazione essenziale dello Stato democratico, il centro di un sistema organico di assistenza sanitaria, preventiva e sociale, inquadrato e finanziato dallo Stato, gestito dai cittadini stessi attraverso le loro amministrazioni territoriali elettive.

Nella direzione dettata dalla Costituzione si sono mosse per anni le forze democratiche italiane: i partiti di massa, le organizzazioni sindacali e femminili, le associazioni degli enti locali, particolarmente l'Unione delle Province italiane rivendicante alla Provincia la gestione unificata dei servizi di medicina preventiva e sociale ed, in particolare, quelli inerenti l'assistenza della maternità e dell'infanzia (15).

Testimonianza precisa di tale impegno unitario di riforma rinnovava inoltre il Senato quando, nel dicembre 1955, di fronte ad un disegno di legge per il riordinamento degli organi direttivi dell'O.N.M.I., all'unanimità invitava il Governo a ritirare la proposta in quanto non corrispondente alla portata del problema e lo invitava « a presentare al più presto un disegno di legge organico per affrontare integralmente il problema dell'assistenza alla maternità e all'infanzia mediante provvedimenti ed organi rispondenti nelle forme più democratiche ai veri bisogni dell'infanzia e alle esigenze del Paese ».

La riforma non è però stata presentata; anzi, mentre essa veniva di anno in anno rinviata, l'azione perseguita dai Governi che si sono succeduti, mirando ad utilizzare l'assistenza assai più che per un valido impegno sociale come strumento di potere e di sottogoverno non faceva che aggravarne le carenze, mortificarla nel paternalismo, renderne sempre più acuto il distacco dalla coscienza e dai bisogni reali provocando la crisi degli istituti, in particolare, la crisi dell'O.N.M.I.

Oggi la questione, nel quadro della situazione che abbiamo cercato di illustrare, è

(15) Assemblee dell'U.P.I. del: novembre 1947, dicembre 1952, maggio 1955, dicembre 1958 - Convegno per l'attuazione dei compiti di medicina sociale e preventiva - Unione province italiane, Roma, luglio 1962.

giunta al nodo decisivo e richiede soluzioni decisive.

Mentre, sotto la spinta drammatica dei bisogni, si moltiplicano nel Paese le iniziative di studio e di agitazione sulle questioni del lavoro femminile, della prevenzione della salute della madre e del bambino, della lotta contro la mortalità infantile, sottolineando le nuove, più complesse responsabilità che ne derivano allo Stato; mentre in Parlamento il Governo viene sempre più pressantemente sollecitato ad affrontare tali problemi e la crisi dell'O.N.M.I.; mentre all'iniziativa presa dall'Unione donne italiane di un progetto-legge popolare per un piano di costruzione di asili-nido comunali fanno riscontro le già citate proposte elaborate in seno alla C.G.I.L. per l'organizzazione di un nuovo, avanzato sistema di tutela previdenziale e assistenziale della maternità e, a loro volta, il C.I.F., le A.C.L.I., la C.I.S.L. prendono posizione per la riforma della legge n. 860, sulla questione dei nidi-asilo, sulla gravità della situazione dell'O.N.M.I.; mentre il problema della creazione delle Regioni a statuto normale, per i compiti che ad esse attribuisce la Costituzione, pone in modo immediato anche la questione del decentramento e della democratizzazione dell'assistenza; mentre, nel quadro della programmazione, occorre affrontare la deformazione dei bisogni e dei consumi provocata in questi anni dal tipo di sviluppo diretto dai monopoli, potenziando i consumi collettivi e l'organizzazione dei servizi sociali con la riforma delle più essenziali strutture civili del Paese e dando il debito posto alla tutela della salute e della vita dei cittadini (16), sarebbe davve-

(16) Vedi, per non citare che alcuni esempi, a nostro avviso, particolarmente interessanti: Convegno « Il lavoro della donna e la tutela della prima infanzia » indetto dall'U.D.I., Roma, giugno 1962 - Convegno nazionale di studio sul lavoro della donna indetto dall'Istituto italiano di medicina sociale, Salerno, novembre 1963 - 50° Congresso della Società italiana di ostetricia e ginecologia, Genova, dicembre 1963 - Tavola Rotonda dell'U.D.I. « Riforma della tutela della prima infanzia », Roma, dicembre 1963 - Convegno di studio « Asili-nido e scuole materne » indetto dal Comitato per l'affermazione dei diritti della donna, Bologna, maggio 1963 - « Principi e contenuti di una legislazione nuova per la maternità », Quaderni di rassegna sindacale, periodico della C.G.I.L., novembre 1963 - « Problemi assistenziali delle lavoratrici madri esaminati dalle A.C.L.I. » e « Iniziative del C.I.F. per la tutela della maternità » dal

ro arduo pensare che la situazione, nell'importante campo cui ci riferiamo, potesse essere affrontata mediante modeste misure di rimaneggiamento interno dell'O.N.M.I. ed un suo maggiore finanziamento, come da alcune parti ancora una volta si cerca di proporre, mantenendo così, anzi tentando di rilanciare con ulteriori mezzi, una struttura ed un sistema già fallimentari, una politica, quale quella finora condotta, di continua espansione della spesa senza alcun miglioramento dell'assistenza.

Per l'importanza sanitaria e sociale che la prevenzione nel campo della maternità e dell'infanzia riveste; per lo stato di arretratezza in cui si trova e la gravità della crisi che la investe; dopo che per 15 anni il problema non è stato affrontato ed è stata respinta da parte dei Governi e dell'O.N.M.I. ogni sollecitazione anche solo ad un esame della situazione e all'adozione di provvedimenti innovatori, soltanto una soluzione organica e coraggiosa che trasformi integralmente il sistema attuale nei principi ideali, negli indirizzi, nelle strutture ed instauri un nuovo ordinamento che attui concettualmente e organizzativamente il dettato costituzionale, può, a nostro avviso, rispondere alla gravità delle cose ed alla necessità di un rapido, efficiente sviluppo.

Criteria fondamentali della proposta riforma

Il progetto di riforma che i proponenti avanzano si fonda sulle esigenze che abbiamo illustrato e si inquadra perciò nella visione di un generale sistema di tutela ispirato ai principi della sicurezza sociale e di un'omogenea organizzazione sanitaria-assistenziale di cui la prevenzione è fine fondamentale.

Il primo e il secondo articolo indicano i principi ispiratori che caratterizzano il con-

Popolo, 10 e 19 gennaio 1964 — Progetto di legge degli onorevoli Vittorino Colombo ed altri: « Modifiche alla legge 26 agosto 1950, n. 860, sulla tutela della lavoratrice madre », Camera dei deputati, n. 1629, 4 settembre 1964 — Dibattiti alla Camera e al Senato sul bilancio di previsione del Ministero del lavoro e del Ministero della sanità, anno 1963 e 1964 — Nota sui problemi dello sviluppo economico italiano presentata al Parlamento dal Ministro del bilancio onorevole La Malfa, maggio 1962 — Rapporto del Vice Presidente della Commissione nazionale per la programmazione, professor Pasquale Saraceno, Ministero del bilancio, Cap. XVII: « Sicurezza sociale », dicembre 1963.

tenuto della proposta e le soluzioni che essa avanza di cui, peraltro, non sono indicati i dettagli ma le linee essenziali, lasciando al Governo, per le funzioni ad esso spettanti, e alle Regioni, in base ai poteri loro attribuiti dalla Costituzione, il compito di regolamentarne l'attuazione.

Affermato il carattere essenzialmente preventivo e di servizio sociale dell'assistenza alla maternità e all'infanzia e il dovere dello Stato di assicurarne direttamente e unitariamente il godimento a tutte le madri e a tutti i bambini nelle molteplici forme in cui può articolarsi oggi una moderna organizzazione profilattico-sociale la proposta pone, come condizione per il rinnovamento e un adeguato sviluppo dei servizi secondo i principi affermati, alcuni elementi di riassetto istituzionale e organizzativo che ne caratterizzano particolarmente la portata innovatrice e democratica:

il collegamento dell'assistenza alla maternità e alla prima infanzia con l'organizzazione sanitaria e la riforma del sistema sanitario;

l'unificazione e la nuova definizione del campo assistenziale preso in considerazione e il carattere dei servizi ad esso inerenti;

l'unificazione delle competenze al centro nel Ministero della sanità e il decentramento democratico della gestione alle Regioni, alle Provincie e ai Comuni.

Il servizio sanitario nazionale

Pur presentando una proposta settoriale riferentesi all'assistenza alla maternità e alla prima infanzia, i proponenti ritengono che il problema non possa essere visto isolatamente ma nella prospettiva e secondo le linee di un riordinamento generale dell'organizzazione sanitaria italiana alla quale l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia sia organicamente collegata.

Se il centro della medicina moderna tende a spostarsi dall'intervento curativo a quello preventivo che esige dallo Stato un'azione sempre più profonda intesa a prevenire il sorgere delle malattie e a rendere l'ambiente sociale idoneo al mantenimento della salute dell'individuo e se della prevenzione di massa e della prevenzione specifica la tutela igienico-sociale della gestazione e dei primi anni di vita rappresenta il momento iniziale, una politica sanitaria che si proponga tali scopi non può essere realizzata se non superando le carenze e la frammentarietà che caratterizzano non solo, come già abbiamo visto,

la situazione interna del settore dell'assistenza alla maternità e all'infanzia ma, più in generale, tutta l'organizzazione sanitaria italiana impedendo quell'unità dell'intervento sanitario che appare essenziale per conseguire una reale efficacia.

Donde l'esigenza della istituzione del Servizio sanitario nazionale che, conseguentemente ai principi della sicurezza sociale e ai progressi della medicina preventiva, garantisca unicità di indirizzi, organicità di funzioni e, sul piano operativo, il più ampio decentramento, attraverso le unità sanitarie locali, fondate sulla competenza autonoma e democratica delle Regioni e degli Enti locali, ai quali, appunto, la Costituzione assegna fondamentali poteri in materia sanitaria e assistenziale.

Il decentramento sanitario permetterà di superare il criterio dell'organizzazione settoriale a struttura verticale e a compartimenti stagno. Sarà invece possibile creare centri territoriali di direzione unitaria destinati a garantire alle popolazioni la più efficace assistenza diagnostico-terapeutica, generica e specializzata, ambulatoriale e ospedaliera, nonché i necessari servizi di igiene e di profilassi (medicina scolastica, medicina del lavoro, eccetera) nell'ambito dei quali anche le attività inerenti la tutela della maternità e della prima infanzia, sia quelle più propriamente sanitarie che quelle prevalentemente sociali, potranno trovare la loro sede naturale, il loro centro di sviluppo e di coordinamento, la necessaria integrazione con gli altri servizi sanitari e assistenziali ai quali per loro natura si collegano.

Sulla base perciò di tali considerazioni, nell'articolo 1 della presente proposta si istituisce un rapporto preciso tra le norme specifiche in essa contenute che possono essere realizzate autonomamente e immediatamente dato il loro carattere di particolare urgenza ed il riordinamento generale dell'organizzazione sanitaria che si sollecita nel senso ora delineato onde garantire all'intervento sanitario la globalità e l'organicità corrispondenti all'unità biologica, fisica e mentale dell'essere umano.

I servizi e i presidi dell'assistenza alla maternità e alla prima infanzia

Per quanto riguarda il campo di competenza dei servizi previsti, il progetto propone l'unificazione degli interventi in una sola organizzazione, articolata in molteplici

specializzazioni e valida per tutte le madri e tutti i bambini, abolendo qualsiasi forma di discriminazione giuridica e morale tra di essi.

Onde superare la congerie di compiti e di funzioni assistenziali — di protezione, di prevenzione, di repressione, eccetera — che il testo unico del 1934 accumulava eterogeneamente, e creare un'organizzazione omogenea ed efficiente, si prevede che i servizi ad essa attinenti si riferiscano esclusivamente alle prestazioni assistenziali di natura profilattica e sociale, per le madri e per i bambini sani, nel periodo compreso dall'inizio della gravidanza a tutto il terzo anno di vita del bambino, quali servizi, cioè di assistenza alla maternità e alla « prima » infanzia.

Gli altri compiti, per l'assistenza ai bambini da 3 a 6 anni, per l'assistenza e il recupero dei minori psichicamente difficili o anormali, per la tutela dei minori abbandonati o privi di cure familiari, così come le forme più marginali di assistenza generica o indiretta per gli indigenti (sussidi, ricoveri, aiuti in natura) — dalla legge del 1934 attribuiti all'O.N.M.I. — vengono temporaneamente affidati agli Enti locali che in parte già li esercitano auspicando che altre riforme, quale quella psichiatrica, quella dell'assistenza generica, l'istituzione dell'assistenza agli invalidi civili, nonché lo sviluppo della medicina scolastica, la revisione delle norme per l'adozione, eccetera, permettano di dare al più presto a ciascuno di questi gravi problemi soluzioni adeguate e particolari nel quadro di quella organica e generale ristrutturazione sanitario-assistenziale cui sopra ci siamo riferiti. A tale complesso di questioni si riferisce una particolare norma transitoria (art. 20).

Gli articoli 3, 4 e 5 indicano, invece, i compiti concreti dell'organizzazione prevista: la consulenza profilattica poli-specializzata per la gestante e il neonato; l'assistenza psico-sociale alle madri con particolare riguardo alle madri nubili; la custodia diurna dei bambini fino a 3 anni con particolare riguardo ai figli delle lavoratrici; compiti che devono essere perseguiti mediante tipi e forme di intervento vari, anche domiciliari, ma, essenzialmente, attraverso lo sviluppo di una rete di moderne istituzioni sociali altamente specializzate, di cui nel progetto si indicano come essenziali. i poli-consultori materni e pediatrici; gli asili materni; gli asili-nido.

Circa il carattere di tali presidi, rinviano chi legge ai citati articoli, ci limitiamo a sottolineare la prevalente funzione di preven-

zione che loro viene attribuita e l'obbligatorietà per lo Stato della loro istituzione.

L'obbligatorietà è sancita nel quadro della programmazione economica ed urbanistica territoriale, in base a piani di sviluppo — regionali, provinciali, comprensoriali e comunali — elaborati in rapporto ai bisogni e all'entità della popolazione, nei centri minori come nell'ambito di un nuovo assetto urbanistico delle città e dei piani regolatori, per cui i presidi previsti hanno carattere essenzialmente residenziale e ubicazione, nella maggiore misura possibile, capillare, ad immediato contatto della vita e delle esigenze locali (articoli 9, 10 e 11).

Conseguentemente, le spese inerenti allo sviluppo dei presidi sono obbligatorie (articoli 12 e 13) e obbligatoria ne è la determinazione delle aree nei piani regolatori e nei programmi di edilizia popolare sovvenzionata mentre, per la loro costruzione, si applicano le norme di urgenza e di esproprio già in vigore per lo sviluppo dell'edilizia scolastica (art. 18).

In particolare, l'articolo 3 fissa le finalità cui devono rispondere i servizi di consulenza e i poli consultori, indicando alcune forme di prestazioni che, postulate dalla più aggiornata scienza preventiva come particolarmente efficaci, sono ancora del tutto carenti nell'arretrata situazione attuale: la consulenza medico-psico-pedagogica e la consulenza prematrimoniale genetica, la preparazione psicoprofilattica al parto indolore e, soprattutto, la visita ginecologica di massa particolarmente per le donne che lavorano, più soggette ad affezioni ginecologiche e neoplasie uterine, quale mezzo oggi considerato fondamentale per la profilassi della maternità e per la prevenzione e diagnosi precoce del cancro della donna.

L'articolo 4 fissa le caratteristiche generali dell'assistenza psico-sociale alla madre durante la gravidanza e nel primo periodo dopo il parto confermando e generalizzando le esperienze compiute in alcune province con l'istituzione degli asili-materni e dei centri di assistenza psico-sociale, aperti a tutte le madri e particolarmente alle nubili onde favorire al massimo anche per le madri non sposate il sereno evolversi della gravidanza, il riconoscimento della prole, il reinserimento della donna dopo la maternità nella normale vita della società e nel lavoro.

L'articolo 5 fissa, infine, come uno degli aspetti fondamentali dell'organizzazione prevista, l'istituzione del servizio pubblico degli asili-nido.

L'asilo-nido e il piano decennale di sviluppo

Sulla base dei giudizi unanimemente espressi dai sindacati e dalle organizzazioni femminili ed ormai prevalenti anche nell'ambiente medico e pedagogico, così come tra gli urbanisti e gli architetti, la proposta di legge, pur lasciando aperta la possibilità degli asili-nido aziendali previsti dalla legge 26 agosto 1950, n. 860, ma tenendo conto che tale soluzione si rivela solo raramente efficace per il disagio che comporta lo spostamento dei bambini specie dei neonati per lunghi tratti, generalizza il criterio e propone come obbligatoria la costruzione degli asili-nido residenziali. In tale quadro, l'articolo 5 prevede una serie di facilitazioni a favore delle lavoratrici per le quali, come abbiamo rilevato, l'asilo-nido è esigenza di estrema necessità e fissa alcuni criteri di costruzione e di funzionamento, nonché di direzione sanitaria e di particolare qualificazione del personale assistente onde i nidi possano offrire ai piccoli ospiti le migliori condizioni di ambiente e di assistenza.

Le valutazioni della moderna psicologia tendono a dimostrare che, se un valido rapporto madre-bambino è stato instaurato, se l'asilo-nido sa fornire stimolazioni adeguate, se si avrà cura di abituare gradatamente il piccolo al nuovo ambiente, la separazione dalla madre per alcune ore del giorno in ambiente adatto e favorevole non è dannosa neppure in epoca precoce di sviluppo, anzi può essere utile e positiva.

Mentre gli stati carenziali osservati in bambini ospiti di nidi hanno per lo più origine da un disturbato rapporto primitivo madre-bambino o da un insufficiente funzionamento del nido, lo studio dell'evoluzione psicologica di bambini provenienti da diversi ambienti sociali e con diverse esperienze di vita prova che il nido, se ben organizzato, può fornire al piccolo quanto la famiglia non può fornire. E ciò non soltanto quando la madre lavora e nelle situazioni ambientali e sociali più gravi, particolarmente nelle campagne meridionali (17), ma in generale.

(17) Atti del Convegno nazionale sui problemi sindacali e sociali delle raccogliatrici di olive, promosso dall'I.N.C.A. e dalla Federbraccianti nazionali, Reggio Calabria, ottobre 1962 — Dottor Emilio Argiroffi, « La condizione medica ed umana delle raccogliatrici di olive », su *Assistenza sociale*, rivista dell'I.N.C.A., nn. 5-6, 1962.

Di particolare interesse ci paiono, in tal senso, alcune analisi che tendono ad approfondire il carattere del rapporto madre-bambino nell'evoluzione della società moderna (18).

« Il bambino - osserva la professoressa Massucco Costa, docente di psicologia all'Università di Cagliari - ha certamente bisogno di un'assistenza di tipo materno specie nel primo anno di vita. Ma è provato che la madre può essere sostituita da una nutrice o da altra persona che ne assuma le veci. Inoltre non è detto che l'assistenza al bambino, che tra l'altro ha periodi di sonno lunghi in tale età, debba essere così continua da impegnare tutta l'attività materna rendendo impossibile alla madre di attendere ad altro. In pratica accade che la madre sia aiutata anche in casa da altre persone conviventi senza che ciò comporti danno, anzi con notevole vantaggio del processo di socializzazione del bambino... Qualcuno osserva che la socializzazione non può cominciare così presto perché il bambino non ha ancora la disponibilità comportamentale necessaria per socializzarsi e bisogna che questo processo si compia con la mediazione della madre all'interno della famiglia per cui la donna occupata fuori casa non potrebbe attendere a questo compito.

Ma come avviene questo processo di relativa socializzazione infantile quando la madre è sottratta a quell'attività sociale per eccellenza che è l'attività produttiva nel lavoro, l'inserimento nella vita pubblica e tutto ciò che può renderla capace di comprendere il significato della vita sociale e di parteciparvi nella pienezza della sua responsabilità e dei suoi diritti? Se la madre viene ricondotta ad esercitare la sua attività soltanto all'interno del nucleo familiare, diventerà quasi inavvertitamente la custode e dispensatrice di valori tradizionali che saranno valori di protettività, possessività, forse anche di vitalizzazione istintiva del bambino, ma tendenti a ritardarne il rapporto con la realtà, a escluderlo dal rapporto con altre persone che non siano quelle della famiglia.

Alcune ricerche citate dal Le Guillant e alcuni procedimenti educativi in uso in asili-nido mostrano che il bambino si avvantaggia

(18) Interventi di Angiola Massucco-Costa e di Ada Gobetti al Seminario di studio, « Famiglia e Società », Istituto A. Gramsci, Roma, maggio 1964 - Professor Bosinelli dell'Istituto di psicologia dell'Università di Bologna: « Problemi psicologici nell'organizzazione degli asili-nido », *Rivista italiana di sicurezza sociale*, aprile 1963.

molto di un'assistenza intelligente e premurosa da parte di persone preparate e ben disposte e del contatto con oggetti e situazioni disparate, anche fuori dell'ambito della casa e della famiglia »... « Per cui - conclude la Massucco Costa - gli asili-nido non devono essere considerati come un rimedio che si può sì e no tollerare per alleggerire il lavoro della donna, ma come istituzioni con una funzione altamente positiva che si dovrebbero creare anche se non ce ne fosse la nota necessità ».

Ritenendo lo sviluppo degli asili-nido il problema oggi più grave e urgente per un'adeguata assistenza alla prima infanzia, nella legge di riforma che proponiamo è inserito, come parte integrante di essa, un programma straordinario di costruzione di tali istituzioni. Ad esso si riferiscono le norme contenute negli articoli 16, 17 e 18.

Scopo del piano è di portare, nel termine di un decennio, al superamento dell'attuale stato di carenza di cui testimonia il numero assolutamente irrisorio degli asili-nido aziendali che avrebbero dovuto essere istituiti dai datori di lavoro in base alla legge n. 860 e la esiguità della rete gestita dall'O.N.M.I. che, come già abbiamo avuto occasione di sottolineare, consta di poco più di 500 nidi con una disponibilità di circa 57.000 posti corrispondenti al 2,25 per cento della popolazione infantile fino a 3 anni e con una proporzione di 1 asilo-nido ogni 100.000 abitanti in media (19).

Si impone quindi la necessità di affrontare il problema con urgenza e mezzi straordinari secondo una prospettiva pluriennale e una previsione di fabbisogno corrispondenti al crescere della popolazione e delle esigenze.

Sulla base degli indici attuali di natalità è stato, infatti, calcolato che il numero dei bambini fino ai tre anni dovrebbe aumentare nel periodo 1960-69 del 4,6 per cento superando già, a quella data, il numero complessivo di 2 milioni e 600.000 (20) mentre è presumibile che data la tendenza oggettiva di sviluppo e di meccanizzazione della produ-

(19) Il rapporto tra asili-nido O.N.M.I. e popolazione nelle sei maggiori città italiane è il seguente: Milano, 1 asilo ogni 52.800 abitanti; Genova, 1 ogni 78.400; Roma, 1 ogni 91.200; Palermo, 1 ogni 147.000; Torino, 1 ogni 204.100; Napoli, 1 ogni 236.600. Media nazionale: 1 asilo-nido ogni 94.200 abitanti. (Da *Maternità e Infanzia*, nn. 6-8, 1963).

(20) I.S.C.O., Previsione demografica della popolazione presente, 1960.

zione e l'affermarsi della coscienza di emancipazione della donna cresca ancora nei prossimi anni anche il numero delle lavoratrici (21).

È in base perciò a tali considerazioni che riteniamo non potessero considerarsi soddisfacenti le conclusioni circa lo sviluppo dei servizi per la tutela della maternità e della prima infanzia alle quali giungeva il rapporto Saraceno sulla programmazione proponendo un piano di costruzione di 1.300-1.400 nidi nel prossimo quinquennio con un obiettivo di un asilo-nido per ogni 35.000 abitanti e una spesa di 15 miliardi annui (22), incremento e spesa che appaiono tanto più inconsistenti in quanto il finanziamento indicato avrebbe dovuto far fronte allo sviluppo non solo degli asili-nido programmati ma anche di altri presidi per la maternità e l'infanzia (consultori materni e pediatrici, istituti per minori anormali, centri medico-psico-pedagogici).

Più realistiche appaiono le indicazioni fornite, a titolo di studio, dall'O.N.M.I. (23). In esse, pur differenziando, come giusto, il fabbisogno in diversi indici — seconda della distribuzione territoriale della popolazione e ampiezza demografica dei vari centri, dei processi migratori, delle attività economiche prevalenti e quindi dell'estensione dell'occupazione femminile, dell'ampiezza delle famiglie, del sistema socio-culturale ed altri indici variabili tra regione e regione — si prospetta un piano di sviluppo con l'obiettivo di 1 asilo-nido ogni 10 mila abitanti per una rete capace, quindi, di assistere (considerando una capienza media di 50 posti) circa il 10 per cento della popolazione infantile.

Poiché, tuttavia, anche tale previsione appare ancora fortemente inadeguata al ritmo di sviluppo delle esigenze della vita civile, il piano che proponiamo con il presente progetto prevede la costruzione nel decennio 1931-1975 di 16.000 nuovi asili-nido capaci di assicurare ospitalità a circa 800.000 bambini (24).

(21) Nora Federici, *Prospettive di evoluzione delle forze di lavoro femminili* — Atti del convegno sulle future disponibilità di lavoro in Italia, Accademia dei Lincei, Roma, 1963.

(22) Vedi nota pag. 8.

(23) Vedi nota pag. 5.

(24) Vedi anche: *L'istituzione del servizio degli asili-nido*, opuscolo pubblicato dall'Unione donne italiane, Roma, marzo 1964 — Proposta di legge di iniziativa dei deputati Angiola Minella, Marisa Rodano ed altri, « Istituzione del servizio dei nido-asili », n. 3628, 8 febbraio 1962, terza legislatura — G. Berlinguer, « Schema di piano sanitario nazionale », *Rivista italiana di sicurezza sociale*, 1963.

Il programma di costruzioni dovrebbe svilupparsi gradualmente in due quinquenni, per 300.000 bambini nel primo, per altri 500 mila nel secondo, in modo che alla fine del primo quinquennio dovrebbero essere costruiti 6.000 asili-nido cioè 1 asilo-nido ogni 8.500-9.000 abitanti per circa il 12 per cento della popolazione infantile presumibile a quella data, mentre alla fine del decennio i 16.000 asili-nido per 800.000 bambini dovrebbero permettere di realizzare un quoziente di 1 asilo-nido ogni 3.500 abitanti, per circa il 27 per cento dei bambini da zero a tre anni.

La rete degli asili-nido prevista nel piano dovrà essere gestita dai Comuni e dovrà essere finanziata: dallo Stato, in parte prevalente, e, integrativamente, dagli Enti locali nell'ambito dell'indirizzo generale che la presente proposta sancisce per il decentramento funzionale e il finanziamento pubblico dell'assistenza alla maternità e alla prima infanzia.

Il decentramento dei poteri agli Enti locali

Nel quadro del generale decentramento democratico che, come abbiamo sottolineato deve caratterizzare il nuovo sistema sanitario italiano, i servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia di cui alla presente proposta sono affidati alle Regioni, alle Province, ai Comuni e ai Consorzi dei Comuni. Gli articoli 7, 8, 9, 10 e 11 stabiliscono le norme della nuova strutturazione.

Il Ministero della sanità, attraverso una apposita sezione del Consiglio superiore di sanità che la presente proposta istituisce, svolge le funzioni di alta sorveglianza e di coordinamento a livello nazionale in modo che siano garantite al sistema unicità di indirizzo generale, perequazione di sviluppo tra le varie zone e qualificazione di tecniche e di quadri al più alto livello di specializzazione.

L'Ente locale è il centro che, perifericamente, dirige e realizza l'assistenza secondo una precisa differenziazione di compiti e di responsabilità: alle Regioni sul piano generale è affidato il potere normativo, di programmazione e di coordinamento regionale; alle Province e ai Comuni e ai loro consorzi spettano, sul piano locale, i compiti operativi di istituzione e gestione dei servizi e dei presidi. Ogni amministrazione locale opera su base collegiale con la collaborazione di specifiche commissioni di cui la proposta prevede la composizione democratica in quanto formate prevalentemente dai rappresentanti diretti del-

le popolazioni e dagli interessati: le famiglie, le lavoratrici, le donne.

In tal modo appare assicurato, nella maggiore misura possibile, il contatto tra popolazione e servizi e la partecipazione diretta delle popolazioni al controllo e alla gestione dei servizi che, se abbiamo già ricordato essere necessaria sempre per garantirne l'efficienza, tanto più lo è, a nostro avviso, per servizi di natura delicata come quelli in questione che debbono integrare l'opera della famiglia e, quindi, ad essa armonizzarsi, attraverso una reciproca collaborazione che nessuna struttura verticale e burocratica ma soltanto una organizzazione decentrata e democratica può garantire.

Nel quadro di una tale sistemazione in cui lo Stato non delega più ad alcun organismo nazionale autonomo le funzioni assistenziali ad esso spettanti ma le realizza direttamente attraverso l'articolazione della propria struttura democratica, cioè attraverso le amministrazioni elettive locali, la presenza di un ente centralizzato e burocratico non ha più ragione di essere in quanto non risponde all'ordinamento costituzionale dello Stato né alle esigenze di rapida e differenziata funzionalità che l'assistenza moderna richiede.

La presente proposta prevede perciò la liquidazione dell'O.N.M.I. Una particolare norma transitoria (articolo 19) indica il modo come deve svolgersi la procedura per il passaggio del patrimonio e dei beni dell'Opera allo Stato e per la loro assegnazione ai Comuni, alle Province e alle Regioni nonché per il trasferimento del personale le cui condizioni e rivendicazioni economiche e giuridiche vengono pienamente salvaguardate, con possibilità anzi di lavoro e di carriera assai più sicure di quanto non lo siano oggi, nella drammatica situazione di crisi e di mancanza di prospettive in cui sempre più gravemente l'Opera si dibatte.

Il finanziamento

Per quanto riguarda il finanziamento, sia quello per lo sviluppo ordinario e la gestione dei servizi che quello a carattere straordinario per il piano di costruzione dei nuovi asili-nido, i proponenti ritengono che la messa a disposizione di mezzi adeguati sia questione essenziale per l'espansione di un'assistenza che, per essere estesa e qualificata, non può non avere un determinato costo. Il finanziamento si pone quindi, prima di tutto, come problema politico: problema di valutazione dei bisogni sociali reali e ricerca delle soluzioni corrispon-

denti; problema della scala di priorità che si intende adottare nella programmazione dello sviluppo del Paese a seconda dei fini cui tende e della volontà politica che esprime.

Se lo sviluppo del Paese deve realizzarsi nel senso che il progresso tecnico ed economico si traduca in maggiore benessere e sicurezza sociale per tutti, anche le scelte nell'impiego delle risorse sociali dovranno orientarsi in tal senso e tener conto del fatto che, come ha sottolineato il citato rapporto Saraceno per la programmazione, « l'ordine di priorità che si è venuto finora a stabilire nell'utilizzazione dei mezzi disponibili non può essere giudicato corrispondente alle reali esigenze della nostra società, particolarmente per talune attività essenziali allo svolgersi della vita civile che non hanno potuto adeguarsi al livello di reddito raggiunto nel Paese ». Non ci pare dubbio che l'assistenza sanitaria e preventiva, particolarmente quella specializzata per la tutela della maternità e infanzia, debba essere considerata tra queste attività.

Un'azione assistenziale di natura pubblica intesa come dovere dello Stato in rapporto ad un preciso diritto spettante a tutti i cittadini, non può fondarsi su contributi benefici privati come la vecchia assistenza caritativa e facoltativa e neppure su ulteriori oneri a carico del mondo del lavoro: in quanto servizio pubblico per la collettività essa deve essere finanziata dalla collettività cioè dallo Stato, mediante un prelievo fiscale progressivo che incida proporzionalmente sugli alti redditi e sui profitti secondo gli scopi propri ad ogni moderno sistema statale che si ispiri ai principi della giustizia distributiva e della sicurezza sociale.

Nel quadro dei predetti indirizzi generali la presente proposta non prevede, tuttavia, alcun aumento immediato della spesa ordinaria per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia rispetto alla spesa globale che lo Stato e gli Enti locali affrontano già oggi a tale scopo.

Naturalmente, i proponenti pensano che gli attuali stanziamenti non si possono considerare sufficienti per lo sviluppo quantitativo e qualitativo di istituzioni e di attività quali quelle che la riforma implica che richiederanno in futuro adeguamenti corrispondenti anche per quanto riguarda i mezzi finanziari. Ci pare, tuttavia, possibile ritenere che la valutazione della spesa si pone in modo diverso quando lo sviluppo dei servizi si realizza attraverso una profonda riforma della struttura sanitaria assistenziale quale quella proposta, che, uni-

ficando l'assistenza e collegandola all'organizzazione sanitaria generale, può limitare la attuale dispersione dei mezzi e delle risorse e, sostituendo a gestioni centralizzate ed incontrollate la gestione diretta di un solo Ministero e delle amministrazioni locali, può garantire un rendimento assistenziale assai maggiore anche dal punto di vista amministrativo.

Stabilendo che i fondi da stanziare per gli scopi previsti risultino dalla unificazione delle attuali molteplici contribuzioni in una unica voce specificatamente iscritta nel bilancio del Ministero della sanità (articolo 13) e nei bilanci delle Regioni, delle Province e dei Comuni (articolo 14) e stabilendo, inoltre, criteri più generali di ripartizione degli stanziamenti statali fra gli enti locali che devono rispondere democraticamente del loro operato anche amministrativo (articolo 15), si tende non tanto a richiedere maggiori finanziamenti quanto ad indicarne, come prima e più urgente esigenza, l'impiego più redditizio in modo che l'utilizzazione razionale e concentrata dei mezzi già oggi disponibili possa compensare, almeno inizialmente, grazie alla maggiore efficienza e produttività degli interventi, le esigenze derivanti dalla loro estensione e dalla loro qualificazione.

Il progetto prevede, invece, un finanziamento di natura straordinaria per il piano degli asili nido.

La spesa per la costruzione e l'arredamento dei 16.000 nuovi nidi per 800.000 bambini, calcolata sulla base di un costo medio approssimativo di lire 420.000 annue per bambino, è stata determinata in 340 miliardi per tutto il decennio, suddivisa in annualità di lire 34 miliardi in media.

La spesa di gestione, a cominciare dal secondo anno di attuazione del piano e ogni anno corrispondente all'incremento dei bambini ospitati, può essere valutata in base ad un costo medio (oggi) di lire 160.000 annue per bambino: il che significherebbe, per una media di 80.000 bambini ospitati in più ogni anno come quella indicata nel piano, un incremento annuo di spesa di lire 12 miliardi e 800 milioni circa, raggiungendo alla fine del decennio per gli 800.000 bambini previsti, la cifra di 128 miliardi annui.

L'onere di tale spesa, sia per quanto riguarda la costruzione e l'arredamento sia per quanto riguarda la gestione dei nuovi asili nido, è posto a carico dello Stato.

Alla spesa di 34 miliardi per costruzione ed arredamento si propone che lo Stato per il primo anno, faccia fronte con la riduzione del

fondo globale per il finanziamento di provvedimenti legislativi in corso iscritto in bilancio per il 1965 (articolo 17).

Per il finanziamento della gestione, il sistema prescelto è condizionato dalla situazione attuale della finanza locale che, essendo divenuta gravemente insufficiente a coprire i bisogni ordinari e le attuali spese di istituto degli Enti locali, non consentirebbe una espansione straordinaria della spesa per nuovi compiti senza una diretta conseguenza su disavanzi che aumenterebbero in proporzione all'incremento di spesa indicato. E poiché, allo stato attuale, la copertura dei disavanzi degli Enti locali non può prevedersi in modo diverso che a carico diretto del bilancio dello Stato, è apparso opportuno, anzi necessario, attribuire l'intero onere della gestione dei nuovi asili nido previsti nel piano direttamente allo Stato, collocando tale stanziamento nell'apposito capitolo di spesa del bilancio del Ministero della sanità che la proposta istituisce.

Il capitolo, destinato globalmente alla spesa statale per i servizi dell'assistenza alla maternità e alla prima infanzia, per il primo anno sarà corrispondente, come abbiamo indicato, alla somma complessivamente spesa già oggi dallo Stato attraverso i più diversi rivoli e soltanto negli anni successivi al primo, a seguito dell'espansione dei vari servizi secondo le norme indicate dal presente progetto e, in particolare, a seguito dell'attuazione graduale del piano straordinario per gli asili nido subirà un incremento che, per quanto riguarda la spesa della gestione degli asili nido nuovi, abbiamo detto potersi valutare in circa 12 miliardi e 800 milioni annui.

Tale onere, inizialmente, può trovare posto nell'ambito del bilancio ordinario dello Stato o utilizzando l'incremento normale delle entrate o con una migliore qualificazione della spesa corrente, presupponendo per il futuro e tanto più quanto è destinato gradualmente ad aumentare, sia la riforma della finanza locale e quindi del rapporto tra oneri dello Stato e oneri degli enti locali, sia quella diversa impostazione della spesa pubblica e quella diversa redistribuzione del reddito nazionale e del sistema di imposizione fiscale cui già ci siamo riferiti come condizioni essenziali per il rinnovamento e lo sviluppo civile e sociale del nostro Paese.

Onorevoli colleghi, nel riproporre il problema della riforma dell'assistenza alla maternità e all'infanzia, ci siamo sforzati di elaborare una soluzione che fosse la più organica e completa possibile, in applicazione del

dettato costituzionale, adeguatamente ai bisogni della nostra società dalla cui analisi siamo partiti.

Ci auguriamo che la Camera voglia prendere sollecitamente in esame la proposta affrontando il problema che essa pone con ampio e concorde impegno.

Un coerente, radicale rinnovamento della assistenza alla maternità e alla prima infan-

zia rappresenta un passo importante per una organizzazione sanitaria efficiente e moderna e per un sistema di tutela che si ispiri ai principi della sicurezza sociale.

Il nostro Paese ne ha urgente bisogno perché sia garantita alle donne, ai bambini, a tutti gli italiani, una condizione umana e sociale che, per essere più moderna sia, prima di tutto, più civile, più sicura e serena.

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I

*Finalità e compiti dell'assistenza
alla maternità e alla prima infanzia*

ART. 1.

La tutela delle madri e dei bambini, nei primi tre anni di vita, è garantita direttamente dallo Stato mediante servizi pubblici gestiti in forma democratica e decentrata e affidati alle Regioni, alle Province e ai Comuni secondo le norme della presente legge, come parte dell'organizzazione sanitaria del Paese.

Scopo di tali servizi è di assicurare a tutte le madri e a tutti i bambini, a prescindere dal loro stato civile e sociale, una efficace e completa assistenza preventiva, sanitaria, psico-pedagogica e sociale.

ART. 2.

I servizi di assistenza alla maternità e all'infanzia forniscono gratuitamente a tutti i cittadini:

a) consulenza profilattica di natura ginecologica, ostetrica e pediatrica, consulenza medico-psico-pedagogica e prestazioni connesse a tali forme di consulenza;

b) assistenza psico-sociale alle gestanti,

c) ospitalità diurna ai bimbi fino a tutto il terzo anno di vita.

Essi effettuano inoltre rilevazioni ed indagini sulle condizioni ambientali, individuali o collettive, nelle quali si svolge la gravidanza ed il puerperio anche al fine di formulare proposte agli organismi, competenti atte a rimuovere le situazioni considerate pregiudiziali alla natalità.

ART. 3.

La consulenza profilattica di natura ginecologica, ostetrica e pediatrica nonché la consulenza medico-psico-pedagogica devono fornire indicazioni atte a favorire il normale svolgimento della gravidanza, del parto, del puerperio e dell'allattamento, nonché suggerimenti rivolti a facilitare le migliori condizioni per lo sviluppo psico-somatico e l'allevamento del bambino nei primi tre anni di vita.

Particolari prestazioni dovranno essere erogate in connessione con tale attività di consulenza e istituiti appositi centri consultoriali e dispensariali.

A tal fine la Regione — a norma del primo comma dell'articolo 117 della Costituzione — emana le necessarie norme legislative, tenendo presente che:

a) l'attività di consulenza, fra l'altro, deve comprendere la consulenza prematrimoniale genetica; deve consentire all'ostetrico-ginecologo di sconsigliare la gravidanza nei casi in cui lo ritenga nocivo per la salute della donna e deve prevedere l'obbligo di chiamare periodicamente a visita medico-ginecologica le lavoratrici. Tale invito non costituisce alcun obbligo per la lavoratrice, ma devono essere predisposte le attrezzature necessarie e stabiliti per le visite orari accessibili alle lavoratrici;

b) le prestazioni connesse con l'attività di consulenza, fra l'altro, devono comprendere: la preparazione psico-profilattica al parto indolore, l'erogazione — qualora l'ostetrico-ginecologo sconsigli la gravidanza — di prodotti preventivi a tale fine idonei, l'erogazione — qualora la donna provveda all'allattamento artificiale o misto — di farine lattee e di preparati ritenuti indispensabili all'allattamento del neonato, nel quantitativo e per la durata necessari;

c) i centri consultoriali e dispensariali devono essere capillarmente distribuiti, articolati in varie specializzazioni, coordinati con gli ambulatori ostetrico-pediatrici e le istituzioni ospedaliere locali. Inoltre dovranno disporre di un'attrezzatura tale da garantire il controllo medico sistematico sia della madre durante il corso della gravidanza che del bambino, con la possibilità di effettuare essenziali esami diagnostici complementari ad esami clinici specialistici.

ART. 4.

L'assistenza psico-sociale deve tendere a garantire condizioni ambientali idonee alla madre nel periodo della gravidanza e del puerperio e alla madre e al bambino nel periodo successivo.

Particolari prestazioni possono essere erogate in connessione a tale forma di assistenza, mentre devono essere creati appositi centri di asilo-materno.

Oltre ai centri di asilo-materno potranno essere istituiti, qualora non esistano altri servizi, centri specifici di assistenza psico-sociale, funzionanti sulla base di *équipes* specializzate, composte da psichiatri, ostetrici, psicologi ed assistenti sociali.

La Regione — a norma del primo comma dell'articolo 117 della Costituzione — emana

le necessarie disposizioni legislative tenendo presente, fra l'altro, che i centri di asilo materno dovranno essere in grado di ospitare le gestanti e puerpere nubili, nonché quelle coniugate il cui ambiente familiare non assicura durante la gestazione ed il puerperio condizioni idonee al loro stato. I centri di asilo materno devono essere istituiti in ogni capoluogo di provincia ed essere in grado di ospitare sia la donna gestante e puerpera sia la coppia madre-bambino. Le ospiti dovranno essere messe in grado di organizzarvi la loro permanenza con la massima autonomia e libertà ed essere in ogni modo facilitate, particolarmente le madri nubili, sulle decisioni da prendere nei riguardi del bambino e per organizzare la loro nuova vita e responsabilità.

ART. 5.

L'ospitalità diurna ai bambini fino a tutto il terzo anno di vita deve integrare le cure materne e familiari, assicurando al bambino una qualificata vigilanza durante il corso della giornata e l'assistenza igienico-profilattico-educativa. A questo scopo dovrà essere istituita una rete capillare di asili-nido.

La Regione — a norma del primo comma dell'articolo 117 della Costituzione — emana le necessarie disposizioni legislative tenendo presente che gli asili-nido dovranno essere — di massima — di tipo residenziale, capillarmente distribuiti nei quartieri urbani, nei centri di sviluppo dell'edilizia popolare e in tutti quei Comuni e frazioni ove esistono agglomerati di abitazioni di determinate dimensioni.

L'ubicazione, il funzionamento e gli orari degli asili-nido devono corrispondere alle reali esigenze delle madri, con particolare riferimento alle necessità delle donne lavoratrici.

Gli asili-nido debbono avere una capienza da 40 a 50 posti e constare di due sezioni separate, l'una per i lattanti, l'altra per i divezzi.

I requisiti tecnici, edilizi, organizzativi e didattici, nonché le qualifiche ed il numero del personale addetto alla vigilanza diretta dei bambini debbono garantire nell'asilo-nido le condizioni più favorevoli per lo sviluppo fisico e intellettuale della prima infanzia, dallo stadio motorio-sensorio a quello intuitivo e conoscitivo, nonché per soddisfare le esigenze psicologiche ed affettive essenziali all'armonico sviluppo del bambino.

Deve essere in ogni caso garantita la direzione sanitaria dell'asilo-nido.

TITOLO II

Direzione e gestione dei servizi.

ART. 6.

I servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia sono comunali, consorziali, provinciali, regionali.

Essi fanno parte dell'ordinamento dei Comuni e dei loro Consorzi, delle Province, delle Regioni, secondo le rispettive competenze e sono regolati dalle norme della presente legge sotto l'alta sorveglianza del Ministero della sanità.

ART. 7.

Il Ministero della sanità fissa le direttive generali per lo sviluppo ed il funzionamento dei servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia e assicura il coordinamento su scala nazionale delle attività che a norma della presente legge competono alle Regioni, alle Province, ai Comuni o ai loro Consorzi.

Spetta, in particolare, al Ministero della sanità: coordinare i programmi per l'attuazione dei presidi di cui agli articoli 3, 4 e 5 della presente legge, secondo le norme indicate negli articoli successivi; assicurare il collegamento su scala nazionale dei servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia con tutti gli enti che svolgono attività nel settore dell'assistenza e previdenza; promuovere gli studi scientifici in materia e la definizione di indirizzi e tecniche nuovi per l'aggiornamento costante dei servizi dal punto di vista sanitario, assistenziale, edilizio, nonché per quanto riguarda la preparazione e la qualificazione del personale in collaborazione col Ministero della pubblica istruzione.

ART. 8.

Presso il Ministero della sanità è costituita un'apposita direzione generale per i servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia.

È costituita, altresì, a norma delle disposizioni in vigore per il Consiglio superiore di sanità, una Sezione del Consiglio superiore di sanità per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia, con il compito di coadiuvare il Ministro con pareri ed iniziative nel campo

specifico dell'assistenza alla maternità e alla prima infanzia. Di essa fanno parte:

a) il Direttore generale del Ministero della sanità per i servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia;

b) gli Assessori alla sanità delle Regioni;

c) 3 Assessori provinciali e 3 Assessori comunali alla sanità designati rispettivamente dall'Unione provinciale italiana e dall'Associazione nazionale Comuni italiani;

d) 5 rappresentanti delle più rappresentative confederazioni sindacali dei lavoratori dipendenti designati dalle rispettive organizzazioni;

e) 5 rappresentanti dei lavoratori autonomi e dei datori di lavoro designati dalle rispettive associazioni;

f) 5 rappresentanti delle organizzazioni femminili più rappresentative designate dalle rispettive associazioni;

g) 1 rappresentante per ognuno dei Ministeri del lavoro, dell'interno e dei lavori pubblici designati dai rispettivi Ministeri.

ART. 9.

Le Regioni assicurano il coordinamento su scala regionale dell'attività che a norma della presente legge viene svolta dalle Province e dai Comuni, nonché il collegamento con le attività assistenziali e previdenziali di altri enti; programmano l'istituzione dei presidi di cui agli articoli 3, 4 e 5 della presente legge secondo le norme indicate negli articoli successivi; gestiscono istituti per la preparazione e l'aggiornamento tecnico del personale addetto ai servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia.

La Regione esercita le funzioni di cui sopra con l'ausilio di un'apposita Commissione per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia della quale fanno parte:

a) il Presidente della Regione, ovvero l'Assessore alla sanità da lui delegato, che presiede la Commissione;

b) 5 membri dell'Assemblea regionale designati dall'Assemblea stessa in equa rappresentanza dei gruppi che la compongono;

c) 1 rappresentante per ognuna delle Amministrazioni provinciali della Regione;

d) 1 rappresentante per ognuna delle Amministrazioni dei Comuni capoluogo di Provincia della Regione;

e) il Direttore preposto ai servizi di assistenza alla maternità e prima infanzia della Regione;

f) 5 rappresentanti delle maggiori organizzazioni sindacali dei lavoratori;

g) 5 rappresentanti dei lavoratori autonomi e dei datori di lavoro designati dalle rispettive associazioni;

h) 5 rappresentanti delle maggiori organizzazioni femminili designate dalle rispettive associazioni.

ART. 10.

Le Province assicurano il coordinamento su scala provinciale dell'attività che a norma della presente legge viene svolta dai Comuni, nonché il collegamento con le attività assistenziali e previdenziali di altri enti e programmano l'istituzione dei presidi di cui agli articoli 3 e 5 della presente legge secondo le norme indicate negli articoli successivi.

Le Province istituiscono e gestiscono i centri di asilo-materno e i centri di assistenza psico-sociale di cui all'articolo 4 della presente legge, nonché ogni altra attività rivolta all'assistenza psico-sociale delle gestanti.

La Provincia esercita le funzioni di cui sopra con l'ausilio di un'apposita Commissione per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia, della quale fanno parte:

a) il Presidente della Provincia, ovvero l'Assessore provinciale alla sanità da lui delegato, che presiede la Commissione;

b) 5 membri del Consiglio provinciale, designati dal Consiglio stesso in equa rappresentanza dei gruppi che lo compongono;

c) 1 rappresentante del Comune capoluogo e 5 rappresentanti dei principali Comuni e Consorzi intercomunali della Provincia;

d) il direttore preposto ai servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia della Provincia;

e) 5 rappresentanti delle organizzazioni più rappresentative dei lavoratori designati dalle rispettive associazioni;

f) 5 rappresentanti dei lavoratori autonomi e dei datori di lavoro designati dalle rispettive associazioni;

g) 5 rappresentanti delle organizzazioni femminili più rappresentative designate dalle rispettive associazioni.

ART. 11.

I Comuni — eventualmente associati in Consorzi secondo le norme del testo unico della legge comunale e provinciale 3 marzo 1934, n. 383 e successive modificazioni — programmano ed istituiscono i presidi di cui agli articoli 3 e 5 della presente legge secondo le

norme indicate negli articoli successivi; assicurano il collegamento su scala comunale dei servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia con tutti quegli enti che svolgono attività nel settore della previdenza e dell'assistenza.

I Comuni e i Consorzi intercomunali gestiscono i centri consultoriali-dispensariali e gli asili-nido e svolgono tutte le attività ed erogano le prestazioni previste agli articoli 3 e 5 della presente legge.

Il Comune o il Consorzio intercomunale esercita le funzioni di cui sopra con l'ausilio di un'apposita Commissione per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia, della quale fanno parte:

a) il Sindaco o l'Assessore alla sanità da lui delegato, ovvero il Presidente del Consorzio intercomunale che presiede la Commissione,

b) 5 membri del Consiglio comunale o consortile, designati dai Consigli stessi in equa rappresentanza dei gruppi che li compongono;

c) il Direttore preposto ai servizi di assistenza alla maternità e prima infanzia del Comune o del Consorzio intercomunale;

d) 5 rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori;

e) 5 rappresentanti dei lavoratori autonomi e dei datori di lavoro designati dalle rispettive associazioni;

f) 5 rappresentanti delle organizzazioni femminili più rappresentative designate dalle rispettive associazioni.

TITOLO III

Fonti di finanziamento e criteri di programmazione — Piano decennale di sviluppo degli asili-nido.

ART. 12.

L'onere finanziario dei servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia è a carico dello Stato, delle Regioni, delle Province e dei Comuni, secondo quanto disposto dalla presente legge.

ART. 13.

Nello stato di previsione della spesa ordinaria del Ministero della sanità è istituito un apposito capitolo riguardante il contributo annuo dello Stato per il finanziamento dei servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia.

Nello stesso capitolo vanno anche iscritti:

gli stanziamenti finora previsti quale contributo dello Stato all'Opera nazionale maternità e infanzia;

gli stanziamenti finora previsti e iscritti in altri capitoli del bilancio del Ministero della sanità e di altri Ministeri quale contributi dello Stato ad attività ed istituzioni che comunque rientrino nelle finalità e compiti previsti dalla presente legge.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a compiere con proprio decreto le necessarie variazioni.

ART. 14.

Nei bilanci preventivi delle Regioni, delle Province e dei Comuni gli stanziamenti destinati ai servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia sono iscritti tra le spese obbligatorie in apposito capitolo.

Nello stesso capitolo dei bilanci delle Regioni, delle Province e dei Comuni sono iscritte le somme annualmente destinate al funzionamento dei servizi regionali, provinciali, consorziali e comunali per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia, nonché le somme assegnate alle Regioni, alle Province e ai Comuni dal Ministero della sanità sui fondi di cui all'articolo 13, ripartiti secondo quanto disposto dal successivo articolo 15.

ART. 15.

I contributi statali per il funzionamento dei servizi sono assegnati alle Regioni con decreto del Ministro della sanità sentito il parere della Sezione per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia del Consiglio superiore di sanità e tenendo conto dei programmi elaborati dalle Regioni e dei criteri oggettivi determinati in rapporto al numero degli abitanti e agli indici di natalità delle singole Regioni.

La Regione provvede con tali fondi e con gli altri iscritti sul proprio bilancio all'espletamento dei compiti e al funzionamento dei servizi di propria competenza ed effettua la ripartizione dei fondi rimanenti tra le Province e i Comuni tenendo conto dei programmi elaborati dalle Amministrazioni locali e dei criteri oggettivi determinati in base agli indici specificati nel comma precedente.

ART. 16.

Allo scopo di sviluppare la rete degli asili-nido si dispone l'attuazione di un piano straordinario decennale per la costruzione nel decennio 1965-74 di 16.000 nuovi asili-nido.

La spesa per la costruzione e l'arredamento dei nuovi asili-nido è a carico dello Stato; essa è determinata in lire 34 miliardi all'anno per dieci anni a partire dal 1965.

ART. 17.

Alle somme occorrenti per quanto disposto all'articolo precedente della presente legge, per l'esercizio finanziario 1965 si provvede con la riduzione del fondo globale per il finanziamento di provvedimenti legislativi in corso iscritto in bilancio per il 1965.

Alle somme occorrenti per gli esercizi finanziari successivi e fino al 1974 si provvede iscrivendo le somme necessarie all'apposito capitolo sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

ART. 18.

Il piano straordinario per lo sviluppo degli asili-nido è attuato a mezzo di programmi regionali, provinciali, comunali, elaborati dai rispettivi Enti in rapporto alla programmazione economica ed urbanistica.

Per la determinazione delle aree e la costruzione degli asili-nido compresi nel piano decennale, nonché dei presidi previsti agli articoli 3 e 4 della presente legge, le Province ed i Comuni si avvalgono delle dichiarazioni di urgenza e di indifferibilità e delle norme di esproprio in atto per lo sviluppo dell'edilizia scolastica.

I piani regolatori non possono essere approvati se non sono determinate le aree da destinarsi agli scopi previsti agli articoli 3, 4, 5 della presente legge.

TITOLO IV.

Norme finali e transitorie.

ART. 19.

L'Opera nazionale maternità e infanzia, istituita con legge 10 dicembre 1925, n. 2277 e seguenti, è soppressa.

Il patrimonio funzionale e i beni di qualsiasi natura di pertinenza dell'O.N.M.I. passano allo Stato e sono assegnati a cura del Ministero della sanità, ai Comuni, alle Province, alle Regioni secondo le competenze determinate dalla presente legge per i servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia.

Il personale dipendente dall'O.N.M.I. passa alle dipendenze del Ministero della sanità, delle Regioni, delle Province e dei Comuni conservando il trattamento economico, il grado e la funzione, con la garanzia di tutti i diritti acquisiti e con una sistemazione organica che ne salvaguardi gli interessi per quanto riguarda la carriera e le retribuzioni.

Con decreto del Presidente della Repubblica da emanarsi entro 6 mesi dall'entrata in vigore della presente legge su proposta dei Ministri della sanità e del lavoro e sentito il parere di una Commissione di 6 deputati e 6 senatori, saranno fissate le modalità per il passaggio dei beni e del personale dell'O.N.M.I. allo Stato e agli Enti locali.

ART. 20.

I compiti attribuiti all'O.N.M.I. dal testo unico 24 dicembre 1934, n. 2316 e successive modificazioni, che non risultino affidati alle Regioni, alle Province e ai Comuni secondo le norme della presente legge e che non risultino di competenza del Ministero della sanità, vengono temporaneamente trasferiti alle Province in attesa di un riordinamento generale del sistema assistenziale e previdenziale.

ART. 21.

Fino a quando non saranno istituite le Regioni a statuto normale le norme legislative di competenza della Regione di cui alla presente legge, verranno emanate, con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministero della sanità e sentito il parere di una Commissione di 6 deputati e 6 senatori, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Il decreto del Presidente della Repubblica di cui al comma precedente dovrà avere riguardo sia ai limiti e alle condizioni indicate negli articoli 3, 4, 5 della presente legge, sia alle somme che la presente legge rende a tal fine disponibili. Il decreto perde validità con l'entrata in vigore delle norme legislative che le Regioni emaneranno a norma degli articoli 3, 4, 5 della presente legge.

In attesa della istituzione delle Regioni a statuto normale, i compiti attribuiti a tali enti dalla presente legge al titolo II vengono temporaneamente esercitati dalle Province. Parimenti i diritti e gli obblighi che la presente legge conferisce alle Regioni vengono provvisoriamente attribuiti alle Province.