

667.

## SEDUTA DI SABATO 29 APRILE 1967

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ROSSI

## INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Congedo</b> . . . . .	34017	BARBERI . . . . .	34051
<b>Disegno di legge (Presentazione)</b> . . . . .	34030	CAPUA, <i>Relatore di minoranza</i> . . . . .	34029
<b>Disegno e proposte di legge (Seguito della discussione):</b>		DE MARIA, <i>Presidente della Commissione</i> . . . . .	34024
Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera (3251);		LATTANZIO, <i>Relatore per la maggioranza</i> . . . . .	34020
LONGO ed altri: Norme per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario (444);		MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i> . . . . .	34027
DE MARIA e DE PASCALIS: Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali (1483);		34031, 34032, 34035, 34038	
ROMANO e NICOLAZZI: Norme generali per l'ordinamento del servizio ospedaliero nazionale (2908) . . . . .	34017	34042, 34043, 34046, 34048	
PRESIDENTE . . . . .	34017	SAMMARTINO . . . . .	34039
ALESSI CATALANO MARIA . . . . .	34017	SANTAGATI . . . . .	34043
		VALITUTTI . . . . .	34030
		<b>Proposte di legge (Svolgimento)</b> . . . . .	34017
		<b>Interrogazioni e interpellanza (Annunzio)</b> . . . . .	34052
		<b>Deposito di un documento (Annunzio)</b> . . . . .	34052
		<b>Piano di coordinamento degli interventi pubblici nel Mezzogiorno (Annunzio di relazione)</b> . . . . .	34052
		<b>Ordine del giorno della prossima seduta</b> . . . . .	34052

PAGINA BIANCA

**La seduta comincia alle 9,30.**

FABBRI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta antimeridiana di ieri.

(È approvato).

**Congedo.**

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il deputato Zinconè.

(È concesso).

**Svolgimento di proposte di legge.**

*La Camera accorda la presa in considerazione alle seguenti proposte di legge, per le quali i presentatori si rimettono alle relazioni scritte e il Governo, con le consuete riserve, non si oppone:*

CROCCO, AMADEI GIUSEPPE, MACCHIAVELLI, SILVESTRI e VERONESI: « Disciplina delle indennità mensili dovute al personale dell'Ispettorato generale dell'aviazione civile » (3933);

SGARLATA MARCELLO, VILLA, BOVA, LAFORGIA, TAMBRONI, DEL CASTILLO, BIANCHI GERARDO, CANESTRARI, ZUGNO, BASSI, DE MEO, URSO, MIGLIORI e RUFFINI: « Istituzione dell'educazione civica a cattedra autonoma » (3298);

CERVONE, SEMERARO e DALL'ARMELLINA: « Modifica all'articolo 16 del decreto del Presidente della Repubblica 17 gennaio 1959, n. 2 » (3604);

CERVONE, PICCINELLI e DE MEO: « Modifiche all'articolo 14 del decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 1964, n. 655 » (3913).

**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 iscritta a parlare l'onorevole Maria Alessi Catalano. Ne ha facoltà.

ALESSI CATALANO MARIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, le vicende del disegno di legge Mariotti sulla riforma ospedaliera sono ormai note a tutta l'Italia, per cui non ritengo di dovermi soffermare su di esse. Basterà un riepilogo per sommi capi.

Lo schema di disegno di legge elaborato dal ministro Mariotti fu inviato il 15 luglio 1965 a Palazzo Chigi, e restò chiuso nei cassetti del Presidente del Consiglio per mesi e mesi. Quando poi da tutte le parti si levarono più vive le richieste per la riforma, il Presidente del Consiglio si decise a tirarlo fuori e, dopo tanti scontri e la minaccia di dimissioni del ministro della sanità, si arrivò alla riunione del Consiglio dei ministri del 1° giugno 1966, in cui il disegno di legge, dopo un'acceso dibattito, durato sette ore, venne approvato. Il testo votato era quello presentato dal ministro Mariotti?

Perché non si dica a questo punto che noi della sinistra interpretiamo in modo distorto le cose, preferisco leggere le dichiarazioni del ministro stesso fatte all'*Espresso* nel corso di un'intervista. Con riferimento a quella riunione del gabinetto il ministro così si espresse: « Alla fine non capivo più niente nemmeno io; non sapevo esattamente che cosa avevo concesso e su che cosa avevo vinto; se era passata la mia legge o un'altra legge irricognoscibile. Una cosa sola sentivo: quanto fosse difficile resistere ».

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ella comprende che c'è molta fantasia giornalistica; il giornalista in questione è un uomo simpaticissimo ed estremamente estroso. Se dovessi seguire tutti gli articoli!

ALESSI CATALANO MARIA. Comunque, ammesso che il giornalista in questione ha un po' colorito la questione, una cosa è certa: che la battaglia c'è stata, che la democrazia cristiana con i suoi uomini di Governo si è opposta tenacemente all'originale schema di disegno di legge, aiutata in questo, in verità, dall'assenteismo anche dei compagni di partito del ministro al Governo.

Il disegno di legge approvato dal Consiglio dei ministri infatti era tutt'altra cosa del primitivo schema Mariotti, era veramente ir-riconoscibile. Non ho citato le parole del ministro per addossargli la colpa di aver ceduto. Don Abbondio diceva: « Uno il coraggio non se lo può dare ». E in certe occasioni avere un certo coraggio è molto difficile. Io riconosco al ministro di avere avuto il coraggio di resistere fino ad un certo punto; andare oltre, forse, è chiedere troppo ad un uomo.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Chi è don Rodrigo ?

MICELI. Non lo sappiamo, ma i bravi li conosciamo !

ALESSI CATALANO MARIA. I bravi li conosciamo !

L'attacco concentrico di tutte le forze retrieve, entro e fuori il Consiglio dei ministri, e soprattutto della parte più conservatrice della democrazia cristiana (ecco i bravi !), aveva vinto, favorito dall'assenteismo che nascondeva il cedimento dei compagni di gruppo, appunto, come dicevo poco fa, del ministro della sanità. La riforma ospedaliera, così come è stata presentata al nostro esame, non è una riforma, è la riforma del compromesso, come l'ha chiamata *Iniziativa ospedaliera*. Non è una vera riforma, perché, come è pure detto in un ordine del giorno dell'ANAAO, nei suoi termini generali il provvedimento in esame è privo di quegli elementi qualificanti che soli potevano conferirgli la capacità di riformare realmente l'agonizzante sistema ospedaliero. Non è una riforma, come è stato detto nel recente convegno del PRI (i cui membri non sono degli « eversivi »: fanno parte del Governo !). Si legge ne *La Voce Repubblicana*, organo dello stesso partito repubblicano, che « il progetto di legge dà vita ad un'organizzazione di tipo feudale nella quale ogni ospedale è come un castello, libero di fare la propria battaglia per il proprio spazio vitale, ed è sottratto all'obbligo d'una razionale integrazione nel contesto di un sistema sanitario ordinato su base e concetti unitari ».

Un giudizio negativo sull'ultima versione del disegno di legge è stato espresso anche dalla segreteria del sindacato dei medici italiani, aderente alla CGIL, in un documento in cui si afferma tra l'altro che « il passaggio per i medici ospedalieri dal tempo pieno al tempo definito, l'abolizione di ogni forma di coordinamento tra poliambulatori mutualistici e ospedali, la non obbligatorietà dell'in-

ternato per i giovani laureati, l'assunzione dei medici non più direttamente mediante superamento di concorsi per titoli e dopo le prove di idoneità, ma trasformando il concorso per titoli in concorso-colloquio e prove pratiche, lasciando così ampi e incontrollati margini di manovra alle commissioni esaminatrici, costituiscono altrettanti passi indietro rispetto alla prima stesura del disegno di legge, tali da impedire ogni miglioramento dell'assistenza ospedaliera ».

« Particolarmente grave — prosegue il documento — risulta lo svuotamento di ogni reale contenuto del fondo nazionale ospedaliero, al quale sono ora assegnati in tutto 10 miliardi da utilizzare esclusivamente per l'erogazione dei contributi destinati al miglioramento degli ospedali già esistenti e per contribuire alle retribuzioni dei neolaureati ».

E *Iniziativa ospedaliera* così si esprime (preferisco leggere giudizi espressi in altra sede, perché così il collega Fornale non potrà dire che è l'estrema sinistra che per preconcetto fa critiche): « L'assenza di un adeguato piano di finanziamento, nuovo nei criteri informativi, realmente adeguato alle vitali esigenze di sviluppo di un ospedale realmente moderno, costituisce un ostacolo insuperabile ad ogni vera riforma. Il finanziamento, unicamente legato alla retta mutualistica, non potrà eliminare l'attuale insufficienza economica degli ospedali e la stagnazione che ne deriva e renderà ancora impossibile il pieno sviluppo della vita professionale del medico nell'ambiente dell'ospedale. L'abbandono della primitiva volontà di restaurare un iniziale coordinamento tra l'ospedale, i presidi poliambulatori extraospedalieri, lascia immutata l'attuale situazione tecnicamente assurda e gravissimamente antieconomica. Deve essere sottolineato inoltre — prosegue *Iniziativa ospedaliera* — che serie perplessità sono generate dalla imprecisa definizione della territorialità degli enti, dall'imperfetta democraticità della gestione ospedaliera, dalla critica formulazione dei rapporti tra ospedali e università, che si presta chiaramente al perpetuarsi di anacronistici privilegi ».

Nel corso del convegno del PRI è stato affermato che, senza il ripristino del fondo nazionale ospedaliero, è arduo parlare di riforma e di superamento degli squilibri attualmente esistenti tra nord e sud. L'onorevole Romano, nel suo discorso di ieri, ha indicato tra le ombre della riforma il fondo ospedaliero che, così come è rimasto, non ha significato. Ed io mi permetterò di citare le parole pronunciate dal collega onorevole Ro-

mano in Commissione. Proprio in Commissione egli ha sostenuto che il fondo ospedaliero nazionale, che nel disegno di legge è previsto allo scopo di elargire contributi agli ospedali, non è rispondente alle necessità obiettive. Esso invece dovrebbe costituire il nucleo centrale del finanziamento degli ospedali ai cui oneri si dovrebbe sopperire anche attraverso i contributi di tutti i cittadini.

Il primitivo schema Mariotti, tenendo conto del fatto che la legge relativa alla riforma ospedaliera avrebbe dovuto costituire l'avvio alla realizzazione di un servizio sanitario nazionale, così come è stabilito nel piano, prevedeva la costituzione di un fondo nazionale ospedaliero in cui sarebbero dovute confluire: 1) le somme dovute agli enti ospedalieri, dagli enti mutualistici e assicurativi per l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale dei mutuatati e degli assicurati; 2) le somme dovute dai comuni, dalle province e dallo Stato agli enti ospedalieri per l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale ai cittadini che vi hanno diritto a norma delle vigenti disposizioni; 3) le somme attualmente iscritte nel bilancio dello Stato, nella tabella relativa alla previsione di spesa del Ministero della sanità e di altri ministeri, destinate a norma della vigente legislazione al finanziamento delle costruzioni, all'ampliamento, trasformazione e completamento degli ospedali, oltre che al rinnovo e al potenziamento delle loro attrezzature, e destinate altresì allo svolgimento nell'ambito istituzionale ospedaliero di attività di studio e di ricerca didattiche e di educazione sanitaria; 4) le somme da iscriversi nel bilancio di previsione dello Stato per interventi finanziari diretti a favorire l'assunzione di mutui da parte degli enti ospedalieri per il ripiano delle passività di bilancio; 5) le rendite derivanti dal patrimonio delle opere pie soggette ad estinzione (qui don Rodrigo è venuto fuori!) per l'esaurimento dei fini istituzionali.

Il fondo era destinato: 1) al pagamento immediato a favore degli enti ospedalieri delle rette di degenza, delle prestazioni ambulatoriali a carico dello Stato, delle province, dei comuni e degli enti mutualistici e assicurativi; 2) alla copertura degli interventi dello Stato per finanziare la realizzazione dei piani ospedalieri; 3) all'erogazione di contributi agli enti ospedalieri per l'attività di ricerca didattica e di educazione sanitaria, per l'attività diagnostica, di cura, profilattica, riabilitativa perseguite dagli enti stessi; 4) alla copertura degli interventi finanziari dello Stato diretti a favorire l'assunzione dei mutui per il ripiano delle passività di bilancio.

Nel disegno di legge in esame il fondo nazionale, rispetto a quello previsto nello schema Mariotti, ha conservato solo il nome. L'articolo 33, infatti, stabilisce al primo comma che nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità sarà iscritto un apposito capitolo intitolato: « fondo nazionale ospedaliero ». Al terzo comma del medesimo articolo troviamo uno stanziamento di 10 miliardi per il 1967. A cosa devono servire questi 10 miliardi, ci chiediamo? Al pagamento, per la quota del 65 per cento che è a carico dello Stato, degli assegni ai medici interni e alla concessione dei contributi e sussidi agli enti ospedalieri per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie e per il miglioramento di esse nei casi in cui la quota delle rette di degenza previste in un ventesimo del loro ammontare non sia sufficiente.

Come si vede la sproporzione tra i 10 miliardi stanziati per il 1967 a favore del fondo nazionale ospedaliero e le esigenze degli enti ospedalieri, specialmente del sud — a 350 miliardi circa ammonta la cifra pagata in rette dagli enti mutualistici per i lavoratori — è veramente enorme. È da notare soprattutto la diversa funzione ed il significato diverso del fondo nazionale ospedaliero rispetto a quelli risultanti dallo schema Mariotti; sicché non pare esagerato dire che è veramente arduo parlare di riforma. È da notare che la mancanza di un fondo nazionale ospedaliero acuirà gli squilibri tra nord e sud e farà sì che le zone meno progredite avranno strutture ospedaliere sempre più insufficienti, sempre più vecchie e cadenti, mentre le zone più progredite andranno più avanti. E non costituisce un'adeguata risposta l'affermazione, fatta ieri dal ministro, che lo squilibrio degli investimenti per la costruzione di nuovi ospedali a tutto vantaggio del nord dipende dal fatto che dalle zone depresse non arrivano progetti. I vecchi ospedali del sud e i comuni poveri ed indebitati del meridione non possono sostenere l'onere che comporta l'accensione di mutui nuovi e non chiedono quindi, proprio per questo, finanziamenti. Scomparso il fondo nazionale predisposto per sopperire alle inderogabili necessità degli enti ospedalieri che pur debbono vivere, come si intende far fronte a queste esigenze?

A questo punto viene fuori la retta onnicomprensiva.

Il relatore per la maggioranza onorevole Lattanzio, nella sua relazione orale in Commissione, si è dichiarato contrario (le sue affermazioni sono riportate nel *Bollettino delle*

*Commissioni*) al principio secondo cui la retta ospedaliera deve essere comprensiva di tutte le spese sostenute dall'ospedale, e a conclusione della discussione generale si è dichiarato dell'avviso che non sia giusto far ricadere sugli assistiti tutte le spese ospedaliere attraverso l'istituzione della retta onnicomprensiva.

Nella relazione scritta, però, trattando del problema finanziario, dopo aver detto che « questo nei nostri ospedali attraversa oggi uno dei periodi più acuti e preoccupanti » ed aver esaminato i motivi della crisi, soggiunge: « Ma il problema più grosso resta comunque quello relativo all'inclusione o meno nella retta ospedaliera di tutte le spese sostenute dall'ente ». Dopo avere rigettato in blocco le varie proposte affacciate e discusse in Commissione ed avere detto che « quando, sia pure nel tempo, sarà attuato un sistema di sicurezza sociale » io dico: beato chi camperà tanto! « il problema dello scorporo non avrà più senso », conclude dicendo: « In queste prospettive si è ritenuto di potere accettare l'impostazione del disegno di legge governativo, che, d'altronde, ha il merito di definire in forma chiara la composizione della retta, che dovrà comprendere... ».

Mi scusi, onorevole Lattanzio, ma io che sempre mi rammarico di dimenticarmi quello che mi si dice il giorno avanti, quando ho letto la sua relazione mi sono consolata. Io mi dimentico di quello che dicono gli altri; il relatore si dimentica di quanto ha detto egli stesso, e questo mi conforta non poco!

In forza dell'articolo 32, la retta deve comprendere tutte le spese sostenute dall'ente per la retribuzione del dipendente personale, per la diagnosi, la cura ed il mantenimento degli infermi; quelle necessarie per assolvere i compiti previsti dagli articoli 2 (primo e secondo comma) e 40 della presente legge, nonché ogni altra spesa che concorra a formare il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera.

E poiché dare definizioni chiare è un gran merito, mi permetterete di chiarire ad un ipotetico degente che nella espressione « spese sostenute dall'ente per la retribuzione del personale dipendente » è compreso anche lo stipendio, con relativa tredicesima (ha osservato in Commissione un collega democristiano, si capisce) del ministro del culto cattolico. Questo è un grazioso omaggio dei socialisti unificati alla democrazia cristiana. Sfido io che quella sera il ministro non sapeva più se aveva perduto o vinto: gli avevano fatto ingoiare anche questo rospo!

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Per la verità era previsto anche nel primo progetto Mariotti; quindi non è il risultato di una battaglia in Consiglio dei ministri.

ALESSI CATALANO MARIA. È il risultato della battaglia precedente al primo schema Mariotti. Il relatore dice che con la presente legge di riforma l'assistenza religiosa viene specificata ed assicurata (sono sue parole); a me pare invece che venga declassata.

A parte il fatto che parliamo di ristrettezze finanziarie in cui versano gli ospedali, a parte il fatto che negli ospedali italiani l'assistenza religiosa non è finora mancata, a me pare che la religione ci perda, perché se un sacerdote, per assistere spiritualmente i malati, ha bisogno di uno stipendio, vuol dire che la sua non è una missione, ma un mestiere.

E se voi pensate che sia giusto stipendiare, per dare questa cura allo spirito dei malati, i ministri del culto cattolico che prestano l'assistenza religiosa negli ospedali, perché questa norma non si estende ai ministri degli altri culti riconosciuti dallo Stato e presenti nell'ambito territoriale in cui opera lo ente ospedaliero?

Secondo me, gli ospedali, al pari delle mutue, degli enti previdenziali e di tanti altri centri ed enti che pullulano in Italia (mi pare che questo nostro paese sia un po' la mamma degli enti), costituiscono per l'appunto uno di quei centri di potere che producono voti a iosa per la democrazia cristiana. D'altra parte, capisco bene che quei centri debbano operare in modo da produrre voti per quel partito. Ora, lo stipendio assicura una permanenza che dà anche una certa soddisfazione.

Noi siamo contrari alla retta di degenza onnicomprensiva, perché la spesa per l'ammortamento e l'ammmodernamento delle attrezzature sanitarie dell'ospedale — per la natura del servizio, dovuto al cittadino a norma dell'articolo 32 della Costituzione — non può gravare sui singoli, ma deve gravare sulla collettività. Vi appellate tutti alla Costituzione e al Concordato quando vi fa comodo, ma non pensate che l'essere curato è un diritto del cittadino e quindi lo Stato ha il dovere di approntare il servizio perché la salute del cittadino sia protetta.

In questa convinzione non siamo soli. Oltre ai colleghi comunisti, che sono sulla stessa nostra linea, vi sono anche forze lontane da noi che la pensano allo stesso modo. In un articolo su *Conquiste del lavoro*, a fir-

ma Cenzi (e *Conquiste del lavoro* non è di estrema sinistra, e non è neppure socialista, né rosso né rosa), a proposito della determinazione della retta di degenza, si dice che da questa disposizione normativa si ricava, ad esempio, che il compito di finanziare l'ammodernamento e il rinnovo delle attrezzature ospedaliere viene affidato alla retta giornaliera di degenza. A parte la considerazione di carattere essenziale che la misura della retta determinata con simili strumenti verrebbe ad assumere una differenziazione assoluta sul territorio nazionale per la diversa situazione di partenza rispetto all'ammodernamento ed alle attrezzature tecniche che presentano i vari centri ospedalieri, pare opportuno che questo importantissimo capitolo di spesa gravi sull'intera collettività e non sui malati spedalizzati. Sembra quindi inevitabile che il finanziamento del rinnovo e dell'ammodernamento delle attrezzature ricada sul fondo nazionale ospedaliero, che, nella disposizione contenuta nel disegno di legge governativo, concede contributi e sussidi agli enti ospedalieri per il miglioramento e l'adeguamento delle attrezzature tecniche solo nel caso in cui la quota della retta di degenza non riesca a coprire le spese occorrenti.

Più oltre è detto che per le stesse ragioni si dovrebbe provvedere a sollevare gli enti ospedalieri dalle spese relative all'internato e al tirocinio dei medici neo-laureati.

Oltre tutto, il concetto della retta di degenza onnicomprensiva è in contrasto con il capitolo VII del piano quinquennale, ove si afferma che il servizio sanitario nazionale sarà finanziato dallo Stato attraverso il contributo dei cittadini in proporzione alla rispettiva capacità contributiva; ma poiché più oltre nello stesso capitolo è detto che costituiscono concreto e coerente avvio alla riforma i disegni di legge già presentati in Parlamento, relativi alla riforma ospedaliera, alla riforma della Croce rossa italiana ecc., se le parole hanno un senso, occorre adeguare il disegno di legge ai principi del piano appunto per dare inizio e concreto e coerente avvio alla riforma; invece con una chiara scelta di classe si riversa sulle spalle dei lavoratori l'onere di un servizio pubblico, mentre lo Stato interviene con una spesa minima.

Il provvedimento è tutto frutto di un compromesso, che io non voglio chiamare pulito (aggettivo che è dispiaciuto a un collega del gruppo della democrazia cristiana) né sporco. È un compromesso che ha sacrificato agli interessi sostenuti dalla democrazia cristiana, e a cui questo partito largamente si appog-

gia, lo spirito innovatore del primo schema e in definitiva l'interesse dei cittadini italiani.

L'articolo 1 del disegno di legge in esame pone un problema politico di fronte al quale il legislatore viene a trovarsi ogniqualvolta si trova a legiferare su argomenti che toccano interessi di ordine religioso o più ampiamente interessi vaticani. È il problema di armonizzare le leggi dello Stato italiano democratico e antifascista con il dettato del Concordato stipulato tra la Santa Sede e lo Stato italiano, allora antidemocratico e fascista. Problema assai difficile da risolvere, essendo la figura di uno dei due contraenti profondamente mutata a seguito di avvenimenti che, spazzando via la dittatura fascista, lo hanno trasformato da Stato autoritario, che per reggersi aveva bisogno di trovare appoggio là dove lo poteva trovare, in Repubblica democratica, tesa a realizzare pienamente la Costituzione che si è data e a liberarsi dalle scorie del recente passato che ancora la impastoiano.

Nessuno penserà che io intendo chiedere in questa sede di non tener conto del Concordato, anche se sono convinta che una revisione di esso sarebbe quanto mai necessaria (il mio gruppo ha presentato una mozione in tal senso). Quello che voglio osservare è che del Concordato si fa uso ed abuso da parte della democrazia cristiana e oggi anche da parte del partito socialdemocratico unificato, sia quando esso può essere giustamente chiamato in causa, sia — ed è il più delle volte — quando il Concordato non c'entra per niente o addirittura dice il contrario di quanto gli si vuol far dire. Voglio sperare che il ministro Mariotti non mi opporrà che si tratta della conseguenza della votazione con la quale l'Assemblea Costituente approvò l'articolo 7 della Costituzione. Io non ho mai pensato di appoggiare le richieste, sempre più pressanti, dei democristiani, che intendono sempre di più asservire lo Stato agli interessi di parte in nome del Concordato. Sono invece i suoi compagni di gruppo quelli che danno volentieri una mano per far trionfare le pretese della democrazia cristiana, al fine di creare una posizione di favore per gli enti ecclesiastici gestori di ospedali o scuole, o possessori di pacchetti azionari, appellandosi al Concordato, mentre i ministri socialdemocratici e socialisti unificati (come è avvenuto in seno alla Commissione finanze e tesoro e alla Commissione igiene e sanità, come ha fatto ella stesso, signor ministro) per « scaricare » il loro partito da ogni responsabilità, non tralasciano occasione per rimproverare ai

comunisti di avere a suo tempo approvato l'articolo 7 della Costituzione. Dimenticano, però, che l'errore altrui — se di errore si tratta — non serve a giustificare l'ardore con cui essi, per sostenere i cedimenti alla democrazia cristiana, si avvalgono dell'articolo 7 e quindi del Concordato anche quando quest'ultimo non suffraga le loro tesi.

Fra i comunisti che votarono a favore dell'articolo 7 ed i socialisti che a favore di quell'articolo non votarono, ma che oggi — da buoni socialdemocratici — rinnegando il loro atteggiamento di allora, di quell'articolo si servono (e a torto, perché danno scientemente una interpretazione inesatta del Concordato) per giustificare i loro cedimenti al partito di maggioranza, pur di evitare la crisi e uscire dal Governo, con la conseguente perdita di tante fette di torta di governo e di sottogoverno, non credo siano i primi più biasimevoli dei secondi. Non credo, soprattutto, che i socialdemocratici unificati siano i più qualificati a muovere rimproveri di tal genere.

Dicevo che i ministri socialdemocratici si avvalgono dell'articolo 7 e quindi del Concordato con tanto maggiore ardore quanto più il testo del Concordato non suffraga la loro tesi. Infatti, il ministro della sanità, in Commissione, nel corso della discussione dei due emendamenti soppressivi del terzo comma dell'articolo 1 del disegno di legge in esame, ha osservato che il terzo comma ribadisce uno degli aspetti concordatari dai quali non si può prescindere, a meno che non si denunci il Concordato per questi 10 o 12 ospedali religiosi sui 1.200 esistenti.

A parte il fatto che l'onorevole ministro è stato, direi, meno prudente del relatore per la maggioranza, onorevole Lattanzio, il quale ha motivato il suo parere contrario con altri argomenti, premettendo un elegante quanto poco impegnativo « a parte ogni riferimento al Concordato », resta la realtà del testo del Concordato, che tutti possono consultare (e credo che anche l'onorevole ministro lo abbia consultato). Dall'esame attento del Concordato non risulta nulla a suffragio della tesi sostenuta dal ministro Mariotti, secondo la quale una innovazione alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico e amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera equivarrebbe ad una denuncia del Concordato, cosa, questa, che non sarebbe certo accettata dalla maggioranza, ma che, se avvenisse, non credo che sarebbe poi una grave sciagura.

Se l'onorevole ministro si fosse ricordato della legge 27 maggio 1929, n. 848, di esecuzione del Concordato, la sua sicurezza si sarebbe certamente attenuata, perché detta legge permette appunto di assoggettare gli enti ecclesiastici che esercitano l'assistenza ospedaliera alle leggi dello Stato, anzi lo dice espressamente. Infatti, l'articolo 5 del capo II sancisce: « Gli istituti ecclesiastici civilmente riconosciuti, in quanto esercitino attività di carattere educativo, assistenziale o comunque di interesse sociale a favore di laici, sono sottoposti alle leggi civili concernenti tali attività ».

Mi pare che questo testo sia abbastanza chiaro e non abbia bisogno di ulteriori interpretazioni.

Questa nostra interpretazione dello spirito e della lettera del Concordato non solo è suffragata da quanti liberamente discutono la cosa, ma anche da persone vicine alla democrazia cristiana.

Il professor Lorenzo Spinelli (non si tratta del collega Spinelli) nella sua relazione contenuta negli atti del convegno di studi promosso dalla « Pontificia opera assistenza » che si è svolto a Roma nel gennaio scorso, interpreta rettamente la norma concordataria, anche se critica la legge del 1890, in quanto, a suo avviso, fondata su un concetto dello Stato e dei suoi rapporti con la Chiesa superato ormai nella coscienza di una società democratica e contrastante del resto con lo stesso disposto costituzionale. Infatti, secondo lo Spinelli, il quinto comma dell'articolo 38 della Costituzione (« L'assistenza privata è libera ») dovrebbe essere inteso nel senso che, nel quadro della programmazione che dovrebbe favorire le iniziative spontanee, queste ultime non dovrebbero in alcun modo sentirsi limitate e tanto meno soffocate. L'opera dello Stato dovrebbe essere tesa a favorire queste iniziative in un clima di libertà. E favorirle significa esercitare una funzione stimolatrice della collaborazione, in modo che l'opera dello Stato possa consistere in una forma di appoggio e di richiamo che consenta la più larga possibilità di potenziamento dell'assistenza come espressione di libera evoluzione.

Dopo aver sostenuto la necessità per lo Stato di agevolare l'iniziativa libera e di soddisfare le esigenze della dignità della persona umana, tra le quali rientra anche la libertà del cittadino di poter scegliere le prestazioni assistenziali che più lo soddisfano, lo Spinelli passa al problema del finanziamento che lo Stato dovrebbe dare agli istituti assistenziali e dice: « Il sovvenzionamento cui lo Stato moderno, in un clima democratico, deve

provvedere a favore degli enti di libera assistenza senza alcun criterio di distinzione e di preferenza, ha una ragione profonda. La libertà che la Costituzione assicura agli enti assistenziali che non rientrano nella struttura dello Stato e degli enti pubblici non solo deve essere garantita contro eventuali attentati da parte dello Stato stesso, ma deve essere realizzata attraverso un aiuto, inteso sotto ogni aspetto, da parte dello Stato medesimo, prestato alla singola istituzione, perché questa possa adeguatamente maturarsi ed agire liberamente con maggiore efficacia. Del resto — soggiunge — l'assegnazione del sovvenzionamento può trovare la sua logica spiegazione nel fatto che da lì si attuano le gestioni di un servizio che indubbiamente è oggetto di pubblico interesse ».

Naturalmente tutto questo che lo Spinelli dice si riferisce al settore sanitario libero, quindi si potrebbe anche riferire alle case di cura private. Vedremo poi se, fra qualche tempo, i proprietari di case di cura private non verranno a pretendere la sovvenzione, dato che si occupano di un problema siffatto. È evidente che lo Spinelli quando parla di assistenza libera parla, per la tesi che deve sostenere, di tutti; ma in effetti si riferisce esclusivamente alle case di cura che dipendono da enti religiosi.

Le conclusioni dell'autore portano alla logica illazione che anche alle fondazioni e alle associazioni, alle quali si riferisce il secondo comma dell'articolo 1, dovrebbero essere date le sovvenzioni. Non si comprende infatti perché a quelle dipendenti dagli enti ecclesiastici debbano essere date le sovvenzioni, mentre alle fondazioni (che anch'esse non credo abbiano fine di lucro, se questo è il motivo che le giustifica) non debbano esser date.

La tesi sostenuta dall'autore è la stessa che i democristiani sostengono quando si tratta della scuola privata. Ma in quel caso non tengono conto dell'ultima parte del terzo comma dell'articolo 33 della Costituzione, che recita « senza oneri per lo Stato », mentre nel caso degli enti di assistenza essi interpretano in maniera distorta il disposto costituzionale perché nessuno — credo — vorrà sostenere che l'espressione : « l'assistenza privata è libera » possa essere intesa nel senso che lo Stato ha il dovere di sovvenzionarla.

Vi è anche da osservare che l'autore parla di iniziativa libera in genere, ma, mentre propone la sovvenzione per gli enti di libera assistenza (cioè per gli ospedali dipendenti da enti ed istituti ecclesiastici), chiede contestualmente la libertà di iniziativa, che esclu-

de, a suo dire, la liceità di costringere l'organizzazione entro prefissati schemi legislativi e di preconstituire attraverso la legge alcuna rigida ed organica disciplina. E dimentica poi il disposto dell'articolo 5 della legge 27 maggio 1929, che ho già citato, come pure il disposto dell'articolo 29, lettere c) e d) del Concordato, da lui citate, che sottopongono espressamente alle leggi civili gli istituti ecclesiastici civilmente riconosciuti, in quanto esercitano attività di carattere educativo, assistenziale e comunque di interesse sociale a favore dei laici.

La tesi per cui le organizzazioni assistenziali dipendenti da enti ed istituti cattolici debbano godere di un trattamento privilegiato non ci sembra corretta. Si sostiene, infatti, che le organizzazioni assistenziali dipendenti da enti ed istituti cattolici debbano essere distinte dalle istituzioni private, in quanto non hanno fini di lucro e rispondono ad esigenze di libertà spirituale della persona umana. Ma non si vede perché lo stesso trattamento non debba essere fatto anche agli ospedali dipendenti da enti od istituti di altre confessioni religiose che — io penso — non hanno neppure essi fini di lucro e corrispondono del pari a questa esigenza di libertà spirituale della persona umana. Ma di questi non si fa cenno.

Anche io, come tanti altri colleghi che hanno votato a favore degli emendamenti soppressivi del comma terzo dell'articolo 1, non riesco a comprendere le ragioni per le quali si vuole creare la categoria degli ospedali dipendenti dagli enti ecclesiastici. Né vale la osservazione del relatore, il quale non ritiene giusto e corretto che si facciano rientrare nella categoria delle case di cura private gli ospedali degli enti religiosi i quali non hanno scopo di lucro e si reggono per l'attività generosa e caritatevole del personale sanitario e di assistenza, il quale economicamente non riceve il trattamento dei dipendenti delle case di cura private.

Io vorrei sottolineare l'analogia che c'è tra il problema in esame e il settore della scuola. La scuola si distingue in pubblica e privata e, anche se il 99 per cento (e magari il 99 e mezzo per cento) della scuola privata è costituita da scuole di enti ecclesiastici, a nessuno è venuta in mente, almeno fino ad oggi, la felice idea di creare la categoria della scuola dipendente dagli enti ecclesiastici per distinguerla da quella dipendente da privati. Mi si dirà che la situazione è diversa perché gli ospedali degli enti ecclesiastici non hanno fine di lucro, ma anche la scuola privata dipendente da enti religiosi pare — se dobbiamo

credere a quello che i colleghi democristiani hanno detto in aula quando si è trattato di scuola privata — non abbia fine di lucro, anche se le rette sono abbastanza elevate. Infatti, essi sostengono che le scuole gestite dai religiosi hanno solo il fine di educare la gioventù secondo i dettami delle dottrine cattoliche. I democristiani, infatti, magari trovando compiacenti alleati, come è avvenuto quando si è trattato di dare fior di miliardi affinché le suore costruissero asili per la scuola materna, lo fanno molto volentieri, ma evidentemente non tengono in conto che non si può escludere l'ipotesi, basata sulle stesse premesse, che anche un privato potrebbe costruire una casa di cura senza scopi di lucro.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. In un clima di libertà, chiunque esercita un servizio a favore della collettività dovrebbe avere il diritto ad essere aiutato dallo Stato, giacché ciò si traduce in un bene per la collettività.

ALESSI CATALANO MARIA. E perché dovrebbe avere questo diritto?

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Perché assolve ad un servizio di pubblica utilità. Non ci deve essere il monopolio dello Stato. La tesi dei monopoli dello Stato dobbiamo togliercela dalla testa.

ALESSI CATALANO MARIA. Io non parlo dal punto di vista del monopolio dello Stato. Quando lo Stato italiano avrà le scuole per tutti gli scolari italiani, avrà gli asili di Stato in tutte le città, i cattolici che vorranno andare nella scuola cattolica potranno farlo pure, ma l'importante è che almeno in ogni paese ci sia un asilo.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Si deve però lasciare la libertà anche agli altri. Del resto non solo i cattolici mandano i loro bambini nelle scuole cattoliche; mentre i cattolici dovrebbero poterlo fare senza dover pagare il doppio o il triplo delle tasse soltanto perché sono cattolici: perché i monopoli statali portano a questo.

ALESSI CATALANO MARIA. Il doppio o il triplo delle tasse, mi scusi, si paga perché i collegi fanno pagare di più.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Dovere dello Stato, ma non monopolio dello Stato.

ALESSI CATALANO MARIA. Non si tratta di monopolio. Il fatto che la scuola sia libera non implica monopolio. Tornando al discorso della sanità pubblica, il concetto di libertà non implica il concetto dell'aiuto. L'altra questione che ella pone (perché i privati non devono avere un sussidio dello Stato) rientra nel caso che dicevo poco fa: domani sorgeranno i proprietari di case di cura private che naturalmente diranno: aiutateci. Per esempio, verrà il professor Basile, che ha una casa di cura in cui fa piacere andarci per passare del tempo, tanto è bella, e dirà: aiutatemi un poco perché io faccio il bene del popolo.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Benissimo, io sono d'accordo con la prima parte del suo discorso.

ALESSI CATALANO MARIA. Io non cito il nome di una persona perché è schiva di notorietà e non avrebbe piacere che lo facessi, ma posso citare una casa di cura privata dove il ricovero costa meno che andare in ospedale e si è curati e assistiti con tanto amore.

VALITUTTI. Sono molte.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Sono molte!

ALESSI CATALANO MARIA. E allora perché queste case di cura non devono essere aiutate e invece quelle degli enti ecclesiastici sì? Io non intendo fare la difesa delle case di cura private, ma intendo dire che se c'è una regola esse deve valere per tutti.

VALITUTTI. Per carità, non aiutiamole, perché altrimenti aumenterebbero le rette!

ALESSI CATALANO MARIA. Anche le scuole tenute dalle religiose aumenterebbero la retta, con tutte le sovvenzioni. Infatti, negli asili finanziati dallo Stato, non è che i bambini non paghino!

Per quanto riguarda il personale sanitario e di assistenza, il quale — dice il relatore — non riceve il trattamento economico dei dipendenti delle case di cura private, a parte il problema in sé che spero di arrivare a trattare parlando del personale, è da osservare che anche nelle scuole private i dipendenti da enti religiosi — cioè il personale laico — com'è noto, non ricevono un trattamento economico adeguato. Fino a poco tempo fa si arrivava perfino a retribuzioni di 10 mila lire al mese.

Non per niente voi democristiani avete ottenuto che le insegnanti che insegnano nelle scuole parificate conseguano il titolo per l'anno di studio, cioè il punteggio, perché in questo modo gli istituti religiosi trovano più « povere cappa » che vanno ad insegnare lì. Ne hanno trovato nel passato, quando i professori abbondavano, e così pure nelle zone (come nella mia zona) dove c'è una certa abbondanza di insegnanti.

La verità è che i compromessi comportano dei cedimenti e a cedere è sempre il più debole quando è preoccupato di perdere, altrimenti, i vantaggi che spera di ottenere con la collaborazione. E la creazione della categoria degli ospedali dipendenti da enti religiosi è uno dei tanti punti su cui il partito socialdemocratico unificato ha dovuto cedere e, per difendere il proprio operato e mascherare il cedimento, si trincerò dietro un comodo quanto inesistente articolo del Concordato. E poiché quando si è su di un piano inclinato è difficile fermarsi a mezza via, abbiamo visto un socialdemocratico unificato presentare, insieme con un deputato democristiano (per fare un accordo perfetto) un emendamento che offre tutti i vantaggi agli ospedali ecclesiastici senza sottoporli a nessun maggior controllo. Vedi caso, questo emendamento non era altro che una copia, migliorata a favore di detti ospedali, dell'emendamento proposto dall'Associazione religiosa istituti ospedalieri. In forza di questo emendamento, divenuto quarto comma dell'articolo 1 (*Interruzione del Presidente della Commissione De Maria*) del testo della Commissione (non raccolgo molte interruzioni sia per non far perdere tempo alla Camera, sia per rispetto del nostro Presidente) gli ospedali degli enti ed istituti religiosi, nel caso in cui abbiano i requisiti prescritti dalla legge possono, a domanda, essere classificati in una delle categorie di cui agli articoli 19 e seguenti. I « requisiti prescritti », perché si possa parlare di ospedale, sono quelli contemplati dall'articolo 18 per la classificazione di cui parlano gli articoli da 19 a 25. Di questo si sarebbe accontentata l'associazione religiosa di cui ho detto prima, essendo proprio quello l'emendamento proposto, almeno formalmente. Ma come dicevo prima, è difficile fermarsi a mezza strada e perciò è stato aggiunto, ad opera degli onorevoli Barba e Usvardi, l'inciso « anche ai fini dell'applicazione delle disposizioni contenute nel titolo quarto della presente legge ». Cioè ai fini del finanziamento.

Il ministro Mariotti ha dichiarato in Commissione che, al contrario, l'inciso « ove pos-

segano i requisiti prescritti dalla presente legge », assoggetta con decisa coerenza gli ospedali ecclesiastici alla nuova disciplina. Non mi pare che sia così perché l'inciso citato si riferisce ai requisiti che gli ospedali debbono avere riguardo ai vari servizi, ai requisiti di attrezzatura, posti-letto, ecc. Non si riferisce all'amministrazione degli ospedali ecclesiastici che resta sempre autonoma e incontrollata anche quando, dopo essere stata classificata in una delle categorie contemplate dagli articoli 19 e seguenti, l'ospedale ottiene finanziamenti del fondo ospedaliero nazionale o regionale.

Più deferenti di così, verso i loro alleati di Governo e gli amici dei loro alleati, i socialdemocratici unificati non potevano essere. E la deferenza, se così si vuol chiamare, arriva al punto che l'onorevole Usvardi, commosso dall'elogio degli ospedali religiosi fatto dall'onorevole Lattanzio, ha ritirato l'emendamento che aveva presentato (in un momento di oblio della sua posizione di governativo) che tendeva a limitare la proliferazione di ospedali, enti e istituti ecclesiastici attualmente esistenti. Nemmeno questo si è voluto mettere nella legge!

Sempre nell'articolo 1 non sono riuscita a capire perché mentre si asserisce che « l'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri », si siano voluti escludere dalla riforma gli ospedali psichiatrici ed altri istituti di cura per malattie mentali, tanto più che in Commissione, in sede di discussione degli articoli, l'onorevole Barberi ebbe a dichiarare « di concordare con l'affermazione che non è possibile che gli ospedali psichiatrici siano mantenuti nel loro attuale inquadramento e ordinamento, ritenendo che sia necessaria una legge *ad hoc* distinta dal provvedimento in discussione ».

Concorda quindi sul principio che debbano essere rinnovati, anche se chiede una legge particolare.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Si tratta di ospedali particolari.

ALESSI CATALANO MARIA. Mi lasci parlare.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Aveva detto di non essere riuscita a capire.

ALESSI CATALANO MARIA. Avrebbe potuto essere una figura retorica; può darsi in-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 29 APRILE 1967

vece che io abbia capito molto bene. Gli ospedali psichiatrici non sono ospedali come tutti gli altri, dato che hanno ugualmente la cura degli infermi, anche se si tratta di infermi di mente? Ella, onorevole Lattanzio, ha detto che gli ospedali psichiatrici sono ospedali speciali; devo fare presente che non desidero riferirmi alla regolamentazione o alle varie cure, ma semplicemente agli ospedali in quanto tali.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Che significa?

ALESSI CATALANO MARIA. Noi stiamo parlando di ospedali, stiamo parlando di consigli di amministrazione e dei requisiti che debbono avere; stiamo dicendo che se non hanno certi requisiti non vengono eretti ad enti ospedalieri. Si poteva quindi, nel fare riferimento ai requisiti degli enti ospedalieri, aggiungere un altro comma in riferimento ai requisiti necessari per gli ospedali psichiatrici. La riforma, quindi, avrebbe potuto essere unica. Il ministro Mariotti ha presentato uno schema di disegno di legge per la riforma dell'assistenza psichiatrica; si tratta in effetti di un'altra cosa perché non è la riforma degli ospedali, ma è semplicemente una riforma dell'assistenza. È dal 23 luglio 1965 che questo schema dorme sogni tranquilli in quel famoso cassetto del Presidente Moro. Non capisco perché non si vogliono assoggettare alla stessa disciplina degli enti ospedalieri anche gli ospedali psichiatrici. L'altro giorno il ministro Mariotti ha interrotto il collega Scarpa con fare sorridente, dato che egli dice sorridendo le cose che vuole dire seriamente e seriamente le cose che vuole dire scherzosamente.

L'onorevole Ministro si vale del fatto di essere toscano, dimenticando che noi italiani siamo tutti toscani! Quindi, in questo campo, la toscania è generale!

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non rivendico mica un brevetto! (*Si ride*).

ALESSI CATALANO MARIA. Quando l'onorevole Mariotti, con il suo fare sorridente, ha interrotto l'onorevole Scarpa dicendo: « Cosa diranno le province », allora ho capito tutto, si è fatta luce nella mia testa confusa. L'internato obbligatorio non si fa perché non piace ai neolaureati; lo ha detto il ministro. Alla stessa maniera, gli ospedali psichiatrici vengono lasciati al di fuori della riforma ospedaliera perché alle province non piace questa riforma.

SCARPA. Il fatto è che l'Unione province italiane ha predisposto uno schema di progetto di legge sulla riforma psichiatrica.

ALESSI CATALANO MARIA. Non si tratta di tutte le province; ci sono anche province che non la vogliono.

Comunque, signor ministro, mi consenta di chiederle una spiegazione: dato che stiamo parlando di tutela della salute mentale, a chi non piace la proposta di legge su questo argomento e sull'assistenza psichiatrica presentata dall'onorevole Marcella Balconi ed altri 22 deputati del PCI e del PSIUP? Perché questa proposta, presentata il 13 marzo 1965, è stata tenuta a dormire per due anni, e dopo essere stata, dietro le insistenze della collega Balconi, posta all'ordine del giorno della Commissione, in sede referente, nei successivi ordini del giorno non se ne è trovato più traccia?

Mi potrà rispondere: per la stessa ragione per cui la proposta di legge di riforma sanitaria presentata dall'onorevole Longo e tanti altri deputati del gruppo comunista è rimasta tanto tempo a marcire (e poi hanno dato loro il contentino di allegare questa proposta di legge al progetto governativo senza nemmeno degnarla di una occhiata). Eppure è una proposta che è urgente trasformare in legge perché tanti disgraziati soffrono e chiedono aiuto; è una proposta che merita attenzione anche perché è ritenuta valida fuori dello stesso Parlamento.

Angelo Del Boca nel libro *Manicomi come lager*, parlando degli appunti che gli 800 psichiatri della AMOPE fanno alla riforma Mariotti dice: sono appunti in parte suggeriti loro dalla esperienza diretta negli ospedali, in parte dai vari rapporti dell'organizzazione mondiale della sanità; rapporti che, per l'obiettività, sembrano avere maggiormente ispirata un'altra proposta di legge, quella presentata il 16 marzo 1965 anche a nome di altri 23 deputati del PCI e del PSIUP dall'onorevole Marcella Balconi.

Noi facciamo nostro un interrogativo posto da un articolo apparso sul settimanale *Politica* di parte democristiana nel quale si dice: non si capisce perché non si deve tener conto del progetto delle sinistre che sul piano psichiatrico è valido. Questo interrogativo lo giriamo a lei, onorevole ministro, per competenza e desideriamo avere, se è possibile, una risposta.

Quanto agli altri punti della legge desidero soffermarmi un attimo sull'internato. Nello schema Mariotti all'articolo 23 per i neo laureati in medicina e chirurgia era sancita l'ob-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 29 APRILE 1967

bligatorietà, per essere ammessi agli esami di abilitazione, di un tirocinio di due anni.

Nel disegno di legge in esame è scomparsa l'obbligatorietà dell'internato; rimane in facoltà dei neolaureati di compiere un tirocinio di un anno. Ma — giustamente si chiedono i medici — chi saranno a voler compiere questo tirocinio? Non certo coloro che troveranno occupazione presso le mutue. Questa interrogazione l'abbiamo sentita porre in una riunione che i medici hanno tenuto al Capranichetta.

VALITUTTI. Ci saranno molti che vorranno farlo e i posti saranno pochi!

ALESSI CATALANO MARIA. Non certo quelli che troveranno posto nelle mutue! Questa era la risposta che si davano i medici riuniti nell'occasione da me ricordata. E aggiungevano: anche a causa delle condizioni delle nostre università, affrontano la professione senza un'adeguata preparazione. Il professor Puddu, alla manifestazione del 6 aprile, ha detto: « Un tempo eravamo maestri di medicina e in Italia venivano da tutte le parti, medici e studenti; ora siamo noi a dovere andare all'estero ».

E in un documento del consiglio nazionale dell'ANAAO è detto: « La rinuncia all'obbligatorietà dell'internato per i neolaureati compromette gravemente l'afflusso e la selezione di nuove leve negli ospedali e l'aspirazione ad un generale miglioramento qualitativo della professione medica ».

Sono parole gravi, a mio avviso, che, per l'apoliticità e la competenza dell'organo da cui provengono, dovrebbero far riflettere la maggioranza governativa.

Sull'internato c'è ancora da osservare che, mentre nello schema Mariotti era stabilito che l'assegno mensile viene corrisposto dall'ente ospedaliero sui fondi stanziati nel bilancio statale, nel disegno di legge per il 35 per cento è a carico dell'ente ospedaliero e in definitiva è trasferito sulle spalle dei lavoratori e dei degenti. Cosa che a noi non sembra giusta, e non sembra giusta anche ad altri.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Occorre avere un po' più chiaro il concetto su questo organismo che ella afferma ricadere sulle spalle dei lavoratori.

ALESSI CATALANO MARIA. Ce lo spieghi!

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Se ad un certo punto i contributi nel 1954-1958 era-

no fissati nella misura di 10 lire, ed oggi tali contributi restano sempre determinati in 10 lire, mentre la lievitazione della retta è aumentata a 20 o 30 lire, ciò significa che le rimanenti 20 lire sono pagate dalla collettività.

ALESSI CATALANO MARIA. Quando i datori di lavoro si vedranno chiedere un aumento dei contributi, farete loro il regalo che ad essi è stato fatto in occasione della fusione delle società. Sarà la collettività a pagare, ma anche i lavoratori fanno parte della collettività!

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Questo lo dice lei. Mi contesti che il contributo è rimasto a dieci lire.

ALBONI. Il ripiano si fa in ogni caso con altri fondi dei lavoratori.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Contesto che le mutue oggi siano in condizioni di contrarre mutui presso le banche. Il ripiano del disavanzo delle mutue avviene per mezzo dell'aumento dei contributi dei datori di lavoro e dei lavoratori, che sono rimasti fermi ad un certo punto.

ALBONI. D'accordo.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Poiché oggi si sta registrando un disavanzo sempre più pesante e, fermo restando il contributo ad un certo anno, ovviamente il ripiano delle mutue viene a gravare sulla intera collettività perché direttamente o indirettamente interviene il Tesoro.

SCARPA. Quando il ministro Colombo avrà tirato fuori i soldi...

ALESSI CATALANO MARIA. Se l'onere viene a ricadere sulla collettività, una parte di esso ricadrà nuovamente sulle spalle dei lavoratori, che fanno parte della collettività, fino a prova contraria!

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Che c'entra?

ALESSI CATALANO MARIA. Allora, vuol dire che i lavoratori sono estranei alla collettività, come afferma lei!

Dicevo che questo non sembra giusto a noi ed anche ad altri. In un articolo pubblicato da *Conquiste del lavoro*, giornale della CISL,

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 29 APRILE 1967

infatti, a proposito delle rette di degenza è detto: « Si dovrebbero sollevare gli enti ospedalieri delle spese relative all'internato e al tirocinio dei medici neolaureati. Altro punto della legge che svuota di valore l'istituto dell'internato è quanto disposto dal terzo comma dell'articolo 40. Il fatto che il numero dei posti di interno deve essere determinato dal consiglio di amministrazione dell'ospedale e non deve essere superiore al triplo dei posti di assistenza, può portare a varie conseguenze ».

L'onorevole ministro ha affermato che questo non si verificherà perché sono stati fatti i calcoli. Io ho poca fiducia in questo. Le conseguenze sono, a mio avviso, che gli ospedali delle zone più povere, per non aggravare la retta di degenza di quel 35 per cento a loro carico che, con l'attuale situazione debitoria delle mutue non si sa quando potranno esigere, delibereranno per un limite ristretto di posti, tanto più che la legge stabilisce un massimo, ma inspiegabilmente non stabilisce un minimo. Ipotesi questa che può comportare la conseguenza che si verifichi una eccedenza di aspiranti all'internato rispetto ai posti deliberati dai consigli di amministrazione. Il fatto che i posti di internato siano vincolati al numero dei posti di assistente comporta che molti ospedali, che attualmente si servono dell'opera di assistenti volontari, sempre più si avvarranno di questa forma di sfruttamento, ottenendo un doppio risparmio.

A questo punto credo opportuno dire una parola sugli assistenti volontari. Il problema è poco noto all'opinione pubblica, ma ben noto a tutti i medici; esso è esploso nel corso di una conferenza stampa che ha avuto luogo sere fa al circolo di cultura, con una resa di pubblica ragione da parte del dottor Walter Colombini, presidente della AIAVO (Associazione italiana assistenti volontari ospedalieri). Questi medici, esclusi dalla sanatoria, malgrado molti di essi siano idonei, continuano a prestare la loro opera a titolo gratuito come già da molti anni fanno, con un incarico rinnovato di mese in mese. Il loro numero è rilevante; pare che esso ascenda quasi al 20 per cento di tutti i sanitari ospedalieri; essi sono circa 300 nella sola Roma, e negli « Ospedali riuniti » in particolare, dove ci si è serviti di essi per organizzare il crumiraggio.

A parte la questione degli assistenti volontari (per risolvere la quale presenteremo forse emendamenti per evitare che la speculazione continui, calpestando non solo l'articolo 36 della Costituzione ma l'articolo 40 del-

la approvanda legge), perché non si verifichi l'ipotesi da me dianzi prospettata, io penso che occorra stabilire che, dal giorno della pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* della legge di riforma ospedaliera, siano bloccate definitivamente le nomine ad assistente volontario, come credo sia già avvenuto da qualche mese nelle cliniche universitarie.

Mi sia consentita un'ultima osservazione. L'internato volontario dà diritto ad un certificato di compiuto tirocinio. Ma a che cosa serve questo certificato? Non mi pare che la legge lo dica. E se questo certificato non costituisce alcun titolo, neanche ai fini dei concorsi, chi volete che aspiri a conseguirlo?

Onorevole ministro, per tutte le ragioni che mi sono sforzata di chiarire (anche se i nostri chiarimenti nulla valgono all'orecchio della maggioranza), noi chiediamo che l'internato per i neolaureati sia reso obbligatorio per due anni e quindi siano abolite le limitazioni che precluderebbero ai neolaureati l'esercizio di un diritto-dovere, e sia titolo indispensabile per l'ammissione agli esami di abilitazione. Se questo, come ella ha detto, onorevole ministro, rientra nelle competenze e nelle attribuzioni del Ministero della pubblica istruzione, si può contemporaneamente fare in modo che il ministro della pubblica istruzione emani un decreto che stabilisca l'obbligatorietà del tirocinio prima del conseguimento dell'abilitazione.

Come ha detto giustamente la collega Balconi Marcella, l'assegno mensile deve essere corrisposto in una misura che consenta al neolaureato di esercitare dignitosamente la professione; esso deve essere corrisposto dagli enti pubblici sui fondi stanziati annualmente nel bilancio statale.

Sappiamo che queste nostre richieste, salvo qualche marginale modifica, corrispondono al testo primitivo dello schema di disegno di legge predisposto dal ministro Mariotti. Nel corso della discussione svoltasi in Commissione, sono stati d'accordo su questo concetto molti colleghi, tra cui la onorevole Balconi Marcella del gruppo comunista, l'onorevole Romano del gruppo socialista unificato (che lo ha ribadito anche ieri in aula) e gli onorevoli Barberi e Spinelli del gruppo democratico cristiano.

L'onorevole Spinelli, in quella sede, ha espresso l'avviso che l'internato debba essere reso obbligatorio e retribuito per la durata di un biennio, anche per adeguare la legislazione italiana alle direttive degli organi comunitari e al disposto dell'articolo 38 del Trattato di Roma. A conclusione di quella di-

scussione il relatore per la maggioranza si è dichiarato favorevole all'internato per i neolaureati, che, a suo avviso, dovrebbe essere obbligatorio, biennale e retribuito.

Lo stesso onorevole ministro, in quella occasione, non si è dichiarato contrario, perché non si sentiva di rinnegare del tutto la primitiva stesura. Egli ha detto: « Vi sono molte resistenze da parte dei neolaureati a che esso abbia la durata di un biennio, dal momento che ciò ritarda la possibilità per i neomedici di essere assunti dalle mutue ». Perciò poco fa dicevo che alle province non piace la riforma e ai neolaureati non piace il biennio.

In sede di discussione degli articoli le cose cambiarono e venne fuori l'attuale articolo 40. Voglio sperare che la maggioranza vorrà accettare emendamenti migliorativi di detto articolo nel senso richiesto dalle categorie interessate, per ottenere una maggiore qualificazione della classe medica nell'interesse di tutti i cittadini.

Vorrei infine aggiungere poche parole per quanto riguarda i concorsi. Ho sentito dire al ministro, quando intervenne (e fece bene ad intervenire) alla manifestazione degli ospedalieri che iniziavano lo sciopero, che è impossibile poter procedere alla nomina delle commissioni per sorteggio. Io non credo che sia difficile sorteggiare i nomi dei primari ospedalieri o dei professori universitari che dovrebbero essere nominati commissari d'esame. I medici chiedono questo perché sanno che, quando l'ospedale costituisce la commissione chiamando a far parte di essa i cattedratici, così come contemplato nella legge, alla fine quello che si è fatto uscire dalla porta rientra dalla finestra. Ed è proprio per questo che essi insistono a che le commissioni di esame siano costituite da commissari estratti per sorteggio, in modo da evitare che ci sia il « comparaggio ».

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Onorevole Alessi Catalano Maria, non le è sorto il dubbio che le porcherie possano essere fatte dopo il sorteggio?

ALESSI CATALANO MARIA. Io so che ella non è d'accordo con me, onorevole Capua, e perciò mi pone il quesito. Se le commissioni di concorso vengono sorteggiate dopo che si sono chiusi i termini per la presentazione delle domande di partecipazione, il « comparaggio » avviene di meno. Certo, può capitare che appunto il proprio professore, oppure la mamma dello zio, oppure il figlio... il nipote di un parroco...

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Ma le dice troppo grosse!

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Non si può accettare che si parli del figlio del parroco in Parlamento! Un po' di rispetto!

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Siccome l'oratrice è siciliana, parlava del parroco greco-ortodosso, che può sposare...

ALESSI CATALANO MARIA. Posso portare dichiarazioni di persone, con le loro firme autenticate dal notaio, che per la raccomandazione si rivolgono ai parroci per un posto, per la promozione a scuola, per i concorsi.

I concorsi non devono farsi in questo modo. Voi stessi in Commissione l'avete dichiarato.

Un altro aspetto della legge su cui mi vorrei soffermare brevemente, perché poi ne parleremo in sede di discussione degli articoli, è quello che riguarda il personale infermieristico. A quanto pare si distaccheranno dalla Croce rossa anche gli ospedali che preparano gli infermieri. Ora, siccome in Italia non abbondano le istituzioni che preparano personale infermieristico specializzato, anche per i compiti che la Croce rossa ha, io mi permetterei di proporre che questi ospedali — non tutti gli ospedali della Croce rossa, ma quei pochissimi che servono a preparare il personale infermieristico specializzato — non siano tolti all'ente, in modo che esso possa continuare a preparare tale personale.

Per quanto riguarda in particolare il personale, domando se in una legge che riforma le strutture degli ospedali e, attraverso le norme delegate che dovranno esser emanate, disciplina anche l'organico del personale, con tutte le questioni connesse, dato che, secondo i democristiani, la cura della sanità pubblica è libera, non sia il caso di fissare una disciplina o almeno di dare delle linee direttive affinché anche in questi enti, quando vi sono, e nelle case di cure private, il personale sanitario infermieristico abbia una sua configurazione giuridica per cui possa più facilmente riunirsi, aderire ai sindacati degli altri enti per difendere le proprie posizioni. Sappiamo tutti, infatti, che in queste case di cura e in molti di questi enti e fondazioni il personale infermieristico ha un trattamento ed anche una preparazione che non sono equiparati. Ora, particolarmente per quanto riguarda la preparazione di tale personale, si può

imporre alla libera associazione di persone che cura la salute pubblica di assumere personale infermieristico specializzato, che non sia cioè costituito da persone raccolte dalla strada — come si pigliano si pigliano — come appunto capita oggi in molti casi.

Da ultimo, perché le nostre argomentazioni critiche non siano cancellate con un colpo di spugna, con la solita accusa che, per esempio, ieri ha fatto l'onorevole Fornale quando ha detto che le critiche che vengono alla riforma dalla sinistra e dalla destra sono preconcette, io, perché qualche critica che abbiamo mosso possa trovare uno spiraglio e possa essere ascoltata dal ministro e dalla maggioranza, vorrei pregare il ministro e i colleghi della maggioranza — se non vogliono ascoltare le nostre critiche sui punti in particolare che ho trattato perché li ritengono dettati da una preconcetta opposizione — che almeno ascoltino le critiche che vengono dalla loro parte. Li invito quindi a rileggersi le ombre sottolineate da un deputato che fa parte del gruppo parlamentare appartenente alla maggioranza del Governo, cioè dall'onorevole Romano. In tal modo, non avranno lo scrupolo di aver dato retta a noi e potranno accettare quelle critiche. Così noi saremo felicissimi di votare una legge migliorata anche se non sono state accettate le critiche di altre parti politiche. (*Applausi all'estrema sinistra*).

#### 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 dei lavori pubblici, il disegno di legge:

« Modifiche ed integrazioni alla legge 4 febbraio 1963, n. 129, sul piano regolatore generale degli acquedotti ».

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

#### Si riprende la discussione.

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

VALITUTTI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, è stato scritto da

autorevoli giuristi, che hanno ricostruito la storia della formazione del diritto amministrativo nel campo sanitario, che gli Stati italiani anteriori alla unificazione mostravano negli ordinamenti sanitari una maturità e una perfezione universalmente riconosciute. Si ricordano in particolare le leggi e i decreti del Piemonte e del Lombardo-Veneto. Lo Stato nazionale unitario, consapevole di questa alta tradizione, si sforzò di esserle fedele, pur in mutate e, sotto un certo aspetto, più difficili condizioni.

Purtroppo, il disegno di legge sottoposto al nostro esame ha rinunciato, certo non premeditadamente, ma con una certa misura di disinvoltura, ad ispirarsi agli ammirabili modelli che l'hanno preceduto. Nella natura dei concetti da esso accolti, nella qualità degli strumenti da esso apprestati e nei criteri cui esso ha ritenuto di uniformarsi per disciplinare la materia dell'assistenza ospedaliera, questo disegno di legge manifesta di essere stato ideato e composto con un vigoroso impeto, ma con un impeto privo di autentica sostanza di pensiero critico e riflessivo. Coloro che l'hanno elaborato (mi duole rilevarlo) sembra che non abbiano avuto il rispetto d'essere chiamati a plasmare con le loro mani — molto energiche e molto volitive, ma, secondo me, insufficientemente esperte — una materia non solo delicata, ma che ha una storia lunga e ricca di successive modellazioni, ricercate ed effettuate con il rispetto e la penetrazione della varietà e intimità degli interessi e dei sentimenti che la stessa materia comprende o investe.

Questo disegno di legge in primo luogo colpisce (mi perdoni il signor ministro) per la sua irriverenza verso il suo oggetto: irriverenza che si traduce in un'incuria giuridica che cercherò di dimostrare. Conseguentemente, anche la sua forma espressiva è sciatta, trasandata, confusa, disordinata. Lo stile è lo spirito degli uomini che con esso si esprimono. Anche lo stile delle leggi è il riflesso dello spirito con cui esse sono concepite e volute. Lo spirito di questo progetto di legge è mediocre, impreciso, approssimativo: esso rivela lo spirito con cui il progetto è stato pensato, e che — come ho già detto — è uno spirito non compreso della serietà, della gravità, della delicatezza dei problemi affrontati dal progetto stesso con interventi simili a colpi di sciabola, tanto vigorosi quanto inadatti a risolvere in modo giusto i problemi aggrediti.

Vorrei permettermi di esortare il ministro Mariotti a tutelare i diritti del suo buon nome.

che legandosi a questa legge certamente non si illusterebbe al di là dell'ora che fugge, nel giudizio e nella stima delle venienti generazioni.

Poiché spetta a me l'onere della prova, mi limiterò a fornire una specie di piccolo campione dimostrativo per quanto riguarda lo stile giuridico della legge. Nel primo comma dell'articolo 1 si enuncia il concetto che l'assistenza ospedaliera pubblica è svolta esclusivamente dagli enti ospedalieri, mentre nel secondo comma — introdotto da un « inoltre » invero di scarso uso giuridico, e che per ragione di materia non si lega al precedente come pure si pretende, credo, con quell'« inoltre » — si enuncia il concetto che possono ottenere a domanda riconoscimento di ente ospedaliero le fondazioni e le associazioni disciplinate dagli articoli 12 e seguenti del codice civile che si trovino in certe condizioni. Avrò bisogno di ritornare su questa norma, per metterne in rilievo da una parte l'oscurità e dall'altra l'incompletezza ai fini della applicazione. Ora mi basta notare che, per il suo contenuto, essa avrebbe dovuto trovare collocamento dopo l'articolo 3, che specifica le istituzioni che debbono essere costituite in enti ospedalieri.

Un altro esempio di imprecisione, riguardante l'espressione del pensiero del legislatore, si ravvisa nel n. 3 dell'articolo 9 in cui, per stabilire che dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri fanno parte due rappresentanti delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, trasformati in enti, si qualificano gli stessi rappresentanti come membri « in rappresentanza degli originari interessi dell'ente »: dal che si evince che essi dovrebbero rappresentare non l'ente soppresso, ma i suoi interessi originari, oltretutto difficilmente identificabili.

Un altro esempio di infelicità stilistica, che qui cito unicamente come indice e testimonianza di incertezza di pensiero, è quello degli articoli eccezionalmente prolissi. L'articolo 44 occupa oltre due colonne a stampa delle nostre documentazioni.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Spero che ella ci suggerirà forma e stile diversi, che accetterò ben volentieri.

VALITUTTI. Glielo suggerisco implicitamente con quello che sto dicendo; poi mi inoltrerò nell'analisi di merito dei concetti espressi nel provvedimento, ed anche questa analisi credo possa giovare ad una migliore e più chiara formulazione.

PASQUALICCHIO. Ella, onorevole Valitutti, non può pretendere che al suo stile si uniformi quello degli altri.

VALITUTTI. Parlo dello stile delle leggi, non del mio stile, che è poverissima cosa: quello stile delle leggi che nel nostro paese ha una nobile tradizione.

PASQUALICCHIO. Lo stile è l'uomo!

VALITUTTI. Vuol dire allora che vi è un decadimento nell'attuale umanità che si occupa di cose giuridiche nel nostro paese.

Sempre a proposito della eccezionale prolissità degli articoli, rilevo ancora che l'articolo 56 occupa una colonna e mezzo. La prolissità non giova mai alla chiarezza. Le leggi si elaborano e si approvano per applicarle; per applicarle bisogna interpretarle; e leggi formulate male non sono facilmente interpretabili e perciò non possono essere univocamente applicate. In conseguenza di ciò, invece di essere fonti e fattori di ordine e di chiarezza nei rapporti sociali, possono essere cagione di ulteriore disordine e di più gravi incertezze.

Suggerirò alla fine di non passare alla discussione e all'approvazione degli articoli di questo disegno di legge, affinché la competente Commissione possa riesaminare il testo, per modificarne i principi più pericolosi e contraddittori. Ritengo che ciò dovrebbe avvenire anche per mere ragioni ed esigenze di questa Commissione possa riesaminarne il testo, sottoposto al nostro esame si approverebbe una legge larghissimamente insoddisfacente, anzitutto sotto il profilo della certezza, dell'ordine dell'espressione e della razionale distribuzione della materia, che ovviamente condizionano il grado della sua corretta, uniforme e spedita applicazione.

Il primo rilievo sostanziale è di carattere costituzionale; ed è davvero sorprendente che la Commissione affari costituzionali abbia espresso parere favorevole a questo testo. È sorprendente e preoccupante, perché tale parere rende palese l'incertezza delle idee concernenti le leggi che lo Stato è chiamato ad emanare ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, per stabilire principi fondamentali, e quindi i limiti entro cui le regioni sono competenti ad emanare norme legislative nelle materie ad esse riservate. Tra tali materie, espressamente elencate dall'articolo 117, sono comprese la beneficenza pubblica e l'assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Il provvedimento sottoposto attualmente al nostro esame, non è, inequivocabilmente, un

provvedimento di principi, che si circoscriva cioè nel fine di stabilire i principi nei limiti dei quali le regioni debbano emanare norme legislative. Le leggi di principi non sono leggi immediatamente operative, perché devono essere rese tali dalla legislazione regionale; esse pongono soltanto i principi della legislazione regionale. In dottrina tali leggi si chiamano leggi-cornice, perché devono sempre essere riempite dal contenuto della legislazione regionale.

Il presente provvedimento è tutt'altro che una legge-cornice, è tutt'altro che vuoto, in attesa di essere riempito dall'intervento legislativo della regione. La legge è piena e turghida; per i pochi vuoti che in essa figurano sono previste leggi statali delegate che debbono intervenire per colmarla, come risulta dall'articolo 41 concernente l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri e lo stato giuridico del personale dipendente dagli enti ospedalieri.

È vero che l'articolo 29 sul piano regionale ospedaliero postula una legge regionale; ma le prescrive fini e oggetti che valgono a configurarla soltanto come una specie di regolamento esecutivo.

Invero, dopo le analitiche statuizioni contenute nel presente disegno di legge e con l'aggiunta di quelle che saranno contenute nei provvedimenti delegati, non è facile prevedere neppure con gli occhi dell'immaginazione entro quale margine sia pure ristretto potrebbe e dovrebbe esplicarsi la potestà legislativa delle regioni.

Questo eccesso legislativo non potrebbe e non dovrebbe preoccupare coloro i quali ritengono che le regioni non si debbano istituire, quanto meno prima della revisione dell'inapplicabile articolo 117 della Costituzione, per evitare che sorgano come enti aggiuntivi e duplicanti. Ma io personalmente di tale eccesso mi preoccupo, non perché lo ritenga indizio di un'effettiva volontà di non procedere all'istituzione delle regioni, ma perché lo considero come espressione di idee incerte ed oscure, in una materia che richiede invece la massima chiarezza di idee per evitare mali maggiori.

Se si istituissero le regioni, questa legge che la maggioranza sembra accingersi ad approvare diventerebbe una fonte inesauribile di controversie fra Stato e regioni.

È vero che l'articolo 127 della Costituzione predisporre i meccanismi per impugnare, per contestare le insorgenze legislative delle regioni; ma tali meccanismi concernono le procedure per risolvere, sul piano giurisdiziona-

le o politico, gli eventuali contrasti, e non sono idonei né intesi ad impedire che nascano. Poiché la legge in esame, incontestabilmente e massicciamente, invade l'area riservata alla legislazione regionale, i contrasti riceverebbero impulso a moltiplicarsi dallo stesso fondamento della loro legittimità.

Il gigantesco contenzioso che prevedibilmente non tarderebbe ad accumularsi nuocerebbe intanto alla certezza del diritto, e conseguentemente non favorirebbe, ma intralcherebbe l'ordinato sviluppo dell'assistenza ospedaliera, di cui questa proposta di legge pur pretende di essere il più idoneo strumento.

Non posso non integrare questo preliminare rilievo di carattere costituzionale con la considerazione che questa sarebbe la prima legge approvata dal nostro Parlamento per dettare norme in una materia compresa tra quelle elencate dall'articolo 117 della Costituzione, e che perciò essa acquisterebbe il valore e il significato di un modello e di un precedente.

Se le leggi-cornice da emanare nelle altre materie dovessero essere tutte come questa e poi si istituissero le regioni senza recare correzioni all'articolo 117 della Costituzione, le regioni stesse non sarebbero meno, ma assai più nocive, perché la confusione non solo si ingigantirebbe, ma diventerebbe incontenibile ed irriducibile.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ella pensa che un assetamento regionale in Italia, come struttura dello Stato, attraverso un travagliato processo, possa non porre in essere un contenzioso piuttosto ampio, forse gigantesco in tutte le attività dello Stato? Mi sembra una cosa inevitabile.

VALITUTTI. Mi permetto di osservare rispettosamente, signor ministro, che in ciò sta la saggezza dei legislatori dello Stato; nel predisporre cioè leggi di principi, leggi-cornice chiare, che riducano al minimo la possibilità dell'insorgere del contenzioso. Ed io sto criticando proprio questa povertà di saggezza che si avverte nella legge che stiamo esaminando, proprio in relazione a questo fine.

Il secondo rilievo riguarda la natura di quella che è la principale « invenzione » di questa legge; ossia l'ente ospedaliero (io adopero, signor ministro, la parola « invenzione » in senso tecnico, non in senso spregiativo). L'ente ospedaliero è lo strumento giuridico per mezzo del quale esclusivamente si dovrà svolgere l'assistenza ospedaliera pubblica in Italia.

Secondo il testo in esame, con decreto del presidente della regione, su delibera della

giunta regionale, sentito il consiglio provinciale di sanità, sono dichiarati enti ospedalieri le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici che provvedono esclusivamente al ricovero ed alla cura degli infermi. Con decreto analogo, ma senza più sentire il consiglio provinciale di sanità, sono costituiti in enti ospedalieri tutti gli ospedali appartenenti ad enti pubblici che abbiano come scopo oltre l'assistenza ospedaliera anche finalità diverse. Poiché si parla di enti pubblici « aventi anche finalità diverse » senza ulteriori specificazioni, sembra logico ritenere che per la costituzione di questa seconda categoria di enti ospedalieri si possa e si debba far luogo anche allo smembramento di quelle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che, pur provvedendo al ricovero ed alla cura degli infermi per mezzo di ospedali, perseguono nello stesso tempo finalità diverse.

L'articolo 5 prevede che una commissione individui e inventari i beni trasferibili all'ente ospedaliero; e che il decreto di costituzione determini il patrimonio del nuovo ente. È prevista una terza categoria di enti ospedalieri riconoscibili come tali dietro domanda delle fondazioni e delle associazioni disciplinate dagli articoli 12 e seguenti del codice civile, che provvedano istituzionalmente al ricovero e alla cura degli infermi e che abbiano i requisiti prescritti dalla legge. Alla regione, infine, è attribuito il potere di promuovere ed attuare la istituzione di nuovi ospedali e la fusione e la concentrazione di quelli esistenti.

I consigli di amministrazione degli enti, che hanno un ampio potere statutario e che determinano la misura delle rette di degenza, sono costituiti da membri designati dai consigli regionali, provinciali o comunali e da due membri in rappresentanza degli enti originari. È prevista l'incompatibilità con la carica di membro dei consigli regionali. Quando si tratti di membri designati dai consigli regionali o comunali, è possibile però cumulare i due incarichi. Il sistema della designazione salvaguarda il diritto della minoranza dei consigli investiti del potere di designare, e al tempo stesso manifesta e confessa il suo carattere politico. È prevista la corresponsione al presidente ed ai membri del consiglio di amministrazione di una indennità di funzione, nella misura stabilita dallo stesso consiglio di amministrazione.

Giova aggiungere che né la formazione dello statuto, né la determinazione delle rette di degenza, né la determinazione che fissa la

misura delle indennità di funzione sono assoggettate — almeno dal testo al nostro esame — all'approvazione di superiori organi tutori: il potere dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri è perciò un potere assoluto. È vero che si prevede in alcuni casi e per alcune materie l'intervento dei collegi dei sanitari, collegi che sono ricompresi tra gli organi degli enti ospedalieri; ma a proposito della autonomia di questi collegi basti ricordare l'ultimo comma dell'articolo 14 del disegno di legge, che stabilisce che « è in facoltà del presidente dell'ente ospedaliero di intervenire alle adunanze del consiglio dei sanitari... della cui convocazione deve essergli data preventiva comunicazione ». Onorevole ministro, la esorto ad eliminare questa norma, perché, avendo creato l'organo, con questa norma la legge si affretta immediatamente a sopprimerne l'autonomia.

Questi sono gli elementi principali e più caratteristici della fisionomia (mi scusi se mi esprimo in questo modo) del *partus non masculus* che è questo disegno di legge, ossia del *partus non masculus* che è l'ente ospedaliero. *Puer malus robustus*, diceva un filosofo delle creature vigorose, ma sprovviste e di incontrollabili mezzi mentali. Questo ente ospedaliero è un *puer robustus*, ma *malus*. (*Si ride*).

Ho voluto coordinare questi elementi in sintesi per rendere più evidente il volto del nuovo istituto. Nel valutarlo svolgerò dapprima osservazioni più circoscritte e particolari, per procedere via via ad osservazioni più generali.

Per quanto riguarda la terza categoria degli enti ospedalieri riconoscibili su domanda delle fondazioni e associazioni disciplinate dagli articoli 12 e seguenti del codice civile, non solo non si comprende di quali requisiti prescritti dalla legge tali fondazioni e associazioni debbano essere in possesso e da quale legge tali requisiti siano prescritti, ma non è neppure previsto il procedimento per il riconoscimento. È da ritenere che anche per questo riconoscimento debba intervenire il decreto regionale; ma manca la norma che espressamente lo preveda. Probabilmente è soltanto il frutto di una disattenzione.

L'operazione chirurgica prevista per il trasferimento dei beni sul patrimonio dei nuovi enti che sorgano dall'amputazione di enti più complessi appare sulla carta facile e giusta, ma è destinata, signor ministro, nella realtà ad effettuarsi dolorosamente, con pregiudizio di altri interessi sociali. Né si comprende la ragione per cui per atti similari, come quelli già da me citati, ossia di dichiarazioni e di

riconoscimento dell'ente ospedaliero, in alcuni casi si preveda l'intervento consultivo del consiglio provinciale e in altri non lo si preveda.

Ma queste osservazioni, da me non volute omettere per esigenza di completezza, sono osservazioni marginali e di dettaglio, rispetto a quella che investe e deve investire la natura stessa degli enti ospedalieri, quale risulta in primo luogo dalla *ratio* immanente nel suo concetto e poi dal modo della sua composizione e dal carattere delle sue funzioni.

La *ratio* del concetto dell'ente è nella sua esclusività e nel suo monopolio. L'assistenza ospedaliera pubblica, secondo il provvedimento legislativo, deve essere svolta esclusivamente dagli enti ospedalieri. Un ospedale, o si inquadra negli enti ospedalieri, o non può sorgere come ospedale, a meno che non si inquadri negli enti ecclesiastici o non sorga come clinica privata con scopo lucrativo. È impedita la carità ospedaliera che non voglia « entificarsi ».

Si è parlato in questa sede (ne hanno parlato anche colleghi del mio gruppo) della regionalizzazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non condivido del tutto questa interpretazione; si tratta di un male, secondo me, assai più sottile e più profondo. Le regioni entrano nel nuovo procedimento di pubblicizzazione dell'assistenza sanitaria, ma non lo qualificano; ciò che lo qualifica è l'ente ospedaliero, l'assolutezza dei poteri dell'ente e, insieme, la sua qualità. Più esattamente, si deve definire il nuovo sistema come il sistema della pubblicizzazione mediante la forma esclusivistica dell'ente pubblico, che è la forma peggiore della pubblicizzazione, perché conferisce tutti i poteri e nessuna effettiva responsabilità.

In sostanza, onorevole ministro (mi appello alla sua coscienza di socialista), si tratta di un nuovo tipo di feodalizzazione. Gli enti — non solo quelli ospedalieri — si costituiscono come feudi, in ciascuno dei quali si concentra e insieme si frantuma una porzione del potere pubblico. Come i feudi originari, pur godendo di un'ampia autonomia, si collegavano ad una fonte centrale dell'autorità, che se ne serviva solo in determinate circostanze, così i feudi degli enti attuali sono autonomi, ma insieme si collegano a centrali di potere che li adoperano ai propri fini. Queste centrali sono le centrali del potere politico, che riempie e strumentalizza le forme legali.

Si è voluto negare che per la composizione del suo consiglio di amministrazione l'ente ospedaliero sia un ente politico, dimenticando che lo stesso disegno di legge, stabilendo il

criterio della rappresentanza della maggioranza e della minoranza, si colloca disinvoltamente sul terreno delle scelte politiche. Potrei ritenere democratico e non politico il procedimento della designazione demandato ai consigli elettivi ove fossero specificati le categorie professionali entro le quali i designati dovrebbero essere prescelti, le qualità e i requisiti dei prescelti, e fosse stabilita in ogni istanza l'incompatibilità fra l'appartenenza ai consigli elettivi e l'appartenenza ai consigli di amministrazione degli enti ospedalieri. Ma ciò non ha fatto il disegno di legge; anzi ha confessato, non dirò cinicamente, ma candidamente, il suo intento politico.

A proposito dei requisiti dei membri dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri (ho riletto or ora, per accertarmene ancora una volta, il testo del provvedimento), il disegno di legge è assolutamente silenzioso. Anche questo silenzio è eloquente. Come abbiamo già visto, i poteri, pur rilevanti, dei consigli di amministrazione in materia statutaria, in materia di determinazione delle rette di degenza, in materia di autoattribuzione dell'indennità di funzione, sono incontrollati. Non resta che conferire a questi consiglieri, onorevoli colleghi, anche l'immunità.

Gli enti ospedalieri, sorgendo, sopprimono e sostituiscono le istituzioni pubbliche di beneficenza ed assistenza, che hanno esclusivamente fini di ricovero e di cura.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Su che cosa si fonda la nostra democrazia? Sulla sovranità popolare !

VALITUTTI. Mi permetterò lo sforzo oneroso di chiarirle la mia opinione, onorevole ministro. Queste istituzioni erano riconosciute con decreto del Capo dello Stato, al termine di un procedimento che comprendeva il parere del Consiglio di Stato; inoltre erano sottoposte a controlli, ad adempimenti che garantivano la loro corrispondenza al delicatissimo bene pubblico oggetto della loro attività. Nell'opera degli amministratori si perpetuava una tradizione di volontarismo civile e di solidarietà umana, che era una forza morale della nostra società, oltre che un servizio pubblico reso gratuitamente. Le prestazioni gratuite degli amministratori ospedalieri erano in Italia tra le forme superstiti del servizio pubblico onorario.

Il presente disegno di legge, degradando le istituzioni pubbliche di assistenza ad enti ospedalieri, si ritiene legittimato ad abolire come ciarpame tutta la serie di questi inter-

venti, di questi controlli, di questi freni e di questi limiti, ciascuno dei quali era una specie di ingranaggio concorrente con gli altri a determinare un delicatissimo equilibrio di responsabilità, richiesto indispensabilmente dalla esigenza di garantire al massimo la conformità dell'assistenza pubblica ospedaliera ai fini umani e civili per cui si giustifica.

Onorevole ministro, ella si è appellato alla democrazia. Mi permetto di ricordarle che la democrazia non è soltanto una strumentazione politica: è anche, indispensabilmente, una strumentazione giuridica. Non c'è soltanto lo Stato democratico in senso politico: il puro Stato democratico in senso politico, vuoto della strumentazione giuridica della democrazia, è una falsa democrazia.

In luogo di tutto ciò, il presente disegno di legge crea le nuove baronie degli enti ospedalieri. Sembra che nel sottosuolo di questo disegno di legge, e più particolarmente in quello che sottosta alla infelice invenzione degli enti ospedalieri, si siano combattute e si combattano ancora, per una parte almeno, due guerre di un tipo nuovo di imperialismo, che è l'imperialismo dei ministeri.

Il senatore Mariotti come socialista è ant imperialista, ma come ministro della sanità sta al vertice dell'imperialismo del suo Ministero, che è tanto più bramoso di potere quanto più è giovanile. È noto che l'imperialismo dei popoli arrivati e maturi è meno aggressivo di quello dei popoli giovani, che cercano un posto al sole. Il Ministero della sanità è un ministero giovane e cerca il suo posto al sole, il suo spazio vitale; perciò il suo imperialismo è più intraprendente e spericolato dell'imperialismo dei vecchi ministeri conservatori, *beati possidentes*. (*Commenti*).

L'escogitazione dell'ente ospedaliero è spiegabile, sotto un certo aspetto, proprio come una astuzia e un'arma di guerra, in primo luogo contro il vecchio Ministero dell'interno, ma anche contro il « saputo » Ministero della pubblica istruzione. Con l'ente ospedaliero, il Ministero della sanità da una parte si impossessa senza colpo ferire di un numero cospicuo di istituzioni di pubblica assistenza, sottraendole alla giurisdizione del Ministero dell'interno, e dall'altra pretende e ritiene di creare munitissimi fortificati difensivi, inaccessibili alle ingerenze e alle scorriere dei clinici universitari, e indirettamente del Ministero della pubblica istruzione.

Questa mia interpretazione è espressa in termini lievemente scherzosi, ma purtroppo nella sostanza contiene più verità che ironia. Mancando la legge generale di cui al comma

terzo dell'articolo 95 della Costituzione, che avrebbe dovuto provvedere a determinare il numero, le attribuzioni e l'organizzazione dei ministeri, e nascendo i ministeri nuovi all'infuori di un disegno generale che li coordini ai preesistenti anche nella competenza e nelle attribuzioni, è fatale che si determinino squilibri, dissonanze, dissensi, di cui sono evidenti le tracce anche nel presente disegno di legge.

Noi riteniamo che nel preparare e nel discutere anche in sede parlamentare questo progetto di legge si sarebbe dovuto procedere, onorevole ministro, con uno spirito di maggiore cooperazione tra i ministeri solidalmente interessati alla materia, e anche tra le Commissioni parlamentari competenti per materia. È intollerabile che il corporativismo assuma forme ministeriali e si trasfonda persino nelle leggi dello Stato, rischiando di rompere l'unità della pubblica amministrazione in materie che indispensabilmente la richiedono.

Noi dobbiamo rilevare e rileviamo che l'anzidetto spirito di cooperazione in tutto il procedimento formativo della legge è stato difettoso, per cui la proposta ci sta dinnanzi più con i segni della lotta e del dissenso che con quelli della pace e della collaborazione. Se vi fosse stato spirito di cooperazione, sarebbe bastato trasferire — e bisognava farlo, onorevole ministro — alla competenza del Ministero della sanità la vigilanza e la tutela sulle istituzioni pubbliche di assistenza con esclusivo o prevalente fine ospedaliero, senza sconvolgere un delicato sistema che è frutto di una lunghissima elaborazione storica.

Se vi fosse stato leale spirito di cooperazione, come ci sarebbe dovuto essere, si sarebbe altresì evitato di cedere all'illusione di ritenere che le baronie dei clinici si possano vincere con altre baronie: le baronie degli enti ospedalieri, più rozze e più incontrollate. Ammesso che le baronie universitarie in generale e cliniche in particolare esistano (e io ritengo che esistano, sia pure in misura inferiore a quanto generalmente creduto), è evidente che esse si colpiscono, signor ministro, con mezzi congrui e nella loro sede, e non erigendo gli enti ospedalieri come fortificati padroneggiati da più temibili baroni: con l'estrema incertezza di poter raggiungere veramente il fine di salvaguardare l'autonomia degli ospedali nella misura richiesta dall'esigenza di una efficiente assistenza sanitaria, ma con la certezza, viceversa, di introdurre nei congegni di questa assistenza elementi assai più perturbanti e pericolosi.

Ciò che in questa proposta è tuttavia più inquietante e appare più atto a destare preoc-

cupazione nei riguardi dell'assistenza ospedaliera pubblica in Italia è la chiusura che essa determina verso tutte le iniziative che non siano suscettibili o desiderose di canalizzarsi nello schema degli enti ospedalieri. Questa chiusura determina sostanzialmente la trasformazione di tutta l'assistenza ospedaliera pubblica in assistenza legale, abolendo *in radice*...

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ella pensa forse che l'attuale assistenza sia talmente produttiva da soddisfare le esigenze di tutti?

VALITUTTI. Senza dubbio — e mi riservo di dirlo in seguito — l'attuale assistenza non è adeguata ai bisogni; e noi di una riforma abbiamo un assoluto, indispensabile bisogno: ma non di « questa » riforma.

Onorevole ministro, ho paura (le esprimo amichevolmente questa paura, nel colloquio molto casalingo che stiamo svolgendo qui) che con questa legge ella sconvolga il sistema vigente, che non è soddisfacente e che è inadeguato, senza sostituirlo con un sistema più produttivo e più espansivo. Questo è il mio timore principale.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Sarei ben lieto che ella mi indicasse quale sistema propone.

VALITUTTI. Onorevole ministro, dalla sua intelligenza toscana non mi aspettavo questa risposta.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Perché?

VALITUTTI. Ho già fornito indicazioni, e altre ne fornirò. Ma, veda: c'è una diversa responsabilità a seconda che si sieda su questo banco o su quello. (*Indica il banco del Governo*). Il Governo in questo momento deve avere delle idee; noi le dobbiamo criticare, le dobbiamo valutare e, quando occorra, dobbiamo proporre delle alternative; ma soprattutto da quel banco devono venire le idee idonee a dirigere la legislazione del paese, perché, se così non fosse, non si giustificerebbe la differenza fra maggioranza e minoranza, tra Governo e opposizione. Il Governo che rinuncia ad avere delle idee è un Governo che decade dalla sua legittimità storica e morale; non giuridica. Ma la stessa legittimità giuridica ha il suo fondamento nella legittimità storica e morale.

A forme multiple di assistenza sanitaria pubblica (ecco la caratteristica del disegno di legge) si sostituisce una forma unica. Il precedente sistema, che il presente disegno di

legge pretende di sopprimere, non era meno pubblico (ecco che cosa dobbiamo chiarire a noi stessi!), ma era pubblico in forme diverse e più varie, che gli consentivano da una parte di corrispondere alla varietà dei bisogni e, dall'altra, di rimanere assai più aperto e propizio all'afflusso e all'apporto di nuove iniziative. Per espandere l'area dell'assistenza ospedaliera in vista di adeguarla ai nuovi bisogni era necessario ed opportuno rendere semmai ancora più multiplo l'attuale sistema e, insieme, coordinarlo, arricchirlo, ma non sconvolgerlo e tanto meno sopprimerlo, sostituendogli un sistema che per la sua uniformità appare destinato ad essere meno espansivo e meno penetrante. Senza dire che — anticipando un concetto che approfondirò poi — per lo sviluppo dell'assistenza ospedaliera nelle presenti condizioni del paese (mi permetta, signor ministro, di richiamare la sua attenzione proprio su questo punto) non si tratta di agire solo sull'organizzazione degli ospedali pubblici, ma anche, soprattutto e innanzi tutto, sul sistema previdenziale. È da questo punto che bisogna cominciare l'opera di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera nel nostro paese: cioè dal punto della riforma del sistema previdenziale.

Si è salvaguardata soltanto la libertà dell'assistenza ospedaliera esercitata da enti e istituti ecclesiastici. Parlerò della cosa con assoluta serenità. Non mi dolgo di questa libertà, ma solo del privilegio in cui essa è giuridicamente trasformata da questa legge, la quale invero quella libertà toglie a tutti gli altri. La libertà non è privilegio quando è diritto di tutti, ma si trasforma fatalmente in privilegio quanto il diritto è solo di alcuni.

Gli autori del disegno di legge — se non tutti, almeno alcuni — non hanno previsto, secondo la mia interpretazione, che conseguenza di questo privilegio è il lasciare aperta una sola via alla carità che voglia operare nel campo dell'assistenza ospedaliera: ossia la via dell'assistenza esercitata da istituti ed enti ecclesiastici, la sola che sia rimasta esente dai vincoli e dalle restrizioni che gravano sugli enti ospedalieri. Probabilmente questo effetto non sarebbe stato voluto da qualcuno degli autori della legge, se fosse stato previsto.

Si è discusso, nella relazione per la maggioranza, se disattendere la volontà dei fondatori, distruggendo praticamente e giuridicamente le istituzioni nate dalle loro decisioni, sia da ritenere incostituzionale o meno. Si è concluso che non lo è, perché la Costituzione non garantisce questa forma di autonomia; si è aggiunto che il problema va posto in termini di

versi e più alti, chiedendosi se giovi oppure no, non solo all'assistenza ospedaliera, ma alla stessa vita morale e civica della nostra società, mantenere aperte le vie della carità e della solidarietà a questo tipo di assistenza, o se non abbia l'effetto di chiuderle in primo luogo il travolgimento operato da questa legge dell'autonomia della volontà dei fondatori delle istituzioni dalla stessa legge radicalmente trasformate.

C'è un comma nell'articolo 9 (che passa forse inosservato), il quale recita: « Nulla è innovato in rapporto allo statuto ed alle tavole di fondazione per quanto riguarda la composizione del consiglio di amministrazione dell'ospedale Galliera di Genova ». Leggendo questo comma ho cercato di capirne le ragioni. In tal senso, sono grato al relatore per la maggioranza, che mi ha permesso di conoscere i motivi di questa esclusione.

SCARPA. Quei motivi non sono affatto fondati.

VALITUTTI. Fino a prova contraria, credo a quello che ha detto il relatore per la maggioranza.

Vi è dunque almeno un altro ospedale, oltre quelli dipendenti dagli enti ecclesiastici, che si salva in parte dal vincolismo degli enti ospedalieri. Il relatore per la maggioranza, come ho già ricordato, spiega che, se non si fosse rispettata nella legge la volontà della testatrice per quanto riguarda il consiglio di amministrazione dell'ospedale Galliera di Genova, i beni da ella trasmessi si sarebbero dovuti trasferire in un paese straniero, privando l'assistenza ospedaliera nella città di Genova del migliore ospedale — forse — che oggi esista in quel comune.

Proprio questo esempio dimostra come la carità sia manzonianamente alacre (il Manzoni parlava della alacrità inventiva della coscienza morale, quindi della coscienza caritativa nella sua inventività) e come per alimentarla e avvalersene sia indispensabile adottare forme e mezzi idonei a garantire il più rigoroso rispetto e la più efficiente salvaguardia di questa inventività, per non inaridirla o per non costringerla, come fa il presente disegno di legge, a scegliere la via degli enti ecclesiastici.

Se vi fosse stata questa legge che la maggioranza sembra che si accinga ad approvare, non sarebbe potuto sorgere, io penso, lo ospedale Galliera a Genova, così come è sorto.

Il secondo comma dell'articolo 32 della nostra Costituzione dichiara che « nessuno può

essere obbligato a un determinato trattamento sanitario » e che « la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ». Cito queste norme non per addebitare a questo provvedimento di violarle, ma solo per rilevare e far rilevare che il costituente italiano ha tenuto ben presente che nell'organizzare l'assistenza sanitaria si debbono osservare certi limiti che sono imposti dal rispetto della persona umana. Anche agli infermi di umili condizioni deve essere possibile — vorrei dire, soprattutto ad essi — esercitare un certo grado di libertà di scelta, che invece è negato in un sistema in cui tutto è reso uniforme, in omaggio ad una astratta esigenza di linearità e di geometria.

Anche in occasione della cura del corpo infermo si manifestano intimi bisogni e sentimenti che bisogna sforzarsi di rispettare, perché l'infermo non cessa di essere un uomo libero ed anzi, in un certo senso, ha maggiore bisogno di rispetto della sua libertà, perché è più debole. Nella infermità si manifestano esigenze di libertà più gelose e nascoste e perciò stesso più bisognose di tutela; anche per questa ragione la pianificazione ospedaliera così come appare preordinata nella legge è quanto meno ingenua.

Mi perdoni, signor ministro; certamente non si può e non si deve rinunciare al largo uso della statistica sanitaria, che contiene indici e previsioni utilmente orientative. Certamente non si deve rinunciare a stabilire la parte di reddito nazionale da destinare alla difesa sanitaria; ma pretendere di allestire piani di assistenza ospedaliera perfettamente calcolati per un quinquennio è certamente ingenuo ed assurdo. Per pianificare matematicamente, come con ingenuità pretende questa legge, il programma ospedaliero nazionale e l'assistenza ospedaliera, sarebbe necessario, signor ministro, pianificare le malattie, che grazie a Dio appartengono, con la morte, agli eventi tuttora non pianificabili.

Secondo la rappresentazione satirica *Italia del 2500* dovuta a Giovanni Mosca (che si rappresenta, credo, ancora a Milano), nel governo di quell'Italia del 2500 c'è anche un ministro della morte, che è, per caso, un socialista. Nella fantasia dell'umorista accade proprio questo: che per la mania di pianificare anche ciò che non è pianificabile, secondo un certo criterio, si giunge anche alla pianificazione della morte!

Non le auguro, signor ministro, di pianificare l'assistenza ospedaliera con un rigore e con uno zelo tali da esigere via via di piani-

ficare anche le malattie, per poi porre, alla fine, la sua candidatura a ministro della morte.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non mi impressionerebbe il fatto di essere ministro della morte.

VALITUTTI. Io al suo posto me ne preoccuperei moltissimo.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Vorrei che ella volgesse un po' il suo pensiero a un passato recente, quando voi liberali avevate posti di responsabilità: cosa avete fatto in materia di assistenza sanitaria, che in realtà ha registrato carenze drammatiche, di cui non avete completamente tenuto conto?

VALITUTTI. Signor ministro, mi permetto rispondere a questa obiezione, secondo me infondata. La vita di un paese è una vita che avanza: faticosamente, ma avanza. Si suole dire che soltanto Budda nacque a ottant'anni; i popoli, gli Stati e gli esseri umani nascono a zero anni, e poi via via crescono. (*Interruzione del deputato Pasqualicchio*). Che l'Italia nei primi cento anni della sua vita unitaria non abbia affrontato tutti i problemi e soddisfatto tutti i bisogni mi sembra un dato ovvio e neppure da discutere. Ma era una Italia che si doveva formare, sviluppare. Anche il processo economico ha le fasi necessarie della sua gradualità.

Secondo uno studioso americano, il Rostow, molto alla moda in questo momento, arriva ad un certo punto quello che egli chiama il « momento del decollo », in cui l'economia di un determinato paese inizia il suo volo; ma per giungere a questo momento occorrono sforzi talvolta secolari.

Ora l'Italia è andata avanti, ha fatto il suo cammino e ha cominciato a trasformarsi in società industriale, nella quale anche il problema dell'assistenza ospedaliera si pone in termini assai più drammatici che nella società rurale.

Ella addebita, onorevole ministro, ai governanti che lo hanno preceduto quello che non erano in grado di fare, o quello che non era necessario fare in quel momento. Ma ogni momento storico della vita di un popolo impone le sue responsabilità e i suoi peculiari problemi. Non è buon modo di polemizzare, signor ministro, quello di scaricarsi delle proprie responsabilità chiamando a rispondere delle loro i governanti del passato...

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Io mi assumo le mie responsabilità.

VALITUTTI. ...i quali evidentemente si sono trovati dinanzi ad altri problemi da affrontare. Noi stiamo discutendo di questa legge, di come questa legge vuole affrontare il problema della riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera nel nostro paese: dobbiamo stare al tema.

Gli occhi della immaginazione, ha detto un collega, sono diversi dagli occhi del pensiero. Ma io qui non sto esponendo favole, sto svolgendo precise critiche tecniche sui concetti della legge; e sto anche indicando indirizzi all'azione da seguire per una seria organizzazione dell'assistenza ospedaliera nel nostro paese in questo momento storico.

L'articolo 40 prevede l'internato negli ospedali per i neo-laureati medici. Io mi ero accostato a questo articolo con la speranza che esso contenesse finalmente una testimonianza e un frutto dell'intesa e della collaborazione fra il ministro della sanità e quello della pubblica istruzione. Debbo confessare la mia delusione. Anche questo articolo reca più il segno di un'astuzia di guerra che di un frutto di pace e di collaborazione.

L'internato sarebbe ottimo se fosse obbligatorio, se fosse generale per tutti i neo-laureati e se si inserisse nel procedimento per l'esame di Stato all'abilitazione professionale. Sennonché l'articolo 40 lo prevede solo per alcuni e non per tutti, astenendosi peraltro dal precisare i criteri della scelta. Inoltre al certificato del compiuto tirocinio non è riconnesso alcun valore nell'iter della preparazione all'esame di Stato. È chiaro che questa norma non è stata concertata fra i due ministri, perché non posso pensare che il ministro della pubblica istruzione possa aver dato la sua adesione all'attuale formulazione. Se questa norma fosse approvata, sarebbe gravemente discriminatrice e avrebbe solo l'effetto di favorire i neo-laureati amici degli amministratori degli enti ospedalieri, a danno di tutti gli altri. Purtroppo, essa si inserisce perfettamente nella logica del concetto degli enti ospedalieri come modernizzate baronie feudali. Ma questa è una ragione di più per non volerla.

Il terzo comma dell'articolo 46 del testo della Commissione stabilisce che il medico provinciale, sentito il consiglio provinciale di sanità, rilascia l'autorizzazione all'esercizio di una casa di cura privata in base alle esigenze igienico-sanitarie e alle altre condizioni previste dalla legge, ove non si violino le finalità e le statuizioni del piano di programmazione regionale. Mi rivolgo al suo senso critico, signor ministro: poiché non è obiettivamente

definibile quello che può violare le finalità e le statuizioni del piano di programmazione regionale, ne consegue che non è obiettivamente definibile ciò che non le violi. Perciò questa norma conferisce al medico provinciale un potere assolutamente discrezionale e incontrollabile, per mezzo del quale egli potrebbe impunemente negare l'autorizzazione a qualsiasi casa di cura privata. Ritengo che questo potere si debba ridurre nei limiti oggettivi di ogni potere di polizia, che non può e non deve negare il diritto, ma solo esigere garanzie per le modalità del suo esercizio.

Sono così giunto alla fine delle mie considerazioni, non senza avvertire il disagio di dover omettere, per omaggio alla pazienza dei colleghi, di cui già ho abusato, l'esame e la valutazione di altre importanti norme contenute nel disegno di legge.

Devo soltanto aggiungere che non solo è astratto, ma aberrante pretendere di trasformare così radicalmente i nostri vigenti ordinamenti ospedalieri con l'intento di espandere ed insieme di migliorare l'assistenza ospedaliera nel nostro paese, rinunciando all'uso del mezzo che su questo fine può più efficacemente e largamente influire, ossia all'uso del sistema della previdenza, che pur si preannuncia di voler riformare.

Se veramente e sul serio l'intento fosse quello dichiarato di espandere quantitativamente e di perfezionare qualitativamente l'assistenza ospedaliera in Italia, il primo punto su cui per ragioni logiche occorrerebbe applicare l'azione riformatrice è quello che riguarda il sistema previdenziale, che oggi principalmente condiziona la globalità dell'assistenza sanitaria nel nostro paese. Oltre tutto, le scelte relative ai vari tipi di ordinamenti ospedalieri sono scelte strettamente dipendenti dal tipo di sistema previdenziale che si determina preliminarmente di adottare. Non avendo seguito questo procedimento logico, dobbiamo ritenere che i fini che si vuol raggiungere con questa legge siano fini diversi da quello di arricchire e di migliorare la rete e l'azione ospedaliera. E anzi nostro convincimento, acquisito nell'esame analitico ed attento delle varie norme, che, se questa proposta diventasse legge, essa non solo non contribuirebbe allo sviluppo dell'assistenza ospedaliera in Italia, ma lo ritarderebbe e intralcerebbe.

Per questo convincimento, auguriamo lealmente al Governo che esso sappia pervenire durante questo dibattito alla decisione responsabile di rivedere non nei dettagli, ma nei suoi stessi fondamenti questo disegno di legge, a salvaguardia dei fini che esso ha dichia-

rato di voler perseguire elaborandolo e presentandolo. (*Applausi — Congratulazioni*).

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

**SAMMARTINO.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, vorrete consentire che alle voci discordi levatesi stamane dai banchi dell'opposizione in merito a questa legge io opponga invece: finalmente è al nostro esame un passo avanti verso l'attuazione sia del principio costituzionale che sancisce il diritto dei cittadini alla tutela della salute, sia del capitolo del piano quinquennale di sviluppo intitolato « Sicurezza sociale ».

Dice giustamente l'illustre amico relatore, onorevole Lattanzio, nella esposizione chiara ed esauriente che accompagna il disegno di legge, che la riforma ospedaliera potrà trovare piena e corretta applicazione solo dopo l'attuazione dell'ordinamento regionale, e che sarebbe stato auspicabile il suo inserimento nel vasto e urgente problema della riforma previdenziale.

Ma, visto che queste due grandi riforme — per altro annunciate e previste nel programma governativo — non sembra che verranno realizzate entro brevissimo termine, ben venga questa legge, intanto, a mettere ordine in un settore della vita nazionale tanto delicato e responsabile qual è quello sanitario. Ed io ne parlo senza la pretesa di dire cose nuove o quanto meno straordinarie, ma con la modesta esperienza di amministratore di un ospedale di periferia, quotidianamente a contatto con la gente e le cose di un piccolo ma sano ambiente ospedaliero, e che guarda a questa legge — sia lode al ministro che se ne è fatto portatore, al Governo che l'ha ispirata, al Parlamento che la elabora — come ad uno di quei provvedimenti destinati a segnare una svolta coraggiosa e benefica nel mondo della salute pubblica e privata.

L'attesa è grande: lo sappiamo tutti, onorevoli colleghi; e perciò maggiore è la nostra responsabilità. E questa una riforma che reca evidenti impostazioni di profondo rinnovamento organizzativo e scientifico. Le sue grandi linee (se ho letto esattamente e se ho capito bene il testo sottoposto al nostro esame) si riassumono nei seguenti capisaldi essenziali. Le competenze in materia di organizzazione ospedaliera vengono attribuite, così come vuole la Costituzione, alle regioni, che opereranno ovviamente nel quadro delle leggi-cornice emanate in materia dallo Stato. Cardine fondamentale del settore è l'ente

ospedaliero, come vero e proprio ente istituzionale, gestito da consigli di amministrazione democraticamente eletti dalle regioni, dalle province e dai comuni.

Il valore della partecipazione dei privati alla istituzione e alla gestione dei servizi ospedalieri, tradizionale campo di attività e glorioso patrimonio della *caritas* cristiana, è confermato e sottolineato sia dalla partecipazione ai consigli di amministrazione dei rappresentanti dei fondatori dell'ente, sia dal riconoscimento del ruolo svolto dall'ospedale privato civile e religioso, senza scopo di lucro, e dal suo pieno inserimento nella programmazione ospedaliera.

È consentito altresì il funzionamento delle case di cura private, in base ad un regime di autorizzazioni e sottoponendole ad opportuni controlli dell'autorità sanitaria pubblica.

All'attuale classificazione gerarchica degli ospedali si sostituisce un'articolazione funzionale a livello regionale, con l'obiettivo di concentrare alcuni tipi di intervento estremamente specializzati in poche istituzioni e di allargare invece perifericamente l'erogazione delle prestazioni fondamentali, innalzandone nel contempo il livello funzionale. A questo scopo, gli ospedali verranno classificati, come si legge nel testo in esame, in regionali, provinciali e zonali.

In ogni caso, è riconosciuto il principio che ciascun tipo di servizio, dovunque si trovi dislocato, deve essere in grado di erogare prestazioni di livello soddisfacente. L'organizzazione interna degli ospedali e l'equilibrio delle divisioni di degenza e dei servizi trovano una sistemazione, a mio avviso, organica ed uniforme.

La programmazione ospedaliera a livello regionale e nazionale rappresenta il secondo cardine fondamentale del disegno di legge, dopo quello costituito dalla ristrutturazione e dal potenziamento degli enti ospedalieri, e garantisce l'individuazione, la distribuzione e la realizzazione di una rete di presidi in grado di servire tutti i cittadini e di evitare gli eccessi e le disfunzioni di una incontrollata autonomia.

La piena libertà della assistenza religiosa all'interno degli ospedali viene assicurata attraverso una precisa configurazione giuridica della figura e del ruolo del cappellano. All'ospedale vengono affidati esplicitamente, oltre ai tradizionali compiti di assistenza ai degenti, anche importanti funzioni nel campo della medicina preventiva, della riabilitazione, della rieducazione sanitaria, della formazione del personale e della ricerca: si pongono inol-

tre le basi per l'allargamento all'esterno delle attività ospedaliere. Si stabiliscono precise norme e migliori garanzie per le modalità di assunzione dei medici, per la loro carriera, per il trattamento economico basato sullo stipendio pensionabile, sugli straordinari e su di un compenso integrativo in rapporto alla quantità ed alla qualità del lavoro prestato. Il trattamento economico è fissato su base nazionale per categorie, con contratti collettivi rinnovabili di norma ogni tre anni.

Il lavoro del medico ospedaliero è regolato stabilendo un orario fisso che comprende la gran parte della giornata, ma lascia un minimo di spazio alla libera professione, che può essere esercitata anche all'interno dell'ospedale. Si dà inoltre la possibilità ai giovani laureati di perfezionarsi nell'esercizio professionale mediante l'internato retribuito negli ospedali.

Per ciò che riguarda infine il finanziamento degli enti ospedalieri, si stabilisce il sistema della retta onnicomprensiva, che rispetta l'effettiva autonomia, anche di natura finanziaria, degli ospedali, riservandosi al ministro della sanità la possibilità di effettuare interventi particolari d'integrazione mediante l'istituto nuovo del fondo nazionale ospedaliero.

È, come si vede, un complesso di incisivi e determinanti elementi di riforma, in base ai quali l'ospedale cessa definitivamente di essere l'istituzione per il ricovero dei poveri o, nel migliore dei casi, per la degenza degli ammalati, per divenire un vero e proprio centro di salute a disposizione di tutti i cittadini e da questi democraticamente amministrato.

Questa la impostazione chiara e precisa della legge al nostro esame, che per altro — dico subito — non è tutto, non prevede tutto, non sana tutto; con la quale evidentemente, però, il Governo rivela l'intento di tutelare adeguatamente la pubblica salute, nella coscienza che una moderna e coraggiosa politica sanitaria torni a vantaggio di tutti i cittadini e si realizzi elevando le condizioni di lavoro degli operatori sanitari, il cui ruolo ed il cui prestigio vanno certamente esaltati nel generale miglioramento dei servizi.

La legge stessa mi pare respinga ogni impostazione demagogica dei problemi che ci interessano: respinge sia le concezioni di coloro i quali vorrebbero veder affidata la salute dei cittadini al libero gioco della domanda e dell'offerta, riservando all'intervento pubblico i settori economicamente meno convenienti, sia le facili proposte di quanti mirano ad una piatta ed uniforme statizzazione del settore. La legge insomma si prefigge l'organizzazione di un sistema sanitario diretto e controllato

dallo Stato ma decentrato nei suoi strumenti di intervento agli enti locali territoriali e istituzionali, e dove l'assunzione da parte dei pubblici poteri di complesse responsabilità di guida, di controllo e di azione in campo sanitario non significhi l'abolizione di ogni spazio operativo per l'iniziativa privata. Al fianco del medico di sanità pubblica, la cui figura e il cui prestigio devono essere rivalutati, noi intendiamo difendere il libero esercizio del medico privato, così come è vero che la rete delle pubbliche istituzioni ospedaliere va integrata dall'azione dell'ospedale privato senza scopo di lucro e — previ gli opportuni, sistematici controlli — dalle case di cura private. Solo un sistema così equilibrato permette il raggiungimento di traguardi sempre più avanzati, nel più scrupoloso rispetto della personalità insieme del malato e dell'operatore sanitario, garantito dalla libertà professionale del medico e dalla libera scelta del cittadino.

È chiaro che si tende a realizzare gradualmente un sistema di protezione sanitaria integrale, i cui obiettivi e i cui modi di espansione siano omogenei con il più generale processo di sviluppo economico del nostro paese.

Nel quadro di questi nobilissimi fini e di queste altrettanto nobili intenzioni va guardata la vita scientifica ed economica degli ospedali pubblici, di quegli organismi sanitari, cioè, che adempiono prima di tutto una funzione essenzialmente o certo preminentemente sociale. Oggi essi sono ripartiti in categorie, e la categoria ha tratto titolo dal numero dei posti-letto e dalla media giornaliera delle degenze. Con la presente legge essi diventano ospedali regionali, provinciali e zonalì, come ho ricordato poco fa, e non hanno più titolo in base ai posti-letto che offrono e alla media giornaliera di frequenza, bensì in base alla qualità delle prestazioni sia medico-chirurgiche sia sociali, degli impianti tecnologici, delle attrezzature tecniche e scientifiche. Si stabilisce, in una parola, che saranno la completezza delle cure erogate e le iniziative realizzate per una piena tutela della salute a dover distinguere i vari tipi di ospedali.

Questi criteri di classificazione consentono solo un timore: che determinati ospedali continuino a dibattersi nelle spire di più circoli viziosi. Sono molti infatti gli ospedali della periferia italiana che si dibattono in questa drammatica situazione. Economicamente ricchi in quanto creditori potenziali di somme a volte favolose, sono e restano finanziariamente poveri, quindi impossibilitati a far fronte alle esigenze pure urgenti di ammoder-

namenti tecnici e di ampliamenti del proprio ambiente.

Fino a quando questa sarà la situazione, fino a quando cioè gli ospedali saranno creditori insoddisfatti delle varie casse mutue di malattia, che sono i debitori quasi assoluti e soli degli ospedali delle nostre province, fino a quando essi dovranno assolvere compiti di alta e insostituibile funzione sociale, adempiendo obblighi quotidiani a cui non è possibile sottrarsi per la natura stessa della funzione ospedaliera, vi saranno sempre ospedali costretti all'impossibilità di migliorare le proprie attrezzature, quindi le proprie prestazioni sia medico-chirurgiche sia sociali. Sono state veramente abbattute tutte le barriere, per esempio, che negano alle prestazioni ospedaliere la qualifica di servizio per tutti? Qui il discorso va fatto più al responsabile del dicastero del lavoro e della previdenza sociale, che non al ministro della sanità. Come è possibile tenere ancora in vita la norma consuetudinaria secondo la quale le casse mutue convenzionano i propri assistiti seguendo un criterio rigorosamente provinciale? Mi spiego: i lavoratori iscritti alle casse mutue di assistenza malattia devono in ogni caso essere convogliati agli ospedali della stessa provincia anche se e quando a trenta passi da casa loro vi sia un ospedale che però abbia il torto di appartenere ad altra provincia. Insomma, di fronte alla malattia dei lavoratori mutuati, le province costituiscono ancora ai nostri giorni barriere rigorose, al pari di quelle che dividono uno Stato da un altro.

È quello che accade (perciò ho premesso che avrei parlato modestamente di cose visute) all'ospedale di Agnone, nel Molise. Situato all'estrema periferia della provincia di Campobasso, il suo *hinterland* si espande assai più naturalmente, in un raggio di oltre 30 chilometri di alta montagna, nella limitrofa provincia di Chieti. Ebbene, centri abitati di questa provincia, che hanno nell'ospedale di Agnone il centro sanitario più vicino (15-20 chilometri), sono obbligati rigorosamente a servirsi di centri ospedalieri che distano 70 e più chilometri perché della stessa provincia. A quei lavoratori è insomma proibito, se non per casi urgenti, di servirsi dell'ospedale più vicino.

Questo, onorevoli colleghi, è un episodio, è un fatto estremamente significativo che vale a dimostrare che non proprio tutte le barriere sono abbattute, se è vero, come dimostro, che le casse mutue mantengono ben eretti gli steccati provinciali a mo' di confini nazionali. E credo che, se si andasse al fondo della que-

stione, probabilmente ci si imbatterebbe in un principio d'ordine costituzionale molto interessante.

Ho detto poc'anzi che molti ospedali si dibattono in un circolo vizioso. Quando un ospedale di terza categoria cerca invano di ottenere la liquidazione di un credito di 100 milioni, naturalmente ogni giorno crescente, e ha da far fronte a spese ordinarie quotidiane che non consentono dilazioni, come fa a mettersi al passo con gli ammodernamenti degli impianti, delle attrezzature e dei servizi? A proposito, onorevole ministro: aiuti l'ospedale di Agnone a ripristinare i propri impianti radiologici, indispensabili in una zona che è a servizio di popolazioni fra le più povere del nostro paese e dove le schermografie sono una esigenza quotidiana anche al servizio della popolazione scolastica dell'alta zona montuosa!

Il problema ospedaliero ormai si pone non più tanto sotto l'aspetto quantitativo, quanto sotto quello del livello e della qualità dei servizi. Ci aiuti il Governo, dunque, a rendere sempre più adeguati alle esigenze moderne i nostri ospedali.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non mi risulta che il consiglio di amministrazione di codesto ospedale abbia chiesto un contributo per l'ammodernamento delle apparecchiature radiologiche.

SAMMARTINO. Sì, onorevole ministro, lo ha chiesto e stiamo attendendo che ella ce lo dia, conformemente ad una sua assicurazione scritta, di questi giorni.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Interesserò la mia segreteria.

SAMMARTINO. La ringrazio molto.

Anche nel quadro dell'applicazione della presente legge, mi sia consentito sottolineare la situazione sanitaria del Molise, naturalmente in breve; essa, anche a confronto con il resto del Mezzogiorno, può definirsi veramente preoccupante: lo stato dei servizi sanitari si presenta con una disponibilità di posti-letto estremamente esigua (1,5 posti-letto per ogni mille abitanti), essendo larghe zone della regione ancora assolutamente prive di servizi, anche di quei presidi per lungodegenti, per tubercolotici e per la neuropsichiatria che sono oggi considerati indispensabili per il funzionamento di una rete ospedaliera integrata.

Dovremo dunque adeguarci non solo quantitativamente, ampliando i posti-letto e i servizi nei 6 ospedali esistenti e costruendo nuovi

ospedali in zone particolarmente arretrate, ma anche nel senso della qualità e della distribuzione della rete ospedaliera, per la quale dovranno essere raggiunti al più presto almeno quei traguardi, comunemente ritenuti insoddisfacenti, di quattro o cinque posti-letto per ogni mille abitanti.

A queste conclusioni si è pervenuti nel corso di un recente dibattito pubblico sui problemi sanitari della regione che ho l'onore di rappresentare. Il convegno ha indicato nei seguenti punti le necessità del Molise, nel quadro della riforma ospedaliera: costruzione di un ospedale regionale a Campobasso, con servizi altamente specializzati; ampliamento degli ospedali esistenti, la cui funzione diventa particolare in ordine alle distanze, alla viabilità, alla orografia — che d'inverno rappresentano elementi preponderanti da non potere ignorare, tanto meno da eludere — con l'obiettivo di assicurare a tutta la popolazione la possibilità di fruire facilmente ed in ogni momento delle forme più elementari ma più indispensabili di assistenza ospedaliera.

Concludendo, onorevoli colleghi: molti elementi positivi sono nella legge che andremo ad approvare e che lo studio e l'impegno dei colleghi della XIV Commissione ha fatto giungere a noi, ricca di innovazioni di portata che possiamo dire storica.

Una soluzione soddisfacente e definitiva del problema sanitario e ospedaliero in Italia può venire soltanto da un serio e responsabile sforzo di riforma nella direzione indicata dal capitolo VII del piano quinquennale. In esso è denunciata anche un'altra carenza: la carenza quantitativa del personale medico ed ausiliario e la sua irrazionale distribuzione nel territorio.

Bisogna anche in questo caso agire con rapidità e con fermezza, rinnegando, se è il caso, vecchie formule e vecchie miti, adottando se necessario soluzioni empiriche, migliorando non solo le condizioni di lavoro ma anche la dignità professionale degli operatori sanitari, realizzando una politica di incentivi di natura economica, culturale e di carriera tali da consentire l'allargamento dei servizi essenziali alla periferia del paese ed una ragionevole rotazione del personale sanitario dalle zone più disagiate a quelle più organizzate. Questa legge rappresenta certamente una tappa necessaria sulla via della sicurezza sociale ed è testimonianza della volontà del Governo di imprimere una decisiva spinta di sviluppo e di progresso alla politica sanitaria del nostro paese. Anche in questo senso ci sembra di rispondere all'appello che il Som-

mo Pontefice ha recentemente lanciato agli uomini di tutte le fedi, nella enciclica *Populorum progressio*, perché si facciano garanti della « promozione di un mondo più umano per tutti, nel quale abbiamo tutti qualcosa da dare e da ricevere, senza che il progresso degli uni costituisca un ostacolo allo sviluppo degli altri ». Grazie. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

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

SANTAGATI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, mi occuperò soprattutto dell'aspetto politico e giuridico del disegno di legge al nostro esame. Premetto che dal punto di vista astratto è avvertita, pressoché unanimemente da tutti i gruppi, l'esigenza di una riforma ospedaliera; e il mio gruppo, che non è stato mai secondo a nessuno in materia di progresso sociale, è orientato a favore di una effettiva riforma di questo delicato settore della vita sociale.

Questa esigenza è avvertita soprattutto perché la legislazione vigente è stata elaborata in epoche piuttosto lontane. Il primo testo è costituito dalla famosa legge del 1890, che è stata abbondantemente citata in quest'aula e che ha fatto indubbiamente il suo tempo.

L'altro strumento legislativo è costituito dalla legge del 1938, della quale, pudicamente, non si è fatto alcun cenno, ma che tutti sappiamo essere l'unica legge che abbia fino ad oggi regolato organicamente la materia. È evidente che la legge del 1938 — a parte i meriti del governo dell'epoca, che sentì il bisogno e l'impulso di dare una sistemazione legislativa alla materia — è ormai lontana nel tempo. È proprio in un campo così delicato come quello della sanità che non è possibile pensare che si possa rimanere ancorati ad uno strumento legislativo ormai vecchio di circa trenta anni. Tutti aspettavamo quindi con ansia che il Governo, che imposta, si può dire, quasi una riforma al giorno, uscisse finalmente dal chiuso delle nebulose impostazioni teoriche per decidersi ad una pratica attuazione legislativa. Dobbiamo tuttavia aggiungere che la nostra delusione è stata direttamente proporzionale alla speranza che nutrivamo nei confronti di questo strumento legislativo. Noi dobbiamo purtroppo dolorosamente riconoscere — e, ci creda, onorevole ministro, senza alcuna ombra di polemica, proprio in base all'obiettivo valutazione del testo sottoposto al nostro esame — che il provvedimento proposto è addirittura un « guazzabuglio ». In esso vengono infatti confusi i concetti di program-

mazione, non ancora tradotta in legge, di programmazione regionale, che è ancora da venire, e di disegno di legge sulle procedure della programmazione, preannunciato in questo stesso testo e che essendo soltanto disegno di legge non sappiamo quando diverrà legge. Si fa altresì confusione tra piano nazionale ospedaliero e piano nazionale ospedaliero transitorio; e chi più ne ha più ne metta.

Insomma, dobbiamo dolorosamente riconoscere che questo conato legislativo è condannato in partenza ad una estrema sterilità. Non esiste un coordinamento organico; manca una chiara indicazione dei mezzi finanziari disponibili per l'attuazione della legge; manca una connessione logica tra i vari argomenti che dovrebbero essere presi in considerazione dal legislatore. In sostanza, ci troviamo dinanzi soltanto ad una formula che alcuni hanno voluto chiamare di compromesso tra le esigenze livellatrici ed egualitarie dei socialisti e le esigenze caritative dei democristiani; per cui da un lato si sono volute salvare le organizzazioni religiose (e su questo altare del salvataggio degli enti ecclesiastici la democrazia cristiana ha anche rinunciato a taluni suoi chiari principi informativi in materia di assistenza e di carità), dall'altro i socialisti, che erano partiti con l'intento di nazionalizzare, magari *ante litteram*, questo settore, si sono accontentati di una semplice « regionalizzazione » di esso.

Ma a noi pare che non di una legge di compromesso si tratti — come taluni settori politici hanno voluto definirla — bensì di una legge di « compromissione » di tutta la politica ospedaliera, perché i criteri che la ispirano non comportano il raggiungimento di obiettivi chiari né nel senso voluto dai socialisti, né nel senso auspicato dai democristiani. In sostanza — mi si consenta un'immagine — i socialisti in questa legge volevano fare la parte dei galli e sono diventati capponi; la democrazia cristiana voleva fare la mantide religiosa, o per lo meno l'ape regina, ed è diventata un'ape operaia. Quindi non vi è, né per l'uno né per l'altro dei due settori più massicci della maggioranza, il soddisfacimento delle istanze considerate primarie.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non ci auguri di essere dei capponi, perché si avvicina il Natale !

SANTAGATI. Parlo in senso metaforico, onorevole ministro, non in altro senso.

Va ancora marginalmente notato (ma si tratta di cosa non senza importanza) che il partito repubblicano dissente sia dalla im-

stazione data dai socialisti sia da quella data dai democristiani. Quindi abbiamo una maggioranza la quale, *grosso modo*, non fa altro che perseguire obiettivi molto limitati nel tempo — che, come tutti gli obiettivi limitati nel tempo, possono avere soltanto carattere strumentale, contingente — senza spaziare in quell'atmosfera di ampio respiro riformatore che si voleva dare (almeno così era nelle intenzioni del Governo) al presente disegno di legge.

Qui cade acconcia una considerazione: secondo noi la verità è che i socialisti, pur sbandierando ogni momento riforme di ordine sociale, non sono dei veri e propri riformatori, ma sono soltanto dei riformisti. A me pare che ci sia in questo una grossa differenza, in quanto i riformatori arrivano a dare una nuova disciplina a determinate questioni sociali, mentre i riformisti riescono a dare soltanto una mano di vernice, unicamente per mettersi in evidenza nelle piazze o nei pubblici comizi, ma senza intaccare la sostanza degli istituti, che rimangono quelli che sono, con le loro incrostazioni e i loro difetti.

Secondo me, la differenza tra riformatori e riformisti è press'a poco uguale a quella che potrebbe passare tra giornalisti e giornalisti o, se vogliamo usare un paragone un po' meno drastico, tra musicisti e musicanti.

Tutto questo, almeno dal punto di vista del mio gruppo politico, lascia intravedere i limiti e le carenze dell'attuale riforma. Che, secondo noi, non è una vera e propria riforma: è forse un conato di riforma, un conato malnato; e mi auguro che non si debba continuare su questo binario.

In sostanza, che cosa si è voluto attuare con questa riforma? Mi permetterò brevemente di esaminare il testo nella formulazione con cui ci è pervenuto dalla competente Commissione igiene e sanità; e coglierò — in considerazione dell'ora e del fatto che altri oratori del mio e di altri gruppi ancora interverranno nella discussione, pur dopo l'approfondita disamina che già è stata fatta del provvedimento — soltanto alcune notazioni essenziali, esimendomi dal fare un lungo discorso.

Anzitutto va rilevato che, se vogliamo andare al nocciolo della questione, il punto fondamentale della riforma consisterebbe nella uniforme disciplina da adottare nei confronti delle organizzazioni ospedaliere. Se leggiamo l'articolo 1, a prima vista questa uniformità sembrerebbe legislativamente acquisita, in quanto detto articolo recita che « l'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente

dagli enti ospedalieri ». Sennonché, subito dopo l'enunciazione di principio, si passa alle eccezioni, che svuotano in gran parte di contenuto l'enunciazione stessa, perché si cominciano a enumerare tante di quelle eccezioni per cui il principio viene già in partenza vulnerato. Onorevole ministro, non è che io mi dolga di questo fatto — vorrei che ella non mi fraintendesse — ma è soltanto che comincio già a notare le antinomie, le contraddizioni in termini fra le premesse e le conseguenze. Io penso cioè che il partito socialista avrebbe gradito fermarsi al principio, anche perché sarebbe stato più chiaro e di più facile accettazione, ma che poi quelle spinte e contropinte di natura politica, che ho poc'anzi sottolineato, l'abbiano costretto ad accettare delle eccezioni.

E nel quadro di queste eccezioni si presenta subito il noto compromesso tra la democrazia cristiana e il partito socialista in ordine agli enti religiosi. Anche su questo io non voglio dire se sia giusto o ingiusto dare a certi enti ospedalieri una salvaguardia; dico solo che il partito socialista dimostra *apertis verbis* di avere con ciò dato una mano alla democrazia cristiana perché, a sua volta, questa gli desse una mano in relazione ad altri articoli della legge. È la famosa storia del *do ut des*, che non può poi identificarsi con l'altrettanto famoso *facio ut facias*, perché molte di queste cose rimangono soltanto sul piano delle enunciazioni e non trovano completa possibilità di attuazione.

Debbo dire in via preliminare — e ciò mi sembra sia stato rilevato da pochi in questa aula — che un'altra nota di dissenso è emersa in seno alla stessa maggioranza in occasione del parere reso dall'VIII Commissione istruzione in ordine al presente disegno di legge. Io non starò qui ad enunciare tutte le riserve e le indicazioni dell'VIII Commissione contenute nel parere stesso; mi limiterò soltanto a ricordare che in esso, sia pur sinteticamente, è denunciato un evidente stato di perplessità, che potrebbe addirittura considerarsi frutto di dissensi.

Infatti, nel suddetto parere, si dice che l'VIII Commissione « non può non tenere presenti talune perplessità che il disegno di legge ha suscitato negli ambienti universitari, nelle facoltà di medicina e chirurgia, sia in relazione al disposto dell'articolo 33 della Costituzione, sia in relazione alla importanza primaria e determinante che innegabilmente gli studi e le ricerche effettuate in ambiente universitario hanno per il progresso della medicina, e al fatto che tali studi e tali ricer-

che, anche perché servono alla preparazione dei futuri medici, non possono evidentemente avere un carattere solo teorico, ma debbono fondarsi su di una larga esperienza terapeutica ».

Non vorremmo, onorevole ministro, che già dai primi vagiti di questa riforma nascessero conflitti fra gli enti ospedalieri e gli istituti universitari, che danno, come ella sa, un impulso notevole al progresso della scienza e di riflesso alla difesa della salute dei cittadini. Non vorremmo che un equilibrio che la legislazione passata (sia quella del 1890, sia quella del 1938) ha mantenuto, sia pure attraverso la necessaria evoluzione che il tempo comporta, venisse drasticamente turbato da una polemica tra gli istituti universitari da un lato e gli enti ospedalieri dall'altro.

Sono perplessità — ripeto — che non esprimo solo io, quale esponente di un gruppo di opposizione, ma che sono state manifestate nel parere della VIII Commissione.

Ho notato poi — e lo dico *una tantum*, per non ritornarvi più sopra — che di tutti gli emendamenti formulati dalla Commissione istruzione purtroppo nella stesura ufficiale effettuata dalla XIV Commissione ne vengono accolti soltanto alcuni di minima importanza. Cioè tutte le richieste principali non sono state accolte, il che significa che, almeno nel settore della pubblica istruzione, permangono una riserva e una potenziale polemica, che non sono certo foriere di buoni auspici per l'avvenire della legge di cui ci stiamo occupando.

E veniamo alla legge in se stessa, con brevi e rapide notazioni, poiché ho promesso di non dilungarmi. Ci accorgiamo che il primo grosso equivoco è costituito dalla formulazione teorica della regionalizzazione dell'ente ospedaliero. Noi, in linea di massima, siamo antiregionalisti per principio e per vocazione; e quindi, laddove vediamo un richiamo all'ente regionale, ci mettiamo sempre sul « chi vive ». Ma in questo caso mi sembra che addirittura si siano superati tutti i limiti della, diciamo così, decenza legislativa, in quanto, innovando persino al testo originario proposto dal Governo — che era secondo me più razionale — si sostituisce al Presidente della Repubblica, al ministro della sanità, che per il momento è l'unico organo, nell'attuale ordinamento politico italiano, dotato di competenze generali in materia sanitaria, un futuro ma di fatto inesistente organismo regionale. Per citare solo a caso un articolo, faccio presente che l'articolo 4, con tutta serietà, recita: « Con decreto del Presidente della Regione

su delibera della Giunta regionale sentito il Consiglio provinciale di sanità, gli enti pubblici di cui al primo comma dell'articolo precedente sono dichiarati enti ospedalieri ». Ma, onorevole ministro, dove sono questi presidenti regionali? Dove sono queste giunte regionali? Ella mi dirà: ci sono le norme transitorie.

Esamineremo poi le norme transitorie; le dirò intanto che è inesatta la stessa denominazione, dal punto di vista giuridico, di norme transitorie. Infatti, come ella mi insegna, le norme transitorie riguardano il passaggio da una legislazione ad un'altra. Qui invece vi sarebbe il passaggio da una legislazione che non esiste ad una legislazione nuova. Mentre stiamo discutendo (e anche quando questo disegno di legge sarà approvato), la legislazione regionale non esiste (e non esisterà) ancora, eccezion fatta, naturalmente, per le regioni a statuto speciale, a proposito delle quali, come siciliano, mi permetterò di dirle alcune cose che dovrebbero per lo meno indurla, onorevole ministro, a correre un po' più cauto sulle ali entusiastiche del regionalismo.

In definitiva, vediamo consacrata in una legge l'esistenza di organi che in effetti non esistono ancora. Penso che ella, che ha dato la paternità a questa legge, dovrebbe riconoscere che è più logica la formulazione del suo testo originario, licenziato dagli uffici del suo Ministero, là dove appunto si parlava di decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del ministro della sanità.

Su questo equivoco di un regionalismo *ante litteram*, di un regionalismo fecondato *in vitro*, con una fecondazione artificiale alla Petrucci, si articola tutta una serie di norme che, dal punto di vista squisitamente giuridico, rappresenta una vera e propria aberrazione. Le leggi devono richiamarsi ad istituti già vigenti, a legislazioni già in vigore, non a legislazioni future.

Ella, onorevole ministro, potrebbe obiettermi che questa è una legge-cornice, come diceva poc'anzi l'onorevole Valitutti. Ebbene, le dirò che purtroppo questa non è affatto una legge-cornice: è una legge che disciplina categoricamente ed analiticamente determinate situazioni, che poi non trovano il loro presupposto giuridico. Cioè fa riferimento all'ordinamento regionale e regionalizza il sistema sanitario italiano senza che esistano le regioni in Italia, se si fa eccezione per quelle a statuto speciale.

Questo è un grosso difetto; è un difetto che, a mio avviso, purtroppo farà sentire il suo peso nell'applicazione di questa legge. In-

fatti non basta augurarsi che le regioni si facciano e affermare in astratto che la Costituzione prevede l'istituto delle regioni. Queste infatti sono contemplate da norme in bianco, e le norme in bianco restano tali fino a che ad esse non corrisponderà una serie di leggi effettive; per cui alle regioni non può fare riferimento il legislatore, perché altrimenti si troverebbe contro il vuoto pneumatico.

E passiamo ad un altro punto molto criticabile della legge, consistente in una affermazione di principio nel contesto dell'articolo 9, là dove si parla dei consigli di amministrazione.

Qui si è voluto (sarò breve, perché l'argomento è stato cucinato un po' in tutte le salse) parlare di democratizzazione dei consigli ospedalieri. A parte il barbarismo della parola, che a lei da buon toscano dovrebbe già dar fastidio anche auricolare, il concetto è un altro: che cosa intendiamo noi per organi democratici? Dobbiamo intendere semplicemente la democrazia della quantità, la democrazia della incapacità, la democrazia della inesperienza? Dobbiamo presumere ad esempio che una donna di servizio (bravissima persona, che potrà anche essere sindacalmente inquadrata nel suo settore e avere tutte le tutele che la legge prescrive) debba essere in grado di esprimere un suo giudizio sulla sanità? Dobbiamo presumere anche che per costituire gli organi professionali dei medici, degli avvocati, degli ingegneri si debba sottoporre il consiglio dell'ordine all'approvazione della massa dei cittadini che di quei professionisti si avvalgono?

A parte le note teorie del mio gruppo — alle quali pienamente aderisco — di una democrazia organica, fondata sulla qualità e non sulla quantità, e avente per presupposto requisiti di categoria, a parte questo che potrebbe essere oggetto di dissenso tra le sue tesi e le mie, e che quindi non voglio portare sul tappeto, io vado qui alle conseguenze di quell'affermazione di principio. Il giorno in cui noi in virtù di questa malintesa forma democratica operassimo una immissione di elementi estranei all'ambiente, non competenti per lo meno nella materia che nell'ambiente si deve trattare, noi instaureremmo tanti parlamentini in seno agli enti ospedalieri. Già di per sé l'ente ospedaliero, come è stato da altri definito, può diventare una roccaforte, un fortilizio, una baronia, un feudo: e questo è già un grosso pericolo, che si va a creare. Ma figuriamoci se in seno a questi fortilizi, a queste baronie, a questi feudi introducessimo addirittura le guardie del corpo, i

cortigiani del feudatario, che attraverso il consiglio di amministrazione portassero istanze tipicamente politiche! Perché, a parte il discutibile criterio delle rappresentanze di maggioranza e di minoranza — la quale ultima, poi, non rappresenta tutte le minoranze, perché è chiaro che la minoranza andrebbe solo a favore dei partiti più grossi di opposizione, quindi del partito comunista, per essere chiari — a parte tutto questo, dicevo, la conseguenza più grave è un'altra: che noi nei consigli di amministrazione immetteremmo elementi politicizzati, i quali non porterebbero a nient'altro che a quel cattivo uso che purtroppo molti politici o elementi politicizzati fanno degli altri enti pubblici. Non vorrei, insomma, che i guai che abbiamo passato per aver politicizzato molti enti, ritornassero aggravati in un settore così delicato, come è quello della sanità.

Vorrei aggiungere un'altra considerazione, sempre in ordine alla questione dei consigli di amministrazione. Mi scusi, onorevole ministro: il giorno in cui questi organismi cominceranno a litigare fra di loro, come accade purtroppo nelle migliori famiglie politiche, quale sarebbe il vantaggio a cui l'ente andrebbe incontro?

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Si darebbe luogo alla gestione surrogatoria commissariale.

SANTAGATI. Il potere surrogatorio si ha non in seguito a beghe politiche interne, ma in seguito ad inadempienze, ad evasioni alla legge.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Si ha in seguito a non funzionalità.

SANTAGATI. Noi abbiamo organismi politici, quali ad esempio i parlamentari regionali, che ella sa di quante beghe sono produttivi! Eppure non vi è nessuna possibilità di considerare inefficiente l'organo, perché anzi l'organo funziona moltissimo, sia pure attraverso quelle discrasie che tutti registriamo.

E bisogna considerare altre due cose. Primo: perché consentire che i consigli comunali e provinciali possano eleggere nel loro seno rappresentanti a questi consigli di amministrazione, mentre fortunatamente ai consigli regionali — che fra l'altro non esistono ancora — ciò non è consentito? Io non avrei fatto una tale distinzione. Io avrei detto che i consiglieri comunali, provinciali e regionali — quando e se ci saranno — non potranno mai

far parte degli organi di amministrazione degli ospedali, anche perché altrimenti la discutibile prassi del controllore controllato si rinnoverebbe. Ma, a parte il fatto che ciò costituirebbe un elemento di ulteriore politicizzazione, non si dimentichi che quando si prende un consigliere comunale, un consigliere provinciale — che di per se stessi sono espressione di una certa tesi politica e li si immette nel consiglio di amministrazione, si trasferisce la politicizzazione dell'ente comunale e provinciale nel consiglio ospedaliero d'amministrazione.

Un altro punto delicato è quello della remunerazione. Non è che io sia contrario a che questi commissari siano retribuiti. È giusto che chiunque effettui una prestazione abbia la sua legittima retribuzione. Ma il fatto è che qui non c'è alcun limite. È detto che il consiglio d'amministrazione penserà da sé ad attribuirsi la remunerazione. E quale potrebbe essere il limite? Nel testo in esame, onorevole ministro, non c'è un riferimento; come diceva l'onorevole Valitutti, non c'è un organo superiore di appello o di controllo. Ecco che allora vi sarà un continuo stimolo ad entrare in questi consigli di amministrazione, soprattutto se saranno di grossi ospedali, che consentiranno grosse remunerazioni e grossi gettoni di presenza!

Quindi, signor ministro, pregherei, almeno su questo punto, di adottare una misura che sia riferita ad un certo parametro, come previsto da altre leggi che prevedono gettoni di presenza in consigli di amministrazione; oppure, se non si vuol istituire un parametro, si stabilisca la cifra vera e propria, salve poi eventuali revisioni in leggi successive, e si determini, se è possibile, anche l'organo di controllo che possa vigilare questa materia.

Il titolo III è forse l'unico titolo che dà (voglio essere obiettivo, onorevole ministro) una certa organica impostazione al problema. Ma, secondo me, non si risolverà gran che creando una classificazione degli ospedali, cioè cambiando l'etichetta. Oggi abbiamo un tipo di classificazione e qui si sostituisce a quel tipo tradizionale un nuovo tipo; non basta dire che ci sono ospedali regionali, ospedali provinciali, ospedali comunali, ospedali centrali e ospedali zionali. Questo è tutto un fatto, direi, puramente nominale. Molte volte il pericolo nelle riforme, onorevole ministro — almeno nelle riforme, secondo me, imperfette come questa — è il nominalismo: cioè si ha soltanto il piacere della enunciazione, il piacere del termine, il piacere della innova-

zione nominalistica, senza però scendere poi in profondità e arrivare alla sostanza. Comunque, devo dare atto che il titolo III è l'unico titolo che in certo qual modo dà una impostazione organica al problema e lo risolve secondo certi criteri che ci auguriamo possano dare i frutti auspicati.

Andiamo invece ad un altro titolo, secondo me in perfetta discrasia con l'attuale situazione legislativa nazionale: cioè al titolo IV sulla programmazione ospedaliera. Io potrei farle notare molte « perle giapponesi », onorevole ministro, in questa formulazione normativa. Mi limito a qualcuna soltanto perché ella, se crede, migliori il testo, per cercare almeno di enunciare i principi secondo una certa tecnica legislativa. Ad esempio, l'articolo 26 del testo licenziato dalla Commissione dice: « Con legge dello Stato, avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale... ». E dov'è la legge del programma economico nazionale? Che io sappia, si sta discutendo in Senato il programma quinquennale; ma non è legge. Si potrà dire: « della futura legge »; o: « dell'attuale disegno di legge », se vogliamo usare la dizione più logica. Ma non « legge »! Io capisco che ella, onorevole ministro, da buon socialista abbia già considerato spiritualmente acquisita la legge sul piano quinquennale; ma dal punto di vista parlamentare (mi appello all'autorevole voce di un illustre giurista qual è il signor Presidente) questa non è ancora legge, perché è al Senato e se ne sta ivi discutendo: è disegno di legge, ma non legge. È una *spes legis*, ma non è una legge.

E ancora, sempre in questa materia, noi vediamo che si dice (è una lacuna che già avevo sottolineato poc'anzi) che, con la predetta legge, verranno indicati i mezzi finanziari. Chiedo: come si fa una riforma senza quattrini? Questa è una legge francescana! Forse in omaggio alle opere pie, l'avete voluta fare senza mezzi finanziari. Ma una lira non c'è! E come si fa a cambiare di colpo tutta una struttura, sia pure invecchiata, ma comunque funzionante, e scardinarla per sostituirla con una nuova struttura in cui non c'è, almeno con l'attuale legge, il becco d'un quattrino per attuare i principi posti a base della legge stessa?

Si aggiunge ancora, sempre nell'articolo 26: « Il disegno della legge di programma di cui ai precedenti commi è presentato al Parlamento dal ministro per la sanità... ». Oh, ma qui siamo veramente al *non plus ultra* della fantascienza legislativa! Cioè, in una legge che si deve votare, si parla di un piano

quinquennale che non è ancora votato e si prescrive al ministro di presentare un disegno di legge. Non so veramente con questi sistemi dove si vuole arrivare! Quale può essere il significato di una norma di questo genere, quando è nei poteri del Governo di presentare un qualsiasi disegno di legge? Come si fa a prescrivere in un testo legislativo l'obbligo del Governo in questo senso? In altri termini, si dà al ministro, per legge, l'ordine di presentare un disegno di legge. Questo è veramente il *non plus ultra*!

Onorevole ministro, non intendo fare qui una polemica politica; ma certi limiti non possono essere oltrepassati.

Un'altra « perla giapponese » è contenuta nell'articolo 27: « Il ministro per la sanità, attenendosi alle direttive del programma economico nazionale, della presente legge, della legge di programma di cui al precedente articolo 26... ». Ma dov'è questa legge, se ancora deve essere votata?

Mi chiarisca, la prego, onorevole Mariotti, con la sua garbata cortesia, come ci si possa attenere alle direttive di una legge che ancora deve nascere.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. L'ho già detto. Si tratta di leggi che, quando le regioni faranno parte integrante della struttura dello Stato, potranno rivelarsi in alcuni punti anche non perfette. In realtà, non è che questa legge sia perfetta e non suscettibile di subire emendamenti al momento in cui le regioni si affermeranno nella struttura dello Stato.

La legge al nostro esame, però, si caratterizza in due suoi aspetti fondamentali, che non poteva sottrarsi dall'esaminare. Il primo aspetto riguarda il momento in cui la regione sarà operante, sarà un fatto, una struttura dello Stato; il secondo aspetto concerne una parte transitoria, che in realtà è contemplata nelle norme transitorie, anche se ella ritiene che questa qualificazione sia impropria da un punto di vista giuridico.

Può darsi che, come ella afferma, le regioni non saranno istituite; allora sussisterà, sarà in vigore, sarà operante quella parte della legge che inerisce alle norme transitorie; ovviamente, se le regioni non si faranno, è quella la parte della legge che rimarrà operante. Se invece le regioni saranno istituite, evidentemente le norme transitorie cadranno e saranno operanti le norme che riguardano la regionalizzazione dell'assistenza sanitaria, in base alle linee di programmazione previste

dalle leggi regionali nel contesto più vasto di un programma nazionale ospedaliero.

È ovvio che bisognava prevedere che la legge sull'assistenza sanitaria ospedaliera non può essere mutata dall'oggi al domani. Si tenga presente che dal 1890 si arriva al 1938, e solo oggi si riesamina la situazione del settore sotto la spinta di condizioni di fatto estremamente gravi: non è pensabile allora che la legge in discussione fra due o tre anni possa essere completamente modificata perché si modifica la realtà nella quale operiamo. Questa è la ragione dei due aspetti fondamentali, i quali, non dico che non possano dare luogo a rilievi polemici, ma tuttavia dovevano essere assolutamente garantiti nel testo del provvedimento, facendo naturalmente salva la possibilità di eventuali modificazioni qualora la realtà dovesse risultare diversa, come ella ha accennato, da ciò che noi prevediamo. Il discorso che ella sta facendo, e lo fa come avvocato, può essere giusto se considerato dal punto di vista di un processo alle intenzioni; dal punto di vista della realtà odierna, è tuttavia necessario rilevare che sarebbe stato assolutamente inutile fare una legge che avrebbe potuto avere una durata di soli due anni. Noi abbiamo quindi voluto saltare questo periodo di due anni.

SANTAGATI. Onorevole ministro, la ringrazio dei suoi chiarimenti, ma mi permetto di osservare che l'aspetto giuridico non è un fatto soggettivo; il diritto, infatti, ha una sua logica ferrea alla quale si deve necessariamente obbedire. L'aspetto politico può anche essere mutevole, ed ella sa quante decisioni politiche siano spesso inconcludenti ed illogiche; noi, tuttavia, qui non dobbiamo fare una legge che abbia solamente riflessi politici, ma che abbia essenzialmente aspetti giuridici. Ripugna al mio senso di modestissimo giurista, o di avvocato per essere più precisi, vedere in una legge simili storture giuridiche, con riferimenti a future leggi ancora inesistenti. La prego pertanto, salva restando naturalmente la sua concezione politica circa il beneficio delle regioni e la mia personale convinzione circa il maleficio delle regioni, di evitare, da un punto di vista giuridico, di far forza al diritto. Questa è la mia raccomandazione, perché ho premesso che mi sarei occupato del problema sia sotto l'aspetto politico sia sotto l'aspetto giuridico.

Per quanto riguarda l'aspetto politico siamo in pieno dissenso. Mentre sul piano giuridico possiamo benissimo concordare, perché molte cose non sono opinabili, sul piano po-

litico possiamo dissentire: ed io dissento non sotto un profilo astratto, ma, come ho avuto diverse volte occasione di dire in quest'aula, sotto il profilo dell'esperienza acquisita.

Io appartengo ad una regione, la Sicilia, che ha venti anni di dolorosa e negativa esperienza autonomistica. Senza voler allargare il discorso, voglio ricordare che proprio in questa materia in Sicilia molte cose, proprio sotto il profilo dell'autonomia, sono andate in modo disastroso, ed ella lo sa, signor ministro.

Noi avevamo enunciato dei bellissimi principi. Io sono stato deputato regionale e ricordo che quando facevo parte di quell'assemblea ci si battè, nel corso della seconda legislatura, per i cosiddetti ospedali circoscrizionali. Or bene, dove sono questi ospedali circoscrizionali? Se ne è fatto qualcuno: cito Salemi, tanto per ricordare uno dei più noti. Ma dove è andato a finire tutto quel complesso di capitali e di iniziative previsti dall'articolo 38 della relativa legge regionale?

Vedo presente un collega siciliano, l'onorevole Turnaturi, che conosce molto bene la situazione. Dove è andato a finire tutto ciò che era previsto nelle norme autonomistiche in materia ospedaliera? Tutte cose che sono restate sulla carta! Oppure abbiamo assistito agli spettacoli che ella conosce, signor ministro: si sono iniziate le mura di certi ospedali e ci si è fermati lì; oppure vi sono le strutture murarie degli ospedali, ma mancano le attrezzature ospedaliere; oppure vi sono ospedali che hanno metà dell'attrezzatura ospedaliera, mentre aspettano ancora l'altra metà.

Ella mi deve purtroppo dare atto, signor ministro, che questa riforma non può influenzare l'aspetto della competenza primaria di talune regioni a statuto speciale, ivi compresa la Sicilia. Cioè questa è una riforma che già in partenza, volendo da un lato salvare il principio autonomistico e dall'altro affermare il principio unitario (perché giustamente è stato detto dai relatori e da altri onorevoli colleghi che la salute non ha confini regionali, e guai se li avesse!), comporta un dilemma che non è di facile soluzione.

Io le chiedo come potrà con questa legge, signor ministro, intervenire in Sicilia. Ammesso poi che possa intervenire per creare le nuove strutture previste da questa legge, come potrà impedire che per la Sicilia continuino a sussistere quelle tali remore che ella conosce e che hanno reso questa regione, purtroppo, anche in questo campo poco raccomandabile? Ecco perché io penso che quando enunciamo i principi delle riforme, dovremo attenerci alle concrete realtà politiche, su

cui operare, e non ad astratte enunciazioni teoriche.

Per quanto riguarda il titolo V (vado per sintesi e per punti fondamentali, per non perdermi nei dettagli), trovo un riferimento, ad esempio, alla creazione del fondo nazionale ospedaliero. Non ripeto quanto ho detto poc'anzi circa la contraddizione tra il principio nazionale, che è esatto, e poi la frantumazione regionale. Lasciamo stare questo: l'ho già detto e non intendo ripetermi. Non posso però non fermare la mia attenzione sullo stanziamento. Ella prevede, onorevole ministro, per l'anno 1967, uno stanziamento di 10 miliardi per far fronte a quelle che sono le principali innovazioni in materia di attrezzature, al miglioramento e adeguamento di esse, nei casi in cui la retta di degenza non serva a coprire le spese.

Siamo logici e realistici, onorevole ministro: ella crede che con 10 miliardi si possa arrivare a colmare queste lacune?

Le potrei citare il caso dell'ospedale Vittorio Emanuele della mia città, Catania, il cui indebitamento credo che superi largamente la somma di 10 miliardi di cui ella parla; indebitamento dovuto, come ella sa, onorevole ministro, al fatto che da un lato l'ospedale è creditore di presunte rette nei riguardi di enti mutualistici, di cittadini bisognosi, di comuni e di province, mentre dall'altro lato non ha potere di riscossione.

E qui cade acconcia un'altra osservazione, relativa al coordinamento di tutta questa materia finanziaria con il piano quinquennale di sviluppo. Questo piano è stato da noi lungamente discusso per giungere ad una puntualizzazione; abbiamo approvato numerosi emendamenti al testo originario, ma la conclusione è una: che, almeno per quanto riguarda la riforma sanitaria, questo piano di sviluppo non lega con la presente legge, rimane completamente avulso dalla realtà. Il piano di sviluppo, al capitolo VII - a parte tutte le teorie che abbiamo già esaminate - prevede che il Ministero della sanità, realizzando un servizio sanitario nazionale - che qui non c'è - articolato nei comuni, nelle province e nelle regioni, utilizzando le diverse attività pubbliche e private del settore, dirigerà e coordinerà la politica sanitaria del paese. È una enunciazione, questa: potrebbe piacere e potrebbe non piacere; ma è chiara, è nitida. Sennonché non trova rispondenza, non ha un legame con quanto è contenuto in questo disegno di legge. Non solo; ma, per quanto riguarda i mezzi, qui si parla di cifre cospicue. Le cito soltanto tre righe del paragra-

fo 82 del capitolo VII: la spesa per la realizzazione del piano sanitario ammonterà nel quinquennio complessivamente a 5.505 miliardi, dei quali, per investimenti, 380 miliardi, e per prestazioni sanitarie, escluse le spese generali di amministrazione, 5.125 miliardi.

Onorevole ministro, io chiedo alla sua cortesia di dirmi come legano queste enunciazioni — validissime, anzi direi indefettibili — del piano quinquennale con la realtà di questo disegno di legge, dove a stento tiriamo fuori questo miserevole peculio di 10 miliardi per non far nulla, perché esso si dissolverà nella diaspora delle provvidenze contributive che, poi, serviranno certi rivoli politici o certe indicazioni più o meno politicizzate.

Non tratterò altri argomenti attinenti a questo titolo per motivi di brevità. Devo invece soffermare un po' la mia attenzione sul titolo VI, nel quale è prefigurata la struttura interna degli ospedali, e soprattutto intendo prendere in esame taluni aspetti della normativa ivi proposta. Per quanto attiene alla delega al Governo che il disegno di legge prevede in ordine all'ordinamento del personale, debbo dire che considero molto pericoloso (è una questione di principio che noi solleviamo come gruppo di opposizione) accordare al Governo la delega in una materia così vasta e delicata. Noi preferiremmo che il tutto venisse regolato con una legge ordinaria. Sarebbe pertanto opportuno che la delega prevista dall'articolo 41 del disegno di legge per l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri e lo stato giuridico del personale dipendente da enti ospedalieri venisse eliminata e che uguale sorte fosse riservata alla delega prevista dall'articolo 27 per la redazione del piano nazionale ospedaliero; si prevede inoltre un piano nazionale ospedaliero provvisorio: e già questo è contrario a dei sani principi di riforma politica e legislativa.

Per quanto riguarda l'aspetto del personale, vorrei fare soltanto una osservazione. Nel disegno di legge si prevede il cosiddetto « tempo definito », con determinazione degli obblighi relativi, anche per i medici con funzioni di diagnosi e cura, e l'incompatibilità con l'assunzione di altri rapporti di impiego presso enti pubblici e con l'esercizio professionale in case di cura private.

Questo mi sembra un principio da prendere con molta cautela. Vedo che c'è poi la possibilità di derogare ad esso, dato che si dice che si può sostituire il « tempo definito » con il « tempo pieno ». Tuttavia il principio in se stesso è molto grave, in quanto si finisce col togliere al medico la possibilità di fare il pro-

fessionista e lo si fa diventare un burocrate, facendogli perdere il mordente proprio dei professionisti.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non è un burocrate.

SANTAGATI. È uno stipendiato. E poi non capisco perché debba stare in ospedale dalla mattina alla sera. Ella mi insegna, onorevole ministro, che nel campo professionale non è l'occupazione definita che conta, ma la qualità della prestazione. Si può discutere una causa in Cassazione in dieci minuti riuscendo anche a convincere i giudici, e si può stare tre ore o dieci ore a sproloquiare in un qualsiasi consesso giuridico e non combinare niente, anzi ottenere un effetto negativo, controproducente.

Ritengo a questo punto di interpretare il pensiero dell'onorevole Presidente, cioè che più brevi si è più efficaci si riesce.

PRESIDENTE. *Brevis oratio*.

SANTAGATI. Esatto. L'argomento è però tanto vasto che io debbo cercare di condensarlo in alcuni principi fondamentali.

Per quanto riguarda il suddetto punto, mi dolgo che sia previsto il « tempo definito » perché ritengo che a un buon professionista non debba essere imposto un orario nella esplicazione della sua attività. Mi dolgo, inoltre, di un fatto ancor più grave: della incompatibilità con l'esercizio professionale in case di cura private. In questo caso, veramente, cominciamo a creare delle discriminazioni. Si è detto che, *grosso modo*, questo sistema ospedaliero moderno dovrebbe reggersi su due o tre pilastri fondamentali, uno dei quali — si dice — è costituito anche dalle case di cura. Ma il giorno in cui noi impedivamo al medico di perfezionarsi nelle case di cura private e di esplicarvi la propria attività, non so quali pericoli precedenti creeremmo; infatti, o impoveriremmo le case di cura di una larga esperienza professionale, o costringeremmo dei medici valorosi ad abbandonare gli ospedali e a rifugiarsi nelle case di cura stesse. Credo che questo non gioverebbe né nell'una né nell'altra ipotesi.

Aggiungo un'altra considerazione per quanto riguarda l'organizzazione delle cliniche, per cui si vuole impedire ai direttori sanitari responsabili di esplicare attività di diagnosi e cura nelle case di cura private. Ella sa, onorevole ministro, che molte volte il direttore è anche il titolare della clinica stessa. Di conseguenza, questa limitazione po-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 29 APRILE 1967

trebbe danneggiare e comprimere lo sviluppo delle cliniche private. Inoltre, a me sembra di cogliere, in tutte queste norme di cui ho spigliato solo alcuni commi, un senso quasi di mortificazione sia della clinica privata sia dell'istituto scientifico universitario, che riflette poi quelle tali preoccupazioni dell'VIII Commissione di cui ho parlato all'inizio. Vorrei che ella, onorevole ministro, almeno sotto questo punto di vista, cercasse di evitare che nascano simili preoccupazioni e soprattutto simili sospetti.

Sulla norme transitorie mi limiterò a dire che la loro definizione, dal punto di vista giuridico, è inesatta. Infatti, ho già chiarito che qui non si può parlare di passaggio da una legislazione vigente ad una nuova legislazione, bensì di attuazione di una legislazione interlocutoria in attesa di una futura legislazione, il che non risponde al concetto di norme transitorie.

Per quanto riguarda poi le varie preoccupazioni emerse dal contesto di questo disegno di legge, vorrei ricordare quanto ha detto un collega non di mia parte, ma della maggioranza, il quale, appunto come tale, dovrebbe essere creduto molto di più di quanto non possa esserlo io: l'onorevole Rampa. Egli ha ammonito ieri l'altro, parlando in quest'aula, che università e riforma ospedaliera non possono essere considerate disgiuntamente. A me pare che da questo disegno di legge questa congiunzione non emerga, ma emerga se mai la separazione.

Concludendo queste mie critiche, dirò che nel 1890 fu fatta una legge che regolò la materia ospedaliera sotto il concetto caritativo delle opere pie. Nel 1938 il governo fascista dell'epoca emanò una regolamentazione che, bene o male, è quella su cui si regge, come supporto, l'attuale legislazione in questo settore. Sono venuti poi i 20 anni del dopoguerra. Si sono avuti diversi governi centristi, i quali però non hanno concluso nulla. Sotto questo profilo, mi meraviglio dello zelo fervoroso dei liberali, che, essendo stati tanti anni al governo, avrebbero molto più utilmente potuto fare allora quello che i socialisti hanno cercato (almeno le buone intenzioni bisogna riconoscerle) di fare oggi. Invece i liberali per tanti anni, e cioè per tutto il lungo arco di tempo in cui sono stati al governo con i democristiani, non hanno fatto niente.

BARBERI. Le intenzioni esistevano ed erano dimostrate da alcuni progetti di legge, che però non hanno avuto seguito.

SANTAGATI. Questa è una comoda scappatoia. Quando si sta al governo — ed uso le parole espresse poco fa da un liberale — non si può dire di aver fatto il proprio dovere con la sola presentazione di progetti di legge. Questo lo può dire un partito di opposizione perché, più che presentare una proposta di legge e tentare di portarla avanti, non può fare. Ma quando un partito sta al governo, è evidente che esso dispone di una maggioranza e quindi può influire perché le proposte di legge diventino leggi effettive. Se il partito liberale avesse avuto volontà di legiferare in questa materia, avrebbe potuto esercitare una pressione in tal senso oppure fare una cosa semplicissima: dimettersi sbattendo la porta, sicché tutta l'opinione pubblica avrebbe rilevato la sua volontà riformatrice.

BARBERI. Onorevole Santagati, la verità è che la Camera aveva approvato un disegno di legge, ma l'anticipata chiusura della legislatura non consentì che il Senato lo prendesse in esame. Questo per la storia.

SANTAGATI. Potrei obiettare, trattandosi di materia ospedaliera, che è possibile discutere con il bilancino del farmacista e stabilire se la passata legislatura si chiuse un mese prima o un mese dopo. Trovandoci però in Parlamento, dobbiamo soprattutto parlare di volontà politica. Mi dia atto della validità storica di quello che dico. Non voglio polemizzare. Nel 1890 si fece una legge, nel 1938 bene o male ne fu fatta un'altra, poi dal 1938 non s'è fatto niente. I liberali, dal 1944 fino a qualche anno fa, hanno fatto parte di alleanze governative. Ho detto che avrebbero potuto dimostrare la loro volontà riformatrice in misura più esplicita. Che poi il Parlamento si sia chiuso un mese prima o un mese dopo, è un fatto che non c'entra con la volontà politica.

Con il centro-sinistra si fa di tutto, segnatamente le riforme-cornice. Giovedì scorso è stata per me la giornata delle riforme: ho cominciato la mattina con l'essere convocato in un comitato ristretto per la riforma ferroviaria (che poi si è ridotta ad una « leggina » stralcio per talune questioni del personale); nel pomeriggio ho partecipato alla seduta di due Commissioni congiunte per l'esame della riforma dei marittimi, che aspettano da dieci anni l'aumento delle pensioni; un'ora dopo ho partecipato ai lavori di altre due Commissioni congiunte per la riforma della RAI-TV. Questo per non dire che in aula c'era e c'è ancora il dibattito sulla riforma ospedaliera, per non parlare della riforma della scuola, per non parlare della riforma burocratica:

di riforme siamo veramente pieni in tutte le loro enunciazioni astratte. Questa sarebbe la prima volta che si uscirebbe dal limbo delle enunciazioni astratte per entrare nel concreto.

Onorevole ministro, noi non siamo pregiudizialmente contrari alle riforme. Solo pensiamo che questo tipo di riforma non è quello che ci vuole per gli ospedalieri. Il centro-sinistra vuole fare le riforme: auguriamoci che le faccia. Ma in questa prima, concreta prova credo che stia fallendo, che stia dando un cattivo esempio, una cattiva prova. Non sarà mai con queste impostazioni che ella, onorevole ministro — anche se posso darle atto delle sue buone intenzioni — potrà risolvere i problemi della sanità e della ospedalità in Italia. Se ella non si lasciasse prendere dalla mania riformatrice del suo partito — forse per questo gli ospedali psichiatrici sono stati accantonati; perché ben altre manie girano oggi fra i banchi del Governo! — se ella potesse ritirare l'attuale disegno, rielaborarlo alla luce del dibattito ampio che si è svolto e che continuerà a svolgersi nei prossimi giorni in quest'aula, alla luce delle critiche, che — lo creda — non sono preconcepite, perché il mio gruppo per primo aspira ad una vera e sana riforma ospedaliera, alla luce delle riserve che sono avanzate da tutti i gruppi, anche da gruppi di maggioranza — vedi partito repubblicano — anche da componenti della maggioranza — vedi voto di maggioranza dell'VIII Commissione — forse avremmo oggi una riforma cattiva in meno, ma si creerebbero i presupposti per una buona riforma in più in un lontano o forse anche non troppo lontano avvenire e nell'interesse effettivo di tutto il popolo italiano. (*Applausi a destra*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

#### Deposito di un documento.

PRESIDENTE. Comunico che il ministro dell'agricoltura e delle foreste, in adempimento all'impegno assunto nella seduta del 16 marzo 1967, ha trasmesso copia della situazione economico-finanziaria della gestione di ammasso dei prodotti agricoli redatta al 31 dicembre 1965.

Il documento è depositato negli uffici del Segretariato generale a disposizione degli onorevoli deputati.

#### Annunzio di relazione.

PRESIDENTE. Comunico che il ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno

no ha depositato alla Presidenza, in data 18 aprile 1967, la relazione sull'attuazione del piano di coordinamento degli interventi pubblici nel Mezzogiorno, ai sensi dell'articolo 22 della legge 26 giugno 1965, n. 717 (Doc. XI, n. 5).

Il documento sarà stampato e distribuito.

#### Annunzio di interrogazioni e di una interpellanza.

FABBRI, *Segretario*, legge le interrogazioni e l'interpellanza pervenute alla Presidenza.

#### Ordine del giorno della prossima seduta.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della seduta di martedì 2 maggio 1967, alle 16:

##### 1. — *Svolgimento delle proposte di legge:*

CERVONE ed altri: Modifiche alla carriera delle guardie di Sanità (3605);

CERVONE: Facoltà del Ministro della pubblica istruzione di istituire sezioni staccate di università (3641).

2. — *Svolgimento della mozione Boldrini (106), delle interpellanze Passoni (1087), Ferri Mauro (1095), Almirante (1098), Romualdi (1102), Manco (1103), Cocco Ortu (1104) e di interrogazioni sul SIFAR.*

##### 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 ortofruttilicoli (3934);

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

##### 4. — *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*.

5. — *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.

6. — *Discussione della proposta di legge*:

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

— *Relatore*: Dell'Andro.

7. — *Discussione del disegno di legge*:

Adesione alla Convenzione per il riconoscimento e l'esecuzione delle sentenze arbitrali straniere, adottata a New York il 10 giugno 1958 e sua esecuzione (*Approvato dal Senato*) (3036);

— *Relatore*: Russo Carlo.

8. — *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.

9. — *Discussione del disegno di legge*:

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

— *Relatore*: Fortuna.

10. — *Discussione delle proposte di legge*:

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

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

— *Relatore*: Degan.

11. — *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 1915-1918 (*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);

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

— *Relatore*: Zugno.

12. — *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*.

13. — *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*.

14. — *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 13,10.**

IL CAPO DEL SERVIZIO DEI RESOCONTI

Dott. MANLIO ROSSI

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

Dott. VITTORIO FALZONE

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 29 APRILE 1967

**INTERROGAZIONI E INTERPELLANZA  
ANNUNZiate**

*Interrogazioni a risposta scritta.*

DI MAURO ADO GUIDO, SCARPA, MES-  
SINETTI, MORELLI, ALBONI, MONASTE-  
RIO E PASQUALICCHIO. — *Al Ministro del-  
la sanità.* — Per sapere se sia a conoscenza  
del fatto che i medici operanti nei servizi de-  
gli ospedali riuniti di Roma da circa due anni  
non percepiscono i compensi loro spettanti,  
e se quindi intenda prendere le opportune mi-  
sure tendenti a sanare tale incresciosa situa-  
zione. È da tener presente che tale situazione  
di disagio non dipende dall'insolvenza degli  
enti mutualistici ma dalla mancata richiesta  
di pagamento da parte dell'amministrazione  
degli ospedali riuniti. (21855)

DI MAURO ADO GUIDO. — *Al Ministro  
di grazia e giustizia.* — Per sapere se il sin-  
daco di Canosa Sannita (Chieti), denunciato  
alla magistratura per gravi irregolarità com-  
messe nella sua qualità di presidente di un  
consorzio di miglioramento fondiario e per  
gravi disordini contabili avvenuti su sua ispi-  
razione nell'ECA di quel comune, sia stato  
o meno sottoposto a procedimento giudiziario.  
(21856)

MASSARI. — *Ai Ministri delle finanze e  
della sanità* — Per sapere se sono a cono-  
scenza che nella provincia di Milano ed in  
alcuni centri lombardi — nonostante l'evidente  
illegittimità della procedura — gli uffici pre-  
posti all'esazione dell'imposta di consumo sul  
pollame persistono nell'incredibile sistema  
della bollatura del pollame a mezzo di timbri  
a fuoco e ad inchiostro.

L'interrogante — richiamandosi peraltro  
alle due precedenti interrogazioni sull'argo-  
mento — sottolinea ancora una volta l'esigenza  
indifferibile di un nuovo intervento dei Mi-  
nistri al fine di richiamare alla corretta inter-  
pretazione della legge; oltre che per non pro-  
vocare indebiti intralci e disturbi agli opera-  
tori economici, anche a tutela della salute  
pubblica trattandosi di carni che con la sta-  
gione calda sono più soggette a guastarsi;

per conoscere quali provvedimenti inten-  
dono prendere, e con carattere di immedia-  
tezza, per richiamare gli uffici addetti all'es-  
azione dell'imposta di consumo alla corretta  
interpretazione ed applicazione delle norme  
legislative che regolano la materia. (21857)

DI PRIMIO. — *Ai Ministri dell'industria,  
commercio e artigianato, dell'interno e del la-  
voro e previdenza sociale.* — Per conoscere:

1) se risponda a verità che numerosi sta-  
bilimenti di gas di petroli liquefatti e di gas  
auto mancano delle più elementari apparec-  
chiature di sicurezza e sono ubicati in posi-  
zioni tali da rappresentare un grave pericolo  
per i lavoratori e per gli abitanti delle vici-  
nanze;

2) se risponda a verità che numerose im-  
prese distributrici di bombole di gas di petro-  
li liquefatti (e fra queste anche grandi com-  
pagnie monopolistiche straniera) sfruttano i  
lavoratori non riconoscendo loro le retribuizio-  
ni dovute ed operando attraverso stabilimenti  
di terzi prestanome.

Ove quanto sopra rispondesse a verità l'in-  
terrogante chiede di conoscere per quali ra-  
gioni i Ministeri interessati sono rimasti inat-  
tivi e in ogni caso, quali misure si intendano  
adottare nell'avvenire per evitare il ripetersi  
di casi simili e per reprimere gli abusi in atto.  
(21858)

BOZZI. — *Ai Ministri dei lavori pubblici  
e della pubblica istruzione.* — Per conoscere  
gli intendimenti del Governo in ordine alla  
deliberazione adottata dal comune di Viterbo,  
che ha apportato variante al piano regolatore  
della città per quanto attiene all'insediamento  
della zona ospedaliera.

Detta variante, che destina a zona ospeda-  
liera la località « Belcolle » sulle pendici dei  
Colli Cimini, tra Viterbo e San Martino al  
Cimino, fu inopinatamente adottata dalla  
maggioranza del consiglio municipale, non  
ostante il contrario parere espresso dall'appa-  
sita commissione, nominata dalla medesima  
autorità locale e costituita di autorevoli stu-  
diosi ed esperti, la quale fondò il suo punto  
di vista sull'esame imparziale e tecnicamente  
approfondito di vari parametri: viabilità, in-  
serimento nel tessuto urbano, caratteristiche  
fisiche, climatiche ed igieniche; caratteristiche  
orografiche, geologiche e giacitura; caratteri-  
stiche ambientali e paesistiche.

L'adozione di cotesta variante ha vivamen-  
te allarmato larghe correnti dell'opinione pub-  
blica cittadina, la quale giustamente consi-  
dera che l'ubicazione sulle pendici dei Colli  
Cimini a sud di Viterbo dell'ospedale gene-  
rale per acuti e dell'ospedale psichiatrico ar-  
recherebbe un definitivo ed irreparabile dan-  
no all'ambiente e al paesaggio viterbese, già  
gravemente compromessi da un insediamento

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 29 APRILE 1967

militare sulla Cassia-Cimina, con ripercussioni negative di ordine economico e culturale. (21859)

NICOLAZZI. — *Al Ministro delle partecipazioni statali.* — Per sapere se sia a conoscenza della situazione determinatasi nelle gestioni stradali AGIP in occasione delle rivendicazioni salariali del 21 aprile 1967.

Risulta infatti all'interrogante che alcune ditte appaltatrici ed in particolare l'agenzia Delle Piane e Bonaiuto di Novara, abbiano minacciato di disdetta i gestori che avessero adito allo sciopero nazionale proclamato dalla categoria.

L'interrogante desidera altresì essere informato dal Ministero dei criteri che hanno indotto l'azienda di Stato a non gestire in proprio gli impianti stradali, come invece è prassi costante delle aziende private del settore affidandosi ad appaltatori privati. (21860)

BARBA. — *Al Ministro della sanità.* — Per conoscere se risponde al vero la notizia relativa al proposito dell'ONMI di ridurre — per le difficoltà finanziarie che l'ente attraversa — gli oneri derivanti dalla gestione degli asili-nido e, in particolare, di procedere alla chiusura dell'asilo-nido « Enrico Altavilla » di Napoli-Fuorigrotta oppure di trasformarlo in diurno.

In caso affermativo, per conoscere inoltre quali iniziative il Ministro della sanità intenda adottare con urgenza per evitare un provvedimento oltremodo dannoso per le vaste popolazioni interessate.

L'interrogante, nel ricordare: la benemerita attività svolta in più di venti anni dall'asilo-nido di Napoli-Fuorigrotta nell'opera di assistenza di migliaia di bambini, non solo napoletani ma anche provenienti da tutte le regioni meridionali, sottraendoli alle disagiate situazioni familiari; la decisione adottata alcuni anni fa dall'ONMI di potenziare — anche in relazione alle alte medie di mortalità infantile registrate nel Mezzogiorno — l'attività dell'asilo-nido sopra ricordato e di dare ad esso una nuova e più moderna sede insieme ad una organizzazione sanitaria ancora più efficiente; la costruzione ultimata da tempo — su un'area donata dal comune di Napoli, con una spesa di trecento milioni a carico dell'ONMI e con un contributo finanziario da parte della Cassa per il Mezzogiorno di diciassette milioni da utilizzare per una scuola-convitto per puericultrici — di un nuovo edificio, in località Secondigliano, rimasto inutilizzato

mentre era previsto per potenziare l'asilo-nido di Fuorigrotta; sottolinea:

1) che una decisiva lotta contro la mortalità infantile — il cui indice è in Campania ancora tra i più alti in relazione alle altre regioni del Paese — va affrontata sia in ordine all'incidenza delle cause sanitarie, sia in relazione alle concause di ordine sociale, ancora notevolissime, quest'ultime, nelle zone meridionali;

2) che gli asili-nido, che si collocano oggi nell'ambito dei servizi generali a disposizione della popolazione in una larga concezione di sicurezza sociale e in una visione moderna dei rapporti tra cittadino e comunità organizzata, svolgono di fatto nel Sud ancora una funzione prevalentemente assistenziale, venendo incontro ai bisogni dei più disagiati;

3) che il rapporto percentuale tra bambini assistiti negli asili-nido dell'ONMI e popolazione infantile (sino a tre anni) è in Campania tra i più bassi — 7,6 per mille nel 1963 — nei confronti di quasi tutte le altre regioni italiane e, in particolare, della Lombardia (43,5 per mille) e del Lazio (42,3 per mille). (21861)

ARMATO. — *Al Ministro della difesa.* — Per conoscere se intende revocare l'anacronistica disposizione, tuttora vigente, di cui al decreto dell'allora ministro della guerra del 9 giugno 1936 (pubblicata nel *Giornale militare* n. 448) col quale è fatto obbligo ai magistrati ed ai cancellieri dei tribunali militari di indossare, in udienza, in luogo della toga, la « grande uniforme » militare.

Ciò, a parere dell'interrogante, è assurdo in quanto è stato ampiamente affermato, in risposta ad analoghe interrogazioni, che magistrati e cancellieri dei tribunali militari sono funzionari civili dello Stato.

Questo concetto del resto, trova perfino un riscontro ufficiale nella stessa recente legge-delega per il personale civile del Ministero della difesa che istituisce il ruolo delle carriere direttive e esecutive dei cancellieri militari, stabilendone gli organici. Aggiungasi che la disposizione ancora in vigore del 1936 oltre a porre un obbligo materiale ed un onere finanziario non indifferente per detto personale (le divise e tutto il resto sono a carico degli interessati), ne trasforma *de iure* nei giorni in cui i soggetti sono obbligati ad indossare l'uniforme, il loro *status* di dipendenti della pubblica amministrazione. (21862)

SCALIA. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per conoscere se non ritenga opportuno istituire e mettere a concorso un

posto di tecnico laureato presso la clinica otorinolaringoiatrica dell'università di Messina.

La necessità di tale istituzione è resa ancor più evidente dalla accresciuta attività registrata, presso tale clinica universitaria, nel campo della audiologia e della vestibologia, le cui apparecchiature richiedono l'opera di personale altamente qualificato e specializzato in tale settore. (21863)

ARMATO E SCALIA. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.*

— Per conoscere quali sono le cause che si sono a tutt'oggi opposte all'applicazione dell'articolo 4 n. 6 secondo comma della legge 6 dicembre 1962, n. 1643, nei confronti della società De Angeli e Frua, con sede in Milano, per il trasferimento all'ENEL degli impianti di produzione e trasformazione di energia elettrica.

Nel 1963 la società De Angeli e Frua ottenne l'esonero dal trasferimento degli impianti di cui trattasi in quanto dichiarò che la produzione di energia veniva totalmente utilizzata per i propri processi produttivi.

L'esame dei consumi effettuati dalla società nel triennio 1963-64-65 porta alla logica conclusione che, stante il prelievo costantemente inferiore al 70 per cento dell'energia prodotta, l'esonero non ha più ragione d'essere e detti impianti dovevano da tempo essere trasferiti all'ENEL in applicazione della legge di nazionalizzazione.

In particolare gli interroganti desiderano sapere se corrispondono al vero le notizie accreditate dalla società circa la riconferma dell'esonero stante la futura prospettiva di consumo a seguito della fusione recentemente realizzatasi tra società De Angeli e Frua e società Bellora. (21864)

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 29 APRILE 1967

*Interrogazioni a risposta orale.*

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Ministro della sanità, per conoscere se non ritenga opportuno rendere obbligatoria la vaccinazione antitubercolare, in considerazione:

del fatto che la tubercolosi è in Italia una malattia sociale di primaria importanza; dei notevolissimi danni non solo fisici ma anche economici che la malattia arreca alla collettività;

dell'indice di morbosità dell'infezione che rimane ancora elevato, pur se sono notevolmente scesi gli indici di mortalità e di letalità;

del pronunziato fenomeno dello spostamento della prima infezione verso le età adulte, della maggiore frequenza di forme primarie polmonari negli adulti piuttosto che nei giovani e del parallelo fenomeno di declino della resistenza organica specifica;

dell'assoluta necessità concordemente sostenuta dai più autorevoli fisiologi, di una campagna vaccino-profilattica molto più vasta e capillare di quella che viene svolta attualmente.

(5794)

« BARBA ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri degli affari esteri e della pubblica istruzione, per sapere se e quali provvedimenti il Governo intende adottare per assicurare l'accoglimento delle richieste e la tutela della posizione degli studenti greci, presso le università italiane, che siano stati direttamente o indirettamente colpiti dalla instaurazione della dittatura monarchico-militare nel loro paese;

in particolare, gli interroganti chiedono che il Governo provveda a:

rinnovare il permesso di soggiorno in scadenza agli studenti che, pure non chiedendo asilo politico, ritengano per il momento di non dovere rientrare in Grecia;

garantire la prosecuzione degli studi agli studenti fruanti di borse di studio dello Stato o di altre istituzioni greche che venissero eventualmente revocate;

garantire analogo trattamento agli studenti che potessero dimostrare l'impossibilità per le proprie famiglie di continuare ad inviare loro i necessari sussidi, in conseguenza di misure persecutorie che avessero colpito le famiglie medesime.

« Gli interroganti reputano che quanto sopra proposto costituisca un primo ed indero-

gabile obbligo di solidarietà nei confronti degli studenti greci oltre che una testimonianza di civiltà della Repubblica italiana.

(5795) « BERLINGUER LUIGI, ROSSANDA BANFI ROSSANA, SANDRI, SERBANDINI, TAGLIAFERRI, SCIONTI, MASCHIELLA, DIAZ LAURA ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Ministro dell'agricoltura e delle foreste, per sapere se sia informato del grande malcontento che ha provocato in Calabria la nomina a presidente dell'Ente di sviluppo OVS del signor Cribari, essendo lo stesso grande proprietario.

« Per sapere in che modo lo stesso, proveniente dalle file liberali ed avendo sull'altopiano silano grandi interessi contrastanti ed opposti a quelli degli assegnatari, possa sotto la sua presidenza garantire la piena funzionalità dell'ente e affrontare tutti i problemi già attualmente esistenti nell'ambito del comprensorio e che diventeranno sempre più complessi e vasti, via via che l'ente di sviluppo dovrà rispondere ai compiti che l'interesse della regione e dei contadini e l'indifferibile esigenza di una completa riforma agraria porranno.

« Per sapere in ogni caso se non ritenga un fenomeno di malcostume politico il fatto che l'ente sia stato bloccato per lungo tempo in attesa che le forze della maggioranza governativa raggiungessero un accordo, che alla prova dei fatti risulta assolutamente dannoso e non rispondente alle esigenze sopra indicate.

« Per sapere ancora se sia vero che, mentre si era proposta una rosa di altri cinque nomi, si sia proceduto alla nomina del Cribari, unicamente perché sostenuto dalla locale Cassa di Risparmio.

« Per sapere infine se prima di procedere alla nomina abbia sentito il bisogno di avere notizie sulle varie attività del Cribari.

(5796)

« PICCIOTTO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Ministro dell'interno, per sapere quali provvedimenti intenda prendere per risolvere la grave situazione del clero congruato.

« A tale riguardo l'interrogante rileva, anzitutto, che il Concordato tra il Governo italiano e la Santa Sede fa riferimento per quanto concerne l'entità delle congrue, al costo della vita. Ora fin da quando fu approvata la legge 28 febbraio 1963, n. 306, che concedeva al clero in questione l'aumento del

30 per cento; il Governo aveva riconosciuto che tale aumento era inferiore a quello che si sarebbe effettivamente dovuto concedere, inoltre, la necessità di dover provvedere a un ulteriore aumento della congrua è stata riconosciuta dal relatore di maggioranza in sede di Commissione nonché da esponenti del PSU e del PCI.

« Attualmente l'ulteriore aumento del costo della vita che si è registrato negli ultimi anni è il fatto che — anche in conseguenza di provvedimenti legislativi di recente adottati — la rendita effettiva dei benefici di cui alcuni sacerdoti godono sia stata ridotta pur senza che si sia verificata una diminuzione patrimoniale dei beni stessi, inducono a rilevare la necessità e l'esigenza di dover affrontare quanto prima con un organico e moderno provvedimento il problema prospettato in modo da garantire al clero la tranquillità necessaria allo svolgimento della propria importante missione religiosa e morale.

« L'interrogante chiede altresì, al Ministro interrogato, se non ritenga opportuno relazionare il Parlamento sui risultati degli studi già compiuti a tale riguardo nell'ambito del proprio dicastero.

(5797)

« CERUTI CARLO ».

#### *Interpellanza.*

« I sottoscritti chiedono di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro della difesa, per conoscere — considerato il turbamento che le notizie intorno all'attività dell'ex SIFAR nonché il drastico provvedimento, non consueto nelle modalità formali, adottato nei confronti del generale De Lorenzo hanno determinato tra le Forze armate e nel Paese, turbamento aggravato dai silenzi e riserve del Governo, mantenuti oltre il limite necessario per la tutela dell'autentica esigenza del segreto militare — con maggiore ampiezza i reali termini della situazione e, in particolare, le cause che hanno consentito da parte del SIFAR lo svolgimento per lungo tempo, senza richiami e controlli da parte di organi superiori, politici o militari, di un'attività giudicata poi in deviazione dai compiti d'istituto e i criteri secondo i quali il Servizio informazioni deve conformare la sua azione.

(1104) « COCCO ORTU, BADINI CONFALONIERI, MALAGODI, BOZZI, LEOPARDI DITTAIUTI, CARIOTA FERRARA, GIOMO, CANTALUPO, FERIOLI, ZINCONE ».