

COMMISSIONE IX
LAVORI PUBBLICI

XCV.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 24 GENNAIO 1968

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ALESSANDRINI

INDICE

	PAG.
Congedi:	
PRESIDENTE	1031
Comunicazione del Presidente:	
PRESIDENTE	1031
Disegno di legge (Seguito della discussione e rinvio):	
Concessione di contributi per le opere ospedaliere ed estensione delle norme previste dalla legge 30 maggio 1965, n. 574, alle cliniche universitarie (<i>Approvato dalla VII Commissione permanente del Senato</i>) (4556)	1031
PRESIDENTE	1031, 1036
BUSETTO	1036
RIPAMONTI	1035
SCARPA	1031

La seduta comincia alle 12.

BERAGNOLI, *Segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta precedente.
(È approvato).

Congedi.

PRESIDENTE. Comunico che è in congedo il deputato Barbaccia.

Comunicazione del Presidente.

PRESIDENTE. Comunico che partecipa alla seduta odierna senza voto deliberativo, a norma dell'articolo 40 del regolamento, il deputato Scarpa.

Seguito della discussione del disegno di legge: Concessione di contributi per le opere ospedaliere ed estensione delle norme previste dalla legge 30 maggio 1965, n. 574, alle cliniche universitarie (Approvato dalla VII Commissione permanente del Senato) (4556).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge n. 4556, concernente: « Concessione di contributi per le opere ospedaliere ed estensione delle norme previste dalla legge 30 maggio 1965, n. 574, alle cliniche universitarie » già approvato dalla VII Commissione permanente del Senato.

Nel corso di una precedente seduta il relatore ha già svolto la sua relazione.

Dichiaro pertanto aperta la discussione generale.

SCARPA. Ho pregato i colleghi della mia parte di consentirmi di venire in questa Commissione a partecipare a questo dibattito per il vivo interesse che io e i miei colleghi abbiamo portato a questo argomento e perché riteniamo di dover sottoporre all'attenzione dei colleghi della Commissione lavori pubblici alcune considerazioni che fanno sorgere in noi pesanti riserve su questo disegno di legge.

La scorsa settimana, ho ascoltato la relazione del collega Degan e debbo dire che non si sono sciolte le perplessità che avevo e quindi credo che sia opportuno riparlare.

La caratteristica principale del metodo che il disegno di legge in esame propone è di prorogare la durata e il finanziamento della legge n. 574, cioè di un metodo rivolto a consentire la costruzione di nuovi ospedali mediante la contrazione di mutui da parte di enti locali o enti ospedalieri, mutui i cui interessi dovrebbero essere pagati dallo Stato. Ciò ha, a nostro giudizio un difetto molto grave, che è quello di affidare alla spontaneità l'attuazione del complesso delle costruzioni. L'osservazione principale che emerge è questa: se noi confidiamo che gli enti locali e gli enti ospedalieri richiedano il necessario numero di costruzioni ospedaliere nelle località in cui occorrono e per quelle particolari categorie di ospedali dei quali vi è bisogno, siamo unicamente nelle mani della buona volontà degli enti locali. L'esperienza ha dimostrato che il risultato è diametralmente opposto a quello desiderato. Innanzitutto, a noi sembra che questa legge sia tipicamente antiprogrammatica: dopo aver approvato il programma quinquennale di sviluppo economico e aver parlato in quella sede delle esigenze di sviluppo delle costruzioni ospedaliere, rappresenta pertanto una grave contraddizione approvare di nuovo una norma che per sua natura è essenzialmente antiprogrammatica.

Infatti il testo della legge n. 574 disponeva che due terzi delle costruzioni ospedaliere venissero effettuate nel centro-sud e sottolineava l'esigenza che il 66 per cento dei posti letto dei nuovi ospedali riguardassero ospedali per lunghi degenti e per malati mentali, essendo noto che qualora si provvedesse alla costruzione di questi particolari ospedali dei quali vi è una grave carenza nel nostro paese, un certo numero di posti letto sarebbe reso disponibile per aumentare la disponibilità dei posti letto per acuti. Noi abbiamo avuto notizia dettagliata dei risultati dell'applicazione della legge in questione dall'onorevole Ministro Mariotti in un dibattito svoltosi presso la XIV Commissione su questo argomento.

L'onorevole ministro ha comunicato in quella occasione che la legge n. 574 con il finanziamento statale di sei miliardi di lire, come contributo al pagamento degli interessi dei mutui, avrebbe potuto provocare costruzioni ospedaliere per 134 miliardi e 400 milioni di lire, mentre sono state avviate costruzioni ospedaliere per 35 miliardi di lire; invece di costruire 32 mila posti letto, se ne

sono costruiti 8 mila. Seconda questione: non si costruisce il 66 per cento di posti letto nel meridione d'Italia, bensì se ne è avviata la costruzione del 70 per cento nel nord d'Italia, aggravando così ancora di più il distacco esistente fra le zone settentrionali e meridionali del paese. Terza questione: la maggioranza delle scarse richieste che sono pervenute, ha riguardato posti letto per acuti, non posti letto per lunghi degenti. Nella Commissione XIV, la discussione su questo argomento è stata assai vivace; so benissimo che il parere che è pervenuto da quella Commissione su questo disegno di legge è favorevole, ma non si può non tenere conto del fatto che i colleghi di tutte le parti politiche hanno espresso in quella occasione gravi perplessità di fronte a questo stato di cose.

Non è possibile prorogare la efficacia di una legge che ha già dato una cattiva prova. Inoltre al Ministro della sanità sono state rivolte delle domande molto pressanti intorno alla possibilità della Cassa depositi e prestiti di concedere i mutui di cui si parla in questo disegno di legge ed egli ha risposto, in termini molto chiari, che queste possibilità sono pressoché nulle. Inoltre è stato chiesto all'onorevole Ministro della sanità quali siano gli altri istituti di credito di cui si parla nel disegno di legge ed egli ha risposto di esserne all'oscuro e di avere molti dubbi che questa proroga dell'efficacia della legge per altri due anni possa sortire gli effetti desiderati.

Per l'attuazione della legge n. 574, è stata costituita ad opera dei Ministeri della sanità e dei lavori pubblici una Commissione interministeriale di esperti, la quale sembra essere composta di alcune delle personalità più eminenti che noi abbiamo in questi settori.

Questa Commissione ha predisposto una relazione che ci siamo procurati andando a parlare con alcuni membri di essa. La relazione contiene alcune indicazioni molto preoccupanti. I membri della Commissione, infatti, hanno dichiarato di aver elaborato un programma di costruzioni ospedaliere ed hanno fornito uno specchio delle suddivisioni in ospedali per acuti, per lungodegenti, per mentali ed una suddivisione fra nord e sud, con un complesso di costruzioni, nel biennio, di 32.334 posti letto. Nessuno pretendeva, s'intende, che in quei due anni venissero costruiti gli ospedali, ma si pretendeva almeno che ci fossero i progetti, i finanziamenti, l'avvio delle costruzioni. La Commissione afferma che l'ipotesi di utilizzare le disponibilità di cui alla legge n. 574 secondo la ripartizione percentuale disposta, ha urlato contro una realtà

caratterizzata dal fatto che le richieste di finanziamento non corrispondevano alle percentuali indicate né alla ripartizione nord-sud, né alle ripartizioni tra le varie categorie di ospedali; infatti non esistevano, o quasi, richieste di finanziamento per istituti per lungodegenti convalescenti, e limitate erano quelle per ospedali neuro-psichiatrici e simili. La Commissione dichiara inoltre, che il voler impiegare fin dal primo anno le disponibilità secondo il criterio suddetto, avrebbe impedito l'utilizzazione dei mezzi a disposizione secondo la legge n. 574 e quindi ha dovuto accettare le richieste pervenute, ritenendo perciò, e questa è la nota più interessante della relazione, che la legge n. 574 dovesse avere unicamente un carattere di saldatura.

Si afferma infatti, nella relazione della Commissione stessa: « va quindi rimarcato il carattere di saldatura assunto dal programma biennale per favorire il passaggio dalla fase della spontaneità, basata sulle domande di contributo, alla fase di coordinamento programmato, basato sulla verifica delle esigenze ».

A me pare che questo significa che se noi proseguiamo a mantenere in vita una legislazione la quale confida che gli Enti locali richiedano un sufficiente numero di posti letto da costruire, e lo richiedano in quelle certe regioni che ne hanno bisogno e per quelle categorie di ospedali che sono oggi inesistenti o deficientissime nel nostro paese, il risultato sarà che un programma di costruzioni ospedaliere continuerà a non esistere e quindi non verrà mai attuato.

Nelle restanti parti della relazione che ho citato si dice che soprattutto nell'Italia meridionale, gli enti interessati alle nuove opere o sono da costituire o anche se costituiti sono quelli che fino ad oggi non hanno mai assunte iniziative per mancanza di disponibilità finanziarie. Pertanto per la maggior parte di nuove opere non si dispone neppure di progetti di massima. Praticamente nella relazione si afferma che se si vuole che esista un programma di costruzioni ospedaliere, occorre cambiare sistema, e fare in modo che sia lo Stato a finanziare la costruzione degli ospedali.

Il Ministero dei lavori pubblici ha pubblicato successivamente una relazione, la quale è stralciata in parte da questo documento della Commissione, ma devo dire, con un certo rammarico, che non ho trovato quelle parti cui ho accennato, salvo, e questo è abbastanza interessante, quella medesima frase che ho citato testualmente riguardante il carattere di saldatura della legge n. 574, ciò che, a mio

parere, significa che bisogna passare al finanziamento statale delle opere di edilizia ospedaliera. Non dico che bisogna inserire nel bilancio i finanziamenti per costruire ospedali, ma bisognerà trovare una formula adatta a raggiungere questo scopo: di ciò si è parlato ampiamente quando abbiamo discusso la nuova legge ospedaliera e potrei citare le dichiarazioni dell'onorevole ministro della sanità a questo riguardo. Egli ha convenuto con noi che il sistema dei mutui non permette assolutamente di programmare la costruzione di ospedali perché essa resta affidata alla volontà degli Enti locali o degli enti ospedalieri.

Altra questione di notevole importanza è quella riguardante il sistema che è stato istituito con la legge n. 574, facente gravare la costruzione degli ospedali sui degenti perché, accendendo i mutui per la costruzione di ospedali nuovi, è pur vero che si riceve un contributo dello Stato relativo agli interessi sui mutui, ma bisogna anche rimborsare i mutui, che vengono infatti rimborsati dagli ospedali che vi provvedono aumentando le rette ospedaliere. Vi è infatti, una relazione del Ministero della sanità attestante che nel biennio 1966-67 le rette ospedaliere sono aumentate del 25 per cento; inoltre sussiste una notevole preoccupazione da parte del Ministero stesso in quanto si prevede un ulteriore aumento delle rette fino al 55 per cento nel prossimo biennio.

Il Ministero della sanità afferma che tutto questo dipende dall'aumento delle retribuzioni dei medici, ma i calcoli fatti fanno ascendere al 10 per cento la lievitazione delle rette ospedaliere dovute al ritocco delle retribuzioni dei medici, mentre l'aumento del 15 per cento delle rette stesse è dovuto alla applicazione della legge n. 574. Le cifre di cui parla il Ministero della sanità rappresentano una media delle rette ospedaliere esistenti in Italia e si sostiene che l'aumento medio, verificatosi, del 15 per cento delle rette è da addebitarsi alle nuove costruzioni ospedaliere eseguite in applicazione della legge n. 549 e della legge n. 574. Peraltro, il maggior onere, a questo riguardo, deve ancora arrivare, per cui il Ministero stesso prevede che la lievitazione delle rette ospedaliere raggiungerà il 55 per cento rispetto al livello delle rette stesse nel 1965. D'altro canto, dal momento che nessuno ha mai contestato che il pagamento dei mutui avviene con un solo sistema e cioè quello dell'aumento delle rette — a questo gli ospedali sono stati autorizzati con una circolare ministeriale — è abbastanza evidente che la proroga della efficacia della legge n. 574

porterà come conseguenza che i nuovi ospedali saranno pagati dai degenti. Nella relazione che accompagna il decreto-legge con il quale si sono stanziati 476 miliardi di lire per coprire i debiti degli enti mutualistici si afferma che una parte del *deficit* è dovuta alla lievitazione delle rette ospedaliere per ragioni riguardanti le nuove costruzioni ospedaliere.

Noi domandiamo ai colleghi se è giusto che lo Stato dopo aver constatato che gli enti mutualistici si sono indebitati, paghi i loro debiti e quindi finisca col pagare in parte le nuove costruzioni ospedaliere o se non è, forse, una strada più diretta quella di addossare allo Stato gli oneri relativi alle costruzioni stesse. Voi sapete che il decreto-legge che ho ricordato ha pareggiato i debiti degli enti mutualistici fino al 31 dicembre 1967, il che vuol dire che al 1° gennaio 1968, quei debiti ricominceranno a sussistere e lo Stato finirà col pagarli di nuovo. Invece di procedere con una legislazione frammentaria, è meglio che si proceda in modo molto più diretto, prendendo in esame la possibilità di elaborare un provvedimento che faccia carico allo Stato delle nuove costruzioni ospedaliere, così come è stabilito nella nuova legge ospedaliera. L'osservazione di fondo che noi facciamo è questa: la nuova legge ospedaliera fa un riferimento alla legge n. 574, ma lo fa nelle norme transitorie e, quindi, se questo riferimento è stato collocato nelle norme transitorie, ciò significa che il Parlamento non vuole che quando sarà avvenuta l'approvazione della legge ospedaliera stessa, il sistema posto in essere con la legge n. 574 diventi un sistema permanente.

Quindi, per quale motivo si chiede la proroga della efficacia della legge n. 514 per altri due anni? Ciò significa posporre gli effetti per un numero notevole di anni: questa è una contraddizione profonda con le posizioni che la maggioranza ha espresso nel corso del dibattito sulla legge ospedaliera.

Inoltre, questo disegno di legge prevede che i fondi stanziati siano utilizzati anche per la costruzione o per l'ampliamento di nuove cliniche universitarie o per l'ampliamento di quelli esistenti.

Il nostro stupore è immenso: è stata discussa per lunghissimo tempo la legge sull'edilizia scolastica la quale stanziava 1210 miliardi di lire per la costruzione di tutti i tipi di edifici scolastici fra cui quelli universitari. Ora, in quella legge è stabilita la creazione di alcuni comitati democraticamente formati i quali debbono elaborare programmi di costruzioni universitarie; quindi, per quale ra-

gione, e solamente per le cliniche universitarie, bisogna sottrarsi alla legge sull'edilizia scolastica e consentire la costruzione di cliniche universitarie mediante questo tipo di finanziamento? La XIV Commissione sa che esiste nelle università italiane la tendenza, da parte dei clinici, ad ampliare oltre il dovuto il numero dei posti letto non per permettere agli studenti di arrivare a vedere, durante gli anni di frequenza universitaria, un ammalmato, bensì per poter procedere al rastrellamento degli assegni di cura.

Noi siamo del parere che non si possa assolutamente accettare che un espediente di questo genere venga introdotto per consentire quello che normalmente viene negato in base alla legge nell'edilizia universitaria da voi approvata, cioè alla legge 28 luglio 1967, n. 641. Ci è stato fatto osservare che anche se siamo decisamente contrari a questo disegno di legge nel suo complesso, dobbiamo tener conto del fatto che esistono delle costruzioni ospedaliere che sono o progettate o iniziate sulla base della legge n. 574. Noi non vogliamo interrompere la realizzazione di queste costruzioni, ma domandiamo almeno una cosa e cioè di riservare il finanziamento previsto da questo disegno di legge unicamente al completamento degli ospedali iniziati.

Infatti bisogna che da una certa data in avanti si proceda in base ad un nuovo metodo il quale, o a somiglianza di quanto previsto dalla legge sulla edilizia scolastica o in un altro modo, sul quale potremo discutere ampiamente, preveda l'attuazione di un programma di costruzioni ospedaliere. Quello che mi preme di più di sottoporre alla vostra attenzione data anche che questa Commissione è particolarmente sensibile alle esigenze della programmazione, è che voi non potete sostenere che affidandoci alla buona volontà degli enti locali o degli enti ospedalieri ne scaturisce un programma di costruzione ospedaliere; vi è una relazione che ha dimostrato il contrario. Infatti avviene esattamente l'opposto: cioè il numero di posti letto richiesto riguarda categorie e regioni diverse da quelle in cui dovrebbero sorgere le costruzioni, in base alle esigenze oggettivamente esistenti, e voi non vi potete opporre se il meccanismo che mettete in moto è questo. Pertanto domandiamo almeno due cose. Occorre anzitutto stabilire che questa legge riguarda solo il completamento degli ospedali incompiuti. A questo riguardo vi è una ponderosa relazione del Ministero della sanità che non si riferisce solamente agli ospedali iniziati sulla base della legge n. 549 e della legge n. 574, ma

anche a parecchi altri ospedali che sono rimasti incompiuti ed abbandonati.

Proponiamo di metter mano al completamento di queste costruzioni ospedaliere. Con ciò non vogliamo sbarrare la strada a questo tipo di legge, però vi invitiamo a stabilire insieme con noi che a datare da un certo periodo gli ospedali totalmente nuovi saranno progettati e finanziati con un metodo diverso che garantisca la programmazione della realizzazione di questi ospedali affinché sorgano nelle zone dove occorrono e siano del tipo che occorre. Noi vi domandiamo anche la soppressione dell'articolo 3, perché altrimenti questa Commissione sarebbe in contraddizione con se stessa. Infatti avendo discusso sei mesi fa la legge sulla edilizia scolastica, oggi non si può stabilire una eccezione a quanto previsto dalla legge stessa solamente per le cliniche universitarie: sapete tutti che questa eccezione sarebbe determinata dal fatto che nelle cliniche universitarie si rastrellano ingenti redditi derivanti dagli assegni di cura i quali permettono di costruire nuovi posti letto mediante mutui. Quindi per questa ragione, noi presenteremo due emendamenti con la speranza che ne terrete conto.

RIPAMONTI. Devo dire subito che la prima affermazione dell'onorevole Scarpa relativa all'esigenza del passaggio da un programma basato sulla spontaneità delle iniziative dal basso, a un programma guidato, si pone coerentemente nel quadro della programmazione. La programmazione però sollecita la partecipazione dal basso, si regge su questa e prevede, quindi, un disegno logico di articolazione territoriale che non è ancora stato perfezionato a tutti i livelli di intervento — regionale, comprensoriale e comunale — e una dialettica continua tra i livelli di intervento che porta ad ottenere elementi precisi di conoscenza ed a corrette decisioni. Taluni elementi che ella, onorevole Scarpa ha offerto penso che siano documentabili al cento per cento, e consentano quindi di verificare il quadro finale della programmazione nel settore ospedaliero. Pertanto, quando ella afferma la necessità di passare dalla spontaneità e dalla distribuzione a pioggia dell'intervento in rapporto all'iniziativa dal basso, alla programmazione degli interventi, pone l'esigenza di un quadro logico degli interventi stessi, che mi trova consenziente. Diverso è il problema che pure è stato prospettato sulle connessioni tra la spontaneità e il modo di finanziamento all'opera. L'articolo 1 della legge n. 574 approvata a suo tempo, poneva

anzi tutto un problema di programmazione in quanto stabiliva che il Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità, sentiti i Ministri dell'interno e del tesoro e la Cassa per il mezzogiorno, doveva formare il programma degli interventi.

Mi pare che con questa norma si volesse stabilire che le iniziative dal basso dovessero essere verificate rispetto alle esigenze che si prospettano alla scala nazionale e alle scale territoriali intermedie. Quindi, tutto il discorso sulla eccedenza di posti letto per acuti, sulla mancanza di posti letto per lungodegenti e sulla necessità di aumentare la disponibilità di posti letto degli ospedali psichiatrici, poteva e può essere affrontata nella formazione del programma. Di fronte alla prospettazione globale di esigenze che superavano e superano tuttora senz'altro i 130 miliardi di lire, è possibile definire la scala di priorità delle opere da eseguire e quindi stimolare le iniziative nei settori deficitari. Certamente non è facile passare dal meccanismo precedente, basato sulla spontaneità dell'iniziativa, al meccanismo di guida, rispettando le autonomie locali ed orientandole nella scelta.

La legge n. 574 ha promosso la costruzione di ospedali per 130 miliardi di lire, e risulta dalle statistiche che ne sono stati realizzati o impostati solo per 35 miliardi di lire.

Il ritardo nell'attuazione del programma è conseguente alla metodologia del finanziamento: viene programmata la concessione del contributo senza garantire l'assegnazione del mutuo da parte degli istituti di credito autorizzati: lo Stato, cioè, assegna il contributo, ma non garantisce attraverso il coordinamento degli impieghi degli istituti di credito l'assegnazione del mutuo.

Questa dissociazione tra la programmazione tecnica degli investimenti e la metodologia di concessione del finanziamento a lungo termine comporta dei ritardi notevoli. La misura dell'intervento dello Stato, quale concorso per il pagamento degli interessi, è inferiore alla effettiva quota di ammortamento. Si verifica, infatti, che, se l'ente finanziatore è la Cassa depositi e prestiti, la quota annua di ammortamento è pari al 6,50 per cento; se invece è un altro istituto di credito, la quota annua di ammortamento è dell'8 per cento, per cui diversi sono gli oneri che ne derivano per gli enti locali e per gli enti ospedalieri a secondo dell'istituto mutuante. Ciò fa sì che talune iniziative locali non si verifichino perché non si trova nel bilancio economico dell'ospedale il modo di coprire la differenza tra la quota di ammortamento e il contributo dello Stato.

Il dire che, per l'edilizia ospedaliera, è bene che lo Stato si assuma subito gli oneri di ammortamento dei mutui, anziché farlo in un secondo tempo mediante il pagamento dei debiti degli enti mutualistici, è un discorso che può trovare larghi consensi.

Quando si parla di aumento delle rette ospedaliere, dovuto all'entrata in vigore della legge n. 574, nella misura del 15 per cento, già verificatasi, e si prospetta un aumento del 25 per cento che si verificherà in futuro, ciò significa attribuire una incidenza di tale entità sull'ammontare globale dei ricavi degli ospedali, delle quote di ammortamento delle costruzioni realizzate e che gli ospedali si accollano. Mi permetto di sottolineare che questo dato indicato dall'onorevole Scarpa non è reale. È indispensabile, a mio avviso, che il Ministro della sanità documenti questi fatti. Sul bilancio del Ministero dei lavori pubblici relativo al corrente esercizio finanziario, al capitolo 5434, leggo che l'onere globale a carico dello Stato per i contributi concessi per le opere igienico-sanitarie è di 32 miliardi e 765 milioni di lire: il che comporta un onere largamente inferiore sul bilancio complessivo degli ospedali finanziati dallo Stato, perché in detto importo sono compresi i contributi per le opere degli enti locali e i corrispettivi oneri di ammortamento sono a carico dei comuni. Dissento dall'affermazione che una modalità di investimento di questo tipo possa incidere in quella misura sulle rette ospedaliere: è preferibile che lo Stato si accoli l'onere degli ammortamenti invece di pareggiare i disavanzi degli enti mutualistici, poiché a mio avviso l'incremento delle rette è dovuto per una percentuale assai limitata all'incidenza degli ammortamenti e, per una percentuale altissima alle spese di gestione conseguenti alla specializzazione degli ospedali. Sono del parere che occorre superare il meccanismo di finanziamento collegato alla contribuzione erariale. Il decreto ministeriale di impegno dei fondi stanziati in base alla legge 30 maggio 1965, n. 574, sulla base del programma elaborato a seguito dell'esame delle domande delle varie zone territoriali, reca l'indicazione dello stanziamento per le opere ammesse immediatamente al contributo che, secondo la tecnica tradizionale rappresenta una percentuale limitata rispetto alla spesa globale che i singoli enti si sono assunti. Nello stesso decreto è stabilito lo stanziamento nei successivi esercizi finanziari, in base ad un piano triennale integrativo, per il completamento del programma ammesso al contributo. Ritengo che l'ammontare globale delle som-

me promesse, sulla base delle quali gli enti ospedalieri hanno progettato le opere, non trova copertura completa con gli stanziamenti disposti dal disegno di legge in esame. Il Governo conferma che il programma approvato supera nel suo complesso le previsioni di investimento determinate da questo disegno di legge.

Il criterio dell'onorevole Scarpa di destinare i fondi stanziati con questo disegno di legge al completamento del programma pre-stabilito, mi trova consenziente.

Il problema del finanziamento delle realizzazioni degli istituti ospedalieri dovrà essere affrontato razionalmente nella prossima legislatura: occorre trovare nuovi strumenti per guidare il processo di ristrutturazione del sistema ospedaliero e di finanziamento delle opere, mentre nel frattempo è necessario documentarsi sulla realtà della situazione ospedaliera.

È evidente che gli enti si attendano una risposta adeguata alle promesse fatte. Le indicazioni che scaturiscono dallo stesso programma economico nazionale per quanto attiene al fabbisogno di posti letto ed ai criteri di priorità per la selezione delle iniziative, devono essere sintetizzate e chiarite in un ordine del giorno che potrà essere presentato e posto in votazione al termine della discussione.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

BUSETTO. Propongo di rinviare il seguito della discussione per poter riflettere maggiormente sulla portata del provvedimento e sulla portata degli emendamenti da noi preannunciati.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la richiesta di rinvio formulata dall'onorevole Busetto.

(È approvata).

Il seguito della discussione del disegno di legge è rinviata ad altra seduta.

La seduta termina alle 12,45.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Dott. ANTONIO MACCANICO