

666.

SEDUTA POMERIDIANA DI VENERDÌ 28 APRILE 1967

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE

CINCIARI RODANO MARIA LISA

INDICE

	PAG.		PAG.
Disegno di legge (Presentazione)	33994	ALBONI	33979
Disegno e proposte di legge (Seguito della discussione):		BARBA	33959
Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera (3251);		CAPUA, <i>Relatore di minoranza</i> 33975, 33976 33977, 33978, 33990, 33992	33975, 33976
LONGO ed altri: Norme per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario (444);		CATTANEO PETRINI GIANNINA	33998
DE MARIA e DE PASCALIS: Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali (1483);		FORNALE	33994
ROMANO e NICOLAZZI: Norme generali per l'ordinamento del servizio ospedaliero nazionale (2908)	33959	LATTANZIO, <i>Relatore per la maggioranza</i>	33986
PRESIDENTE	33959	MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i> 33978, 33985 33990	33978, 33985 33990
		ROMANO	33967
		VEDOVATO	33992
		Proposte di legge (Annunzio)	33959
		Interrogazioni e interpellanze (Annunzio)	34001
		Domanda di autorizzazione a procedere in giudizio (Annunzio)	34001
		Ordine del giorno della seduta di domani	34001

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 15,30.

VESPIGNANI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta pomeridiana di ieri.

(*E approvato*).

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. Sono state presentate le seguenti proposte di legge:

BRUSASCA: « Autorizzazione a vendere, a trattativa privata, in favore dell'ente morale " Opere Salesiane Don Bosco ", con sede in Vercelli, una porzione del compendio patrimoniale dello Stato, sito in Alessandria, denominato " ex casermette di Cabanette di Alessandria " » (4035);

CASTELLI ed altri: « Modificazioni all'articolo 3 del regio decreto-legge 16 dicembre 1926, n. 2174 » (4036);

FORNALE ed altri: « Norme aggiuntive della legge 12 novembre 1955, n. 1137, sull'avanzamento degli ufficiali dell'esercito, della marina e dell'aeronautica » (4037);

DI GIANNANTONIO ed altri: « Provvidenze in favore dei mutilati ed invalidi civili » (4038);

IOZZELLI: « Provvedimenti relativi alla diffusione ed al potenziamento del turismo sociale in Italia » (4039).

Saranno stampate e distribuite. Le prime quattro, avendo i proponenti rinunciato allo svolgimento, saranno trasmesse alle Commissioni competenti, con riserva di stabilirne la sede; dell'ultima, che importa onere finanziario, sarà fissata in seguito la data di svolgimento.

Seguito della discussione del disegno di legge: Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera (3251) e delle concorrenti proposte di legge: Longo ed altri (444), De Maria e De Pascalis (1483), Romano e Nicolazzi (2908).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera; e delle concorrenti proposte di legge Longo ed altri; De Maria e De Pascalis; Romano e Nicolazzi.

È iscritto a parlare l'onorevole Barba. Ne ha facoltà.

BARBA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, gli ospedali italiani stanno attraversando un periodo di grave crisi. Anche se la volontà degli amministratori e dei sanitari è riuscita a sanare piaghe che il secondo conflitto mondiale aveva inferito alle nostre istituzioni ospedaliere, anche se, nella rinascita del paese, la ricostruzione di vecchi ospedali e la costruzione di nuovi costituisce un aspetto non trascurabile, occorrono con urgenza provvedimenti radicali per fronteggiare la crisi. E può perfino sembrare un anacronismo che l'organismo ospedaliero, che per secoli è stato in Italia centro di studi e di ardente carità, non abbia trovato fino ad oggi il suo giusto e rinnovato ruolo, in una epoca caratterizzata dall'evoluzione dei problemi sociali e dalla maturazione di piani di sicurezza sociale.

Certamente, una delle ragioni principali della crisi in atto è il mancato passaggio delle strutture ospedaliere a quella che suole definirsi la terza fase della loro evoluzione storica. Sorta come espressione della carità cristiana, illuminata e sorretta dalla fede e ravvivata dalla volontà e dall'esempio di una lunga schiera di santi e di apostoli dell'amore del prossimo, l'organizzazione ospedaliera è passata, per il volgere dei tempi e lo sviluppo delle dottrine, alla fase della beneficenza e della cosiddetta « carità civile ». Attende ora di passare, di diritto, alla fase della sicurezza sociale, dell'assistenza integrale, assumendo un deciso atteggiamento di orientamento e di propulsione.

Le leggi ospedaliere del 1890 e del 1938 sono ormai ampiamente superate nel nostro paese, e non solo per l'evoluzione delle concezioni in materia di opere pie, ma anche per l'incongruenza della pesante bardatura delle tutele, dei controlli, delle competenze. La carenza legislativa minaccia di travolgere l'istituto ospedaliero in un periodo in cui da ogni parte i problemi dell'assistenza sono riproposti alla attenzione del paese, in cui più frequente è il ricorso alla spedalizzazione, in cui un maggior numero dei ceti usufruisce della pubblica assistenza ospedaliera, in cui è migliorata — se non ancora definitivamente superata — la concezione che raffigurava l'ospedale come il luogo in cui si andava molto spesso a morire.

Un'altra causa della crisi sta nella deficienza quantitativa degli ospedali italiani, che

non sono purtroppo sufficienti ai bisogni di assistenza della popolazione. È pur vero che in quest'ultimo dopoguerra molto si è fatto per potenziare quelli già esistenti e per crearne di nuovi; ma, tuttavia, in molte zone del paese e in particolare del Mezzogiorno gli ospedali, e il conseguente numero di posti-letto a disposizione della popolazione, sono ancora notevolmente insufficienti.

Una terza causa della crisi ospedaliera è costituita dal dissesto economico-finanziario degli enti. Il costo della retta tende ogni giorno di più ad accrescersi per l'aumentato livello assistenziale degli ospedali e per le necessità crescenti di personale che — anche se gli emolumenti a questo corrisposti sono molto spesso insufficienti — incidono sulle rette ospedaliere con una base che oscillava (prima della circolare del ministro Mariotti) dal 50 al 60 per cento: tutto ciò ha fatto sì che gli ospedali si trovino oggi, quasi generalmente, in condizioni precarie di bilancio, aggravate da miliardi di crediti non realizzati nei confronti di enti locali, di ministeri, di istituti mutualistici. E va aggiunto che nella determinazione delle rette di degenza non è stato fino ad oggi possibile considerare separatamente i servizi di carattere pubblico che gli ospedali compiono continuamente, giorno e notte, per il bene della comunità, nell'interesse di tutti, e che incidono moltissimo sulle rette di degenza per gli ospedali, mentre non incidono affatto sul bilancio delle case di cura. Basta pensare ai servizi diagnostici, ai servizi ambulatoriali, dispensatoriali e soprattutto ai servizi di pronto soccorso e di emergenza che l'ospedale è obbligato a mantenere per le esigenze della comunità.

Un'altra ragione della crisi degli ospedali è da ricercarsi in carenze tecniche, costruttive e di attrezzatura. Bisogna rinnovare gli ospedali: molti nostri vecchi ospedali, carichi di gloria e di tradizioni, sono ormai inadeguati ai ritrovati e ai dettami della moderna tecnica nosocomiale. È necessario rinnovare gli ospedali non esclusivamente attraverso un mutamento delle loro strutture architettoniche, ma anche in relazione ad una concezione moderna dell'ospedale: superata la fase della politica cosiddetta « dei letti », che considerava soltanto le possibilità ricettive, l'ospedale si avvia a divenire oggi un centro dinamico dell'igiene e della pubblica sanità. Attraverso le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità tale moderna concezione sta assumendo sempre maggiore sostanza e significato anche nel settore urbanistico, per cui l'ospedale non va più confinato in un quartiere di

periferia, nella visione ormai largamente superata della città ospedaliera; lo si vuole invece veder crescere nel cuore di un quartiere — naturalmente protetto da una congrua zona di rispetto e di verde — in modo che sia parte integrante della vita sociale della comunità, gravitante intorno ad esso, sede dei pubblici servizi di sanità, a contatto vivo con la popolazione. Ed anche da questo punto di vista è necessario un aggiornamento delle norme legislative, come già ampiamente è stato fatto in Francia e in altri paesi.

Una quinta causa, punto chiave della crisi ospedaliera, è costituita dai problemi, ancora aperti, del personale medico e di assistenza, tecnico e ausiliario, sia esso laico o religioso; problemi di carattere etico, economico, di stato giuridico, di carriera, di allargamento degli organici.

Un'ultima ragione della crisi risiede nella carenza di una giusta e razionale valorizzazione dei titoli di studio ospedalieri. Le scuole ospedaliere, i corsi di aggiornamento del tipo « post-graduate » hanno bisogno di essere riconosciuti, valorizzati e potenziati affinché i nostri giovani medici possano, nella ricchezza del materiale clinico e statistico offerto dalle corsie degli ospedali, procurarsi titoli necessari per la loro carriera, nel quadro di quel sano principio di collaborazione e di reciproca integrazione che deve esistere fra le facoltà mediche universitarie e gli ospedali.

Alla luce di tali considerazioni una riforma degli ospedali, destinata a qualificare, allargare, ammodernare il servizio ospedaliero in tutto il paese secondo criteri organici e razionali, è necessaria e urgente; e va vista nel quadro di un nuovo organico assetto delle strutture sanitarie del paese, inteso ad assicurare adeguata priorità e sollecita soluzione ai problemi della tutela della salute di tutti i cittadini, come premessa indispensabile dell'ulteriore sviluppo umano e civile delle popolazioni italiane.

La benemerita iniziativa del ministro Mariotti di mettere all'ordine del giorno il problema della riforma ospedaliera, ha incontrato sostanzialmente il consenso della democrazia cristiana. In proposito va ricordato, come giustamente ha fatto il relatore nella sua pregevole e articolata esposizione, che già nel corso della passata legislatura, per iniziativa del ministro Giardina, venne presentato alle Camere un apposito disegno di legge sulla stessa materia. Il testo governativo fu notevolmente arricchito in sede parlamentare da una serie di pregevoli emendamenti che testimoniavano la viva sensibilità dei gruppi po-

litici e in modo particolare della democrazia cristiana rispetto al tema della riforma ospedaliera; alcuni di questi emendamenti contenevano, anzi, soluzioni tuttora valide per problemi che oggi dibattiamo.

Il disegno di legge al nostro esame traccia il quadro di una moderna, efficiente e democratica legislazione ospedaliera secondo le seguenti linee fondamentali: indirizzo unitario in vista di un preminente interesse dei cittadini; disciplina programmata nel rispetto delle competenze costituzionali degli enti locali; autonomia dei singoli enti ospedalieri; dignità della professione del medico.

È necessario infatti creare un centro di direzione della politica sanitaria il più possibile unitario, comprensivo di tutte le competenze, efficiente e che sia dotato di tutti i poteri necessari e utili; questo centro non può che essere il Ministero della sanità. Prevedendo che nel Ministero della sanità siano concentrati i poteri pubblici per le materie igienico-sanitarie, non si negano le competenze regionali né quelle di altri enti distinti dallo Stato. L'unificazione viene infatti prevista, nel disegno di legge al nostro esame, soprattutto attraverso poteri di alta direzione e di sorveglianza. In aderenza al testo costituzionale, il disegno di una nuova organizzazione dei poteri e dei servizi pubblici preposti all'attività igienico-sanitaria, e in particolare all'assistenza ospedaliera, è imperniato sul costituendo ordinamento regionale e su quei principi di efficienza che la dottrina del diritto amministrativo e la scienza della pubblica amministrazione da tempo vanno indicando.

L'organizzazione e la gestione dell'assistenza sanitaria e ospedaliera sono concepite, per altro, nell'ambito della programmazione regionale e nazionale, in modo da assicurare condizioni e strumenti omogenei e coordinati fra le regioni e lo Stato, in vista della realizzazione di un unico ed organico indirizzo fondamentale di politica sanitaria. Gli articoli 117 e 118 della Costituzione riconoscono infatti, anche in materia di assistenza sanitaria, poteri legislativi e amministrativi alle regioni, e la delega da parte di queste di poteri amministrativi alle province, ai comuni e ad altri enti locali.

In siffatta prospettiva, la nuova legislazione sugli ospedali deve avere fin d'ora le caratteristiche di una legge-quadro capace di fissare, in modo essenziale, i principi generali della materia, per lasciare agli atti legislativi e amministrativi delle regioni e ai regolamenti di attuazione il compito di emanare norme particolari.

Si propone, con il provvedimento al nostro esame, il riconoscimento dell'autonomia di ogni ente ospedaliero, inteso come un ente locale a carattere istituzionale, dotato della capacità di dettare delle norme e di predeterminare i propri obiettivi concreti nell'ambito e nel rispetto dei principi e della disciplina giuridica di grado superiore.

L'ospedale pubblico, da istituzione di assistenza e beneficenza con finalità assistenziali, come è disciplinato dalla legislazione vigente, si trasforma, così, in un ente locale istituzionale ospedaliero con finalità sanitarie, conservando la sua autonomia amministrativa e di gestione, da esercitare secondo le linee di sviluppo previste dal piano regionale ospedaliero.

Ecco perché è previsto che l'ente ospedaliero sia retto da un consiglio di amministrazione nel quale devono trovare giustamente prevalente rappresentanza gli enti locali territoriali e, accanto ad essi, i benefattori, così come dispongono gli originari statuti.

Il punto di vista dei medici che prestano servizio nell'ospedale viene fatto presente al consiglio di amministrazione da un organo consultivo: il consiglio sanitario.

In modo unitario e semplificato, poi, si disciplinano i controlli da attribuire al medico provinciale, al consiglio provinciale ospedaliero, provvida innovazione, e alle regioni, limitando il controllo di merito agli atti di fondamentale importanza (statuto, regolamenti organici, bilanci preventivi, conti consuntivi, appalti non di ordinaria amministrazione).

Una valutazione non solo del rapporto statistico tra popolazione e istituti ospedalieri, ma anche degli indici di morbosità e di mortalità, della natura e delle caratteristiche del territorio, della distribuzione della popolazione, della disponibilità e dell'efficienza delle vie di comunicazione ha portato la Commissione igiene e sanità della Camera a condividere e a meglio precisare la distinzione degli ospedali in: ospedali regionali, con caratteristiche prevalenti di alta specializzazione; ospedali provinciali, che sono destinati ad assicurare la presenza, nel territorio di loro competenza, dei fondamentali reparti di normale specializzazione; ospedali zonali, opportunamente dislocati, atti ad assicurare in ogni parte del territorio un tempestivo servizio di medicina interna, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria.

Per gli ospedali regionali e provinciali il riferimento alla dimensione territoriale politico-amministrativa della regione o della provincia non deve essere inteso automaticamen-

te, nel senso che ad ognuna di queste dimensioni corrisponda un ospedale del relativo ordine. La situazione preesistente (policlinici universitari, ospedali di alta specializzazione), l'ampiezza territoriale della regione nonché le caratteristiche del suo territorio potranno consigliare, in sede di programmazione regionale, di prevedere uno o più ospedali regionali in ogni regione. Lo stesso discorso va fatto, ad altro livello, ovviamente, per gli ospedali provinciali.

A me preme sottolineare come gli ospedali zonali richiedano invece una più oculata analisi territoriale, demografica, nosologica, per definire all'interno di ogni provincia l'entità delle zone e dei relativi ospedali, mediando le esigenze della popolazione con le esigenze di ampiezza minima dell'ospedale al fine di renderlo funzionale e non antieconomico.

In modo particolare ritengo che sarà necessario sollecitare, ove possibile, l'istituzione di « ospedali riuniti » nell'ambito provinciale per garantire agli ospedali zonali la disponibilità di medici qualificati nei reparti di loro competenza, altrimenti l'esodo o la carenza eccessiva di medici negli ospedali zonali risulterà inevitabile.

Mi pare poi opportuno sottolineare il criterio di distinzione nella classificazione degli ospedali, che non è più una distinzione per categoria ma è una classificazione per competenza, ciò che consente di fare pieno affidamento su tutti gli ordini di ospedali.

Non deve essere infatti la fiducia che ispirano, ma il tipo di diagnosi che il medico curante ha formulato a far confluire l'ammalato verso l'ospedale zonale o verso quello provinciale o regionale. Sono dell'avviso che se non si riuscirà a diffondere questo criterio di differenziazione tra i tre ordini ospedalieri (che non è più, come dicevo, quello di categoria) la programmazione ospedaliera non conseguirà i suoi scopi.

La legge, inoltre, nella interpretazione armonica degli articoli 32, 117 e 118 della Costituzione, correlati con gli altri principi contenuti nella Carta costituzionale, giustamente prevede la possibilità di ammettere tra gli enti abilitati all'esercizio del servizio pubblico ospedaliero gli ospedali eretti in enti morali ai sensi dell'articolo 12 del codice civile. Si afferma così il principio del libero concorso dei privati al potenziamento e alla gestione della rete ospedaliera. D'altra parte la presenza degli ospedali eretti in enti morali, che sarà di fatto limitata nel servizio pubblico ospedaliero, trova giustificazione nell'opportunità di sollecitare con ogni mezzo la bene-

ficienza privata, come pure di rispettare le concezioni che si possono avere dell'attività curativa, al di là del puro servizio.

Tali ospedali, oltre ad un'attività semplicemente curativa, perseguono già altri scopi che sostanziano il vero servizio pubblico ospedaliero (la raccolta dei malati, il pronto soccorso, la lotta alle malattie sociali, la rieducazione e riabilitazione dei malati) del quale si rendono concessionari. Meritano pertanto, come hanno avuto, una particolare disciplina e la definizione di ente istituzionale privato ospedaliero avente funzione di pubblica utilità. Per effetto di tale disciplina, agli ospedali privati, operanti senza fini di lucro e quindi capaci di espletare un servizio per la collettività, viene giustamente riconosciuto il diritto di esercitare la loro attività fuori del regime di licenza di esercizio e di partecipare su loro richiesta alla programmazione ospedaliera, ottenendo in questo caso, in quanto si sottomettano ai vincoli della programmazione, i benefici accordati agli enti pubblici ospedalieri.

Viene giustamente ribadito, altresì, l'ossequio ai principi dell'articolo 5 della Costituzione e il rispetto del Concordato ove trattasi di istituti e di congregazioni religiose che gestiscono ospedali nell'interesse pubblico. E, in proposito, nessun elemento dimostrativo è alla base delle riserve contenute nella relazione di minoranza di parte liberale.

Il fabbisogno ospedaliero nel prossimo quindicennio è previsto dal programma economico nazionale in 207 mila posti-letto, di cui circa la metà, 102 mila, da istituire nel Mezzogiorno, che presenta le più gravi deficienze in ordine ai vari tipi di ospedali. I singoli piani regionali affronteranno, sulla base delle caratteristiche socio-economiche e geografiche delle diverse regioni, il problema della dislocazione e della distribuzione dei diversi tipi di unità ospedaliera, tenendo conto delle indicazioni generali contenute nella legge quadro sanitaria e di quelle del piano ospedaliero nazionale. A circa 830 miliardi di lire ammonterebbe la spesa nel quinquennio per far fronte al previsto fabbisogno di posti-letto.

Auspico che possa concretarsi la previsione di realizzare nel primo quinquennio circa 80 mila posti-letto, dei quali il 70 per cento nel Mezzogiorno e nelle isole e desidero ricordare che all'attuazione del piano ospedaliero nazionale è stato dato concreto avvio mediante la legge 30 maggio 1965, n. 574, che, per gli esercizi 1965 e 1966, ha stanziato contributi che consentiranno l'esecuzione di opere per

un importo di 130 miliardi, dei quali il 60 per cento riguarda l'Italia meridionale e insulare.

A proposito degli ospedali neuropsichiatrici, per i quali si prevede nel prossimo quindicennio un fabbisogno di 66.900 posti-letto, sottolineo l'indifferibile esigenza che essi, in virtù della tanto auspicata riforma della legge del 1904 (che dovrà consentire il passaggio dalla fase di isolamento dei malati mentali alla fase dell'intervento terapeutico), diventino i perni di un sistema generale capace di assicurare la protezione completa — prevenzione, trattamento e riadattamento — della salute mentale.

Giustamente il disegno di legge contempla anche la funzione delle case di cura private, che verrà mantenuta, nel rispetto del criterio della coesistenza della rete privata con quella pubblica. Le case di cura operano con finalità di lucro e ad esse va lasciata la libertà di adempiere funzioni integrative della rete ospedaliera pubblica; esse restano fuori dal piano. Nella nuova disciplina legislativa viene giustamente contemplata una più rigida regolamentazione, che garantisca, non solo all'atto della costituzione ma nel corso dell'esercizio delle case di cura, una completa tutela della salute pubblica mediante opportuni e seri controlli.

Il problema del finanziamento dell'assistenza ospedaliera è quanto mai attuale e scottante. In questo campo non possono, allo stato, che farsi delle previsioni. Ritengo, in proposito, che gli utenti o chi per loro dovrebbero versare una retta uguale, a parità di trattamento, per tutti i ricoverati, determinata dai consigli di amministrazione, come del resto prevede la legge al nostro esame, in base all'effettivo costo della cura e della degenza e suscettibile di essere aumentata di una certa quota per l'ammortamento delle spese per le attrezzature.

Al finanziamento dell'assistenza ospedaliera è giusto che provvedano, oltre gli utenti, le finanze pubbliche.

Per assicurare alle amministrazioni ospedaliere regolari e sicure entrate, sarebbe opportuno in prospettiva che gli enti pubblici, oberati dalle spese di ospedalità, in virtù di obbligazioni come a titolo di beneficenza, versassero i relativi importi alla regione, la quale a sua volta provvederà a passarli agli enti ospedalieri, che verrebbero così ad avere rapporti finanziari quasi esclusivamente con la regione.

C'è ancora da osservare che, per evitare le vertenze relative al domicilio di soccorso e soprattutto per ottenere un principio di soli-

darietà a favore delle zone più povere, sarebbe necessario sancire che gli oneri dei comuni a titolo di ospedalità gratuita vengano determinati con legge dello Stato in base alla popolazione. I servizi di pubblico interesse espletati dagli ospedali è doveroso siano sostenuti dall'intera collettività mediante la pubblica finanza. A tale fine, ogni anno, Ministero della sanità e regioni dovrebbero destinare una parte delle loro entrate.

Analogo concorso dello Stato e delle regioni vi deve essere per le opere ospedaliere straordinarie, e cioè costruzione di nuovi ospedali, ampliamento, ristrutturazione e ammodernamento di quelli esistenti.

La proposta, ripresentata in questa sede dal gruppo comunista, di un fondo nazionale ospedaliero destinato a concentrare tutti gli stanziamenti ora destinati alle rette di degenza, ai compensi fissi ai sanitari, tutte le spese gravanti sull'assistenza ospedaliera di tutti gli enti pubblici, tutte le somme ora divise tra le varie amministrazioni statali assegnate al mantenimento in efficienza ed allo sviluppo della rete ospedaliera, non è uno spauracchio che metta paura, com'è stato detto, alla democrazia cristiana. Essa non può essere accolta perché prelude ad una vera e propria nazionalizzazione del settore ospedaliero, e si pone in evidente contrasto con le norme costituzionali che attribuiscono la materia sanitaria ed ospedaliera alla competenza delle regioni. Un fondo nazionale ospedaliero può essere invece concepito — come previsto dal disegno di legge al nostro esame — in funzione integratrice dell'autonomia patrimoniale dei singoli ospedali per le spese inerenti alle cosiddette attività sociali degli ospedali e per le attrezzature, ma con esclusione di interventi per quanto riguarda le cure dirette degli ammalati ricoverati.

È previsto giustamente dal disegno di legge che la competenza del Ministero dei lavori pubblici per quello che riguarda l'edilizia ospedaliera, salvo le intese ed i coordinamenti necessari con il Ministero della sanità, venga opportunamente salvaguardata e mantenuta, in analogia a quanto avviene per l'edilizia scolastica.

Il Ministero della pubblica istruzione, o meglio le facoltà medico-universitarie, interferiscono naturalmente nel settore igienico-sanitario, con la direzione ed il controllo innanzitutto degli studi universitari medici e, in secondo luogo, per la parte rilevante che esse hanno nella ricerca scientifica nel settore.

È improponibile la tesi di configurare le università dipendenti da più ministeri per il fatto che questi riconoscono negli istituti su-

periori gli strumenti di formazione del proprio personale. È auspicabile, invece, un più stretto coordinamento del Ministero della pubblica istruzione con il Ministero della sanità, affinché quest'ultimo possa influire con opportune indicazioni nell'ordinamento degli studi al fine di renderli più rispondenti agli effettivi bisogni delle attività igienico-sanitarie pubbliche e private.

Risulta evidente, ad esempio, l'urgenza, per l'attuazione di una moderna ed organica politica sanitaria, di preparare una vasta schiera di igienisti, di specialisti in malattie sociali, adeguando a tale scopo gli insegnamenti universitari. È necessario poi distinguere meglio negli ospedali clinicizzati tra attività didattico-scientifica e servizio ospedaliero, che deve anch'esso svolgersi sotto il controllo e la direzione dell'autorità sanitaria e nell'ambito di un coordinato ordinamento ospedaliero regionale, alla cui determinazione contribuiscano ovviamente anche le facoltà mediche universitarie.

Di qui i riferimenti del testo in esame alle cliniche universitarie, le quali, per quanto riguarda i compiti istituzionali di insegnamento e di ricerca, devono essere disciplinate in sede di riforma della scuola, ma, per quanto riguarda i compiti in effetti esplicati di assistenza sanitaria, vanno anch'esse inquadrare nel piano ospedaliero. In tale quadro mi pare, onorevole relatore e signor ministro, opportuno, per meditata ed obiettiva considerazione delle funzioni che svolgono, del livello del personale impegnato, delle attrezzature di cui sono dotate, dei servizi che rendono, delle caratteristiche di alta specializzazione con cui operano, assegnare agli ospedali clinicizzati o convezionati con l'università una diversa e più idonea collocazione nel contesto del disegno di legge.

Dualismo o collaborazione tra cliniche universitarie e ospedali? Certamente collaborazione: un contrasto sarebbe inspiegabile e controproducente quando la via, il metodo, il successo, l'avvenire della scienza si appalesano sempre più fondati sulla collaborazione e compenetrazione tra le varie discipline e perciò tra i settori che le coltivano e le applicano.

In tale prospettiva va giustamente e consapevolmente raccolta l'aspirazione profondamente sentita dai migliori medici ospedalieri al perfezionamento, alla circolazione della cultura, alla collaborazione scientifica, alla osservazione sistematica, al confronto sperimentale, alla emulazione professionale.

Sarebbe un errore e un danno per tutti, alla fine, non utilizzare la ricchezza delle esperien-

ze, dei dati, delle prove della vita ospedaliera per confronti scientifici, osservazioni sistematiche e per la formazione e l'aggiornamento dei medici. Viene, pertanto, opportunamente contemplato dal disegno di legge al nostro esame un tirocinio pratico negli ospedali per i laureati in medicina e chirurgia non ancora abilitati all'esercizio professionale, per migliorare la loro preparazione. Tale importante innovazione è già prevista nelle legislazioni degli altri paesi aderenti al mercato comune europeo.

Vengono previste, altresì, per alcuni tipi di ospedali, attrezzature idonee a consentire di collaborare alla ricerca scientifica e di contribuire alla preparazione professionale e allo aggiornamento dei medici. D'altra parte, lo stesso capitolo VII del programma di sviluppo economico quinquennale comporta l'impegno esplicito per la promozione della ricerca sanitaria, in special modo per la lotta o la prevenzione di malattie che per la loro diffusione e pericolosità rivestano un elevato interesse sociale, soprattutto mediante lo sviluppo della ricerca pubblica anche a livello degli ospedali, oltre che degli istituti universitari e dell'Istituto superiore di sanità.

La legge di riforma contempla, altresì, il nuovo stato giuridico del personale prevedendo il tempo definito per i medici, ossia una permanenza quasi piena in ospedale con possibilità di esercitare la libera professione ma non in concorrenza con l'ospedale, e un relativo stipendio pensionabile più alcuni compensi proporzionati al lavoro svolto. La situazione, a mio avviso, non consente allo Stato l'affermazione del principio dell'impiego a tempo pieno dei medici ospedalieri, sia per le difficoltà economiche di una loro adeguata retribuzione, sia per assicurare la possibilità di un libero rapporto medico-malato. Si è ravvisata, pertanto, l'opportunità di una disciplina che preveda un tempo determinato di impiego dei medici ospedalieri che li impegni per un numero fisso di ore giornaliere. L'esercizio della libera attività professionale sarà facilitato dagli ospedali consentendo, nel rispetto di precise norme, l'uso di ambulatori, sale operatorie e camere a pagamento per i clienti dei medici ospedalieri.

Il previsto sistema — in ordine al quale non è spenta la polemica — di concorsi nazionali per primari e di concorsi regionali per aiuti ed assistenti può rappresentare certamente — anche con eventuali modifiche migliorative — un valido contributo al superamento di una situazione che ha fatto lamentare non pochi inconvenienti.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

Anche per l'aspetto relativo allo stato giuridico del personale ospedaliero, la riforma è destinata a determinare profonde trasformazioni nell'attuale concezione dell'assistenza nei nosocomi e nei rapporti tra enti e medici e medico e paziente. Nel quadro delle norme generali previste dal disegno di legge, che accoglie il principio della normale contrattazione sindacale come base del trattamento economico e vincola opportunamente lo stato giuridico, in considerazione dell'importanza e della delicatezza del servizio ospedaliero, a quanto previsto per il personale del pubblico impiego, dovrà inserirsi la legge delegata per un'organica e dettagliata disciplina di tutto il personale dipendente dagli enti ospedalieri, sanitario, amministrativo, tecnico ed esecutivo.

Anche in tale sede dovrà essere posto in giusta luce il ruolo del personale ospedaliero e in primo luogo dei medici, i quali assolvono a funzioni e compiti complessi che non possono essere intesi in senso burocratico, ma vanno considerati ed esaltati come espressione di alto valore umano e sociale.

È stato detto dalle opposizioni che nel compromesso con i socialisti, la DC ha ottenuto la contropartita della istituzione dei cappellani ospedalieri cattolici, che entreranno a far parte del personale ospedaliero. Si tratta, in verità, del legittimo riconoscimento di un servizio altamente benemerito di assistenza spirituale, che meritava di trovare esplicita collocazione e configurazione nell'attività dell'ospedale, che raccoglie persone umane in momenti certamente difficili e spesso drammatici della loro vita. È esplicitamente sancito, d'altra parte, il diritto dei degenti che ne facciano richiesta di farsi assistere da un ministro di culto di religione diversa.

Nelle more dell'approvazione della legge da parte dei due rami del Parlamento e dell'adozione da parte dei comitati nazionali e regionali per la programmazione ospedaliera dei provvedimenti di competenza, chiedo al ministro della sanità di voler prendere le opportune iniziative per l'esame e la definizione, con carattere di precedenza, della situazione ospedaliera di alcune zone del Mezzogiorno che richiedono provvedimenti straordinari; per risolvere, nel quadro della pianificazione ospedaliera, il grande problema riguardante gli ospedali incompiuti, previo accertamento della loro effettiva necessità in relazione alle esigenze; per ammodernare e completare i servizi diagnostici, laddove si dimostri necessario, e comunque indispensabile in quegli

ospedali che si presume debbano rientrare nei piani regionali.

L'ente ospedaliero, quale viene configurato dal disegno di legge al nostro esame, non è, come è stato semplicisticamente affermato, una monade senza porte e senza finestre. Esso si pone invece, nel quadro di un nuovo ordinamento che semplifica e riduce le attuali molteplici ed eterogenee strutture e competenze sanitarie, come perno fondamentale del sistema di prevenzione, di cura e di riabilitazione. In effetti, l'ospedale viene concepito come punto nodale di tutta l'organizzazione sanitaria e su di esso, quindi, si riflettono immediatamente le insufficienze e gli squilibri dell'intera situazione attuale. La questione ospedaliera si propone in termini assai complessi di carenze quantitative dovute all'insufficiente disponibilità di posti-letto, di squilibri di livello quantitativo dovuti alla rapidità del progresso tecnologico e all'accrescersi dei bisogni in una situazione di rigidità delle strutture e di crisi istituzionale. Se consideriamo, ad esempio, la carenza di posti-letto, vedremo che il fenomeno non può essere circoscritto all'interno degli ospedali. La mancanza, infatti, di valide attività di medicina preventiva « a monte » dell'ospedale determina un eccessivo e spesso indiscriminato ricorso al ricovero ospedaliero; la insufficienza di servizi per lungo-degenti e convalescenti all'interno dell'ospedale giustifica il cronico congestionamento dei reparti per acuti; l'impossibilità attuale di organizzare « a valle » dell'ospedale forme di assistenza extramurale e la mancanza di attività qualificate e sistematiche di controllo postospedaliero e di riabilitazione non consentono una tempestiva dimissione dei degenti e contribuiscono quindi a determinare una situazione di crisi funzionale. Sono immediati ed espliciti, allora, i riferimenti a tutte le attuali e future forme di intervento sanitario che dovranno ruotare intorno all'ente ospedaliero e alle unità sanitarie locali, previste dal piano come articolazioni di base a carattere di vigilanza igienica e di controllo della salute. Ne conseguono, altresì, l'impegno non solo di costruire nuovi posti-letto (che sembra l'unico aspetto che interessi l'opposizione « missina »), in considerazione delle carenze quantitative e degli squilibri territoriali tuttora notevoli, specialmente nel Mezzogiorno, ma anche di riqualificare l'attività degli ospedali, assicurando loro compiti non meramente curativi ma anche di medicina preventiva, di riabilitazione, di partecipazione alla ricerca scien-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

tifica, di educazione sanitaria e in alcuni casi anche di formazione del personale.

Si è preannunciata, da parte dei comunisti, la presentazione di un ordine del giorno che dovrebbe, a quanto ho capito, rappresentare il vasto contesto in cui deve muoversi, a loro avviso, la riforma ospedaliera. Desidero, in proposito, ricordare che il Governo, con il piano di sviluppo economico quinquennale, ha presentato da tempo il quadro in cui si articola il disegno di legge che detta una nuova disciplina dell'assistenza ospedaliera. Tale piano è già stato approvato da questo ramo del Parlamento.

Ritengo non fondata, altresì, la tesi esposta in questa Camera dalle opposizioni, per cui si sarebbe dovuto dare diverso avvio alla riforma sanitaria del paese. In questi ultimi anni la prestazione ospedaliera è andata assumendo rilevanza sempre maggiore, seguendo così una tendenza riscontrata in quasi tutti i paesi europei, nei quali ha acquistato la caratteristica di elemento essenziale dell'attività sanitaria. Tale fenomeno dimostra, da una parte, nuove esigenze della scienza medica che vede nell'ospedale il migliore presidio dove realizzare la moderna medicina di *équipe* e, dall'altra, una maggiore coscienza sanitaria della popolazione.

Non è stata dimostrata, altresì, la natura dei « solidi terreni », non meglio identificati, su cui, come è detto nella relazione di minoranza di parte liberale, si vorrebbe edificata una riforma degli ospedali.

È dimostrabile invece che, anche sul piano della legislazione comparata, si ritrovano aspetti di fondo che suffragano la bontà dell'impostazione del provvedimento legislativo al nostro esame. Posizione giuridica comune degli ospedali dei paesi del mercato comune europeo è la loro aderenza alle comunità locali che servono; pochissimi sono gli ospedali in mano dello Stato e in genere delle autorità centrali. In tutti gli ordinamenti ampio è il concorso dei privati nell'espletamento del servizio ospedaliero e soprattutto da parte di enti morali, cioè di persone giuridiche private non aventi più fini di lucro.

In rapporto a tale riferimento, va anche visto il dovuto riconoscimento che la riforma legislativa attribuisce alle istituzioni ospedaliere tradizionali, religiose e laiche, « eredi di un nobilissimo costume cristiano e civile » e « indice e fonte di una incomparabile dote della nostra gente: la bontà che la libertà favorisce ed autentica e lo spirito cristiano gentilmente e generosamente vivifica », come ricordava il Pontefice Paolo VI nell'udienza

concessa ai partecipanti alla undicesima settimana medica degli ospedali, il 2 aprile 1966.

Fondamentale è, poi, negli altri paesi, il diritto di tutte le persone di accedere allo ospedale qualora ne abbiano bisogno. Il principio ha trovato esplicita affermazione nella Costituzione, ma non attuazione nelle leggi vigenti: se, infatti, esaminiamo le norme che disciplinano l'accesso della popolazione nei nostri ospedali, possiamo rilevare come solo una parte di essa ha assicurato un diritto a tale accesso. In tale prospettiva va sottolineata l'importanza della norma prevista dall'articolo 2 del testo emendato dalla Commissione igiene e sanità della Camera, in sede referente.

Onorevoli colleghi, la riforma degli ospedali è il primo gradino della più vasta riforma sanitaria, la quale costituisce un impegno preciso delle forze politiche che sostengono il centro-sinistra e ha trovato espressione nel capitolo VII del programma di sviluppo economico quinquennale, sia pure nelle grandi linee direttive.

Si tratta di una legge importante e qualificante che si propone di elevare il livello del servizio ospedaliero, di allargare i compiti degli ospedali oltre che alla cura anche alla prevenzione e alla riabilitazione, alla formazione del personale e alla ricerca scientifica, e di assicurare una razionale distribuzione dei presidi ospedalieri aperti a tutti i cittadini, ovunque risiedano e qualunque sia la loro condizione sociale. La riforma ospedaliera è frutto dell'iniziativa del ministro Mariotti, della volontà delle forze politiche della maggioranza di centro-sinistra (e ritengo, qui, doveroso ricordare la non lieve fatica del relatore per la maggioranza, onorevole Lattanzio, concretatasi in una relazione ampia e documentata, frutto della sua intelligenza e della sua competenza, e la leale collaborazione che ha contraddistinto, e ne sono stato personalmente testimone, la buona volontà dei partiti di maggioranza di migliorare il testo della legge), dei contributi dei sindacati, dei medici, degli enti locali, di qualificati gruppi di studio che da tempo hanno svolto approfondite analisi e prospettato apprezzabili soluzioni. In quest'opera la democrazia cristiana ha dato un apporto determinante e qualificante; coerente con la sua visione pluralistica della società, ha insistito, in particolare, per chiare soluzioni di decentramento democratico di molti poteri statali alle regioni e quindi agli enti locali, esaltando e promuovendo l'autogoverno dei cittadini che sono in definitiva i destinatari del servizio ospedaliero pubbli-

co. La democrazia cristiana ha visto e vede la riforma ospedaliera intesa al bene comune prima che all'interesse dei singoli e dei gruppi. La democrazia cristiana non ha, anche in tema di riforma degli ospedali, interessi conservatori da difendere, ma obiettivi di sviluppo democratico da conseguire nella linea delle norme costituzionali. La nuova legge allarga l'area dell'inserimento e della responsabilità dei cittadini; non statalizza la medicina e i medici; non accentra verso lo Stato ma decentra verso le regioni; rispetta l'articolazione pluralistica e democratica della società italiana. Per le considerazioni che ho svolto la mia parte politica è sostanzialmente favorevole al provvedimento al nostro esame e ad esso personalmente esprimo la mia convinta adesione. Auguro, pertanto, che il disegno di legge venga sollecitamente approvato e contribuisca efficacemente ad elevare, perfezionare e umanizzare l'assistenza sanitaria ospedaliera; ad elevarla nel rispetto della personalità dell'uomo, così spesso minacciata nella sua integrità dal diffondersi di un tecnicismo ipertrofico e materializzatore; a perfezionarla nel dare un senso compiuto all'istituzione ospedaliera, perché sia veramente la « casa ospitale »; a umanizzarla, in un'epoca contrassegnata dal superamento di concezioni e di miti, dallo sconvolgimento di credenze e di opinioni, nella tensione, nella luce e nel calore inesauribili della carità cristiana. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Romano. Ne ha facoltà.

ROMANO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il dibattito in corso alla Camera assume, come è largamente riconosciuto, un valore ed un significato particolari che è opportuno sottolineare.

Una constatazione importante va subito fatta: questa è la prima legge organica di riforma sanitaria, nel settore ospedaliero, che viene presentata all'approvazione del Parlamento della Repubblica italiana. Precedenti iniziative (per altro non certamente di questa ampiezza e validità, anche sotto il profilo costituzionale, né inquadrata in una programmazione generale dello sviluppo economico del paese) furono per la verità adottate sul finire della precedente legislatura, ma non fu possibile completarne l'iter legislativo per la mancata approvazione da parte del Senato, né furono mai sottoposte al giudizio dell'Assemblea.

Da questa constatazione di carattere storico nasce spontanea una domanda. C'è da trar-

re oggi motivo di soddisfazione per essere giunti finalmente, dopo tante alterne vicende, in vista di un traguardo così importante? Oppure di amarezza, perché sono occorsi più di vent'anni per convincere la classe dirigente della urgenza — per molti aspetti ormai drammatica — di affrontare in modo decisivo un problema di fondo di tale interesse, che investe la tutela della salute pubblica e l'avvenire stesso del paese?

Una risposta non può a mio avviso sottrarsi all'obiettiva considerazione che ambedue i giudizi sono in fondo legittimi. Chi potrebbe infatti negare i danni gravi al patrimonio umano, sociale ed economico del paese arrecati da così lunghe incertezze, da così estenuanti rinvii? E chi invece, a meno che non volesse servirsi dell'analisi storica come sterile strumento di speculazione politica, potrebbe oggi negare validità all'impegno del Governo di centro-sinistra che realizza uno dei suoi punti programmatici più qualificanti, che annulla venti anni di immobilismo dei precedenti governi repubblicani, che sottopone finalmente al giudizio del Parlamento un disegno organico di riforma ospedaliera?

Per noi socialisti, per i colleghi della democrazia cristiana, stando a quanto finora è stato dichiarato in questa Assemblea e nel paese, il giudizio positivo sovrasta logicamente e politicamente il rammarico per le cose che potevano essere e che non sono state, per le cose che potevano essere e che non sono ancora.

La verità è una sola, indiscutibile; se ne rende conto ormai tutto il paese: il Governo di centro-sinistra sta realizzando in Italia la prima organica riforma dell'assistenza ospedaliera. È questo un elemento di grande valore politico che va sottolineato con fermezza e con soddisfazione.

Le opposizioni di destra e di sinistra ovviamente si sforzano di ignorare questa realtà, ma i loro tentativi sono maldestri ed impacciati e denotano il disagio in cui sono venuti a trovarsi. Nei due giorni trascorsi da quando si è aperto, qui, il dibattito su questo disegno di legge non abbiamo ascoltato, da destra e da sinistra, alcun argomento veramente valido. Discorsi tortuosi, fughe frequenti verso problemi non strettamente pertinenti, divagazioni costituzionali che non recano alcun contributo nuovo dopo il largo dibattito intervenuto nella sede della competente Commissione parlamentare, accuse al Governo ed ai partiti del centro-sinistra per aver elaborato una legge sulla base di un compromesso ideologico e politico, quasi che

questa non fosse la logica inevitabile di qualsiasi governo di coalizione e che non fosse invece più importante badare alla validità dei termini dell'accordo intervenuto. Sono tutti argomenti privi invero di un valore intrinseco e avulsi dalla realtà, che è quella di dimostrare invece, qui, la volontà politica e la capacità di recare contributi positivi al dibattito in corso. Vorrei anzi affermare che proprio da questo iniziale dibattito e dagli inconsistenti argomenti addotti dalle opposizioni viene ai partiti del centro-sinistra, viene a noi socialisti un ulteriore elemento di chiarezza e di soddisfazione, poiché siamo oggi più che mai convinti di aver imboccato la via giusta e di operare una riforma che rappresenta — piaccia o non piaccia alle opposizioni — l'inizio di un'opera di rinnovamento profondo nel settore sanitario e previdenziale.

Tuttavia, desidero aggiungere subito che, mentre gli attacchi che ci vengono dai liberali e dai fascisti, anche se consistenti in un insignificante balbettio, rientrano nella linea naturale di difesa di forze conservatrici e re-trive contro ogni azione intesa a riformare le fatiscenti strutture di una società fondata sulla speculazione, sulla prevaricazione e sull'ingiustizia, quelli provenienti invece dal settore comunista dimostrano il disorientamento profondo e le contraddizioni che lacerano l'opposizione di estrema sinistra. Non è infatti possibile accettare come logica e naturale la linea assunta dai compagni comunisti, che attraverso argomentazioni soltanto strumentali si oppongono in realtà all'azione di riforma e si affannano a demolire indiscriminatamente tutto quello che si è cercato di costruire in questi ultimi tempi con il contributo tenace e appassionato dei socialisti italiani.

Ciò dimostra ancora una volta che, in contrasto con le loro affermazioni e con i loro continui appelli all'unità delle forze operaie per condurre avanti nel paese una radicale azione riformatrice, i comunisti non riescono a sottrarsi ad un fatale processo di involuzione che li condanna nei fatti, al di là delle delimitazioni della maggioranza, ad un isolamento sempre più profondo nel Parlamento e nel paese. Ciò dimostra ancora una volta quanto sia difficile, nonostante le sbandierate offerte e la proclamata volontà, instaurare un dialogo costruttivo e un civile confronto democratico con il partito comunista, legato ancora e sempre a vecchi schemi di lotta politica, non so se ancora molto produttivi per l'agone elettorale nell'arco degli scontenti e dei superficiali, ma certamente sterili ai fini della

edificazione di uno Stato moderno, di una società progredita e civile.

ALBONI. Nelle prossime elezioni voi vi ridurrete alla metà e noi diventeremo il doppio !

ROMANO. Non faccio il profeta: vedremo.

Di fronte a queste posizioni, sostenute da alcuni interventi che si allontanano nel passato per giustificare gli attentati nel presente ad una delle più auspicate e qualificanti riforme, non sarà inutile ed è anzi necessario rivedere anche da parte nostra, in una sintesi panoramica, il faticoso cammino percorso dalla politica sanitaria del paese; ciò servirà a chiarire meglio responsabilità e meriti di fronte all'opinione pubblica.

Dall'unità d'Italia in poi, per circa un secolo, fino alla costituzione del Ministero della sanità, avvenuta con la legge 13 marzo 1958, n. 296, sarebbe vano ricercare una linea di politica sanitaria correttamente intesa; le funzioni sanitarie dello Stato sono state per decenni svolte tramite un'azione di polizia sanitaria e ispirate ad una concezione caritativa dell'assistenza agli infermi.

L'avvento e l'estensione dell'assistenza sanitaria mutualistica costituiscono una realtà molto vicina ai nostri anni, legata in via fondamentale all'attuazione dell'articolo 38 della Costituzione della Repubblica che assicura ai lavoratori la previdenza e la difesa contro le malattie.

Un'organizzazione sociale in cui il cittadino ripete dallo Stato il diritto alla tutela della salute ed alla difesa dalle malattie (concetti — si badi — sostanzialmente diversi, che pur si integrano scambievolmente) non può a lungo sottrarsi ad un deciso e continuo coordinamento delle iniziative sanitarie. Si afferma così gradualmente, attraverso lotte condotte da tecnici, da uomini politici e da esponenti della cultura, infine fatte proprie dalla classe dirigente, l'esigenza di affermare una linea di politica sanitaria e quindi di istituire un ministero in via preliminare, sopprimendo l'ormai anacronistico Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, che era posto alle dipendenze, quasi come un organismo burocratico secondario, della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Con l'istituzione del Ministero della sanità e delle relative Commissioni parlamentari, la Repubblica ha potuto disporre dello strumento fondamentale per dare l'avvio alla politica sanitaria del paese e all'attuazione delle norme costituzionali per la tutela della salute,

per la difesa dalle malattie e per la realizzazione di un efficiente sistema di sicurezza sociale.

Si è iniziata così una seconda fase della lotta condotta dai tecnici, dagli uomini dei partiti più responsabili e progrediti, caratterizzata dallo sforzo di dare un contenuto effettivo all'azione di questo nuovo Ministero, per metterlo in condizioni di dirigere concretamente la politica sanitaria del paese. Lotte condotte sempre, ieri come oggi, contro gli interessi più retrivi della conservazione, contro i difensori di privilegi e di forti posizioni di potere. Si tratta di un periodo di ben nove anni tempestato di discorsi, di scritti, di convegni, di « tavole rotonde », di seminari, di congressi, di lotte sindacali, di polemiche vivaci nel Parlamento e nel paese.

Basta d'altra parte consultare gli *Atti parlamentari* di questi nove anni per trovarvi la sintesi di queste lotte condotte dentro e fuori del Parlamento da tecnici, da sociologi, da sindacalisti e da una pattuglia di uomini politici, medici e no, i quali hanno avuto intanto il merito fondamentale di plasmare nell'opinione pubblica un'effettiva coscienza sanitaria. Sarebbe anzi meglio parlare, prima ancora che di coscienza sanitaria, di una consapevolezza della realtà derivante dal confronto spesso drammatico tra le inadeguatezze, gli squilibri di efficienza, gli sperperi, il disordine del sistema sanitario in cui siamo immersi, e la esigenza sempre più pressante di provvedere in modo organico alla difesa attiva della salute nel quadro di un nuovo sistema, veramente serio e moderno, efficiente, di sicurezza sociale. Ed è proprio da questa incessante azione informativa — e soprattutto formativa di una consapevolezza responsabile nell'opinione pubblica verso i gravi problemi sanitari ed assistenziali del paese — che è gradualmente insorta quella spinta democratica e popolare avvertita ormai non soltanto e non unicamente dai settori più sensibili ed avanzati della classe politica. Possiamo dire infatti che oggi larga parte dell'opinione pubblica e dell'opinione politica si rende conto dell'assurdità della nostra organizzazione sanitaria, delle condizioni insite in un sistema che avrebbe dovuto assicurare la protezione sociale alla totalità dei cittadini e che invece è esploso in uno stato fallimentare dal punto di vista umano, sociale, tecnico e finanziario. Ci si rende conto della necessità di superare questo caotico e improduttivo sistema, di superare cioè l'attuale organizzazione mutualistica, di superare il sistema delle rette, strumento inadeguato per il finanziamento e per la vita degli ospe-

dali (*Interruzione del deputato Scarpa*), di superare nel quadro dell'unità sanitaria locale i logori strumenti della condotta medica ed ostetrica, riaffermando il concetto espresso già duemila anni fa da Ippocrate, secondo cui è meglio prevenire che curare. Siamo giunti cioè alla constatazione generale di trovarci fra le mani (con una spesa di 1.700 miliardi l'anno per la difesa della salute, sui 6 mila circa — approssimativamente un quinto del reddito nazionale — investiti per la protezione sociale) un sistema arcaico, scarsamente efficiente, fortemente costoso, in piena dissoluzione; che deve essere dunque assolutamente ricostruito, mentre emerge imperiosa la necessità di guardare finalmente a monte del sistema stesso per centrare con nuove articolazioni e nuovi strumenti il problema della medicina preventiva, finora inspiegabilmente trascurato, che è problema di interesse primario, anche sotto il profilo finanziario, per una società evoluta e moderna.

Ma se siamo giunti a questo punto, cioè alla consapevolezza ormai generale della gravità della situazione, ciò si deve proprio a coloro che si sono battuti e si battono da anni per costruire una nuova politica sanitaria nel paese. Ho parlato prima di una pattuglia di uomini politici e l'immagine non sembri esagerata. Possiamo anzi definirla una pattuglia d'assalto, che si trova puntualmente, come in questo dibattito alla Camera, agli appuntamenti con la storia della moderna legislazione sanitaria; una pattuglia che ha operato ed opera instancabilmente nel Parlamento, nel Governo e nel paese per offrire una spinta unitaria alla soluzione dei complessi problemi che interessano la salute pubblica, patrimonio prezioso dello Stato sotto il profilo umano, sociale ed economico.

L'onorevole Lattanzio, al quale desidero rivolgere un sincero plauso ed un fraterno ringraziamento per l'ottimo, completo ed obiettivo lavoro di analisi e di sintesi realizzato con la sua relazione al disegno di legge e alle proposte di legge al nostro esame, e tutti gli altri colleghi della Commissione sanità possono dare atto delle difficoltà, talora dell'asprezza, delle lotte da noi sostenute in questi nove anni.

Fatto singolare, queste lotte non sono state per lo più sostenute nell'ambito della Commissione per diversità di opinioni politiche, pur esistenti ovviamente, bensì — occorre sottolinearlo — dalla gran parte della Commissione stessa, con elevato senso di responsabilità, nei confronti delle resistenze occulte e palesi, spesso addirittura accanite, che a

tutti i livelli si sono manifestate e si manifestano per conservare privilegi antisociali e situazioni stagnanti, superate dalla morale, dalla scienza, dal progresso, dalla logica e dall'esperienza.

Differenziazioni tra di noi possono esistere ed esistono certamente circa gli strumenti da adottare per avviare a soluzione i problemi di fondo dell'organizzazione sanitaria e della sicurezza sociale. D'altra parte siamo in materia di riforma sostanziale della legislazione vigente, e di fronte a complessi problemi che esigono una profonda meditazione ed una esperienza. Ma non esistono ormai sostanziali divergenze circa la individuazione dei malanni che minano alla radice l'efficienza del sistema sanitario del paese.

Deplorabile ed improduttiva, mi si consenta di dirlo a questo punto, appare la posizione negativa assunta dai colleghi comunisti sin dall'inizio di questo dibattito, tanto più che è pur doveroso ed obiettivo rendere loro atto che, di quella pattuglia di pensiero e di azione che si è prefissa l'avvio di una politica sanitaria concreta ed efficiente, essi hanno fatto e fanno parte, pur nella differente loro concezione del tempo e dei metodi da scegliere per raggiungere lo scopo prefisso.

Tuttavia, se si sono attesi nove lunghi anni dalla costituzione del Ministero della sanità per affrontare in sede conclusiva, come auspichiamo, una prima legge di riforma in un settore fondamentale come quello ospedaliero, le responsabilità, come si è detto, non ricadono sui tecnici, sugli esperti e sugli uomini politici che dentro e fuori del Parlamento hanno operato instancabilmente per giungere ad una soluzione di questi angosciosi problemi, ma in gran parte sulle resistenze conservatrici, che hanno addirittura paralizzato la volontà politica dei governi che si sono succeduti alla direzione del paese prima dell'affermazione del centro-sinistra, e che attualmente si manifestano ancora nel Parlamento e nel paese. Si deve anche in buona parte alla crisi dell'attuale società, alla sua incapacità ad affrontare tempestivamente e seriamente i problemi; oltreché alla opacità delle coscienze, alle paure che tormentano gli uomini che temono di perdere posizioni di privilegio, in un mondo in cui l'egoismo ed il desiderio di potere e di guadagno offuscano ogni virtù, compromettono lo spirito di sacrificio, spingono a diventare sordi per non sentire e ciechi per non vedere: per non sentire persino i lamenti di chi soffre, i gemiti o le urla di chi muore, per non guardare negli occhi i derelitti esclusi da un tentativo di ade-

guato soccorso, condannati mentre potevano essere salvati, oppure sepolti vivi nell'allucinante fossa dei serpenti.

Ma questa puntualizzazione sulle cose che potevano già essere e non sono state serve soprattutto ad illustrare il momento attuale alla luce delle trascorse esperienze. Parliamo con molta franchezza. Se 9 anni sono stati necessari perché la situazione di crisi esplodesse pubblicamente e per iniziare in Parlamento il dibattito conclusivo di una prima legge di riforma sanitaria, ciò non significa che siamo giunti al punto che il complesso dei problemi della sanità pubblica e della sicurezza sociale stiano per essere affrontati e risolti in modo organico e veramente funzionale; ciò non significa soprattutto che stiano per cessare le resistenze conservatrici, tuttora forti e tenaci. Lo stesso *iter* di questa legge di riforma ospedaliera, onorevoli colleghi, lo dimostra: un *iter* agitato, costellato di continui rinvii, di numerose riunioni di Commissioni e sottocommissioni tecniche e politiche, di polemiche e di scontri, anche all'interno del Governo.

Il testo del disegno di legge è stato a lungo sottoposto a rielaborazione, né possiamo essere ancora certi di quella che sarà la sua stesura definitiva, anche se siamo indubbiamente a buon punto; e, d'altro canto, vorremmo poter avere la possibilità di migliorarlo. Noi ci avviamo in sostanza sul terreno delle riforme in modo settoriale, senza tenere nemmeno conto, nella sua interezza, di quello che abbiamo discusso ed approvato in questo ramo del Parlamento a proposito del capitolo VII del piano di sviluppo economico quinquennale, che si pone come obiettivo finale della programmazione nel campo sanitario, previdenziale e dell'assistenza sociale l'attuazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale. Questo compiuto sistema di sicurezza sociale, per quanto specificamente riguarda il settore sanitario, dovrebbe realizzarsi infatti con una riforma coordinata, armonica, concernente non soltanto gli ospedali ma l'intero sistema mutualistico e quello della assistenza sanitaria di base, centrato, quest'ultimo, nella individuazione dell'unità sanitaria locale, dei suoi strumenti operativi, dei suoi compiti, del suo raggio di azione. Perché non è valutabile in modo positivo il fatto che si sia costretti a soprassedere ad una organica programmazione e si debbano separare questi due problemi che configurano nel loro complesso il quadro generale dell'assistenza sanitaria del paese: un quadro che dobbiamo prevedere costituito sull'armonica e articolata funzione dell'assistenza medesima nei suoi ben precisi aspetti,

che sono quelli relativi al miglioramento generale dello stato di salute (primo obiettivo), alla prevenzione della malattia, alla cura della malattia e alla successiva riabilitazione.

Il problema di realizzare un compiuto sistema di sicurezza sociale, come si evince dalla Costituzione e come è sancito nel piano quinquennale, non sarà in realtà mai compiutamente affrontato, non dico risolto, se non si inquadrerà e coordinerà di fatto e in breve termine la riforma ospedaliera con quella previdenziale, come riconosce lo stesso relatore per la maggioranza, onorevole Lattanzio, e se non si risolverà — ripeto — il problema delle funzioni attuali e delle prospettive della condotta medica e della condotta ostetrica.

Circa la riforma previdenziale, come è stato ripetutamente affermato per anni dai socialisti e come è previsto dal piano quinquennale, occorre superare gradualmente l'attuale sistema mutualistico policentrico, discriminatorio nei confronti degli assistiti e dell'entità stessa di malattia, disordinato, scarsamente efficiente ed enormemente costoso, unificando dapprima la normativa e poi gli enti medesimi, per giungere infine ad un efficiente servizio sanitario nazionale finanziato in forma fiscale in rapporto ai redditi dei singoli cittadini, centrato sull'ente ospedaliero configurato come ente erogatore di un pubblico servizio e sottoposto alla vigilanza diretta del Ministero della sanità.

Quanto al problema delle condotte mediche ed ostetriche non sfugge ad alcuno l'esigenza, ormai improcrastinabile, di riesaminarlo, in termini di funzionalità, inquadrando il problema sulle linee di rielaborazione di quella unità sanitaria locale di base che è in stretto collegamento con l'ospedale ed anche con la scuola per quanto riguarda i servizi di medicina scolastica e che deve costituire l'elemento più valido ed efficiente per l'attuazione della medicina sociale e della medicina preventiva. Preliminarmente al legittimo auspicio di una riforma sanitaria coordinata in tutti i suoi fattori di fondo e non invece slegata e settoriale, dovremmo ancora una volta ribadire instancabilmente l'esigenza politica, tecnica e logica di riassumere nel Ministero della sanità le molte competenze igienico-sanitarie attualmente distribuite, a causa della voluta incompletezza e delle incertezze della legge ora richiamata del 13 marzo 1958, n. 286, istitutiva del Ministero stesso, tra i dicasteri dell'interno, del lavoro e della previdenza sociale, della marina mercantile, dei trasporti e dell'aviazione civile, della pubblica istruzione, delle partecipazioni statali, di grazia e giu-

stizia, dell'agricoltura e foreste, dei lavori pubblici e della difesa.

Come ho rilevato in altre occasioni, su circa 230 miliardi iscritti nel bilancio dello Stato per spese di assistenza sanitaria, circa 80 miliardi sono attribuiti al Ministero della sanità mentre gli altri 150 sono polverizzati fra gli altri ministeri, per ragioni che certamente nulla hanno a che vedere con la riaffermata volontà governativa di dare una efficiente linea di politica sanitaria al paese. Se poi si considera che in Italia, come ho detto, si spendono ogni anno, secondo l'ultima relazione sulla situazione economica del paese, oltre 1.700 miliardi per l'assistenza sanitaria, balza immediatamente agli occhi l'assurdità di una situazione che vede nelle mani degli enti assicuratori e degli enti pubblici, certamente non controllati dal Ministero della sanità se non per aspetti di generica vigilanza igienica, concentrata, nella misura di circa il 90 per cento, la spesa per l'assistenza sanitaria, mentre, in definitiva, il Ministero della sanità, che dovrebbe dirigere e coordinare il piano di investimenti per la difesa della salute pubblica, controlla a malapena il 4 per cento della spesa complessiva.

Ma questo discorso, che nella logica delle cose deve essere preliminare alla impostazione di qualsiasi linea di politica sanitaria, da molte parti non si vuole ancora ascoltare e recepire.

DI MAURO ADO GUIDO. Quali sono queste parti?

ROMANO. Non è la sua parte.

Le resistenze politiche e burocratiche, che sono addirittura feroci, ispirate da fin troppo chiari egoismi di interessi di potere, hanno infatti finora impedito che si ponesse mano all'opera di riforma generale delle strutture sanitarie del paese, cominciando dalle fondamenta, cioè dalla concentrazione nel Ministero della sanità di tutte le competenze e di tutti gli strumenti indispensabili per elaborare e realizzare una efficiente politica in difesa della salute pubblica. Ormai direi che si tratta di un problema di costume, ancora prima che di volontà politica. Un ulteriore ritardo in questo settore equivale a frustrare tutti gli sforzi del più volenteroso dei ministri, equivale a negare con i fatti ogni serio impegno programmatico nell'azione di riforma e di attuazione di quel compiuto sistema di sicurezza sociale che viene auspicato solennemente dal Governo e che la Camera ha previsto nelle sue linee di fondo approvando il

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

capitolo VII del piano di sviluppo economico quinquennale.

Questa analisi storica del cammino percorso dal paese nel settore della sanità pubblica e della sicurezza sociale, questa cruda ma realistica e leale valutazione di fondamentali aspetti della crisi in atto nel sistema serve a chiarirci bene le idee e a individuare le precise responsabilità che fanno capo alle forze conservatrici, che estendono la loro pressione anche all'ala più moderata della democrazia cristiana, e a quelle forze che per ragioni strumentali affermano di voler operare la riforma del sistema e poi di fatto vi si oppongono. I socialisti non intendono nascondere nulla al paese (ho premesso che il mio discorso sarebbe stato improntato ad assoluta franchezza e mantengo il mio impegno); è in tal modo, infatti, che il paese potrà misurare la vera portata delle difficoltà che abbiamo incontrato e incontreremo, potrà rendersi conto dell'importanza delle cose fatte e dell'entità di quelle che sono da fare, potrà individuare quali sono le resistenze da abbattere e le forze che le sostengono. Dai risultati comunque di questa panoramica retrospettiva, dagli elementi di fatto emersi e valutati opportunamente si deve concludere che la lotta generosa e responsabile di quanti hanno a cuore la difesa della salute pubblica deve continuare con rinnovato vigore. E in questa lotta, che ha altissimi meriti, il partito socialista ha dimostrato al paese di non essere secondo ad alcuno. Siamo costretti, è vero, noi socialisti, ad affrontare i problemi settorialmente, a strappare alla conservazione con le unghie e coi denti ogni millimetro di terreno, a guardarci alle spalle ogni momento per difenderci dai continui colpi che possono provenirci da chi intende arrestare il nostro cammino, a rallentarlo di volta in volta, e per superare man mano gli ostacoli e le insidie che vengono tenacemente frapposti al nostro sforzo di elaborazione e di realizzazione; ma non ci fermiamo né ci scoraggiamo, né intendiamo deflettere dal nostro proposito di dare al paese una struttura sanitaria moderna ed efficiente, perché ciò equivale a dare attuazione alla Costituzione che con l'articolo 32 sancisce solennemente che « la Repubblica tutela la salute » (non cura le malattie) « come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti »; perché sappiamo che in tal modo serviamo, nello spirito più aderente agli ideali del socialismo, gli interessi dei lavoratori, dei meno abbienti, dell'intera collettività nazionale. Il diritto di chi soffre deve essere in modo efficace e qua-

lificante protetto, difeso, perché il cittadino possa essere restituito alla famiglia, alla nazione, allo Stato.

Questo lo affermiamo a grandi lettere dinanzi a tutto il paese. Questa lotta socialista per la riforma delle strutture sanitarie ed assistenziali del nostro paese ha trovato in questa legislatura una espressione decisa e tenace con la presenza di ministri socialisti alla direzione della sanità pubblica. Già nel quadro della politica di centro-sinistra, la presenza socialista ha determinato, per la prima volta nella storia della Repubblica, l'impostazione di una linea politica sanitaria tradotta in impegni programmatici. Questa linea è stata poi ulteriormente approfondita ed elaborata, fino a tracciare un'ampia cornice nel programma quinquennale di sviluppo economico, anch'esso per la prima volta presentato al Parlamento e al paese dal Governo di centro-sinistra e da un ministro socialista e approvato recentemente da questa Camera.

Il contributo offerto dal primo socialista che ha ricoperto la carica di ministro della sanità, compagno Mancini, a questa nuova linea di politica sanitaria, pur nel breve periodo di permanenza al Ministero della sanità, prima di assumere la direzione del dicastero dei lavori pubblici, fu subito qualificante del nuovo modo di affrontare i complessi problemi della sanità; e la decisa azione di lotta condotta con il vaccino Salk, lotta che in pochi mesi doveva ottenere il felice risultato di fare scendere nel paese l'indice di morbilità ad una cifra molto bassa, costituisce il primo grande merito della politica del Governo di centro-sinistra e dei socialisti alla direzione della sanità pubblica. Tutto ciò è ancora più rilevante ove si ricordino le incertezze precedenti, culminate anche in vivacissime polemiche nel Parlamento e nel paese. Un secondo merito di rilevante importanza, perché riguardava problemi la cui soluzione era preliminare per l'avvio della riforma ospedaliera, fu quello di aver determinato l'approvazione della legge 10 maggio 1964, n. 336, concernente la stabilità degli aiuti e degli assistenti ospedalieri fino al 65° anno di età. Con quella legge è stata riportata la serenità nell'ambiente ospedaliero ed oggi moltissimi, forse tutti, si rendono conto della sua necessità e della sua rispondenza alle mutate concezioni della vita ospedaliera e dell'attività professionale.

Un terzo merito va riscontrato nella nomina di una commissione per lo studio della riforma ospedaliera, presieduta dal compianto professor Dogliotti. Quella commissione redasse un documento importante che costituì in

seguito la base per l'elaborazione del disegno di legge governativo.

All'onorevole Mancini, passato ai lavori pubblici, succedeva il compagno Mariotti. E al ministro Mariotti io so di potere esprimere in questa occasione la gratitudine dei socialisti italiani, dei medici ospedalieri e di larghi strati dell'opinione pubblica per l'opera sua infaticabile e appassionata, che ha tradotto in azione gli impegni del partito; per la volontà tenace con la quale si è battuto e si batte per portare avanti la riforma ospedaliera e ogni altro problema che rientri nella competenza del suo Ministero; per l'esempio che ha dato e sta dando al paese dello spirito di resistenza e di sofferenza con il quale si combatte una battaglia politica di questa importanza, destinata a segnare una svolta profonda nell'intera organizzazione sanitaria del paese, un esempio che infonde fiducia e rispetto e che dovrà essere coronato da un legittimo successo.

Non è lecito, né è giusto politicamente che, nel momento in cui questo sforzo immenso, rivolto a strappare un primo rilevante successo alle forze coalizzate degli interessi più retrivi, si va sviluppando, proprio dalla nostra sinistra (chè della destra non ci possiamo occupare né preoccupare) si tenti di operare uno sgambetto politico, che si rivolge a danno della classe lavoratrice e del paese. Nel momento in cui ella, onorevole ministro, si accinge a concludere dinanzi al Parlamento la sua fatica più qualificante, a portare a termine il suo impegno più coraggioso, ai comunisti, alle opposizioni in genere e a quella parte immemore dell'opinione pubblica che ama più la critica qualunque e corrosiva che non la leale e onesta meditazione dei risultati conseguiti e degli sforzi compiuti per avviare a soluzione, in condizioni di mutilazione funzionale del Ministero della sanità, ardui e complessi problemi, molti dei quali attendevano da decenni che vi si ponesse mano coraggiosamente, è dovuto un attestato solenne, anche se di semplice elencazione e breve in questa occasione, dell'opera svolta, della somma rilevante delle iniziative adottate, delle soluzioni affrontate e avviate nei diversi settori della sanità pubblica, dei risultati già conseguiti, della sua opera dinamica a volte brutalmente « scioccante » come era pure necessario in un mondo che avverte solo il peso delle grandi azioni di urto.

Nessun settore è rimasto escluso; ella ha subito critiche per questi suoi atteggiamenti, è stato ritenuto un impulsivo dai critici più benevoli, un agitatore, un massimalista dai nostri avversari, ma poi tutti hanno dovuto

ripiegare dalle posizioni assunte e riconoscere la lealtà e la validità del suo impegno: dalla riforma ospedaliera, che è al nostro esame, alla riforma dell'assistenza psichiatrica, alla nuova impostazione della riforma generale sanitaria del paese tradotta nel piano quinquennale, alla riforma della maternità ed infanzia e a quella dell'Istituto superiore di sanità, alla rivendicazione della necessità di accentrare nel Ministero della sanità tutte le competenze del settore, alla denuncia del dispersivo frazionamento dell'assistenza mutualistica, alla necessità di un superamento del sistema; dal proseguimento energico e tenace della lotta contro la poliomielite, ormai accentrata in oltre il 60 per cento delle province italiane, e contro le altre malattie diffuse, alla impostazione su nuove basi della lotta contro i tumori, con la nomina di una commissione altamente qualificata, dalle iniziative per il riordinamento del settore dei farmaci e delle farmacie a quelle per la lotta contro l'inquinamento atmosferico, dal contributo decisivo per il miglioramento del trattamento economico dei medici ospedalieri e per la sistemazione degli interini in ruolo alla repressione delle frodi alimentari, alla tutela della serietà dei prodotti, allo sviluppo della protezione zootecnica, all'impostazione della necessaria revisione dei servizi della Croce rossa italiana e dell'infortunistica stradale, all'iniziativa legislativa per consentire il trapianto del rene tra viventi, alla vigilanza assidua e tempestiva di un'intera amministrazione centrale e periferica: sono questi i settori di maggiore rilievo ai quali si è applicata la sua opera, senatore Mariotti; l'opera di un ministro socialista in difesa della salute pubblica, non sempre sorretto da una adeguata volontà politica nell'ambito della stessa formazione governativa.

Sono stati molti i risultati positivi? Sono stati pochi? La legislatura ha ancora un anno davanti a sé e solo alla fine potremo fare un reale consuntivo. Ma resta nella storia della sanità pubblica il suo impegno politico, un impegno che qualifica il senatore Mariotti come il primo ministro della sanità della Repubblica che, dopo la breve, positiva impostazione introduttiva del compagno Mancini, abbia saputo dirigere, con adeguata azione, il nuovo Ministero della politica sanitaria del paese.

Queste cose andavano dette oggi, senza riserve, obiettivamente, perché sono vere e perché siamo, nei confronti di tutti, alla resa dei conti. Contro la concezione socialista, progressista e democratica, della sanità pubblica in regime di efficiente sicurezza sociale, si sono

scontrati, si scontrano e si scontreranno nei prossimi mesi e nei prossimi anni, più o meno apertamente, quei gruppi di forze che si oppongono, in questo come in ogni altro campo, al progresso civile e sociale dei lavoratori e dell'intero popolo italiano.

Il partito socialista — come ha dichiarato recentemente il ministro Mariotti — è impegnato fino al collo per l'approvazione della riforma ospedaliera. E qui intanto che verificheremo la volontà politica delle opposizioni, della maggioranza e perfino di taluni gruppi della maggioranza; qui accerteremo, ad esempio, fino a qual punto la sortita del ministro Gui (in difformità agli accordi presi in Consiglio dei ministri e poi in Commissione dalla democrazia cristiana) sia in grado di alterare o sovvertire il contenuto innovatore della legge di riforma, allo scopo di favorire i privilegi che il mondo universitario difende accanitamente e pretende di eternare. Qui accerteremo anche, malgrado gli scontri verbali, fino a che punto possiamo portare avanti attualmente con i colleghi comunisti un costruttivo discorso su una così importante e delicata materia e fino a che punto i colleghi del partito comunista vorranno assumersi la responsabilità di negare il loro contributo in senso assoluto a questo provvedimento di riforma disconoscendone i numerosi aspetti positivi e partendo dal presupposto che, non potendosi ottenere una riforma ancora più avanzata in questo momento politico, valga la pena di condannare ogni sforzo dei socialisti e degli altri partiti del centro-sinistra e far restare le cose come stanno.

Perché è facile criticare, è facile dire che il primo disegno era migliore del secondo e il secondo migliore del terzo. Ma anche ammesso che ciò fosse esatto, a fronte del terzo disegno, che non è un disegno socialista e che può essere comunque migliorato in questo dibattito, vi è il nulla; vi sono le posizioni velleitarie dell'estrema sinistra e il tentativo della destra di conservare l'attuale stato di cose, mentre noi vogliamo decisamente andare avanti. Verso la nazionalizzazione dell'assistenza sanitaria? ci chiedeva ieri l'onorevole Ferioli, e sembrava gli si rizzassero i capelli sul capo. Ma quale condizionamento, onorevole Ferioli, è più pesante per le sorti della medicina e dell'assistenza sanitaria in genere, di quello attualmente esercitato dagli enti mutualistici che hanno ridotto medico e malato ad un volgare numero di posizioni e di corsia, con la aggravante di aver attinto ormai la sicurezza del fallimento totale? Ci si spaventa delle parole ormai; si fa poi un inventario di in-

tenzioni, ma intenzioni valide sono soltanto quelle volte a riconoscere e ad attuare gli strumenti più efficaci per realizzare ad ogni costo un sistema efficiente di sicurezza sociale ed un'assistenza sanitaria veramente umana, tecnicamente qualificata, socialmente ed economicamente produttiva per i singoli e per la collettività.

Non c'è più posto per gli egoismi, per i privilegi, per l'ottusa e reazionaria difesa del peggio; non c'è posto per il rifiuto di responsabilità e per le comode esercitazioni demagogiche.

Onorevole Scarpa, ho molta stima della sua intelligenza e della sua preparazione, così come dell'intelligenza e della preparazione di tutti gli altri colleghi del partito comunista; però mi consenta di dire che il suo intervento in questa discussione è stato veramente modesto, non alla sua altezza, direi; non adeguato, se non per il lungo tempo impiegato, all'importanza del problema e agli stessi suoi sentimenti, che ritengo rivolti più a costruire che a demolire. Evidentemente la ragione di partito l'ha indotto ad un simile atteggiamento; e per condannare gli sforzi del Governo e del ministro socialista ella non ha, in buona sostanza, trovato altro argomento di fondo che quello della pur giusta condanna della speculazione da parte dell'industria farmaceutica. È un argomento interessante, indubbiamente, e ne discuteremo nell'ambito ad esso più consono, cioè nell'ambito della riforma previdenziale e mutualistica. Tenga invece presente, onorevole Scarpa — e qui spero di poter riallacciare con lei e con il suo gruppo un discorso più concreto — che il ministro Mariotti ha affidato, come era suo dovere, al Parlamento questa legge di riforma; e che sarà in sede di esame degli articoli che incontri e scontri qualificheranno le vere intenzioni di tutti i gruppi politici. Ella lamenta che la legge sia inadeguata e riconosce nei motivi ispiratori propri dei socialisti, dei repubblicani, dell'ala più aperta della democrazia cristiana, di larga parte delle rappresentanze mediche e della pubblica opinione, una base valida per una riforma più avanzata. È questo, anzi, l'appello che ha rivolto in Assemblea, alla fine del suo intervento, affinché questi motivi siano interamente ripristinati.

Ebbene, noi le rilanciamo la palla. Attendiamo e invitiamo il gruppo comunista ad un cimento costruttivo e non ad una sterile esercitazione demagogica, che lo colloca fatalmente al di fuori della realtà concreta di qualsiasi riforma.

In ogni caso, onorevoli colleghi, io devo ribadire ancora una volta anche in questa Assemblea che la legge di riforma che stiamo esaminando è una legge ispirata e promossa dai socialisti, democraticamente elaborata dai partiti del centro-sinistra, ma non è una riforma socialista né potrebbe esserlo. Anche qui, come abbiamo affermato per il piano quinquennale, si palesa la forza determinante dei socialisti, ma anche qui si tratta di discernere obiettivamente le luci di una ispirazione originaria dalle ombre emerse nel corso di un lungo dibattito. Le luci sono molte e fondamentali: vedremo quali; le ombre possono in parte essere rimosse, forse già in questa sede, o in un prossimo avvenire, continuando eventualmente e senza incertezze la lotta per consolidare i risultati raggiunti e per conseguirne di nuovi, sulla direttrice democratica di una organizzazione organica ed efficiente, allo scopo di pervenire ad un servizio sanitario nazionale veramente serio.

Non sarà inutile ribadire ancora una volta, ad evitare tendenziose interpretazioni, che i socialisti si prefiggono, qualunque sarà il sistema definitivo, non già di opprimere la professione medica, burocratizzandola, ma viceversa di affermare pienamente il valore e la dignità del rapporto di fiducia medico-malato.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Lo dice lei che esiste questo rapporto medico-malato.

ROMANO. È così, onorevole Capua.

E ciò in un sistema che, liberato dalle attuali macchinosità, provocate da una deforme concezione della mutualità, venga diretto e coordinato dallo Stato, al quale compete per obbligo costituzionale la tutela della salute; un sistema in cui i valori umani e sociali del malato siano posti di gran lunga più in alto di quanto non lo siano attualmente (un problema, dunque, di efficienza e di qualificazione dell'assistenza) e in cui valori etici e tecnici del medico siano tutelati, liberandolo in tal modo dal bisogno economico e dalla oppressione burocratica degli enti mutualistici.

Un problema, quindi, di preparazione professionale, di sicurezza economica, di serenità nel lavoro, di garanzia di carriera, ove occorra, di indipendenza dalle pretese dei burocrati e da quelle, altrettanto deteriori, talora, di certi assistiti.

E veniamo, dunque, dopo aver delineato le responsabilità politiche di ciascuno negli ultimi decenni e dopo aver chiaramente illustrato la posizione dei socialisti, all'esame del

progetto di riforma che è dinanzi alla Camera. Mi sembra che finora nessuno degli oratori intervenuti per le opposizioni si sia chiaramente applicato ad una disamina particolare di questo disegno di legge. Le lodi sono state piuttosto generiche, le critiche addirittura vaghe e superficiali. Io parlerò senza riserve dei numerosi pregi e anche dei difetti che questa legge presenta. Ne ho il diritto e il dovere come socialista, che della lealtà e della chiarezza fa un problema di costume e non intende nascondersi dietro il dito della ipocrisia o della demagogia. Ne ho il diritto e il dovere come presentatore di un progetto di riforma che è in questo momento anch'esso, congiuntamente al disegno di legge, all'esame della Camera. Dichiaro subito che i pregi sono di molto superiori ai difetti, che per altro mi auguro possano, in qualche modo e in qualche sede, essere corretti.

Ecco quali sono gli aspetti positivi della legge, tutti di grande importanza: 1) viene finalmente data una prima attuazione organica sul piano legislativo al dettato degli articoli 32 e 38 della Costituzione. Tramonta per sempre il concetto dell'opera pia con funzioni di assistenza caritativa, quale voluto dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modifiche del 1923 e del 1938. In base alla legge di riforma, l'ospedale svolge un pubblico servizio ed è posto al centro dell'assistenza sanitaria del paese come elemento unico ed insostituibile dell'assistenza pubblica. In tal guisa la politica sanitaria dello Stato afferma i suoi moderni lineamenti, demolendo ufficialmente il principio che per decenni ha assegnato allo Stato il ruolo di gestore della polizia sanitaria e di vigilatore su nosocomi e lazzaretti; 2) viene istituito l'ente ospedaliero, dando così uniforme configurazione giuridica agli ospedali italiani, compresi gli ospedali clinicizzati e quelli gestiti da enti mutualistici, e fatte le maggiori eccezioni per gli ospedali psichiatrici, per le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura attualmente esistenti e per gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico; 3) gli enti ospedalieri saranno finalmente amministrati in modo democratico, con sistema elettivo collegato agli enti locali; 4) gli enti ospedalieri saranno inoltre inseriti pienamente nella realtà regionale, nel rispetto degli articoli 117 e 118 della Costituzione, e saranno altresì disponibili per un valido inquadramento nel contesto delle riforme previdenziali ed assistenziali previste nel capitolo VII del piano economico nazionale, riforme di cui, ripeto, è auspicabile la urgente attuazione. Sono stati

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

questi gli ostacoli fondamentali da affrontare, poiché sarebbe stato auspicabile che fossero stati prima risolti i problemi dell'attuazione delle regioni a statuto ordinario e della citata riforma sanitaria e previdenziale di fondo (come ho già avuto occasione di osservare). Questi ostacoli vengono per altro superati dalla legge, particolarmente attraverso le norme transitorie, e anche se la soluzione va verificata nell'avvenire (il che offre sempre precise facoltà al potere legislativo), essa è attualmente valida in sé e per sé, né si devono porre per questo ulteriori remore all'approvazione della legge di riforma ospedaliera; 5) la politica dell'assistenza ospedaliera sarà programmata sul piano regionale e nazionale, il che renderà possibile il superamento del divario esistente tra nord e sud, l'eliminazione delle spese e dei parallelismi inutili, il coordinamento — nel pubblico interesse — di tutti i mezzi disponibili, in una visione superiore e democraticamente elaborata. La programmazione degli ospedali verrà pertanto a far parte integrante del piano di sviluppo economico generale del paese; 6) gli ospedali saranno riorganizzati e ristrutturati e, pur conservando la loro autonomia — che non significa indipendenza — saranno sottoposti all'unico e diretto controllo del Ministero della sanità, pur nel rispetto delle attribuzioni proprie delle regioni; 7) l'ospedale, che non sarà più un'opera pia né un luogo di assistenza passiva, cioè di semplice difesa della salute compromessa, diventa il centro propulsore di funzioni diverse e altamente qualificate: preventive, curative, riabilitative, profilattiche, didattiche, e scientifiche. Come giustamente afferma il relatore per la maggioranza, l'ospedale viene così a rappresentare un primo importante elemento di coordinamento che, con le riforme che saranno successivamente attuate in campo sanitario, dovrà estendersi alla assistenza generica, specialistica e ambulatoriale; 8) la legge provvede, anche attraverso norme delegate, al trattamento giuridico ed economico del personale, alla introduzione del tempo definito e del tempo pieno per i sanitari, all'istituzione dell'internato per i neolaureati, all'istituzione del consiglio dei sanitari, alla regolamentazione dei concorsi, ai criteri di definizione delle rette di degenza, ad assicurare una politica creditizia in favore degli ospedali ed infine a dettare norme rigorose per l'esercizio delle case di cura private.

È, dunque, sotto i nostri occhi, l'ospedale che si trasforma, che si inserisce nella realtà democratica del paese, che diventa lo strumen-

to fondamentale della sicurezza sociale nel settore sanitario, che diventa il fulcro intorno al quale gireranno le prossime riforme sanitarie del paese. È l'inizio della ricostruzione, è la riforma che precede le riforme, è la base del futuro sistema di medicina preventiva, curativa e riabilitativa.

Se altri pregi non vi fossero, basterebbe questo rivolgimento profondo della concezione dell'ospedale ad attribuire alla riforma un merito altissimo.

A questa riforma, che rivoluziona i lineamenti delle istituzioni ospedaliere, si oppongono il sottobosco, le forze conservatrici, gli interessi di potere politico, economico e anche elettorale che sono ad essi legati. A questa riforma si oppongono i comunisti, e vi è davvero da concludere che essi non sanno ormai quello che vogliono, anche se ammettono che il testo del disegno di legge contiene qualche disposizione apprezzabile.

PASQUALICCHIO. Noi abbiamo presentato una nostra proposta di legge.

ROMANO. La Camera sta discutendo il testo approvato dalla Commissione anche con il vostro contributo. La verità è che questa legge costituisce proprio la premessa, il germe fecondo di un primo ordinamento democratico per la realizzazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale.

SCARPA. Com'è che il partito repubblicano contesta proprio questa affermazione?

ROMANO. Se si dovrà operare uno sforzo comune per migliorare il testo, noi siamo sempre a disposizione.

SCARPA. I repubblicani non sono dei comunisti sovversivi. L'onorevole La Malfa fa parte della maggioranza, eppure nega proprio queste sue affermazioni.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Queste sono le « idee chiare della sinistra ».

ROMANO. Noi abbiamo compiuto una scelta, abbiamo iniziato la riforma sanitaria partendo da quella ospedaliera, cioè dall'asse centrale del sistema.

I comunisti a questo punto, e certo in particolare l'onorevole Scarpa, attenderanno che io dica quali sono, a mio avviso, i difetti ai quali ovviare. Rispondo subito, ribadendo a chiare lettere che le ombre esistenti non sono bastevoli ad offuscare le luci della riforma,

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

che rappresenta un grande balzo in avanti per i lavoratori ed il paese.

Le mie personali opinioni, che non ho certo motivo di tacere, riguardano esclusivamente alcune norme del disegno di legge, sulle quali d'altra parte ho dissentito anche in sede di Commissione. Le esporrò brevemente, nella fiducia che saranno attentamente valutate dal ministro, dai colleghi della maggioranza nonché da quelli dell'opposizione. Aggiungo che nelle loro linee fondamentali esse sono largamente condivise dai medici ospedalieri, dei quali mi onoro di far parte.

1) Voglio intanto fare un semplice cenno a certe eccezioni previste per alcune associazioni ed enti ecclesiastici (che non ritengo giustificate nemmeno dal Concordato), per non offrire il fianco ad una polemica di vieto sapore, ed anche per la limitata rilevanza pratica del problema. Più importante, sotto il profilo della organicità, mi sembra l'esclusione degli ospedali psichiatrici dalla normativa che regola l'ente ospedaliero: il concetto di malattia mentale non deve spingere a valutazioni differenziate rispetto ad altre entità nosologiche; 2) altro punto importante sul quale dissenso è il tipo di articolazione del fondo nazionale ospedaliero che si riduce, nella singolare previsione di 10 miliardi per l'anno 1967, ad un fondo capace soltanto di elargire qualche sussidio agli enti ospedalieri. In tali limiti questo fondo non ha significato, non avendo autofinanziamenti. Ben altro significato avrebbe un fondo ricavato con l'applicazione di strumenti fiscali, che introducesse il principio sancito nel piano quinquennale a questo riguardo e funzionasse in via contingente e fino all'attuazione di un diverso sistema, anche come fondo di anticipazione e rotazione a favore degli enti ospedalieri, gravati in modo insostenibile, come è noto, dall'insolvenza degli enti mutualistici e degli altri enti pubblici che svolgono funzioni di assistenza, talché sono costretti a ricorrere a finanziamenti sui quali insistono pesanti interessi passivi.

CAPUA. *Relatore di minoranza.* Portiamo allora le aliquote al 101 per cento! E poi ci lamentiamo che ci sono gli evasori!

ROMANO. Un'addizionale si può istituire benissimo, onorevole Capua, non se ne scandalizzi. È previsto nella programmazione il sistema di finanziamento fiscale, e dovremo pur cominciare una volta. Se ella non crede alla programmazione, noi ci crediamo. Forse questo è l'arretramento più sensibile subito

dal primo schema Mariotti. Senza un autofinanziamento su base fiscale — anticipazione appunto del tipo di finanziamento capace di attuare un compiuto sistema di sicurezza sociale — viene a mancare il volano fondamentale affinché il Ministero della sanità possa realizzare una efficace politica ospedaliera. E a mio avviso necessario restituire a questo fondo le sue capacità essenziali, se non si vuole correre il rischio che la riforma ospedaliera resti avulsa dalla realtà operativa. Lo ospedale, inteso come servizio pubblico e come fondamentale strumento di attuazione delle norme costituzionali in materia di tutela della salute del cittadino, non può fondarsi sul sistema insufficiente e pericoloso delle rette di degenza. Siamo, è vero, in una fase di transizione in cui è ancora necessario conservare la retta di degenza. Ma lo Stato ha il dovere di gestire direttamente, o attraverso un ente ospedaliero nazionale, la rete assistenziale ospedaliera, e di finanziare direttamente gli ospedali per le loro necessità ordinarie e straordinarie in concorso con la regione. Ecco, dunque, che il fondo nazionale ospedaliero previsto dalla legge deve costituire l'anticipazione e il fulcro di un nuovo sistema finanziario al quale si arriverà fatalmente in un tempo più o meno prossimo; 3) non sono d'accordo sul tipo di internato previsto per i neolaureati, che è difforme anche da ciò che è auspicato e attuato nell'ambito del mercato comune europeo e si risolve in un internato inefficace, volontario, riservato ai neolaureati non ancora abilitati, limitato ad un solo anno di servizio e scarsamente retribuito. Altro è il concetto dell'internato obbligatorio biennale, sufficientemente retribuito, riservato agli abilitati e costituente requisito obbligatorio per l'iscrizione negli elenchi mutualistici. Così veramente si va incontro agli interessi dell'ospedale e soprattutto si favorisce la preparazione professionale. Né ciò può avere interferenze con le attribuzioni del Ministero della pubblica istruzione, poiché garantisce l'immissione nell'esercizio professionale, in un sistema di sicurezza sociale serio ed efficiente, di medici che abbiano seguito un vero tirocinio pratico e non siano imbevuti soltanto delle nozioni teoriche con le quali conseguono la laurea e l'abilitazione, nozioni che ora superficialmente sono ritenute sufficienti per affidare a questi medici la salute e la vita di migliaia di assistiti degli enti mutualistici. Quanto si auspica può contrastare con gli interessi materiali dei neolaureati, ma risponde agli interessi generali del paese; 4) né sono d'accordo con il testo

elaborato, modificato rispetto alla prima impostazione governativa, circa l'istituzione di un doppio concorso — le due prove sono pressoché ignorate nella fissazione dei principi per le norme delegate — per l'ammissione in servizio dei medici ospedalieri. Si tratta di un punto che va attentamente meditato anche sotto il profilo costituzionale e che è respinto da tutti i medici ospedalieri. Sarebbe l'unico caso di un duplice concorso per accedere ad un posto. Inoltre, quando per l'assunzione in sede locale si attribuiscono due quinti del punteggio ad un colloquio ed a prove pratiche non meglio definite, si viene meno al principio della moralizzazione dei concorsi, principio cui tengono indistintamente tutti i sanitari ospedalieri, facendo rientrare dalla finestra le possibilità di *combines* che costituiscono purtroppo la realtà pressoché costante nel campo dei concorsi ospedalieri espletati secondo le norme attualmente in vigore; 5) la delega al Governo in materia ospedaliera, particolarmente per quanto riguarda lo stato giuridico del personale sanitario, è forse troppo ampia, anche se riconosco che scendendo sul piano dei particolari sarebbe stato probabilmente difficile accelerare l'*iter* del disegno di legge non soltanto in aula, ma anche in Commissione.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Il progetto si sarebbe dilatato a 200 articoli!

ROMANO. Anche se, come principio, avrei auspicato una maggior chiarezza della legge su certi punti, riconosco che la priorità con la quale si è pervenuti alla riforma ha suggerito di evitare i mesi di dibattito che sarebbero stati necessari per cercare di precisare alcuni particolari.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. La riforma si può fare anche senza la delega.

ROMANO. No, non si può fare, perché in tal modo verrebbe meno uno dei settori fondamentali sui quali la riforma stessa si articola.

Un altro elemento, infine, da valutare con una certa attenzione, come il ministro ha ribadito in Commissione e come sollecita il relatore per la maggioranza, è quello dell'opportunità di consentire, con determinate garanzie per l'utilità sociale e al di là del tempo definito dei servizi, la libera attività professionale anche ai chirurghi, e ai vari operatori in genere, fuori dell'ospedale; vietarla sarebbe probabilmente contrario alla libertà individuale e professionale, e rappresenterebbe, soprattutto, una discriminazione nei confronti di

tutti gli altri sanitari non operatori, nonché un danno rilevante (e questo non è un elemento che responsabilmente dobbiamo trascurare) per gli assistiti nelle case di cura private, fino a quando almeno, come noi auspichiamo, lo Stato non avrà i mezzi per assorbirle nel sistema ospedaliero.

Sono queste le non molte osservazioni che desideravo sottoporre all'attenzione degli onorevoli colleghi. Non che non vi siano altri punti a mio avviso suscettibili di perfezionamento, ma si tratta di questioni minori, a volte formali soltanto, sulle quali potremo intrattenerci in sede di esame degli articoli.

A conclusione, va sottolineato che con questa legge non si isbituisce ancora un servizio ospedaliero nazionale, come poc'anzi delineato, ma si affermano nuovi e validi principi in materia ospedaliera. È un grande passo in avanti, onorevoli colleghi. È necessario, d'altronde, rendersi conto, checché ne dicano i colleghi comunisti, del fatto che non sarebbe stato possibile in questa fase politica arrivare di un sol balzo ad una riforma radicale e che la legge di riforma proposta, in attesa di una riforma generale sanitaria e della istituzione delle regioni, rappresenta l'attuazione anticipata della programmazione nel quadro della politica di centro-sinistra e non un impedimento, come ancora sostengono i colleghi comunisti, alla realizzazione delle altre riforme.

Sulle zone d'ombra è prevedibile che comunque si svolgerà un dibattito approfondito in sede di esame degli articoli del disegno di legge; un esame che, ripeto, è aperto alle soluzioni migliorative che il Parlamento deciderà. Nessuno oggi può obiettivamente disconoscere, in ogni caso, la sostanziale validità del provvedimento: un provvedimento che per quanto ci riguarda costituisce un impegno di fondo per il partito socialista, un provvedimento che costituisce un impegno non rinunciabile del programma del Governo di centro-sinistra. A questa legge di riforma ospedaliera, pertanto, i socialisti daranno il loro pieno appoggio, pronti ad accettare proposte migliorative che la rendano ancora più avanzata, ma decisi a non transigere nei confronti di eventuali tentativi di alterarla sostanzialmente o di ritardarla nel suo *iter* parlamentare.

Su questa legge, onorevoli colleghi, si avrà la verifica di una politica alla quale il partito socialista ha dato il suo contributo di idee, di azioni e di uomini, consapevole della necessità di impegnare ogni possibile sforzo e sacrificio per servire ancora e sempre la cau-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

sa dei lavoratori e del paese. Una politica che si potrà anche riuscire a mandare in frantumi; ma non si riuscirà ad infrangere la volontà decisa e l'ansia di rinnovamento dei socialisti italiani, siano essi al Governo per dare il loro contributo alle fondamentali riforme della società, siano essi a condurre la loro lotta all'opposizione, nel Parlamento e nel paese. (*Applausi a sinistra — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Alboni. Ne ha facoltà.

ALBONI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, condivido l'impostazione che alcuni colleghi hanno dato ai loro interventi sul disegno di legge e sulle proposte di riforma dell'assetto ospedaliero oggetto del presente dibattito; apprezzo cioè il fatto che in questi interventi si sia compiuto lo sforzo di inquadrare il problema settoriale degli ospedali nell'ambito più generale della realtà sanitaria italiana e dei principi che informano oggi la cultura e la scienza medica. Lo stesso relatore per la maggioranza sente di non poter sfuggire a questa esigenza, per cui, prendendo le mosse dall'articolo 32 della Costituzione repubblicana, che fa obbligo allo Stato di provvedere alla tutela della salute dei cittadini come loro inalienabile diritto, e richiamandosi nello stesso tempo ai profondi mutamenti sociali verificatisi in Italia negli ultimi vent'anni e alla incisiva evoluzione della scienza medica, arriva ad una prima importante e significativa conclusione: quella di riconoscere la grave arretratezza dell'attuale legislazione ospedaliera e l'esigenza che gli ospedali siano servizi pubblici di tutti e aperti a tutti. Apprezzabile è, in questa parte della relazione dell'onorevole Lattanzio, la dichiarazione del progresso compiuto dalla medicina pubblica, dall'elementarietà della polizia sanitaria al dinamismo della medicina preventiva e riabilitativa, e il giudizio secondo il quale la tutela della salute del cittadino deve essere vista non soltanto sotto l'aspetto di un diritto individuale, ma anche sotto quello dell'interesse sociale per la riammissione del cittadino ammalato nel ciclo produttivo, per cui si giustifica il preminente interesse dell'intervento dello Stato nel campo dell'organizzazione sanitaria. E poiché l'ospedale si configura come la sede più idonea per la pratica della medicina preventiva, diagnostica, terapeutica, riabilitativa, e quindi adempie a compiti di moderna tutela della salute come diritto del cittadino, consegue inevitabile il superamento concettuale, afferma l'ono-

revole Lattanzio, dell'ospedale come opera pia e una sua configurazione giuridica e istituzionale più consona alle odierne necessità sociali e sanitarie.

A questo punto la relazione Lattanzio, a mio avviso, avrebbe dovuto entrare nel merito dei concetti espressi e dei problemi indicati nella premessa, sforzandosi di aggiornare molti dati offerti, in questi anni, dalla pubblicistica specializzata e politica e non preoccupandosi affatto di ripetere quello che già ci è noto. E ciò per affrontare l'analisi concreta della condizione sanitaria nazionale, delle sue strutture, delle sue lacune qualitative e quantitative.

A questo impegno di analisi e di ricerca approfondito e aperto, si da essere capace di cogliere l'esperienza e le conclusioni delle diverse correnti del mondo scientifico e sanitario, oltre che del mondo politico, per farne una sintesi positiva, la relazione Lattanzio si sottrae, invece, per scendere, con un brusco salto di qualità, sul piano dell'auspicio.

Certo, onorevole Lattanzio, siamo d'accordo con lei che sarebbe stato auspicabile che la riforma ospedaliera si fosse inserita nel quadro della riforma previdenziale e dell'attuazione dell'ordinamento regionale. Non è da oggi, infatti, che noi ci battiamo per l'attuazione della Costituzione in materia di ordinamento regionale e per la riforma dell'assetto previdenziale italiano. Ma non basta affermare che la soluzione congiunta di tali problemi porterebbe troppo lontano per sottrarsi alla responsabilità di denunciare le gravi colpe del suo partito, dei governi passati e presenti nel sabotaggio sistematico di due questioni diverse e distinte per importanza e conseguenza, ma ambedue necessarie allo sviluppo politico e sociale del paese.

E se è vero che non possiamo sempre aspettare le grandi riforme per affrontare e superare taluni acuti e improcrastinabili problemi settoriali, è altrettanto vero che il modo di affrontare tali problemi non può sfuggire alla logica di una realtà più ampia da correggere e da modificare.

Ebbene, il disegno di legge di riforma ospedaliera ha un contenuto riformistico che valga per il settore specifico che esso considera e che aiuti, nello stesso tempo, il processo di riforma dell'intero assetto sanitario?

A queste domande pertinenti, estremamente concrete, l'onorevole Lattanzio ha dato una risposta non sua, voglio illudermi, ma certo della parte più moderata della democrazia cristiana e dell'attuale Governo di centro-sinistra, in cui quella parte si identifica. Questa

risposta si ricava dall'esaltazione della riaffermata autonomia degli ospedali, del loro pluralismo istituzionale, dell'insostituibile funzione dell'iniziativa privata, che nel disegno di legge del Governo trovano forse nuove definizioni formali, ma in realtà fanno sì che le opere pie vengano considerate superate soltanto sul piano concettuale, quindi senza danno alcuno, e che le strutture private ricevano incentivazione e valorizzazione. Questa linea, che è in fondo la linea ideologica della parte più conservatrice della democrazia cristiana e degli ambienti del mondo sanitario più tenacemente aggrappati alle loro secolari posizioni di predominio e di privilegio, riceve oltre tutto, nel disegno di legge del Governo, una coloritura particolare in una sorta di esaltazione religiosa istituzionalizzata; di fronte ad essa, che significato concreto può avere il ribadito concetto del superamento dell'ospedale come ente legato all'assistenza e alla beneficenza e dell'affermarsi, invece, dell'ospedale come ente delegato a pubblico servizio, dell'ospedale dove non si fa dell'assistenza generica a favore delle categorie deboli, ma si svolge una prestazione sanitaria per la tutela della salute del cittadino? Che significato dobbiamo dare a tutto questo fluire di parole, se non quello di un tentativo di coprire la reale vacuità del provvedimento al nostro esame, che in sostanza si limita a registrare e a legalizzare la situazione strutturale, giuridica e amministrativa che si è andata stratificando in questi anni negli ospedali italiani, senza portarvi nessuna delle sostanziali modifiche che potrebbero fare di questa legge il primo decisivo passo verso la riforma dell'intero assetto sanitario nazionale?

Non è senza motivo che il relatore per la maggioranza svolge le sue considerazioni con un atteggiamento direi intellettualistico; che pure, come abbiamo detto, esprime anche posizioni accettabili sul piano culturale e politico, ma appare distaccato dalla realtà nella quale sono andate maturando le condizioni per un discorso nuovo sulle strutture sanitarie del nostro paese, per l'assunzione, da parte dello Stato, di nuove e più impegnative responsabilità in ordine alla necessità di una loro profonda trasformazione.

Ora, se noi ignoriamo il travaglio e la crisi di questi anni, se consideriamo in modo scettico le agitazioni e le lotte di tutte le categorie sanitarie, le difficoltà e le sofferenze dei cittadini bisognosi di un'assistenza qualificata e tempestiva, se discutiamo di autonomia degli ospedali senza mettere il dito nella piaga profonda della crisi che essi attraversano, è

possibile affermare che la soluzione proposta dal Governo è la migliore e la più avanzata possibile; ed è chiaro che il discorso può anche essere impostato come se il problema degli ospedali fosse un problema a sé, che nulla ha da spartire con altri, che non ha alcuna ragione di essere inquadrato nell'ambito del generale impegno programmatico del Governo nel campo sanitario.

Ma è giusto che anche noi ci poniamo in una campana di vetro, come ha fatto l'onorevole Lattanzio? Penso di no. Dalla necessità di rimanere ancorati alla dura realtà della situazione sanitaria così come è oggi, ai suoi aspri contrasti, alle sue profonde contraddizioni, alle sue insufficienze, sorge per noi pressante la preoccupazione di non perdere di vista il problema di fondo della riforma dell'assetto sanitario nazionale, della realizzazione cioè del servizio sanitario nazionale, entro il quale i suoi molteplici aspetti settoriali troveranno la loro giusta armonizzazione.

La nostra preoccupazione comporta che il discorso si allarghi, non certo a dismisura, ma in modo sufficiente per considerare il problema della riforma ospedaliera alla luce di tutte le connessioni esterne e le implicazioni interne, così da poter stabilire se sia giusto affrontare la questione settoriale degli ospedali prima di quella più generale della riforma sanitaria e se, e in quale misura, l'attuale proposta del Governo sia capace di promuovere e facilitare il processo di riforma dell'intero sistema.

In altre parole, riteniamo che non si possa disconoscere la stretta interdipendenza che sussiste tra la riforma degli ospedali e l'impegno del piano quinquennale di sviluppo economico, recentemente approvato dalla Camera, per la creazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale, di cui il servizio sanitario nazionale dovrà costituire una delle componenti di fondo.

In alcuni ambienti del mondo culturale sanitario, oltre che in determinati settori politici, si considera il dibattito sul problema ospedaliero come un falso scopo, un ripiegamento di tipo opportunistico rispetto all'impegno della riforma sanitaria generale; un modo come un altro per giustificare un allungamento indefinito dei tempi di attuazione del servizio sanitario nazionale.

In effetti, il potere borghese si è sempre servito delle mezze misure per evitare o rinviare fastidiose riforme. Anche in questa circostanza, non ci dovrebbe essere alcun motivo di dubitare che esso si comporti in tal modo. Ma noi non vogliamo commettere l'errore di

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

trasposizioni meccaniche delle situazioni. Il Governo attuale di centro-sinistra è certamente un governo borghese, perché esprime le tendenze in atto e gli interessi preminenti della ricca borghesia italiana. Questa caratteristica viene comunque a stabilirsi al termine di un travaglio interno che dimostra come non tutte le forze politiche della coalizione siano sempre unanimi e attestate su una linea tranquillamente accettata e sostenuta. Anzi, è doveroso ammettere che esistono gruppi non disposti a cedere facilmente alle pressioni che su di essi vengono esercitate all'interno del Governo e dei partiti ai quali appartengono, soprattutto su talune questioni sulle quali la opinione pubblica è particolarmente sensibilizzata. Ad esempio — e quanto dico non inficia per niente il giudizio finale che noi daremo sul disegno di legge — non possiamo non riconoscere la funzione di rottura delle posizioni conservatrici, sui problemi della sanità, svolta nell'ambito del Governo dal ministro Mariotti, e lo sforzo lodevole che egli ha compiuto, ponendosi anche in urto violento con gli ambienti più retrivi del mondo politico e sanitario, per far uscire la condizione sanitaria dalle secche della crisi che la opprime e per iniziare un serio discorso di riforma.

Se, ad un certo momento, il ministro Mariotti ha scelto la via della riforma ospedaliera come punto di partenza per un discorso più generale, il motivo è da ricondursi certamente alla condizione di crisi acuta o addirittura di decomposizione degli ospedali italiani, per cui non era pensabile di rinviare nel tempo la soluzione. In secondo luogo, una buona riforma ospedaliera poteva e può ancora essere il cavallo di Troia nel munito campo degli interessi politici della democrazia cristiana, e di quelli non politici, ma altrettanto accaniti, di ristretti gruppi privilegiati dell'ambiente sanitario, abituati da sempre a fare il bello e il cattivo tempo.

Il ministro Mariotti, del resto, non ha fatto mai mistero di questi suoi propositi; in tutti i suoi discorsi egli ha sempre sostenuto che l'obiettivo finale della sua azione politica era quello della riforma generale dell'organizzazione sanitaria, e che la riforma ospedaliera da lui proposta doveva, per il suo contenuto, corrispondere a quegli obiettivi di fondo.

In verità, la posizione del ministro Mariotti è stata sollecitata e sostenuta dalle obiettive condizioni di crisi della situazione sanitaria del paese e dalla lotta tenace e prolungata delle categorie sanitarie interessate, oltre che dai pronunciamenti delle grandi orga-

nizzazioni sindacali; ma ciò non toglie nulla al fatto che il ministro Mariotti, in questa fase della lotta politica, abbia saputo essere l'onesto interprete di queste istanze. E dobbiamo riconfermare che lo schema di disegno di legge di riforma degli ospedali che porta il suo nome, pur con le sue lacune, talune molto gravi, rappresentava uno strumento di riforma degli ospedali notevolmente avanzato, che si poneva in posizioni di attacco nei confronti del sistema mutualistico e preparava l'avvento del servizio sanitario nazionale. Ecco perché noi, contrariamente a quello che hanno pensato e forse pensano altri, non abbiamo identificato e non identifichiamo una contrapposizione tra riforma ospedaliera e riforma sanitaria: alla condizione, però, che la prima abbia e mantenga il suo carattere di cuneo del sistema.

Questo carattere e questa funzione, nello schema di disegno di legge Mariotti, si desumevano per un verso dalla natura pubblica dell'ospedale e dal suo condizionamento territoriale, dall'altro dalla sua moderna collocazione rispetto alle attività polispecialistiche esterne che assumeva in gestione, ed infine dalla traduzione concreta in un articolo di legge del principio che, essendo l'ospedale non più un'azienda, ma un servizio, i relativi oneri dovessero far capo allo Stato mediante la costituzione di un fondo nazionale da alimentare con prelievo fiscale e, transitoriamente, con tutte le rette da qualsiasi ente pubblico pagate, con le rendite e le alienazioni di patrimoni immobiliari degli ospedali, eccetera.

Onorevoli colleghi, nonostante i fortissimi contrasti e l'accanita opposizione di interessi politici, economici e corporativi, l'idea del superamento del sistema mutualistico come condizione per la riforma dell'assetto sanitario nazionale si fa sempre più strada, in quanto si riconosce che la prevalente struttura mutualistica dell'organizzazione sanitaria del paese è all'origine delle dispersioni, delle difformità, delle polverizzazioni, dell'inefficienza denunciate nel capitolo VII del piano quinquennale di sviluppo economico e dalla crisi del settore ospedaliero.

Il sistema mutualistico deve essere superato perché è causa dell'aumento impressionante della spesa sanitaria *pro capite*, che vede il nostro paese sopravanzare nazioni europee economicamente più forti; perché esso è causa dei paurosi *deficit* di bilancio degli stessi enti mutualistici, oltre che degli ospedali che ne sono divenuti creditori per centinaia di miliardi; perché esso, poggiando sul concetto di rischio di malattia e quindi di intervento ri-

paratore a danno verificato, compie di fatto una separazione dei tre momenti della medicina moderna (la prevenzione, la diagnosi e cura, il recupero) che lo stesso relatore per la maggioranza considera indispensabile ricondurre ad unità funzionale ed organizzativa, se si vuole essere in linea con gli orientamenti della medicina moderna e con il tipo di strutture sanitarie attuate nei paesi più avanzati proprio alla luce di tali nuovi orientamenti.

Noi ci rendiamo conto, onorevoli colleghi, che le posizioni non sono univoche su tale fondamentale questione. Purtroppo, come ho avuto già occasione di dire in Commissione, lo stesso piano quinquennale di sviluppo economico, facendo un salto di qualità all'indietro rispetto alla primitiva formulazione Giolitti, non prevede lo scioglimento delle mutue, ma la loro unificazione. Del resto, questa è la direttrice dettata interessatamente dai gruppi dirigenti dei più grandi enti mutualistici, e il Governo l'ha fatta propria, sanzionando una linea di apparente ammodernamento e razionalizzazione della situazione sanitaria, che maschera in realtà sostanziali propositi di conservazione.

Ma le posizioni su tale questione non sono scontate. Non sono scontate nel merito, poiché il ministro Mariotti, almeno su un piano di principio, mantiene una posizione tesa al superamento del sistema mutualistico, come condizione necessaria alla creazione di un servizio nazionale. Non sono scontate nell'ambiente della stragrande maggioranza dei medici ospedalieri generici, per i quali la prospettiva di una professione più qualificata e dignitosa viene resa difficile, per non dire impossibile, dalla organizzazione mutualistica esistente. Non sono scontate tra i lavoratori, le cui rappresentanze sindacali non hanno più dubbi sulla necessità di una diversa organizzazione delle strutture sanitarie in Italia.

Certo, noi sappiamo bene che il ministro Bosco, quando va ad inaugurare determinati presidi dell'INAM o di altri enti similari, dice nei suoi discorsi esattamente il contrario di quanto afferma il ministro Mariotti. Ma sappiamo anche che la posizione del ministro Bosco e quella del ministro Mariotti partono da due esigenze diverse. La prima (quella del ministro Bosco) corrisponde alla necessità di mantenere sotto il controllo della democrazia cristiana importanti centri di potere — quali sono gli enti mutualistici — per condizionare attraverso di essi la spinta riformatrice che si è manifestata nelle categorie mediche e in vasti strati dell'opinione pubblica. La seconda (quella del ministro Mariotti) si muove nel

senso giusto, ma — come ho già avuto occasione di dire — ha il grave difetto di perdersi per strada e di trasformarsi, in sostanza, in un accordo al vertice, in un compromesso deteriore.

Il ministro socialista è infatti stretto, da una parte, dalla sua visione politica e culturale di adesione alle spinte rinnovatrici che vengono dai settori più democratici delle categorie mediche, tecniche e scientifiche, oltre che dai sindacati, adesione che si esprime in prese di posizione pubbliche di indubbio e facile effetto; e, dall'altra parte, dalla sua impossibilità di respingere nell'ambito del Governo e della maggioranza le posizioni che contraddicono le sue convinzioni, al di là degli aspetti personali, che possono anche non interessarci. Tale suo atteggiamento rivela le contraddizioni del piano di sviluppo economico e della linea di politica sanitaria che è propria del Governo e della sua maggioranza.

Ora, è indubbio che, se la riorganizzazione degli enti mutualistici, prevista dal capitolo VII del piano quinquennale e sostenuta dal ministro Bosco, può dare l'impressione di rappresentare un elemento di semplificazione e di ordine rispetto alla caotica coesistenza odierna di innumerevoli enti e alla diversificazione inverosimile delle prestazioni, in effetti essa non risolve i guai delle dispersioni, degli sprechi, dei ritardi, dei doppioni; ma li può aggravare, anzi, con la mostruosità di una struttura verticale destinata a sovrapporsi incongruamente alla struttura orizzontale della pianificazione economica ed urbanistica e ai poteri della regione.

Come ho avuto occasione di affermare in Commissione, noi siamo per l'unificazione in un solo ente erogatore delle prestazioni economiche. Siamo invece decisamente contro la linea del Governo di accentramento burocratico delle strutture sanitarie e mutualistiche, per la profonda convinzione che soltanto un servizio sanitario articolato a livello regionale, provinciale e comunale può essere dotato della flessibilità indispensabile a coprire adeguatamente e tempestivamente tutta l'area dei bisogni.

Onorevoli colleghi, quando partendo da queste considerazioni di principio e generali noi scendiamo ad esaminare il settore ospedaliero, ci accorgiamo subito che la crisi in cui questo si dibatte non è riconducibile soltanto ad una legislazione superata dal tempo ed a una situazione di sconvolgimento dei vecchi equilibri ed insieme dei limiti meschini derivanti dalle cosiddette tavole di fondazione

delle vecchie opere pie; ma è riconducibile anche alla crisi, profonda ed irreversibile, del sistema mutualistico, dal quale è totalmente condizionata. Come si esprime questo condizionamento? Come ed in quali misure il sistema mutualistico scarica la sua crisi sul settore ospedaliero? Scrive Umberto Bruzese sulla *Situazione sanitaria assistenziale e previdenziale in Italia*, pubblicazione edita dall'Istituto editoriale scientifico, che oggi l'ospedale è considerato non più il ricovero dei poveri, ma il centro della salute a cui tutti i cittadini devono poter ricorrere non solo in caso di grave malattia, ma anche per consiglio o per controllare la propria salute.

Questo nuovo diritto dei singoli è scaturito dalla enorme espansione della mutualità, che in questo ultimo decennio ha esteso l'assistenza sanitaria obbligatoria a oltre 45 milioni di cittadini, cifra inimmaginabile appena 50 anni fa. A quell'epoca vi erano alcuni cittadini che morivano senza conoscere il male da cui erano affetti, molte volte senza essere stati visitati da un medico all'inizio o durante il decorso della malattia stessa. Oggi sono rarissimi i casi di cittadini che non ricorrano all'ambulatorio, al sanitario della mutua o a quello privato, all'ospedale, anche in casi di non estrema urgenza. Inoltre in molte famiglie quasi tutti i componenti hanno un lavoro, per cui i malati, che un tempo si curavano in casa propria, devono oggi per mancanza di una assidua assistenza familiare ricorrere all'ospedale. Tutto ciò pone una serie di gravi problemi che le autorità politiche e sanitarie non possono più sottovalutare, pena un declassamento civile che si ripercuoterebbe sull'intero corpo sociale della nazione.

L'aumento enorme dei casi di spedalizzazione è conseguente, adunque, all'estensione pressoché totale della mutualità, in relazione ad una più elevata coscienza sanitaria della popolazione.

E ciò è bene; ma non è più bene quando sia il prodotto artificioso di una organizzazione sanitaria di base in cui la prevenzione e le sue strutture abbiano tuttora carattere pionieristico, siano del tutto slegate dai presidi che si occupano della diagnosi e terapia, e in cui il medico generico, per la sua insufficiente preparazione professionale — e di ciò non ha alcuna colpa — e per il tipo di rapporto burocratico che intrattiene con l'ente mutualistico, scarichi sugli specialisti degli ospedali le sue difficoltà diagnostiche ed i suoi casi di coscienza.

Ma non sono gli stessi ospedali in molti casi a favorire l'eccesso di spedalizzazione per

consentire ai loro bilanci di chiudere meno disastrosamente in passivo ed ai medici ospedalieri di integrare il loro trattamento economico mediante la raccolta di una messe più abbondante di compensi mutualistici? Ecco a che cosa si riduce la tanto difesa autonomia degli ospedali ed il loro carattere di azienda anziché di servizio.

Certo, la ricettività degli ospedali, non ha seguito il ritmo eccezionale dell'espansione demografica ed urbanistica e della dilatazione della mutualità, per cui il programma straordinario di costruzione di nuovi ospedali, di ammodernamento e di allargamento di quelli esistenti, si impone con priorità assoluta. Ma nella corsa tra la spedalizzazione e il numero dei posti-letto disponibili saranno sempre questi ultimi a perdere, se una diversa strutturazione dell'intero assetto sanitario non consentirà una più accurata selezione delle spedalizzazioni, ottenibile attraverso il filtro degli ambulatori e dei poliambulatori esterni, gestiti direttamente dagli ospedali o collegati con essi.

Onorevoli colleghi, è qui che si rileva tutta l'importanza dell'articolo 10 dell'originario schema del disegno di legge Mariotti, ma è anche qui, di fronte al nuovo testo del disegno di legge, che si manifesta tutta la gravità del cedimento politico dello stesso ministro, il quale, posto di fronte al « no » deciso della democrazia cristiana, ha scoperto improvvisamente che il testo dell'articolo 10 da lui proposto era troppo in anticipo sui tempi e perciò lo ha accantonato. Per riprenderlo in esame quando? Quando la situazione ospedaliera e sanitaria avrà scavalcato il limite di rottura preannunciato da un giornale filogovernativo? Quando l'onorevole Bosco e la democrazia cristiana avranno deciso di sostituire agli attuali centri di potere altri centri di potere, per continuare ad impedire in ogni caso che nel nostro paese l'assistenza sanitaria sia affidata all'opera responsabile dei medici e le strutture sanitarie siano rispondenti ai moderni orientamenti della medicina e adeguate al reale fabbisogno nazionale?

Il ministro della sanità, al quale non abbiamo mai fatto mancare il nostro appoggio e la nostra solidarietà nei momenti più felici della sua battaglia politica per rivendicare al suo Ministero la responsabilità totale della direzione della politica sanitaria del paese e per imporre una riforma ospedaliera degna di questo nome, si agita quando gli addebitiamo la colpa di una sostanziale rinuncia ai suoi propositi di riforma ospedaliera, di superamento del sistema mutualistico, di introduzione dei primi importanti elementi per la creazione

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

del servizio sanitario nazionale. Le sue giustificazioni, che presentano tutte il carattere di una autocritica di fronte ai vari Piccoli della democrazia cristiana, sono in genere di ordine economicistico e si appoggiano perfettamente ai binari, agli orientamenti che sono propri del Governo al quale egli appartiene. La realtà italiana è quella che è, dice il ministro: è complessa e difficile, vi sono problemi di priorità da rispettare, bisogna fare un passo alla volta, abbiate fiducia in me e vedrete più avanti. Così, tra un'impennata stizzosa, una strizzatina d'occhio, un sorriso furbo e un salace intercalare tipicamente toscano, il senatore Mariotti — al quale va per altro la mia personale simpatia — crede di convincerci che i passi indietro da lui compiuti rispetto al suo schema di disegno di legge siano aspetti del tutto marginali di un contesto legislativo di riforma ospedaliera che mantiene tutto il suo vigoroso impegno riformatore.

E se noi comunisti non siamo convinti delle sue affermazioni lo facciamo — egli sostiene — perché dobbiamo rispettare la nostra linea di preconcepita opposizione a tutto quanto viene proposto dal Governo di centro-sinistra. Ora, a prescindere dal fatto che a convincerci della bontà del provvedimento non sono le assicurazioni formali, siano pure quelle rispettabili di un ministro socialista, ma i contenuti che lo sostanziano e lo caratterizzano; a parte il fatto che è assolutamente gratuita l'attribuzione ai comunisti di una linea di opposizione preconcepita ad ogni iniziativa del Governo di centro-sinistra, dato che invece ci siamo trovati diverse volte a votare allo stesso modo dei socialisti e della maggioranza; ci vuole allora spiegare il ministro della sanità le ragioni per le quali i suoi acerrimi nemici personali all'epoca dello schema di riforma ospedaliera sono diventati improvvisamente pieni di comprensione e di affettuosa considerazione? Ci vuol spiegare come mai la Federazione nazionale dell'ordine dei medici — che nel libro rosso, di risposta a quello bianco del ministro della sanità, aveva addirittura preannunciato una specie di *putsch* bianco se quello schema non fosse stato ritirato e profondamente modificato — improvvisamente tace e si fa viva soltanto a pubblicazione avvenuta del nuovo testo del disegno di legge per raccomandarne la più sollecita discussione ed approvazione? Ci vuole spiegare come mai la democrazia cristiana, tenuta in un significativo silenzio per tutti i lunghi mesi della decantazione dello schema famoso, improvvisamente rompe ogni riser-

vatezza e manda avanti le sue trombe d'argento per ricordare ai cauti ed agli incauti, ai memori ed agli immemori che il disegno di legge sugli ospedali presentato dal Governo ricalca le vie maestre tracciate dalla democrazia cristiana stessa, che trovano del resto nella relazione Lattanzio l'eco più fedele?

Il ministro Mariotti scriveva sull'*Avanti!* del 17 ottobre 1965: « È quanto meno enorme che si pongano tanti ostacoli contro un progetto di legge che, confermo ancora, non è il Vangelo, e quindi è suscettibile di essere corretto e perfezionato, sino a renderlo idoneo alle esigenze e ai bisogni della nostra società. Naturalmente, le correzioni non possono alterare lo spirito innovatore del disegno di legge, il quale incontra crescenti consensi non soltanto nella stragrande maggioranza dei medici ospedalieri, ma anche in una vasta opinione pubblica. Ne fanno fede le centinaia di lettere che ogni giorno giungono al ministro della sanità. Questo crescente consenso mi conforta — scriveva ancora il ministro della sanità, e penso che egli ricordi ancora il suo scritto — perché viene da gente che vive nel mondo del dolore, da compagni che vedono impegnato in questa nostra battaglia tutto il partito. Come sento il dovere di discutere a tutti i livelli la legge, perché il paese abbia sollecitamente una nuova organizzazione sanitaria e una moderna struttura ospedaliera, sono altrettanto deciso a non tornare indietro e a non farmi intimidire da tutte quelle forze che, non soltanto in questo importante settore, operano pervicacemente perché nel nostro paese nulla cambi ».

Onorevole ministro, l'andare avanti o il tornare indietro in politica — ella me lo insegna — hanno una sua misura oggettiva. Ella, ad esempio, è convinto di non essere tornato indietro rispetto agli impegni presi con lo scritto che ho ora citato: ma anche qui sono i fatti a decidere. Ebbene, i fatti dicono che ella ha rinunciato ai contenuti più qualificanti del suo originario schema di disegno di legge, ha rinunciato, come ho già detto, all'articolo 10, con tutte le conseguenze che tale rinuncia comporta, ha rinunciato altresì al contenuto innovatore degli articoli 1, 3 e 17, tre articoli su ventotto (quanti erano gli articoli del suo schema), ma di fondamentale importanza e tali da caratterizzare, nel senso del progresso e della riforma, la legge sugli ospedali.

Ella, onorevole ministro, ha completamente ceduto sotto questo aspetto alla democrazia cristiana, si è fatto intimidire dalla prepotenza, ha disatteso i suoi compagni e

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

« la gente che vive nel mondo del dolore » (come lei scriveva). Perché? Perché ha rinunciato a considerare l'ospedale parte di un servizio pubblico, facente capo alle responsabilità dello Stato come vuole l'articolo 32 della Costituzione, garantito dalla regione, articolato a livello comunale, provinciale e regionale, coordinato territorialmente e collegato ai diversi livelli. Ella ha rinunciato all'ospedale come servizio funzionalmente autonomo, sovvenzionato regionalmente nelle sue necessità economiche, svincolato quindi da preoccupazioni di tipo aziendale, per impegnarsi solo ed esclusivamente in una sempre più elevata qualificazione delle sue funzioni. Posta così, nello schema di disegno di legge di riforma ospedaliera che ella aveva proposto, la nuova configurazione dell'ospedale e delle sue fonti di finanziamento, era logico che i patrimoni ospedalieri passassero — come ella proponeva — al fondo ospedaliero nazionale, avendo perduto in questa configurazione nuova degli ospedali qualsiasi loro significato. Noi sostenevamo e sosteniamo che i patrimoni ospedalieri debbono passare ai fondi ospedalieri regionali. La democrazia cristiana ha interposto la sua mano pesante affinché le cose restassero esattamente come prima. Cambiano alcune definizioni formali, cambia parzialmente il modo di elezione dei consigli di amministrazione, ma resta l'ospedale come azienda, coi suoi patrimoni (se ne ha) o con la sua miseria, con la sua cosiddetta autonomia o autarchia difesa a denti stretti, perché questa era la condizione affinché gli ospedali potessero rimanere isole di potere, oggetto di mercanteggiamento e di equilibrio tra le forze al Governo, strumenti validi di clientelismo, fonte generosa di voti. In nome di questa concezione aziendalistica dell'ospedale, di questa sua autarchia, di questo suo isolamento funzionale rispetto agli altri ospedali e ai restanti presidi sanitari, il disegno di legge ha fatto proprio, inevitabilmente, il criterio della retta onnicomprensiva, di una retta cioè che non riassume unitariamente soltanto le spese per il mantenimento e la cura dei malati, per le retribuzioni al personale dipendente, eccetera, ma anche le spese a carico dell'ente ospedaliero, iscritte nel bilancio dell'anno cui si riferiscono (come recita l'articolo di cui trattasi) per l'ammortamento, rinnovo e ammodernamento delle attrezzature e le spese di gestione di centri per le malattie sociali.

A questo punto è necessario fare una riflessione seria che riguarda, da una parte, una questione di principio e, dall'altra, una

questione pratica di ordine economico. Circa la prima delle questioni noi continuiamo ad essere con coloro (siamo in buona compagnia, vista la presa di posizione delle centrali sindacali della CGIL, della CISL e della UIL) i quali sostengono la tesi dell'illegittimità, o comunque della iniquità, di una retta che comprende oneri che non attengono direttamente all'intervento, alla terapia, al mantenimento dell'ammalato. Le spese per la costruzione di nuovi ospedali, per l'ampliamento o ammodernamento dei vecchi, per l'acquisto o il rinnovo di attrezzature scientifiche, eccetera, devono far capo all'intera collettività, perché è compito della collettività, cioè dello Stato, provvedere ad un servizio ospedaliero moderno ed efficiente. Perché mai debbono essere i malati e soltanto essi a far quadrare i bilanci dell'azienda ospedaliera?

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Sostanzialmente, come constatazione di una situazione di fatto, non posso darle torto. Ella mi deve però dimostrare che, se i lavoratori contribuiscono con una percentuale di salario e il datore di lavoro con una percentuale di profitto o di reddito, il monte salari è aumentato da una certa data. Evidentemente non è così, altrimenti le mutue non registrerebbero un disavanzo tanto grande. Il grave disavanzo delle mutue ovviamente si ripiana o attraverso le sovvenzioni degli istituti di credito o attraverso l'intervento dello Stato: è chiaro che, allorché lo Stato interviene, il disavanzo viene riversato sulla generalità dei cittadini. Desideravo precisarle questo perché non si dica demagogicamente che il sistema mutualistico si regge su tutti i lavoratori e i datori di lavoro, quando, da molto tempo, per ciò che concerne il disavanzo, il ripiano viene fatto direttamente dallo Stato.

ALBONI. Ella mi farà osservazioni più approfondite, su questo tema specifico, a conclusione del dibattito. Mi permetta di continuare ad argomentare: forse mi darà una risposta più pertinente.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Certamente le darò una risposta.

ALBONI. Perché, dicevo, debbono essere praticamente soltanto i malati a far quadrare i bilanci dell'azienda ospedaliera attraverso il pagamento di rette una parte delle quali non attiene alle prestazioni richieste?

Il relatore per la maggioranza, l'onorevole Lattanzio — e mi scuso se faccio a lui riferimento di quando in quando — durante l'esame in Commissione del presente disegno di legge ha definito coraggiosa la posizione del ministro a questo proposito.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. È chiaro.

ALBONI. Ora non so se il coraggio del ministro debba essere attribuito alla decisione con cui egli ha rotto gli indugi di una polemica che si trascina da anni e trova gli interlocutori più accaniti negli enti mutualistici e nei comuni, o piuttosto alle conseguenze che questo suo atteggiamento causerà nella situazione già pesante delle partite creditorie degli ospedali italiani.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Credo debba essere considerato un merito il vedere le questioni in forma chiara; ella sa che per parecchio tempo noi abbiamo avuto una situazione molto dubbia, e che solo oggi il problema viene posto in termini chiari. Vedremo poi le conseguenze di tutto ciò.

ALBONI. Noi ci sforziamo, infatti, di individuare le conseguenze. Questo è l'aspetto pratico ed economico della questione; non basta definire i criteri per la determinazione delle rette per risolvere tutti i problemi ad essa relativi. Questi restano, anzi sono aggravati; oggi gli ospedali italiani sono creditori degli enti previdenziali per oltre 230 miliardi di rette di degenza. Gli ospedali « per il ripiano dei loro bilanci autonomi », e dico questo sottolineandolo in modo polemico, sono costretti ad accendere mutui onerosi che moltiplicano le spese generali ed influiscono sulle misure delle rette; gli enti mutualistici, per assolvere ai loro impegni ed ai loro obblighi, in assenza di disponibilità ordinarie, chiedono a loro volta l'autorizzazione allo Stato ad accendere mutui per l'estinzione dei propri debiti. E ciò aggrava le loro condizioni generali di bilancio, rendendo ancora più precaria e difficile la possibilità di regolare i loro rapporti con gli ospedali secondo scadenze puntuali. È un giro vorticoso di miliardi che serve solo a tamponare per vie interne le enormi falle del sistema, allargate nello stesso tempo in cui si tenta di ripararle.

L'INAM — l'ente mutualistico maggiore e anche il più indebitato nei confronti degli ospedali — ha chiuso il bilancio dello scorso anno con un passivo — mi si dice — di 85 mi-

liardi. Nello stesso tempo, rispetto al 1960, a fronte di un aumento dell'8,93 per cento degli assicurati, che sono passati da 23 milioni e 700 mila a circa 25 milioni e 800 mila, il numero dei ricoveri ha registrato un aumento del 60,08 per cento, essendo variati da 1.916.672 a 3 milioni 200 mila i casi spedalizzati, per una spesa che supera ormai i 270 miliardi di lire.

« Pur non potendosi disconoscere — leggo su *Informazioni*, mensile dell'INAM, del 4 aprile — che l'espandersi delle prestazioni è in buona parte giustificato dalle acquisizioni verificatesi in campo diagnostico e terapeutico, che hanno determinato un aumento rilevante nelle indicazioni di ricovero, e dallo sviluppo della coscienza sanitaria e sociale del paese; e che l'evoluzione registratasi nei costi risente notevolmente della continua lievitazione delle rette di degenza, vi sono tuttavia degli aspetti negativi sui quali riteniamo necessario richiamare l'attenzione. Innanzi tutto vogliamo far qui rilevare che si è potuto accertare che non sempre le richieste di spedalizzazioni sono conseguenti ad effettive necessità diagnostiche e terapeutiche, alle quali si può far fronte esclusivamente in un ambiente ospedaliero, riferendosi spesso invece a casi che possono essere risolti, senza alcun pregiudizio per la salute del paziente, con prestazioni ambulatoriali sia presso gli ospedali stessi sia presso il presidio dell'istituto ».

« Rilevazioni effettuate dall'INAM hanno posto in rilievo, infatti, che circa il 25 per cento dei ricoveri a carico dell'ente si esauriscono nel brevissimo arco di cinque giornate. L'esame dei dati acquisiti ha inoltre evidenziato l'accentuarsi del fenomeno della spedalizzazione di casi di trascurabile impegno risolvibili con adeguati trattamenti extraospedalieri o con brevi soste nei reparti di astanteria o di pronto soccorso ».

« Un secondo rilievo di ordine funzionale investe l'eccessivo ricorso al ricovero di urgenza. La percentuale di tali ricoveri si aggira infatti mediamente sul 50 per cento dei casi spedalizzati con punte che superano anche l'80 e il 90 per cento. L'abnorme ricorso a tale procedura, oltre a snaturare il contenuto e lo spirito della norma che disciplina il ricovero per eccezionali urgenze, viene poi ad aggravare una situazione già di per sé precaria per la nota carenza di posti-letto di pubblici nosocomi con evidente svantaggio per gli assicurati. Se a tali considerazioni — prosegue questa pubblicazione — si aggiungono quelle relative al problema delle lunghe degenze, dell'insufficiente numero delle astanterie e

della mancanza o pochezza dei servizi di pronto soccorso, non si può fare a meno di concludere che, qualora tali discrasie permanessero nel tempo, i costi dell'assistenza ospedaliera sarebbero destinati a crescere oltre ogni limite di rottura tollerabile».

A questi limiti di rottura ci siamo già, onorevoli colleghi, perché il sistema su cui si regge l'organizzazione sanitaria nazionale sta sprofondando in un abisso di contraddizioni e di debiti, dai quali non è possibile uscire aggravando queste stesse contraddizioni e questi debiti, come propone il Governo, con l'aziendalismo ospedaliero e con la retta omnicomprendensiva.

Che cosa succederà infatti? Non potendosi ritenere che il Governo imbocchi la strada dell'inasprimento dei contributi sociali, che già pesano per circa il 60 per cento sui costi aziendali, creando difficoltà soprattutto alla piccola e alla media industria e riducendo nello stesso tempo lo spazio contrattuale dei lavoratori; e non potendosi del pari ritenere che lo stesso Governo voglia imboccare la strada del prelievo fiscale per finanziare un servizio ospedaliero gratuito (perché a queste condizioni cesserebbero di avere ragione di vita, a nostro avviso, sia la mostruosa impalcatura mutualistica oggi esistente, sia una struttura dei servizi ospedalieri così come ci viene proposta dal disegno di legge del Governo), non resta che da sperare in una rapida espansione della occupazione e quindi del gettito salariale come mezzo di incremento contributivo e quindi di sanatoria organica della situazione.

Ma anche su questo terreno le previsioni non sono confortanti, perché, se è vero che è aumentata, e anche considerevolmente, la produzione industriale, è altrettanto vero che l'occupazione non ha recuperato i livelli del 1963.

Si legge, sempre su segnalazioni di stampa dell'INAM del 30 marzo, che l'andamento deficitario della gestione di competenza, già accertato nel 1963 e rilevato anche nell'esercizio 1964, si è notevolmente aggravato nel 1965, nonostante abbia trovato una favorevole contropartita, al di là delle previsioni, nel risultato attivo della gestione residui, in parte determinato dall'ulteriore gettito dell'addizionale del 2,80 per cento riscosso nel 1965, a titolo di assistenza malattica ai pensionati, sulle partite contributive arretrate relative al fondo pensioni dell'INPS.

Per quanto concerne le entrate effettive, il loro scarso incremento nell'esercizio 1965 trova la sua spiegazione nelle conseguenze della sfavorevole congiuntura economica, che fra

l'altro ha comportato una sensibile diminuzione della popolazione assicurata, con una riduzione, nel settore dell'industria, di circa 751 mila unità; nonché nella grave insufficienza contributiva del settore agricolo.

Quale sarà allora la prospettiva reale? La prospettiva sarà quella di un inevitabile rincorrersi tra ospedali e mutue, i primi per farsi pagare le rette e le seconde per chiedere agli ospedali più severità nella selezione delle specializzazioni, meno esosità nelle rette, più pazienza nei pagamenti: ma sarà un rincorrersi senza fine e con momenti di drammatica crisi.

I medici ospedalieri hanno sospeso lo sciopero nell'attesa che il Governo trovi la strada per consentire alle mutue di corrispondere loro i compensi arretrati. Può darsi che il Governo, spaventato dalla forza e dall'ascendente della categoria, trovi un rimedio provvisorio per scongiurare la paralisi degli ospedali, ma appare chiaro, alla luce del sole, che non passeranno molti mesi e si ripeterà, aggravata, la stessa situazione di disagio tra i medici ospedalieri, gli assistiti ed il personale ausiliario, frustrando lo stesso dettato della legge (se sarà approvata) relativamente all'allargamento degli organici, all'ampliamento dei reparti, al miglioramento delle attrezzature scientifiche eccetera. Rispetto alla organizzazione interna degli ospedali, infatti, che cosa impone di eccezionalmente nuovo il disegno di legge governativo che non sia già previsto dalla legge ospedaliera del 1938 (rimasta largamente disattesa non certo per mancanza di buona volontà dei consigli di amministrazione degli ospedali, come ha affermato qui l'onorevole Erisia Gennai Tonietti, ma per mancanza di mezzi e soprattutto per il sistema su cui poggia l'organizzazione sanitaria del paese, eversiva di ogni legge e regolamento).

Occorre fare un'altra scelta. Il ministro Mariotti l'aveva chiaramente indicata nel suo schema di disegno di legge e l'aveva anche sostenuta polemicamente, prima di ritirarsi, sconfitto dall'onorevole Piccoli e dai suoi seguaci: questa scelta, che noi abbiamo sottolineato a suo tempo e che ancora consideriamo importante, è il fondo ospedaliero nazionale.

Nel disegno di legge al nostro esame lo ritroviamo ridotto ad una larva, a poco più di un simbolo, totalmente snaturato nel suo contenuto e nelle sue finalità. Esso, previsto nella misura iniziale di 10 miliardi, si riduce a concedere, tramite il Ministero della sanità, contributi e sussidi agli enti ospedalieri

per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali, per il miglioramento e l'adeguamento degli stessi, per il pagamento delle integrazioni a carico dello Stato degli assegni ai medici interni.

Ora, anche a voler prescindere dall'assoluta irrisorietà dello stanziamento previsto in relazione agli enormi impegni di rinnovamento delle superate attrezzature tecnico-sanitarie della maggior parte degli ospedali italiani, il fondo ospedaliero, così come risulta congegnato nel disegno di legge al nostro esame, ha perso il contenuto innovatore che aveva nello schema Mariotti, dove risultava costituito dalle somme dovute agli enti ospedalieri degli enti mutualistici ed assicurativi (per l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale dei mutuatati ed assicurati), dai comuni, dalle province e dallo Stato (per l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale ai cittadini aventi diritto a norma delle vigenti disposizioni), dalle somme iscritte nel bilancio di previsione della spesa del Ministero della sanità e di altri ministeri per il finanziamento della costruzione, dell'ampliamento, della trasformazione, del completamento di ospedali, per il rinnovo e il potenziamento delle loro attrezzature e lo svolgimento delle loro attività di studio e di ricerca didattica e di educazione sanitaria, e infine dai proventi delle vendite del patrimonio delle opere pie soggette ad estinzione per esaurimento dei fini istituzionali.

Sull'*Avanti!* del 19 novembre 1965 il ministro della sanità scriveva: « L'istituzione del fondo nazionale ospedaliero, previsto, come è noto, dal mio schema di disegno di legge per la riforma dell'assistenza ospedaliera, e che ne costituisce la base finanziaria, risponde al principio della concentrazione delle risorse nazionali destinate all'assistenza degli infermi e costituisce un primo passo verso un sistema di sicurezza sociale, nel quale tutti i cittadini avranno diritto all'assistenza ospedaliera gratuita e alle cui spese provvederà lo Stato con la fiscalizzazione degli oneri sociali. Il fondo è destinato ad incamerare tutti gli stanziamenti oggi disposti per il pagamento delle rette di degenza, dei compensi sanitari e di tutte le spese gravanti per l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale da tutti gli enti pubblici territoriali e gli istituti mutualistici. In esso inoltre affluiranno tutte le somme, ora divise fra le varie amministrazioni statali, destinate per il mantenimento in efficienza e lo sviluppo della rete ospedaliera. Le critiche che sono state formulate avverso l'istituzione del fondo si concretano sostanzialmente in un'accusa. La riforma - vie-

ne detto - distruggerebbe d'un colpo atti di donazione, volontà di testatori e di donatori, che hanno contribuito nei secoli a formare i vari patrimoni ospedalieri, lasciando a quelli ospedali e non ad altri le loro sostanze. Così facendo, secondo gli oppositori della legge, si tradirebbe la volontà dei testatori, si snaturerebbero istituzioni consacrate dalla tradizione e dalla legge. È questo lo stesso argomento che nel 1889-1890 i conservatori sventolarono nel Parlamento di allora per combattere la legge Crispi sulle opere pie. Oggi, paradossalmente, quel medesimo argomento viene sbandierato, al contrario, per conservare quella legge. È indispensabile che si renda necessaria una migliore utilizzazione di questi beni - concludeva il ministro Mariotti - affinché essi siano sfruttati al massimo per il soddisfacimento di quell'assistenza ospedaliera alla quale furono destinati fin dalle origini e affinché questi frutti siano distribuiti in modo conforme alle necessità degli ospedali; esigenza, quest'ultima, insopprimibile in uno Stato civile e moderno per livellare le disuguaglianze fra cittadini, almeno davanti alle sofferenze e alla morte. È stata mossa al progetto di riforma l'accusa di incostituzionalità per la sottrazione di questi beni patrimoniali alle opere pie. L'accusa è infondata, perché qui non si prevede nessun esproprio di beni appartenenti a privati, bensì la trasformazione di istituzioni pubbliche mantendone le stesse finalità, per cui i patrimoni delle opere pie continueranno ad essere destinati agli stessi fini per cui vennero costituiti *ab ovo*. Il fondo è stato concepito, in una visione globale dell'assistenza sanitaria, per una razionale programmazione della stessa, che non può prescindere da una concentrazione di tutti i mezzi disponibili per assicurare ad ogni cittadino una razionale assistenza ospedaliera. Tale concentrazione di mezzi, che tende ad eliminare sperequazioni e dislivelli inammissibili in un paese progredito e moderno, costituisce un passo avanzato verso un sistema di sicurezza sociale ».

Non ho nulla da aggiungere agli argomenti estremamente validi che il ministro Mariotti ha portato a sostegno della sua proposta di istituzione del fondo ospedaliero nazionale e alle contestazioni polemiche mosse ai detrattori dello stesso. Se un sentimento mi è consentito esprimere, esso è di meraviglia per il cedimento del ministro su uno dei pilastri fondamentali del suo progetto di riforma ospedaliera e di stupore per la serenità con cui egli passa sul cadavere del fondo ospedaliero, usando gli stessi argomenti degli av-

versari che prima aveva aspramente combattuto.

Questo non siamo soltanto noi a pensarlo, vista la decisa presa di posizione del partito repubblicano. *La Voce repubblicana* del 26 ultimo scorso scriveva: « Uno dei punti fondamentali della legge di riforma ospedaliera è quello concernente il fondo nazionale ospedaliero. E non a caso questo aspetto è stato messo in evidenza nel corso del convegno recentemente indetto dalla commissione sanità del partito repubblicano italiano e figura nella richiesta di emendamenti presentata al ministro Mariotti con la lettera, che *La Voce* ha pubblicato ieri, di una delegazione repubblicana ».

I repubblicani apprezzano l'idea del fondo nazionale ospedaliero nel suo significato essenziale di strumento di concentrazione (sotto il Ministero della sanità) di tutte le disponibilità finanziarie destinate agli ospedali, ora disperse in mille rivoli.

Il fondo veniva per noi a rappresentare, sul piano finanziario, ciò che la unificazione delle competenze della sanità rappresentava sul piano giuridico-amministrativo. I due aspetti erano giuridicamente necessari per assicurare unità di direzione ed armonicità di programmazione e cioè razionale equilibrio del sistema.

Ancora *La Voce repubblicana* del 26 corrente mese pubblica: « Noi riteniamo che il fondo rappresenti in prospettiva lo strumento attraverso il quale realizzare il primo serio passo verso il servizio sanitario nazionale che, come è noto, è previsto dal programma di sviluppo nel quadro della sicurezza sociale. Primo passo che deve consistere nell'assunzione da parte della collettività dell'onere dell'assistenza gratuita a tutti i cittadini ».

Noi comunisti crediamo realmente nella inderogabile necessità del finanziamento da parte dello Stato e delle regioni del servizio pubblico degli ospedali e siamo convinti, come il ministro della sanità, che il superamento della mutualità e l'avvicinarsi del momento del servizio sanitario nazionale passano attraverso la istituzione di un fondo nazionale ospedaliero. Facciamo nostra, perciò, la proposta del ministro e chiameremo l'Assemblea a pronunciarsi su di essa; oltre tutto non è in gioco soltanto la vita ordinaria degli ospedali, il pagamento dei medici, il regolare funzionamento dei servizi, ma è in gioco anche lo stesso sviluppo della rete ospedaliera, il superamento delle insufficienze dei posti-letto, che si colloca oggi tra gli aspetti più acuti, se non come il più acuto, della crisi ospedaliera.

Onorevoli colleghi, a questo punto io non vorrei tediarvi con cifre che certamente conoscete, ma mi sia consentito di offrire alcuni elementi di valutazione della condizione in cui si trova la rete ospedaliera italiana per poter dimostrare un assunto.

Gli ospedali pubblici — generali, specializzati, sanatoriali e neuropsichiatrici — sono in Italia 1.459 e coprono 386.813 posti-letto; gli istituti di cura privati sono 1.023 e coprono 73.137 posti-letto. Abbiamo un totale generale, fra pubblici e privati, di 2.482 ospedali, per 459.950 posti-letto su una popolazione che possiamo considerare, al 1961, di 50 milioni di abitanti.

Sembrerebbe, a prima vista, che la situazione non sia così drammatica, come spesso la si descrive. L'Organizzazione mondiale della sanità, infatti, ha fissato nel 10 per mille l'*optimum* di posti-letto in riferimento alla popolazione. Pertanto l'Italia sarebbe una nazione privilegiata, in quanto avrebbe, secondo i dati del 1961, 9,2 posti-letto per ogni mille abitanti, mentre alcune nazioni europee non arrivano nemmeno al 5 per mille.

In realtà non è così. L'*optimum* fissato dall'Organizzazione mondiale della sanità si riferisce esclusivamente agli ospedali generali, senza dunque tener presenti gli ospedali psichiatrici, che devono assolvere a particolari funzioni, e senza includere le cliniche private. Pertanto occorre considerare, ai fini della valutazione quantitativa degli ospedali in rapporto alla necessità di posti-letto, il numero degli ospedali generali, che è di 1.104, per un totale di 212.261 posti-letto: si ottengono, così, 4,2 posti-letto per mille abitanti, una media molto al di sotto di quella generale europea e di gran lunga inferiore a quella delle nazioni sanitariamente più progredite (Svizzera 15,7 per mille, Svezia 13,8 per mille, Inghilterra 11,2 per mille, Francia 8,9 per mille).

In questa drammatica situazione, di fronte all'umiliante assenza dello Stato e quindi dei governi che lo hanno retto in tutti questi anni, ha avuto ampio spazio speculativo l'iniziativa privata che ha costruito cliniche e case di cura soprattutto in quelle regioni, come le meridionali e le insulari, dove gli ospedali pubblici sono pochissimi, male organizzati e attrezzati. Si consideri, ad esempio, la Calabria dove, contro 24 ospedali pubblici, ve ne sono 59 privati; la Lucania, con 6 ospedali pubblici e 15 privati; la Campania, con 93 ospedali pubblici e 136 privati. Se poi andiamo ad analizzare la situazione regione per regione, ci accorgiamo che hanno più ospedali e sovrabbondanza di posti-letto rispetto al fabbisogno e addi-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

rittura l'*optimum* le regioni economicamente più progredite. Il triangolo Piemonte-Lombardia-Liguria è quello privilegiato anche dal punto di vista ospedaliero. Il triangolo Basilicata-Sardegna-Calabria (il famoso triangolo della fame) presenta, anche in questo settore come in tutti gli altri, la situazione peggiore.

Rispetto alla media dell'Organizzazione mondiale della sanità la Lombardia ha un supero di oltre 8 mila posti-letto, il Piemonte di 4.300, la Liguria di circa 5 mila; la Basilicata, sempre rispetto alla media dell'Organizzazione mondiale della sanità, manca di 4.300 posti-letto, la Calabria di 13.623, la Sardegna di 4.100. Ma anche la Campania ha una carenza di 12 mila posti-letto e la Sicilia di 18.500.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Il regionalismo sanitario esaspererà queste differenze! (*Commenti all'estrema sinistra*).

ALBONI. Lasciamo infine al « libro bianco » del Ministero della sanità l'incarico di ricordare a tutti le tristi condizioni dei vecchi ospedali esistenti nel meridione, le cui esigenze di trasformazione e di ammodernamento sono altrettanto urgenti e vitali della realizzazione del programma di nuove costruzioni ospedaliere.

Il piano quinquennale di sviluppo economico dimostra di essere perfettamente consapevole della carenza di posti-letto ospedalieri in Italia e del drammatico divario tra nord e sud e si impegna ad attuare nel quinquennio 1966-70 un programma di 80 mila posti-letto, di cui il 70 per cento nel Mezzogiorno e nelle isole. La velleità di tale programma minimo, a parte gli interventi diretti della Cassa per il mezzogiorno, trova riscontro nei limiti irrisori del piano di finanziamento, che è tutto contenuto nella legge n. 574 del 1965, la quale prevede la partecipazione dello Stato al pagamento degli interessi passivi sui mutui nella misura del 5 per cento; il che vuol dire, considerate le condizioni di bilancio dei comuni, delle province e degli enti pubblici interessati, lasciare le cose presso a poco al punto di partenza.

Io non so quanti colleghi siano a conoscenza degli oneri riflessi che il sistema di finanziamento delle costruzioni ospedaliere previsto dalla legge 30 maggio 1965, n. 574 causa sui bilanci degli enti pubblici e sugli ospedali. Qualche dato servirà a chiarire le idee di coloro i quali pensano alla riforma ospedaliera e al programma di ricostruzioni ospedaliere come obbiettivi da poter conseguire con gli attuali strumenti di finanziamento. Da

calcoli effettuati in sede competente, risulta che un mutuo aperto presso la Cassa depositi e prestiti determina un onere riflesso di lire 200 al giorno per ogni degenza nelle regioni del sud e di lire 500 al giorno nelle regioni del nord. Se il mutuo viene acceso presso istituti di credito, gli oneri riflessi sono di lire 500 al giorno per persona nel sud e di lire 700 per persona nel nord.

Il programma annuale di costruzioni ospedaliere previste dal piano quinquennale si proponeva come obiettivo la costruzione di 16.400 posti-letto annuali per 2 anni, suddivisi in posti-letto per acuti, lungodegenti, e psichiatrici. Il programma era relativo agli anni 1965-66. A tutt'oggi risultano approvati e finanziati lavori per 20 miliardi sui 130 miliardi previsti. Di questi 20 miliardi, il 73 per cento risulta assegnato al nord e il 27 per cento al sud e alle isole.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Perché non arrivano i progetti.

ALBONI. Questo significa, onorevole ministro, che gli ospedali del nord, dotati di ricchi patrimoni, possono disporre dei capitali indispensabili per l'ammortamento dei mutui contratti, al contrario di quello che può avvenire per gli ospedali del sud, i cui bilanci poggiano esclusivamente sul gettito delle rette; questo significa che una programmazione ospedaliera, così come è quella prevista dal disegno di legge, non vincolata ad un fondo ospedaliero finanziato dallo Stato, ma lasciata alle possibilità dei bilanci ospedalieri e degli enti interessati, lasciata, quindi, praticamente alla spontaneità, è destinata a stravolgere tutta l'impostazione e le previsioni del programma di costruzioni ospedaliere, accentuando e aggravando il divario fra nord e sud.

Il disegno di legge che stiamo esaminando ignora completamente questo aspetto del problema.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non lo ignora, perché induce alla discussione.

ALBONI. Almeno questo è un aspetto positivo. Lo riconosco.

Anzi — dicevo — lo aggrava, perché, istituzionalizzando la conservazione dei patrimoni, sanziona ancora una volta lo stato di fatto dell'esistenza di ospedali ricchi e di ospedali poveri ed approfondisce il solco fra nord e sud nello stesso momento in cui si vanta di voler mettere ordine nella situazione generale e di voler riportare tutti gli ospedali ad uguale livello di modernità e di efficienza.

Per questa situazione inaccettabile sul piano sociale e sanitario, il fondo ospedaliero nazionale così come lo aveva concepito il ministro Mariotti, ma articolato secondo noi regionalmente, diventa obiettivo irrinunciabile, punto di riferimento d'una volontà legislativa che voglia realmente e profondamente modificare le cose in Italia. Una legge di riforma, che voglia essere veramente tale, non può sfuggire alla necessità di configurare la struttura ospedaliera in un sistema decentrato a livello dell'ente regione e degli enti locali, con la piena democratizzazione di tutti gli enti ospedalieri mediante la pubblicizzazione degli ospedali dipendenti da enti pubblici di qualsiasi natura e del relativo patrimonio; di garantire il finanziamento della costruzione, dell'ampliamento, dell'ammodernamento degli ospedali e delle relative attrezzature mediante la istituzione di un fondo ospedaliero nazionale da alimentare con prelievo fiscale; di assicurare la gestione ordinaria dei bilanci dei singoli ospedali con l'istituzione di un fondo ospedaliero regionale che, oltre ad essere alimentato dai contributi accreditati dal fondo nazionale per il finanziamento dei programmi di costruzione, ammodernamento e qualificazione degli ospedali e delle relative attrezzature, si avvalga del gettito delle rette corrisposte dagli enti mutualistici, dai comuni, dalle province, delle somme stanziare sui bilanci delle regioni per l'assistenza ospedaliera e dei fondi integrativi stabiliti dalle leggi regionali.

Il disegno di legge che ci è stato presentato dal ministro Mariotti, nonostante gli innegabili miglioramenti apportati dalla Commissione, insieme anche purtroppo con alcuni peggioramenti, e nonostante altri suoi aspetti innegabilmente positivi, che, del resto, il collega onorevole Romano ha sottolineato e che noi non abbiamo difficoltà a riconoscere (li abbiamo riconosciuti prima e siamo disposti a riconoscerli anche oggi), il disegno di legge, dicevo, non offre nessuna di queste garanzie. « Legge ospedaliera tappabuchi », l'ha definita *La voce repubblicana*; « Riforma del compromesso » l'ha definita *Iniziativa ospedaliera*, il periodico della ANA-AO, la massima organizzazione di categoria dei medici ospedalieri italiani.

Di fronte all'atteggiamento e al giudizio che di questo disegno di legge danno un partito che fa parte della maggioranza che sostiene il Governo, il partito repubblicano italiano, l'Associazione nazionale degli aiuti e assistenti ospedalieri e le stesse grandi centrali delle tre organizzazioni sindacali, cosa dobbiamo dire noi comunisti che non abbia-

mo responsabilità di Governo e siamo all'opposizione? Di fronte a queste prese di posizione, all'attuale situazione politica, ad uno schieramento parlamentare che rispetto al provvedimento in esame non si presenta articolato secondo il classico schieramento maggioranza-opposizione, come può l'onorevole Rampa (come ha tentato di fare nel suo intervento), se non con un artificio polemico e propagandistico — mi si perdoni — di cattivo gusto, « massimalizzare » le estreme per collocare la maggioranza e il Governo nel giusto mezzo a far da interprete virtuoso ed infallibile delle necessità del paese nel campo ospedaliero e sanitario?

L'onorevole Rampa, rivolgendosi particolarmente a noi, afferma che non bisogna scandalizzarsi se dall'incontro di forze di indirizzo politico e di ispirazione ideologica diversi nascono compromessi. Questo è nella logica delle coalizioni — dice l'onorevole Rampa — e non deve meravigliare alcuno, neppure noi comunisti che ove fossimo nelle stesse condizioni dei socialisti, non esiteremmo a scegliere la stessa strada.

Sappiamo tutti molto bene che la politica è l'arte del possibile e che il compromesso politico è un mezzo spesso indispensabile di mediazione tra posizioni diverse. La mediazione non deve mai essere, però, un contratto politico deterioro e non deve mai chiudere per un contraente tutte le porte nello stesso momento in cui le apre per l'altra parte. A nostro avviso, il compromesso del Governo su questo disegno di legge ha proprio questa caratteristica, quella di chiudere le porte ad una autentica riforma del sistema sanitario italiano e di tenere aperte invece tutte le possibilità di svuotamento degli impegni contenuti nel capitolo VII del piano quinquennale di sviluppo economico.

Onorevole ministro, siamo su questo terreno, quando da parte di certi settori della democrazia cristiana, all'impegno di trasformazione dell'assetto sanitario in servizio sanitario nazionale gratuito per tutti i cittadini e finanziato dallo Stato con prelievo fiscale, si contrappone il servizio di sanità pubblica che, sia pure con ammodernamenti e ritocchi nel suo interno, ripropone l'attuale stato di cose.

I compagni socialisti e il ministro Mariotti, per giustificare la loro posizione di compromesso con la democrazia cristiana, sostengono che la riforma ospedaliera non rientrava negli impegni programmatici del Governo di centro-sinistra e che essere riusciti invece a farne oggetto di mobilitazione delle categorie mediche

ausiliarie, di intervento delle masse, dei sindacati e, oggi, di dibattito parlamentare, costituisce di per sé un merito, che non può non essere riconosciuto al partito socialista e al suo ministro della sanità. Non abbiamo avuto nel passato e non abbiamo nel presente alcuna ragione per non riconoscere ai compagni socialisti e al ministro Mariotti di aver interpretato nell'unico modo possibile la spinta che veniva dalle masse, dai medici e dagli amministratori pubblici per risolvere la crisi acuta degli ospedali e dell'organizzazione sanitaria italiana. Abbiamo giudicato positivamente lo schema di disegno di legge di riforma degli ospedali presentato dal ministro Mariotti e ci siamo dichiarati disposti a sostenerlo in tutte le sedi, come del resto abbiamo fatto.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. In questo modo, onorevole Alboni, ella si comporta come Circe.

ALBONI. Oggi però, compagni socialisti, non potete negarci il diritto di dichiarare la nostra profonda insoddisfazione per il disegno di legge di riforma ospedaliera presentato dal Governo, perché voi stessi non ne siete soddisfatti, come ha dimostrato poco fa lo stesso collega Romano, con una serie di rilievi che sostanzialmente si identificano con i rilievi di fondo da noi sollevati, nei nostri interventi in quest'aula; di questo disegno di legge non sono soddisfatti i repubblicani, non lo sono i medici né i sindacati.

L'insoddisfazione comune nasce dal meditato e dimostrato convincimento che non si possono creare le premesse reali di una effettiva riforma dell'organizzazione sanitaria nazionale, che è l'obiettivo di tutte le forze politiche democratiche, a prescindere dalla loro presente collocazione parlamentare, con una riforma ospedaliera che rispetto a quell'obiettivo finale si pone in posizione neutrale, chiudendo gli occhi di fronte al caos che la circonda.

Certo, è possibile che nel programma di Governo la questione ospedaliera non sia stata oggetto di accordo alcuno. Ma esiste un programma ben più grande e impegnativo, sul quale l'accordo è stato siglato: è il programma di sicurezza sociale che vi siete impegnati a realizzare, è il servizio sanitario nazionale che vi siete impegnati a conquistare come risultante di una profonda riforma del sistema in atto.

Allora, come può essere possibile un « prima » e un « poi »? Come può essere possibile affrontare il nodo degli ospedali italiani

senza pensare nello stesso tempo alla riforma più generale della sanità? L'una cosa è parte del tutto, e l'una e l'altra si condizionano reciprocamente. Dirò di più: come è possibile affrontare la riforma degli ospedali senza il necessario finanziamento, senza che lo Stato impieghi tutte le risorse necessarie per risolvere adeguatamente e rapidamente tale immenso problema? Senza, cioè, che lo Stato consideri la spesa per gli ospedali e per la sanità come parte essenziale di un impegno globale di programmazione, sul quale prenda consistenza lo sviluppo della economia e della società?

A queste domande occorre dare una risposta, e la risposta non può essere quella del collega Rampa, che pure ha detto cose pregevoli nel suo intervento di ieri; la risposta non può essere neppure quella che il ministro Mariotti ci ha dato in Commissione e in altre circostanze. La risposta non può che essere quella che viene dai medici, dai lavoratori, dalle forze democratiche che si trovano dentro e fuori del Governo: occorre cioè sforzarsi di tornare il più possibile vicino ai contenuti di fondo dello schema Mariotti.

Esistono tutte le possibilità per il formarsi di una maggioranza parlamentare sufficiente a consentire il sostanziale miglioramento del disegno di legge presentato dal Governo. La condizione necessaria è che non si operino assurde preclusioni, tanto più assurde se è vero che il problema ospedaliero non è stato oggetto di impegno programmatico da parte di questo Governo.

Il ministro Mariotti, i compagni socialisti, le forze più democratiche e avanzate all'interno della democrazia cristiana, quelle forze che una volta tanto possono dimostrare di essere disponibili per reali riforme, e non solo a parole, debbono facilitare l'allargamento ed il consolidamento della già larga unità che si è creata per una autentica, democratica riforma ospedaliera.

Noi siamo disponibili per tale impegno, senza strumentalismi di sorta. Siamo disponibili per una battaglia che voglia portare il nostro paese al livello delle nazioni più progredite nel campo dove più si esprime la civiltà ed il progresso di un popolo: la salvaguardia della salute dei singoli e della collettività. (*Applausi all'estrema sinistra — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Vedovato. Ne ha facoltà.

VEDOVATO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il mio è un bre-

ve intervento, diretto ad illustrare le ragioni per le quali presentiamo un emendamento al disegno di legge in discussione. Unitamente ai colleghi Cappugi, Caiazza, Gerardo Bianchi, Nannini, Togni, Negrari, Maria Eletta Martini, Biagioni, Lucchesi e Piccinelli, tutti toscani, sottoponiamo alla considerazione di questo ramo del Parlamento, del Governo e in modo particolare del ministro, anch'egli toscano, un emendamento aggiuntivo, quale quarto comma, all'articolo 1 del disegno di legge.

Tale emendamento è così formulato: « Le confraternite di misericordia, comunque giuridicamente costituite ed anche se aventi personalità giuridica ai sensi dell'articolo 91, n. 2, della legge 17 luglio 1890, n. 6972, sono equiparate agli enti ecclesiastici per quanto riguarda la esenzione dei loro ospedali dalle disposizioni di assorbimento nei costituendi enti ospedalieri di cui al successivo articolo 3 ».

Le confraternite di misericordia, infatti, sono fondamentalmente enti religiosi, anche se esse esercitano — in unione con tutte le altre opere di misericordia, spirituali e corporali, previste dalla Chiesa cattolica — alcuni servizi di pubblico interesse, quali il soccorso agli ammalati e ai feriti a mezzo di automobili, nonché la gestione di ospedali, asili, orfanotrofi e analoghi luoghi di assistenza e di cura. Cinque confraternite di misericordia gestiscono ospedali. Sono le seguenti: in provincia di Siena, le confraternite di misericordia di Sarteano e di Chiusi; in provincia di Arezzo, le confraternite di misericordia di Monteverchi e di Stia; in provincia di Pisa, la confraternita di misericordia di Navacchio.

Poiché la qualificazione giuridico-ontologica di una associazione e di un ente deve essere primieramente riferita all'esame dei suoi fini e dei suoi statuti, ci sia consentito di fare osservare che gli statuti delle confraternite di misericordia qualificano le medesime come associazioni di laici esercitanti attività caritativa « per amore di Dio e per amore del prossimo » con un finalismo, quindi, tipicamente religioso, anche se l'azione esterna ed i relativi servizi sono fatti da laici e si inseriscono nella realtà sociale alla pari dei servizi resi da altre istituzioni di diverso carattere e aventi scopi puramente laici. La caratterizzazione delle confraternite in discorso, quali enti religiosi, deriva alle medesime anche dal fatto che esse sono sottoposte alla giurisdizione e alla vigilanza della Chiesa cattolica e, conseguentemente, delle autorità ecclesiastiche diocesane e parrocchiali.

Non sembra, pertanto, priva di fondamento la richiesta di equiparazione delle confraternite di misericordia agli enti ecclesiastici. E da aggiungere che la sollecitata equiparazione si richiede non a tutti gli effetti, bensì soltanto ai fini specifici della legge in discussione.

Dobbiamo ora spiegare i motivi per i quali, nel proposto emendamento, abbiamo inserito l'inciso: « comunque giuridicamente costituite ed anche se aventi personalità giuridica ai sensi dell'articolo 91, n. 2, della legge 17 luglio 1890, n. 6972 ». Giova subito ricordare la anomala situazione verificatasi nel corso dei secoli nelle confraternite di misericordia, che, proprio a ragione delle disposizioni legislative che si sono storicamente succedute, sono venute a trovarsi in diverse condizioni agli effetti della loro personalità giuridica: talune di esse, infatti, sono riconosciute agli effetti della legge del 1890, mentre quelle costituite successivamente a quell'anno o hanno ottenuto la personalità giuridica ai sensi del codice civile, oppure sono associazioni di fatto (pur avendo promosso, anche queste ultime, le pratiche per il loro riconoscimento giuridico ai sensi dell'articolo 12 dello stesso codice civile).

Più specificatamente, quanto alle singole confraternite di misericordia, è da tener presente che la legislazione attualmente in vigore ha consentito loro di assumere ben quattro diverse fisionomie dal punto di vista giuridico. E cioè: 1) confraternite di misericordia aventi la personalità giuridica ai sensi della legge 17 luglio 1890, n. 6972: esse sono tutte le confraternite di misericordia che esistevano anteriormente alla emanazione di detta legge; 2) confraternite di misericordia aventi la personalità giuridica ai sensi del diritto canonico, con successivo riconoscimento in ente morale da parte dello Stato italiano a termini della legge 27 maggio 1929, n. 848; 3) confraternite di misericordia che hanno potuto ottenere la personalità giuridica come persone private ai sensi dell'articolo 12 del codice civile: sono quelle di costituzione successiva all'anno 1890; 4) confraternite di misericordia che, non avendo ottenuto la personalità giuridica in nessuna delle forme sinora indicate, sono sorte e continuano a vivere quali « associazioni semplici », cioè come enti di fatto.

Le confraternite di misericordia preesistenti alla legge 17 luglio 1890, n. 6972, furono sottoposte al regime giuridico di quella legge, non perché riconosciute quali « fondazioni », ma perché si ritenne di equipararle alle isti-

tuzioni di beneficenza, pur riconoscendosi dalla legge che esse erano, e rimanevano « associazioni di confratelli ». Del resto, l'articolo 91 della legge citata parla soltanto di « equiparazione ». Ciò fu riconosciuto anche nelle prime interpretazioni date alla legge in parola dalle giurisdizioni amministrative e dalle stesse disposizioni ministeriali. Giova ricordare, invero, a questo riguardo, che il Consiglio di Stato, con pronuncia delle sezioni unite del 28 febbraio 1898, nonché, successivamente, il Ministero dell'interno con circolare n. 26053 del 17 luglio dello stesso anno, riconobbero espressamente che « le confraternite sono pie associazioni laicali soggette alle ordinarie leggi civili ed equiparate, agli effetti della vigilanza e della tutela, alle istituzioni pubbliche di beneficenza ».

Dimostrato in tal modo (seppure telegraficamente) che le confraternite di misericordia possono considerarsi sostanzialmente e finalisticamente enti religiosi, e che esse non sono state giammai riconosciute « fondazioni » bensì « pie associazioni laicali », ne consegue la validità, anche sul piano giuridico, della nostra richiesta di attento esame e di accettazione dell'emendamento che abbiamo presentato. Questo, evidentemente, è il nostro augurio.

Devo anche aggiungere che la precisazione contenuta nell'inciso: « comunque giuridicamente costituite ed anche se aventi personalità giuridica ai sensi dell'articolo 91, n. 2, della legge 17 luglio 1890, n. 6972 », trova giustificazione nella necessità che l'esenzione degli ospedali delle confraternite di misericordia (e sono i cinque sopra ricordati) dall'assorbimento nei costituendi enti ospedalieri debba venire concessa a favore di tutte le confraternite di misericordia, siano esse soggette alla legge del 1890 o alle norme del codice civile sulle associazioni (secondo l'articolo 12 del codice stesso), abbiano o no ancora ottenuto la personalità giuridica, dato che tutte quante le confraternite di misericordia hanno gli stessi lineamenti statutari, gli stessi caratteri ontologici e le stesse attività funzionali.

È superfluo aggiungere che, qualora il proposto emendamento trovi l'auspicato accoglimento, avrà applicazione anche nei confronti delle confraternite di misericordia di cui stiamo discutendo la disposizione contenuta nel quinto comma dell'articolo 1 del disegno di legge, introdotto dalla Commissione sanità, che recita: « Gli istituti e gli enti di cui al terzo comma, ove posseggano i requisiti prescritti dalla presente legge, possono ottenere,

a domanda, che i loro ospedali siano classificati in una delle categorie di cui agli articoli 19 e seguenti anche ai fini dell'applicazione delle disposizioni contenute nel titolo IV della presente legge ».

Se questa perorazione ho fatto, onorevole ministro, nel presentare l'emendamento alla Presidenza della Camera, è perché ho due profonde convinzioni.

La prima convinzione è che, nel varo delle leggi, bisogna tenere, sempre e rigorosamente, presenti i dettami della Costituzione, la quale, per quanto attiene alla materia in discussione, afferma che « l'assistenza privata è libera »: la disposizione (giova ricordarlo) fu introdotta nella Costituzione su proposta degli onorevoli Laconi, Targetti, Moro e Taviani, perché, disse il costituente, « non pensiamo che lo Stato debba avere dell'assistenza un monopolio ». Ella sa, onorevole ministro, per essere toscano e fiorentino, come gli ospedali delle confraternite di misericordia siano sorti dal sacrificio e dalle contribuzioni delle popolazioni, e come queste si sentano attaccatissime alle loro istituzioni benefiche.

La seconda convinzione la esprimo con le parole di un confratello di misericordia, Pio X, il quale avvertiva: « Quanto si ingannano quei riformatori i quali credono di governare, curando l'osservanza della sola giustizia, rigettando il concorso della carità ! ». (*Applausi al centro*).

Presentazione di un disegno di legge.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Chiedo di parlare per la presentazione di un disegno di legge.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Mi onoro presentare, a nome del ministro degli affari esteri, il disegno di legge:

« Conversione in legge del decreto-legge 24 aprile 1967, n. 222: Norme sul divieto di rapporti economici con la Rhodesia del sud ».

PRESIDENTE. Do atto della presentazione di questo disegno di legge, che sarà stampato, distribuito e trasmesso alla Commissione competente, con riserva di stabilire la sede.

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Fornale. Ne ha facoltà.

FORNALE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il disegno di leg-

ge sulla riforma ospedaliera che la Camera sta discutendo è certamente un provvedimento di grande portata politica e sociale perché, oltre ad essere uno dei punti fondamentali del capitolo VII della programmazione, dedicato alla sicurezza sociale, è un provvedimento che interessa tutti i cittadini italiani, che devono vedere nell'ospedale il presidio più sicuro per la difesa della salute fisica.

Come bene afferma il relatore per la maggioranza, onorevole Lattanzio, la rete ospedaliera italiana fino ad oggi, nella sua maggior parte, specie direi alla periferia, ha svolto egregiamente il suo alto e delicato compito, secondo tradizioni antichissime e nobili, che hanno avuto origine al di fuori di iniziative dello Stato, per merito di istituzioni benefiche e privati cittadini.

Riteniamo quindi che la riforma, indubbiamente necessaria, non debba considerarsi come abbandono di un passato o rinnovamento di un sistema che presenta solo carenze e manchevolezze, bensì come migliore coordinamento organizzativo, impulso di ammodernamento, efficace potenziamento di un servizio, che detiene un patrimonio prezioso ed insostituibile di meriti e di risultati positivi nei confronti della salute fisica delle nostre popolazioni.

L'evoluzione dei tempi, il progresso civile, sociale e della scienza medica, le linee programmatiche governative hanno richiesto una legge organica che ponesse gli ospedali nelle migliori condizioni per rispondere, in misura più completa di quanto oggi non venga ad essi richiesto, specialmente ai compiti ed alle funzioni che domani verranno loro affidati.

Certamente, tutti avremmo affrontato con maggiore serenità l'esame del disegno di legge se, nel contempo, il quadro fosse stato completato dal rinnovo dei sistemi previdenziali e mutualistici strettamente legati all'attività ospedaliera. Anzi, l'applicazione della riforma potrà essere completa e veramente efficace solo quando quest'altro problema troverà una concreta soluzione. Ma l'attesa di una soluzione contemporanea dei due problemi avrebbe bloccato anche la soluzione di quello che oggi discutiamo: pertanto è meglio approvare quanto oggi è possibile approvare, per non rimandare tutto a domani.

D'altronde, l'urgenza di questa riforma è data da molti elementi, non ultimo il fatto che, oggi, alla parte curativa dovremmo aggiungere quella di medicina preventiva, che troverà nell'ospedale la sede adatta, cioè quel centro sanitario fondamentale che potrà assi-

curare alla popolazione una assistenza sanitaria a ciclo completo.

Si è detto ed affermato ripetutamente che l'ospedale, nella trasformazione in ente ospedaliero, conserverà la sua autonomia. Noi, che modestamente ci dedichiamo da anni a svolgere le non facili incombenze di amministratori, siamo i più gelosi e convinti assertori di tale autonomia, perché vediamo gli ospedali come enti locali a stretto contatto dei comuni e delle province, e, domani, organizzati nel quadro regionale. Ma, soprattutto, difendiamo l'autonomia perché ci pare che soltanto con essa potrà continuare a restare acceso quello spirito umanitario, quel senso di carità che fino ad oggi hanno alimentato gran parte della vita di moltissimi ospedali italiani, e che domani potrebbero scomparire se l'ospedale dovesse assumere la fisionomia di un qualsiasi ente pubblico, dove la persona diventa numero e si respira aria di caserma, anziché essere un luogo dove si cura con sapienza e scrupolo la salute fisica e di conseguenza la salute morale dell'uomo.

Tutti però sappiamo che non esiste e non si può configurare un'autentica autonomia se non esiste in pari tempo un'autosufficienza economica: questa, oggi (come altri colleghi hanno già messo in evidenza), non soltanto è carente, ma si va deteriorando ogni giorno di più, e la riforma stessa non potrà trovare una completa e seria applicazione, se non saranno assicurati agli ospedali i mezzi finanziari per vivere, cioè per retribuire giustamente e puntualmente tutto il personale e per completare, potenziare e rinnovare impianti, reparti e servizi.

Si tratta non di aiuti straordinari da parte dello Stato o, domani, delle regioni, ma del semplice pagamento delle rette regolarmente approvate. Per questi motivi ho sopra accennato che la riforma che stiamo discutendo avrebbe trovato il giusto e tempestivo collocamento nel contemporaneo rinnovo dei sistemi previdenziali e mutualistici. Il problema del pagamento dei crediti alle amministrazioni ospedaliere dovrà essere risolto ed affrontato al più presto ed in forma totale (e non parziale come si sente dire) perché altrimenti le nostre affermazioni di autonomia e di democratizzazione resteranno scritte nel testo che andiamo ad approvare mentre, praticamente, tra breve tempo, potremo assistere ad una triste realtà, cioè quella di un ospedale piegato e stroncato da insuperabili difficoltà finanziarie e costretto a passare armi e bagagli nelle mani dello Stato o di enti vari: si arriverebbe così al punto in cui alcuni spera-

vano e sperano di portarci, per creare in Italia sistemi di assistenza sanitaria che sono esattamente il contrario di quanto le autonomie locali e regionali ci fanno sperare.

Non so personalmente, né è mio compito indicare, quale possa essere la via migliore e certa per assestare i bilanci degli enti mutualistici, che a loro volta deprimono quelli degli ospedali, e mettere tali enti nelle condizioni di far fronte ai debiti che oggi hanno. Forse, come qualcuno suggerisce, senza intaccare il principio del diritto del cittadino all'assistenza più completa, non sarebbe errato esaminare una soluzione tale da garantire al mutuo la gratuità della degenza e della cura ospedaliera, mentre, quanto al resto (e mi riferisco specialmente ai medicinali) forse sarebbe utile responsabilizzare l'individuo, facendogli pagare una sia pur modesta quota che servirebbe indubbiamente da freno a sprechi ed esagerazioni, tanto più che non è l'uso indiscriminato delle medicine che porta alla guarigione, ma l'uso razionale di esse, strettamente seguito e guidato.

Sappiamo bene che basterebbe una sana coscienza morale e civica da parte dei cittadini, dei medici, degli enti mutualistici, per risolvere il sistema delle spese inutili ed esagerate ma, se questa auspicata maturità non è stata ancora raggiunta, sarebbe illusione volerla ammettere come già esistente o pensare che in breve tempo possa conseguirsi. Restiamo allora nella realtà concreta dei fatti e della situazione attuale e cerchiamo di trovare gli strumenti più adatti per conseguire un risultato positivo.

Mi auguro veramente che lo slancio con il quale l'onorevole ministro ha affrontato il tema della riforma ospedaliera, pur tra tante difficoltà, abbia a proseguire anche nella ricerca di un sistema idoneo a fare in modo che a tutti i doveri e i compiti cui da oggi l'ospedale dovrà assolvere corrisponda anche il rispetto dell'ospedale stesso; altrimenti, domani, nessuno potrà accusare l'ospedale di avere male assolto agli impegni ai quali la riforma lo chiama.

Passo ora a esaminare brevemente qualche aspetto particolare del disegno di legge che può avere ingenerato perplessità e ha incontrato diverse critiche.

Quanto alla classificazione e ai requisiti che ciascun ospedale deve avere, ritengo equo il concetto che, oltre alla media di degenze, si sia tenuto conto soprattutto della qualità delle prestazioni medico-chirurgiche e specializzate che l'ente può offrire.

L'applicazione della classificazione dovrà essere attuata con le dovute garanzie perché non succeda che taluni ospedali improvvisino determinate sezioni e servizi, magari senza spazio sufficiente e attrezzature idonee, per poter raggiungere la promozione da zonale a provinciale o da provinciale a regionale. Sono perciò dell'avviso che ogni fretta sia da evitarsi, pur di fare in modo che ciascun ente ospedaliero venga classificato al grado che gli compete e per il quale dovrà dimostrare di possedere tutti i requisiti richiesti dalla legge, mentre un criterio meno rigido potrà essere usato nei confronti della dimensione territoriale, la quale dovrà evidentemente tener conto di situazioni preesistenti, della topografia della zona e delle esigenze dell'incidenza di malattia.

Accenno pure ad un problema toccato da altri oratori, e che in Italia è ancora lungi dall'essere seriamente affrontato e risolto: cioè quello dei lungodegenti e convalescenti e dei reparti geriatrici. Oggi, in questo settore, si è realizzato poco, e tanti anziani sono trascurati e mal curati proprio nell'età in cui ne avrebbero maggior bisogno. La casa di ricovero offre un posto-letto e il vitto, ma non assistenza e cura. Nella riforma si prevede che non vi siano ospedali *ad hoc* per vecchi, ma che siano istituiti reparti presso gli ospedali provinciali e zonali per permettere al vecchio ammalato, e comunque bisognoso di cure, di poter raggiungere celermente il luogo del ricovero e della cura, non lontano dai familiari. Ciò è giusto, anche perché in tal modo gli anziani, anche affetti da forme morbose inerenti all'età, potranno trovare nello ospedale le cure più adeguate e specializzate.

Teniamo però presente che nel settore della geriatria siamo estremamente carenti per cui, nei piani di finanziamento, si deve dare la precedenza alle amministrazioni che indirizzano le loro iniziative anche in tal senso, ed anzi si dovrà prevedere un programma regionale, con un'adeguata urgenza, affinché venga affrontato il problema in tutte le zone dove esistano maggiori esigenze.

Un capitolo molto importante del progetto di riforma è quello della programmazione ospedaliera, che si dovrà realizzare attraverso l'aiuto economico dello Stato e della regione. Non concordo con la disposizione per cui ogni costruzione, ampliamento od opera debbono essere approvati soltanto se sono previsti dal piano. Si tratta di una limitazione che, prevista per lunghe scadenze, mi sembra esagerata e non proprio conforme all'autonomia che si vuole concedere all'ente.

C'è invece da tener presente che per lo sviluppo futuro di molti ospedali non si tratta soltanto di aumentare i posti-letto, pur essendo questa una esigenza grave, ma piuttosto di accrescere le attrezzature tecniche e di creare servizi, completare specializzazioni. Non dobbiamo in effetti assumere come unico o principale parametro quello della capienza dell'ospedale, ma dobbiamo considerare un insieme di fattori che variano da zona a zona, come l'incidenza diversa di malattie e la durata media della degenza, che pure cambia per motivi di carattere sociale e di lavoro.

A tal fine, le commissioni regionali e nazionale dovranno formulare i programmi di sviluppo con criteri di massima diligenza e competenza, in modo che si arrivi alla creazione di un piano armonico, ben distribuito, libero da campanilismi, soprattutto per le zone dove esistono vuoti sia di posti-letto sia di reparti e servizi.

Una parola aggiungo sui concorsi dei sanitari ospedalieri. Esprimo un mio punto di vista personale, che l'onorevole ministro potrà tenere nella considerazione che riterrà opportuna.

Il punteggio posto a disposizione delle commissioni esaminatrici per i titoli, per il colloquio e le prove pratiche viene fissato nella misura di tre quinti per i titoli e di due quinti per il resto. Personalmente sarei per una perequazione delle due classificazioni, perché, se il titolo deve sempre costituire la prova autentica che il candidato si è preparato remotamente e ha accompagnato anche con studi e pubblicazioni l'iter professionale, è anche vero che non sempre i titoli costituiscono la prova reale ed esatta della preparazione e della capacità: quindi una maggiore quota di punteggio riservato alle prove orali e pratiche può offrire alle commissioni determinate garanzie che sono indispensabili nel settore ospedaliero, in particolare in quello della chirurgia, dove talvolta ai molti titoli non corrisponde affatto un adeguato tirocinio pratico di interventi.

Quanto invece alla composizione delle commissioni per l'assunzione dei sanitari, per cui il testo del disegno di legge lascia la facoltà alle amministrazioni di includere o no un professore universitario, sarei dell'avviso, per l'esperienza fatta personalmente come presidente di ospedale, che sarebbe stato meglio togliere ogni alternativa e cioè stabilire se l'universitario debba essere incluso o no nella commissione.

Io, pur con tutta la fiducia e stima che ho verso i primari ospedalieri, ritengo che la presenza in commissione di un docente di università consenta di ottenere due scopi piuttosto notevoli. In primo luogo, si ha un esaminatore a livello superiore che, essendo dedicato all'insegnamento, può essere in grado di esaminare e giudicare il candidato con particolare competenza ed aggiornamento. In secondo luogo, le commissioni ricaveranno quel maggior prestigio, che l'ospedale deve pur riconoscere al docente d'università, mentre la presenza di un membro estraneo all'ambiente, di livello superiore, scelto liberamente dalle amministrazioni, potrebbe anche offrire qualche garanzia in più di un giudizio qualificato ed estraneo alla categoria interessata.

Esprimo queste osservazioni perché mi sono sentito confortato dal parere simile di molti colleghi che pure hanno esperienze di amministratori e di concorsi ospedalieri; sentiamo di parlare a favore dell'ente e non di categorie di medici universitari o non universitari. Auspichiamo che tutti i punti di contrasto emersi in questi giorni tra le posizioni dei medici docenti universitari, da una parte, ed ospedalieri dall'altra, abbiano a trovare soluzione in modo che possa continuare quella tradizione di collaborazione preziosa tra cliniche universitarie ed ospedali, molti dei quali, e sono i più illustri ed antichi, ospitano da decenni le cliniche mediche.

Le critiche che alla riforma sono venute dall'estrema sinistra e dalle destre non vanno al di là di una opposizione preconcepita: nulla abbiamo appreso di nuovo che sia costruttivo e sereno, né abbiamo colto suggerimenti obiettivi tesi ad un effettivo miglioramento del testo di legge.

Perciò siamo convinti che la Camera, nella sua maggioranza, bene faccia ad approvare la riforma che stiamo discutendo; sebbene non possa certamente trattarsi di un documento perfetto, come io stesso ho fatto rilevare per alcuni punti, purtuttaviasiamo persuasi che un grande passo è stato compiuto. Si tratta di una tappa decisiva dello sviluppo istituzionale, democratico e scientifico degli ospedali che il Governo si è coraggiosamente accinto a realizzare: ci auguriamo che la Camera, dopo una libera discussione, dia la sua approvazione nel vero interesse di tutti i cittadini.

Verranno ad essere superati vecchi criteri di leggi antiche, che hanno avuto molti meriti, ma oggi non corrispondono più ai tempi e alle esigenze attuali. Nel contempo sarà su-

perato un complesso di interferenze da parte dei troppi organi pubblici che presiedevano la vita ospedaliera. Non avremo più soltanto una linea politica ed amministrativa basata sul numero di posti-letto, ma l'affermarsi del principio validissimo che l'ospedale deve diventare il centro della medicina curativa, preventiva e di riabilitazione.

Saremo dunque chiamati a dare il nostro consenso a questa legge con la convinzione profonda che non soltanto daremo vita ad uno strumento giuridico e tecnico per riordinare ed ammodernare la rete ospedaliera italiana, ma soprattutto daremo al paese la possibilità di intraprendere una nuova via di sviluppo ed avanzamento, non soltanto sul piano sanitario, ma anche su quello sociale e morale, perché tutti noi ben sappiamo che la salute fisica è elemento indispensabile per rafforzare lo spirito e la volontà di bene operare in tutti. (*Applausi al centro*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Giannina Cattaneo Petrini. Ne ha facoltà.

CATTANEO PETRINI GIANNINA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, desidero premettere che riconosco nei principi informativi del disegno di legge l'impegno non facile di realizzare una legge di riforma ad un tempo fondata sul dettato costituzionale, rispettosa di valori inconfutabili presenti nella realtà sanitaria del paese, destinata a precorrere riforme fondamentali del sistema mutualistico e previdenziale e l'attuazione dell'ordinamento regionale.

La Commissione sanità presenta un testo che ha fatto suoi i pareri di alcune altre Commissioni e le fondate esigenze di altre, dopo un lungo e leale lavoro di collaborazione; presenta non il frutto di compromessi politici o di cedimenti ideologici, ma il risultato di una volontà comune di realizzazione e di un vero confronto democratico.

Era necessario vedere realisticamente e alla luce del dettato costituzionale i problemi essenziali di una moderna ed efficiente organizzazione ospedaliera, e cioè: autonomia amministrativa e funzionale dell'ente ospedaliero, nel quadro del programma; funzioni dello ospedale come fattore di medicina sociale; rapporti dell'ospedale con la comunità.

L'esigenza dell'autonomia è nei cardini stessi della nostra Costituzione, come valore preminente della persona umana e del suo sviluppo in ogni onesta dimensione, inquadrato nel bene comune; irrinunciabile rispetto

della libertà della persona e degli organismi sociali, temperato con la socialità; attribuzione ai pubblici poteri di ogni ordine e grado di una funzione di servizio alla persona umana e di tutela del suo sviluppo; riconoscimento del diritto di iniziativa dei pubblici poteri per avocare determinate funzioni in vista del bene comune, per intervenire, supplire od integrare quanto gli organismi minori non possono autonomamente conseguire, o per creare le condizioni che estendano alla generalità dei cittadini la possibilità di un armonico sviluppo personale e la tutela dei diritti insiti nella legge naturale, prima, e sanciti dalla Costituzione: nella fattispecie, la tutela della salute.

La nostra Costituzione è espressione della volontà che i pubblici poteri non siano assenti di fronte alle esigenze dei cittadini e nello stesso tempo non annullino l'iniziativa dei singoli e degli organismi minori né vi si sostituiscano. Gli interventi previsti dalla Costituzione sono sempre volti a tutelare, assicurare, garantire, riconoscere, favorire, promuovere, a fondare cioè presidi di vera democrazia.

Nel titolo *Principi fondamentali* e nell'articolo 5 in particolare, sono espressi principi che devono essere ritenuti fondamento costituzionale del disegno di legge in esame: « La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi e i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento ».

In quanto gli indirizzi dell'autorità centrale intendono recepire e recepiranno nella fase transitoria le istanze presentate dalle formazioni sociali, periferiche ed autonome, per inquadrarle obiettivamente nel bene comune, la sostanza del dettato costituzionale sarà rispettata.

Nell'indicare poi l'autonomia amministrativa dell'ente ospedaliero, si riconosce che le formazioni sociali, ove si svolge la personalità dell'uomo (articolo 2 della Costituzione) non sono ovviamente soltanto gli enti pubblici locali, ma anche « altri enti locali » (articolo 118, primo e terzo comma, articolo 130 primo comma della Costituzione).

È nel rispetto di questi principi che il disegno di legge in esame sottolinea l'autonomia degli enti ospedalieri, pur con i necessari controlli e nel quadro di una normativa generale. È in questo contesto che il suo articolo primo dispone come facoltativo il riconoscimento come enti pubblici ospedalieri di particolari fondazioni ed associazioni (di cui all'articolo

12 e seguenti del codice civile) e non innova il regime giuridico-amministrativo degli istituti di enti ecclesiastici, civilmente riconosciuti, che esercitano l'assistenza ospedaliera. A tale riguardo, l'articolo 20 della Costituzione, che fa espressamente menzione della libertà di tali enti da limitazioni legislative e fiscali, potrebbe forse porre il problema dell'inserimento di essi nell'arco delle facilitazioni di cui al titolo quarto del disegno di legge, in termini più larghi di quanto sia espresso nel quarto comma dell'articolo 1.

L'autonomia di gestione sancita per gli enti ospedalieri è poi la logica conseguenza della chiara delimitazione della sfera di competenza della regione in materia ospedaliera. Nell'articolo 117 della Costituzione, fra le materie per le quali la regione emana norme legislative, sono indicate la beneficenza pubblica e l'assistenza sanitaria ed ospedaliera; ma la emanazione delle norme deve essere contenuta nei limiti di principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e non può contrastare con l'interesse nazionale né con quello di altre regioni.

L'articolo 118 della Costituzione sembra attribuire alla regione, oltre alle funzioni legislative, anche le funzioni amministrative per tali materie. Di fatto, però, l'autonomia di amministrazione degli enti ospedalieri è chiaramente indicata nello stesso articolo dalla esclusione dalle attribuzioni regionali delle funzioni di interesse locale, che possono essere attribuite da leggi della Repubblica a province, a comuni e ad altri enti locali, e dal successivo comma terzo, che precisa: « La Regione esercita normalmente le sue funzioni amministrative delegandole alle province, ai comuni o ad altri enti locali, o valendosi dei loro uffici ».

Il dettato costituzionale in materia sanitaria e ospedaliera può quindi essere attuato con risultati efficaci dal punto di vista organizzativo e funzionale attraverso un organo tecnico consultivo a carattere regionale, il quale recepisca le istanze degli organi tecnici provinciali e si ponga come consulente della regione per le sue competenze legislative nell'attuazione della programmazione regionale nel settore ospedaliero.

Tale organismo è idoneo a suggerire, sulla base di una esatta conoscenza dei fabbisogni, le soluzioni più opportune per gli interventi e le realizzazioni, nonché gli aiuti alle istituzioni deficitarie, senza però che si instauri una diretta dipendenza organizzativa e funzionale degli ospedali, come tali, dall'autorità amministrativa su base regionale o nazionale.

L'inserimento democratico dell'ente ospedaliero nel quadro degli interessi più vasti di comuni, province, regioni e Stato e nella realtà locale è garantito dalla composizione dei consigli di amministrazione, i cui componenti sono nella quasi totalità di estrazione elettiva e rappresentano gli enti locali che li hanno designati e di conseguenza i cittadini tutti senza discriminazione alcuna, quei cittadini che sono la fonte prima dell'investitura di tali rappresentanti attraverso la partecipazione a libere elezioni a suffragio universale.

A tale riguardo ritengo che non si debba temere che la presenza preponderante dei consiglieri eletti dagli enti locali territoriali tra persone idonee al delicato compito porti necessariamente ad un atteggiamento politicizzato dell'amministrazione ospedaliera purché, nel rispetto del diritto e dei doveri delle maggioranze e delle minoranze, si tenga davvero presente, come unico fine, il bene comune, che in questo caso si identifica con il bene di ogni singola persona, con il bene di tutti gli ammalati (che sono i veri « padroni » dello ospedale) e della comunità tutta che gravita intorno all'ente ospedaliero.

Si tratta anche in questo caso di senso civico, di piena assunzione di responsabilità, di leale impegno dei singoli e dei gruppi politici, di superamento di ambizioni e di rinuncia a vuote battaglie di prestigio ed a concorrenze prive di senso e del tutto controproducenti per l'interesse della collettività; si tratta di voler veramente camminare insieme per il vantaggio di tutti operando concretamente tutto il bene possibile.

Dei problemi generali dell'organizzazione ospedaliera, questo dell'autonomia amministrativa dell'ente ospedaliero e dell'autonomia funzionale dei suoi ospedali è il primo e fondamentale, e ritengo sia destinato a soluzione positiva col disegno di legge in esame. Un giudizio definitivo potrà essere dato solo quando, con il regolamento e le norme delegate, saranno chiarite l'estensione e le modalità di pratica attuazione degli interventi dei comitati di programmazione provinciali, regionali e nazionale.

Intimamente collegato col problema della autonomia ed in larga parte da risolvere è il problema del finanziamento delle opere ordinarie e straordinarie, richiesto da una moderna funzione dell'ospedale. Tale problema è pure intimamente connesso con quello della fissazione di rette corrispondenti non solo al costo elementare delle degenze (nelle strette componenti di terapia medicamentosa ed alimentare e di alcuni costi generali), ma anche

al costo indilazionabile di un adeguato livello di prestazioni, livello che è condizionato dalla senescenza delle strutture, dalle carenze di mezzi di ricerca diagnostica, dalla mancata qualificazione del personale tutto di assistenza, dall'adeguamento delle piante organiche per quantità e qualità del personale al progresso della terapia e della tecnica. In questo quadro di adeguamento della funzione diagnostica e terapeutica dell'ospedale si inseriscono anche nuove fisionomie professionali, che potremmo definire di tecnici laureati non sanitari (chimici, biologi, fisici, eccetera): esse postulano un inquadramento in ruoli speciali ed un trattamento economico adeguato alle responsabilità di primi collaboratori del sanitario responsabile di servizi speciali, senza però confusioni di competenze di carattere sanitario.

Una impostazione di tale genere richiede una diversa valutazione del costo della retta, che non sia quella facilmente e globalmente definita come « intollerabile », « inspiegabile », « infrenabile » lievitazione della retta; richiede che l'amministrazione centrale dello Stato si ponga una realistica ed obiettiva valutazione della realtà sanitaria, che differenzia certe rette da altre, senza cedere alle troppo facili generalizzazioni di eventuali documentati abusi; richiede soprattutto conseguenti provvedimenti, che il Governo deve assumere collegialmente, senza mettere gli ospedali, con i loro amministratori ed il loro personale, nella mortificante situazione di sentirsi trattati come i nemici di coloro ai quali dedicano tutta la loro attività e capacità.

Se passiamo a considerare l'ospedale come fattore di medicina sociale, dobbiamo prevederlo nelle nuove realizzazioni e nell'ammmodernamento degli ospedali esistenti, in una concezione più vasta e moderna, che supera quella dell'ospedale come risposta alle richieste di cura e soggiorno.

Riconoscendo congeniali alla organizzazione ospedaliera buona parte delle funzioni e delle attività di medicina preventiva, ed in particolare quelle già previste in tal senso dai decreti del febbraio 1961 (che per altro non hanno potuto raggiungere il fine proposto se non in piccola parte), è evidente che la riforma prevista dal disegno di legge in discussione deve sottolineare la necessità che alcuni compiti della mutualità mutino fisionomia e si svolgano nell'ambito della rete ospedaliera.

Amministratori, ospedalieri, responsabili della mutualità sono chiamati a superare ogni tentazione monopolistica e ogni complesso di prestigio per svolgere, in intima collabora-

zione, un più vasto, sicuro e completo servizio di medicina preventiva e più solleciti ed economici servizi di diagnostica e di assistenza specializzata.

Da ciò deriva una prima concreta necessità: quella di non istituire doppioni di servizi (per esempio, ambulatori polispecialistici) là dove è possibile fonderli con quelli di adeguati poliambulatori ospedalieri.

Conditio sine qua non dell'avvio di una nuova concezione dell'intervento mutualistico, che si orienti verso quella della sicurezza sociale, è il superamento del concetto dell'intervento sanitario limitato al momento del conclamato stato di malattia.

È poi fondamentale, ai fini delle funzioni di medicina sociale degli enti ospedalieri, il collegamento con l'attività più decentrata dei servizi sanitari di base, configurati come circoli o unità sanitarie locali, alle quali è affidato il compito del primo reperimento delle alterazioni dello stato di salute e quello della identificazione dei soggetti che dovranno sottoporsi ad accertamenti più completi e più delicati nell'ambito dell'ospedale, al quale fanno capo le unità sanitarie locali.

Naturalmente un piano sistematico di controllo della salute della popolazione, tutta ripartita nei corrispondenti naturali comprensori, presuppone l'attuazione dei servizi previsti dal piano quinquennale; ma è evidente che gli interventi di medicina preventiva possono già prendere l'avvio nell'ambito delle realizzazioni della riforma ospedaliera.

Mi accorgo di aver parlato per più tempo di quanto volessi. Voglio solo ricordare il terzo punto, da me definito come essenziale caratteristica dei problemi organizzativi dell'ente ospedaliero e dei suoi ospedali: quello che si riferisce ai rapporti dell'ospedale con la comunità.

Tali rapporti sono assai vasti e multifor- mi; vanno dagli interventi di educazione sanitaria, all'interno dell'ospedale, fra i degenti e le loro famiglie alla ormai indispensabile funzione di un servizio sociale ospedaliero, interno all'ospedale e collegato con l'ambiente familiare e comunitario.

Tale servizio è chiamato a risolvere in tempo utile i problemi connessi con il ricovero e con la malattia e a stabilire i contatti con i presidi esterni all'ospedale. I rapporti con la comunità implicano la necessità di una informazione sui problemi della salute e sui bisogni della comunità stessa, e si proiettano sulla necessità di centri di informazione sanitaria e scientifica, come fonte insostituibile

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

di dati statistici e di elementi validi per una realistica programmazione sanitaria.

I rapporti dell'ente ospedaliero con la comunità hanno poi il loro culmine nella partecipazione dell'ospedale alla funzione didattica per il personale sanitario, attraverso l'internato obbligatorio, che personalmente porterai anche a due anni, e per il personale di assistenza qualificato ed ausiliario.

È auspicabile che, chiariti i malintesi e placati gli animi, si possa davvero realizzare anche da noi una continua osmosi fra le centrali didattiche e scientifiche universitarie e gli ospedali, e fra questi e quelle, in una coordinata visione di compiti, di funzioni e di meriti. Sarebbe questo il miglior servizio per la comunità, accanto a quello della prestazione curativa diretta.

Auspico pure che, attraverso chiarimenti che potranno essere richiesti e forniti in sede di esame degli articoli, certi problemi singoli, anche se importanti per l'organizzazione e la funzionalità degli ospedali, trovino la loro soluzione in un giusto equilibrio tra bene comune e diritti di persone e di categorie. Penso che, in un tempo successivo, l'esame delle norme delegate consentirà pure molte precisazioni e potrà dissipare molte preoccupazioni, purché non si ceda a pressioni ingiustificate, a rifiuti preconcepi e a tentazioni demagogiche.

Sottolineo la necessità di esaminare con particolare cura, in sede di esame degli articoli o preferibilmente di regolamento di attuazione, il problema complesso della distinzione fra istituzioni geriatriche inserite nel contesto di ospedali per acuti, con la fisionomia di veri e propri ospedali per le malattie di anziani e dell'anziano, ed istituzioni per la assistenza ad anziani autosufficienti od inabili o per minorati psichici adulti.

Mi sia permesso pure un breve cenno ad un particolare che ha un notevole peso nella visione dell'ospedale come centro di medicina sociale e nella visione del valore ospedaliero degli istituti psichiatrici. Fra gli ospedali generali ed ospedali specializzati di questo ultimo tipo (anche se al di fuori, questi, della legge in esame) il momento di incontro e di utile collaborazione è quello dell'inserimento negli ospedali di servizi di guardia neuropsichiatrica, con relative possibilità di degenza per l'osservazione e per la cosiddetta « piccola psichiatria », e quello di sezioni di neuropsichiatrica infantile in stretta collaborazione con le divisioni di pediatria. Non voglio cedere alla tentazione di entrare in particolari e di sollecitare provvedimenti di legge di fonda-

mentale importanza per la tutela della salute e per l'igiene mentale dei cittadini grandi e piccoli.

Voglio concludere con un atto di speranza. Tutto può essere fatto bene, anche partendo dal particolare per giungere all'intero quadro, se il *primum movens* del nostro operato sarà il sofferente e se sapremo dare il giusto contenuto, col più leale apporto di tutti, all'opera iniziata con la presentazione di questo disegno di legge. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato a domani.

Annunzio di una domanda di autorizzazione a procedere in giudizio.

PRESIDENTE. Il ministro di grazia e giustizia ha trasmesso la seguente domanda di autorizzazione a procedere in giudizio:

contro il deputato Cetrullo, per i reati di cui agli articoli 81 capoverso e 640 capoverso n. 1 del codice penale (*truffa continuata e aggravata*) e agli articoli 81 capoverso e 324 del codice penale (*interesse privato continuato in atti di ufficio*) (Doc. II, n. 204).

Sarà stampata, distribuita e trasmessa alla Giunta competente.

Annunzio di interrogazioni e di interpellanze.

VESPIGNANI, *Segretario*, legge le interrogazioni e le interpellanze pervenute alla Presidenza.

Ordine del giorno della seduta di domani.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della seduta di sabato, 29 aprile 1967, alle 9,30:

1. — *Svolgimento delle proposte di legge:*

CROCCO ed altri: Disciplina delle indennità mensili dovute al personale dell'ispettorato generale dell'aviazione civile (3933);

SGARLATA ed altri: Istituzione dell'educazione civica a cattedra autonoma (3298);

CERVONE ed altri: Modifica all'articolo 16 del decreto del Presidente della Repubblica 17 gennaio 1959, n. 2 (3604);

CERVONE ed altri: Modifiche all'articolo 14 del decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 1964, n. 655 (3913).

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

2. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera (3251);

e delle proposte di legge:

LONGO ed altri: Norme per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario (444);

DE MARIA e DE PASCALIS: Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali (1483);

ROMANO e NICOLAZZI: Norme generali per l'ordinamento del servizio ospedaliero nazionale (2908);

— *Relatori:* Lattanzio, *per la maggioranza*; Capua, De Lorenzo e Pierangeli, *di minoranza*.

3. — *Votazione a scrutinio segreto dei disegni di legge:*

Conversione in legge del decreto-legge 17 marzo 1967, n. 81, relativo alla organizzazione del controllo per l'applicazione delle norme comunitarie di qualità dei prodotti ortofrutticoli (3934);

Conversione in legge del decreto-legge 17 marzo 1967, n. 80, relativo all'attuazione di interventi nel settore dei prodotti ortofrutticoli (3935).

4. — *Discussione della proposta di legge costituzionale:*

AZZARO ed altri: Modifica del termine stabilito per la durata in carica dell'Assemblea regionale siciliana e dei Consigli regionali della Sardegna, della Valle d'Aosta, del Trentino-Alto Adige, del Friuli-Venezia Giulia (2493);

— *Relatore:* Gullotti.

5. — *Discussione della proposta di legge:*

CASSANDRO ed altri: Riconoscimento della Consulta nazionale quale legislatura della Repubblica (2287);

— *Relatore:* Dell'Andro.

6. — *Discussione del disegno di legge:*

Adesione alla Convenzione per il riconoscimento e l'esecuzione delle sentenze arbitrali straniere, adottata a New York il 10 giu-

gno 1958 e sua esecuzione (*Approvato dal Senato*) (3036);

— *Relatore:* Russo Carlo.

7. — *Seguito della discussione delle proposte di legge:*

FODERARO ed altri: Modifiche all'articolo 33 del testo unico delle norme sulla disciplina della circolazione stradale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393, relativamente ai limiti di peso per i veicoli da trasporto (1772);

BIMA: Modifiche agli articoli 32 e 33 del Codice della strada (1840);

— *Relatori:* Cavallaro Francesco e Sammartino.

8. — *Discussione del disegno di legge:*

Ordinamento delle professioni di avvocato e di procuratore (707);

— *Relatore:* Fortuna.

9. — *Discussione delle proposte di legge:*

NATOLI ed altri: Disciplina dell'attività urbanistica (296);

GUARRA ed altri: Nuovo ordinamento dell'attività urbanistica (1665);

— *Relatore:* Degan.

10. — *Discussione delle proposte di legge:*

CRUCIANI ed altri: Concessione della pensione ai combattenti che abbiano raggiunto il sessantesimo anno di età (*Urgenza*) (28);

VILLA ed altri: Concessione agli ex combattenti che abbiano maturato il 60° anno di età di una pensione per la vecchiaia (*Urgenza*) (47);

DURAND DE LA PENNE ed altri: Assegno annuale agli ex combattenti della guerra 1915-18 (*Urgenza*) (161);

LENOCI e BORSARI: Concessione di una pensione agli ex combattenti che abbiano maturato il 60° anno di età (*Urgenza*) (226);

LUPIS ed altri: Concessione della pensione ai combattenti della guerra 1915-18 (*Urgenza*) (360);

BERLINGUER MARIO ed altri: Concessione di una pensione agli ex combattenti ed ai loro superstiti (*Urgenza*) (370);

COVELLI: Concessione di una pensione vitalizia agli ex combattenti (*Urgenza*) (588);

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

BOLDRINI ed altri: Concessione di pensione in favore degli ex combattenti (*Urgenza*) (717);

— *Relatore*: Zugno.

11. — *Seguito della discussione del disegno di legge*:

Modifiche alla legge 10 febbraio 1953, n. 62, sulla costituzione e il funzionamento degli organi regionali (1062);

— *Relatori*: Di Primio, *per la maggioranza*; Almirante, Accreman, Luzzatto, *di minoranza*.

12. — *Discussione dei disegni di legge*:

Norme per il comando del personale dello Stato e degli enti locali per la prima costituzione degli uffici regionali (1063);

— *Relatori*: Piccoli, *per la maggioranza*; Almirante, *di minoranza*;

Principi e passaggio di funzioni alle regioni in materia di circoscrizioni comunali (1064);

— *Relatori*: Baroni, *per la maggioranza*; Almirante, *di minoranza*.

13. — *Discussione della proposta di legge*:

Bozzi ed altri: Controllo parlamentare sulle nomine governative in cariche di aziende, istituti ed enti pubblici (1445);

— *Relatore*: Ferrari Virgilio.

La seduta termina alle 19,40.

IL CAPO DEL SERVIZIO DEI RESOCONTI
Dott. MANLIO ROSSI

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
Dott. VITTORIO FALZONE

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

**INTERROGAZIONI
E INTERPELLANZE ANNUNZIATE**

Interrogazioni a risposta scritta.

DURAND DE LA PENNE. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per conoscere quali iniziative ritenga opportuno adottare per il sollecito completamento della strada panoramica delle Cinque Terre, progettata ed iniziata oltre 12 anni or sono per collegare La Spezia a Deiva Marina, dichiarata strada statale n. 370 con la legge 126, e della quale esistono attualmente solo due tronconi di qualche chilometro, l'uno da La Spezia fino a Mannarola e l'altro da Levanto verso La Spezia.

Nel far presente che i tronconi finora eseguiti sono soggetti a continuo deperimento per mancanza di adeguata manutenzione, l'interrogante ritiene necessario segnalare che il completamento della strada in questione apporterebbe un grande incremento all'economia di molti centri di quella zona della Riviera ligure, attualmente quasi isolati, con conseguente sviluppo del movimento turistico in quanto la costruenda arteria consentirebbe di collegare direttamente con unica panoramica Genova a La Spezia. (21829)

TRIPODI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per conoscere in base a quali considerazioni il collocatore di San Giovanni di Gerace (Reggio Calabria) Lucà Giuseppe Vincenzo, dopo essere stato sospeso dal servizio perché sottoposto a procedimento penale, sia stato il mese scorso reintegrato in esso e in quello del vicino comune di Martone, nonostante la formula dubitativa dell'assoluzione di primo grado e la pendenza del giudizio in sede di appello. (21830)

TRIPODI. — *Al Ministro dell'interno.* — Per sapere se è a conoscenza dello stato di grave disagio che si è creato nella città di Catanzaro dove, da molti anni, sessanta assuntrici e assuntori a suo tempo incaricati del servizio di pulizia in vari plessi scolastici per i quali quel comune è tenuto ai servizi di manutenzione, sono successivamente passati ad esplicare mansioni di bidelli e di inservienti, integrando così gli estremi di un vero e proprio lavoro subordinato, a tutto vantaggio dell'amministrazione comunale, ma a svantaggio di quei poveri lavoratori retribuiti con precari contratti tra le 15 e le 30 mila lire mensili. Contro questo sfruttamento più volte denunciato il sindaco di Catanzaro non sa altro ri-

spondere che dal 1965 attende provvedimenti dalla commissione centrale per la finanza locale, mentre quest'ultima a sua volta replica che attende atti istruttori dalla prefettura di quel capoluogo. E così si va avanti per anni lasciando nel danno e nella beffa sessanta famiglie. (21831)

CASSANDRO. — *Ai Ministri dell'interno e del lavoro e previdenza sociale.* — Per conoscere come si intendono risolvere i problemi che assillano i dipendenti comunali che scenderanno ancora in sciopero nei prossimi giorni e se si ha in animo di adottare mezzi onde alleviare il disagio che colpisce tutti i cittadini allorché si paralizza la vita amministrativa dei comuni. (21832)

CASSANDRO. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per conoscere quali concrete iniziative siano state prese — nel quadro dell'industrializzazione della Capitanata — per l'installazione di uno stabilimento petrolchimico nel comune di Manfredonia. (21833)

RIGHETTI. — *Al Ministro del tesoro.* — Per conoscere se intenda suggerire, nel quadro dei suoi poteri di orientamento e di indirizzo generale, agli istituti finanziari a carattere speciale sorti per la industrializzazione del Mezzogiorno, una serie di provvedimenti a vantaggio delle industrie che, per effetto della recessione economica, non possono soddisfare gli impegni assunti con i predetti istituti.

Ed in particolare per conoscere se, nei confronti di quelle aziende la cui insolvenza sia da attribuirsi a cause esclusivamente congiunturali, intenda esaminare la opportunità di suggerire la concessione di una moratoria della durata da uno a cinque anni limitatamente alla quota capitale nonché la rateazione mensile della quota interessi allo scopo di non alterare, col cumulo di questi ultimi, il rapporto fra debito e garanzia.

Provvedimenti di questo genere si risolverebbero in un evidente vantaggio per i suddetti istituti i quali potrebbero conseguire una riscossione, seppure più lenta, dei propri crediti, che resterebbero altrimenti congelati attraverso una annosa procedura esecutiva, ed avrebbero altresì evidenti riflessi economici e sociali in materia di occupazione delle maestranze. (21834)

ROBERTI, CRUCIANI E SERVELLO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai*

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

Ministri dell'industria, commercio e artigianato e del lavoro e previdenza sociale. — Per sapere se sono a conoscenza che la Compagnia mediterranea di assicurazione, ora in liquidazione coatta, pure avendo effettuato le ritenute di legge, non ha provveduto al versamento dei contributi obbligatori per lunghi periodi; che il commissario liquidatore, che sulla tessera assicurativa consegnata ai 400 dipendenti aveva apposto la dichiarazione di impegno dell'accreditamento delle marche per il periodo 1° aprile 1964-30 settembre 1964 direttamente all'INPS, ha successivamente affermato che i contributi in questione non entreranno neanche nel riparto, essendo l'INPS al penultimo posto della graduatoria dei crediti privilegiati; e per conoscere se non si ritenga necessario ed urgente un intervento per evitare maggiori danni tanto ai lavoratori quanto alla liquidazione, considerata la inevitabilità del ricorso da parte dei lavoratori e per risolvere totalmente la grave questione in tutti i suoi aspetti. (21835)

ROBERTI, GALDO E GUARRA. — *Al Ministro dell'interno.* — Per sapere se sia a conoscenza della denuncia presentata alla Procura della Repubblica contro il sindaco di Pompei Raffaele Mancini ed il costruttore edile Mario Borrelli, componente la locale commissione per l'edilizia, responsabili, il Borrelli, dei reati di abuso, violazione delle norme del piano regolatore vigente, omissione di richiesta di autorizzazione alla soprintendenza ai monumenti e violazione della legge sanitaria; e il sindaco, di mancata denuncia del Borrelli all'autorità giudiziaria pure essendo, egli, a conoscenza dei fatti; di avere favorito la illecita attività del costruttore di cui trattasi e di non aver ordinato la demolizione delle costruzioni abusive;

per conoscere quali urgenti provvedimenti intenda prendere in ordine alla situazione verificatasi e nei confronti del sindaco e dell'amministrazione comunale di Pompei. (21836)

BIAGINI. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per sapere se è a conoscenza che l'ENEL a partire dal prossimo 1° luglio effettuerà l'esazione delle bollette dell'energia elettrica trimestralmente anziché ogni bimestre come attualmente avviene: che a seguito di tale modifica gli utenti a reddito fisso e particolarmente lavoratori e pensionati si troveranno in notevoli difficoltà per il pagamento di dette bollette non

potendosi pretendere che i medesimi riescano ad accantonare importi per un così lungo periodo;

per sapere, infine, se non ritenga di dover intervenire per ripristinare il sistema della lettura bimestrale del consumo di energia elettrica. (21837)

BIAGINI. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per sapere se è a conoscenza del notevole malcontento esistente tra il personale della sede delle poste di Pistoia a seguito della circostanza che a partire dal 1° maggio 1967 un altro agente tecnico dei trasporti verrà trasferito da Pistoia a Livorno e ciò a seguito della decisione assunta dal Centrauto di Firenze;

per conoscere se non ritenga opportuno disporre l'assunzione in gestione diretta del servizio dei trasporti postali, scambio effettivi, vuotatura cassette e recapito a domicilio dei pacchi postali attualmente esercitato da privati a seguito di concessione di appalto e ciò allo scopo non solo di impedire ulteriori trasferimenti di personale con i drammatici disagi per gli agenti e le loro famiglie ma anche nell'interesse della cittadinanza, del personale addetto nonché del miglioramento del servizio come conseguenza dell'abbandono del criterio della forma di appalto a privati;

per conoscere, infine, se non ritenga opportuno tempestivamente intervenire per impedire il trasferimento dell'agente tecnico da Pistoia a Livorno. (21838)

BO, LENTI, LAJOLO E BIANCANI. — *Al Ministro delle poste e telecomunicazioni.* — Per conoscere l'opinione del Governo in merito all'opportunità di favorire e divulgare le iniziative relative alle celebrazioni del « 1° millennio del Monferrato »;

per sapere se, in particolare, si ritenga di accettare la proposta del « Comitato per le celebrazioni del 1° millenario del Marchesato Aleramico del Monferrato » per l'emissione di uno o più francobolli commemorativi che valga a dare alle celebrazioni adeguato rilievo nazionale. (21839)

MINASI. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e per le zone depresse del centro-nord ed ai Ministri dell'agricoltura e foreste, del tesoro, dell'industria, commercio e artigianato e dei lavori pubblici.* — Per sapere se intendano dare soluzione ai problemi segnalati da un ordine del giorno, votato dall'assemblea dei disoccupati di Grotteria in sede di Camera del lavoro.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

E pertanto se intendano sollecitare la Cassa depositi e prestiti per l'erogazione del mutuo per la costruzione del ponte sul Torpido; le opere di consolidamento del suolo e dell'abitato da tempo invocato; la forestale per il rimboschimento della montagna con piani adeguati; il finanziamento dei progetti di massima già elaborati per il collegamento di tutte le frazioni al di là del Torpido e di Cambruso col centro di Grotteria; il finanziamento del progetto, approntato dalla Cassa per il Mezzogiorno, per assicurare il rifornimento idrico a tutte le frazioni del comune; perché l'ENEL provveda alla elettrificazione pubblica e privata di tutte le frazioni e contrade di montagna. (21840)

MINASI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministro dell'interno, al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e per le zone depresse del centro-nord ed ai Ministri del lavoro e previdenza sociale, dei lavori pubblici e dell'agricoltura e foreste.* — Per sapere se sono a conoscenza delle agitazioni delle popolazioni calabresi dei centri di collina e di montagna, ove per la crisi di quell'agricoltura, per la carenza di lavori forestali e di bonifica, nonché di lavori pubblici la disoccupazione è totale; che da tempo si rinnovano nei centri di Antonimina, San Giovanni di Gerace, Bova Superiore e recentemente in forma impressionante in San Giovanni in Fiore, San Luca, Benestare, Careri, Plati, Africo Nuovo, Grotteria ed altri centri;

se sono a conoscenza che lunedì 24 aprile 1967 le popolazioni dei comuni di San Luca, Plati, Benestare, Careri, Africo Nuovo hanno abbandonato i loro centri e si sono concentrati in Bovalino Marina e per protestare e per invocare provvedimenti immediati.

Tempo addietro il Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e per le aree depresse del centro-nord rispose ad una interrogazione dell'interrogante annunziando una serie di provvedimenti per i comuni di Anonimina, Bova Superiore, ecc., ma purtroppo la risposta non ebbe seguito e quelle ed altre popolazioni sono alla fame, a livello indiano.

Se il Presidente del Consiglio dei ministri intenda assumersi le responsabilità che la situazione drammatica ed esasperata impone, onde di concerto con gli altri Ministri proponga immediati e contingenti provvedimenti ed elabori provvedimenti che diano una soluzione definitiva al problema del lavoro per le popolazioni calabresi. (21841)

SPONZIELLO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere se è a conoscenza che diversi insegnanti di educazione fisica inclusi nell'elenco speciale, sottoposti a visita medica per poter frequentare il corso di tre anni presso gli istituti superiori di educazione fisica al fine di conseguire il titolo specifico per l'insegnamento, non sono stati ritenuti idonei per riscontrata semplice *de-minutio visus*.

Poiché tale accertata riduzione di vista non annulla certamente gli altri requisiti dei predetti insegnanti né sminuisce la loro capacità ad insegnare, attesa la natura dell'insegnamento stesso, se non ritiene di dovere esprimere il proprio pensiero circa la inopportunità di tali motivi di inidoneità in modo che la commissione medica ISEF, presso cui gli interessati hanno prodotto ricorso, possa decidere conoscendo l'orientamento, in materia, del competente Ministero. (21842)

MAGNO. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere:

1) l'uso che si è fatto del materiale ricavato dagli alberi che sono stati abbattuti lungo alcune strade di bonifica e interpoderali della zona di riforma Fonterosa, in agro di Manfredonia;

2) se si sia proceduto a vendite del materiale stesso, in che modo, a quali condizioni, da parte di chi e con quali ricavati;

3) perché parte del materiale in questione si trova presso un'azienda agricola del posto. (21843)

MAGNO. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per sapere come si intenda venire incontro alle aziende agricole delle contrade Casalorda, Zamarra, Motta Regina, Motta del Lupo, Casone, Ferro e Brancia, dell'agro del comune di San Severo (Foggia), gravemente danneggiate a causa delle avversità atmosferiche verificatesi nei giorni 17 e 19 aprile 1967. (21844)

MAGNO. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per sapere se e quando nel centro abitato del comune di Manfredonia, che si estende su un'area lunga circa quattro chilometri ed è abitato da oltre 40 mila abitanti, saranno istituite almeno due succursali degli uffici postale e telegrafico. (21845)

GAGLIARDI. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere se non intenda accogliere, con ogni urgenza, la rin-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

novata richiesta della comunità montana del Grappa avente sede in Crespano del Grappa, diretta ad ottenere il riconoscimento del suo territorio in comprensorio di bonifica montana.

L'interrogante fa presente il grave stato di depressione in cui si trovano i comuni di Borso del Grappa, Cavaso del Tomba, Crespano del Grappa, Paderno del Grappa, Pederobba e Possagno costituenti appunto la detta comunità, per cui confida in un sollecito accoglimento della richiesta in base alla legge 25 luglio 1952, n. 991. (21846)

DELFINO. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere i provvedimenti che intende adottare in favore degli agricoltori della Valle Peligna gravemente danneggiati dalle recenti gelate. (21847)

LUCCHESI. — *Ai Ministri dei lavori pubblici, della pubblica istruzione e dell'interno.* — Per sapere come mai il comune di Carrara ha concesso la licenza edilizia n. 19 per la costruzione di un edificio di cemento armato nell'angolo tra le vie Parma e Cavallotti a Marina di Carrara, proprio davanti alla scuola media statale Buonarroti.

Tale costruzione è in stridente contrasto con le norme relative all'edilizia scolastica che prevedono un ampio resedio a verde intorno alle scuole e, soprattutto con il piano regolatore approvato in via definitiva.

Consiglieri della minoranza e della maggioranza hanno contestato all'amministrazione comunale questo abuso.

Lo stesso corpo insegnante della scuola Buonarroti elevò una formale protesta senza ottenere nessun risultato.

Il gruppo consiliare della DC ha chiesto che le superiori autorità intervengano sollecitamente e provvedano, intanto, a far sospendere i lavori. (21848)

GAGLIARDI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per conoscere se non intenda accogliere la richiesta espressa dal recente congresso nazionale delle collaboratrici familiari che chiedono l'istituzione di un « albo professionale » capace di accrescere da un lato la dignità del servizio prestato dalle stesse collaboratrici alle famiglie e alla società, dall'altro di impegnare la categoria ad una maggiore qualificazione professionale.

L'interrogante chiede inoltre di conoscere l'opinione del Ministero circa la richiesta di far fruire la categoria degli assegni familiari,

di rendere obbligatoria l'assicurazione contro gli infortuni e di adeguare le pensioni alle mutate esigenze delle collaboratrici. (21849)

GAGLIARDI. — *Ai Ministri della pubblica istruzione e dell'interno.* — Per conoscere quali provvedimenti intendano adottare al fine di risanare e restaurare il compendio demaniale « Archivio di Stato di Venezia » istituito nel 1815 dall'amministrazione austriaca in un ex convento dei frati minori, imponente per le dimensioni ma assai fragile nelle strutture. L'immobile dalle nobilissime linee architettoniche comprende, fra l'altro, due magnifici chiostri: l'uno di ispirazione sansoviniana, l'altro, su disegno del Palladio, e completato nel 1714 con statue barocche.

Ciò premesso l'interrogante chiede che, sia pure gradualmente, venga avviato un serio intervento di restauro da parte dei Ministeri interessati, sia per consentire la sopravvivenza di uno fra i più significativi monumenti del centro storico di Venezia sia per evitare che carteggi antichi e preziosi (fra cui quelli della Serenissima Repubblica) subiscano ulteriori deterioramenti. (21850)

PICCINELLI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per sapere se è a conoscenza che le località Puntone, Casone, Fonte al Cerro, Canipiano e Padule nei comuni di Scarlino e Follonica e vaste zone del comune di Massa Marittima, in provincia di Grosseto, sono state allagate innumerevoli volte, negli anni passati ed in particolare nel 1966 e nel 1967, dal fiume Pecora e dai suoi affluenti, che hanno arrecato ingentissimi danni alle colture ed hanno resi praticamente incoltivabili i terreni alluvionati; e se non ritenga di includere nei programmi dei lavori, da eseguirsi in un prossimo futuro nelle zone colpite dalle recenti alluvioni, anche quelli relativi alla completa sistemazione del fiume Pecora e dei suoi affluenti. (21851)

RUSSO VINCENZO MARIO, FABBRI RICCARDO E BRANDI. — *Ai Ministri dell'agricoltura e foreste, di grazia e giustizia, del tesoro e delle finanze.* — Per conoscere — in conseguenza della grave crisi determinatasi nel settore dell'allevamento suino a seguito del diffondersi della pestilenza, e in considerazione del fatto che le aziende colpite dall'abbattimento del loro patrimonio zootecnico rischiano l'inutilizzazione e la stessa perdita degli impianti, con le conseguenze disastrose che ciò comporterebbe anche per l'economia nazionale — quali provvedimenti inten-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

dano adottare per venire incontro alla categoria; e, in particolare, per sapere se, in attesa delle provvidenze atte a consentire ed agevolare la ripresa degli allevamenti, i Ministri competenti non intendano approntare provvedimenti che, riferendosi agli esercenti di allevamenti di suini, che abbiano sofferto l'abbattimento totale o parziale del loro patrimonio zootecnico, sospendano — per un periodo di tempo che non dovrebbe essere inferiore a quattro mesi — la riscossione delle imposte e i termini di scadenza dei titoli di credito. (21852)

CINCIARI RODANO MARIA LISA, ZANTI TONDI CARMEN, VIVIANI LUCIANA E DI VITTORIO BERTI BALDINA. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere se sia a conoscenza del fatto che le sedi INPS non provvedono al pagamento delle pensioni delle iscritte alla « mutualità pensioni alle casalinghe » che ne hanno maturato il diritto;

che tale assurdo e illegale comportamento si verificherebbe a seguito delle istruzioni emanate dalla direzione generale dell'INPS con la circolare n. 12000 c/v 122 del 23 settembre 1964;

per sapere infine quali provvedimenti il Ministro abbia adottato e intenda adottare per richiamare l'INPS al rispetto della legge e dei sacrosanti diritti di povere casalinghe ultrassessantenni e poverissime. (21853)

PALAZZESCHI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per sapere se è a conoscenza della giustificata indignazione espressa dall'opinione pubblica e dalla maggioranza degli amministratori degli Enti locali della provincia di Firenze a seguito delle note apparse sull'*Avanti!* e su *L'avvenire d'Italia* del 16 gennaio 1967 che informano quanto segue: « Il Ministro dei lavori pubblici compagno Giacomo Mancini su interessamento del vicesindaco e presidente del Comitato CRPET Lelio Lagorio ha disposto il finanziamento di alcune urgenti opere nei comuni della provincia di Firenze ».

La reazione dell'opinione pubblica e degli amministratori degli Enti locali si incentrano fondamentalmente su tre elementi:

1) perché solo sette comuni, sei di questi retti da sindaci socialisti, su 51, sono stati presi in considerazione;

2) perché il presidente del Comitato CRPET si sarebbe limitato a sollecitare un contributo solo per questi sette comuni;

3) se è stato fatto tutto quanto possibile per soddisfare tutte le richieste, e se sono state rispettate le precedenze in ordine di richiesta e di urgenza.

Per conoscere inoltre il pensiero del Ministro in proposito, allo scopo di poter assicurare gli interessati che nessun criterio di discriminazione è stato a base di queste scelte. (21854)

Interrogazioni a risposta orale.

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro della difesa, per avere conferma, esprimendo il loro pieno apprezzamento e consenso per l'azione esplicita dal Governo ai fini del risanamento dell'ex Sifar e della restituzione di questa delicata organizzazione di difesa e di sicurezza del paese ai suoi compiti istituzionali, risanamento cui gli organi del PRI prima e dopo la nomina del generale De Lorenzo a Capo di stato maggiore dell'esercito hanno costantemente mirato, che il Governo intende accertare e denunciare ogni responsabilità di ordine penale nella quale fossero incorsi i controllori, dirigenti ed addetti al servizio nell'espletamento della loro funzione e le correlative responsabilità che si fossero manifestate nel campo più propriamente politico. (5785)

« LA MALFA, MONTANTI, MELIS ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri della pubblica istruzione, della marina mercantile e della difesa, per sapere se sia di loro conoscenza:

1) che l'imprenditore edile Costantino Antonino da Letojanni ha costruito un edificio a sei piani fuori terra a Riposto, in via Duca del mare, su terreno ricadente nella **zona soggetta alla disciplina prevista dall'articolo 55 del codice della navigazione;**

2) che il suddetto Costantino ha chiesto l'autorizzazione di cui all'articolo citato dopo l'inizio dei lavori ed ha completato le strutture in cemento dell'opera, nonostante il rigetto della richiesta da parte del capo del compartimento del demanio marittimo di Catania;

3) che i lavori non hanno subito interruzione alcuna, neppure dopo la notificazione dell'ordine di sospensione adottato nel gennaio del 1965 dal Ministro della pubblica istruzione, a tutela del paesaggio, su richiesta della sovrintendenza ai monumenti di Catania la quale aveva in precedenza negato l'auto-

rizzazione e diffidato più volte il costruttore a sospendere i lavori;

4) che i militari in servizio presso la capitaneria di porto di Riposto, pur trovandosi la sede del loro ufficio nella stessa via Duca del mare a circa duecento metri dalla costruzione suddetta, hanno denunciato il Costantino al capo del compartimento quando già erano state costruite le strutture in cemento dei primi tre piani fuori terra e si sono astenuti dal denunciare la successiva attività costruttiva e dall'intervenire per indurre il suddetto imprenditore a sospendere i lavori;

5) che, dopo l'adozione dell'ordine di sospensione dei lavori, il Ministro della pubblica istruzione ha inviato al sindaco del comune di Riposto e al sovrintendente ai monumenti di Catania una lettera nella quale i fatti accaduti sono stati arbitrariamente ricostruiti sulla base di dati falsi e dalla quale traspare evidente l'intento di favorire il Costantino;

6) che il consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana, con la decisione n. 502 pubblicata il 28 ottobre 1966, ha annullato la licenza edilizia rilasciata al Costantino in data 5 marzo 1965 dal sindaco del comune di Riposto e che quest'ultimo ha recentemente rilasciato altra licenza in violazione del regolamento edilizio locale e senza tener conto del diniego dell'autorizzazione da parte del sovrintendente e dell'ordine ministeriale di sospensione dei lavori;

7) che recentemente il sovrintendente ha denunciato il Costantino alla procura della Repubblica di Catania;

8) che la tenenza dei carabinieri di Giarre non è mai intervenuta per impedire al Costantino di portare i reati commessi a ulteriori conseguenze, come sarebbe stato suo preciso dovere a norma dell'articolo 219 del codice di procedura penale.

« Ciò premesso, poiché l'atteggiamento di sfida del costruttore e la vergognosa inerzia delle autorità hanno profondamente scosso la fiducia nelle istituzioni dei cittadini i quali si chiedono stupiti se la legge sia veramente eguale per tutti, gli interroganti chiedono di conoscere quali provvedimenti i Ministri interrogati intendano adottare per imporre al costruttore il rispetto della legge; in particolare, gli interroganti chiedono di sapere:

a) dal Ministro della pubblica istruzione se intenda:

1) promuovere un'inchiesta per accertare i motivi che hanno indotto il funziona-

rio estensore della lettera sopra citata ad intervenire a favore del Costantino;

3) comunicare alla sovrintendenza di Catania che non sussistano ragioni per annullare o revocare d'ufficio, sulla richiesta del costruttore, i provvedimenti adottati a tutela del paesaggio;

b) dal Ministro della marina mercantile se intenda:

1) invitare il capo del compartimento del demanio marittimo di Catania ad ordinare la demolizione dell'opera abusiva ai sensi degli articoli 54 e 55 del codice della navigazione;

2) accertare le ragioni per le quali i militari in servizio presso la capitaneria di porto di Riposto non sono intervenuti al fine di impedire al Costantino di consumare il reato previsto dall'articolo 1161 del codice della navigazione;

c) dal Ministro della difesa se intenda:

1) accertare le ragioni dell'inerzia dei carabinieri;

2) ordinare ai carabinieri di intervenire con urgenza ai sensi dell'articolo 219 del codice di procedura penale per impedire che il Costantino porti a conseguenze ulteriori i reati previsti dal citato articolo del codice della navigazione e dall'articolo 734 del codice penale.

« Gli interroganti, in data 18 ottobre 1966, hanno presentato ai Ministri della pubblica istruzione e della marina mercantile altra interrogazione (n. 18446) alla quale non è stata data risposta.

(5786) « ALESSI CATALANO MARIA, GATTO ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro dell'industria, commercio e artigianato, per sapere se siano informati che a Camigliatello Silano (Cosenza) l'ENEL ha inviato a tutti gli utenti le cartelle di pagamento per 14 mesi, sicché ogni utente si è venuto a trovare nella necessità di pagare somme da 50 a 300.000 lire.

« Tale incresciosa situazione è dovuta al fatto che l'ENEL, che, tra l'altro, non assume personale letturista a sufficienza, avendo rilevata la gestione dall'OVS, per tutto il periodo dei 14 mesi non ha provveduto alla esazione dei canoni.

« Per sapere pertanto se non ritenga opportuno intervenire immediatamente per la rateizzazione di quanto dovuto da ogni utente e per invitare l'ENEL all'assunzione di personale adeguato alle esigenze di tutta la provincia.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

« È da tener presente infine che nel caso di Camigliatello la richiesta corresponsione di forti somme si verifica all'inizio della ripresa primaverile, quando cioè, per la stagnazione di ogni attività, ogni cittadino si trova in condizioni economiche molto difficili.

(5787)

« PICCIOTTO ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro dell'agricoltura e foreste, per sapere se sia informato, sempre in merito al caso Giorelli di Rende (Cosenza), che lo stesso ha convocato i contadini acquirenti, promettendo di lasciar loro, al momento dell'acquisto, e a condizione che sia mantenuto il prezzo esoso, tutte le scorte vive e morte.

« Per sapere se non ritenga che tale episodio conferma quanto sinora denunciato dall'interrogante, che cioè tutta la pratica sia stata impostata dall'Ispettorato agrario di Cosenza unicamente per favorire l'agrario Giorelli.

« Per sapere se non ritenga opportuno, visto che tutte le scorte vive e morte incidono col 3 o 4 per cento, intervenire per tutelare gli interessi dei contadini, riducendo, come dall'interrogante richiesto, il prezzo e per permettere ad altri contadini, sinora esclusi, di presentare domanda per acquisto della terra a prezzo equo.

(5788)

« PICCIOTTO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Ministro della pubblica istruzione, per conoscere se sia intenzione del suo Ministero programmare il risanamento ed il restauro del patrimonio artistico, architettonico, monumentale e bibliografico della città di Venezia le cui condizioni sono divenute, specie dopo gli eventi atmosferici, le alluvioni e le inondazioni rovinose del novembre 1966, particolarmente precarie e preoccupanti.

« Risulta infatti dagli accertamenti predisposti dai responsabili sovrintendenti che, solo per gli interventi urgenti ed inderogabili, sia necessario oltre un miliardo di lire rispetto ai circa 450 milioni finora erogati o promessi dallo Stato.

« Se si considera però, un programma di restauro di più ampio respiro concernente le sole proprietà dello Stato e degli enti locali l'importo prevedibile è di circa 6 miliardi, cui deve aggiungersi un altro miliardo circa per la " bonifica " del patrimonio artistico,

« L'interrogante richiama l'attenzione su l'urgente necessità di adeguati interventi ove si consideri che, per esempio, a pochi passi da Piazza San Marco, le chiese di San Moisè

e di San Bartolomeo espongono tele di notevole valore lacere e spaccate, sporche ed illegibili. È da auspicare, pertanto, che gli stessi restauri, ove disposti, non giungano in ritardo come è accaduto nel caso degli affreschi del Pordenone nel Chiostro di Santo Stefano.

« Di uguale gravità si presenta, ancora, lo stato della statuaria veneziana, deperita e consumata dagli agenti atmosferici, nonché il patrimonio bibliografico necessitante di un centro per il restauro.

(5789)

« GAGLIARDI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro della difesa, per conoscere:

1) se la nomina del generale De Lorenzo a capo del SIFAR sia avvenuta per le specifiche capacità ed attitudini dimostrate nella sua attività partigiana che lo vide premiato con una medaglia d'argento nella cui motivazione è consacrato: " incaricato quindi dal Comando supremo italiano di svolgere attività informativa nell'interesse delle operazioni quale vice capo del Centro informativo dislocato nella capitale, si dedicava con grande abnegazione al nuovo compito riuscendo a raccogliere e a far pervenire notizie preziose per il loro immediato sfruttamento bellico ";

2) se risponde a verità la seguente rivelazione del settimanale *l'Espresso* sulla funzione determinante che ebbe quale capo del SIFAR il generale De Lorenzo nella caduta del Governo Tambroni: " all'epoca della crisi del Governo Tambroni era proprio lui che aveva garantito a Moro (allora segretario della DC) che l'esercito e i carabinieri avrebbero mantenuto l'ordine pubblico anche a dispetto di eventuali ordini della Presidenza del Consiglio. In base a questa assicurazione Moro s'era mosso, Tambroni era caduto ";

3) come conseguentemente giudica il linciaggio morale in atto di un benemerito della vecchia e nuova Resistenza.

(5790)

« DELFINO ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri dell'agricoltura e foreste e del commercio con l'estero, per sapere se sono a conoscenza della flessione del prezzo del formaggio grana e del prezzo del latte sceso notevolmente al di sotto dei limiti comunitari fissati dal CIP; se corrispondono a verità le notizie di massicce importazioni di burro, latte, crema e formaggi dai paesi del MEC; se non intendano adottare provvedimenti a difesa dei produttori quali:

a) l'ammasso attraverso l'AIMA dei formaggi che non trovano collocamento sul mer-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

cato compresi quelli di qualità inferiore destinati alla fabbricazione dei fusi;

b) l'intervento energico nei confronti degli operatori dell'industria e del commercio per l'azione da questi svolta sia sui mercati all'ingrosso, sia in sede di rilevazione prezzi al fine di determinare panico nei produttori;

c) il controllo sull'andamento dei prezzi al minuto per evitare speculazioni inspiegabili ai danni sia dei produttori che dei consumatori.

(5791) « BALDI, FRANZO, PREARO, STELLA, ARMANI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile, per sapere se non ritenga ormai urgente adottare i provvedimenti, più volte annunciati, per porre termine allo stato di incertezza che, da troppo tempo, condiziona la vita dell'Ente autotrasporti merci.

« Parrebbe doversi desiderare l'urgenza del provvedimento per evitare un ulteriore, pregiudizievole logorio della organizzazione di questo istituto e per dare inoltre tranquillità al personale che intravede nell'attuale, anormale situazione, incertezza per il proprio domani.

« Il trasferimento nel Ministero dei trasporti delle funzioni e del personale, che possiede oltre ad una riconosciuta specializzazione, anche uno stato giuridico legittimamente definito, senza peraltro ulteriormente aggravare la situazione economica del settore, potrà assicurare l'attuazione delle auspiccate riforme, nel settore dell'autotrasporto, in armonia con gli indirizzi della politica dei trasporti nazionale e comunitaria.

(5792) « REALE GIUSEPPE, BORGHI, BIANCHI GERARDO, BERTÈ, TANTALO, CASTELLUCCI, PIZALIS, FUSARO ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri dell'industria, commercio e artigianato e del lavoro e previdenza sociale, per conoscere se il Governo ne sia a conoscenza e per denunciare i gravi episodi di violazione della libertà sindacale e delle libertà civili, consentite dalla Costituzione, ai lavoratori che si sarebbero verificate nei giorni scorsi presso la ditta " Corni " di Modena ai danni di due lavoratori dipendenti dalla ditta medesima nei cui confronti il capo del personale della ditta stessa, signor Raniero Miglioli, ovviamente d'intesa con il titolare dello stabilimento ragioniere Alessandro Bonaccini, ha esercitato reiterate minacce di licenziamento

e intimidazioni per costringere a ritirare le loro candidature da una lista per le elezioni della commissione interna dello stabilimento medesimo, all'ovvio scopo o di favorire altre liste o di impedire un ordinato svolgimento delle elezioni stesse e, comunque, in aperta violazione degli accordi interconfederali per le commissioni interne e dei principi e delle norme costituzionali sulla libertà sindacale.

« Per conoscere altresì se gli organi periferici dei due Ministeri ed in specie l'Ispettorato del lavoro, al quale compete anche il compito di vigilanza sull'andamento interno delle aziende, ai fini del rispetto degli accordi interconfederali e della tutela dei diritti e delle libertà sindacali dei lavoratori, siano venuti a cognizione dei fatti suddetti e, nell'ipotesi negativa, per chiedere che esplichino una accurata indagine in proposito all'interno dello stabilimento suddetto, interrogando all'uopo i lavoratori interessati.

« Per invitare, infine, il Governo a tenere conto dell'operato illegittimo, anticostituzionale dell'impresa suddetta per tutti quei rapporti che essa possa avere con il Governo medesimo per ottenere quelle facilitazioni e incentivazioni che le leggi consentono per l'incremento della produzione, ma che, almeno per la parte di concessioni discrezionali, non possono essere erogate a favore di imprese che si pongono così apertamente contro le norme costituzionali ed i principi che regolano l'ordinamento giuridico dello Stato italiano.

(5793) « ROBERTI, CRUCIANI, DE MARZIO ».

Interpellanze.

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro della pubblica istruzione, per sapere, nella imminenza degli esami di licenza media, come intenda garantire agli alunni provenienti da scuole o da istruzione privata, e che non compiano i quattordici anni nell'anno in corso, il diritto all'ammissione agli esami nelle scuole di Stato che invece è garantito agli alunni delle scuole statali e legalmente riconosciute nelle stesse condizioni di età.

« Poiché tale diritto è stato negato già nello scorso anno in applicazione dell'articolo 5 della legge 31 dicembre 1962, n. 1859, e si è fatto perdere a migliaia di alunni un anno nel corso degli studi o addirittura si è annullato un esame regolarmente sostenuto e superato, gli interpellanti chiedono al Ministro della pubblica istruzione di sapere come intenda

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

ovviare a questa autentica discriminazione fra cittadini che suona violazione dei diritti sanciti dalla Costituzione.

(1099) « ROMANATO, FRANCESCHINI, FUSARO, PITZALIS, URSO ».

« Il sottoscritto — considerato che non è stato possibile tener conto delle limitazioni quantitative previste per la produzione della barbabietola in sede comunitaria sia per il ritardo delle relative decisioni che per le ri-conversioni determinate dalle alluvioni;

constatato altresì che per tale motivo la produzione 1967 potrebbe essere superiore alla quota assegnata al nostro Paese in sede comunitaria e che ciò determinerebbe gravi problemi per l'attribuzione delle eccedenze tra i produttori agricoli potendosi operare un'azione discriminatrice da parte delle industrie trasformatrici;

considerato poi che per quanto riguarda il settore lattiero-caseario i livelli produttivi dello scorso anno hanno determinato una forte eccedenza di grana padano di scarsa qualità, il che ha dato origine all'attuale crisi del settore aggravata dalle importazioni di prodotti caseari dall'estero a prezzi artificialmente concorrenziali;

considerato che tali importazioni sono state rese possibili anche dal fatto che in altri Paesi della Comunità sono stati già messi in atto alcuni dei meccanismi per il sostegno del mercato, quali le restituzioni alle esportazioni e lo stoccaggio del burro, gli interventi sul latte in polvere, provvedimenti tutti dal 1° luglio 1967 a totale carico del FEOGA finanziati quindi anche con il contributo italiano;

considerato infine che per il settore ortofrutticolo dove è espressamente ammessa dal Regolamento comunitario la possibilità di concedere restituzioni alle esportazioni si preannuncia una situazione di estrema difficoltà, in particolare per il settore del pomodoro industriale specie per quanto riguarda la Valle Padana, tenuto conto anche dei forti *stocks* giacenti — chiede di interpellare il Ministro dell'agricoltura e foreste, per conoscere quali misure si intendano prendere per assicurare ai produttori efficaci e risolutivi interventi. In particolare:

1) per quanto riguarda il settore delle barbabietole in qual modo si pensi di operare anche nei confronti delle industrie trasformatrici per evitare inopportune discriminazioni tra i produttori e per assicurare a tutta la produzione del 1967 il prezzo massimo consentito dalla CEE;

2) per quanto riguarda il settore lattiero-caseario, se non si pensi di ricorrere alle clausole di salvaguardia per la chiusura delle importazioni per convogliare alla fusione i formaggi di scarto esistenti sul mercato, nonché per arrestare l'afflusso anormale di latte dalla Francia;

3) per il settore del pomodoro se non sia indispensabile e indifferibile l'adozione di immediate misure che consentano l'alleggerimento delle scorte e la predisposizione di interventi di mercato atti a mantenere i prezzi dei pomodori su livelli equi.

(1100)

« CERUTI ».

« Il sottoscritto chiede d'interpellare i Ministri per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e per le zone depresse del centro-nord e del bilancio e programmazione economica, per conoscere — considerato:

1) che quindici anni di una politica per il Mezzogiorno, saggiamente impostata e sapientemente attuata hanno prodotto rilevanti benefici per la rinascita del sud, non soltanto economica ma anche sociale ed umana;

2) che, però, recentemente, soprattutto in occasione della presentazione al Parlamento della *Relazione sulla situazione economica del paese*, sono riemersi i problemi di fondo della società italiana, che potrebbero condizionare, se non adeguatamente risolti, l'ulteriore crescita non soltanto economica ma anche sociale e politica del Mezzogiorno;

3) che, in più sedi, sia di partito (per esempio dal Consiglio nazionale il 20 aprile 1967 e dal Convegno socialista di Calabria del mese scorso), sia di studio (per esempio: nel Convegno di Torino della Fondazione Einaudi), è stato riproposto all'attenzione del paese il problema stesso del Mezzogiorno con una dimensione nuova, che non riguarda tanto l'aggiornamento della legislazione in vigore quanto strumenti nuovi idonei per una concreta realizzazione di una più equilibrata distribuzione delle fonti di produzione del reddito e della occupazione sul territorio nazionale;

4) che, in uno Stato a sviluppo equilibrante, non è immaginabile, neppure su una linea strettamente economica, una ulteriore concentrazione di industrie su territorio già intensamente industrializzato, in quanto sarebbe necessario alimentarle con la emigrazione di manodopera da altre regioni;

5) che, da parte dello Stato occorre anzi predisporre mezzi e misure per sollecitare lo sviluppo globale della nazione, che richiede l'utilizzo *in loco* delle forze di lavoro dispo-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 28 APRILE 1967

nibili per evitare il danno enorme dello spostamento di manodopera;

6) che, in uno Stato ordinato non è possibile creare posti di lavoro che andrebbero coperti con trasferimento di manodopera dal Mezzogiorno, con una conseguente infantilizzazione e senilizzazione di quelle regioni; mentre, per di più, non è possibile neanche trasferire altrove vecchi e bambini con l'abbandono del Mezzogiorno, e per ragioni etiche ed etniche, ma anche per gli enormi costi, economico e sociale, di un tale patologico processo;

7) che, la tesi da qualche solitario studioso o politico avanzata, secondo la quale la destinazione meridionale di capitali costituirebbe una distorsione nell'impiego della ricchezza del paese, è politicamente inopportuna, socialmente lacerante, economicamente errata ed umanamente aberrante, per cui occorre l'impegno delle forze democratiche al Governo per determinare nuovi orientamenti di politica economica e sociale per il Mezzogiorno e nuovi strumenti che obblighino ad una pratica e completa attuazione di una tale politica umanizzante;

8) che, inoltre, politica per il Mezzogiorno e politica di adeguamento delle strutture produttive in rapporto alla crescente competitività internazionale non solo non sono in contrasto ma si sostengono reciprocamente soprattutto per la componente tecnologica richiesta per un'alta produttività;

9) che, pertanto, urgente è la definizione di tale politica nuova, in termini di chiarezza e di concretezza, per evitare l'insorgere di un clima di tensione che sarebbe fattore negativo per la espansione di una coscienza democratica piena nelle genti del sud — se intendono definire le linee di una tale poli-

tica nuova per il Mezzogiorno riconfermando l'impegno dello Stato verso le dimensioni di una tale politica, dinamica ed umana, per determinare la rinascita piena del Mezzogiorno.

(1101)

« RICCIO ».

« Il sottoscritto chiede di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro della difesa, per sapere in base a quali accertate responsabilità il Consiglio dei ministri abbia ritenuto opportuno sollevare dall'incarico di Capo di stato maggiore dell'Esercito il generale De Lorenzo; e se ciò sia in relazione all'incarico di Capo del servizio informazioni delle Forze armate, a lungo ricoperto dallo stesso generale De Lorenzo, incarico lasciato da molti anni, ma che si dice, e non si sa bene per autorizzazione o per negligenza di chi, abbia in effetti continuato a esercitare fino a poco tempo fa, cioè fino all'affare della fuga dei documenti, che ha dato luogo all'inchiesta, di cui il Consiglio dei ministri si è interessato nel corso della stessa seduta.

(1102)

« ROMUALDI ».

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro della difesa, per conoscere quali siano le ragioni che hanno portato alla imprevista ed improvvisa sostituzione del generale De Lorenzo da Capo di stato maggiore dell'Esercito.

« Se la sostituzione col generale Vedovato abbia o meno rapporti con la nota vicenda relativa all'inchiesta SIFAR.

(1103)

« MANCO, GIUGNI LATTARI JOLE ».