

672.

SEDUTA POMERIDIANA DI MARTEDÌ 9 MAGGIO 1967

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE

CINCIARI RODANO MARIA LISA

INDICE

	PAG.		PAG.
Congedo	34293	CAPUA, Relatore di minoranza	34318
Disegno e proposte di legge (Seguito della discussione):		CARCATERRA	34326
Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera (3251);		CRUCIANI	34331
LONGO ed altri: Norme per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario (444);		FADA	34308
DE MARIA e DE PASCALIS : Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali (1483);		LATTANZIO, Relatore per la maggioranza	34305, 34335
ROMANO e NICOLAZZI : Norme generali per l'ordinamento del servizio ospedaliero nazionale (2908)	34298	MARIOTTI, Ministro della Sanità	34305, 34333
PRESIDENTE	34298	Interrogazioni e interpellanze (Annunzio):	
BERLINGUER LUIGI	34298	PRESIDENTE	34340
		AMASIO	34340
		GUARRA	34340
		Interrogazioni (Svolgimento):	
		PRESIDENTE	34293
		ABENANTE	34297
		DONAT-CATTIN, Sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali	34293, 34295, 34297
		GIACHINI	34294, 34295
		Petizioni (Annunzio)	34293
		Ordine del giorno della seduta di domani	34340

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 15,30.

DE MEO, *Segretario f.f.*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

Congedo.

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il deputato Scarascia Mugnozza.

(È concesso).

Annunzio di petizioni.

PRESIDENTE. Si dia lettura dei sunti delle petizioni pervenute alla Presidenza.

DE MEO, *Segretario f.f.*, legge:

Restagno Ferrini Anna, da Torino, chiede un provvedimento legislativo di modifica dell'articolo 595 del codice civile nel quadro della riforma del diritto familiare (140);

Il deputato De Maria presenta la petizione di Schimizzi Domenico, da Roma, che chiede un provvedimento legislativo atto a consentire ai pensionati dell'Istituto centrale di statistica il riscatto dei servizi prestati allo Stato o ad altri enti pubblici anteriormente al 1° marzo 1966 (141);

Dalogli Antonio, da Brescia, chiede un provvedimento legislativo che espressamente sancisca l'assoggettabilità all'imposta complementare sul reddito dei pensionati statali aventi come unico reddito la pensione superiore a lire 960.000 annue (142);

Il deputato Foderaro presenta la petizione di Petrarca Francesco, da Cortale (Catanzaro), che chiede un provvedimento legislativo di estensione del beneficio del soprassoldo ai decorati di medaglia d'argento al valore civile (143).

PRESIDENTE. Le petizioni testé lette saranno trasmesse alle Commissioni competenti.

Svolgimento di interrogazioni.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca: Interrogazioni.

La prima è quella degli onorevoli Giachini e Laura Diaz al ministro delle partecipazioni statali, « per sapere se sia a conoscenza del

fatto che, di fronte all'iniziativa presa dal sindacato dei lavoratori — in relazione ad alcune sentenze emesse dalla Corte di cassazione — di aprire una vertenza legale per la corresponsione agli interessati delle maggiorazioni per le prestazioni del settimo giorno consecutivo di lavoro, la direzione dell'Italsider di Piombino ha reagito minacciando i lavoratori che hanno aperto la vertenza e che sono giunti al pensionamento di non corrispondere loro il premio facoltativo di 170.000 lire, se non rinunciano alla vertenza stessa; rilevando che ciò, giustamente, ha provocato lo sdegno dei lavoratori, chiedono al ministro se non intenda intervenire per far sì che la direzione dell'Italsider di Piombino sia indotta a recedere dal suo atteggiamento che è in aperto contrasto con i principi sanciti nella Costituzione e con le stesse direttive più volte dal Ministero impartite alle aziende a partecipazione statale. (5171).

L'onorevole sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali ha facoltà di rispondere.

DONAT-CATTIN, *Sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali*. In ordine a questa interrogazione, pur facendo presente che è esatto il richiamo alle direttive del Ministero delle partecipazioni statali alle aziende perché superino — per quanto è possibile — le controversie portate davanti al magistrato, interpretando con larghezza la legge ed i contratti, devo far notare, sulla base delle notizie fornite dall'IRI sulla vicenda in discussione, quanto segue: la corresponsione aggiuntiva del premio di 170 mila lire in sede di liquidazione non costituisce un premio riconosciuto dall'azienda ai lavoratori che cessino dal servizio, ma ha natura transattiva e conclusiva in ordine a ogni pretesa relativa ai rapporti di lavoro e alla loro risoluzione. Non si tratta quindi di un'attribuzione pecuniaria con natura di premio, sia pure facoltativo, e quindi a carattere sostanzialmente di gratifica da includersi tra gli elementi della retribuzione, ma viceversa essa, come risulta testualmente dalla quietanza liberatoria, sottoscritta dai lavoratori interessati, costituisce elemento di vera e propria transazione, relativa a liti eventuali, secondo l'articolo 1965, primo comma, del codice civile.

Ciò premesso, si comprende come non possa considerarsi discriminatoria ma al contra-

rio lecita e conforme alla sua natura, la prassi di non corrispondere tale attribuzione transattiva, secondo l'IRI, a quei dipendenti che avendo promosso lite giudiziaria contro la azienda, per questo fatto stesso hanno dichiarato di voler realizzare le proprie pretese fondate o meno, attraverso la via giudiziale e con esclusione della via contrattuale della transazione. Per gli stessi motivi si comprende come, nell'ipotesi che la domanda giudiziale sia stata promossa dopo l'intervenuta transazione e in contrasto con essa, la somma corrisposta a titolo transattivo venga detratta dal giudice dagli eventuali importi liquidati al lavoratore.

Tutto questo, del resto, si verifica puntualmente a proposito dei lavoratori che hanno promosso giudizio per ottenere la maggiorazione del lavoro festivo per il lavoro a turno effettuato nel settimo giorno consecutivo. Anche in questa ipotesi e prescindendo dal merito della questione di diritto, sulla quale vi sono, come è noto, pronunce contrastanti e che attualmente è giunta all'esame della Corte costituzionale, i dipendenti, proponendo la domanda giudiziale, per questo fatto stesso, non possono pretendere di effettuare una transazione che sarebbe incompatibile con la lite stessa e che comunque sarebbe giuridicamente annullabile. Di conseguenza, è del tutto naturale che in attesa della definizione del giudizio da parte del magistrato competente, la società non corrisponda il pattuito complemento di liquidazione. Non esistono pertanto, secondo queste indicazioni giuridiche le violazioni lamentate dagli interroganti.

PRESIDENTE. L'onorevole Giachini ha facoltà di dichiarare se sia soddisfatto.

GIACHINI. L'insoddisfazione è evidente per le parole pronunziate dal rappresentante del Governo, il quale si è limitato a ricordare la buona volontà del Ministero e, subito dopo, a leggere il parere dell'IRI. Questo organismo trasforma un premio, indubbiamente facoltativo, in una transazione, quasi volesse con questa chiudere la partita sulle illegalità compiute dalle singole direzioni aziendali dei complessi che fanno capo all'IRI. Ammesso e non concesso che il tribunale dia ragione a quei lavoratori per il riconoscimento di tutti i diritti rispetto al settimo giorno consecutivo di lavoro, l'IRI afferma di riservarsi il diritto di far detrarre le 170 mila lire che ha concesso in premio.

Non so se si possa concepire una risposta di tal genere, e credo che l'aberrazione salti

immediatamente dinanzi agli occhi. L'IRI conferma il tipo di minaccia, di ricatto che ha messo in atto contro i lavoratori che vogliono soltanto che vengano riconosciuti i loro diritti derivanti dalla legge. Evidentemente qui nasce ancora una volta il contrasto tra le direttive del Ministero e il concreto comportamento delle direzioni aziendali facenti capo alle aziende pubbliche e a partecipazione statale.

Ma domandiamoci insieme: poiché non è la prima volta che questo contrasto, in questa aula e fuori, viene rilevato, è esso un contrasto giustificato?

Io non credo che sia un contrasto giustificato, perché quando le partecipazioni statali accettano le cosiddette « convenzioni » del sistema; quando le stesse aziende fanno propria la cosiddetta filosofia dell'efficienza aziendale e riconoscono nel profitto capitalistico la molla principale dello sviluppo, perché le direzioni aziendali dovrebbero comportarsi in modo diverso dalle imprese private, dalle imprese capitalistiche, sul terreno dei rapporti con i lavoratori e con i sindacati? Perché dovrebbero comportarsi in modo diverso su questo terreno e su questo aspetto specifico?

Riconosciamo nelle numerose circolari emanate dal ministro la presenza di buone intenzioni; ma, come sappiamo, di buone intenzioni è lastricata la via dell'inferno; ed esse, se pure buone, cozzano contro gli orientamenti di politica economica dell'attuale maggioranza, e contro gli orientamenti di politica economica e sindacale dell'attuale Governo, di cui pure il Ministero delle partecipazioni statali è parte integrante.

Infatti, una volta accettata, con il prevalere del moderatismo, il sistema così com'è, tutt'al più per migliorarlo, la strada che si impone al Governo qual è? È quella di affermare, nella concreta realtà, la politica dei redditi e la subordinazione dei salari dei lavoratori alle esigenze del profitto; e non potendo questo Governo e questa maggioranza convincere i lavoratori della bontà di questa linea, inevitabilmente non resta altra strada che quella di fare — come è stato fatto, come continua ad essere fatto — il viso delle armi di fronte ai lavoratori e di fronte ai sindacati, per costringerli a subire ciò che questi non vogliono accettare, e che non accetteranno mai.

E allora non si ha soltanto la presa di posizione di natura economica, quella tendente ad esortare i lavoratori a stare tranquilli, ad essere buoni, a rinunciare alle rivendicazioni « esorbitanti »; ma da questa impostazione economica inevitabilmente si salta alla scelta

politica, che è quella di usare le aziende pubbliche a partecipazione statale come testa di arriete nella lotta contro le giuste rivendicazioni del movimento sindacale.

E da qui si va più oltre: si diventa i sostenitori, volenti o nolenti (ma io ritengo volenti, almeno per una parte importante della maggioranza) degli attuali attacchi al diritto di sciopero in quanto tale; per esempio, con la cosiddetta circolare Taviani, che, rifacendosi a un decreto o ad un giudizio del Consiglio di Stato, pretende di trasformare un'ora di sciopero in 24 ore di astensione dal lavoro, e di condannare gli autoferrotranvieri, che possono scioperare per un'ora o due, alla detrazione di tutta la giornata (e, a quanto sembra, l'esempio viene seguito anche da aziende private che hanno appalti dalle ferrovie dello Stato).

Denunciando, perciò, il comportamento « padronale » — fra virgolette e sottolineato — delle direzioni delle aziende a partecipazione statale; denunciando, in questo caso specifico, il comportamento della direzione della Italsider di Piombino, noi siamo consapevoli di cogliere un aspetto dell'attuale politica delle aziende pubbliche a partecipazione statale, la quale, accettando la completa subordinazione alle scelte del grande capitale, nega concretamente le affermazioni velleitarie di alcuni settori della maggioranza intorno a quello che dovrebbe essere il ruolo delle aziende pubbliche a partecipazione statale in una politica di piano; politica che è contraria agli interessi della collettività; che dovrà essere rovesciata, e che sarà prima o poi rovesciata.

Concludo riaffermando la profonda insoddisfazione per la risposta testé dataci dall'onorevole sottosegretario.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione degli onorevoli Giachini e Laura Diaz, al ministro delle partecipazioni statali, « per sapere se risponda a verità la notizia, secondo la quale l'ENI avrebbe ceduto una parte rilevante del pacchetto azionario della società chimica Larderello alla società Solvay; e in caso affermativo domandando al ministro se ciò sia compatibile con il ruolo che le aziende pubbliche e a partecipazione statale dovrebbero svolgere in una politica di piano che voglia essere veramente democratica » (5331).

L'onorevole sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali ha facoltà di rispondere.

DONAT-CATTIN, *Sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali*. L'interrogazione è relativa al pacchetto azionario della società

chimica Larderello e credo che la questione sia ormai già nota nei suoi termini per risposte date a interrogazioni scritte.

Le trattative che le società del gruppo ENI-ANIC, detentrici del 99 per cento del capitale della società chimica Larderello, ebbero a suo tempo ad avviare con la società Solvay per l'acquisizione da parte di quest'ultima di una partecipazione al capitale della citata società Larderello, sono recentemente approdate ad un accordo di massima. Tale accordo prevede la cessazione, per meglio dire la cessione alla società Solvay del 49 per cento del pacchetto azionario della società chimica Larderello, nonché la cessione all'ANIC della restante quota azionaria posseduta dalla società SOFID. Di conseguenza il capitale della società chimica Larderello verrà aumentato da lire un milione a lire 500 milioni e verrà sottoscritto per il 51 per cento dall'ANIC.

Circa le finalità dell'operazione, si pone in rilievo che l'ANIC e la Solvay, apportando la loro specifica assistenza tecnica alla nuova società, nel campo, rispettivamente, dell'elettrolisi e dei processi carbo-ammonici potranno validamente contribuire alla razionalizzazione tecnologica e produttiva degli impianti, consentendo un più elevato grado di economicità di gestione di quel complesso industriale.

PRESIDENTE. L'onorevole Giachini ha facoltà di dichiarare se sia soddisfatto.

GIACHINI. È abbastanza ovvia la dichiarazione di insoddisfazione. Ma vorrei, iniziando, cogliere forse un *lapsus* sfuggito all'onorevole sottosegretario il quale doveva dire « cessione » di una parte del pacchetto azionario, ma si è lasciato sfuggire la parola « cessazione ». Il che, in fondo, corrisponde alla concreta realtà, perché la cessione di quella fetta di capitale azionario comporta in sostanza la cessazione della potestà di direzione dell'azienda da parte del potere pubblico anche se a questo rimane formalmente il 51 per cento del pacchetto azionario.

La questione sottoposta al nostro esame è ancora una volta quella del ruolo delle aziende a partecipazione statale; ma questa volta l'accento si sposta dalla politica sindacale alle scelte di politica economica. La risposta data oggi dall'onorevole sottosegretario conferma puramente e semplicemente il fatto sul quale noi abbiamo presentato la nostra interrogazione, e cioè che una buona parte del pacchetto azionario, pari al 49 per cento, della società chimica Larderello passa alla Solvay.

La giustificazione addotta a sostegno di tale trasferimento è quella della « razionalizzazione » della produzione e della possibilità di ottenere, per questa via, il massimo sfruttamento industriale della zona. A questo proposito vorrei però ricordare che una giustificazione dello stesso genere è stata portata a suo tempo, quando si è trattato di far passare la Larderello dall'ENEL all'ENI. Allora addirittura esponenti qualificati dell'attuale maggioranza, e in particolare i compagni socialisti, si sono recati nella zona per cercare di dimostrare l'importanza del passaggio della Larderello all'ENI che, inserendo l'azienda in un grande complesso pubblico, dotato di grandi capacità tecniche e di provata esperienza, l'avrebbe messa in grado di dare il massimo contributo allo sviluppo industriale della zona; così in nome della razionalità tecnica e della efficienza si è giustificato allora il passaggio della Larderello dall'ENEL all'ENI.

Oggi ci accorgiamo che quel passaggio, giustificato con la razionalità e l'efficienza dell'ENI, serviva in realtà a far posto al capitale privato, cioè al capitale della Solvay. È chiaro che se la Larderello fosse rimasta sotto l'ENEL, questa non avrebbe potuto cedere alcuna azione in quanto ha un altro impianto giuridico come proprietà pubblica. Pertanto, per consentire la penetrazione del monopolio Solvay nella Larderello, si è operato prima il passaggio dall'ENEL all'ENI per poi dar vita all'operazione dell'inserimento della Solvay, anch'essa giustificata con la razionalità, con l'efficienza e con l'esperienza della Solvay stessa. Razionalità ed efficienza estremamente opinabili, tanto è vero che il gruppo dirigente della società chimica si sta formando con dirigenti distaccati dai complessi Solvay di Rosignano a quelli di Larderello. Abbiamo pertanto un altro settore abbastanza importante delle aziende a partecipazione statale che viene concretamente alienato in favore dell'impresa privata: e che tipo di impresa privata! Sappiamo che è soltanto recente la trasformazione della Solvay in società per azioni.

Non possiamo perciò fare a meno di domandare quanto e come questo processo di alienazione delle singole aziende a partecipazione statale corrisponda alle conclamate affermazioni di voler far svolgere alle imprese pubbliche a partecipazione statale un ruolo propulsore nella programmazione. Dove è andata a finire la volontà di far assumere alle aziende pubbliche una funzione antimonopolistica? Dove è andata a finire la volontà di far assumere, a questo importante settore del-

l'intervento industriale dello Stato, la funzione di sostituire le aziende private nel campo dove queste si fossero manifestate incapaci?

Non è che noi abbiamo accettato *in toto* queste affermazioni nel passato. Abbiamo esposto anche i nostri giudizi critici. Comunque, esse sono rimaste puramente e semplicemente delle affermazioni. Il quadro che abbiamo dinanzi è abbastanza preoccupante. Lontane nel tempo, ormai, sono le grandi iniziative nel settore dell'acciaio e in quello della petrolchimica, di cui a suo tempo riconoscemmo l'importanza, pur esprimendo le nostre critiche. Oggi le aziende pubbliche a partecipazione statale si orientano nel settore dei servizi e in quello delle infrastrutture, rinunciando a intervenire nei settori strategici dello sviluppo. È in atto, come dicevo, un processo di alienazione di singole parti del settore. Vale la pena di ricordare l'accordo San Giorgio-CGE, e il fatto che all'industria che dovrebbe essere sostitutiva dei cantieri San Marco di Trieste, alla Motori marini Diesel, partecipa per il 50 per cento del capitale la FIAT. Vi è da rilevare che questa impresa sarà affiliata non all'« Intersind », ma alla Confindustria.

Certo, tutto ciò viene giustificato con la accettazione delle « convenienze » del sistema e con il riconoscimento che il profitto è la molla dello sviluppo. Si dice che le aziende a partecipazione statale devono sostenere questo sistema accettando le regole del mercato, ma in realtà esse non hanno la stessa libertà di movimento nell'ambito dell'economia che hanno le imprese private. Esiste infatti per le aziende pubbliche un limite che non devono oltrepassare nel settore dell'industria di trasformazione e in quello dell'industria manifatturiera: esse devono pertanto orientarsi nei settori dei servizi e delle infrastrutture.

Dichiariamo perciò la nostra profonda insoddisfazione per la risposta dataci, aggiungendo che non disarmeremo dalla nostra azione tendente ad ottenere un ben diverso ruolo per le aziende a partecipazione statale; un ruolo che risponda alla necessità di mettere in atto una programmazione veramente democratica, certi che su questa strada incontreremo altre forze che un tempo, con noi e come noi, hanno sostenuto le stesse idee.

DONAT-CATTIN, *Sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

DONAT-CATTIN, *Sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali*. Vorrei fare una brevissima replica che credo valga anche per la prima delle interrogazioni.

L'onorevole Giachini, in sostanza, afferma che dal punto di vista del sistema potremmo dirci soddisfatti se nel caso dell'Ansaldo San Giorgio e della Motori marini Diesel si fosse giunti ad ottenere il 51 per cento del pacchetto azionario.

RAFFAELLI. Il discorso è un altro, onorevole Donat-Cattin: ci dica come hanno fatto a costituire la società chimica Larderello!

DONAT-CATTIN, *Sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali*. Come è stato largamente richiesto nel corso dei dibattiti svoltisi tra ministeri e sindacati (anche politici) sulla materia, mi pare che l'onorevole Giachini proponga in sostanza l'abolizione del sistema delle partecipazioni statali.

Domani in Commissione bilancio, sede più idonea di quella dello svolgimento di interrogazioni, si svolgerà un dibattito su questa materia, cioè sul problema istituzionale delle partecipazioni statali, su proposta dello stesso Ministero. In quella sede si potrà dire ciò che si vuole sull'istituto stesso delle partecipazioni statali e sul modo del suo funzionamento.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione dell'onorevole Abenante, al ministro delle partecipazioni statali, « per conoscere come saranno modificati i piani di sviluppo delle aziende pubbliche in Campania per accogliere l'esigenza di dare una positiva risposta al grave problema dell'occupazione che non riceverà alcun beneficio dalle previsioni delle stesse aziende pubbliche, come ha confermato lo stesso ministro interrogato ad una precedente interrogazione » (5381).

L'onorevole sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali ha facoltà di rispondere.

DONAT-CATTIN, *Sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali*. La politica del sistema delle partecipazioni statali, in specie nel settore meccanico — che è quello in cui opera la maggior parte delle aziende a partecipazione statale napoletane — è caratterizzata dall'impegno di ricercare le dimensioni aziendali più economiche, di ammodernare e razionalizzare le strutture organizzative e i mezzi di produzione in modo da rendere sempre più competitiva la loro posizione sul mercato.

Si deve d'altra parte aggiungere che le notizie recentemente fornite all'onorevole in-

terrogante rientrano in un quadro di investimenti relativi all'indicato quinquennio — di cui alla relazione programmatica allegata al bilancio del Ministero per l'anno 1967 — ed è chiaro che, stante il carattere scorrevole dei rapporti stessi, essi sono suscettibili di sostanziali modificazioni.

Tale osservazione è da ritenersi ancora più valida se si tiene conto che le previsioni di investimento nel campo manifatturiero possono essere formulate con riferimento ad un arco temporale necessariamente breve.

Di conseguenza le ripercussioni sul volume dell'occupazione dei citati investimenti non possono che essere valutate sulla base delle prospettive che emergeranno anche dai nuovi programmi, che gli enti e le aziende a partecipazione statale hanno in corso di impostazione per il periodo 1967-71 o che avvieranno per il prossimo futuro.

Si può comunque assicurare che le partecipazioni statali continueranno a svolgere nel Mezzogiorno un'azione di intervento diretta a rimuovere situazioni di persistente arretratezza economica ed in questo quadro non solo sarà attentamente seguito l'andamento delle aziende napoletane, ma non si mancherà di considerare la possibilità di procedere all'insediamento di qualche nuova iniziativa che valga a tonificare l'economia di quella zona.

PRESIDENTE. L'onorevole Abenante ha facoltà di dichiarare se sia soddisfatto.

ABENANTE. Io non posso pronunciarmi affatto per il carattere evasivo della risposta data dal sottosegretario Donat-Cattin. Noi sappiamo che i piani sono scorrevoli, sappiamo che i programmi occupazionali sono passibili di estensione, sappiamo che per il carattere tipico del settore manifatturiero gli investimenti devono essere a breve termine ed anche le previsioni occupazionali, ma è certo che tutta la risposta del sottosegretario Donat-Cattin non va oltre quella preoccupante cifra che noi abbiamo ricavato dalla precedente risposta scritta.

DONAT-CATTIN, *Sottosegretario di Stato per le partecipazioni statali*. Lei sa bene che non si può andare oltre, e sa benissimo che non ha motivo di essere insoddisfatto.

ABENANTE. Ma il punto, onorevole sottosegretario, è questo: lei deve rispondere ad un interrogativo estremamente serio e semplice. Se il piano dell'IRI è scorrevole il piano quinquennale è legge, come è legge anche il

piano di coordinamento degli interventi pubblici nel Mezzogiorno, che prevede che il 41 per cento di un milione e 400 mila posti di lavoro sia insediato nel Mezzogiorno. Uno degli strumenti fondamentali per realizzare questo obiettivo, è l'investimento delle aziende a partecipazione statale.

Dai piani scorrevoli e dalle cifre definite dal piano economico dei programmi di sviluppo, risulta un abisso che la risposta di questo pomeriggio certamente non colma. Qual è la verità? La verità è che a Napoli, onorevole Donat-Cattin, prevale la linea Gava, che è quella di uno spostamento sempre più accentuato degli interventi delle Partecipazioni statali, dalle attività direttamente produttive a quella dei servizi.

Ella non ha smentito questa sera che vi è una inversione della tendenza, che consentirà di utilizzare i 46 miliardi previsti per gli assi scorrevoli autostradali di Napoli; non ha detto che siano previsti programmi di investimento — che so? — per l'industria meccanica o per la navalmeccanica o per la tessile.

La verità è che tutta la tendenza oggi in atto nel napoletano è estremamente preoccupante per l'ulteriore subordinazione dell'industria pubblica, che sempre più vive sulla base di commesse da parte di aziende straniere. Poco fa si parlava di una cessione alla Solvay da parte delle partecipazioni statali. Ma a Napoli la situazione è ancora più preoccupante. L'industria pubblica — ella lo sa — sorse verso il 1935 intorno alle commesse militari del periodo fascista. Ebbene, oggi, tutta l'industria pubblica è collegata alle varie commesse NATO o ai pannelli per i DC/9 o ad accordi come quelli per la Renault. In questo modo non solo l'industria pubblica non garantisce i livelli di occupazione, non solo non costituisce uno strumento per raggiungere gli obiettivi del piano, ma svolge addirittura una attività estranea a quella che è la realtà del Mezzogiorno. E questa tendenza, accentuandosi, non garantisce certo lo sviluppo dell'industria pubblica nel Mezzogiorno. Per questi motivi noi siamo estremamente preoccupati.

Io concludo ricordando solo due cifre: dal 1964 al 1966 nelle aziende pubbliche campane abbiamo perduto 3740 unità lavorative. Nell'ambito del piano quinquennale, con gli investimenti previsti, l'occupazione dovrebbe aumentare soltanto di 2970 unità. Quindi noi, grazie alla politica delle partecipazioni statali, non soltanto non conseguiremo il 70 per cento di quel milione e 400 mila nuovi posti di lavoro previsti dal piano quinquennale, ma

avremo un livello di occupazione nelle aziende pubbliche inferiore a quello del 1964.

PRESIDENTE. È così esaurito lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

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

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

È iscritto a parlare l'onorevole Luigi Berlinguer. Ne ha facoltà.

BERLINGUER LUIGI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nel corso della discussione su questo importante provvedimento legislativo, vorrei soffermare l'attenzione su un aspetto particolare: precisamente sul rapporto che intercorre oggi nel mondo sanitario italiano tra cliniche universitarie ed ospedali.

Come gli onorevoli colleghi sanno, tale aspetto non si è dimostrato, nella discussione politica di questa settimana, di secondaria importanza, ponendosi nell'*iter* della discussione del provvedimento come uno degli elementi di notevole difficoltà da superare per raggiungere l'approvazione.

In Italia oggi esistono solo due facoltà mediche universitarie, che hanno le loro cliniche completamente autonome sul piano istituzionale e materiale: quella di Napoli e quella di Palermo. Per l'università di Roma la situazione è in *itinere*: vi è la distinzione tra lo ospedale e il policlinico. Per il resto delle 18 facoltà mediche italiane esiste una situazione di promiscuità, per cui non si hanno cliniche universitarie autonome, ma reparti ospedalieri clinicizzati.

Questa situazione data ormai da molto tempo. Se volessimo andare alle sue origini, dovremmo risalire al 1890. Comunque la discussione non può permetterci un *excursus* storico così ampio. Il punto di riferimento attuale è la legislazione esistente, che fa capo a un decreto-legge e a un regolamento legislativo del 1924 e del 1925, recepiti nel testo unico dell'istruzione superiore del 1933, quan-

do, con l'evidente scopo di utilizzare gli ospedali come istituti ausiliari delle facoltà mediche italiane, di allargare la funzione degli ospedali consentendo loro di assolvere meglio alla crescente esigenza didattica, il legislatore stabilì, più radicalmente che nel passato, un obbligo per gli ospedali di mettere a disposizione degli studi e dell'insegnamento i malati in alcuni dei loro reparti da clinicizzare, da trasformare in cliniche: di qui la creazione di reparti ospedalieri clinicizzati, come è detto nell'articolo 1 del decreto-legge del 1924 e nell'articolo 2 dello stesso decreto. Nell'esaminare questi provvedimenti, che ci hanno portato alla situazione attuale di rapporti molto stretti intercorrenti tra ospedali e cliniche, noi non possiamo non notare la costante preoccupazione del legislatore di allora che l'attività fondamentale che si sarebbe dovuta svolgere negli ospedali, in cui i malati si dovevano mettere a disposizione dell'insegnamento e della ricerca scientifica in campo medico, fosse appunto quella diretta all'insegnamento e alla ricerca scientifica. Perciò notiamo costantemente, nella legislazione attuale, la distinzione fra letti ospedalieri e letti clinicizzati, per i quali è previsto un limite numerico (come è detto nell'articolo 1 del decreto-legge del 1925) in relazione al numero degli studenti e alle esigenze didattiche.

Strettamente connessa all'obbligo di mettere a disposizione i malati per i bisogni dell'insegnamento e all'obbligo del riscontro diagnostico dei cadaveri è la necessità del tirocinio pratico e dell'internato per gli studenti in medicina.

Credo che questa situazione particolarmente tipica del nostro paese, per quanto abbia portato inevitabilmente a fenomeni degenerativi che sono alla base della polemica sorta in queste settimane, in merito alla discussione sulla legge ospedaliera, non possa essere teoricamente condannata; anzi, direi che noi dobbiamo partire dalla situazione attuale, per utilizzare il meglio di quanto potrebbe essere insito nell'esperienza della integrazione fra due momenti essenziali della vita pubblica del paese, quali l'attività sanitaria propriamente detta e l'attività di ricerca e di insegnamento in questo specifico settore. Va piuttosto rilevato che la situazione non si è evoluta come era nell'intenzione, forse, del legislatore di allora e come è nell'auspicio di tutti.

Una soluzione di questo tipo, oggi, non è più soltanto richiesta dalla particolare situazione italiana. Nei paesi più avanzati, anche dell'occidente capitalistico, come la Gran Bretagna e gli Stati Uniti, la integrazione fra ospe-

dali e cliniche è ormai raggiunta. La produzione scientifica, in molti reparti ospedalieri in Inghilterra e negli Stati Uniti, è tale talvolta da essere invidiata dalle università e non si nota quello che, invece, nonostante il collegamento, si nota in Italia: una profonda differenza di livello (talvolta) fra alcune cliniche e alcuni ospedali. Perché è avvenuto tutto questo? O meglio, che cosa è avvenuto nel nostro paese, specialmente negli ultimi tempi, che ha portato ad una degenerazione dei rapporti tra cliniche e ospedali? Da un lato un notevole incremento degli studenti in medicina rispetto al periodo in cui fu adottato quel provvedimento legislativo (1924-25): secondo le ultime cifre che abbiamo potuto raccogliere vi sono oggi in Italia circa 30 mila studenti in medicina, buona parte dei quali fuori corso, che frequentano le nostre università. Devo dire però che in questi ultimi anni si è avuto un pericoloso assestamento del numero, e in certo modo anche una diminuzione, non tanto in assoluto ma soprattutto in percentuale, cioè in relazione al vorticoso aumento della cifra complessiva degli iscritti all'università. Ma se noi consideriamo il rapporto numerico fra studenti e professori titolari di cattedra, direttori di clinica soprattutto, ci accorgiamo che la situazione è diventata insostenibile: infatti, gli studenti sono aumentati notevolmente rispetto al numero dei professori di ruolo, tanto che oggi, di fronte a una trentina di migliaia di studenti, abbiamo soltanto 512 professori di ruolo nelle facoltà di medicina e, in particolare, un numero molto più limitato di direttori di clinica. Abbiamo cioè, in ogni corso di laurea, per ogni docente un numero elevatissimo di studenti (futuri medici) affidati al suo insegnamento.

È vero che è notevolmente aumentato il numero degli assistenti volontari e degli assistenti in genere nelle facoltà di medicina; ma è altrettanto vero che oggi il compito del direttore di clinica e di istituto è ancora un compito primario, per cui non possiamo prescindere dal considerare il numero degli studenti in medicina posti direttamente sotto la responsabilità didattica del direttore della clinica.

Vi è poi un altro dato numerico interessante: l'aumento notevolissimo dei reparti e soprattutto dei letti, verificatosi in questi anni all'interno degli ospedali clinicizzati. A Napoli, per esempio, oggi abbiamo più di 1.500 letti per 19 cliniche. Cito l'esempio di Napoli perché a Napoli le previsioni del nuovo policlinico, che sta sorgendo alla periferia della città, sono nel senso di aumentare questi 1.500

letti a 2.647, sempre per 19 cliniche. Questo sta diventando un fenomeno abbastanza diffuso. Credo che tutti sappiamo come oggi i direttori delle cliniche abbiano la tendenza, ogni volta che si costruisce una nuova ala del fabbricato, ad aumentare notevolmente il numero dei letti. Questo risulta anche dal *libro bianco* che i clinici italiani hanno preparato proprio in coincidenza con la discussione parlamentare sulla legge ospedaliera.

Qual è la ragione di tutto questo? Ufficialmente la ragione consiste nella necessità di aumentare il numero dei casi a disposizione per lo studio per quel particolare settore della ricerca medica di cui si occupa la statistica. Questo è un aspetto che non può non essere tenuto presente. Però, se analizziamo in maniera più approfondita gli elementi di fatto che oggi possono spingere i clinici a chiedere l'aumento del numero dei letti, dobbiamo anche considerare cosa questi letti fruttano dal punto di vista economico e finanziario. Al riguardo la legge non è chiarissima, ma contiene alcuni punti ben definiti. L'articolo 67 della circolare del Ministero della pubblica istruzione n. 3391 del 30 agosto 1939, che attua le disposizioni di cui ai provvedimenti citati del 1925 e 1926, dice chiaramente che il 10 per cento dei proventi delle prestazioni a pagamento per conto terzi che vengono svolte nelle cliniche universitarie e negli ospedali clinicizzati, deve essere destinato a spese amministrative. Per il resto si dà la facoltà ai consigli di amministrazione delle università di stabilire la distribuzione della parte che interessa il compenso del personale (professori e assistenti).

Ad esempio, il consiglio di amministrazione dell'università di Roma ha ribadito, con delibera 7 febbraio 1963, che dei proventi destinati per il compenso del personale, il 35 per cento va al direttore, il 40 per cento a tutti gli assistenti messi insieme e il restante 25 per cento al personale, in questo caso, non insegnante.

Nelle cliniche romane i proventi per prestazioni mutualistiche superano di molto, ogni anno, il mezzo miliardo; a Napoli superano i 400 milioni. Proprio a Napoli, con le degenze considerate globalmente, tenendo quindi conto di tutti i proventi (camere a pagamento, quanto dovuto ai compensi di clinica, ecc.), nel 1963-64 si raggiunse l'utile di lire 2 miliardi e 270 milioni.

A questo proposito, in edifici pubblici dello Stato, con attrezzature pagate con fondi dello Stato o attraverso le finanze degli enti mutualistici o le tasse degli studenti, con i

soldi delle mutue, con un personale che è già stipendiato in quanto docente universitario, viene svolta istituzionalmente un'attività che produce proventi estremamente elevati. Tanto elevati da spingere lo stesso ministro della pubblica istruzione ad emanare nel 1964 una circolare che vorrei sottoporre all'attenzione dei colleghi, perché contiene un linguaggio estremamente illuminante.

In questa circolare il ministro della pubblica istruzione ricorda che l'articolo 49 del testo unico sull'istruzione superiore, che regola la materia, dispone, fra l'altro, che nelle cliniche universitarie possono essere accolti malati a pagamento: « Da ciò deriva la necessità che debba essere sempre assicurata la regolare, piena attività scientifica e didattica, non limitata, come è noto, al solo corso di lezioni ». E prosegue: « L'osservanza di tale norma impegna la responsabilità dei rettori, dei presidi e dei singoli professori ». Conclude « invitando le signorie vostre, pertanto, a vigilare attentamente al riguardo, segnalando al Ministero quei casi di istituti dove l'esercizio di attività per prestazioni a pagamento si presenti abnorme ».

In un'altra circolare (o nella stessa) si notava che « non tutte le università si sono avvalse della facoltà prevista dall'articolo 67 delle norme amministrative, che consente all'amministrazione universitaria di trasmettere fino al 10 per cento delle somme riscosse per prestazioni a pagamento, da destinare alle spese comuni ». A Napoli questa percentuale a favore delle spese comuni è scesa dal 10 al 2 per cento.

Nella circolare ministeriale si insiste sul fatto che si può dare il caso che, nelle cliniche, l'attività delle prestazioni a pagamento si presenti abnorme, e si ricorda il concetto di facoltatività per questo genere di prestazioni. Tra le righe di questa circolare, per l'atmosfera in cui si colloca questo provvedimento, si scorge esplicitamente la preoccupazione del Ministero della pubblica istruzione che l'attività didattica e scientifica non abbia più il peso fondamentale che dovrebbe avere in questo tipo di istituti.

Questo fatto lo si vede chiaramente se verificiamo i bilanci, se pensiamo a quello che in pratica è successo in questi anni, se vediamo a quanto equivale in cifra assoluta quel 35 o 40 per cento che suona a noi piuttosto astratto, se rimane cifra percentuale.

Nell'università di Roma ci sono 23 direttori di clinica che si dividono il 25 per cento dei proventi della parte riguardante il personale, mentre 800 assistenti si dividono il 40

per cento. Ad un direttore va, cioè, la parte assolutamente preminente, mentre a coloro che in pratica vivono, in questo particolare lavoro, la vita della clinica, svolgendo l'attività sia didattica (per quel poco che ne rimane), sia terapeutica e diagnostica va una cifra assolutamente insufficiente.

Per quanto riguarda Napoli, nel progetto in via di attuazione relativo alla Clinica medica generale di terapia medica, si prevede che con un solo direttore e con 252 degenze giornaliere a lui attribuite verranno istituiti 94 assistenti; e che andrà al direttore — unica unità — una cifra x mentre ai 94 assistenti andrà una cifra quasi uguale a quella percepita dal direttore medesimo.

Questo è ciò che sta sostanzialmente alla base, come spinta materiale effettiva, della richiesta di aumento dei letti, ed anche di quel tipo di interesse, molto più forte che negli altri settori dell'insegnamento della restante attività sanitaria, che caratterizza la vita della scienza medica italiana.

A questo proposito, credo che a qualcuno dei nostri colleghi non sia sfuggito che negli anni passati la città di Roma è stata teatro di un increscioso episodio: i muri erano tappezzati di manifesti della Associazione universitaria degli assistenti romani sui quali comparivano i nomi dei più famosi luminari della scienza — o meglio, se mi si permette, della professione — medica italiana, accanto ai quali era indicata una parte dei proventi dell'attività per conto terzi che si svolgeva nelle loro cliniche, con cifre assolutamente sbalorditive.

A fianco del nome del professor Valdoni si indicava che per una parte di quei proventi egli guadagnava 80 milioni annui, del professor Monticelli 60 milioni, del professor Maurizio 57 milioni, del professor Gozzano 40 milioni, del professor onorevole senatore Cassano 30, del professor Stefanini 28 milioni, esclusi i compensi fissi mutualistici, l'introito delle camere a pagamento, i premi di clinica che assommano globalmente, di per sé soli, a centinaia di milioni. Si deve aggiungere che oltre a queste vi sono anche tante altre attività. Si tratta di una attività che, per il frenetico lavoro che comporta (che nessuno di noi nega, specialmente per quanto riguarda alcuni clinici e soprattutto chirurghi del nostro paese) apporta a questi personaggi dei compensi assolutamente soddisfacenti.

Ecco la ragione per la quale noi comprendiamo il perché ci sia stato sotto il rettore Papi una furibonda battaglia (non la si può chiamare diversamente) che è arrivata, oltretanto episodi suddetti, alla proclamazione

di uno sciopero generale a cui si sono uniti gli assistenti, e il personale non insegnante e non curante di queste stesse cliniche, proprio per ottenere l'applicazione di un articolo del decreto del 1938 in cui si prevede la pubblicità dei bilanci, la pubblicità dei proventi per ogni singolo istituto che il rettore Papi aveva per lungo tempo, violando la legge, negato perché non fosse noto a tutti quali erano le cifre sbalorditive dei proventi di ciascuno di questi direttori di clinica.

A questo si aggiunge un altro fenomeno che, violando le leggi e soprattutto discostandosi dalle finalità istituzionali delle cliniche, fa sì che molte di esse (in particolare a Roma) stiano addirittura trasformando la propria struttura muraria con la creazione di un numero notevole di camere a pagamento. Si verifica in tal modo un fatto già da noi denunziato con una nostra interrogazione, e cioè che il malato non è più oggetto di ricerca scientifica e di insegnamento ma viene addirittura sottratto a tutte le forme di controllo per l'attività sanitaria che su di esso si esercita. Si tratta insomma di vere e proprie cliniche private del direttore della clinica, con camere a pagamento e con l'instaurazione di rapporti personali fra il direttore della clinica e i suoi clienti privati, i quali sono così sottratti a quegli enti pubblici di cura che dovrebbero essere le cliniche universitarie.

A tutto ciò si aggiunge il fenomeno, tipicamente romano (ma non soltanto romano), delle case di cura private. Come se non bastassero le cifre che ho prima citato, e come se il numero dei posti-letto delle cliniche non fosse già così elevato da far ritenere assolutamente impossibile l'esercizio nei confronti di tutti i pazienti di una seria attività di diagnosi e di cura, di insegnamento e di ricerca, questi nostri studiosi della scienza medica operano anche in cliniche private assai redditizie nelle quali esercitano in gran parte la loro attività. Ancora più increscioso è il fatto, del resto già da noi denunziato in quest'aula, che molto spesso questi clinici orientano verso le loro case di cura private una parte della clientela che dovrebbe trovare posto nelle cliniche universitarie ma nei confronti delle quali non potrebbero esigere, in tal caso, onorari delle dimensioni di quelli che vengono percepiti allorché i pazienti vengono ricoverati nelle cliniche private.

In questo quadro, onorevoli colleghi, è possibile trovare spiegazioni e situazioni come quella che si sta verificando a Napoli, ove sta per essere costruito sui colli Aminei, e precisamente a Cappella di Cangiano, un po-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

liclinico la cui struttura appare contrastante con le più recenti acquisizioni della scienza e dell'insegnamento medico, al punto che gran parte del mondo universitario medico napoletano ha manifestato apertamente il suo dissenso. L'attuale area del policlinico, di appena un ettaro e mezzo, si prevede venga aumentata a 44 ettari; ma l'organizzazione che si vuol dare al nuovo policlinico appare addirittura scandalosa.

La questione ha suscitato discussioni, avvenute anche all'interno dei consigli comunali, che hanno messo in evidenza fenomeni degenerativi di mania di grandezza ampiamente generalizzati che vorrei sintetizzarvi in una sola cifra. In questa clinica medica, che ho citato prima, i metri quadri destinati alla direzione assommano a 324, mentre i metri quadri destinati alla biblioteca sono 312; la biblioteca, cioè, è infinitamente più piccola, come ambiente e come capacità ricettiva, della pomposa e borbonica direzione, progettata per questo tipo di personaggi.

Non si può prescindere da queste statistiche e da questi dati e non possiamo non dire che una buona parte dell'attività medica universitaria in Italia è diventata oggi una ingente fabbrica di denaro che ha relegato in un canto l'insegnamento e la ricerca che ne erano invece i fini istituzionali.

Nella clinica medica generale di Napoli si prevede che ci siano 94 assistenti e un direttore con un gettito di 10 tesi l'anno; 94 assistenti per 10 tesi solamente! Ciò è la prova del fatto che questi assistenti non sono destinati ad una attività di collaborazione con gli studenti per la ricerca e per l'insegnamento, ma ad una attività essenzialmente medico-curativa e terapeutico-diagnostica, un'attività che non li qualifica come ricercatori ma che li destina, proprio per questa elefantiasi delle nostre cliniche, ad una attività non essenzialmente istituzionale. Ciò, perché, mentre i professori sono rimasti intorno alla cifra di 500, dal 1949 al 1964 gli assistenti sono aumentati da 3.700 a 8.200. Questo dà la giustificazione anche della forte pressione che da parte degli assistenti viene esercitata per conquistare i primariati ospedalieri e i posti in ospedale, che oggi stanno diventando degli strumenti di dominio e di potere per i clinici. Si comprende quindi anche il clima che si è creato intorno a questo problema che non si è riusciti a sdrammatizzare appunto per l'esistenza di pressioni e di interessi così ingenti che hanno caratterizzato la situazione politica a questo proposito.

Mentre il numero degli assistenti è andato crescendo in questi anni, a Roma o a Napoli un professore deve curare 400 o 500 studenti. Voi comprendete — come diceva la circolare del Ministero della pubblica istruzione — che attività didattica non significa soltanto una lezioncina ogni giorno od ogni settimana o talvolta anche meno; non significa impartire dal punto di vista essenzialmente nozionistico delle conoscenze, ma significa sperimentazione continua, perché coloro che usciranno con la laurea in medicina dalle nostre università saranno immediatamente immessi nella professione, nella vita sanitaria nazionale. Non è pensabile che 400 o 500 studenti, come avviene nell'università di Roma, possano oggi vivere la propria vita accademica, il proprio *curriculum* universitario alle dipendenze di un solo professore, che tra l'altro ha una clinica privata, deve curare i malati delle camere a pagamento, è presidente del Consiglio superiore della sanità, o è presidente del Consiglio diagnostico dell'ENPAS, o è senatore, o è consigliere comunale, o fa altre cose.

Ecco perché vi sono alcune deformazioni della stessa attività scientifica medica nel nostro paese. I nostri grandi chirurghi svolgono oggi un'attività limitata alla tecnica operatoria, ma non hanno il tempo materiale, passando tante ore in camera operatoria, per seguire il malato prima e dopo l'intervento. Si è arrivati quindi a una situazione che anche dal punto di vista scientifico, oltre che per quanto riguarda i malati, ha delle conseguenze estremamente negative.

È venuta l'altro giorno da me una compagna, che lavora nel nostro partito, la quale mi ha chiesto di presentare una interrogazione perché, internata in una clinica romana per un'operazione, è stata condotta in camera operatoria dieci volte in dieci giorni diversi prima di poterla subire. Essa è stata preparata psicologicamente e materialmente per subire l'intervento chirurgico, ha ogni volta provato lo *choc* ed il trauma che chiunque subisce quando si trova sotto i ferri del chirurgo e tutto questo si è ripetuto per dieci volte consecutive perché il professore era nella sua clinica e non era perciò presente nel luogo di lavoro. Cito soltanto un fatto, ma se ne possono citare tantissimi (come del resto la discussione in quest'aula vi ha dimostrato ampiamente) che sono la conseguenza di come oggi la spinta finanziaria abbia fortemente inquinato le acque della ricerca medica e quindi di tutta l'attività sanitaria e scientifica in questo settore.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

A questo proposito, ritengo che abbiamo il dovere di affermare in quest'aula, anche se la cosa può sembrare pesante, che le conseguenze di indole e di interesse generale nel nostro paese di questa situazione, che io solo per sommi capi ho voluto qui denunciare, interessano la generalità della scienza medica nel nostro paese. Ritengo che non possa essere smentito il fatto che il livello internazionale della scienza medica nel nostro paese non è consona al ruolo internazionale che ha l'Italia e non è assolutamente paragonabile a quello che in altri settori della scienza e dell'insegnamento il nostro paese ha raggiunto in fatto di prestigio internazionale.

Quanti sono i premi Nobel in medicina in Italia, in questi ultimi anni? Sfogliamo le riviste mediche internazionali e vediamo quanti sono i contributi effettivi di ricerca che dall'Italia vengono dati e qual è il numero delle scoperte e delle posizioni originali raggiunte dalle nostre cliniche e dai nostri istituti di ricerca scientifica medica, che raggiungono un livello internazionale. Badate, io non discuto le capacità professionali dei nostri direttori di clinica. Vorrei fare questa netta distinzione: noi possiamo anche aver raggiunto livelli professionali interessanti, ma il contributo italiano allo sviluppo della ricerca medica internazionale è un fatto oggi fortemente discusso a livello internazionale. Mentre questo è il livello scientifico delle cliniche, noi sappiamo quale è poi il rapporto di livello fra le cliniche e gli ospedali.

Vorrei citare un fatto a questo proposito: mentre negli Stati Uniti d'America il rapporto dell'investimento statale fra ricerca biologica e ricerca fisica è di quattro volte a favore della biologia, in Italia per una particolare ragione (per la scuola fisica di Roma, per Fermi, per Ippolito, per lo sviluppo del CNEL) il rapporto è di dieci volte a favore della fisica. Ora io non ho niente contro la fisica, per carità: so bene che in questo campo l'Italia ha un posto di prestigio scientifico mondiale che non deve essere toccato. Però nel momento in cui la ricerca biologica è all'avanguardia della scienza mondiale (è una di quelle che si chiamano ricerche emergenti) noi arriviamo a squilibri di questo tipo, che non possono non avere origine nella struttura e nella organizzazione della vita scientifica italiana.

E per l'insegnamento? Dove stanno gli studenti nelle facoltà mediche italiane? Questo è un problema estremamente serio. In una serie di facoltà mediche l'insegnamento della medicina sembra un corso per corrispondenza, in cui il docente non vede neanche in

faccia, se non al momento dell'esame finale, lo studente. Se questo è ancora comprensibile nella facoltà di magistero, non è assolutamente accettabile in una facoltà di medicina, appunto perché, come dicevo prima, il giovane appena laureato, nella situazione sanitaria italiana attuale, o va a fare il supplente in una condotta, o comincia subito a svolgere le sue prestazioni sanitarie nell'attività mutualistica, e si trova immediatamente a contatto con il malato, senza aver avuto alcuna preparazione applicativa, e questo accade in una grande quantità di casi, per il tipo di rapporto numerico esistente tra docenti e discenti, che è malsano in tutte le università, ma che è ancora più grave, almeno proporzionalmente, nella attività di ricerca medica nel nostro paese.

E il caso di ricordare i dati riportati dal notiziario dell'amministrazione sanitaria italiana, *Scienza medica*, circa il controllo che gli Stati Uniti d'America esercitano sugli immigrati medici che vogliono esercitare la professione negli Stati Uniti, muniti di laurea nel paese di origine. Da questi dati risulta che il 45 per cento dei giovani laureati italiani che vogliono svolgere la loro attività medica in America non hanno le loro lauree convalidate, ed in questo modo gli Stati Uniti d'America si difendono dall'immigrazione in tale settore. E inoltre notevole che il numero delle lauree convalidate per gli altri paesi è elevatissimo, mentre quasi la metà dei medici italiani non possono esercitare la loro professione, cioè non si riconosce, non la loro capacità intellettuale personale, ma il tipo di studi che hanno compiuto.

Questo è un dato che riguarda la vita sanitaria nazionale e non può non essere considerato nella discussione di questo disegno di legge, e non solo dal punto di vista della politica culturale della scienza medica italiana, ma perché, a causa della sua struttura abnorme, oggi si è accentuato notevolmente il carattere clinico e individualistico dell'insegnamento, e tutto il resto è, nella maggioranza dei casi, assolutamente bandito dalla preparazione sanitaria del giovane medico. Si verifica quindi una situazione estremamente preoccupante.

Ciò è dimostrato del resto — consentitemi l'osservazione — dal ruolo più o meno progressivo che nella vita accademica italiana svolgono i professori di medicina. E estremamente indicativo che in ogni congresso di professori universitari, in ogni posizione che riguardi la riforma dell'università, la parte più retriva e conservatrice, che non vuole modificare alcun-

ché dello stato attuale, è sostenuta dai clinici universitari e dai professori di medicina. Ad esempio, la battaglia che persino l'Associazione nazionale professori universitari di ruolo ha condotto, vincendola, per il *full time*, e cioè per il pieno impegno nell'insegnamento, è stata contrastata vivamente dai professori di medicina — prima ancora che da quelli delle facoltà di ingegneria e di giurisprudenza — proprio come punta di diamante della conservazione della attuale possibilità di fare soldi al di fuori dell'adempimento doveroso del proprio compito istituzionale, che è quello dell'insegnamento e della ricerca. Se si parla di modifica di concorsi a cattedra, la parte più contraria alla modifica del sistema attuale è costituita dai medici, dai direttori di clinica. Pensate, per esempio, alla corsa frenetica che alcuni direttori di clinica fanno al trasferimento di sede. Io vivo in una piccola università, quella di Sassari; conosco l'università di Cagliari. So che i direttori di clinica di tali università hanno grande fretta di abbandonare le zone depresse, dove il rendimento professionale è bassissimo, per trasferirsi in altre città situate in zone che, dal punto di vista della mutualità, dal punto di vista del reddito *pro capite*, offrono maggiori possibilità; e sfogliano con attesa spasmodica il « libro blu » concernente l'anzianità in ruolo dei professori, aspettando che qualche collega raggiunga i limiti di età per trasferirsi a sedi più ambite, come possono essere quelle di Bologna, di Ferrara, quelle dell'Italia centrale o comunque di zone con elevato reddito *pro capite*.

Tutto ciò ha conseguenze estremamente negative sui rapporti tra cliniche ed ospedali e sulla vita della scienza medica del nostro paese.

Ma l'elemento sicuramente più negativo della situazione attuale, elemento che è stato messo in luce dal dibattito politico di queste settimane, è quello della battaglia per il potere. Si tratta di un fatto del tutto particolare del nostro paese. Oggi, tutti i centri universitari esercitano un potere sostanziale sulle loro facoltà, sul loro gruppo di interessi scientifici: i giuristi sulla facoltà di giurisprudenza, con qualche sbavatura verso la facoltà di economia e commercio; gli ingegneri sulla facoltà di ingegneria, e così via.

Il fatto particolare della vita universitaria in medicina è che i poteri che i clinici esercitano non si limitano alla loro clinica dove si esercitano controlli di persone, spostamenti di personale, di direttori, di primari, di assistenti, di carriere. Non ci si limita esclusivamente alla creazione di nuovi sbocchi di carriera ai

propri assistenti nella vita dell'università, ma si esercita un'influenza, quasi come su una *dependance* feudale, sull'ospedale.

Una gran parte di primariati viene conquistata, attraverso i direttori di clinica, dagli allievi di questi stessi direttori. Questa è la vera ragione per cui si è verificato, nell'*iter* del presente disegno di legge, il contrasto tra il ministro Mariotti e il ministro Gui, quali rappresentanti corporativi di due diversi gruppi di interesse del nostro paese. Indubbiamente si è trattato di un fatto negativo. Dal modo in cui è emersa la battaglia sulle cronache dei giornali, onorevole ministro, ella non può negare che vi è stata una artificiosa contrapposizione tra assistenti clinici ed assistenti ospedalieri, tra primari ospedalieri e direttori di clinica, tra l'università e l'ospedale, per cui sui documenti si leggeva che la legge ospedaliera è contro l'università o che l'università soffocava gli ospedali. Ebbene, ciò senza dubbio ha un fondamento nella realtà — non lo disconosciamo — ma è il tipo di sintesi politica che noi non accettiamo, perché appunto la sintesi politica parlamentare deve trascendere la rappresentanza diretta di queste corporazioni e trovare, non una mediazione, ma una soluzione unitaria che sia non compromessa, ma soluzione dell'interesse generale del paese. Questa è la sostanza della nostra proposta politica.

Ma, rima di arrivare a ciò, volevo aggiungere un'altra considerazione, e cioè il fatto che oggi il discorso sul livello della scienza medica italiana investe necessariamente il ruolo che oggi alcuni settori della vita pubblica italiana svolgono nei confronti della medicina e degli ospedali.

Oltre ai fatti che ho denunciato, occorre distinguere, nella situazione medica italiana, un elemento di discriminazione e di egemonia culturali, di tipo clericale, il che non è un motivo del tutto irrilevante del fatto per cui si è arrivati all'attuale rapporto tra investimenti nella fisica e investimenti nella biologia. Si spiega, così, il motivo per cui padre Gemelli ha chiesto l'apertura, non di una facoltà di fisica, ma di una facoltà di medicina dell'università cattolica del Sacro Cuore.

Nella relazione dell'onorevole Lattanzio gli elementi di carità sono molto presenti nell'evoluzione storica degli ospedali. Io voglio dire, però, che l'interesse così notevole del mondo clericale nei confronti degli ospedali non è soltanto un interesse di « cassetta », finanziario. Io mi occupo di scuola, e vedo il grande interesse che il mondo clericale ha per la scuola, cioè per quel settore della vita

pubblica in cui si possono mettere le mani sull'attività formativa degli uomini.

So per esperienza personale cosa significa, dal punto di vista elettorale, il medico condotto in un paese. Si sa che per gli ospedali si passa tutti dal momento della nascita al momento della morte, e controllare gli ospedali è politicamente un fatto di grande importanza.

Ciò che voglio mettere in evidenza è che l'interesse clericale è diventato un elemento retrivo nella vita della scienza e ha condizionato sul piano conservatore, non per le ragioni di carità illustrate nella relazione Lattanzio, ma per ragioni di potere, in modo negativo lo sviluppo delle scienze medica e biologica.

Tutta la battaglia del secolo scorso contro il positivismo, contro ogni posizione che mettesse in discussione i tabù religiosi è collegata con notevoli interessi di certi settori della vita pubblica nei confronti della scienza della biologia, della scienza della vita.

Pertanto ritengo che si debba guardare con interesse a qualsiasi forza che si muova per rompere questo cerchio e per creare una situazione aperta, che consenta alla scienza medica e a quella biologica italiane di raggiungere vette internazionali.

Non riteniamo corretto il modo in cui il discorso dei rapporti fra università e ospedali, fra ospedali e clinici, è stato posto in queste settimane dalla polemica politica. Senza dubbio l'invadenza dei clinici nella vita degli ospedali è enorme; ed è questo il fatto sostanziale, e direi strutturale, che ha determinato la reazione — talvolta biliare, se volete, talvolta eccessivamente incontrollata — di alcuni settori del mondo politico ed anche delle categorie ospedaliere. Però, non credo che la soluzione del problema sia quella di dare spazio ai contrasti fra le categorie.

Leggiamo continuamente le polemiche degli onorevoli Moro e La Malfa contro le rivendicazioni indiscriminate delle categorie, le une contro le altre, che impediscono l'armonico sviluppo dell'economia italiana; però non possiamo negare che il ministro Gui ha avuto in argomento una funzione molto precisa. Le sue dichiarazioni hanno avuto l'effetto di incentivare la polemica dei clinici, come categoria, nei confronti della legge ospedaliera, e di creare una situazione di blocco nei confronti della stessa legge ospedaliera. È un attacco da destra che è partito da una situazione reale, ma è stato utilizzato per scopi politici che noi non possiamo minimamente accettare. Però non possiamo neppure ac-

ettare la posizione opposta, che tende a reagire all'invadenza dei clinici trasferendo una parte del potere in un altro settore, perché non sappiamo che cosa succederà una volta che questo potere sia trasferito, negli stessi modi antidemocratici in cui oggi è nelle mani dei clinici, nelle mani dei primari ospedalieri. Non sappiamo cosa succederà. O meglio, possiamo già prevederlo.

Noi non riteniamo che la soluzione sia questa. Si deve sdrammatizzare e regolarizzare il rapporto fra cliniche e ospedali e la gestione del potere negli uni e negli altri, e occorre democratizzare la gestione del potere, non limitandosi a trasferirla da un centro di potere all'altro.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ella non sa ancora come si risolverà il problema. Come può dire che noi trasferiamo i centri di potere da un settore all'altro?

BERLINGUER LUIGI. Abbiamo però letto il disegno di legge.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Attendiamo indicazioni, non soltanto la critica. Ci dica quindi che cosa secondo lei, onorevole Berlinguer, occorre fare.

BERLINGUER LUIGI. Onorevole Lattanzio, se la sua interruzione vuole sottolineare il fatto che sono stato troppo lungo nella mia denuncia, posso anche accettarla: ma non la accetto se con essa si intende affemmare che il gruppo comunista non ha la possibilità di formulare una soluzione adeguata. Il fatto che nel disegno di legge gli istituti clinici non siano considerati, il fatto che negli organi di programmazione ospedaliera non siano presenti i rappresentanti di clinici, sono tutti elementi che oggettivamente hanno consentito ai clinici, agli assistenti e allo stesso ministro Gui, la nota sortita. Ella, onorevole ministro, sostiene di non sapere come la questione si risolverà: ma intanto già nell'impostazione del disegno di legge che noi non accettiamo, vi è una indicazione. Ella dice che la situazione è ancora aperta e noi ci auguriamo che le proposte che noi faremo possano essere accolte nel corso di questo dibattito.

Occorre eliminare le cause che sono state da me criticate, per arrivare ad una proposta di soluzione. Prima di tutto bisogna restituire dignità alla facoltà di medicina, onorevole Lattanzio, sopprimendo ogni elemento di corruzione finanziaria. La nostra prima proposta quindi può essere condensata in una unica

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

espressione: *full time*. Il significato è: a tempo pieno. (*Interruzione del Relatore per la maggioranza Lattanzio*).

La nostra proposta è, onorevole Lattanzio, che i clinici siano presi in considerazione da questo disegno di legge.

Volevo inoltre riferirmi alla necessità di elevare il tono degli ospedali appunto facendo entrare le cliniche in questo provvedimento e creando un rapporto molto stretto tra cliniche ed ospedali e quindi unificare fin dove è possibile le carriere e creare le condizioni di travaso continuo, che oggi invece non esistono per questa divisione in compartimenti stagni a favore soltanto di uno dei due settori.

La prima cosa che proponiamo — chiediamo ai colleghi di pronunciarsi su questo — è che nella legge sia previsto il tassativo divieto di qualunque attività professionale, e quindi qualunque attività extra-istituzionale che non sia quella dell'insegnamento e della ricerca. Un professore clinico, un assistente, che voglia effettivamente contribuire allo sviluppo della scienza medica e insegnare ai ragazzi come si fa il medico, ha pochissime ore a disposizione nella giornata, anche se si deve occupare di pochi degenti.

GUARRA. Come può insegnare a fare il medico, se, in realtà, non esercita più la professione?

BERLINGUER LUIGI. Nessuno afferma che non debba curare i malati; deve curare ma non lucrare guadagni extra. I malati sono essenziali per l'insegnamento medico della ricerca, ma non è altrettanto essenziale che si guadagnino annualmente 80 milioni, poiché questo non c'entra niente con la ricerca.

Ma noi diciamo di più, cioè che vi deve essere un maggiore rapporto tra cliniche e ospedali, e quindi un maggiore rapporto tra l'attività di ricerca e quella sanitaria propriamente detta.

È necessario escludere l'attività professionale extra e limitare il numero dei letti non per ogni clinica naturalmente, ma per ogni docente. Si potrebbero, ad esempio, moltiplicare o triplicare il numero delle cattedre, come è già stato indicato « troppo debolmente » da una legge approvata dalla Camera.

Ora, il « libro bianco » dei clinici che chiede una maggiore integrazione fra ospedali e cliniche, non dice nulla, però, a proposito del *full time*, e chiede un aumento dei letti; dimostra quindi un interesse corporativo finanziario estremamente negativo. Noi chiediamo che

su questo si pronunzino l'onorevole ministro e la maggioranza.

Siamo d'accordo di arrivare al *full time* obbligatorio per tutti i clinici e non soltanto per gli ospedalieri perché quando voi avrete eliminato tutto questo, i centri di potere morranno, diverranno asfittici, perché non c'è più ragione di esercitare, in questo modo, tanto potere; non c'è più ragione di andare a finire nelle città che sono le più ambite per il reddito *pro capite*; non c'è più ragione di sistemare, come si fa oggi, i propri personaggi, i propri uomini, nella catena generale della carriera. E non vi sarà più ragione di contrasti così acuti fra le varie categorie, come si sono manifestati in questi ultimi tempi.

Ma noi chiediamo di più: chiediamo che l'attività sanitaria delle cliniche — che è decisiva, importantissima — venga assorbita all'interno dell'organizzazione pubblica dell'ospedale; che questo falso elemento di autonomia che oggi ha creato un fattore di prevaricazione dei direttori di clinica nei confronti del resto dell'ospedale, venga superato.

Noi siamo per l'autonomia universitaria; lo abbiamo dimostrato con i nostri documenti politici, con le nostre proposte di legge, con il nostro atteggiamento costante in questa Assemblea. Però autonomia universitaria non significa libertà di ingiustificati introiti; significa autonomia di ricerca e di insegnamento. In questo i direttori sanitari, i consigli di amministrazione degli ospedali non possono entrare.

Ma per l'attività terapeutica, diagnostica, sanitaria quotidiana, non si può fare una distinzione, del resto abnorme. Voi sapete che ci sono reparti clinicizzati di ospedali che sono nello stesso stabile, che vivono la stessa vita quotidiana, per tutto ciò che riguarda l'amministrazione di un ospedale. Questo iato profondo è fra l'altro improduttivo, e noi non possiamo codificarlo in questa legge escludendo le cliniche dagli ospedali.

Ecco la nostra proposta, onorevole Mariotti, quella che riteniamo possa costituire il « toccasana ». Però bisogna fare subito, perché il policlinico di Napoli sta camminando, i 40 miliardi stanziati con la prima legge con gli ulteriori provvedimenti stanno per essere spesi e si sta creando una struttura che poi ci vorranno decenni per cambiare; si sta creando una precostituzione alla riforma che la orienterà inevitabilmente in una direzione del tutto sbagliata.

Come ultima proposta, onorevole ministro, bisogna stabilire più stretti rapporti fra gli ospedali e le cliniche, anche per quanto riguar-

da il resto dell'attività. A queste condizioni, eliminati gli elementi di falsa autonomia, i direttori di clinica devono entrare nella vita dell'amministrazione ospedaliera locale e generale con la dignità con la quale vi entrano i primari, e con lo stesso ruolo, con la stessa posizione, anzi con dei compiti particolari in relazione alla specificità istituzionale della clinica. Essi non possono essere esclusi dagli organi di programmazione, dagli organi di direzione, dagli organi di amministrazione.

In questo senso, se si elimina la ragione vera della corruzione, è valida la richiesta dei clinici e degli assistenti di entrare nella vita degli ospedali.

Ora, noi chiediamo appunto che la situazione venga sdrammatizzata; chiediamo che si aumenti il numero delle scuole mediche. Pensate che a Londra ci sono 10 scuole mediche, mentre a Roma c'è una sola università (a cui si è aggiunta adesso quella cattolica del Sacro Cuore), con un numero di studenti che non è assolutamente inferiore. In tal caso noi elimineremo le cause che spingono certi personaggi della nostra vita scientifico-medica a raggiungere determinati risultati.

Noi chiediamo uno scambio delle carriere, onorevole ministro; chiediamo cioè che anche qui sia favorita un'osmosi continua fra i due settori, senza divisioni troppo strette. Io mi rendo conto del fatto che la carriera scientifica può essere per certi aspetti diversa dalla carriera ospedaliera propriamente detta; ma si lasci la particolarità della valutazione dei titoli scientifici per le carriere universitarie.

Oggi, invece, la vita scientifica, come tutta la vita italiana, è fatta di inaccettabili compartimenti stagni. Oggi abbiamo un ricercatore dell'Istituto superiore di sanità che, entrato in ruolo in quell'Istituto, non si può spostare se non facendo altri concorsi o ricorrendo ad altri assurdi procedimenti. Abbiamo un esempio clamoroso nel professor Bovetti, che ha vinto la cattedra a Sassari ma ha dovuto penare molto, pur avendo raggiunto i risultati che conosciamo.

Noi siamo per uno snellimento assoluto dei rapporti. Il ricercatore è tale sia che lavori all'Istituto superiore di sanità o alla facoltà di medicina, all'ospedale maggiore di Milano, o al centro traumatologico del Rizzoli di Bologna. In questi posti si deve creare una mobilità che è condizione dello sviluppo della scienza: questo vale per tutti i settori scientifici, non soltanto per la medicina, ma in particolare per la vita delle facoltà mediche. Perciò non possiamo accettare la netta divisione prevista nel disegno di legge al nostro esame

nonché l'aspetto relativo alla preparazione professionale dei laureati ed infine il rinvio previsto dal ministro Gui a questo proposito.

Noi siamo per il tirocinio obbligatorio biennale dei laureati medici presso gli ospedali, prima dell'esercizio effettivo e privato della professione. Noi chiediamo ufficialmente che venga ripristinata questa norma e che venga sancito dalla legge ospedaliera l'obbligo di tale tirocinio, che è stato recentemente richiesto da un congresso di studenti di medicina di tutta Europa come elemento assolutamente indispensabile.

Capisco che ciò comporta la necessità di uno snellimento del corso universitario di studi articolato in sei lunghissimi anni; capisco che oggi vi è una spinta oggettiva all'impegno, alla assunzione di responsabilità da parte dei giovani, che non possono aspettare i 28 anni per entrare nella vita professionale medica. Ma vi è anche la necessità di avere dei medici che abbiano fatto una sperimentazione pratica molto ampia, che abbiano circolato in diversi reparti ospedalieri, che abbiano conosciuto praticamente le diverse branche della medicina prima di essere immessi nell'attività professionale a contatto dei malati.

Questa è una esigenza pubblica dalla quale non possiamo prescindere.

Noi non accettiamo il discorso del ministro della pubblica istruzione, il quale, partendo da un punto di vista evidentemente corporativo, afferma che la legge che ci sta dinanzi riguarda la sanità pubblica, non il corso degli studi universitari delle facoltà di medicina, materia che rimane nell'ambito delle competenze del Ministero della pubblica istruzione. Questo atteggiamento corporativo del ministro Gui porta a distinguere non soltanto fra le competenze dei ministeri ma addirittura tra le competenze delle Commissioni parlamentari, mentre in realtà sul piano istituzionale la competenza è dell'Assemblea, cui spetta essenzialmente emanare le leggi, come norme regolatrici della vita civile dello Stato.

Queste nostre riserve sono tanto più giustificate in quanto sappiamo che il ministro Gui è ben lontano dal prevedere a breve scadenza una riforma degli studi medici, della quale non ha mai parlato. Varie proposte sono state avanzate al riguardo nel corso di congressi di studenti o di docenti, ma dal ministro non si è mai nemmeno accennato all'esistenza di un disegno di legge di riforma di tale ordinamento.

Invece di attendere un futuro lontano, è bene cogliere l'occasione offerta da questo provvedimento per arrivare ad una riforma

anche degli studi universitari; e si tratta di occasioni rare nella vita di questa Camera.

Non mi nascondo che una simile riforma incontra non poche difficoltà e che essa potrà avere aspetti positivi ma anche negativi; ma è egualmente necessario procedere il più rapidamente possibile alla riforma del *curriculum* degli studi universitari delle facoltà di medicina.

Per queste ragioni noi riteniamo che tutto quanto ha formato oggetto di questo nostro intervento non sia affatto estraneo alla legge ospedaliera ma anzi debba essere in essa introdotto, come aspetto essenziale di una energica azione di riforma fatta nell'interesse dello sviluppo della scienza e dell'insegnamento medico e di tutta la vita nazionale. (*Applausi all'estrema sinistra — Congratulazioni*).

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

FADA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il dibattito svolto finora ha già delineato abbastanza chiaramente le posizioni di fondo dei vari gruppi nei confronti del disegno di legge in esame.

Mi sembra, però, di poter affermare con sufficiente fondamento che gli interventi degli oppositori (e in particolare la lunga requisitoria, che potremmo definire « del bastone e della carota », dell'onorevole Scarpa), pur con tutti i « se » ed i « ma » di rigore, non hanno potuto in definitiva negare che questo disegno di legge metta in moto certi meccanismi arrugginiti e ponga certe premesse per la soluzione di secolari carenze ed inerzie sul piano dell'efficienza funzionale, amministrativa e tecnico-scientifica delle strutture ospedaliere pubbliche. E ciò è tanto vero che l'opposizione, sia di destra sia di sinistra, ha dovuto falsare la prospettiva del disegno di legge al fine di potersi creare un certo bersaglio di comodo. Difatti, la maggior parte delle critiche pregiudiziali che abbiamo sentito, dalla medicina preventiva all'assistenza farmaceutica, al sistema della mutualità, al piano finanziario per le costruzioni ospedaliere ed alle critiche dell'onorevole Luigi Berlinguer, partono e si fondono su una premessa equivoca, e cioè che il disegno di legge in esame si proponga di affrontare e risolvere la riforma generale della protezione sanitaria. Con ciò viene dimenticato, o si fa finta di dimenticare, che in realtà il disegno di legge si limita agli enti ospedalieri e all'assistenza ospedaliera. Del resto, questo tipo di polemica è apparso tanto scoperto alla

stessa opposizione da indurre l'onorevole Alboni a cercare di rettificare il tiro, riconoscendo che il discorso deve allargarsi, ma non certo a dismisura.

Non intendiamo con ciò sfuggire al tema della necessaria saldatura tra ospedale e strutture sanitarie extraospedaliere, comprese le cliniche; né vogliamo sfuggire al tema delle nuove costruzioni ospedaliere, ma vorremmo tentare di riportare la discussione sui temi propri che il disegno di legge affronta e sulle prospettive che esso implica.

Noi abbiamo piena coscienza dei limiti in cui si muove, e della delimitazione dei problemi su cui interviene questo provvedimento legislativo. E, del resto, l'onesta relazione dell'onorevole Lattanzio li ha posti chiaramente in luce. Ma non riteniamo certo che questi problemi siano insignificanti, come vorrebbe far intendere l'opposizione, comparandoli o, meglio, contrapponendoli a problemi altrettanto rilevanti, come quelli della riforma sanitaria generale.

Affrontare il caos giuridico-istituzionale e dell'ordinamento amministrativo degli attuali enti ospedalieri, l'articolazione programmatica tecnico-scientifica delle strutture ospedaliere; i principi dello stato giuridico del personale medico (basterebbe ricordare la figura dell'assistente volontario, che in questo dibattito è stata soltanto di sfuggita accennata, di questa moderna servitù della gleba costretta a lavorare gratuitamente per anni, per decine di anni a volte, in attesa di un posto che il principe si degnerebbe di concedere, e quindi della possibilità di rifarsi a sua volta su altri servi della gleba); affrontare, dicevo, questi principi e proiettarli nel contesto di una moderna concezione statutale, vuol dire incidere profondamente su radicati privilegi e interessi rilevanti e determinare indubbi riflessi non solo sulle strutture sanitarie extra-ospedaliere, ma su tutto il tessuto socio-economico e sui modi di convivenza civile del paese.

Noi avremmo desiderato che il giudizio tecnico e politico e le proposte alternative dell'opposizione si fossero incentrate su questi temi, anziché spaziare sull'universo della medicina e sulle difficoltà con cui la maggioranza è pervenuta alla sua sintesi o, se proprio vi fa piacere, al suo compromesso; ovvero limitarsi a richiamare i modelli di stile giuridico del passato. Perché non si tratta solo di chiederci, onorevole Scarpa, in che modo si ponga l'attuale disegno di legge in rapporto alle previsioni del piano economico testé approvato, e più specificamente alle previsioni relative al settore sanitario-previden-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

ziale, ma si tratta soprattutto di valutare la legge in rapporto alla sua capacità o meno di dar vita ad un tipo di struttura ospedaliera, ad un assetto istituzionale che, potenziando e responsabilizzando il senso di autonomia, ponga le sue fondamenta nello sforzo di iniziativa e di autogestione dei cittadini, si da ampliare il consenso dei ceti più popolari allo Stato democratico.

Del resto, quando si affrontano con concretezza e serenità di giudizio i problemi della malattia e della salute, e quindi della vita e della morte, non solo diventiamo tutti dei protagonisti, ma spesso anche le barriere e le pregiudiziali che più profondamente ci dividono finiscono per diventare più facilmente ed insolitamente perforabili. Ecco perché mi appare veramente fuori tempo e fuori tono — me lo consenta l'onorevole Capua — l'aperto tentativo dei colleghi del gruppo liberale di trasferire un dibattito tecnico-politico sul terreno delle pregiudiziali ideologiche, tendendo a riproporre, anche in questa sede, una pretestuosa polemica tra pubblica e privata iniziativa ed a liquidare la legge con un giudizio sommario di nazionalizzazione degli ospedali e della medicina o di regionalizzazione della medicina ospedaliera, su cui del resto lo stesso onorevole Valitutti ha detto di non essere d'accordo.

In sede di diritto pubblico soggettivo di ogni cittadino alla tutela della salute e del correlativo obbligo giuridico dello Stato a provvedervi concretamente ed adeguatamente, non dovrebbero essere leciti né confusioni, né equivoci, né pretestuosi « distinguo ».

Gli articoli 3, 23 e 32 della nostra Costituzione sono estremamente espliciti nel sancire questo fondamentale diritto alla tutela della salute, come sono espliciti nell'attribuire allo Stato l'obbligo di apprestare gli strumenti ed i mezzi tecnici necessari per garantire alla collettività le migliori condizioni igienico-sanitarie ed all'individuo la possibilità di potersi efficacemente curare indipendentemente dalle sue condizioni professionali ed economiche e in piena parità di dignità sociale. Si tratta quindi di un obbligo costituzionale primario e non già sussidiario di intervento pubblico, a cui lo Stato non può legittimamente ed ulteriormente sottrarsi.

Il fatto, poi, che in sede storica regimi politici profondamente contrastanti sul concetto di valore e sui metodi di attuazione di un ordinamento democratico, come per esempio quello inglese e quello sovietico, abbiano adottato sistemi di protezione sanitaria pressoché analoghi...

CAPUA, *Relatore di minoranza*. E con gli stessi difetti.

FADA. ... mi sembra la prova più dimostrativa del fatto che, almeno su questo terreno, ogni disputa di natura ideologica non può essere che sostanzialmente pretestuosa.

Gli aspetti più importanti che, contestualmente, il dibattito parlamentare dovrebbe evidenziare non possono pertanto che limitarsi ai modi ed ai limiti della concreta attuazione tecnico-giuridica di questi diritti e di questi doveri costituzionali ed ai riflessi politici che tale attuazione comporta sulla realtà sociale, economica, scientifica e civile del nostro paese, senza alcuna possibilità di contestare la natura prettamente pubblicistica della materia, né l'obbligo di intervento dello Stato con tutti gli oneri e i pochi onori connessi, sia pure nel pieno rispetto dell'articolo 38 della Costituzione, che detta: « L'assistenza privata è libera ».

A questo punto mi sembra che dobbiamo sgombrare il terreno da una accusa che ci è stata rivolta da più parti, ripresa recentemente anche da una tribuna alleata, amplificata in questo dibattito dall'opposizione comunista, e non solo da quella: e cioè (cito testualmente) « di dare alloggio ed alimento a tutte quelle forze politiche e di categoria che si sono sempre opposte alla riforma generale del sistema sanitario ».

Al di là di qualche discutibile, anche se autorevole, opinione personale (del resto comprensibile in un grande partito abituato alla dialettica democratica, ovviamente non registrabile in chi ha per motto: « Meglio orgogliosamente solo che dover tollerare un solo dissenso »), la più chiara smentita a questi critici prevenuti e interessati non può venire che dai documenti ufficiali del partito e del gruppo parlamentare ai quali mi onoro di appartenere, e dall'appassionato impegno di moltissimi di noi nel collaborare alla elaborazione di questa legge. Se potessi disporre della sua ricchezza di tempo, onorevole Scarpa, non mi sarebbe difficile dimostrare a lei e anche a qualche altro, attraverso la lettura di questi documenti, che la distinzione tra i moderati dorotei e gli avanzati non dorotei non ha in questa specifica materia il benché minimo fondamento, anche se a lei ed a qualche altro, in mancanza di meglio, può fare molto comodo. Soprattutto in questi ultimi mesi di faticosa enucleazione delle norme definitive in Commissione, è stata effettivamente presente anche alla nostra attenzione — e ho motivo di ritenere non solo alla nostra — una

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

vera e propria istanza conservatrice: ma essa ha riguardato solamente la particolare conservazione dell'uomo malato, anche all'interno delle nuove strutture ospedaliere, così come si è venuta configurando nel tempo, attraverso lo spirito di vera carità cristiana e l'afflato umanitario dei primi movimenti sociali.

Noi riteniamo che non debba essere ignorato né sottovalutato il pericolo che il passaggio dalla assistenza caritativa a quella legale dello Stato possa segnare il momento di una certa ulteriore freddezza e di un anonimato nel rapporto tra assistito e colui che lo assiste. Freddezza ed anonimato che l'impersonalità della legge e del diritto che essa sottintende, ovvero un'efficienza tecnica fine a se stessa ed un metodo fondato totalmente sulla prestazione sanitaria, potrebbero suscitare o potenziare. Non sarebbero in tal caso l'efficienza e la razionalità del sistema, né le conquiste scientifiche che potrebbero colmare il vuoto dello sconforto dell'uomo malato ridotto al ruolo di un numero, di un ingranaggio dell'efficiente macchina ospedaliera, di uno « sconosciuto del dolore », per usare le parole del Concilio.

Noi riteniamo che ogni sforzo debba essere fatto perché domani, più di oggi e più di ieri, sia pregnante nel personale di assistenza di ogni ordine e grado quella tensione ideale che trascende lo stesso piano del dovere e da cui nessuna potestà lo può esonerare, per far sì che ogni uomo malato, proprio nel momento in cui attraverso la sofferenza evidenzia i suoi contenuti più umani, conservi un volto e la sua dignità di persona di fronte alla società, e senta il conforto e il calore di questo collegamento immediato.

Questo è quanto ci interessa conservare del passato. Per il resto, ci pare di poter tranquillamente assicurare, sia a coloro che sperano sia a quelli che temono, che nel momento in cui si pone il superamento di vecchi concetti caritativi e assistenziali delle strutture giuridiche della protezione ospedaliera, e in cui diritti e doveri costituzionali stanno per uscire dal limbo del loro valore programmatico per enuclearsi in precise e imperative norme di legge, non solo non esiste, almeno su questo terreno, alcun contrasto di principio, ma nemmeno alcuna sostanziale e irrisolvibile divergenza tra la nostra impostazione e quella socialista. Anzi, cattolici democratici e socialisti non possono non essere concordi nel constatare una realtà che è al tempo stesso una denuncia: e cioè che, in piena e prolungata carenza dello Stato, e di chi lo gestiva nei con-

fronti di un pubblico servizio ospedaliero, è stato solo lo spirito di cristiana carità e di umana solidarietà che ha permesso attraverso le opere pie di provvedere in qualche modo ad una delle indispensabili esigenze di base delle grandi masse popolari.

SCARPA. Perché allora avete rovesciato lo schema Mariotti, se eravate così d'accordo?

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. In che cosa è stato rovesciato?

FADA. Abbia pazienza, onorevole Scarpa: arrivo grado per grado, anche se non impiegherò il suo tempo.

Onorevole ministro, non ho alcuna necessità di usare il flauto magico dell'onorevole Scarpa e dei suoi compagni. Tuttavia, la mia posizione politica non mi impedisce certo il riconoscimento della sua nobile fatica e della sua tenacia nell'affrontare e superare i numerosi ostacoli che ha superato, come pure della sua determinante funzione nel catalizzare le attese e le istanze di vastissimi ambienti. Ella ha fatto ciò con il timbro della sua personalità, con quella che noi medici chiameremmo una terapia d'urto; e ha suscitato reazioni tempestose e polemiche vivacissime. Si poteva evitarle? Non lo so, ma ho dubbi fondati. Al limite, la questione essenziale non è questa; è importante invece che la questione ospedaliera sia diventata un fatto di coscienza popolare, come non lo è mai stato, che il disegno di legge, pur con tutte le opportune integrazioni che il dibattito eventualmente suggerirà, riceva la sua definitiva sanzione parlamentare.

D'altra parte, nel vivo di questa battaglia parlamentare, che fa onore a lei, onorevole ministro, e alla sua maggioranza, abbiamo sentite, riprese ed amplificate le speculazioni politiche di questi ultimi tempi. Si è detto che il disegno di legge è frutto di un compromesso, ma soprattutto sono tornati alla ribalta i soliti cedimenti, le immancabili forze moderate della democrazia cristiana. E tutto questo perché? Sostanzialmente perché è stata abbandonata la concezione del fondo ospedaliero nazionale, propria dell'originario schema di disegno di legge. Non sprecherò un solo attimo di tempo per tentare di anticipare le spiegazioni dell'onorevole ministro. Sarebbe infatti da parte mia una imperdonabile presunzione, come penso lo sia stata anche per qualche suo compagno di partito.

La verità, onorevole Scarpa, è che le forze avanzate o moderate della democrazia cristiana non c'entrano affatto! C'entra invece la

concezione di fondo dell'effettiva articolazione di un moderno Stato democratico, in cui il massimo di efficienza e di coordinamento deve trovare un equilibrio con il massimo di autonomia in tutti i settori.

Cercherò di chiarire queste concezioni, che per noi sono sempre state chiare. Abbiamo sempre creduto che la linea di tendenza nella trasformazione degli istituti statuali, che abbiamo ereditato, debba far perno sulla autonomia e sull'iniziativa degli enti intermedi, di tutti gli enti intermedi, siano essi territoriali o no. La nostra è la concezione di una società pluralista, come del resto quella del socialismo solidarista e proudhoniano: fra l'individuo e lo Stato vi costruirò un mondo, diceva Proudhon; una concezione pluralista che demanda al potere centrale il compito di statuire il quadro della autonomia degli enti intermedi, il loro coordinamento, il controllo delle loro iniziative, ma affida le sue speranze e le fortune di progresso civile, democratico e popolare alla capacità e freschezza di fantasia creatrice e al contatto immediato con le necessità di una classe dirigente periferica.

Ella, onorevole Scarpa, ci ha chiesto: ma dove è scritto che gli ospedali devono essere autonomi? Sarebbe facile a mia volta chiederle: ma dove è scritto che gli ospedali non devono essere autonomi? Ma mi limiterò ad osservarle che, per quanto ci riguarda, è scritto nella concezione che noi abbiamo sempre avuto e abbiamo delle società. E nel caso che avesse confuso, mi permetto di aggiungerle che noi in quest'aula, nella maggioranza e nel paese, non è che siamo proprio degli sconosciuti o gli ultimi arrivati. Non altrettanto chiara è apparsa invece, proprio dalle sue parole e da quelle dei suoi colleghi di gruppo, la concezione di fondo dell'articolazione dello Stato: da una parte si chiede la centralizzazione del fondo nazionale ospedaliero e dall'altra il decentramento, con lo *slogan* di: « Tutto alle regioni ». In questa sede, come, del resto, in altre, è emerso continuamente quello che, se mi fosse consentito, chiamerei un vostro « vizio di origine », ossia l'ondeggiamento permanente, tattico, strumentale fra una realista e moderna concezione decentrata e il carattere centralizzato e autoritario proprio delle vostre origini, di superate impostazioni ideologiche e (perché no?) anche di certe votazioni in sede costituzionale. Se si riuscisse ad abbandonare, anche solo per un momento, le posizioni dialettico-polemiche e si riuscisse a valutare i testi con distacco ed obiettività, non si potrebbe non convenire che l'unica vera differenza sostanziale fra i due disegni di legge sta in una

certa articolazione centralizzata dello schema originario e decentrata del progetto attuale. Abbiamo detto tutti tante volte, e specie voi delle opposizioni che strumentalizzate ogni e qualsiasi scandalo contro l'esecutivo, che la struttura burocratica di questo Stato è ingovernabile e vicina alla paralisi. Abbiamo detto tante volte che i numerosi « carrozzoni » ministeriali centralizzati hanno ripetutamente dimostrato di essere inadatti alla duttilità e allo slancio della vita moderna e di prestarsi invece molto egregiamente al clientelismo, agli abusi ed agli sprechi, generando, intorno a questi moderni monarchi, medioevali baronie feudali.

Anche recentemente l'*Economist* paragonava il progresso compiuto dal nostro paese nel dopoguerra a una guerra-lampo, in cui le legioni corazzate dell'industria irrompono avanti, ma si lasciano alle spalle delle sacche di resistenza, costituite dalla macchina statale, da questo organismo che, per capricci, puntigli, sembra in uno stato di disfacimento senile. Ma si tratta di sacche di resistenza di dimensioni tali da costituire un fronte a sé, in grado di compromettere l'esito di tutta la battaglia.

La riforma ospedaliera è un'occasione per dimostrare una volta tanto di essere conseguenti. Cosa era, in sostanza, il fondo nazionale ospedaliero dello schema originario, questa specie di oggetto misterioso? (*Interruzione del deputato Scarpa*). Era un capitolo del bilancio del Ministero della sanità, amministrato con la super-revisione di un comitato di ministri; su di esso i vari enti mutualistici previdenziali e gli enti pubblici avrebbero dovuto versare tutte le somme per le prestazioni ospedaliere ai loro assistiti, somme che attualmente versano, sia pure in grave ritardo, alle amministrazioni ospedaliere. Il Ministero della sanità avrebbe poi provveduto direttamente al pagamento immediato delle prestazioni effettuate dagli ospedali. Meno chiara, in verità, era la posizione che si evinceva dalla relazione e dal testo dell'articolo 17 per quanto riguardava l'incameramento, o comunque la gestione, del coarcevo dei beni patrimoniali attualmente di proprietà dei singoli ospedali. La relazione parlava solo di una concentrazione in un unico fondo di tutte le risorse nazionali destinate all'assistenza degli infermi. E la lettera f) dell'articolo 17 accennava solo ai proventi delle vendite del patrimonio delle opere pie soggette ad estinzione per esaurimento dei propri fini istituzionali, mentre dalle dichiarazioni del ministro Mariotti al Senato a chiusura del dibattimento

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

tito sul bilancio 1966 del suo Ministero, e dall'articolo a sua firma sull'*Avanti!* del 19 novembre, sembrava dovesse escludersi l'incameramento dei patrimoni nel fondo, che avrebbe avuto invece il compito della loro gestione.

I documenti noti non autorizzano affatto l'interpretazione che qui abbiamo udito dare, non solo da parte comunista, ma anche da parte dell'onorevole Romano, di un fondo ospedaliero ricavato anche con l'applicazione di strumenti fiscali. Questo almeno allo stato attuale degli atti, dei fatti e delle discussioni, e non già dal contesto di quella che sarà o potrà essere la soluzione finale del finanziamento della sicurezza sociale. Ma a questo proposito si deve essere chiari: la maggioranza non può e non deve lasciar sorgere sospetti. Da un lato si dice, a giustissima ragione, che i 1214 (e non 1700 come ha detto l'onorevole Romano) miliardi che spendiamo per l'assistenza sanitaria costituiscono una cifra che, in proporzione, nessun paese si permette il lusso di spendere; e dall'altro, piuttosto sbrigativamente, si propone, quanto meno fino al momento della riforma sanitaria generale, di continuare a spendere, purtroppo male, questa stessa cifra e, in più, di aggiungere anche un'addizionale fiscale. Pensiamo che in questa materia non sia lecito né prudente abbandonarsi all'estro delle improvvisazioni. Un conto è e deve essere la tecnica di finanziamento del futuro sistema di sicurezza sociale, su cui abbiamo già dichiarata la nostra opinione votando il piano quinquennale, un conto è la cifra globale che deve essere spesa a questo titolo. Oggi come oggi deve essere quanto meno affermato che, prima di autorizzare aumenti di spesa, si deve provvedere ad utilizzare le cifre disponibili con tutti quei necessari criteri di efficienza e razionalità economica che consentano di ottenere il massimo dell'utilità per la generalità dei cittadini.

Mi rendo senz'altro conto, anzi dirò che da un certo punto di vista posso apprezzare i motivi che hanno determinato l'« invenzione » (dirò anch'io, onorevole ministro, come l'onorevole Valitutti che usa il termine in senso tecnico) del fondo ospedaliero: il concentrare in un unico fondo tutte le attuali risorse nazionali destinate all'assistenza ospedaliera e poliambulatoriale avrebbe anche potuto significare una più equilibrata distribuzione nell'ambito di una solidarietà ospedaliera nazionale. Avrebbe senz'altro significato un altro passo verso il superamento del sistema mutualistico previdenziale per l'attuazio-

ne di un sistema di sicurezza sociale finanziato attraverso l'imposizione fiscale applicata all'intera collettività in rapporto alla capacità contributiva dei singoli cittadini.

Ma il problema non è di intenzioni o di speranze, per quanto rispettabili esse siano: è di realtà. Affinché non sfuggano elementi ed aspetti di questa realtà, essa deve essere bene affrontata. A prescindere da ogni valutazione circa la competenza legislativa ed amministrativa concorrente che la Costituzione attribuisce alle regioni, resta sempre il fatto del significato assunto dall'incameramento in un unico fondo di tutte le rette di degenza, rimanendo inalterato il sistema mutualistico e la competenza degli enti territoriali. Si noti bene che si tratta di più di 8 mila comuni e di una sessantina di enti mutualistici che provvedono a 3 milioni e mezzo di ricoverati all'anno con criteri differenziati. È chiaro che tutta la complessa macchina burocratica, attualmente esistente per seguire i farraginosi rapporti bilaterali tra enti ed ospedali, avrebbe dovuto essere convenientemente aumentata per sostenere un rapporto addirittura triangolare tra enti, ministeri ed ospedali, con tutto il prevedibile, immane corteo di contestazioni, di conflitti di competenza e di ritardi.

Comunque, dato e non concesso che per qualche sortilegio tutto potesse andare per il meglio e che le nostre preoccupazioni si fossero dimostrate infondate, almeno di una cosa siamo certi, e cioè che il previsto versamento delle rette degli enti mutualistici allo Stato e da questo agli enti ospedalieri, anziché dagli enti mutualistici direttamente agli ospedali, non avrebbe certo risolto i favolosi deficit di gestione delle mutue e dei comuni e quindi la loro situazione debitoria di più di 200 miliardi nei confronti degli ospedali, né magicamente avrebbe moltiplicato i miliardi che necessitano per costruire i nuovi ospedali.

E che dire di una gestione ministeriale centralizzata di un patrimonio prevalentemente immobiliare di decine o, probabilmente, di centinaia di miliardi? Per natura credo di non essere uno scettico né un qualunquista, ma con i tempi che corrono non sono proprio disposto a giurare che una tale gestione avrebbe sicuramente reso a sufficienza anche solo per retribuire il personale in essa impegnato.

È stato tutto questo complesso di preoccupazioni e di motivi — e non già remore moderate — che ci ha indirizzato verso il cosiddetto riconoscimento del pluralismo dei poteri e delle forme istituzionali, nel collaborare alla strutturazione del disegno di legge in discus-

sione. Pluralismo che trova la sua autentica autonomia e il suo cespite normale di funzionamento nella retta di degenza, intesa come metro di misura dell'efficienza del servizio.

D'accordo, resta sempre comunque il problema di una più intelligente e oculata amministrazione anche da parte delle singole amministrazioni ospedaliere. Il disegno di legge in esame, però, qualche premessa l'ha posta. Innanzitutto, l'articolo 29 sancisce che il piano regionale ospedaliero — che avrà forza coattiva — dovrà tener conto anche della economicità di gestione. L'articolo 9, demandando la nomina degli amministratori ospedalieri agli enti locali, introduce un rapporto tra gli amministratori degli ospedali e questi enti democraticamente espressi, indirettamente quindi un rapporto con i cittadini elettori, ai quali, in ultima analisi, gli amministratori ospedalieri saranno tenuti a rispondere del proprio operato.

Lo stesso articolo 9, introducendo il nuovo criterio di un sia pure modesto indennizzo per l'opera degli amministratori, tende proprio, da un lato, ad evitare che i consigli di amministrazioni ospedaliere possano diventare dei centri di indiscriminata raccolta di tutti i pensionati o il dopolavoro di persone troppo affaccendate; dall'altro, a mobilitare tutte quelle energie giovani, appassionate, competenti, che non avendo beni di fortuna personali, non possono rinunciare neppure a parte dei frutti del loro lavoro senza risentirne un sensibile danno personale o familiare.

Evidentemente, gli articoli di legge non sono mai bastati e non basteranno mai a produrre una buona ed oculata amministrazione né un costume; cosicché non sarà certo male se il Ministero o i comitati regionali della programmazione ospedaliera provvederanno alla pubblicazione di comparabili raffronti sulle rette di degenza e quindi sui costi di gestione degli enti ospedalieri, sì da stimolare un sano spirito di responsabilità e di emulazione negli amministratori.

Quanto ai beni patrimoniali, non sarà certo male se sempre i comitati regionali della programmazione ospedaliera provvederanno ad un inventario del tipo e dell'ammontare di questi patrimoni, e attraverso un servizio di consulenza tecnico-finanziaria solleciteranno le amministrazioni interessate a provvedere alle opportune operazioni di smobilizzo e di reimpiego a fini di utilità generale.

Quello che non si può ulteriormente tollerare è che vi possano essere amministrazioni ospedaliere che, anziché dedicarsi a costruire, ampliare, migliorare le attrezzature, centra-

lizzare i servizi, istituire scuole per il personale, e così via, pensino prevalentemente ad amministrare patrimoni terrieri o immobiliari. Le amministrazioni ospedaliere devono prima di tutto e soprattutto pensare all'efficienza delle attrezzature e del personale ospedaliero; e solo quando ciò avesse raggiunto l'*optimum*, ad investire le riserve nel miglior modo possibile, per finalità di interesse generale. Lo spirito della legge non può essere che questo, e ogni atto del ministro inteso a denunciare carenze e responsabilità di questo tipo avrà il nostro più aperto e più solidale consenso.

La nostra preoccupazione di un ospedale efficiente sanitarimente ed amministrativamente viene definita, piuttosto spregiativamente, dall'opposizione comunista « aziendalismo ospedaliero ».

SCARPA. Non solo da noi comunisti, ma anche dai repubblicani.

FADA. Non ci interessa in quale compagnia siate, mi sembra di averlo già accennato. Ma a nostra volta ci permettiamo di chiederci che cosa esattamente significa l'affermazione che l'ospedale è un servizio i cui oneri debbono essere assunti dallo Stato (e sta bene), ma deve inoltre essere svincolato da preoccupazioni di tipo aziendale, per impegnarsi solo ed esclusivamente in una sempre più elevata qualificazione delle sue funzioni? Vuole forse significare che non ha importanza quello che costa il servizio ospedaliero, purché paghi Pantalone?

SCARPA. Perché, chi paga oggi non è forse Pantalone?

FADA. Con quale metro si dovrebbero misurare oggi i costi di gestione di ogni ospedale? Perché bisognerà bene che un metro ci sia.

Questo tipo di discorso, ci permetta, onorevole Scarpa, ci appare un poco fuori moda. Perché siamo d'accordo che, prima o poi, uno Stato moderno dovrà provvedere alla sicurezza sociale...

SCARPA. Poi, poi... Tranquillizzi tutti: dica che si tratta di poi.

FADA. ...attraverso un tipo di finanziamento fiscale. Ma sarebbe davvero strano che proprio noi ci mettessimo ad impiantare servizi sociali svincolati da preoccupazioni di costi proprio mentre là dove questo è già stato fatto si riscopre addirittura il profitto come metro di valutazione dei costi.

Quando abbiamo proposto, o decisamente sostenuto, elementi innovatori, come quello dell'ancoraggio dei consigli di amministrazione alle collettività assistite, o quello dell'indennità di funzione, avevamo piena coscienza di introdurre elementi non facilmente acquisibili da un certo tipo di mentalità notabile o benefico-assistenziale; e non tanto clericale forse, quanto laica; ed avevamo quindi piena coscienza di correre il rischio di esporci a polemiche interessate e a speculazioni. Non pensavamo però che si arrivasse al punto di identificare il vero scopo della riforma sanitaria voluta dal centro-sinistra nella creazione di nuovi e ambiti posti di sottogoverno, secondo l'affermazione dei relatori di minoranza del gruppo liberale.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Saranno tutti quei posti di piccolo sottogoverno pagati che ella, onorevole Fada, ha citato dianzi.

FADA. Onorevole Capua, abbia la pazienza di farmi proseguire; dopo mi risponderà.

Il discorso sulla cosiddetta politicizzazione delle amministrazioni ospedaliere e sul loro significato di sottogoverno ripreso qui ampiamente dagli altri oratori liberali deve essere condotto fino in fondo, e con estrema chiarezza, perché l'opinione pubblica possa avere tutti gli elementi per giudicarne la pretestuosità o meno.

Il problema della cosiddetta politicizzazione si riduce essenzialmente al problema del mezzo di scelta degli amministratori. Come hanno risolto i liberali prefascisti, con la legge del 1890, ed i fascisti, con le successive modifiche, questo problema? Centralizzando, statizzando al massimo, corporativizzando, ossia demandando agli statuti ed in via generale ai prefetti, e quindi al Ministero dell'interno, tale potere di scelta.

Non si vorrà per caso negare che anche questo è stato un sistema di politicizzazione, poiché fino a prova contraria Ministero dell'interno e prefetture non sono mai stati ritenuti da alcuno organi tecnici; a nostro avviso, questo è stato anche il sistema di politicizzazione più antidemocratico e, visti i risultati, meno efficiente.

Ci è sembrato, considerato che un sistema bisognava pur escogitarlo e che l'opposizione liberale uno suo non lo ha mai proposto, che per essere in regola con la sostanza di un regime democratico non si potesse fare altro che demandare tale potere di scelta direttamente ai consigli degli enti locali territorialmente competenti e quindi indirettamente alla volontà popolare degli assistiti.

Conosce qualcuno un sistema migliore? Ce lo dica. È questa la « politicizzazione » degli ospedali? Ne assumiamo consapevolmente la piena responsabilità, poiché quanto meno è una politicizzazione democratica, è la politicizzazione che la volontà popolare degli assistiti esprimerà con il suo voto. Ma non si può per questo affermare che si tratta di un sistema che condanna proprio le persone che appartengono a gruppi politici che non sono di centro-sinistra. Il legislatore non condanna *a priori* né *a posteriori* alcuna persona né alcun gruppo, ma si limita a demandare il giudizio al voto popolare. Se il popolo ritiene di condannare qualcuno, dove pretenderebbe mai costui di trovare in regime democratico il fondamento di legittimità per sedere in un consiglio di amministrazione ospedaliero? Riterrebbe forse di trovarlo in una « sana amministrazione », che non si vede poi per quali motivi o ragioni dovrebbe essere indisciplinato monopolio di chi appartiene a certi gruppi, piuttosto che ad altri? O riterebbe di trovare il principio di legittimità in una specie di concorso per titoli di capacità e competenza di amministrazione, il cui giudizio, del resto, non si sa poi quale consesso dovrebbe pronunziarlo?

Il discorso sul rapporto tra democrazia, quantità e qualità non è certo nuovo, anche se non perde mai un qualche suo fascino, ma non perde neppure la sua pericolosità: le insidie alla democrazia sono sempre incominciate da questo tipo di discorsi, i freni dalla discriminazione dei requisiti. È certo più facile, onorevole Valitutti, che un avvocato o un ingegnere amministri un ospedale meglio di una domestica; ma non vedo per quale ragione una domestica possa diventare deputato e non possa amministrare un ospedale.

I pericoli di quella che voi chiamate la « politicizzazione », colleghi liberali, sono i pericoli della faziosità e dei pregiudizi. Esistono certamente e sono sempre esistiti, ma non sono certo i metodi dittatoriali o quelli oligarchici che li hanno neutralizzati; caso mai li hanno aggravati.

Passiamo al problema dell'indennità di funzione ed al conseguente sottogoverno. Accennavo prima ad una certa mentalità benefico-assistenziale, e possiamo benissimo capire come, di fronte ad un tale problema, le migliaia di amministratori ospedalieri, che per tanti anni hanno concepito e vissuto questa loro attività come un nobile servizio reso alla comunità, possano provare un certo senso di disagio. Ma, a nostro giudizio, errerebbe il legislatore che si arrestasse di fronte

ad un nobile sentimento e non avesse il coraggio di guardare in fondo alla realtà del problema.

Gli ospedali sono diventati oggi, e lo diventeranno sempre più domani (a meno che non se ne voglia fare « carrozzoni » i cui costi non avrebbero alcuna importanza in quanto, come si dice, paga Pantalone), vere e proprie medie e grandi aziende, con tutta la complessità e l'entità dei problemi che comporta quotidianamente la gestione di una grande azienda sia pure *sui generis*. Delle aziende i cui bilanci sono spesso addirittura superiori ai bilanci dei comuni e delle province in cui sorgono.

È ancora possibile trovare le persone adatte, capaci e competenti che la situazione esige e che la stessa opposizione liberale sollecita, nel gruppo di coloro che possono vivere senza lavorare, o bisogna affidare questa attività assorbente a coloro che non la potranno necessariamente svolgere se non nei ritagli di tempo lasciati loro liberi da altre attività altrettanto assorbenti? Se si ritiene di poter rispondere affermativamente a questa domanda, si può fare a meno benissimo delle indennità di funzione; ma, prima di rispondere a questa domanda, ognuno di noi si accerti della reale situazione esistente negli ospedali in rapporto alla qualificazione e all'efficienza degli amministratori e non si affidi a quelle generose e lodevoli esperienze che pur ci sono, ma si pongono sempre più come eccezioni, e non già come norma generale. Tra l'altro, si possono leggere gli atti della commissione di indagine del 1953 sugli ospedali riuniti di Roma dove tra le altre cose si rileva che la gestione di un patrimonio immobiliare di 39 miliardi ha dato, fino a pochi anni addietro, un reddito irrisorio quando, addirittura, non si è chiusa in perdita.

L'idea del fondo nazionale ospedaliero, a nostro avviso inattuabile, senza il collaterale e contemporaneo superamento della struttura mutualistica e dell'accollamento agli enti locali di spese per competenze che sono proprie dello Stato, è pericolosa ai fini di una crescita democratica del cittadino e delle istituzioni, ma ha riproposto coraggiosamente grandi e complessi problemi, che bisognerà pur decidersi una buona volta ad affrontare e risolvere, cioè quelli della riforma della mutualità e della finanza locale.

Evidentemente, la sede della riforma ospedaliera non era la più adatta per dibattere e risolvere problemi che hanno ben altre connessioni ed implicazioni. Ciò non toglie che

le stesse negative interferenze che la mancata riforma della mutualità ha fatto pesare anche sulla riforma ospedaliera suonino come una ulteriore indilazionabile sollecitazione al Parlamento e al Governo e riesaminare la scottante questione in tutti i suoi aspetti e portarla decisamente a soluzione.

Non condividiamo però una certa tesi, diciamo, disfattista che ci è parso di cogliere qua e là, dentro e fuori di quest'aula, e cioè che è impossibile attuare una vera riforma ospedaliera senza attuare contemporaneamente anche la riforma sanitaria generale. La forma più pericolosa della malattia gattopardiana del « tutto cambi perché nulla cambi » non è sicuramente quella conservatrice, in quanto a un osservatore avveduto è pur possibile evidenziarne gli interessi e le finalità, e una volta scoperto il gioco, la conservazione è costretta a mettere le carte in tavola. La forma più pericolosa e quasi inguaribile è invece quella rivoluzionaria di chi risolve il problema della sua personale incapacità a modificare la realtà e dell'irritazione per i quotidiani condizionamenti con la fuga in avanti, nell'illusoria ed immediata globalità delle grandi cose. E poiché queste grandi cose non possono essere improvvisate, ma necessitano di una lunga, attenta e tenace preparazione, è meglio non prepararle e non fare neppure le piccole, ma cullarsi nelle illusioni e limitarsi al mugugno protestatario contro le forze moderate.

Il nostro, comunque, non è un paese che possa permettersi il lusso di tollerare ancora per molto gli sprechi e i *deficit* della protezione sanitaria mutualistica. Gli avvenimenti di questi ultimi giorni dimostrano che i *deficit* hanno ormai assunto un ritmo di galoppo e che si è vicinissimi al crollo.

Non so se è vero quello che ha scritto l'*Economist* del luglio 1965, e cioè che da una indagine del Ministero della sanità risulterebbe che il numero degli iscritti alle 11 grandi mutue sarebbe di 68 milioni 427 mila 122, ovvero sia conterebbe circa 15 milioni in più del numero complessivo della popolazione. So però — senza dover ricorrere agli inaccessibili segreti di cantina cui ricorre l'onorevole Scarpa — che il costo *pro capite* dell'assistenza farmaceutica nel 1963 è stato in Gran Bretagna di 2.827 lire, mentre da noi, sempre nel 1963, è stato di 7.045 lire e nel 1965 addirittura di 8.867 lire (il triplo di quello inglese); nel 1965 il costo dell'assistenza farmaceutica è di quella medica generica, ossia il costo delle prestazioni che in senso socio-economico (non in senso sanitario) si riferiscono al cosiddetto pic-

colo evento morboso, è stato complessivamente per l'INAM di 364 miliardi, pari a circa il 50 per cento degli introiti, mentre la spesa per l'assistenza ospedaliera, ossia della prestazione riferentesi in senso socio-economico ad un serio evento morboso, è stata di 234 miliardi, pari a circa il 29 per cento degli introiti.

Sono cifre che denunciano in modo inequivocabile lo sfasamento e quindi il superamento di un sistema, che per altro ha avuto i suoi grandi meriti. Stiamo però attenti alle battute d'effetto o ai segreti di Pulcinella degli appalti della repubblica di San Marino, perché l'Italia è un pochino più grande e più complessa della Repubblica di San Marino. Non è questa la sede per discutere a fondo il problema dell'assistenza farmaceutica; ma dopo lo « Scarpa-show », qualche parola la dobbiamo pur dire! (*Interruzione del deputato Scarpa*).

Nulla da togliere e nulla da aggiungere sui sistemi di spinte al consumo e sugli illeciti profitti di certe industrie farmaceutiche, anche se forse non è mai equo fare di ogni erba un fascio. Non può certo mancare anche la nostra più viva sollecitazione al Governo affinché intervenga al più presto con decisione per stroncarli, non foss'altro che per un minimo di pulizia, come pure affinché adottati, almeno in via provvisoria, qualcuno dei sistemi da più parti suggeriti per contenere la spesa farmaceutica. Ma non vendiamo fumo o facili illusioni di centinaia di miliardi di risparmio. Noi possiamo e dobbiamo eliminare i sistemi di spinta al consumo e agli illeciti profitti, ma non potremo mai controllare il bisogno di consumo di farmaci in rapporto a certi stimoli e a certe illusioni tipicamente individuali. Se si vuole mantenere in piedi, in questo specifico settore dell'assistenza farmaceutica domiciliare, la barca della gratuità indiscriminata e del « paga Pantalone », nessuno si illuda che basti eliminare i sistemi di spinta al consumo o agli illeciti profitti (che vanno eliminati per altri motivi) o introdurre il sistema degli appalti per eliminare gli sprechi e realizzare risparmi. Turata una falla, se ne aprirà sempre una nuova, come dimostrano, non solo la nostra inesauribile inventività latina, ma anche le stesse esperienze sovietiche ed inglesi.

L'onorevole Scarpa si è meravigliato, con una certa punta di malignità, per la proposta del ministro Colombo di far contribuire il mutuato all'acquisto dei medicinali, perché questa sarebbe una vecchia idea dell'ASSOFARMA. Si vede proprio che l'ASSOFARMA

ha il filo diretto con il governo sovietico, e solo quello indiretto con il ministro Colombo, perché nell'Unione Sovietica questa idea è già stata adottata da tempo, mentre il ministro Colombo si è limitato a proporla. Il guaio è che anche questa idea non è che un palliativo. Ricorderò solo che parecchi anni fa una sede provinciale dell'INAM dell'alta Italia adottò un simile sistema: per qualche mese l'ascesa delle spese per medicinali ebbe una sosta, ma poi iniziò a salire più rapidamente di prima. La solita inchiesta dimostrò, evidentemente senza prove legali, che il mutuato trovava più comodo e più spiccio farsi rilasciare dal medico due ricette, ritirando con l'una il medicinale e, data la scomodità degli spiccioli, lasciando l'altra al farmacista in conto della percentuale. Quando si discuterà la riforma sanitaria generale, si vedrà che le battute ad effetto o le ricette miracolose contano ben poco. Se si vorrà fare sul serio, e non semplicemente della demagogia, bisognerà adottare il sistema che prevede la entrata in azione di meccanismi automatici contro lo spreco e l'abuso, e ciò vorrà dire un taglio chirurgico doloroso, che dovrà colpire tutti, ripeto tutti, perché in questa materia i peccati sono più o meno gravi, ma è proprio il caso di dire che chi è senza peccato scagli la prima pietra.

Le centrali sindacali si preoccupano, e hanno perfettamente ragione, di opporsi a qualsiasi tentativo di far pagare solo ai lavoratori il costo dei nuovi ospedali. E ci opporremo anche noi, onorevole Scarpa, perché questo è un costo che deve pagare lo Stato. Ma non possiamo occuparci soltanto di questo; bisogna anche stabilire come questo sistema di sprechi può e deve finire, per creare le condizioni che oggi non ci sono e per assicurare a tutti i lavoratori un sistema di medicina preventiva e profilattica a totale carico dello Stato ed un sistema di medicina diagnostico-terapeutica totalmente gratuita per qualsiasi malattia, lieve o grave non importa, accentrato negli ospedali.

Quanto invece all'assistenza farmaceutica domiciliare, pur con gli eventuali contemperamenti per i disoccupati, i pensionati ed i casi eccezionali, il meccanismo automatico contro gli sprechi o gli abusi non può essere se non la responsabilizzazione derivante dal dover pagare personalmente, passando naturalmente a salario i contributi che i lavoratori attualmente versano a tale titolo.

Conoscono le centrali sindacali altri sistemi? Siamo pronti a discuterli. Ma riteniamo che, più delle teorie, valgano in questa ma-

teria gli esperimenti convenientemente condotti, e soprattutto crediamo che i lavoratori stessi, che in definitiva sono quelli che pagano, dovrebbero avere il diritto e la possibilità, magari attraverso un *referendum*, di scegliere il carico che vogliono portare. Il discorso si fa lungo; ma lo tronco subito, assicurando l'onorevole Scarpa che per diretta esperienza posso dire che il sottoconsumo di medicinali dei coltivatori diretti, dei piccoli commercianti ed artigiani non risulta proprio che abbia danneggiato la salute di quelle categorie.

Il fondo ospedaliero previsto dall'articolo 33 non è certamente rilevante. Mi sembra comunque giusto che vada ripreso un concetto contenuto nella previsione del fondo ospedaliero nazionale, e cioè che tutte le somme che lo Stato destina alla politica ospedaliera, attualmente disseminate negli stati di previsione dei vari ministeri, vengano raggruppate in uno specifico capitolo del Ministero della sanità, in attesa di essere destinate agli appositi capitoli delle singole regioni.

L'articolo 52 del disegno di legge in esame accenna, ad esempio, quanto alle costruzioni ospedaliere, al concerto del Ministero della sanità con quello dei lavori pubblici. Ci sembra che un migliore coordinamento ministeriale nell'impostazione del bilancio generale, maggiormente aderente alla sostanza delle competenze, potrebbe realizzare questa giusta istanza.

In questa prospettiva di visione globale delle esigenze sanitarie e dei mezzi disponibili, dovrebbe trovare la soluzione anche la giusta esigenza di una solidarietà ospedaliera nazionale, non solo destinando la maggior parte dei mezzi disponibili alle zone prive degli ospedali e dei posti-letto indispensabili, ma disponendo anche che la priorità nella distribuzione delle residue possibilità spetti alle amministrazioni ospedaliere che non dispongono di beni patrimoniali da smobilizzare.

Ma è proprio vero che questa riforma si limita a sanzionare la realtà esistente e non introduce nel sistema alcun elemento di modernità e di novità? L'esame non può evidentemente che essere sintetico e limitato solo a qualche aspetto. È noto che la struttura giuridico-amministrativa attuale degli enti ospedalieri si presenta estremamente eterogenea per tutta una serie di cause e di aspetti che non è il caso di esaminare. I titoli I e II del disegno di legge in esame affrontano la questione e la risolvono radicalmente. La configurazione giuridico-amministrativa e tecnico-sanitaria dei futuri enti pubblici ospeda-

lieri sarà uniforme per tutto il territorio nazionale: identica sarà la composizione degli organi di amministrazione, identica la disciplina dei controlli di legittimità e di merito, identiche la struttura e la disciplina amministrativa. In questo quadro dovranno rientrare tutte le istituzioni pubbliche che erogano prestazioni ospedaliere, con la sola ed ovvia esclusione delle case di cura private, delle cliniche universitarie, degli ospedali degli enti ecclesiastici che non hanno finalità di lucro; ma con l'inclusione degli ospedali degli enti previdenziali e degli enti pubblici territoriali.

L'aver dato all'articolo 1 della legge una particolare configurazione agli ospedali dipendenti da enti ecclesiastici, configurazione intermedia tra quella degli enti pubblici ospedalieri e quella delle case di cura private, ha sollevato le riserve dell'opposizione comunista e la più fiera protesta da parte dell'opposizione liberale. Non è nostra intenzione reagire adeguatamente al tono di acidità polemica, di preconcetta ostilità — che sa di epoca crispina — della relazione di minoranza dei colleghi liberali su questo specifico argomento, nel contestare l'infondata e gratuita accusa che questo sarebbe il prezzo del compromesso da noi richiesto e dai socialisti pagato.

Ci interessa affrontare con serenità, ma apertamente, una questione non rilevante sotto l'aspetto pratico (si tratta di una dozzina di ospedali su circa 1.200 esistenti), ma che implica per noi illuminanti acquisizioni sul piano degli atteggiamenti politici.

Ad una attenta e serena valutazione, appare dubbio e discutibile che l'articolo 29, lettera c), del Concordato possa autorizzare ed ammettere anche gli ospedali degli enti ecclesiastici tra quelle confraternite aventi scopi esclusivi o preminenti di culto, per cui è prevista l'intangibilità della struttura giuridica da parte dello Stato.

A mio avviso, questi ospedali, anche se fondati e dipendenti da ordini ecclesiastici, ed eretti a norma del canone 1849, ricadono sotto la legislazione dello Stato, sotto la legge quindi del 1890 e le sue successive modifiche; anche se può — a ragione — osservarsi che l'articolo 7 della Costituzione riconosce che lo Stato e la Chiesa cattolica sono, ciascuno nel suo ordine, indipendenti e sovrani e che, in definitiva, tali ospedali degli enti ecclesiastici sono emanazione diretta di questa società perfetta e sovrana e in un certo senso rientrano nel suo ordine. Ma la loro particolare configurazione giuridico-amministrativa non

è stata fondata da noi su determinati elementi di diritto concordatario, bensì prevalentemente, se non esclusivamente, sulla loro precisa mancanza di fini di lucro, come ha sottolineato il relatore per la maggioranza onorevole Lattanzio.

Il punto discriminante con le case di cura sta quindi in tale diversa finalità che non ha bisogno di essere dimostrata, onorevole Capua, poiché, secondo l'esplicita previsione dell'articolo 16 del codice civile, l'atto costitutivo o lo statuto di ogni istituto o ente ecclesiastico civilmente riconosciuto deve contenere la indicazione dello scopo.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Ce l'ha il bilancio del Fatebenefratelli? Le sue sono affermazioni gratuite.

FADA. Che poi questa diversa finalità sia per i liberali assolutamente irrilevante, è evidentemente questione di sensibilità e di gusto, che non può essere certo discussa.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Sono parole in libertà. Ci porti i bilanci di questi istituti prima di fare tali discorsi.

FADA. Abbia pazienza, l'articolo 16 del codice civile dice che l'atto costitutivo e lo statuto devono indicare lo scopo per essere approvati.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Lasci stare lo scopo.

FADA. Legga l'articolo 16 del codice civile.

Non si può pretendere di impedire al legislatore di valutare la rilevanza di tale diversa finalità in rapporto agli specifici obiettivi che vuol perseguire e di dedurre, nel caso, le conseguenze che, nella sua discrezionalità e nel rispetto dei principi costituzionali, ritenga più opportune. La maggioranza, al contrario dei liberali e anche dei comunisti, ha ritenuto che la valutazione delle finalità di lucro, almeno in materia di assistenza ospedaliera, potesse essere tutt'altro che irrilevante; e che anzi fosse di per se stessa sufficiente a giustificare una diversa configurazione giuridico-amministrativa degli enti ospedalieri privati che la escludono, e ciò anche a costo di offrire il fianco a qualche polemica di vieto sapore che sembra disturbare la sensibilità dell'onorevole Romano.

La maggioranza, del resto, anche se ritiene, nella fattispecie, che l'assenza di finalità di lucro sia propria degli ospedali dipendenti da enti ecclesiastici, non limita le conseguenze da dedurre solo a questi, perché, non esclu-

dendo che questa finalità possa rinvenirsi anche in ospedali dipendenti da fondazioni di qualsiasi ideologia, non manca di dedurne le relative conseguenze, come può rilevarsi dal penultimo comma dell'articolo 9. Non c'è bisogno di ricercare reconditi significati e retroscena, perché la questione è estremamente chiara. Tutta la maggioranza — e l'eccezione nel caso conferma la regola — senza prevenzioni ha trovato in un principio di equità la ragione sufficiente per dare soluzione a questo delicato problema cui i regimi liberali non hanno saputo dare soluzione.

Come cattolici, non possiamo che esprimere il più vivo apprezzamento per questa equità dimostrata da coloro che, in seno alla maggioranza, non condividono i nostri principi religiosi.

A questa struttura degli enti ospedalieri, democratica e razionale, l'opposizione liberale non contrappone altre organiche soluzioni, mentre l'opposizione comunista, prescindendo da altre valutazioni, contrappone una delle due richieste di fondo, cioè il passaggio degli ospedali alla gestione diretta degli enti pubblici territoriali (regioni, province e comuni) che, a loro volta, dovrebbero creare aziende autonome per la gestione degli ospedali.

SCARPA. Chi lo ha detto?

FADA. Lo ha detto lei e lo hanno detto i suoi amici nella commissione Dogliotti. Ho i documenti, se le interessano.

Certo non è facile capire come possa conciliarsi questa richiesta con quella di un fondo nazionale ospedaliero accentratore, salvo a dare per scontata una realtà che non esiste ancora, cioè la fiscalizzazione degli oneri sociali per l'assistenza ospedaliera, la morte delle mutualità e l'esistenza delle regioni. Comunque, limitando il discorso alla questione, i colleghi comunisti scuseranno la mia dura cervice se, nonostante l'attenzione prestata al dibattito prima in Commissione e ora in aula, non è riuscita ancora a capire la sottile differenza esistente tra un ente ospedaliero autonomo, ma i cui organi siano espressione diretta degli enti locali, e un'azienda autonoma gestita dagli stessi enti territoriali, e perché un ente ospedaliero debba rappresentare (per usare le sue parole, onorevole Scarpa) una causa di disfunzione dell'intero servizio sanitario, e l'eventuale azienda autonoma, invece no. (*Interruzione del deputato Scarpa*).

Guardi, onorevole Scarpa, che citerò parole sue. Se in via di ipotesi si vuole ammettere

che gli enti territoriali siano disponibili per le direttive della regione intese all'integrazione della rete ospedaliera in un eventuale servizio sanitario nazionale, e gli amministratori degli enti ospedalieri autonomi invece no, che cosa può escludere che la stessa stessa situazione di conflitto possa verificarsi anche nei confronti degli amministratori delle eventuali aziende autonome? E, al limite, che cosa può vietare ai consigli degli enti territoriali di cambiare alla scadenza gli amministratori degli enti ospedalieri? E, in definitiva, non è riconosciuto dalla legge in esame il potere coercitivo delle regioni?

Altro principio profondamente innovatore e moderno è quello del titolo VI relativo alla programmazione. Non mi soffermo sui dati statistici che documentano gli squilibri e i dislivelli oggi esistenti nelle strutture e nelle attrezzature ospedaliere, per cui, se nella maggior parte delle zone si riscontrano spaventose carenze, non mancano nemmeno ospedali che debbono rubarsi o fabbricare gli ammalati e le degenze per sopravvivere. Quel che è importante è che per la prima volta si dia vita ad organi che non dovranno solo predisporre lo studio di una rete ospedaliera territorialmente e funzionalmente adeguata alle diverse esigenze sanitarie, ma che avranno il potere di vietare agli enti pubblici qualsiasi modifica ospedaliera non prevista dal piano e di procedere coattivamente alla istituzione di nuovi enti ospedalieri e alla fusione o concentrazione di enti ospedalieri esistenti come prevede lo articolo 6.

In una visione globale della strutturazione sanitaria del paese è ovvio che l'ospedale non può concepirsi come un presidio isolato. L'ospedale è il pilastro principale di questa strutturazione, ma non è il solo. Come si inserisce l'ospedale nel contesto di tutti gli altri presidi sanitari, condotta medica, medicina generica, specialistica, preventiva? Nel disegno di legge in esame vi è un timido accenno, alla lettera e) dell'articolo 26, in cui è detto che il piano nazionale precisa « i criteri organizzativi e funzionali mediante i quali realizzare un attivo coordinamento tra i diversi presidi che concorrono a costituire il sistema sanitario nazionale ».

Non ho alcuna difficoltà a riconoscere che sotto questo aspetto il disegno di legge in esame si presenta lacunoso. Ma si poteva fare diversamente? Sarebbe stato serio e soprattutto prudente configurare esattamente questo collegamento con il sistema sanitario nazionale senza avere una idea esatta di quale sarà la sorte definitiva del sistema mutualistico, la

struttura delle unità sanitarie locali, la funzione dei vari enti quali l'ONMI, la Croce rossa, gli enti territoriali, eccetera. A me sembra che se non si vuole mettere, come si dice, il carro davanti ai buoi, sia prima indispensabile dare una soluzione concreta e precisa a tutti questi problemi e solo dopo, nel contesto di quella soluzione, collocare armonicamente la funzione degli ospedali. Temo che, se si fosse proceduto alla rovescia, non si sarebbe fatto altro che aumentare la grande confusione esistente. La legge in esame non solo non pregiudica alcunché in rapporto a quella che sarà la saldatura dell'ospedale con il futuro servizio sanitario generale, ma non pone nemmeno alcuna preclusione alle decisioni che il Parlamento e il Governo intenderanno prendere per l'attuazione delle norme contenute nella programmazione.

Il titolo VI del disegno di legge in esame introduce numerosi elementi nuovi relativamente a quello che dovrà essere il futuro ordinamento dei servizi interni e del personale ospedaliero. Basterebbe richiamare i nuovi principi che dovranno regolare la futura struttura degli ospedali generali, di quelli specializzati, di quelli per lungodegenti ed in particolare il nuovo meccanismo con cui dovranno avvenire i futuri concorsi ospedalieri.

Mi soffermo un momento su un problema piuttosto scottante che il disegno di legge accenna soltanto alla lettera d) dell'articolo 44 per rimandarne la soluzione particolareggiata alle norme delegate: si tratta del problema del « tempo pieno », del « tempo definito » e dei collaterali problemi del libero esercizio professionale dentro o fuori dell'ambito ospedaliero.

Il « tempo pieno »: credo sia necessaria una preliminare distinzione tra il « tempo pieno » riferito ai servizi ed il « tempo pieno » riferito al personale medico. Difatti ci sono servizi che necessitano, per la loro natura, di un funzionamento a tempo ininterrotto, e tali sono il pronto soccorso, l'accettazione, i reparti di chirurgia d'urgenza, e così via. Ci sono invece servizi che, per necessità di un adeguato sfruttamento di costose attrezzature, è utile far funzionare a tempo prolungato, e tali sono la radiologia, la terapia fisica, il laboratorio, eccetera. Ci sono infine servizi in cui il lavoro è concentrato in un tempo definito della giornata e solo eccezionalmente necessitano dell'intervento di personale medico al di fuori di quel tempo, come nell'eventuale presenza in reparto d'una particolare casistica o per il sopraggiungere di impreviste compli-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

cazioni: tali sono i normali reparti di diagnosi e cura.

Se queste sono le necessità dei servizi è del tutto ovvio che ad esse si possa e si debba provvedere con turni a tempo pieno e a tempo definito del personale medico di reparto. Cosicché per quanto si riferisce al personale medico il cosiddetto « tempo pieno », che le norme delegate dovranno prevedere solo in via facoltativa ed a richiesta del medico, dovrebbe interpretarsi come una settimana lavorativa di 36-42 ore, opportunamente e ragionevolmente distribuite nell'arco della settimana, completamente dedicate al lavoro in ospedale e con la proibizione d'esercitare la professione al di fuori dell'ospedale.

È inutile nascondersi che la linea di tendenza nei paesi con un'organizzazione ospedaliera avanzata è per l'occupazione a « tempo pieno » del personale medico ospedaliero. Secondo Kourilsky a Parigi, col « tempo pieno », si è ridotta la degenza media del 15 per cento ed il costo di degenza del 21 per cento. Da un esperimento, volontariamente effettuato nel 1961 dai medici di una divisione chirurgica dell'ospedale di Sesto San Giovanni, sarebbe risultato che con il « tempo pieno » la media di degenza è scesa da 13 a 9,88 giornate con un risparmio di lire 12.972 a paziente.

Tale attuazione, almeno nella prima fase della riforma, incontrerà certo tutta una serie di ostacoli in grande parte dovuti a radicate abitudini ed impegni professionali del personale ospedaliero; per cui il principio non sarà facilmente realizzabile. Ciò non toglie che si debbano condurre al più presto degli esperimenti, abbastanza ampi, sì da dedurre elementi significativi e tali da giustificare una intelligente politica delle retribuzioni da parte delle amministrazioni ospedaliere, che tenda alla realizzazione del « tempo pieno » per tutti i medici ospedalieri.

« Tempo definito »: per quanto riguarda il « tempo definito » desidero solo raccomandare che le norme delegate prevedano la contemporanea presenza nei vari reparti di tutto il personale medico per ragioni di funzionalità facilmente intuibili. Mentre dirò che la motivazione del dissenso di parte liberale sull'opportunità d'adottare questo « tempo definito » per tutti i medici che non abbiano esplicitamente richiesto il passaggio a « tempo pieno », è davvero curiosa, poiché questo cosiddetto « tempo definito » (cito testualmente) « obbligherebbe il medico ospedaliero a stare in ospedale anche quando non avrebbe niente da fare ».

Io, medico, mi rifiuto di credere che per tener occupati per 5-6 ore al giorno dei medici che devono curare decine o centinaia di ammalati ci sia bisogno di organizzare la ricerca scientifica altrimenti si corre il rischio che non abbiano niente da fare. Se tali ospedali e tali medici esistono davvero è chiaro che si è in quella categoria d'efficienza e di organizzazione ospedaliera che non ha ancora risolto quegli elementari problemi che qualsiasi piccola azienda ha già dovuto risolvere da tempo se ha voluto sopravvivere.

Libero esercizio professionale: per quanto riguarda il libero esercizio professionale l'articolo 44 sancisce due precise incompatibilità: l'esercizio come rapporto d'impiego presso enti pubblici e nelle case di cura private. Cosicché in concreto tale esercizio potrà essere consentito al medico ospedaliero a tempo definito, al di fuori dei previsti orari di lavoro, solo nel proprio ambulatorio, negli ambulatori degli enti mutualistici e degli enti pubblici o privati come semplice rapporto professionale, a domicilio del paziente e nei reparti per paganti in proprio esistenti nell'ambito dell'ospedale.

Se si rapporta questa limitata impostazione del libero esercizio professionale del medico ospedaliero a « tempo definito » alla polimorfa e caotica realtà delle situazioni in atto, si apre tutta una serie di problemi che possono apparire addirittura irrisolvibili. Al di là di evidenti difficoltà di comodo, mancano indiscutibilmente anche certe imprescindibili condizioni per una effettiva soluzione del problema, cosicché non solo mi sembra giusto, ma addirittura indispensabile che le norme delegate prevedano un periodo di transizione e di graduale attuazione.

Qualche principio dovrebbe tuttavia emergere con chiarezza dal dibattito, anche perché in materia sono emersi dubbi e perplessità. Innanzitutto dev'esser detto esplicitamente se è opportuno e utile che la situazione in atto di un rapporto di lavoro dipendente (giuridicamente ineccepibile ma sostanzialmente figurativo per quanto riguarda lo stipendio, tutte le relative indennità accessorie, il pensionamento e la quiescenza, ed altrettanto figurativo anche per quanto riguarda un orario di lavoro esattamente definito) venga mantenuta inalterata, o se, al contrario, è utile ed opportuno che lo stato giuridico trovi una sua precisa attuazione anche in sede economica con tutti i relativi oneri ed onori. Questa dev'essere una scelta precisa ed impegnativa, in cui è giusto che pesino gli interessi dei medici, di tutte le categorie dei medici

ospedalieri, ma in cui è giusto che pesino soprattutto gli interessi degli ammalati e dei costi di gestione che in definitiva dovranno esser pagati da tutta la collettività.

Se si opta, come la maggioranza ha ritenuto di fare, per la soluzione che comporti un rapporto di pubblico impiego che sia effettivo tanto negli oneri che nei vantaggi è evidente che si entra in un certo ordine di idee ed in tutta una serie di precisi condizionamenti. Per cui la concezione tradizionale dell'esercizio della professione medica che, anche in costanza di un rapporto di lavoro dipendente com'è quello ospedaliero, resti nonostante sempre e comunque una professione liberale, non può più reggere nei confronti degli obblighi che comporta lo stato giuridico di un pubblico impiego, come non può più reggere nei confronti della definizione giuridica e pratica dei rapporti e delle situazioni in una società moderna.

Ciò non significa negare che, nonostante tutto, l'esercizio della medicina rappresenterà sempre una professione che necessiterà di certe condizioni particolari e speciali, anche nell'ambito di uno stesso rapporto di lavoro di pubblico impiego, e che si sottrarrà sempre a criteri esclusivamente econometrici e produttivistici tipici dei rapporti di lavoro subordinato e delle aziende produttive. Ciò vuol solo significare che è assurda la pretesa di voler gabellare con impostazioni di principio o con chissà quali danni per l'umanità sofferente la semplice copertura di redditizie posizioni personali o di gruppo; o la pretesa che le norme delegate debbano aprirsi a fisarmonica per contemplare tutti gli infiniti possibili casi personali. L'importante è uscire immediatamente da una situazione equivoca in cui molti medici pagano per i pochi furbi e spregiudicati a cui è consentito cogliere tutti i vantaggi senza dover sopportare che pochi oneri.

Bisogna rendersi conto che nell'ambito del personale dipendente, anche a livello direttivo, le posizioni a mezzo-servizio o libere da un preciso orario non esistono o tutt'al più sono assolutamente eccezionali e pertanto, pur con tutti i necessari contemperamenti che una situazione legata all'esercizio della medicina comporta, prima o poi sarà giocoforza adeguarsi se si vorrà camminare con il passo di una società che rapidamente va superando tante concezioni tradizionali.

Riguardo alla questione dell'internato per i neolaureati, in verità nonostante le apparenze e il contrario avviso del relatore per la maggioranza, in tutto ciò dal punto di vi-

sta legislativo non vi è nulla di sostanzialmente innovativo, salvo il riconoscimento formale della idoneità all'insegnamento di determinati ospedali, da concedersi con decreto del ministro della sanità di concerto con quello della pubblica istruzione.

Tutto un complesso di norme vigenti inserite nel testo unico delle leggi sull'istruzione superiore, nelle norme generali per il riordinamento dei servizi sanitari del personale sanitario degli ospedali, e in vari regolamenti prevedono già l'ammissione e la frequenza negli ospedali dei laureati ed anche degli stessi studenti di medicina e chirurgia, e prescrivono il famoso tirocinio ospedaliero obbligatorio o internato per i neolaureati prima dell'esame di Stato, internato che dovrebbe avere la durata di sei mesi.

Comunque, nonostante l'obbligatorietà delle leggi e dei regolamenti esistenti, allo stato attuale dei fatti è opinione generalmente accettata e accertata, sia negli ambienti qualificati sia nell'opinione pubblica, che la preparazione pratica dei neolaureati in medicina sia assolutamente insufficiente. Il neolaureando e il neolaureato tirocinanti, in dipendenza di molteplici fattori individuali ed ambientali, di norma non frequentano affatto o solo saltuariamente i reparti ospedalieri; comunque senza alcun reale profitto per la loro preparazione pratica, vuoi perché ancora impegnati nella preparazione degli esami o delle tesi di laurea, vuoi perché essendo già orientati in senso specialistico, preferiscono frequentare questi reparti anziché quelli prescritti, vuoi per un atteggiamento negativo del primario che ha ben altro da fare, vuoi infine per mancanza di volontà al riguardo, in quanto sono certi di non incorrere in alcuna sanzione.

I primari ospedalieri non vedendo per nulla valorizzata questa loro attività didattica, né sotto il profilo accademico, né sotto quello economico, nell'ambito di una prassi ormai scontata si limitano a concedere sempre e comunque le firme richieste e gli attestati sul prescritto libretto-diario. I commissari di esame di Stato per l'abilitazione professionale avvertono la inutilità della ripetizione degli esami di clinica medica, di clinica chirurgica, di clinica ostetrico-ginecologica da parte di candidati che frequentemente loro stessi hanno già giudicato solo qualche mese prima in sede universitaria. Infine gli stessi organi preposti al controllo e all'attuazione dell'obbligo di legge sul tirocinio di pratica ospedaliera non dimostrano certo molta convinzione circa l'utilità di tale obbligo. Baste-

rebbe osservare che attualmente ai laureati nella sessione di febbraio (che in pratica si protrae fino a marzo) è concesso di sostenere l'esame di Stato di abilitazione professionale nella sessione di marzo dello stesso anno, con l'ovvia conseguenza che gli esami delle cliniche del sesto anno di corso, l'esame di laurea, l'esame di Stato, sono successivamente sostenuti nello spazio di qualche mese al massimo e sempre con gli stessi esaminatori, con una utilità ed una serietà di pratica ospedaliera che non è certo difficile intuire!

Questo stato di cose nasce evidentemente da tutta una serie di cause che è doveroso individuare se non si vuol pestare l'acqua con inconcludenti diatribe.

Innanzitutto ci sembra assolutamente erronea e carente l'impostazione concettuale e la disciplina normativa vigente del tirocinio di pratica ospedaliera. Essa riduce del tutto discutibilmente il significato normale e sostanziale della preparazione tecnico-professionale al solo tirocinio di pratica ospedaliera in clinica medica, in clinica chirurgica, in clinica ostetrico-ginecologica, quasi ad una semplice attività — dice la legge — di completamento dell'insegnamento universitario delle stesse materie.

Ciò poteva avere una sua logica in epoca diversa, poiché pur dando per scontata anche attualmente la preminenza delle tre discipline in questione, mi sembra fuori discussione che in relazione alle più comuni e quotidiane esigenze della prassi professionale, una moderna preparazione pratica del medico-chirurgo debba invece consistere in qualche cosa di più o quanto meno di diverso. Ci sembra che ad un corretto esercizio della moderna professione medica, anche l'acquisizione pratica applicativa — per limitarsi a qualche esempio — di nozioni elementari di pronto soccorso, di ortopedia, di radiologia, di deontologia medica e di medicina del lavoro e delle assicurazioni sociali, possa essere altrettanto indispensabile.

Vi è poi tutto un problema che riguarda la carenza delle attrezzature ambientali e la carenza di una certa mentalità didattica, di un certo esercizio, di una certa valorizzazione dell'attività dei primari ospedalieri ai fini del tirocinio pratico.

Un altro aspetto che di norma viene ignorato, ma tutt'altro che insignificante nei suoi riflessi pratici e soprattutto nei suoi riflessi giuridici (e su di esso avevo avuto l'onore di richiamare l'attenzione della Camera con una proposta di legge), è quello che riguarda lo *status* giuridico del tirocinante. Allo stato at-

tuale della legislazione, tra lo *status* di studente in medicina, che comporta diritti e doveri nascenti direttamente dall'iscrizione ai corsi universitari, e lo *status* del medico, i cui diritti e doveri nascono dal decreto di abilitazione all'esercizio professionale, con le relative incombenze amministrative, non esiste uno *status* intermedio relativo alla posizione del laureando o del neolaureato nel periodo di apprendistato medico-applicativo.

Pertanto le attività lecitamente consentite al tirocinante, per non incorrere nel reato di abusivo esercizio della professione, previsto dall'articolo 348 del codice penale, non si qualificano tanto in vista del prossimo inizio dell'attività professionale, ma esclusivamente come fase didattica e quale espletamento sussidiario delle materie cliniche.

Questa posizione giuridica del tirocinante — sostanzialmente di osservatore a cui è inibito ogni atto di esercizio medico — non solo non risponde alle più elementari esigenze della sua formazione pratica tecnico-professionale e frustra ogni serio processo didattico di integrazione unitaria delle conoscenze teoriche con l'esercizio applicativo nella formazione della sua personalità scientifico-professionale; ma soprattutto lo stacca e lo disamora di un ruolo che ai suoi occhi assume sempre più l'aspetto di una formalità burocratica priva di vita, di interesse, di prospettive, di finalità. A tutto ciò si aggiunga, infine, l'urgenza per molti di provvedere alle necessità economiche, non potendo ormai più contare sull'aiuto familiare.

Non era, ovviamente, in sede di riforma ospedaliera che un problema talmente complesso poteva trovare la sua completa soluzione, in quanto balzano immediatamente evidenti tutti i collegamenti che una tale soluzione deve avere in sede di competenza del Ministero della pubblica istruzione. Quello che importa affermare chiaramente qui è che il problema di una adeguata preparazione tecnico-professionale dei giovani medici non investe solo ed esclusivamente aspetti didattico-formativi, per cui la sua soluzione debba trovare la sua sede naturale solo nell'ambito delle competenze del Ministero della pubblica istruzione; si tratta di un problema che investe anche tutti gli aspetti e le strutture sanitarie, prime fra tutte quelle ospedaliere, per cui è sede naturale per risolverlo anche quella che attiene alle competenze del Ministero della sanità.

La riforma non affronta direttamente — né lo poteva fare per chiare ragioni di competenza — la collocazione dell'internato per i neolau-

reati nel quadro di una sua piena autonomia concettuale nei confronti del piano didattico degli studi universitari, né il problema dell'indispensabile preparazione e valorizzazione accademica ed economica dell'insegnamento tecnico-pratico dei primari ospedalieri. Apprendo tuttavia dall'ottima e completa relazione del collega Lattanzio che questa materia dovrà trovare una definitiva ed idonea configurazione con un disegno di legge che il Ministero della pubblica istruzione si riserva di inserire nel quadro legislativo riguardante l'insegnamento universitario.

Mi permetto di rivolgere al ministro una pressante raccomandazione perché intervenga con decisione a rappresentare queste istanze in sede di Ministero della pubblica istruzione. Per quanto riguarda invece le carenze relative allo *status* giuridico ed alle esigenze economiche del tirocinio, il disegno di legge in esame interviene risolutivamente. Difatti il secondo comma dell'articolo 40 sancisce innovativamente che durante il tirocinio i neolaureati « sono autorizzati ad esercitare le attività medico-chirurgiche necessarie per il conseguimento di un'adeguata preparazione tecnico-professionale sotto il diretto controllo del personale di ruolo delle cliniche o dei primari ospedalieri ». L'articolo 40 stabilisce anche che i medici che compiono il tirocinio hanno diritto al vitto gratuito ed a un assegno mensile a carico dell'ospedale e dello Stato.

Quindi, quando si afferma, come si è fatto, che si è rinunciato alla obbligatorietà dell'internato, si fa un'affermazione che non è fondata. La legge ospedaliera non può che creare le condizioni per l'internato e lo ha fatto; ma sancirne o no la obbligatorietà, statuirne le modalità è competenza del Ministero della pubblica istruzione, perché anche quando uno è laureato, fino a che non ha sostenuto l'esame di Stato non è medico, ma è sempre studente, sia pure studente *sui generis*.

Il discorso sul problema della preparazione professionale dei giovani medici evidenzia una chiara interdipendenza di competenze tra il Ministero della sanità e quello della pubblica istruzione ed apre la strada al discorso più generale dei rapporti tra ospedali e cliniche universitarie. È un discorso che per tutta una serie di ragioni è diventato, in questi ultimi giorni, estremamente delicato, ma che nell'interesse di tutti e soprattutto della medicina e degli ammalati dev'essere riportato sui binari di una serena ed obiettiva valutazione dei complessi ed interdipendenti rapporti. Poiché non è assolutamente concepibile un sistema sanitario moderno che, vo-

lontariamente o involontariamente, crei tra cliniche ed ospedali una barriera o peggio ancora una lotta; ospedali e cliniche non possono essere compartimenti stagni, ma sono parti inscindibili e complementari di un sistema sanitario che voglia essere efficiente e razionale.

Affermata questa inscindibilità ed interdipendenza, bisogna però avere anche il coraggio di dire chiaramente che i compiti ed i fini primari, se non esclusivi, degli ospedali e delle cliniche universitarie sono sostanzialmente diversi. Questa diversità dei fini primari indica, in un certo senso, anche la delimitazione delle rispettive sfere d'azione, come pure della zona neutra, della terra di nessuno o meglio della terra d'entrambi.

L'università ha come suo fine primario e che gli è esclusivo quello della preparazione didattica di tutti gli studenti di medicina. Altra finalità, se non esclusiva certamente prevalente, è quella della ricerca scientifica, mentre tutto ciò che riguarda la finalità diagnostico-terapeutica si pone come fine secondario, come strumento necessario per conseguire i fini indicati, in quanto non si può concepire una funzione didattica e di ricerca scientifica senza il materiale necessario che è l'ammalato. L'ospedale, al contrario, ha come fine primario quello dell'attività preventiva, diagnostica, terapeutica e riabilitativa; la funzione didattica ospedaliera si riduce solo, in via principale, alla preparazione del personale ausiliario non medico; la funzione di ricerca non può che essere secondaria. Esiste infine la cosiddetta zona neutra rappresentata dalla preparazione tecnico-professionale dei neolaureati e, si dovrà aggiungere, degli specializzandi. All'università spetta indiscutibilmente la parte direttiva in questa materia: ossia l'indicazione degli ospedali che hanno i necessari requisiti per essere dichiarati « d'insegnamento », l'aggiornamento degli insegnanti, il controllo ed il coordinamento dei corsi, la concreta valorizzazione accademica degli insegnanti. All'ospedale, ovevrosia ai primari ospedalieri, spetta la concreta attuazione di questo tipo d'insegnamento sotto le direttive ed il controllo delle cliniche universitarie.

Su questo terreno misto è evidente che una realtà efficiente e razionale non può che nascere da una regolamentazione elaborata di concerto dai due Ministeri suddetti e da commissioni miste che provvedano a risolvere e dirimere, in spirito di collaborazione, tutta la complessa problematica tecnico-amministrativa.

C'è infine il problema importante e delicato, ma difficilmente istituzionalizzabile, dei continui rapporti tra cliniche e ospedali, in cui entrano difficili dosaggi di suscettibilità, di prestigio e di influenze. Credo comunque che, quando si siano definite con chiarezza le finalità primarie, quelle secondarie ed i limiti delle cosiddette zone miste, si sia posto un sicuro fondamento alla costruzione di una collaborazione intensa, rispettosa e cordiale.

Il personale ospedaliero non può quindi non riconoscere al personale universitario il prestigio che ad esso deriva dal dedicarsi prioritariamente all'insegnamento ed alla ricerca scientifica e la parte direttiva ch'esso deve avere nell'insegnamento tecnico-pratico ai neolaureati ed agli specializzandi impartito nell'ambito ospedaliero. D'altro canto il personale universitario non può considerare gli ospedali come baronie proprie ed il personale ospedaliero come personale di secondo ordine; anzi dev'esser detto chiaro che la sola diversità dei fini non legittima né può legittimare discriminazioni di qualità e che le comunicazioni necessarie che devono esistere tra ospedali e università non possono essere comunicazioni a senso unico, ma a doppio senso.

In questo quadro mi sembra che perdano molto della loro emotività e della loro drammaticità i due scottanti problemi che sono sul tappeto: gli ospedali clinicizzati in rapporto all'articolo 22 ed il meccanismo dei concorsi ospedalieri. In effetti, ad una affrettata lettura, l'articolo 22 può suscitare l'impressione di una mancanza di riguardo, di un preconcetto declassamento degli ospedali clinicizzati. Si tratta però di una semplice impressione, non di una realtà e soprattutto non di una intenzione del legislatore.

La nuova strutturazione di una rete ospedaliera articolata in ospedali di zona, provinciali e regionali è fondata — è bene ripeterlo anche se l'onorevole Lattanzio l'ha chiarito in modo inequivocabile — non già su un principio di discriminazione qualitativa della prestazione che dovrà esser fornita, a qualsiasi livello, con la stessa identica proprietà e circondata dalle stesse identiche garanzie; ma sul principio della completezza della gamma delle prestazioni e conseguentemente delle attrezzature tecnico-scientifiche che lo ospedale è in grado di fornire. È evidente che attrezzature e gamma di prestazioni necessitano, per essere razionali, di un conveniente retroterra di popolazione, e non potrà pertanto essere che la programmazione regionale ospedaliera che potrà in concreto definire

quanti e quali debbano essere i servizi e le attrezzature in rapporto alle esigenze delle popolazioni di una determinata regione. Ciò posto, gli ospedali clinicizzati finiranno certamente, proprio per la *ratio* dell'articolo 23, per rientrare tutti, in linea di massima, nella categoria degli ospedali regionali, ma non si poteva pretendere — e ciò al di fuori di assurdi motivi di preconcetto declassamento — che, in questa visione, l'ospedale clinicizzato, solo perché clinicizzato, dovesse esser considerato di diritto ospedale regionale, poiché ciò avrebbe comportato la necessaria conseguenza che sarebbe bastata la presenza di un solo reparto clinicizzato a dover far classificare come regionale anche un complesso ospedaliero che non avesse avuto i necessari requisiti, e ciò contro ogni ortodosso canone di programmazione ospedaliera.

I concorsi ospedalieri: il secondo motivo di insoddisfazione degli ambienti, universitari sta nel nuovo meccanismo dei concorsi, poiché è sembrato che si tenderebbe ad una loro ingiusta e preconcetta esclusione. D'altro canto dagli ambienti ospedalieri si replica che l'influenza degli universitari rimane immutata e che è da considerarsi troppo rilevante. Il nostro compito di legislatori non può prescindere dalla valutazione, il più esatta possibile, degli interessi delle varie categorie, ma guai se ne rimanessimo irretiti, se non fossimo capaci di finalizzare questi interessi settoriali verso la sintesi di un interesse superiore.

A giudizio della maggioranza, la delicata scelta del personale ospedaliero e soprattutto quella di un primario, che viene demandata ad un concorso, non può che essere il risultato di una complessa valutazione che presuppone indiscutibilmente la preparazione scientifico-professionale adeguata a ricoprire il posto, ma che non può limitarsi solo ed esclusivamente a questo elemento e dev'essere integrata anche da altri importanti elementi quali possono essere, ad esempio, quelli relativi alla personalità umana ed alle possibilità d'integrazione ambientale del candidato. Non è opportuno che i due momenti della valutazione si sovrappongano e vengano confusi come è avvenuto finora, ma è bene che restino distinti. Ecco perché nell'articolo 44 la maggioranza ha ritenuto di proporre una valutazione della preparazione scientifico-professionale che per la formazione della commissione, la sede ed il meccanismo d'esame fosse sottratta ad interferenze contingenti ed ambientali e potesse essere la più oggettiva possibile. Il preliminare esame nazionale di idoneità ha questo preciso significato, ed in

questa sede la presenza autorevole e determinante del cattedratico non solo trova la sua rilevante valorizzazione, ma costituisce anche la necessaria garanzia in rapporto alla selezione del personale sotto lo specifico profilo scientifico-professionale.

Il secondo momento della valutazione, più propriamente locale, ha pertanto già acquisito il presupposto della idoneità scientifico-professionale di tutti i concorrenti e non può che limitarsi a compararla per stabilirne una graduatoria, ma dando sempre per acquisito che tutti sono idonei a ricoprire il posto. A questo punto possono intervenire e di fatto sono sempre intervenuti nel giudizio anche altri elementi, forse non esattamente oggettivabili, ma non per questo meno importanti per chi dovrà affidare la salute sua e dei suoi concittadini alla scienza e coscienza del vincitore. In questa sede la presenza del cattedratico pur essendo, a mio avviso, sempre utile ed opportuna, debbo ammettere che non appare certo indispensabile come nella sede precedente; per cui la maggioranza ha ritenuto di lasciar arbitri i consigli d'amministrazione ospedalieri di ricorrere o meno al suo intervento. Anzi, al fine di togliere ogni impressione di preconcette esclusioni, potrebbe essere utile una rielaborazione del testo attuale eliminando ogni concetto di facoltatività e di obbligatorietà e sancendo solo che i consigli d'amministrazione ospedalieri possono scegliere i commissari di concorso nell'ambito tanto dei clinici quanto dei primari ospedalieri. È una costruzione che può essere discutibile, ma non si può negare che abbia una sua logica, e soprattutto non può obiettivamente essere accusata d'escludere dagli ospedali i clinici universitari, quando solo si rifletta che il preliminare esame di idoneità nazionale trova in essi il suo punto focale e che, attraverso una nuova impostazione dell'internato per i neolaureati e gli specializzandi, le cliniche entreranno, sotto il profilo didattico, di diritto nell'ambito ospedaliero.

Come ogni legge scritta dagli uomini, neanche questa pretende di aspirare al pregio della perfezione; lascia aperti alcuni problemi e senz'altro ne farà sorgere di nuovi. In particolare, per poter esprimere tutta la sua efficacia dovrà essere integrata da altre nuove riforme sanitarie.

Forse molti di noi, certo qualcuno, pensando, all'inizio di questa battaglia, che i grandi interessi avanzano o si difendono come divisioni corazzate, mentre le grandi idee di giustizia e di umanità, che sostanziano ogni valida riforma, non hanno per sé che individui isolati o sparute pattuglie e l'anima gene-

rosa ma disarmata delle folle, hanno sperato o temuto che la montagna avrebbe finito per partorire un topolino. Ma anche chi, in senso relativo od assoluto, può manifestare insoddisfazione in rapporto a quella che avrebbe potuto essere una legge ospedaliera secondo una sua particolare visione tecnico-politica, non può con serena oggettività giudicare questa legge come un espediente, un adattamento, un brandello salvatosi dai flutti delle tempestose polemiche o dagli assalti delle categorie e degli interessi.

No, onorevoli colleghi, questa è una legge che spezza definitivamente vecchi equilibri feudali all'interno del mondo ospedaliero, abolisce definitivamente i diritti di abusive supremazie baronali, dà ad ogni medico, a qualsiasi livello, una sua tranquillità e una sua dignità, introduce all'interno dell'ospedale, di ogni ospedale, un equo rapporto e una giusta gerarchia tra lavoro e retribuzione, tra quantità e qualità del lavoro e misura della retribuzione, per tutti i medici indistintamente.

È stato detto che questa legge « reca l'impronta massiccia della volontà del partito di maggioranza ». Non ci vestiremo di queste penne di pavone che ci sono offerte come aculei di veleno; come non è vero, onorevole Alboni, che si sia dato fiato alle nostre trombe d'argento (basterebbe del resto sentire il timbro della mia...) per ricordare che questa legge ricalca le vie maestre tracciate dalla democrazia cristiana.

Il nostro è un grande e giovane partito che non può permettersi il lusso di vanità senili né di reazioni infantili. Questa legge reca certo anche l'impronta della nostra volontà politica e del nostro appassionato impegno legislativo, ma reca soprattutto l'impronta di lunghi anni di studio, di dibattiti e di accese polemiche che hanno visto come protagonisti tutte le forze politiche, tutte le categorie interessate ed in prima linea il ministro Mariotti e la stessa opinione pubblica.

Non ci perderemo, certo, in ricostruzioni cronachistiche, già difficili ed opinabili per lo stesso storico che ricostruisce al di fuori delle passioni e degli interessi contingenti, ed addirittura vane per chi vuol farle nel clima rovente della battaglia, per individuare i momenti delle difficoltà, attribuire responsabilità, rivendicare meriti e priorità. Noi, come è giusto e doveroso, ci assumiamo tutte le luci ed anche tutte le ombre di questa legge; le assumiamo come partito e come gruppo parlamentare. Abbiamo però anche il diritto ed il dovere di essere chiari nei confronti di tut-

ti: innanzitutto nei confronti di chi continua a dichiararsi disponibile perché esisterebbero tutte le possibilità per il crearsi di una maggioranza al di fuori e contro questa maggioranza; ma anche nei confronti di chi si illudesse di ricercare certe peculiari qualificazioni solo nella votazione di qualche articolo anziché nel complesso della legge.

Non abbiamo preclusioni nei confronti di qualsiasi posizione migliorativa, ma sia chiaro che ci opporremo con decisione a qualsiasi colpo di mano, non fosse altro perché le esplicite finalità di questi tentativi ci sono state dichiarate in anticipo — con un *lapsus* tipicamente freudiano — dall'onorevole Alboni, quando ha affermato che « la riforma ospedaliera poteva e può essere il cavallo di Troia che si introduce nel munito campo degli interessi politici della democrazia cristiana ». Se si vuole combattere gli interessi politici della democrazia cristiana si scenda in campo a viso aperto, ma non ci si illuda di poterlo fare con cavalli di Troia.

Faccia o non faccia parte questa legge degli impegni programmatici di questo Governo, essa fa sicuramente parte degli impegni di questa maggioranza; e questa maggioranza, tutta questa maggioranza, ne assume contestualmente e complessivamente la piena responsabilità.

Esprimendo il nostro convinto appoggio, abbiamo la legittima soddisfazione di portare anche il nostro determinante contributo ad un atto legislativo rilevante e qualificante che potrebbe forse anche non onorare lo stile formale, ma sicuramente onora lo spirito delle tradizioni parlamentari al servizio di una politica democratica e popolare. (*Applausi al centro e a sinistra — Congratulazioni*).

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

CARCATERRA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, in un primo momento avevo deciso di limitare il mio intervento allo svolgimento di un emendamento che ho già presentato al terzo comma dell'articolo 1 del disegno di legge, ma poi, per quanto io sia incompetente nella materia — vi sono illustri colleghi che conoscono molto meglio di me tutto il problema — il desiderio di intervenire ha ampliato i limiti che io stesso mi ero posto. Mi è sembrato così di poter addirittura dimostrare che l'emendamento che ho presentato si inserisce nello spirito e nella luce del disegno di legge.

Il mio emendamento riguarda — come dicevo — il terzo comma dell'articolo 1, il quale esclude dalla applicazione della legge gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera: s'intende, in modo esclusivo. Con la mia proposta intendo dilatare questa eccezione nei limiti in cui la logica, il diritto e la pratica suggeriscono. Per altro, mi piace ancora sottolineare che l'emendamento aggiuntivo — non soppressivo — si inserisce nello spirito dello stesso disegno di legge, il quale viene certo dopo una lunga serie di proposte e di disegni di legge, taluni dei quali pregevolissimi. Non posso, a questo proposito, dimenticare il disegno di legge del ministro Giardina che nell'altra legislatura ebbe una sorte che non auguro affatto a questo disegno di legge, al quale anzi vanno tutti i miei auguri.

L'attuale disegno di legge — ne sono convinto — segna una tappa storica nella evoluzione degli ospedali e dell'assistenza sanitaria. Di solito si parla — ne hanno parlato i colleghi che mi hanno preceduto — di tre epoche nella storia degli ospedali e dell'assistenza: la prima è l'epoca religiosa caratterizzata da iniziative soprattutto caritative di ordini religiosi, di santi; la seconda epoca, che data dopo la rivoluzione francese ed è un portato dell'avvento dell'illuminismo, è quella in cui all'iniziativa privata si aggiunge, ma non si sostituisce (tengo a sottolinearlo), l'iniziativa pubblica dello Stato e degli organi statuali. Si parla ora di una terza epoca, quella alle cui esigenze cerca di dare soddisfazione l'attuale disegno di legge. Quali siano il carattere, lo spirito di questa terza epoca non lo dirò subito: mi permetterò di dirlo di qui ad un momento.

Intanto vorrei segnalare anche che la stessa storia delle leggi riguardanti l'assistenza pubblica e gli ospedali segna in Italia tre tappe; vorrei dire che segna tre tappe fondamentali della storia patria.

La prima legge, quella del 1862, è in connessione con l'unità d'Italia e in un certo modo con la secolarizzazione delle istituzioni a carattere religioso allora esistenti. Con essa si fa centro della riforma la congrega di carità. La legge del 1890 (quando iniziava il decennio famoso per la storia d'Italia) è ancora vigente. Essa cercò di portare una disciplina organica nella materia. Infine la legge del 1937-38 (in un altro ventennio notevole della storia d'Italia) sostituì alla congrega di carità gli enti comunali di assistenza, con essa si proseguì così in una specie di secolarizzazione delle opere di assistenza e degli ospedali.

Oggi si parla, giustamente, di una crisi, crisi a cui questo disegno di legge intende apportare un rimedio definitivo. In realtà il disegno di legge questo rimedio effettivamente lo dà. Quali sono le cause di questa crisi? Il collega Barba qualche giorno fa ne ha enunciate cinque o sei. Anche qualche momento fa il bellissimo intervento del collega Fada ha mostrato quali fossero le carenze delle istituzioni ospedaliere di assistenza: in primo luogo, la carenza legislativa, una confusione, la selva selvaggia, aspra e non forte, delle norme che hanno regolato fino a questo momento la materia; poi la deficienza quantitativa degli ospedali, e non c'è dubbio che questo sia un fatto doloroso, ma sussistente; e ancora il dissesto economico degli enti ospedalieri, le carenze di carattere tecnico, ed infine i problemi del personale e di assistenza. Ma io direi che queste sono cause congiunturali, come si dice nel linguaggio dell'economia: cause — se vogliamo essere più precisi — che riguardano i mezzi dell'assistenza ospedaliera. Perché credo che ci sia una crisi ancora più profonda, ed una spinta, anzi possiamo ben dire una vera rivoluzione. Vi sono infatti esigenze e diritti che riguardano i fini, lo spirito dell'assistenza ospedaliera e della assistenza in genere. Questa crisi credo possa essere vista con riguardo alle cause che l'hanno determinata. Essa, a mio avviso, è dovuta al fatto che fino a poco tempo fa, sia per le concezioni di carattere sociale, sia per quelle di carattere tecnico e medico, si riteneva che l'assistenza del medico e delle istituzioni ospedaliere fosse necessaria solo per le malattie allo stato acuto oppure cronico. Oggi invece siamo in presenza dell'affermazione del bene della salute. Mentre ieri si considerava l'aspetto negativo, oggi se ne considera l'aspetto positivo. Ho l'impressione, se non erro, che questa trasformazione sia connessa alla stessa trasformazione che si è avuta nel campo sociale. C'era, prima, chi aveva bisogno dell'assistenza privata, e chi della assistenza gratuita. Chi era il povero? Era colui che si trovava in uno stato di indigenza assoluta, mortale. Oggi invece abbiamo riconosciuto la esistenza di un altro interesse, di un altro bene: il benessere sociale. Ieri pensavamo che fosse dovere del singolo e dello Stato intervenire per sollevare la situazione di indigenza assoluta e mortale del cittadino, del prossimo; oggi, invece, ci riconosciamo un dovere superiore, quello cioè di elevare al benessere tutti i nostri simili; oggi si vuole assicurare a tutti un minimo di benessere sociale e in senso progrediente. Nello stesso senso si vuole assicurare non il ri-

medio contro la malattia acuta o cronica, ma si vuole assicurare a tutti la salute e l'assistenza integrale.

Mi pare sia questa la rivoluzione che si è operata sotto i nostri occhi, una rivoluzione di cui noi stessi siamo i protagonisti. E a questa esigenza a mio avviso ha inteso rispondere in pieno, lodevolmente, il disegno di legge al nostro esame.

Per altro, io credo che per una retta interpretazione della normativa che ci è presentata, e soprattutto per una retta attuazione del disegno di legge, il segreto stia nello accordare i mezzi con i fini, anzi, nel fare degli obiettivi ultimi il perno della normativa che ci accingiamo ad approvare. Voglio dire, cioè, che bisogna tenere conto soprattutto dello spirito del disegno di legge e del fine che esso intende raggiungere.

Il fine mi pare risulti in tutta evidenza dall'evoluzione, dalle esigenze, dai diritti cui ho fatto cenno poc'anzi. Il grande merito del disegno di legge è quello di rispondere a tali esigenze in modo moderno, sia per i mezzi, consistenti in adeguate strutture ospedaliere, finanziamenti, servizi medici assistenziali, sia soprattutto per i fini, consistenti nell'assicurare la salute e l'assistenza integrale a tutti.

Poc'anzi ho parlato del rischio di rivolgere tutte le nostre attenzioni ai mezzi, dimenticando i fini. Credo in effetti che vi sia il rischio di travisare il fine, che è quello di assicurare a tutti la salute e l'assistenza integrale, materializzando l'assistenza, eliminando drasticamente tutto ciò che non sia mera assistenza ospedaliera, espropriando ogni forma di assistenza già esistente, in una sola parola, nazionalizzandola. È un rischio grave per le conseguenze pratiche, sociali, giuridiche.

A questo punto, sento l'obbligo di fare il più alto elogio della relazione dell'onorevole Lattanzio. L'onorevole ministro mi perdonerà se tra la relazione ministeriale e quella stesa per la maggioranza dal collega Lattanzio io mi allineo con quest'ultima. Mentre la relazione ministeriale è puramente strumentale, la relazione dell'onorevole Lattanzio proietta una luce diversa sul disegno di legge...

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Si tratta di intenzioni diverse, ma stia certo che prevarrà la relazione ministeriale.

CARCATERRA. No, onorevole Capua, ognuno ha il diritto di interpretare anche la realtà oggettiva alla stregua dei propri orientamenti. E poi, fra due relazioni, ognuno di

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

noi ha la possibilità se non il diritto di preferire quella che è a lui più congeniale. Ed è quello che io faccio.

Ora, la relazione Lattanzio ha posto perfettamente in luce i fini, mentre la relazione ministeriale (del resto, sappiamo che cosa sono le relazioni ministeriali: sono fatte piuttosto dal burocrate che non dal politico) ha avuto più presenti i mezzi che non i fini dei quali oggi ho parlato: quei fini, invece, di cui la relazione Lattanzio ha tanto nobilmente e degnamente tenuto conto.

Con quanto ho detto finora ho voluto soprattutto porre l'accento sullo spirito della relazione dell'onorevole Lattanzio, che è lo spirito secondo il quale — a mio modesto modo di vedere — deve essere interpretata e attuata la riforma ospedaliera che ci accingiamo ad approvare. Non dovesse servire ad altro il mio discorso, esso potrà fornire ai futuri interpreti della legge una più vasta e più ampia apertura, una luce più profonda e intensa.

Scopo del disegno di legge, dunque, è la riorganizzazione degli enti pubblici operanti nel settore ospedaliero. Ed è qui che mi permetto di illustrare il mio emendamento al terzo comma dell'articolo 1, cercando di dimostrare come esso sia nella luce e nei fini del disegno di legge di cui ci occupiamo. Questi obiettivi il disegno di legge intende perseguire: 1) con la trasformazione degli enti che provvedono al ricovero e alla cura degli infermi in enti ospedalieri, a sensi degli articoli 1, 2, 3 e 4; 2) con il distacco degli ospedali da enti pubblici che abbiano come scopo prevalente finalità diverse dall'assistenza ospedaliera, a sensi degli articoli 3 e 5.

Il terzo comma dell'articolo 1 esclude questa applicazione della legge per gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera. Questa esclusione è dovuta sia al rispetto dell'articolo 20 della Costituzione, sia al rispetto degli articoli 29 e 31 del Concordato, sia al rispetto dell'articolo 4 della legge 27 maggio 1929, n. 848.

Giusta, costituzionale esclusione, ma il disegno di legge si ferma a questo punto; dopo di che il silenzio. Non era e non è necessario, logico, giuridico proseguire oltre, nello spirito del disegno di legge e soprattutto del terzo comma dell'articolo 1? Non desidero fondarmi su argomenti di carattere costituzionale e vorrei spendere argomentazioni di carattere più forte di un richiamo ad un qualsiasi articolo della Costituzione, cioè ad argomenti di natura logica, giuridica e pratica.

È molto più cogente la forza della logica, dei principi giuridici e pratici che un articolo

della Carta costituzionale. E invero il riconoscimento in base alla legge civilistica non trasforma gli istituti ecclesiastici in persone giuridiche sottoposte *in toto* al nostro ordinamento giuridico. Tali essi (cioè ecclesiastici) restano sempre, nonostante il riconoscimento da parte della legge italiana.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. Questo accanimento dimostra che avete il senso della colpa.

CARCATERRA. Onorevole Capua, non è affatto detto che si debba difendere con calore soltanto le cose impossibili. Si difende con calore le cose in cui si crede, ed io credo di difendere cose che corrispondono al mio profondo convincimento. Mi ascolti e veda se c'è qualche punto debole nel mio ragionamento.

CAPUA, *Relatore di minoranza*. È da sei giorni che ascolto tutti.

CARCATERRA. Gli enti ecclesiastici restano assoggettati ad un duplice ordinamento giuridico: quello canonico e quello civilistico. Si verifica, in altri termini, come è stato detto autorevolmente, un fenomeno analogo a quello del matrimonio canonico, il quale è assoggettato alla legge canonica, ma ha conseguenze di carattere civilistico. È una specie di doppia cittadinanza. Così per gli enti ecclesiastici riconosciuti civilmente. Infatti, così, correttamente, statuisce il terzo comma dell'articolo 1 del disegno di legge. Ed è per queste considerazioni fondamentali che sono stati eccettuati gli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera.

Ma non sono queste le uniche istituzioni che dovevano essere fatte salve. Accanto ad esse sussistono enti a tipo istituzionale o associativo i quali ripetono la propria origine da un negozio giuridico *ad causas pias* posto in essere *intuitu Dei* o per un fine soprannaturale, insieme ad un fine *religiosus vel charitativus*. Ma c'è di più. Come si disse, il disegno di legge prevede sia la trasformazione sia il distacco di enti. Ora nessuno nega che lo Stato abbia il potere di trasformare e di distaccare, come quello di sopprimere e di espropriare. E ciò può fare lo Stato anche di fronte a persone giuridiche pubbliche e private, come di fronte alla stessa persona fisica, nei confronti della quale uno Stato può decretare la pena di morte.

Ma a prescindere dalla Costituzione, lo Stato ed il legislatore sono solo in un certo

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

senso *legibus soluti*, non già in senso illimitato. Vi sono limiti logici, giuridici, in senso ampio, e anche pratici che ogni legislatore è tenuto a valutare e rispettare. Il disegno di legge in esame parla di trasformazione, ma ho l'impressione che si abusi un po' del termine. Giuridicamente, infatti, non si può parlare in questo caso di trasformazione. Più che la trasformazione di un istituto, qui si opera la soppressione degli enti ecclesiastici, oppure il loro assorbimento per creare un ente nuovo, che è appunto l'ente ospedaliero. Non vi è successione o, se vi è, proprio questo dimostra che il primo ente è morto e che il secondo nasce dalla morte del primo. Si ha cioè quella che si chiama l'estinzione della persona giuridica preesistente, con i suoi fini che costituiscono la ragion d'essere dell'istituto preesistente, e la nascita, per volontà del legislatore, di un nuovo ente con altre finalità e con altra fisionomia.

La volontà del legislatore si sostituisce alla volontà del disponente che dette vita all'ente originario. Cercherò di essere anche più chiaro e puntuale. L'ente originario fu creato dal disponente spesso con atto di ultima volontà, per due fini. Lo abbiamo già detto: per un *finis supernaturalis (intuitu Dei)* e, connesso intimamente a questo, per un fine *religiosus vel charitativus*. I due fini sono nella volontà del disponente in intima fusione: costituiscono per lui un *unicum* indissolubile. Il disegno di legge invece interviene drasticamente, e da un lato si pone all'opera come Mezio Fuffezio, squarta e distacca l'ente ospedaliero dagli enti originari, creando con questo troncone avulso dal corpo vivo un ente civilistico, l'ente ospedaliero; dall'altro lato si pone all'opera estinguendo l'originario ente e creandone al suo posto uno nuovo. In tutti e due i casi il disegno di legge disconosce le finalità duplici — ma *duo in uno* — dell'ente originario e, come si legge nella relazione ministeriale (non si legge più nella relazione per la maggioranza dell'onorevole Lattanzio) « al fine caritatevole della istituzione e della conseguente assistenza ospedaliera », si sostituisce quello « della tutela della salute ».

Ora la limitazione della dizione di cui al terzo comma dell'articolo 1 implica, in conclusione, in primo luogo, una sopraffazione totale, drastica, della volontà di colui o di coloro che istituiscono l'ente; e inoltre una vera e propria secolarizzazione, con avocazioni di fini e di patrimonio: una secolarizzazione cui non avevano osato pervenire in passato neppure le leggi eversive.

A me pare che la norma di cui all'articolo 1, comma terzo, con la sua limitazione si presenti praticamente di difficile realizzazione; inoltre non è neppure necessaria per il raggiungimento dei fini lodevolissimi del disegno di legge. Difficile a realizzare, infatti, sarà lo scorporo di cui parla l'articolo 5. Non so in base a quali criteri si possa stabilire quale è la parte di beni dell'ente originario che possa essere assegnata al fine ospedaliero e distaccata dagli altri fini. Quale sarà il criterio? Che non ve ne possa essere uno obiettivo è dimostrato dal fatto che nell'articolo 5 non se ne fa alcun cenno. Bisognerà pur tener conto giuridicamente della volontà del testatore o del disponente. E poiché non vi sono criteri obiettivi, non vi potranno essere che l'arbitrio o l'ingiustizia.

Di qui ho l'impressione (i colleghi avvocati mi potranno dare torto o ragione) che, se l'articolo 5 dovesse essere approvato così come è, esso sarà causa e fonte di grovigli, di cause interminabili, perché è evidente che gli enti scorporati, i quali si vedranno togliere un certo patrimonio, avranno tutta la possibilità di ricorrere alla magistratura ordinaria al fine di far stabilire quale sarà la parte che dovrà spettare all'ente ospedaliero; e poiché la legge non dice alcunché, non so a quali criteri potranno fare ricorso i giudici ordinari.

Ma non è neppure necessario, per assicurare la salute e l'assistenza globale, sopraffare la volontà dei disponenti, i patti concordati e, in fondo, giungere ad una nazionalizzazione di questo tipo.

Il disconoscimento delle istituzioni di cui ci occupiamo mi pare tanto più grave in quanto il disegno di legge lodevolmente esclude dalla regolamentazione progettata le case di cura private; se sono escluse le case di cura private, non so perché non debbano essere esclusi gli enti religiosi che accanto all'assistenza ospedaliera abbiano anche fini di carattere spirituale. Il disegno di legge esclude gli ospedali degli enti previdenziali (e non mi spiego il perché), le cliniche universitarie (e in questo caso mi spiego il perché). Comunque, se sono previste queste lodevolissime eccezioni, non vedo perché non vi debba essere l'eccezione per gli enti di cui ho parlato. D'altra parte, alcuni giorni fa gli onorevoli Vedovato e Cappugi hanno presentato un emendamento, già illustrato dall'onorevole Vedovato nel corso del suo intervento, mirante ad estendere l'eccezione del terzo comma anche alle compagnie di misericordia, che sono una sottospecie degli enti di cui sono andato parlando.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Verrebbe da chiedersi, in questo caso, perché abbiamo fatto la legge.

CARCATERRA. Onorevole ministro, non mi rimproveri. Io credo di aver dimostrato di avere apprezzato altamente i fini di questo disegno di legge. Che io poi cerchi di far elaborare un disegno di legge migliore, a mio modo di vedere, di quello che è stato presentato, non credo sia intenzione che possa meritare un rimprovero.

Ella stesso, giustamente, ha fatto un'eccezione; con l'onorevole Vedovato io le chiedo di estenderla.

SCARPA. È giusto: se si fa un'eccezione bisogna farla per tutti! Perché non parla dei patrimoni, della moneta?

CARCATERRA. Quella dei patrimoni è una questione che proprio non c'entra. I patrimoni non mi interessano.

SCARPA. Non le interessano perché i patrimoni restano in casa!

CARCATERRA. Onorevole collega, le dirò subito una parola su questo argomento. Quello di cui non mi sono occupato è stato proprio l'argomento del patrimonio, di cui si sono occupate le Commissioni affari costituzionali e giustizia. Si trattava di vedere se fosse possibile espropriare questo patrimonio senza indennizzo. A questo proposito, come vede, io non ho detto neanche una parola, perché è un argomento che non mi interessa.

A me interessa solamente un argomento di carattere giuridico. A me interessa soprattutto dimostrare che l'estensione dell'esclusione prevista dal terzo comma dell'articolo 1 si inserisce nello spirito di questo disegno di legge, che ho elogiato fino a questo momento.

La questione di cui mi voglio occupare, onorevole Scarpa e onorevoli colleghi, non è quella del patrimonio finanziario ed economico; è una questione che si enuncia con una sola breve, ma solenne parola: la carità.

Le istituzioni di cui ho inteso parlare sono precisamente quelle che secondo il codice canonico e secondo la volontà del disponente intendono operare sul piano della carità. Intendiamoci, non di una carità fatta di elemosina e di misericordia ma di una carità concepita ed attuata a più alto livello.

Il ministro Mariotti potrebbe obiettarmi: noi abbiamo cercato di fare un'opera di giustizia ed ella non può chiamarci ad opere di carità. In questo caso io risponderei al ministro Mariotti, socialista, col pensiero di una

persona che credo debba stimare innanzitutto perché eccellente filosofo e poi perché socialista umanitario: con il pensiero di Alessandro Levi. Ebbene, proprio Alessandro Levi nei suoi scritti ha dimostrato che non vi può essere una giustizia che non sia animata dalla carità.

Non voglio citare i filosofi del nostro grande e glorioso pensiero cristiano e cattolico; non voglio citare Leibniz Rosmini né Capograssi, ma citerò ancora un filosofo che non è della nostra parte, ma che anzi ha avuto sempre le più aspre critiche da parte dei cattolici: Hans Kelsen. Ebbene, proprio Hans Kelsen ha riconosciuto che non vi può essere giustizia senza carità; che tutt'al più lo Stato non deve intervenire a imporre la carità, ma che la carità deve essere rispettata come dovere del singolo.

Dirò le parole testuali del Kelsen, autore della *Reine Rechtslehre*, di una teoria del diritto aliena da ogni sentimentalismo e da ogni etica. Ebbene, per il Kelsen, il principio « a ciascuno secondo i suoi bisogni », non si rivolge all'autorità né *en particulier au législateur, mais à chaque individu*. Ed egli aggiunge che allora questa esigenza diviene il comandamento della carità; comandamento che si rivolge a ciascuno perché si liberi dalle sofferenze chi soffre, perché si aiuti chi è nel bisogno.

Parlo della carità individuale, onorevole ministro, non della carità di Stato! Si potrà tutto nazionalizzare, dall'energia elettrica ai trasporti, ma una cosa che non potrà mai essere nazionalizzata è la carità. È un dovere intimo e profondo di ciascuno di noi; e ritengo, onorevole ministro, che ella mai abbia avuto né abbia l'intenzione di nazionalizzare la carità. Ma appunto per questo io sostengo che l'emendamento da me presentato si iscrive nello spirito del disegno di legge.

Non voglio ricordare le parole di San Paolo circa le dimensioni, l'altezza, la profondità, l'ampiezza della carità; ricorderò invece un autore che non potrà dispiacere ad alcuno in questa Camera, il padre Lebret, che è stato tra gli ispiratori dell'ultima enciclica *Populorum progressio*. « Se si chiama civiltà un ordine sociale istituito che assicuri la permanenza di una vita collettiva montante — scrive questo studioso — è la carità che ha inaugurato una nuova forma di civiltà. Ma essa non ha impregnato di sé, e assai imperfettamente, che solo una parte del mondo. La fine legale della schiavitù non data che da ieri, ma quante forme di schiavitù sussistono ancora! Nuove schiavitù ci minacciano tut-

tora: il regime capitalistico ha saputo moltiplicare i suoi schiavi, e più ancora il regime collettivistico... La carità non trasforma l'umanità che assai lentamente. La civiltà della carità è appena agli inizi. I materialismi moderni, pur antagonisti fra loro, cospirano assieme ad impedire che s'espanda, se non ad abolirla del tutto! Essi hanno acquisito una consumata perizia per mistificare l'umanità».

Onorevoli colleghi, non dimentichiamo moniti così elevati e solenni, non lasciamoci indurre nella tentazione di credere che lo Stato e l'autorità possano tutto, che al nostro dovere individuale e al nostro impegno spirituale possa sostituirsi una norma di legge o un ente creato dall'autorità.

Resterà sempre necessario l'apporto di ciascuno con il suo slancio, la sua abnegazione e la sua sensibilità, che vede più lontano dello Stato e della legge.

Non ho inteso criticare, onorevole ministro, il disegno di legge, al contrario! Ho cercato di vederne tutti gli aspetti, di guardarli in una luce che a me pare luminosa, anche se ho detto che mi piace di più la luce che viene dalla relazione del nostro collega onorevole Lattanzio che non la luce che emana dalla relazione ministeriale: questo è appena un dettaglio.

Ho cercato, anzi, di porre in evidenza i meriti e soprattutto i fini che il disegno di legge intende perseguire. Lo stesso disegno di legge risponde ad una esigenza fondamentale, moderna, sociale e, finanche, di carità. Ma, accanto allo Stato, lasciamo che viva e non si inaridisca la carità personale, luce che tutto vivifica e tutto sublima. (*Applausi al centro*).

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

CRUCIANI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, la tranquillante relazione dell'onorevole relatore per la maggioranza, dove sembra che l'onorevole Carcaterra abbia trovato tanta luce, e la iattanza che ha caratterizzato l'intervento dell'onorevole Fada, tenterebbero di scoraggiare e sconfiggere le tesi delle opposizioni, anche se però nei vari interventi che si vanno succedendo si scoprono adesioni e prese di posizione proprio in favore di queste tesi.

Purtroppo da un po' di tempo, cioè da quando è in auge la filosofia del centro-sinistra, le opposizioni sono destinate a essere battute con il ricorso ai voti di fiducia e con la sistematica reiezione di tutti gli emendamenti da esse proposti, anche se poi, dopo qualche mese — come è accaduto nel dibattito

di ieri sera — i fatti dimostrano che le opposizioni avevano pienamente ragione.

Non vorrei però che ciò accadesse anche per il provvedimento che stiamo esaminando. Noi dichiariamo, onorevole ministro, fin da questo momento, che vogliamo tentare di dare un contributo in sede di esame degli articoli. Presenteremo quindi emendamenti migliorativi interpretando anche le istanze che in questo periodo da più parti si sono levate sulla struttura degli enti ospedalieri, sui requisiti per la classificazione, sulle disposizioni finanziarie, sull'ordinamento dei servizi, sulla presenza dei cattedratici nelle commissioni, sull'internato dei laureati.

Ieri abbiamo parlato di una situazione previdenziale resa gravissima e senza via d'uscita dalla condizione ospedaliera, perché chi governa, o dovrebbe governare gli ospedali, in quel campo non può operare. Affrontiamo oggi un provvedimento di legge che riguarda la situazione ospedaliera nazionale. Qui gli assistiti sono quella grande platea di 36 milioni di italiani, protetti dagli enti mutualistici, che però sono assenti dalla riforma, anche perché la Commissione sanità ha inviato in aula il provvedimento con la cancellazione di quell'importante titolo VII che li riguardava.

Certo, onorevole ministro, noi non siamo ostili a questo tentativo di rinnovamento; però sconcerata osservare la mole dei problemi che esso investe. Io non voglio seguire i colleghi di parte democristiana nel tentativo di fare l'elogio delle opere o degli enti o degli uomini pii che in passato si sono dedicati a questa attività. Qui c'è una nuova realtà, che è la protezione ospedaliera: se esaminiamo le indicazioni fornite dai vari enti, vediamo che dal 1948 (volendo prendere un punto di riferimento non troppo lontano) al 1965 gli orientamenti della protezione ospedaliera sono numerosi. E ci troviamo di fronte ad una realtà nuova, a nuove esigenze, sicché non è il caso di soffermarci sulle opere pie, sul passato, ma bisogna prendere in considerazione questa nuova realtà e vedere come si può provvedere per soddisfare alle nuove esigenze che essa pone.

Sconcerata però, onorevole ministro, constatare quanti dei problemi che questa riforma prospetta rimangono insoluti. È doloroso dover dire, onorevole ministro, che questa mattina il ministro del lavoro e della previdenza sociale, in sede di discussione di alcune mozioni, ci ha dimostrato, per esempio, che alcune previsioni di spesa per quanto riguarda la sicurezza sociale hanno superato in un anno (mi riferisco al preventivo del 1967) addirittura la cifra prevista per il quinquennio.

Evidentemente per questo settore, che era ed è tanto importante, non si è voluto nel dibattito parlamentare sulla programmazione ascoltare le voci venute da più parti, perché è indubbio che, se una dilatazione deve esservi nelle spese previste dal piano, essa deve aver luogo proprio in questo campo. Possiamo definire drammatica la situazione: come potranno i senatori, che stanno esaminando il piano, portarlo avanti e non rispedircelo qui, quando questa mattina un ministro in carica ci ha detto che una delle cifre che sono state prese in esame nel dibattito di ieri ha superato in un anno la previsione del quinquennio: siamo a 2.157 miliardi, contro i 1.820 previsti per un certo settore della sicurezza sociale.

Siamo tutti d'accordo sulla necessità di una radicale riforma dell'organizzazione ospedaliera italiana e nessuno in buona fede potrebbe negare che nel 1967 non si possa e non si debba comunque cercare di adeguare, allineandoci alle nuove realtà, la legislazione in materia, che ormai è vecchia più di mezzo secolo.

Onorevole ministro, la vita sanitaria italiana però nel frattempo non è mutata soltanto nelle opere e negli enti, ma è mutata soprattutto nel sistema di protezione; cioè dall'assistenza e dal ricovero ospedaliero dei poveri siamo arrivati ad una protezione generale. Nel comune di Foligno, per esempio, siamo arrivati a questo: l'anno scorso le ostetriche condotte hanno potuto assistere un solo parto, il che vuol dire che tutte le partorienti hanno fatto ricorso al ricovero ospedaliero.

In questi giorni ho visto i calcoli forniti dall'INAM, dall'ENPAS, dall'ente assistenziale dei coltivatori diretti, dall'INADEL, dall'ENPDEDP, che coprono un'area — ripeto — di 36 milioni di protetti. D'altronde, onorevole ministro, è anche vero che si fa un discorso molto grave quando si parla dei costi: si è teorizzato ieri sera in quest'aula che, se aumenterà l'occupazione, si potrà attendere alla diminuzione dei disavanzi economici degli enti. Questo potrebbe essere vero qualora i contributi versati dal lavoratore fossero inferiori al costo per la protezione del lavoratore stesso. Purtroppo è drammatico dover rilevare che il costo dell'assistenza e previdenza di un lavoratore è superiore ai contributi che egli versa, quindi noi dovremo cercare altre strade ed altre formule per risolvere anche il problema dei costi. Rapportando la cifra di 36 milioni di protetti a quella complessiva dei cittadini italiani, non si può non essere tutti d'accordo sulla inderogabile necessità di sostituire al concetto di « ope-

ra pia », quello più moderno di assistenza pubblica e di sicurezza sociale.

Onorevole relatore per la maggioranza, certo molti passi sono stati fatti dal tempo in cui si dibatterono in sede di Assemblea costituente questi problemi. Io in questi giorni sono andato a leggermi quel dibattito; ebbene, quanti passi avanti sono stati fatti nel dimenticare certe prese di posizione di allora, e quanti passi indietro nella realtà delle realizzazioni che erano state progettate!

Si parla di sicurezza sociale: e su questo concetto si basava lo spirito del soppresso titolo VII del progetto di riforma, in cui si parlava dal presupposto che obiettivo finale del programma nel campo sanitario-assistenziale e della previdenza sociale fosse l'attuazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale.

Il programma di sviluppo economico, secondo lo stesso capitolo VII, doveva svilupparsi secondo alcune direttive, tra le quali si indicavano la fusione degli enti mutualistici e degli enti pubblici operanti nel settore della mutualità e l'unificazione, per quanto riguarda le prestazioni sanitarie, dei trattamenti di malattia in favore dei lavoratori titolari dell'assicurazione contro le malattie.

Onorevole ministro, io debbo muoverle un rilievo: tale fusione non è neppure avviata. Ella potrebbe chiudermi la bocca dicendo: ma il mio progetto queste cose le prevedeva! Il fatto è che queste cose in aula non sono arrivate, eppure nel capitolo VII del piano esse erano indicate come fondamentali.

Il ministro Bosco ci ha annunciato questa mattina che è allo studio un progetto di legge per la unificazione della riscossione dei contributi. Ma ben altro era l'intendimento che muoveva il capitolo VII del programma, ben altra la sua aspirazione, ben altro lo spirito che animava lo schema originario del disegno di legge in discussione!

Noi dobbiamo dire che ciò è avvenuto non per colpa sua, onorevole ministro Mariotti, ma per gli interessi contrastanti che esistono in questa eterogenea e barcollante maggioranza governativa. Ella potrebbe obiettarci: « Perché barcollante? Ella si illude, perché questo è un Governo che, qualsiasi cosa accada, non si muove ». Però questa mattina il ministro del lavoro si è presentato alla Camera e non ha potuto certo annunciarci che il Governo è sul punto di adempiere gli impegni contratti dinanzi al Parlamento e al paese venti mesi fa: egli non ci ha detto neppure quando potrà dare attuazione alla delega prevista dall'articolo 39 della legge n. 903 del 1965. Noi pensavamo, dato che siamo ad un

anno dalle elezioni, che si fosse presentato per dirci: onorevoli colleghi, abbiamo avuto tanto da fare, abbiamo avuto la questione del SIFAR e tante altre, chiediamo un anno di proroga. E il Parlamento italiano avrebbe potuto concedere tale proroga al ministro del lavoro. Invece ci è stato detto che le cose promesse ai lavoratori non si possono dare. Vedremo domani, a conclusione del dibattito, cosa si potrà fare!

Onorevole ministro, la nostra parte politica non era certo entusiasta della fusione di tutti questi enti. Speriamo comunque che ella porti avanti questo discorso, affrontandolo magari per enti omogenei. Il discorso del ministro Bosco circa la riscossione dei contributi può essere valido, affinché non sfugga alcuno dei contribuenti, alcuna delle aziende imprenditoriali. Ma ciò non basta: occorre, lo abbiamo detto spesso, che la gestione dei denari dei lavoratori sia fatta dai rappresentanti dei lavoratori, che tale gestione sia collegata strettamente alla vita degli ospedali.

Ella, onorevole ministro, deve rassicurarci in tal senso; ella non può, alla fine di questo dibattito, non darci questa assicurazione, in modo che si possa esser certi che ciò che non è stato fatto prima sia finalmente fatto.

Ella, onorevole ministro, potrà dire che quanto è al nostro esame costituisce l'inizio di un programma, e che di ciò ci accorgiamo lungo la strada. Si è detto che nel programma della sicurezza sociale vi è un impegno per un servizio sanitario nazionale. Onorevole ministro, ricorda quanti dibattiti si sono avuti in Italia su questo argomento? Ora, anche a questo problema non si assegna più una categorica priorità. La mia parte politica è intervenuta nel dibattito, pur avanzando serie riserve sulla volontà politica del centrosinistra, quando si parlava di programmazione...

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Mi scusi, onorevole Cruciani, ma a questo punto, quando si parla di servizio sanitario nazionale, sarebbe bene che tutti fossero edotti di ciò che esso significa, direi, nella sua globalità. La riforma ospedaliera è un aspetto del servizio sanitario nazionale. Poi vi saranno altre strutture, che evidentemente dovranno soddisfare alle esigenze dei tre momenti della medicina. E siccome questo non può essere fatto nel breve volgere di pochi mesi, ma ci vorrà in realtà molto più tempo, a questo punto voi fate la solita polemica: qui non si tratta più di servizio sanitario nazionale. In realtà, la riforma ospedaliera è un primo pas-

so verso un servizio sanitario nazionale, al quale però si collega necessariamente il fondo nazionale ospedaliero. E su questo, in sede di replica, spero di poter dare una interpretazione esatta di ciò che nella legge si prevede e delle prospettive di sviluppo relative.

CRUCIANI. Onorevole ministro, questo ella già ebbe ad affermarlo in sede di dibattito sulla programmazione. Ma in quella sede, nella discussione del problema globale, si fecero delle scelte e il disegno di legge che oggi stiamo discutendo era proprio elencato fra queste. Questo è il punto; infatti si parlava di affrontare globalmente il problema, soprattutto puntando alla garanzia contro il rischio di riduzione di capacità di lavoro e quindi del reddito, alla lotta contro lo spreco e il disordine dominanti: il mio gruppo si dichiarò favorevole a questi obiettivi, quindi favorevole alla riforma e al riordinamento. Il disegno di legge al nostro esame, fra l'altro smembrato, come dicevo prima, in Commissione, si riduce invece a un piccolissimo inizio di riordinamento, dimenticando un impegno fondamentale: l'impegno di attuare, ma totalmente, la razionalizzazione della dislocazione territoriale e di fissare una graduazione del livello di interventi.

Oggi invece il ministro cosa ci può dire rispetto ai due punti principali, che in quella sede sottolineò: il sistema delle attrezzature e quello della produzione dei farmaci? Signor ministro, ci dovrà dire qualcosa anche su quest'ultimo punto, anche se non si tratta di problema strettamente collegato perché questa mattina il ministro del lavoro ci ha detto che la situazione può essere risolta mettendo gli istituti previdenziali in grado di acquistare direttamente medicinali per distribuirli attraverso le farmacie, cercando così di diminuire lo spreco. Questi mi sembrano piccoli palliativi che non risolvono il problema.

Riferendosi al dibattito sulla programmazione, è facile evidenziare che molti atteggiamenti erano e sono determinati dal protrarsi di spinte clientelari e partitiche nelle scelte, facendo così saltare ogni programma e tradendo le stesse finalità che sono tanto conclamate.

I colleghi della mia parte politica sono d'accordo nel dichiarare preventivamente che il volere discutere il progetto di riforma ospedaliera senza sgombrare il campo dai difetti determinati dalla attuale struttura è cosa illogica. Non mi pare che vi sia stata molta assonanza tra i vari gruppi; abbiamo ascoltato le prese di posizione del gruppo comuni-

sta, decise, senza mezzi termini, vorrei dire spietate, mi pare di fondo; ma non sono state meno perentorie quelle degli altri gruppi, né mi pare che la relazione di minoranza presentata dai colleghi liberali Capua, De Lorenzo e Pierangeli possa in qualche modo sembrare « allineata ». Quindi, praticamente, lo allineamento su questo progetto di legge di chi è? Nemmeno del ministro, che lo aveva presentato diversamente; non del relatore per la maggioranza, il quale, sì, tesse elogi, ma rinvia. Abbiamo sentito oggi il discorso (fatto con iattanza) dell'onorevole Fada, che però non è egli stesso allineato sulle posizioni espresse nel discorso successivo dell'onorevole Carcaterra; come non sono stati allineati quello dell'onorevole Maria Alessi Catalano del PSIUP e quello del liberale onorevole Valitutti. Quindi, chi è d'accordo praticamente? Mi pare che d'accordo non fosse nemmeno la Commissione sanità. Siamo quindi ad un disaccordo totale. Per comprenderne i motivi non è necessario andare molto al di là del progetto di legge, ma basta per esempio soffermarsi sull'articolo 1. Ora, quando si pretende di uniformare l'assistenza pubblica e di pianificare l'assistenza ospedaliera, onorevole ministro, come si può escludere gli istituti di cura per malattie mentali? Ella ci dirà di aver annunciato la presentazione di un progetto di legge, ma questo non è un argomento perché anche in tale settore il riordinamento è urgentissimo.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non ho annunciato, ho presentato il disegno di legge.

CRUCIANI. Nel momento in cui si parlava della programmazione, era tra le cose annunciate. Ma è questo un discorso che bisogna portare avanti. Fra l'altro, è molto sollecitato dagli enti locali.

Vi sono altri aspetti da esaminare: i problemi delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura. Qui so che sono annunciate delle prese di posizione, se è vero che in questi giorni un certo mondo è in movimento. Altri problemi si pongono a proposito degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, a proposito delle case private di cura; e naturalmente, con ancor maggiore importanza, a proposito degli ospedali degli enti mutualistici e assicurativi.

A questo punto vorrei fermarmi un momento sugli ospedali clinicizzati. Noi abbiamo una legge del 1933. È vecchia. Si abbia allora il coraggio di innovarla. Che cosa diceva quella legge? « Nelle città che sono sedi di facoltà di medicina e chirurgia, gli ospedali

aventi una complessiva media giornaliera di ricoverati non superiore a 600 saranno trasformati in ospedali clinici a seconda dei bisogni dell'insegnamento ». Mentre l'articolo 1 del decreto del 1925 specificava che il numero dei letti ospedalieri da trasformare in letti clinici non poteva in ogni caso essere superiore a 150 per ciascuna clinica generale, a 75 per la clinica ostetrico-ginecologica e a 50 per ciascuna delle cliniche speciali legalmente costituite, nel progetto di riforma è previsto che gli ospedali clinicizzati e gli ospedali convenzionati con le università siano regolati dalle relative convenzioni approvate dal Ministero della sanità e dal Ministero della pubblica istruzione.

Onorevole relatore per la maggioranza, mi pare che non si facciano altri riferimenti. Qualcuno obietta, vi sono università importanti come quella di Bologna o di Roma dove certamente 150 posti-letto non sarebbero sufficienti alle esigenze della preparazione universitaria. Mi diceva un professore universitario che con 150 posti-letto in una università come quella di Roma, di Bologna e forse anche come quella di Perugia, gli studenti non arriverebbero nemmeno a toccare il polso ad un ammalato.

In realtà il problema è un altro: non è quello di ampliare il numero dei posti-letto per ogni università. Caso mai è quello di creare cattedre in rapporto al numero degli studenti e conseguentemente di legare la cattedra a tale numero. Se questa interpretazione è esatta, su di essa si può trovare anche un accordo. Altrimenti nelle convenzioni sarà difficile trovare la via che consenta una corretta soluzione.

In questi giorni abbiamo visto il *libro bianco* dei clinici, che si sofferma soprattutto a considerare il problema della riforma ospedaliera nei confronti delle università. Detto documento fa ampie riserve sul progetto che stiamo esaminando contrastando, tra l'altro, il concetto della equiparazione degli ospedali clinicizzati agli ospedali provinciali e la formulazione delle norme riguardanti i concorsi ospedalieri.

Anche di recente il mio conterraneo, presidente della Commissione pubblica istruzione, onorevole Ermini, ha sollevato la questione rilevando una pretesa divisione tra ospedali e università.

In linea generale — mi permetto di sollecitare il parere del relatore per la maggioranza su questo punto fondamentale — va innanzitutto precisato che le cliniche universitarie, contrariamente ai reparti ospedalieri, devono,

per la loro precipua funzione, mirare alla qualità del ricoverato, non alla quantità; ciò perché, avendo come principale scopo lo studio e la ricerca, si ha bisogno di ricoverati altamente selezionati. È necessario perciò prevedere un limite.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Esistendo però anche il fine dell'insegnamento, è necessario ricoverare ammalati comuni, altrimenti non si avrebbe l'insegnamento nelle più comuni malattie.

CRUCIANI. Siamo d'accordo. Evidentemente, però, i ricoveri per malattie comuni, che sono i più numerosi, possono essere limitati. Infatti la funzione di tali ospedali clinicizzati è quello dello studio e della ricerca, stando a quanto stabilito dalla legge Baccelli.

Quindi bisogna stabilire un limite, ed io sono favorevole al limite della legge del 1933 come numero dei posti-letto. Inoltre, onorevole relatore, la situazione esistente nelle facoltà mediche italiane ha talvolta contribuito ad abbassare il livello della ricerca scientifica; e purtroppo anche l'inflazione dei posti-letto nelle cliniche universitarie ha avuto il suo peso nel determinare l'attuale situazione. I clinici universitari, occupati ad esercitare la professione, spesso poco curano l'insegnamento e poco la ricerca, salvo a presiedere tre congressi scientifici la settimana. Non è un mistero per alcuno il poco conto nel quale all'estero sono tenute le centinaia di riviste scientifiche italiane. Questo è stato detto dai colleghi della maggioranza nel corso dell'attuale dibattito. La mia tesi, comunque, non si rivolge affatto contro i clinici, ma è quella di creare una piramide ove vi sia posto per tutti.

Ora, per quanto riguarda i rapporti tra ospedali e cliniche universitarie, il progetto, che vuole essere rivoluzionario, non dice una parola moderna in tema di assistenza ospedaliera; in realtà mantiene in piedi, sia pure indirettamente, uno stucchevole e superato dualismo tra ospedali pubblici e università.

Da un lato non possiamo non dare atto del coraggio concettuale dimostrato nell'abbattere alcuni *tabù* della scienza ufficiale, che hanno fatto gravare una ipoteca pesante sull'ospedale italiano, vera riserva di caccia per allievi di alcune università ai quali la sorte, le rivalità di scuola o una minore levatura avevano precluso l'ascesa alla cattedra universitaria; dall'altro canto, come non riconoscere che la gioventù studiosa, più seriamente preparata ed impostata, è quella che si forma negli atenei? Come permettere che tante ener-

gie trovino un blocco alle più che legittime aspirazioni nel muro dell'ospedale?

Ora l'onorevole relatore per la maggioranza, udendo queste due mie domande, dirà che il mio è un discorso pirandelliano. Ma consideriamo di nuovo il problema dalla visuale del personale ospedaliero.

Chi di noi può dare torto ad una categoria di lavoratori qualificati ai quali, se venissero accolte le proteste che i cattedratici hanno lanciato in questi giorni contro lo sbarramento dell'ospedale agli universitari, verrebbe negato l'accesso ai gradi più prestigiosi della carriera, che sarebbero riservati, attraverso un sapiente dosaggio delle commissioni giudicatrici, per gli allievi delle scuole universitarie? Quale ente pubblico o privato sceglie i suoi dirigenti tra i pupilli di altro ente diverso? Chi di noi non conosce le dolorose esperienze delle università minori nelle quali arrivano, come meteore che puntano ad altri lidi, i neo-cattedratici, saturi di dottrina e digiuni di pratica ospedaliera? Dico « dolorose esperienze » per la sanità pubblica, perché non esiste una sanità pubblica universitaria ed una sanità pubblica ospedaliera.

Quali le conseguenze di siffatta situazione, quando invece l'allievo della grande scuola affollata, dove la pratica clinica era difficile, abbandonati i sogni di gloria, approda al primario ospedaliero? Delusione, scontentezza, senso di fallimento sono il suo corredo psicologico, certo non foriero di vantaggi per la salute pubblica. Sul piano tecnico-professionale occorrono alcuni anni perché il neo-primario si inserisca nello spirito dell'ospedale, penetri appieno le sue necessità di assistenza e di cura, così lontane dai microfoni delle lezioni del maestro, dalle esperienze su cavie, dalle esercitazioni degli studenti.

Né è da sottovalutare la difficile collaborazione e lo scarso seguito che siffatto primario troverà in ospedale, dove aiuti ed assistenti, che saranno spesso più anziani del primario stesso (come conseguenza, poi, onorevole Lattanzio, della stessa legge che abbiamo fatto noi sulla stabilità di carriera), vedranno in lui la decapitazione di loro legittime speranze.

A fronte di un dualismo così forte, così evidente (perché in questi giorni, se leggiamo i giornali, non vediamo prese di posizione in difesa dell'ospedale, dell'ammalato, vediamo solo prese di posizione in difesa delle carriere di un gruppo o di un altro gruppo) e, abbiamo visto, così controproducente per l'assistenza sanitaria ospedaliera, quale può essere un suggerimento costruttivo? È quello che emerge spontaneo a chi consideri con ani-

mo sereno, sgombro da passioni il problema: unificare, almeno in questa sede, visto che la mutualità ha preso la sua strada, l'assistenza ospedaliera ai fini di renderla più efficiente.

Noi ci permettiamo di dire: signori universitari e signori ospedalieri, siamo pieni di rispetto e di considerazione per la vostra opera e per i vostri problemi, ma ci sia concesso, da legislatori, di abbracciare il problema ai fini essenziali della sanità pubblica. I vostri problemi di settore ci interessano; li seguiamo e li abbiamo sempre seguiti, ma in questa sede lasciate che prevalga l'interesse della nazione, dei cittadini malati sui vostri.

Come è noto, l'università italiana si compone di tante facoltà; ma la università italiana è in Parlamento sinonimo di facoltà mediche. Se ogni facoltà sollevasse i problemi di interesse legislativo che solleva la facoltà di medicina noi forse non potremmo legiferare per la mole del nostro lavoro. Ci siamo mai occupati così assiduamente dei problemi della facoltà di ingegneria oppure di quella di lettere o di farmacia? No! Ha mai pensato l'onorevole rappresentante del Governo che nell'ambito delle facoltà mediche i problemi sono sollevati soltanto dai clinici, vale a dire da quei titolari di cattedra che hanno reparti di degenza? Si è mai chiesto perché mai nelle anticamere ministeriali non si sono mai trovati il patologo generale o il fisiologo o lo anatomico? Perché essi non hanno reparti di degenza né hanno malati, non esercitano la libera professione né hanno interessi economici da difendere, ma sono soltanto insegnanti, maestri, ricercatori.

L'università che si ritiene colpita *in toto* da questo o quel provvedimento legislativo, e che protesta, si limita dunque a non più di otto o dieci titolari di cattedra per ciascuna facoltà medica. In Italia sono circa duecento i clinici, vale a dire i cattedratici che hanno reparti di degenza, in quanto insegnano materie cliniche che necessitano di malati. Con tutto il rispetto per la funzione dei clinici (del resto non dissimile da quella degli altri cattedratici delle facoltà mediche) sembra eccessivo che il Parlamento italiano debba porsi nuove limitazioni e debba contemplare nuove eccezioni nella strutturazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera per tenere conto delle esigenze di un nucleo esiguo di reparti di degenza, quelli clinicizzati, che si sottraggono alla pianificazione generale.

Occorre quindi battere una via diversa, onorevole Lattanzio, una via che ella e i suoi colleghi, che conoscono a fondo la materia, si

sono certamente prospettati, tenendo anche conto di altre esperienze (e, legiferando in questo campo, occorre pur vedere quanto sta avvenendo in altre nazioni). Ora la via più semplice è quella di contemplare una modifica dell'ordinamento dell'istruzione superiore che faccia sì che unicamente per le materie cliniche (clinica medica e chirurgica, patologia medica e chirurgica e loro derivazioni) la chiamata discrezionale delle facoltà mediche alle cattedre di cui sopra possa esercitarsi unicamente verso i primari ospedalieri di ruolo degli ospedali regionali con una certa anzianità di servizio in possesso dei requisiti attualmente contemplati dall'ordinamento dell'istruzione superiore: conseguimento della libera docenza e vincita di un concorso per cattedre.

Ella, onorevole relatore per la maggioranza, mi potrà obiettare che l'anzianità di servizio non dovrebbe costituire un requisito determinante; ma, anche l'anzianità di servizio deve avere un suo valore. In tal modo, le facoltà mediche sarebbero composte per due terzi da cattedratici di materie biologiche e fondamentali (anatomia, fisiologia e farmacologia), che seguirebbero la carriera così come essa è attualmente, e per un terzo di cattedratici provenienti dalla carriera ospedaliera, ma con in più una particolare preparazione, tendenza e capacità all'insegnamento, che sarebbero vagliate e giudicate esclusivamente da cattedratici delle facoltà mediche, così come attualmente avviene. Al giudizio di questi cattedratici sarebbero sottoposti successivamente i candidati per gli esami di libera docenza e per i concorsi per cattedre.

Ogni problema sarebbe risolto nel vero e nel puro interesse della sanità pubblica ed ogni dualismo sarebbe eliminato. Infatti, alle cattedre cliniche con necessità di letti e di degenza ascenderebbero elementi, non solo preparati dal punto di vista scientifico e dell'insegnamento, ma elementi che provengono dall'ospedale, e che godono, sin dal principio, di un bagaglio di esperienza pratica ed applicata quale si può acquisire solo in ospedale con lo studio e la cura di molti malati. L'insegnamento, e quindi la formazione di nuovi medici, ne risentirebbero in senso assolutamente positivo; d'altro canto sulle capacità scientifiche e di insegnamento dei candidati sarebbero sempre le facoltà mediche a decidere in quanto ad esse è affidata la chiamata dei candidati ritenuti idonei — ripeto — in possesso della libera docenza e vincitori di un concorso per cattedra, secondo le norme in vigore.

In questa maniera, onorevole sottosegretario, la piramide della sanità pubblica ospeda-

liera sarebbe unica, funzionale ed efficiente. I primari ospedalieri, d'altro canto, con la prospettiva prestigiosa della chiamata in cattedra manterrebbero vivo un interesse culturale che non potrebbe non andare a vantaggio dei malati. Inoltre i primari, così come contemplato nel progetto in esame, potrebbero dedicarsi anche ad impartire l'insegnamento ai neolaureati, naturalmente con una passione ben maggiore. Verrà in tal modo a cessare quell'atteggiamento distaccato ed inerte di molti primari che nel canonicato raggiunto vedono la conclusione di ogni ambizione e di ogni ulteriore spinta al miglioramento professionale e scientifico.

Infatti, la possibilità di ascendere alla cattedra delle materie cliniche, quelle che comportano un insegnamento sul malato, riavvicinerebbe i primari ospedalieri alle facoltà mediche, al fine di conseguire quei titoli scientifici e di insegnamento che permetterebbero loro di raggiungere la ternatura nei concorsi per cattedre, viatico per la chiamata da parte delle facoltà mediche stesse.

Il vantaggio, l'enorme profitto che ne trarrebbero la sanità pubblica e gli ospedali in particolare, sarebbe incalcolabile, in quanto questi verrebbero a disporre, nei primari, di elementi nei quali l'ansia di progredire condurrebbe — non c'è dubbio — ad un miglioramento culturale e professionale continuo. La platea di scelta dei cattedratici clinici sarebbe quella di tutti gli ospedali del paese, e alla cattedra si arriverebbe con una continuità di carriera che non solo eliminerebbe ogni dualismo, ogni rivalità, ma anzi farebbe del corpo sanitario nazionale un tutt'uno amalgamato e con una unicità di interessi.

Onorevole sottosegretario, non è chi non veda in tale impostazione del problema ospedaliero nazionale un sostanziale e coraggioso cambiamento delle strutture attuali, che avrebbe per meta la salute dei cittadini attraverso una unificazione logica e funzionale di ogni forma di assistenza sanitaria ospedaliera. Questa è, a mio giudizio, l'unica via per rispondere a tutte le istanze non solo di rinnovamento, ma anche di chiarezza nella carriera ospedaliera.

Noi riteniamo che unificare la piramide della carriera ospedaliera con il porre alla vetta di essa i cattedratici delle materie cliniche sia logico e funzionale quando a queste vette si giunga con una continuità di carriera ospedaliera. Ogni contrasto su questioni di rivalità e di gelosia verrebbe a cadere. Il nostro gruppo si riserva di presentare in proposito gli emendamenti opportuni, tenendo presente

a questo riguardo anche i problemi connessi con l'istruzione superiore.

Gli aspetti generali relativi alla struttura organizzativa del personale sanitario sui quali ci siamo intrattenuti fin qui meritano ora un esame più approfondito e più tecnico.

L'articolo 44 del provvedimento, così come ci è pervenuto dalla Commissione, prevede esami di idoneità su base nazionale per i primari e i direttori sanitari e su base regionale per gli altri sanitari. Conseguita tale idoneità, i sanitari possono adire ai concorsi per i posti negli ospedali. Noi siamo pienamente d'accordo con tale criterio e plaudiamo a tale iniziativa, che rende omogenei i criteri di idoneità, sia che il candidato aspiri al posto nell'ospedale di Perugia, sia che aspiri al posto nell'ospedale di Roma. Ma le commissioni per gli esami di idoneità dovranno essere severe, molto severe. I criteri per la formazione noi li approviamo, data la presenza di tre ospedalieri e di un professore universitario della materia; ed approviamo anche la composizione delle commissioni di concorso per i posti di sanitario negli ospedali, anche se esprimiamo riserve sulla facoltà conferita ai consigli di amministrazione di chiamare a far parte delle commissioni stesse un professore universitario. È una soluzione di compromesso che fa ricadere sulla periferia la responsabilità di escludere l'università italiana dagli ospedali.

Ebbene, si abbia il coraggio, una volta per tutte, di affermare che se i clinici universitari, ai quali va tutto il nostro rispetto e tutta la nostra considerazione, desiderano far parte dell'ospedale italiano, vi devono entrare seguendo la strada di tutti gli altri sanitari; poi, una volta divenuti primari effettivi, conseguita la libera docenza e la ternatura nei concorsi di cattedra, quando saranno chiamati dalle facoltà mediche a coprire le cattedre di materie cliniche potranno passare nei ruoli della pubblica istruzione: si troveranno allora veramente e meritatamente al vertice della carriera ospedaliera.

Se invece dovremo ancora tollerare l'attuale divisione fra il sacro ed il profano, tra la nobiltà e il proletariato, lasciamo almeno che questo proletariato si autogoverni, aboliamo la facoltà discrezionale del consiglio di amministrazione — per esempio — dell'ospedale di Terni di chiamare il cattedratico nella commissione di concorso. Non è ammissibile che continuino queste interferenze che hanno avvelenato sin qui l'ospedale. Non è ammissibile che il cinquantenne aiuto chirurgo che notte e giorno ha sostituito il primario si veda scavalcato dal giovanissimo, non ancora al

traguardo dei quarant'anni, che papà ha mantenuto agli studi, sulla scia del cattedratico, fresco di studi, magari conoscitore di tutta la miracolosa teoria in tema di altissima chirurgia, ma assolutamente incapace di una diagnosi differenziale fra un'ernia strozzata e una perforazione intestinale.

Non racconto storie, onorevole ministro. Guardiamoci intorno. Uno di costoro (non faccio il nome) è assunto recentemente ad un incarico di primissimo piano senza avere mai fatto una guardia di notte in un ospedale generale. È colpa sua se nella sua formazione esistono lacune macroscopiche? No, è colpa del nostro sistema. L'ospedale, onorevole ministro, è e deve essere uno ed uno solo, con un'unica piramide, come ho già detto esaurientemente. Lo stesso professor Stefanini, presentatore del « libro dei clinici » ed uno dei maggiori chirurghi italiani, deve parte della sua preparazione proprio ad un ospedale, dove svolgeva la sua attività di primario prima di giungere alla cattedra universitaria. Quindi, se divisione deve esserci, l'università agli universitari e l'ospedale agli ospedalieri: non si consenta che il passaggio possa avvenire in un solo senso, dall'università all'ospedale, umiliando quest'ultimo al ruolo di ricettacolo di ambizioni fallite, di cattedre sfumate.

La proposta poi che nasce spontanea dalle limitazioni previste per i sanitari ospedalieri con attività esterne all'ospedale è quella di contemplare due categorie tra i sanitari curanti, entrambe soggette alle stesse norme per l'assunzione: una prima, dei medici con inibizione alla libera professione, con stipendi anche più ragguardevoli, onorevole ministro, di quelli previsti dai recenti provvedimenti emanati dal suo Ministero e con diritto alla pensione e a tutte le provvidenze dei funzionari appartenenti alle carriere direttive dello Stato; una seconda, dei medici a « tempo definito » (quattro o cinque ore di servizio giornaliero), con una retribuzione particolare da studiarsi dal punto di vista amministrativo, pari ad un terzo o alla metà di quelli parigrado del primo gruppo, con diritto ad esercitare la libera professione e ad assumere altri impegni professionali, e senza diritto al trattamento pensionistico o alle altre previdenze riservate ai pubblici dipendenti.

In altre parole, noi accettiamo parzialmente la impostazione dell'onorevole ministro, siamo favorevoli a che si diano alti compensi a chi si dedica completamente ed a « tempo pieno » al servizio, mentre chi invece vuole continuare ad avere la possibilità di dedicarsi

alla libera professione, deve anche accettare le necessarie limitazioni. I sanitari potrebbero optare liberamente per l'una o l'altra forma di rapporto, nei limiti che ciascuna amministrazione fisserà, nel senso che i sanitari a pieno impiego dovranno rappresentare una certa percentuale di tutti i sanitari, a seconda delle esigenze dei singoli ospedali. Diversamente l'ospedale è destinato a diventare il ricettacolo di malati rassegnati alle cure dei medici-funzionari che costeranno molto e renderanno poco anche qualitativamente.

La drastica inibizione all'esercizio professionale nelle case di cura, onorevole ministro, deve essere limitata, a mio giudizio, ai casi e nelle località nelle quali queste possono fare la concorrenza all'ospedale. Ma è assurdo che sia stabilita *a priori*, senza che si tenga conto che essa determina una disparità di trattamento. Comunque su questo argomento delle case private di cura penso sia meglio soffermarsi in sede di esame degli articoli.

Onorevole ministro, avevo cominciato con il parlare degli enti mutualistici. È un discorso che bisognerà portare avanti, ma adesso non voglio dilungarmi su di esso.

Altro problema importante è quello dei piani regionali, quelli riguardanti la creazione di nuovi ospedali. Noi vorremmo che venisse spolicizzato il progetto: si dia ai piani un valore puramente tecnico. Valga per tutti il caso da me citato giorni fa dell'ospedale di Rieti. Onorevole ministro, a questo punto io ho un dovere. Ella ebbe la cortesia di venire a posare la prima pietra di quell'ospedale. Vi furono feste, applausi. Ella, onorevole ministro, fece un discorso coraggioso, tutti ne fummo rassicurati e speravamo di andare ad inaugurare l'ospedale finito. Ma in un secondo tempo (né lei né io potevamo saperlo), ci si accorse che il progetto dell'ospedale era sbagliato. Chi lo aveva fatto? Si trattava del genero di un ministro. Preciso comunque che non era suo genero.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ha fatto bene a precisarlo!

CRUCIANI. La conseguenza di ciò è stata che quell'ospedale deve essere interrato di otto metri. Dopo aver avuto i dati esatti, ho rivolto un'interrogazione al ministro dei lavori pubblici, che chiese a Rieti notizie precise all'ingegnere capo del genio civile, il quale confermò quanto da me esposto. L'onorevole ministro dei lavori pubblici tuttavia si è guardato bene dal rispondere nel modo precisato dal genio civile di Rieti ma ha aggirato l'argomento.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

La verità è che ora sul tavolo del ministro dei lavori pubblici giace la proposta di trasferimento dell'ingegnere capo del genio civile di Rieti, non perché egli abbia sbagliato il progetto, che è stato fatto dalla Cassa per il mezzogiorno, ma perché ha contribuito a denunciare gli errori commessi.

Le parlo, onorevole ministro Mariotti, di questi fatti perché, a parte le nostre concezioni politiche chiaramente opposte alle sue, so che ella ha il coraggio di assumere certe posizioni, per cui sicuramente cercherà di avere notizie più precise al riguardo.

Abbiamo detto che la riforma in esame deve avere un carattere tecnico. Ma si può non considerare la situazione degli ospedali? Io prendo ad esempio quelli della mia regione, che conosco bene. Alla presidenza dell'ospedale di Spoleto abbiamo un consigliere comunale, non rieletto, di un certo partito; a quella di Terni un consigliere comunale, non rieletto, dello stesso partito (e non del suo, onorevole ministro Mariotti); a quella di Rieti un senatore democristiano, sfortunato, tra l'altro, poverino, perché in questi giorni è accaduto che sulla stampa è apparsa la notizia che usa la macchina dell'Associazione degli orfani di guerra di cui è presidente; a quella di Foligno un deputato democristiano; a quella di Perugia un ex senatore socialista. Saranno tutte persone bravissime, non discuto, che non prendono nemmeno un soldo, certamente, anche se gli amministratori dell'ospedale di Rieti, che è l'ospedale più povero, si sono attribuiti gettoni di presenza enormi. Ma questo dimostra che tutto viene politicizzato. Pertanto, se non modifichiamo la composizione degli organi che presiedono all'amministrazione degli ospedali, essi stessi rimarranno nelle mani di un presidente politico e di un consiglio di amministrazione anch'esso politico. Il direttore sanitario, che dovrebbe essere, almeno sul piano tecnico, un vero e proprio responsabile dell'ospedale, viene ad avere invece una funzione puramente consultiva. E su questo argomento il discorso ci potrebbe portare molto lontano. Ma io, onorevole ministro, dato che sto per concludere, devo denunciarle, appunto perché il mio gruppo vuole collaborare a migliorare questa legge, la pesante situazione esistente: se la partitocrazia intende mantenere ancora l'attuale struttura delle amministrazioni ospedaliere, allora questa riforma sarà soltanto un palliativo, o, come noi pensiamo, solo una riforma tecnica per i quadri dirigenti e responsabili. Ella, che segue la stampa regionale, sarà certamente al corrente della situazione esistente nell'ospeda-

le di Perugia, situazione che rappresenta veramente un caso limite.

Io ho rivolto numerose interrogazioni perché credo che si possa e si debba eliminare questa situazione. Ma alle mie interrogazioni ella ha risposto soltanto: appena riceverò i dati risponderò. Ma questa risposta non è ancora venuta. Cosa succede? Si mandano ispezioni all'ospedale di Perugia e il senatore presidente dice: « Io sono pratico di interrogazioni, ha fatto il senatore per cinque anni ». Il ministro aspetta e le cose vanno avanti. Siamo arrivati al punto che sono state presentate denunce alla magistratura; al punto che i consiglieri, presi uno per uno, dichiarano che avvengono cose gravissime; siamo al punto che il commissario prefettizio esorbitando dai limiti, anche temporali, della sua competenza, modifica lo statuto e consente che un vicedirettore sia nominato direttore da un consiglio politico, senza i necessari titoli. Lo dico non perché sia del suo partito, onorevole ministro, ma perché bisogna decantarle queste cose, portarle in superficie.

L'ispettore Ballè, che è stato inviato a Perugia, ha constatato cose gravissime e lo ha dichiarato a Roma, ma nulla è accaduto. Poi è stato inviato a Napoli dove la situazione era diversa, e, nonostante che la situazione non fosse grave come a Perugia, sono stati mandati via tutti: direttore, presidente, commissari prefettizi. Perché a Perugia non si interviene e tutto resta come prima? Questo braccio di ferro in atto a Perugia fra popolazione, partiti e presidente dell'ospedale mette in cattiva luce l'autorità massima del Ministero della sanità, cioè il ministro, che magari non è informato perché certi foglietti non gli si fanno arrivare.

Ho colto l'occasione da questo dibattito non per evidenziare certe situazioni, ma per portare il mio contributo affinché questa sia una riforma sostanziale e porti una nuova coscienza e un nuovo spirito negli ospedali italiani.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Nello ospedale di Perugia?

CRUCIANI. Di Perugia, sì. Perché ormai in seno agli ospedali si annidano gruppi di potere che si preoccupano solo della assegnazione e della ripartizione dei posti. Ella sa meglio di me che la nostra opposizione al centro-sinistra è risoluta e continua ad essere decisa e chiara, ma le assicuro che non avremmo mai pensato che la politica di centro-sinistra si sarebbe risolta, almeno perifericamente, esclusivamente in tentativi di ottenere un po-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

sto in più nei consigli di amministrazione. Io denuncio queste cose perché ne scapita la validità e la serietà dell'istituto ospedaliero. Purtroppo i medici provinciali si trovano praticamente in una situazione di impotenza. Ed io non dico che lei sia troppo debole, onorevole ministro Mariotti: trasferisce quando è necessario e quando sa, io penso. Perché se ella, anche a Rieti, quando si è parlato della distribuzione territoriale dei nuovi ospedali, avesse potuto avere dal medico provinciale informazioni precise, avrebbe trasferito quel medico provinciale e non spostato l'ospedale a Poggio Mirteto, perché il segretario è un deputato democristiano, è stato nominato presidente della banca di quel posto e quindi... Ella mi dirà: non riesco a seguirla. Certo, onorevole ministro, è tutto un intrigo, si tratta sempre di un *do ut des*, di situazioni di compromesso che ella deve stroncare. Onorevole ministro, io ho potuto constatare, in occasione di uno sciopero di medici ospedalieri, con quanto coraggio ella ha affrontato gli scioperanti. E non è poca cosa che un ministro affronti chi combatte certe battaglie, perché non è facile affrontare i fischi. Ella, invece, è riuscito a farsi applaudire. Abbia quindi il coraggio di rimuovere queste situazioni! Farà una cosa seria e gradita, perché gli ospedali sono enti che devono perdere la fisionomia politica che è espressione della partitocrazia.

Come dicevo all'inizio del mio intervento, noi ci riserviamo di presentare numerosi emendamenti. Questo sta a significare che non vogliamo boicottare la legge, che non esistono posizioni ostili preconcepite da parte del mio gruppo e che quindi tutto il mio discorso va interpretato come noi vorremmo e ci aspetteremmo, in modo obiettivo.

Speriamo che la sua maggioranza, onorevole ministro Mariotti, le consenta questo. Se non dovesse consentirlo, ella tuttavia potrebbe avere il coraggio di accertarsi se il Parlamento su questo tema tecnico possa disporre dei voti necessari. Per le cose coraggiose noi non abbiamo preoccupazioni né di centro-sinistra, né di fronte popolare, né di natura filosofica: ciò di cui ci preoccupiamo è soltanto la realtà. (*Applausi a destra*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato a domani.

Annuncio di interrogazioni e di interpellanze.

DE MEO, *Segretario ff.*, legge le interrogazioni e le interpellanze pervenute alla Presidenza.

AMASIO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

AMASIO. Signor Presidente, sollecito lo svolgimento della interpellanza n. 1075 presentata da un gruppo di deputati comunisti liguri a proposito della grave situazione economica che si è venuta a determinare nella nostra regione in conseguenza della smobilitazione, del ridimensionamento e del trasferimento di numerose industrie. Si tratta di un fenomeno che ha intaccato largamente il patrimonio economico ed industriale della regione ligure.

Analoga sollecitazione è stata già fatta, giorni or sono, dal collega onorevole Fasoli. La nostra insistenza è dovuta al fatto che in questi giorni l'ondata di smobilitazioni e di licenziamenti si è accresciuta ulteriormente, mettendo in sempre più grave pericolo tutto l'apparato economico-industriale della nostra regione. D'altra parte mi permetto di far presente che interpellanze di questi tipo hanno un senso e un significato se il loro svolgimento è tempestivo; se esso dovesse avvenire fra qualche settimana o tra un mese, servirebbe soltanto a far perdere tempo alla Camera.

GUARRA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GUARRA. Desidero sollecitare lo svolgimento di una interpellanza riguardante la ricostruzione dei paesi terremotati del Sannio e dell'Irpinia. La legge di finanziamento scade quest'anno, la ricostruzione è appena iniziata e bisogna portarla a termine per dare assicurazioni alle popolazioni che sono in agitazione.

PRESIDENTE. La Presidenza interesserà i ministri competenti.

Ordine del giorno della seduta di domani.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della seduta di mercoledì 10 maggio 1967, alle 15,30:

1. — Interrogazioni.

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

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera (3251);

e delle proposte di legge:

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

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

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

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

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

3. — *Seguito della discussione delle mozioni Mazzoni (101), Cruciani (109), Storti (110), sulle pensioni della previdenza sociale.*

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

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

— *Relatore*: Gullotti.

5. — *Discussione della proposta di legge:*

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

— *Relatore*: Dell'Andro.

6. — *Discussione del disegno di legge:*

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

— *Relatore*: Russo Carlo.

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

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

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

— *Relatori*: Cavallaro Francesco e Sammartino.

8. — *Discussione del disegno di legge:*

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

— *Relatore*: Fortuna.

9. — *Discussione delle proposte di legge:*

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

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

— *Relatore*: Degan.

10. — *Discussione delle proposte di legge:*

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

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

DURAND DE LA PENNE ed altri: Assegno annuale agli ex combattenti della guerra 1915-1918 (*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.

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

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

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

12. — *Discussione dei disegni di legge:*

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

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

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

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

13. — *Discussione della proposta di legge:*

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

— *Relatore*: Ferrari Virgilio.

La seduta termina alle 19,55.

IL CAPO DEL SERVIZIO DEI RESOCONTI

Dott. MANLIO ROSSI

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

Dott. VITTORIO FALZONE

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

**INTERROGAZIONI
E INTERPELLANZE ANNUNZIATE.**

Interrogazioni a risposta scritta.

SANTI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri del tesoro e del lavoro e previdenza sociale.* — Per sapere se siano a conoscenza di una disposizione (lettera circolare n. 2 in data 30 giugno 1966) del direttore generale del Banco di Napoli con la quale si dispone che le commissioni interne e le organizzazioni sindacali non potranno più distribuire all'interno delle filiali comunicati e circolari.

Il divieto, che lede i diritti di libertà sindacale ed è in contrasto con una prassi seguita da gran tempo, prende pretesto dall'applicazione (alquanto ritardata in verità) dell'articolo 10 della convenzione Assicredito-Fabi, del 1949 e in base al quale articolo viene istituito nei locali delle filiali un albo per l'affissione dei comunicati e delle circolari delle commissioni interne e dei sindacati.

La semplice affissione all'albo dei comunicati e delle circolari delle commissioni interne e dei sindacati non è mezzo sufficiente di comunicazione con il personale — talvolta numeroso — che ha la necessità di una attenta lettura dei documenti e conseguente meditata riflessione.

Si fa comunque rilevare che il richiamo all'articolo 10 della convenzione Assicredito-Fabi del 1949 per giustificare il divieto di altre forme di comunicazione con il personale da parte delle commissioni interne e dei sindacati non ha alcun fondamento, in quanto detto articolo non fa per nulla divieto alla distribuzione al personale di circolari e comunicati.

Pertanto la circolare n. 2 del 30 giugno 1966 della direzione generale del Banco di Napoli viene a violare diritti già liberamente esercitati.

L'interrogante chiede perciò se ed in quale modo si intenda intervenire per far cessare l'evidente abuso costituito dalla circolare più volte citata, a tutela dei diritti sindacali dei dipendenti del Banco. (21954)

ROMUALDI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per conoscere per quali meriti particolari e su proposta di chi sia stato nominato cavaliere ufficiale della Repubblica il signor Giuseppe Gelfo, semplice impiegato della previdenza sociale con solo nove anni di servizio, mentre ad impiegati

ben più qualificati, per superiore titolo di studio e per lungo e operoso servizio ultraventicinquennale, è stata negata persino la semplice onorificenza di cavaliere. (21955)

SAMMARTINO. — *Ai Ministri dei lavori pubblici e della pubblica istruzione e al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e per le zone depresse del centro-nord.* — Per conoscere le ragioni per le quali non sono stati più costruiti tre asili infantili, che erano nel programma di realizzazione di servizi civili nell'ambito del territorio del comune di Santa Maria del Molise (Campobasso).

Risulta infatti agli atti del comune che la Cassa per il Mezzogiorno, fin dal 1958, aveva previsto la dotazione di due asili nel capoluogo e di uno nella frazione Sant'Angelo in Grotte. (21956)

SAMMARTINO. — *Ai Ministri dei lavori pubblici e della sanità.* — Per conoscere le ragioni per le quali la costruzione del cimitero nel comune di Santa Maria del Molise (Campobasso) è sospesa da oltre tre anni, con grave disappunto della popolazione interessata, la quale vede deteriorare le opere murarie iniziate ed avverte il danno che ne deriva, oltre tutto, all'economia, già tanto stretta, del comune stesso. (21957)

SAMMARTINO. — *Ai Ministri dei lavori pubblici e della pubblica istruzione.* — Per conoscere lo stato della pratica che concerne la costruzione di un edificio scolastico nella frazione Sant'Angelo in Grotte, del comune di Santa Maria del Molise (Campobasso), vivamente attesa dalla laboriosa popolazione interessata. (21958)

ABBRUZZESE. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro per la riforma della pubblica amministrazione.* — Per conoscere a quali gradi militari corrispondono le varie qualifiche delle carriere (direttiva, concetto, esecutiva e ausiliaria) degli impiegati civili dello Stato.

Si chiede la dettagliata specificazione per ogni qualifica onde evitare conflitti di competenza, nella trattazione delle questioni di ufficio, da parte dei dipendenti civili e militari, tenendo conto soprattutto dell'articolo 59 della legge 31 luglio 1954, n. 599, (recepito anche dall'articolo 352 del decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3) che prescrive chiaramente per i sottufficiali rite-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

nuti idonei e meritevoli di conseguire il posto nell'impiego civile con la qualifica di applicato soltanto dopo aver compiuto dodici anni di servizio nell'anzidetta posizione di sottufficiale. (21959)

ABRUZZESE, CAPRARA, RAUCCI, MAGNO, ASTOLFI MARUZZA, ABENANTE, PIETROBONO, PALAZZESCHI E LEVI ARIAN GIORGINA. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per conoscere: come intende intervenire affinché l'ENEL revochi la decisione di passare dal sistema bimestrale a trimestrale per il consumo di energia da parte degli utenti, e per sapere se risponda a verità che l'ENEL ha progettato perfino la abolizione del sistema di pagamento a domicilio che comporterebbe disagi e proteste imprevedibili da parte di tutti i cittadini danneggiati da una innovazione inconcepibile provocando la riduzione degli organici aggravando così i problemi della disoccupazione. (21960)

ABRUZZESE E ABENANTE. — *Al Ministro delle partecipazioni statali.* — Per sapere: quali immediati provvedimenti intenda adottare a carico dei dirigenti della FMI-MECFONA di Napoli, che irrogano continuamente intollerabili e inammissibili multe a carico dei lavoratori, giustificandole con illegale e futili motivazioni, pur di colpire tutti coloro che si avvalgono della libertà sindacale di protestare.

I metodi della direzione di questa azienda inaspriscono e turbano i rapporti tra sindacati che difendono i diritti dei lavoratori e i responsabili dell'azienda. (21961)

BARTOLE. — *Al Ministro della difesa ed al Ministro per la riforma della pubblica amministrazione.* — Per conoscere a quali criteri si ispira la valutazione dei gradi di tenente colonnello e colonnello dell'esercito ai fini della determinazione dei relativi stipendi e per il calcolo degli aumenti biennali per anzianità di servizio. Accade infatti che mentre per differenziazione di grado viene assegnato al tenente colonnello il coefficiente 402 e al colonnello il coefficiente 500, nel computo degli scatti la detrazione dall'anzianità complessiva rimane invece immodificata (anni 21) laddove la legge del 1923 — ispiratrice del sistema — prevede invece una gradualità proporzionale (così per il grado di maggiore vengono detratti anni 16 e per il grado di generale di brigata anni 28). (21962)

BERAGNOLI, BIAGINI, MAZZONI E PALAZZESCHI. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per sapere quali concreti ed urgenti provvedimenti intende prendere per dare un tangibile ed adeguato aiuto ai contadini mezzadri e coltivatori diretti ai quali le recenti gelate verificatesi nelle province di Pistoia e Firenze attorno al 23 aprile 1967 hanno provocato ingentissimi danni alle viti ed alle altre piante da frutto fino a provocare la perdita della totalità del raccolto dell'anno in corso e a pregiudicare anche quello dell'anno venturo. (21963)

DIAZ LAURA, RAFFAELLI E GIACHINI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere se sia informato che il Consorzio agrario provinciale di Livorno ha operato 31 licenziamenti nelle proprie agenzie di Cecina e di Venturina senza alcun giustificato motivo;

per sapere inoltre se sia a conoscenza del fatto che il direttore del CAP ha rifiutato di discutere la questione con le rappresentanze del personale e che non è stata nemmeno esperita la procedura prevista per i licenziamenti collettivi.

Per sapere infine quali provvedimenti il Ministro intenda adottare per impedire un atto arbitrario e per far convocare le parti al fine di evitare i licenziamenti. (21964)

FODERARO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per conoscere se nel riassetto delle circoscrizioni scolastiche e dei circoli didattici, che avverrà ai sensi della legge 31 ottobre 1966, n. 942, col 1° ottobre 1967, sia prevista l'istituzione di una sede di direzione didattica nel comune di Morano Calabro. Tale comune ha una popolazione scolastica di oltre cinquecento bambini ed ha venticinque posti per insegnanti di ruolo. Inoltre potrebbe gravitare sulla invocata istituzione di direzione didattica anche il comune di San Basile, che dista da Morano Calabro meno di cinque chilometri, ed ha una rilevante popolazione scolastica, con sette posti per insegnanti di ruolo. (21965)

ANGELINO E ALINI. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per conoscere quali provvedimenti ha allo studio al fine di evitare o, quanto meno, di ridurre al minimo i sinistri causati dalle fughe di gas, che nel recente periodo invernale hanno fatto numerose vittime per scoppi ed asfissia. (21966)

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

FODERARO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per conoscere i motivi per cui l'insegnante di disegno Camposampiero Teresa, che ai sensi della legge n. 603 aveva chiesto l'inclusione della graduatoria degli aspiranti all'immissione nei ruoli della scuola media, è stata esclusa dalla suddetta graduatoria. Alla interessata è stato comunicato che il provvedimento veniva adottato per non aver la stessa dichiarato d'essere cittadina italiana.

L'interrogante si permette far presente che il Consiglio di Stato (con varia giurisprudenza: sezione V 29 dicembre 1950, n. 1323; adunanza generale 23 dicembre 1965, n. 169; sezione VI 21 dicembre 1965, n. 951; sezione VI 6 maggio 1966, n. 443) ha più volte affermato che il possesso di un determinato titolo, al fine di partecipazione ad un concorso, può essere desunto da altro titolo che presuppone il primo (come, ad esempio, il godimento dei diritti politici). Inoltre — come si legge nel decreto del Presidente della Repubblica 2 agosto 1957, n. 678 — l'amministrazione non può richiedere al privato atto o certificati concernenti fatti e circostanze che risultino attestati nei documenti già in suo possesso (e la insegnante Camposampiero, quale incaricata triennale, già risultava in possesso del requisito di cittadinanza italiana, presso l'amministrazione della pubblica istruzione). (21967)

FODERARO. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per conoscere se risponde a verità la imminente soppressione del recapito postale Farneta Cosenza, disposta dal Ministero delle poste.

L'interrogante fa presente che tale notizia ha destato nelle popolazioni interessate vivo malcontento, in quanto si vedrebbero private di un importante servizio che da molti anni serve egregiamente tali popolazioni.

Appare, pertanto, opportuna la revoca dell'improvviso provvedimento e il ripristino del regolare servizio di recapito postale.

(21968)

ALESI. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere come intende venire incontro alle istanze, invocate da più parti, di attuare una legislazione brevettistica che disciplina la ricerca scientifico-farmacologica in Italia.

Gli abusi e le concorrenze sleali, rese possibili dalla lacunosità delle leggi italiane, sono state represses da tempo negli altri paesi civili in seguito ad una oculata regolamentazione di tutta la materia e pertanto si chiede al Ministro quali concreti ostacoli stanno ritardando la realizzazione di una simile disciplina anche in Italia.

(21969)

ALESI. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere se e quali iniziative intenda adottare al fine di avviare a soluzione il problema relativo al personale non insegnante degli Istituti di istruzione tecnica e professionale e dei convitti annessi.

Ciò si chiede soprattutto in considerazione del fatto che dalla soluzione del suddetto problema dipende l'organica ed efficiente funzionalità dei servizi attinenti al relativo settore scolastico. (21970)

ALESI. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere quali difficoltà si oppongono alla restituzione dell'IGE della esportazione per il pollame, restituzione di vitale importanza per la nostra avicoltura e che le consentirebbe di inserirsi utilmente nei mercati esteri contribuendo con la valvola della esportazione a superare la grave crisi del mercato interno. (21971)

BIAGINI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere se sia a conoscenza del malcontento esistente tra gli infortunati della provincia di Pistoia aventi diritto a rendite permanente per infortunio o malattia professionale determinato dal notevole ritardo che interpone l'ufficio compartimentale Rendite INAIL di Firenze nella costituzione di dette rendite e nelle relative liquidazioni;

l'interrogante chiede, pertanto, l'adozione di urgenti provvedimenti atti a sanare tale situazione. (21972)

RIGHETTI. — *Ai Ministri del turismo e spettacolo, delle poste e telecomunicazioni e delle partecipazioni statali.* — Per conoscere quali orientamenti intendano suggerire e quali concreti provvedimenti adottare in ordine alla questione relativa al coordinamento fra le industrie di Stato che operano nel cinema (ed in particolare Cinecittà e l'Istituto Luce) con la RAI-TV.

Tale coordinamento, previsto esplicitamente dalla nuova legge sul cinema, è rimasto finora inapplicato e l'annunciata, unilaterale, decisione di costruire una « Telecittà » costituisce un elemento di ulteriore turbativa inserendosi in maniera disorganica nelle strutture dello spettacolo con grave pregiudizio — inoltre — per il rafforzamento e lo sviluppo di Cinecittà e dell'Istituto Luce.

Contro questa prospettiva, come è noto, hanno reagito negativamente anche i lavoratori interessati attraverso la proclamazione di una agitazione sindacale. (21973)

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

CACCIATORE. — *Al Ministro dell'interno.* — Per conoscere se non ritenga necessario intervenire presso l'amministrazione di Tramonti (Salerno) perché al più presto venga costruita nel cimitero la sala mortuaria.

Tale costruzione si rende indispensabile perché attualmente le salme restano incustodite in alta montagna per una intera notte, col pericolo che animali famelici possano scardinare le bare. (21974)

CACCIATORE. — *Al Ministro dell'interno.* — Per conoscere se non ritenga necessario intervenire presso l'amministrazione comunale di Morigerati (Salerno) perché venga al più presto costruita la strada di accesso al cimitero di Morigerati, mettendosi così fine, in occasione di ogni trasporto, all'affannosa ricerca di qualcuno che da solo, data la ristrettezza del sentiero, sia capace di sostenere il non lieve peso. (21975)

BIAGINI E BERAGNOLI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere se è a conoscenza che nelle operazioni di voto per il rinnovo dei Consigli comunali delle Casse mutue dei coltivatori diretti nella provincia di Pistoia non sono state rispettate le direttive impartite dalle Federmutue e dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale con apposite circolari che prevedevano l'invio dell'avviso di convocazione a mezzo di lettera raccomandata;

che particolarmente da parte del Presidente della Cassa mutua comunale di Pistoia detti avvisi sono stati inviati a mezzo di lettera semplice con la conseguenza che alla vigilia del voto avvenuto il 23 aprile 1967 centinaia di elettori non avevano avuto recapitato il prescritto avviso per cui non sapendo la ubicazione del seggio elettorale si sono trovati praticamente nella impossibilità di partecipare alle votazioni;

per sapere, infine, quali provvedimenti intende adottare per impedire che disposizioni ministeriali vengano così apertamente disattese. (21976)

RIGHETTI. — *Al Ministro dell'interno.* — Per conoscere — premesso che: 1) il sindaco di Guarcino (Frosinone) con lettera n. 2592 del 6 luglio 1965 indirizzata alla ditta Baron Luciano autorizzava arbitrariamente la ditta in questione a dar corso ai lavori di sbancamento relativi al piano predisposto per lo sviluppo della stazione sciistica di Campocatino; 2) la Prefettura di Frosinone, in data 14 novembre 1966, quando i lavori già erano

in stadio di pressoché definitiva conclusione, diffidava la ditta in questione a proseguire i lavori mancando una delibera consiliare in proposito ed adducendo la necessità di chiarire i rapporti fra il comune di Guarcino ed il Consorzio di Campocatino; 3) la Giunta municipale di Guarcino assumeva in data 10 dicembre 1966 una delibera sostanzialmente confermativa degli impegni assunti dal sindaco con la succitata lettera del 6 luglio 1965; 4) la Giunta provinciale amministrativa di Frosinone rinviava, non approvandola, tale delibera con decisione del 28 dicembre 1966 assumendo, tra l'altro l'« assenza di un qualsiasi impegno legalmente valido » a carico del comune di Guarcino e dettando una serie di clausole condizionanti; 5) il Consorzio di Campocatino, con delibera del 22 dicembre 1966 autorizzava il sindaco di Guarcino ad intavolare trattative con la ditta Baron per la formulazione di una convenzione provvisoria; 6) il Prefetto di Frosinone, in data 9 gennaio 1967, annullava la predetta delibera del Consorzio di Campocatino richiamandosi alle considerazioni formulate dalla Giunta provinciale amministrativa il 28 dicembre 1966; 7) la ditta Baron citava il 1° febbraio 1967 in giudizio il sindaco di Guarcino, e, a garanzia, il comune di Guarcino; 8) la giunta municipale, con delibera del 20 febbraio 1967 decideva di resistere in giudizio; 9) numerosi cittadini di Guarcino facevano pervenire al Prefetto di Frosinone — in data 10 marzo 1967 — un dettagliato esposto nel quale si denunciavano le varie irregolarità commesse e si segnalava il conflitto di interessi che ormai obiettivamente, si era ingenerato fra la persona del sindaco e l'amministrazione comunale di Guarcino in ordine alle conseguenze derivanti dai fatti esposti; 10) in data 15 aprile 1967 il consiglio comunale, a maggioranza, ratificava la delibera della Giunta a resistere in giudizio; 11) il terreno sul quale sono stati compiuti i lavori risulta di proprietà del comune di Guarcino e non già del consorzio di Campocatino (vedi atto notaio Floridi registrato il 9 ottobre 1940 presso l'archivio notarile di Frosinone); 12) comunque, il terreno in questione — non ancora liberato dal gravame di uso civico — era pertanto indisponibile sin dall'epoca della prima, arbitraria autorizzazione del sindaco in data 6 luglio 1965; — quali provvedimenti intenda assumere per garantire la difesa dei legittimi interessi della cittadinanza di Guarcino e della sua amministrazione comunale e se ritenga — come dovrebbe risultare di tutta evidenza — assumere un provvedimento di sospensione del sindaco di quel comune per il contrasto di interessi con l'ammi-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

nistratura medesima e per le illegittimità perpetrate e promosse in più atti e comportamenti successivi. (21977)

OLMINI. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per conoscere i motivi per cui la Prefettura di Milano su indicazione del Ministero ha concesso l'autorizzazione all'apertura di un grande magazzino con supermercato della « Standa-Montedison » nel comune di Bresso (Milano), malgrado il parere negativo espresso in un primo tempo dalla Prefettura stessa che teneva conto del parere negativo dell'Amministrazione comunale poiché il territorio era già servito da 350 negozi privati, 10 negozi cooperative, di cui 5 supermercati su 22 mila abitanti, e di altrettanto parere negativo della Camera di commercio. (21978)

TRIPODI. — *Al Ministro dei lavori pubblici e al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e per le zone depresse del centro-nord.* — Per conoscere i motivi per i quali non sia stata più realizzata la costruzione della strada di collegamento tra Mongrassano, Cervicati e la strada statale 19 in provincia di Cosenza nonostante che, ormai da vari anni, fosse stato approvato il relativo progetto e iniziato il tracciato per circa 5 chilometri.

L'interrogante rileva che tale strada rappresenta una necessità vitale per centinaia e centinaia di famiglie rurali che vivono in quel vasto comprensorio agricolo incontrando difficoltà a volte disperate sia sotto il profilo morale che materiale. Il richiesto tracciato viario servirebbe altresì a raccorciare le distanze tra il capoluogo e numerosi altri comuni, tra i quali, importantissimo, quello di San Marco Argentano. (21979)

LENOCI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro del tesoro.* — Per sapere se sono a conoscenza dell'incredibile decisione presa dalla direzione dello stabilimento dell'Istituto Poligrafico dello Stato di Foggia, per la quale circa 30 dipendenti, già in congedo per malattia, non vengono riassunti in servizio pur essendo stati dichiarati guariti dai medici della cartiera, e ciò perché ritenuti non idonei per la presunta diminuita capacità di lavoro.

E nel caso affermativo, mentre sottolinea la gravità di un provvedimento di assoluta insensibilità umana e sociale che è tanto più deplorabile perché preso da un ente di Stato, domanda quali misure sono state prese o sono

per prendersi per restituire a quei lavoratori e a tutte le maestranze della cartiera di Foggia, che sono di circa 1.200 dipendenti, quella serenità cui hanno diritto nel 1967 da un Governo di centro-sinistra. (21980)

FERRARI RICCARDO, BOZZI E LEOPARDI DITTAIUTI. — *Al Ministro dell'interno.* — Per sapere — premesso che in data 27 aprile 1967 il presidente dell'amministrazione della provincia di Verona, ingegner Angelo Tomelleri, ha trasmesso, con lettera protocollo n. 4790, un ordine del giorno approvato dal consiglio provinciale di Verona nella seduta del 12 aprile 1967, relativo a materia di interesse pubblico, indirizzandolo non soltanto ad autorità di Stato, centrali e periferiche, e ai parlamentari del collegio di Verona, ma anche alla segreteria centrale e alle segreterie provinciali della democrazia cristiana — a quale titolo il predetto presidente ha creduto di dover includere fra i destinatari del su richiamato ordine del giorno il solo partito della democrazia cristiana.

Gli interroganti denunciano siffatta anormale procedura, in quanto essa potrebbe essere interpretata come manifestazione di una concezione dello Stato nettamente antidemocratica, in cui il partito, sostanzialmente unico, s'identifica con lo Stato, quando non ne è addirittura la guida. (21981)

SAMMARTINO. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per sapere se non è a conoscenza dei gravi danni subiti, fin dal novembre 1966, dalla strada statale n. 6 — diramazione Casilina — il cui tratto dal chilometro zero al chilometro 4, del compartimento della viabilità statale di Napoli, è reso tuttora pregiudizievole al transito per la mancata riparazione dei danni stessi.

Detta arteria, dalla quale, per il valico della Nunziata Lunga, si entra nel Molise, presenta, in più tratti, barriere di segnalazione pericolo, dove il piano viabile è ridotto al minimo indispensabile per il passaggio di un solo automezzo, a senso unico; urge, pertanto, provvedere alle opere di necessario ripristino prima che su detto tronco aumentino i danni e la conseguente spesa di riparazione. (21982)

RAFFAELLI. — *Ai Ministri dell'agricoltura e foreste, delle finanze, del tesoro e del lavoro e previdenza sociale.* — Per sapere se sono informati dei gravissimi danni subiti dalle coltivazioni specialmente viticole e ortofrutticole nella maggior parte dei comuni della provincia di Pisa a causa del persistente

abbassamento di temperatura (con ripetute gelate e brine) verificatosi nel periodo dal 22 al 30 aprile 1967;

per sapere se risulta loro che sarebbe andato perduto circa il 40 per cento della produzione del vino con punte, in molti comuni del comprensorio del Chianti, che raggiungono anche il 90 per cento e che la perdita di raccolti supererebbe il valore di 1.500 milioni;

per sapere quali provvedimenti urgenti ritengono di adottare per l'indennizzo immediato del prodotto perduto;

per aiuti consistenti alle famiglie più colpite dei coltivatori diretti, mezzadri, coloni e camporaioli;

per sospendere il pagamento delle imposte e sovrimposte e dei contributi assicurativi e di bonifica anche nei casi in cui la perdita non superi il minimo stabilito dalla legge 21 luglio 1960, n. 739;

per sapere se in presenza di questa immane calamità e di altre (alluvione, grandine) che rendono sempre aleatorio il reddito dei coltivatori non ritengono di istituire un fondo di solidarietà nazionale contro le calamità naturali e le avversità atmosferiche. (21983)

BRONZUTO, BOTTARO, DI LORENZO, FAILLA, FANALES, GRIMALDI, MACALUSO e PEZZINO. — *Ai Ministri dei trasporti e aviazione civile e del lavoro e previdenza sociale.* — Per sapere se siano a conoscenza della situazione intollerabile creata nel servizio dei trasporti urbani di Messina per arbitraria iniziativa della società concessionaria di quel servizio (SATS) la quale:

1) ha ridotto al minimo le percorrenze degli autobus interrompendo i collegamenti con numerosi villaggi periferici del territorio comunale;

2) ha dato preavviso di licenziamento per l'inizio di questo mese di maggio a 175 dipendenti;

3) non ha ancora pagato e si rifiuta di pagare al personale gli stipendi dei mesi di marzo e di aprile; e tutto ciò nell'acquiescente e incoraggiante silenzio delle autorità sia statali che regionali e comunali;

e per conoscere ciò che s'intende fare a proposito della corresponsione alla SATS dei contributi statali alla stessa versati, affinché esercisca tutte le linee e i percorsi previsti nella concessione — contributi che devono essere sospesi ove la società concessionaria non ripristini nel suo intero la situazione preesistente alle inadempienze su denunciate, per la cui responsabilità occorre precisa informazione circa la condotta tenuta dagli organi pe-

riferici dei Ministeri i quali, a quanto risulta, avrebbero autorizzato e approvato la riduzione dei servizi gestiti dalla SATS, i preavvisi di licenziamenti e addirittura la mancata corresponsione degli stipendi e dei salari, coprendo in tal modo un'azione che gravemente colpisce gli interessi della cittadinanza messinese, offendendo insieme obblighi precisi di legge. (21984)

BRANDI. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per sapere se gli consta che nella cancelleria del tribunale di Palermo verrebbero vendute a numerose persone copie fotografiche degli atti istruttori del processo Bazan e per sapere se intenda adottare provvedimenti in materia. (21985)

SANTI. — *Ai Ministri del tesoro e della difesa.* — Per sapere se sono al corrente del doloroso caso dell'ex partigiano Coruzzi Renato di Noceto (Parma), caso che ha sollevato così viva impressione nel parmense, deceduto il 14 aprile 1967 all'ospedale di Parma, in conseguenza di ferite riportate in combattimento.

Il Coruzzi, protagonista di coraggiose azioni partigiane, in una delle quali riportò una lesione per colpo di arma da fuoco alla regione cardiaca, è morto dopo avere invano atteso, per anni, la pensione di invalidità insistentemente richiesta.

Per conoscere le ragioni per le quali la pratica di pensione dell'ex partigiano Coruzzi ha impiegato così numerosi anni, senza per altro giungere alla sua definizione, mentre l'interessato decedeva proprio in conseguenza della invalidità per la quale egli aveva chiesto, vanamente, il riconoscimento del suo diritto alla pensione.

Per sapere infine che cosa intendono fare i dicasteri interessati per riconoscere i giusti diritti spettanti alla vedova ed ai quattro figli minorenni. (21986)

CRUCIANI. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere quali provvedimenti intenda adottare per alleviare lo stato di disagio e di perplessità in cui si trovano numerosi proprietari di piccoli appezzamenti di terreno lungo le rive del lago Trasimeno in proprietà di Perugia, che aspirano a realizzare costruzioni residenziali, stante che i 60 chilometri di circonferenza del lago stesso sono soggetti a vincolo per qualsiasi tipo di costruzione. (21987)

CRUCIANI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per conoscere i motivi che ostano alla

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

estensione ai comuni di Magliano Sabina e Borbona (Rieti) dei benefici di cui alla legge 19 aprile 1967, n. 213 (*Gazzetta ufficiale* n. 103 del 24 aprile 1967). (21988)

GUERRINI GIORGIO. — *Al Ministro dell'interno.* — Per sapere se il Ministro sia a conoscenza dei gravi fatti accaduti nel comune di Piove di Sacco ove il sindaco, signor Leone Carraro, ha tenuto un comportamento assurdo e lesivo dei diritti del consiglio comunale ed in particolare della minoranza.

L'interrogante fa presente che nel settembre dello scorso anno il sindaco propose al consiglio comunale di aumentare lo stipendio di un funzionario del comune e che il consiglio, dopo ampia discussione, respinse la proposta; che, a seguito del voto contrario espresso dal consiglio, il sindaco ha cercato in ogni

modo di forzare la volontà dei consiglieri comunali facendo adottare illegittimamente alla giunta la procedura d'urgenza, ripresentando la stessa delibera con un numero d'ordine diverso da quello verbalizzato nel dibattito ed esponendosi in tal modo alla giusta fermissima critica dei consiglieri comunali; che, a seguito della esplicita denuncia di aver violato leggi e regolamenti manifestò il proposito di dimettersi impedendo però un dibattito su tale sua decisione.

L'interrogante fa presente infine che per i fatti sommariamente indicati è stata presentata una denuncia all'Autorità giudiziaria.

Per conoscere quindi quali provvedimenti, anche cautelativi, il Ministro intenda consigliare alla Prefettura di Padova il cui atteggiamento in tutta la vicenda non è apparso sempre del tutto lineare. (21989)

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

Interrogazioni a risposta orale.

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri ed i Ministri delle poste e telecomunicazioni, delle partecipazioni statali e del bilancio e la programmazione economica, allo scopo di conoscere se corrispondono a verità i propositi attribuiti alla RAI-Televisione italiana di costruire in Roma un proprio centro di produzione dotato delle attrezzature integrate, dai teatri di posa fino allo sviluppo e stampa e servizi ausiliari; costruzione per la quale sarebbero già in corso le preliminari operazioni fondiari con il correlativo acquisto dei terreni edificabili;

nel caso di risposta affermativa, per conoscere se si sia considerato lo sperpero di risorse e di pubblico denaro che l'iniziativa comporta in una situazione ove presentemente esiste larga eccedenza di capacità produttiva inutilizzata in fatto almeno di teatri di posa, costituita da impianti di proprietà statale, quali quelle amministrate dall'Ente di gestione cinema (Cinecittà, Istituto Luce, Italnoleggio), e da impianti di proprietà privata ma fruente di ampi finanziamenti pubblici;

per conoscere infine se la RAI-TV non sia tenuta ad una prioritaria utilizzazione degli impianti pubblici esistenti in applicazione del terzo comma dell'articolo 55 della legge 4 novembre 1965, n. 1213.

(5819) « LOMBARDI RICCARDO ».

« I sottoscritti chiedono d'interrogare i Ministri della pubblica istruzione, dei lavori pubblici e del turismo e spettacolo, per sapere se sono a conoscenza che, sulla costa occidentale del lago di Garda, quasi tutti i comuni, malgrado la legge vigente, non hanno ottemperato all'obbligo di redigere ed adottare i piani regolatori generali e di servirsi delle norme di salvaguardia in facoltà dei comuni nell'attesa dell'adozione dei piani stessi.

« In conseguenza di tale carenza diventa pratica costante la deturpazione del patrimonio paesaggistico della conca del Garda, con la indiscriminata costruzione di edifici privati sulla riva e l'occupazione abusiva della spiaggia demaniale che, in molti casi, viene recintata e vietata alla collettività, soprattutto per quanto riguarda campeggi e ville private.

« Gli interroganti fanno presente come questa situazione porti evidentemente non poco danno e pregiudizio allo sviluppo economico equilibrato della zona, compromet-

tendone gravemente le future prospettive turistiche ormai in gran parte pregiudicate dall'attuale disordine urbanistico.

« Gli interroganti chiedono con urgenza il parere dei Ministri responsabili sulla opportunità di un rapido ed energico intervento in merito alla situazione descritta.

(5820) « BERTOLDI, GUERRINI GIORGIO, BALDANI GUERRA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro dei lavori pubblici, per conoscere con quali criteri di opportunità e di legittimità il consiglio di amministrazione dell'Istituto autonomo per le case popolari di Salerno ha conferito ad un proprio consigliere — il signor Renato Camaggio, assessore democristiano al comune di Salerno nonché funzionario della amministrazione finanziaria a Napoli — le funzioni di direttore generale, rimuovendo da tale incarico il dirigente più anziano in grado dell'istituto, ingegner Giliberti, al quale l'incarico medesimo era stato conferito circa due anni orsono, a norma di regolamento, a seguito di un procedimento penale aperto nei confronti del direttore generale dottor Soldi.

« E per conoscere, altresì, se risponde a verità che il consiglio di amministrazione dell'IACP di Salerno (composto in prevalenza da democristiani) stia addirittura, così come si è appreso dalla stampa locale, per riammettere in servizio il predetto dottor Soldi nonostante quest'ultimo, (attualmente in libertà provvisoria a seguito di mandato di cattura), sia tuttora sottoposto a procedimento penale; e nonostante la commissione di indagine — nominata dal consiglio di amministrazione — abbia accertato a suo carico altre gravi irregolarità.

(5821) « AMENDOLA PIETRO ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri della pubblica istruzione e dell'interno, per sapere se sono a conoscenza che nella città di Foggia, nella ricorrenza della morte di Mussolini, è stato affisso il seguente manifesto:

« Nel XXII anniversario della morte di Benito Mussolini i Centri di azione politica e culturale "La sfida" di Capitanata istituiscono un premio di lire 50.000 per un lavoro sul tema: "L'unità dell'Europa nel pensiero di Mussolini".

La partecipazione è riservata agli studenti delle Scuole medie superiori di tutta la provincia.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

I lavori dovranno essere consegnati alla Segreteria provinciale dei Centri entro e non oltre il 15 luglio 1967.

Per ogni altra informazione e per eventuali riferimenti bibliografici, rivolgersi alla Segreteria provinciale dei Centri, in via Saverio Altamura, 62 tutti i sabati dalle ore 18,30 alle 20.

La Commissione giudicatrice sarà così composta:

professor Lucio De Palma, preside del Liceo scientifico " G. Marconi " - presidente;

professor Gaetano Azzarone, ordinario di italiano e storia negli Istituti magistrali; onorevole professor Gerardo De Caro, ordinario di storia e filosofia nei Licei classici - consigliere comunale di Foggia;

avvocato Dino Marinelli, consigliere provinciale e consigliere comunale di Torremaggiore; avvocato Ludovico Monaco, segretario

giore; del Consiglio dell'Ordine degli avvocati e procuratori di Foggia;

dottor Michele Abbatesciani, segretario provinciale dei Centri " La Sfida ".

Foggia, 28 aprile 1967 ".

« Gli interroganti chiedono di sapere »

1) perché da parte dei competenti organi di polizia non è stato provveduto alla defissione del manifesto che ha suscitato sdegno e protesta in tutti gli ambienti antifascisti e democratici della città di Foggia;

2) se non si ritenga che il Provveditore agli studi di Foggia debba prendere le più opportune iniziative affinché gli studenti, che con il manifesto si tenta di trarre in inganno, comprendano che l'iniziativa non solo non ha nulla a che fare con la scuola, ma viene da questa fermamente condannata e denunciata come manifestazione di aperta apologia del fascismo e offesa ai più grandi valori della società civile;

3) se il Ministro della pubblica istruzione non ritenga incompatibile il comportamento del preside del Liceo scientifico " Marconi " di Foggia con la sua delicata funzione.

(5822) « MAGNO, PASQUALICCHIO, DI VITTORIO BERTI BALDINA ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare i Ministri della difesa e degli affari esteri, per conoscere se risponde a verità la notizia pubblicata il 5 maggio 1967 dal giornale *Süddeutsche Zeitung* e cioè che 150 piloti tedeschi si addestrano su aerei « Starfighter » nella base di Decimannu in Sardegna al lancio di bom-

be atomiche nel quadro di una preparazione sempre più massiccia alla guerra atomica e quale sia la posizione del Governo italiano in proposito.

(5823) « D'ALESSIO, BOLDRINI, D'IPPOLITO, AMBROSINI, PEZZINO, VIANELLO, TAGLIAFERRI ».

Interpellanze.

« I sottoscritti chiedono di interpellare i Ministri dell'agricoltura e foreste e del lavoro e previdenza sociale, per conoscere se risponde a verità che il consiglio di amministrazione dell'Ente utenti motori agricoli (UMA) sia in procinto di approvare il tanto atteso regolamento organico del personale (dopo circa 40 anni di vita dell'Ente e 3 anni di intense discussioni sindacali) in un testo gravemente lesivo dei diritti della maggior parte del personale medesimo;

per conoscere altresì il pensiero del Governo sull'argomento ed infine se i ministri non ritengano opportuno intervenire con urgenza al fine di evitare la denunciata ingiustizia.

(1112) « FRANCHI, SPONZIELLO, CRUCIANI ».

« Il sottoscritto chiede di interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro della difesa, per conoscere in base a quali criteri i militari sono stati adibiti, durante il recente sciopero della Nettezza urbana a Roma, a spazzare via Veneto.

« Del fatto, non senza intonazione ironica, dà giornalistica relazione il *Corriere della Sera* del 4 maggio con un articolo a firma P. B., che ha appunto per sottotitolo: « I militari hanno pulito via Veneto ». Nel *reportage* si accenna anche al fatto che, sotto gli occhi, stupiti più che incuriositi, degli stranieri e dei turisti di passaggio, " i carabinieri facevano la scorta ai camion militari che portavano via le immondizie ".

« L'interpellante, pur sottolineando che tutti i mestieri, anche i più umili, nulla hanno di disdicevole dal punto di vista morale, non può che essere d'accordo con il commento conclusivo del suddetto autorevole articolo, laddove rileva che " ai soldati si era fatto fare, finora, i necrofori o i gassisti o gli infermieri o i tranvieri, secondo chi sciopera: ora, anche i netturbini ".

« L'interpellante ritiene superfluo far presente al Ministro della difesa (che probabilmente è stato preceduto in tali pratiche disposizioni), i compiti d'istituto delle Forze arma-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 9 MAGGIO 1967

te, fissati, anzitutto, dalla Costituzione e dal regolamento di disciplina militare, la cui edizione in vigore è stata approvata con decreto del Presidente della Repubblica in data 31 ottobre 1964. In tale decreto si dichiara che " le Forze armate sono istituite per difendere sino all'estremo l'onore e l'indipendenza della Patria e per tutelare le istituzioni e le leggi nazionali ". Aggiunge, tale decreto, che esse debbono tenersi al di fuori delle competizioni politiche, ma non essere estranee alla difesa dei valori e delle istituzioni civili. Quest'ultima precisazione, secondo l'opinione dell'interpellante, è da escludere si riferisca alla abituale sostituzione di compiti e servizi civili, se non in casi di estrema e vitale necessità, ma non in seguito agli scioperi, che tra l'altro vanno moltiplicandosi — per esigenze sindacali rispettabili ma con esagerazioni e speculazioni partitiche inammissibili — in maniera preoc-

cupante, colpendo ormai tutti i settori della produzione nazionale.

« La materia di tale interpellanza esige che non si scenda a particolari penosi, quale quello avvenuto recentemente al Policlinico e riguardante un reparto di granatieri, inviato a sostituire gli infermieri e il personale ospedaliero scioperanti.

« L'interpellante fa altresì notare che, con tali provvedimenti si anticipano, prima della approvazione in Parlamento, le disposizioni del progetto di legge dell'onorevole Arnaud sui " servizi lavorativi " cui dovrebbero venir adibite le Forze armate: progetto che ha già sollevato in tanti settori responsabili la più decisa opposizione.

(1113)

« TURCHI ».

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO