

N. 3251-444-1483-2908-A-bis

# CAMERA DEI DEPUTATI

## RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

(RELATORI CAPUA, DE LORENZO E PIERANGELI, *di minoranza*)

SUL

### DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ  
(MARIOTTI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DELL'INTERNO  
(TAVIANI)

COL MINISTRO DEL BILANCIO  
(PIERACCINI)

COL MINISTRO DEL TESORO  
(COLOMBO EMILIO)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE  
(GUI)

COL MINISTRO DEI LAVORI PUBBLICI  
(MANCINI GIACOMO)

E COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE  
(BOSCO)

*nella seduta del 22 giugno 1966*

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera

E SULLE

## **PROPOSTE DI LEGGE**

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**LONGO, SCARPA, MESSINETTI, TOGNONI, ALBONI, BALCONI MARCELLA, BIAGINI, DI MAURO ADO GUIDO, FANALES, GIORGI, MONASTERIO, PASQUALICCHIO, SACCHI GIUSEPPE, ZANTI TONDI CARMEN, RAFFAELLI**

*Presentata il 19 settembre 1963*

---

Norme per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario

---

**d'iniziativa dei Deputati DE MARIA e DE PASCALIS**

*Presentata il 19 giugno 1964*

---

Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali

---

**d'iniziativa dei Deputati ROMANO e NICOLAZZI**

*Presentata il 4 gennaio 1966*

---

Norme generali per l'ordinamento del servizio ospedaliero nazionale

---

*Presentata alla Presidenza il 4 aprile 1967*

---

### **RELAZIONE DI MINORANZA**

ONOREVOLI COLLEGGHI ! — Nel nostro Paese da tempo è universalmente sentita la necessità di dare una nuova strutturazione all'ordinamento dell'assistenza ospedaliera al fine di rendere la medesima adeguata alle esigenze attuali e a quelle del prossimo futuro. Infatti, la situazione oggi esistente in tale settore

è caratterizzata da un lato da una ancora notevole carenza di posti-letto — tra l'altro irrazionalmente distribuiti sul territorio nazionale — e da un altro lato da una scarsa efficienza funzionale degli ospedali.

Le « cause » che hanno condotto a questa situazione insoddisfacente sono naturalmente

molteplici e di varia natura. Tra di esse, tuttavia, merita particolare menzione quella che si potrebbe definire di ordine storico, dovuta al fatto che in poco meno di un secolo la concezione dell'ente ospedaliero ha subito una trasformazione notevole in quanto si è passati da un'epoca in cui l'ospedale era per destinazione istituzionale la casa di cura propria dei poveri ad una epoca in cui l'ospedale viene generalmente considerato come la casa di cura dove tutti i cittadini vogliono andare per curarsi e guarire (fenomeno al quale ha dato un contributo notevole il crescente diffondersi dello sviluppo economico generale e dell'assistenza mutualistica).

La « materia », dunque, della riforma ospedaliera esiste veramente ed è una di quelle che si possono definire vive, palpitanti e urgenti; essa, in altre parole, costituisce un problema vero, la cui soluzione è invocata da tutto il Paese.

Il Governo attuale, con ingiustificato ritardo, ha atteso l'ultimo scorcio della presente legislatura per porre tale « problema » all'esame del Parlamento. E lo ha fatto con il disegno di legge della Camera recante il n. 3251, al quale questa relazione di minoranza si riferisce.

Va detto subito, però, e senza mezzi termini o vuote perifrasi che tale disegno di legge governativo, considerato sia nel testo originario sia in quello approvato dalla Commissione igiene e sanità, prospetta una soluzione sbagliata del problema dell'assistenza ospedaliera e ciò perché esso cerca di risolverlo in chiave di ideologismi politici, prescindendo da quelli che sono i veri e soli bisogni ed interessi della collettività in questo importantissimo settore e sminuendo, per ciò stesso, sia il problema, sia la soluzione appropriata da dare ad esso.

Che il disegno di legge in questione sia frutto di ideologismi politici lo provano molte cose, tra le quali, innanzitutto, il suo stesso « contenuto » che è chiara risultante di un « compromesso » fra i due maggiori partiti che partecipano al Governo e che formano l'attuale maggioranza parlamentare; in secondo luogo il fatto che la « riforma ospedaliera » che il Parlamento per poco non riuscì a varare nella passata legislatura per il sopraggiunto termine della medesima (la Camera l'aveva già approvata) non è stata più ritenuta valida sin dall'inizio dell'attuale legislatura e più precisamente dal momento della partecipazione indiretta prima e poi diretta dei socialisti al Governo.

Era cambiato qualcosa in quel breve, brevissimo periodo di tempo intercorrente tra la fine della precedente legislatura e l'inizio di quella attuale? Era, forse, mutata la situazione dell'assistenza ospedaliera o erano cambiati i suoi problemi di fondo?

La risposta non può che essere negativa perché sia la situazione, sia i problemi di fondo dell'assistenza ospedaliera erano esattamente gli stessi (e non poteva essere diversamente). Quindi, ciò che erano cambiate erano soltanto le intenzioni del Governo circa la soluzione da dare ai problemi, dal momento che l'apporto socialista al Governo stesso imponeva nel settore in questione l'instaurazione di un sistema di tendenze nazionalizzatrici delineato a chiare note nel « programma di sviluppo economico per il quinquennio 1966-70 », programma la cui paternità è rivendicata dai socialisti stessi e la cui realizzazione, per quello che riguarda il settore sanitario, è costantemente reclamata dall'attuale Ministro della sanità.

Da quanto si è detto nasce, infine, un'altra considerazione e cioè: dal punto di vista delle esigenze del Paese era preferibile « la riforma » che stava per essere approvata nella passata legislatura, oppure la « riforma » nuova mandata oggi avanti affrettatamente, non senza contrasti, dal centro-sinistra? Senza alcun dubbio la prima riforma poteva prestare il fianco a critiche in molte sue parti; essa, però, aveva il pregio di non essere dettata da precconcette ideologie politiche ma dal desiderio di dare ordine, razionalità e funzionalità alla precaria situazione ospedaliera esistente. La nuova riforma, invece, risulta dettata da esigenze del tutto opposte e, come si è già detto, essa non è che il frutto di un « compromesso » politico fra il partito della democrazia cristiana e il partito socialista, compromesso iniziato sin da quando il Ministro della sanità, senatore Mariotti, mise in circolazione uno schema di disegno di legge mirante alla statizzazione degli ospedali e condotto avanti nel tempo sino a terminare, almeno per il momento, con gli « accordi » fra le due parti avvenuti fino a qualche istante prima dell'inizio della discussione degli articoli da parte della Commissione igiene e sanità.

Il « compromesso », com'era logico attendersi, ha dato concretizzazione ad un disegno di legge che non può essere considerato accettabile e nel quale traspare evidentissima la regola ispiratrice del *do ut des*. Infatti, da un lato i socialisti — che mirano al traguardo della nazionalizzazione degli ospedali per dare vita ad un servizio sanitario nazionale incen-

trato sulle autonomie locali ma anche sull'incameramento delle fondazioni ospedaliere — dalla nazionalizzazione hanno ripiegato ad una specie di regionalizzazione della medicina ospedaliera, hanno rinunciato al « fondo » nazionale da costituire con il patrimonio degli enti ospedalieri e destinato soprattutto alla realizzazione dei piani ospedalieri; in cambio, però, hanno ottenuto che l'autonomia degli enti ospedalieri sia di fatto alquanto limitata, che i consigli di amministrazione degli enti ospedalieri vengano notevolmente politicizzati e, infine, che non venga messo in discussione il criterio della delega al Governo per la disciplina dell'ordinamento interno dei servizi ospedalieri e dello stato giuridico e del trattamento economico del personale dipendente da enti ospedalieri.

Dall'altro lato i democristiani (che vorrebbero il mantenimento dell'autonomia degli ospedali solo ed in quanto legati alle organizzazioni religiose o confessionali) hanno ottenuto una forma di autonomia alquanto ridotta degli enti ospedalieri ed hanno ottenuto — ciò che più a loro interessava — il riconoscimento come categoria a sé stante degli ospedali degli enti ecclesiastici e l'inserimento nella categoria del « personale » ospedaliero dei ministri del culto cattolico addetti al servizio religioso negli ospedali civili, d'altra parte però hanno dovuto cedere sulle altre parti della riforma che sopra sono state annoverate tra le concessioni fatte ai socialisti.

I liberali che sono decisamente contrari sia a qualunque forma di nazionalizzazione o di regionalizzazione degli ospedali, voluta dai socialisti, sia al mantenimento dello *status quo*, voluto dai democristiani a difesa delle influenze ecclesiastiche sulle « opere pie » e degli ospedali degli enti ecclesiastici non possono non essere nettamente contrari al disegno di legge governativo in questione che rappresenta pur sempre, sia pure in chiave di compromesso, l'incontro dei « traguardi », in materia ospedaliera cattolico-socialisti.

Al riguardo, i liberali, limitandosi in questa relazione alle sole considerazioni di ordine generale che possono essere mosse al disegno di legge in esame, rimandando per le altre e numerose manchevolezze sul piano del particolare alla discussione in Aula, fanno presente quanto segue.

A. — Il disegno di legge n. 3251 anche se non prevede più — come il vecchio schema di disegno di legge del Ministro della sanità senatore Mariotti — la statizzazione dell'assistenza ospedaliera, pone tuttavia le basi per una

più o meno prossima realizzazione della medesima nel quadro più vasto della nazionalizzazione di tutto il settore sanitario prevista dal « piano di sviluppo quinquennale » con l'istituzione nel nostro Paese di un « servizio sanitario nazionale » ricalcato, nella forma e nella sostanza, sull'organizzazione medica e ospedaliera inglese del *National Health Service* (NHS), che da tempo ha mostrato i suoi gravi difetti ed inconvenienti.

Del resto, che sia così non lo nasconde nemmeno lo stesso Ministro della sanità il quale in più occasioni si è premurato di far sapere che egli non rinuncia affatto al traguardo finale della « medicina di Stato » e che l'attuale « lieve » riforma degli ospedali deve essere considerata niente altro che come un primo, necessario passo (per vincere le forze conservatrici esistenti ancora in alcune parti della coalizione governativa) verso la riforma piena e cioè la creazione di un servizio medico-sanitario gratuito istituito ed espletato dallo Stato.

Oltre ciò, è da far presente che, anche se per il momento sembra scongiurato il pericolo della nazionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, il disegno di legge in esame, se approvato nel suo attuale testo, darebbe vita, in realtà, ad una « regionalizzazione » dell'assistenza medesima che, se presenta rischi minori rispetto alla nazionalizzazione, comporta ugualmente numerosi e gravi difetti. Questo, naturalmente, senza tener conto del fatto che i liberali, per le ben note ragioni, sono assolutamente contrari all'istituzione delle regioni a statuto ordinario, per cui respingono qualsiasi riforma ospedaliera che, come quella di cui al disegno di legge in questione, venga imperniata sugli organi regionali che non esistono ancora e che nessuno oggi può dire se e quando verranno effettivamente attuati, apportando così elementi di confusione e creando senza dubbio la base per eventuali conflitti di competenza fra lo Stato e le regioni.

B. — Il disegno di legge in esame nel testo approvato dalla Commissione igiene e sanità prevede, in sostanza, la distinzione tra:

- enti pubblici ospedalieri;
- ospedali dipendenti da enti ecclesiastici;
- case di cura private.

In proposito i liberali osservano che non esiste alcuna valida giustificazione perché tra gli enti ospedalieri pubblici da una parte e le case di cura private dall'altra si crei la « terza » categoria degli ospedali degli enti religiosi. Essi respingono, pertanto, sia le « osservazioni » del Ministro della sanità fatte in sede

di esame del disegno di legge in Commissione igiene e sanità secondo le quali il sistema giuridico-amministrativo di tali ospedali non, possa essere « toccato » ostandovi il Concordato, sia le « osservazioni » fatte dal relatore ufficiale del disegno di legge nella predetta Commissione secondo le quali, a parte ogni riferimento al Concordato vigente tra lo Stato italiano e la Santa Sede, non sarebbe giusto e corretto che si facciano rientrare nella categoria delle case di cura private gli ospedali degli enti religiosi i quali non hanno scopo di lucro.

Infatti, occorre tenere presente:

1) che dall'esame del « Concordato » non si evince nulla circa l'intangibilità del sistema giuridico-amministrativo degli ospedali degli enti ecclesiastici. Del resto non può essere diversamente dal momento che dando vita ad un'assistenza ospedaliera tali enti devono essere considerati alla stessa stregua di un qualsiasi privato cittadino o di una qualsiasi associazione o fondazione privata che eserciti un'attività ospedaliera.

L'assurdità dell'assunto del Ministro della sanità è tanto più evidente se, per analogia, si prende in esame la situazione esistente nel settore della scuola. Com'è noto, in tale settore le scuole si distinguono soltanto in pubbliche e private; ebbene, pur appartenendo, notoriamente, la maggior parte delle scuole private ad enti ed istituti ecclesiastici, a nessuno finora è venuto in mente di creare, accanto a quella pubblica e privata e in nome del Concordato, la categoria delle scuole dipendenti da enti ecclesiastici;

2) che la mancanza dello scopo di lucro (che prima dovrebbe essere « dimostrata »), portata dal relatore alla Commissione e condivisa dal Ministro della sanità, è assolutamente irrilevante e non autorizza il legislatore a creare, in suo nome, la categoria degli ospedali degli enti ecclesiastici, pochi o molti che essi siano. Del resto è anche possibile il caso, e nessuno può metterlo in dubbio, almeno in linea teorica, che anche un qualsiasi privato cittadino o anche una qualsiasi associazione o fondazione privata possa istituire una casa di cura senza scopo di lucro.

La verità, invece, è un'altra perché, come si è già accennato più avanti, la creazione della categoria degli ospedali appartenenti ad enti ecclesiastici non è altro che uno dei « punti » del « compromesso » raggiunto in materia ospedaliera tra i due maggiori partiti che compongono l'attuale Governo e la « eccezione » del Concordato non va al di là di un semplice espediente.

C. — Un altro punto del disegno di legge che merita seria ponderazione e sul quale i liberali dissentono è quello concernente i consigli di amministrazione degli enti ospedalieri.

Attualmente una delle « piaghe » più profonde del sistema ospedaliero è quella nota sotto il nome di « politicizzazione » delle Amministrazioni ospedaliere. Si tratta di un fenomeno che negli ultimi tempi ha raggiunto notevoli e preoccupanti dimensioni e che arreca gravi danni al buon funzionamento degli ospedali stessi. Troppi ospedali, infatti, nel nostro Paese vengono considerati, da questo o da quel partito politico, come centri di potere in funzione clientelistica ed elettorale.

Ebbene, il disegno di legge in esame non solo non attenuerebbe questa politicizzazione ma, al contrario, la porterebbe fino ai limiti estremi. Esso, infatti, in nome di una quanto mai evanescente « democratizzazione » degli enti ospedalieri, prevede l'inserimento nei consigli di amministrazione degli ospedali regionali, provinciali e di base, di persone scelte esclusivamente dai consigli regionali, provinciali e comunali (anche nel proprio seno all'infuori che per gli ospedali regionali) in base, tra l'altro, ad un « sistema » che condanna a priori quelle persone che appartengono a « correnti » che non sono di centro-sinistra.

È evidente come in tal modo i consigli di amministrazione diventeranno unicamente dei « domini » politici al servizio soltanto di questa o di quella politica sanitaria che verrà posta in atto dal centro-sinistra piuttosto che al servizio di una sana amministrazione degli ospedali, mentre l'autonomia degli enti ospedalieri, nel nome della quale si tenta di far passare la presente « riforma », si ridurrà di fatto a ben poca cosa.

I liberali si oppongono energicamente a questa mal celata « mascheratura » e si appellano al Parlamento perché il medesimo si renda consapevole sia del fatto che la scelta di un amministratore di ospedale non deve essere di natura politica, ma deve cadere su persone che hanno i titoli per farlo e che dimostrano di avere particolari capacità e competenza per amministrare un ente ospedaliero; sia del fatto che non si può escludere la presenza, in seno ai consigli di amministrazione, dei rappresentanti dei medici che sono e restano sempre i più qualificati interpreti delle necessità degli ospedali e sanitarie in genere.

Se, poi, a queste considerazioni si aggiunge il fatto che il disegno di legge prevede la concessione al Presidente ed ai componenti del Consiglio di amministrazione di una « in-

dennità di funzione », appare ancora in modo più limpido quale è il vero scopo della riforma sanitaria voluta dal centro-sinistra: la creazione, cioè, di nuovi e ambiti posti di sottogoverno.

D. — Per quello che riguarda la parte concernente la programmazione ospedaliera il disegno di legge in esame denuncia in pieno la « mitomania » del centro-sinistra per le programmazioni ed i piani fatti secondo un meccanismo complesso e artificioso. Il disegno di legge, infatti, prevede in proposito:

a) una « legge di programmazione », avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale, con la quale dovrebbero essere stabiliti il fabbisogno dei nuovi posti-letto, la ripartizione dei posti-letto tra i vari settori dell'attività ospedaliera, la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa del fabbisogno dei nuovi posti-letto, i mezzi finanziari dello Stato da destinare agli interventi per la costruzione, ammodernamento ecc... degli ospedali ecc...;

b) un « piano nazionale ospedaliero », elaborato dal Ministro della sanità e su proposta del medesimo emanato con decreto del Presidente della Repubblica, con il quale verrebbero stabiliti i criteri per l'impiego dei mezzi finanziari statali e dei mezzi di cui dispongono gli enti ospedalieri, determinando a tal fine la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa dei posti-letto da istituire a spese dello Stato ed i criteri territoriali e qualitativi per l'utilizzazione del « fondo nazionale ospedaliero »;

c) piani regionali ospedalieri, che dovranno uniformarsi alle scelte del programma economico nazionale e alla legge di programmazione ospedaliera.

Se, poi, a questa caotica, complessa sovrapposizione di programmi, di piani nazionali e regionali si aggiungono i vari « Comitati », costituiti da una pleora di persone, addetti alla predisposizione dei programmi e dei vari piani allora si avrà più completo lo stato di disagio e di confusione che verrà a regnare nel settore ospedaliero, con le inevitabili conseguenze che la riforma escogitata, per la complessità del « meccanismo » che le è proprio, si risolverà inevitabilmente in un peggioramento dell'attuale situazione.

A queste considerazioni, inoltre, un'altra se ne deve aggiungere di non minore importanza circa la formulazione e l'approvazione dei « piani » ospedalieri. Nel disegno di legge, invero, è previsto che il « piano ospedaliero

nazionale » — sia pure ridotto alla funzione di stabilire i criteri per l'impiego dei mezzi finanziari statali e non statali e di determinare a tal fine la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa dei posti-letto da istituire a spese dello Stato ed i criteri territoriali e qualitativi per la utilizzazione del fondo nazionale ospedaliero — dovrà essere elaborato dal Ministro della sanità, sottoposto all'approvazione del CIPE ed emanato con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità stesso. In proposito i liberali osservano che l'attribuzione della formulazione e, in sostanza, dell'approvazione di tale piano al Ministero della sanità e al CIPE, organismi istituzionalmente amministrativi, si risolve in una effettiva spoliatura dei poteri del Parlamento, il cui intervento si ridurrà all'approvazione di leggi finanziarie, non incidenti nella determinazione qualitativa, e quindi di indirizzo, del piano ospedaliero. Ciò tanto più che, fino a quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario, il disegno di legge prevede che il piano nazionale ospedaliero, detto in questo caso « transitorio », dovrà essere emanato con decreto del Ministro della sanità il quale così resterà, e chissà per quanto tempo, arbitro pressoché assoluto della situazione nel settore dell'assistenza ospedaliera.

E. — Un'altra parte del disegno di legge sulla quale si avanzano le più ampie riserve è quella riguardante l'ordinamento dei servizi e del personale ospedalieri. I liberali, infatti, da un lato e in via principale sono contrari al criterio della delega al Governo che il disegno di legge prevede al fine della disciplina degli ordinamenti in questione, da un altro lato e in via subordinata non condividono i più importanti « principi direttivi » cui le norme delegate dovrebbero attenersi per la parte riguardante il personale sanitario.

I liberali sono contrari al criterio della delega perché essi ritengono che i grossi problemi come quelli in questione non debbano essere lasciati allo « arbitrio » del Governo, ma debbono essere esaminati e disciplinati direttamente dal Parlamento, eventualmente con un'apposita separata legge. I liberali non condividono inoltre alcuni « principi direttivi » cui dovrebbero attenersi le norme delegate in quanto i medesimi mirano per lo più ad introdurre nel rapporto fra medico e ospedale un criterio « impiegatizio » e burocratico, chiaramente diretto alla preparazione di un comodo « trampolino » per il lancio, in un secondo momento e precisamente in occasione

dell'attuazione della più ampia riforma sanitaria qual'è prevista dal piano economico quinquennale, del medico «funzionario» pubblico o di Stato.

Per quello che riguarda in modo specifico l'orario di impiego dei medici ospedalieri i liberali, mentre sono d'accordo in linea di massima sull'opportunità di adottare il criterio di consentire alle amministrazioni ospedaliere interessate la concessione del « tempo pieno » ai medici ospedalieri che ne facessero esplicita richiesta, dissentono, invece, sull'opportunità di adottare il criterio del « tempo definito » per tutti i medici ospedalieri. Infatti, qualora questo criterio venisse adottato si obbligherebbe il medico ospedaliero a stare in ospedale anche quanto non avrebbe niente da fare. Il « tempo definito », invero, potrebbe trovare una valida giustificazione soltanto se in tutti gli ospedali si facesse effettivamente la ricerca scientifica, cosa che non avviene attualmente e che presumibilmente non avverrà nemmeno nel futuro più prossimo.

A parte ciò, non poche perplessità si hanno circa l'interpretazione da dare alla disposizione che dispone che nello stato giuridico del personale medico deve essere previsto il « tempo definito ». Invero, ogni amministrazione ospedaliera sarà libera di adottare il « tempo definito » che vorrà, oppure sarà costretta ad adottare un « tempo definito » che gli verrà imposto dal di fuori? Per il momento si hanno fondati dubbi, per non dire la certezza, che si voglia « imporre » uno stesso « tempo definito » per tutti gli enti ospedalieri. Questi dubbi sono suffragati dalla circolare inviata non molto tempo fa dall'attuale Ministro della sanità ai medici provinciali per l'applicazione del nuovo sistema di retribuzione dei medici ospedalieri. Infatti, questa circolare disponeva anche per un orario di lavoro definito di sei ore al giorno per aiuti ed assistenti e di cinque ore per i primari. Ebbene, i liberali ritengono che, qualora dovesse prevalere in Parlamento il convincimento della necessità di adottare il criterio del « tempo definito », si stabilisce almeno che la determinazione di esso venga lasciata alle singole amministrazioni ospedaliere, affinché la possano mettere in relazione al numero dei posti-letto e all'assistenza medica effettivamente occorrente.

Ma oltre che per l'adozione del criterio del « tempo definito » l'attività professionale dei medici ospedalieri verrebbe ulteriormente ed ingiustamente compromessa qualora si approvasse il « divieto », posto ai medici ospeda-

lieri dal disegno di legge in questione, di esercitare la libera professione nelle case di cura private. Infatti, l'adozione di un divieto del genere, che si potrebbe giustificare solo in quei casi in cui la libera professione si svolge in case di cura private che sono in « concorrenza » con l'ospedale nel quale il medico ospedaliero presta la sua opera, non terrebbe alcun conto del fatto che al giorno d'oggi le discipline mediche hanno bisogno di essere esercitate in « ambienti » e con « apparecchiature » particolari che non possono trovarsi nelle abitazioni private. È vero che il disegno di legge darebbe la possibilità ai medici ospedalieri di esercitare la professione nei locali del proprio ospedale, ma è anche vero che tale possibilità « di fatto » non ci potrà essere in circa il 70 per cento degli ospedali italiani per la loro inidoneità ad esercitare tale funzione.

Né bisogna dimenticare che queste « restrizioni » alla libera attività professionale dei medici ospedalieri si risolvono, in definitiva, in un'azione « punitiva » nei confronti delle case di cura private e su questo i liberali non possono essere d'accordo perché l'iniziativa privata in questo campo finora è stata quasi sola a supplire le pubbliche dimenticanze, per cui oggi il problema non è di distruggerla, ma migliorarla, salvandone l'esperienza e lo impegno.

In conclusione, i liberali, che ritengono la riforma ospedaliera come uno dei problemi più urgenti, considerano il disegno di legge di cui trattasi inidoneo ad attuare tale riforma nel modo più rispondente alle reali esigenze del Paese. Lo ritengono « inidoneo » perché:

1) rappresenta il primo passo verso la realizzazione di una medicina di Stato, prevista dal piano economico quinquennale ma avversata dai liberali che, sulla base della esperienza avvenuta in altri Paesi, la ritengono inidonea ad esplicare nella sua pienezza la funzione che le è propria;

2) accentua, in nome dell'applicazione di criteri di maggiore « democratizzazione », il carattere politico della gestione degli ospedali, dando vita così ad una specie di « sottogoverno » nel campo dell'assistenza ospedaliera. Inoltre, esclude, contro ogni razionalità, da tale gestione i sanitari medici che, invece, debbono ritenersi fra gli artefici dell'efficienza e del prestigio degli ospedali;

3) si introduce un criterio impiegatizio nel rapporto fra medico e ospedale destinato a non dare i frutti migliori ai fini della qualità

dell'assistenza sanitaria e ingiustamente limitativo della libera attività professionale dei medici ospedalieri;

4) si fonda sull'istituzione dell'ordinamento regionale, rendendo complesso e macchinoso l'apparato ospedaliero e altrettanto complicata la programmazione ospedaliera; dà, inoltre, in attesa che le regioni a statuto ordinario vengano poste in essere, troppo ampi poteri al Ministro della sanità il quale, tra l'altro, resta praticamente arbitro della distribuzione dei « mezzi » agli ospedali che ne abbisognano. Invero, non si conoscono i limiti della discrezionalità entro i quali il Ministro concederà i contributi: lo farà in base a quale graduatoria dei bisogni? Entro quale misura? E quale forza determinante potrà avere la co-

lorazione politica dei consigli di amministrazione degli ospedali nel determinare quella graduatoria e quella misura?

In considerazione delle valutazioni critiche di carattere generale e fondamentale sopra esposte i liberali, che sono per una riforma ospedaliera incamminata su terreni di solida praticità e orientata verso un riordinamento del sistema ospedaliero in vigore che dia le più ampie garanzie di « autonomia » amministrativa, non possono essere favorevoli alla riforma ospedaliera prevista nel disegno di legge in questione, nel testo approvato dalla Commissione igiene e sanità.

CAPUA, DE LORENZO, PIERANGELI,  
*Relatori di minoranza.*