677.

SEDUTA ANTIMERIDIANA DI MARTEDÌ 16 MAGGIO 1967

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE BUCCIARELLI DUCCI

INDICE	PAG.	PAG.
	PAG.	
Congedo	34555	
Disegni di legge (<i>Deferimento a Commissione</i>)	34555	
Disegno e proposte di legge (<i>Seguito della discussione</i>):		
Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera (3251);		
LONGO ed altri: Norme per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario (444);		
DE MARIA e DE PASCALIS: Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali (1483);		
		ROMANO e NICOLAZZI: Norme generali per l'ordinamento del servizio ospedaliero nazionale (2908) 34556
		PRESIDENTE 34556, 34590, 34591
		BEMPORAD 34564
		CASSANDRO 34577
		GALDO 34580
		DI MAURO ADO GUIDO 34556
		MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i> 34586, 34588
		Proposte di legge:
		(<i>Deferimento a Commissione</i>) 34555
		(<i>Trasmissione dal Senato</i>) 34555
		Corte dei conti (<i>Trasmissione di relazioni</i>) 34555

PAGINA BIANCA

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 16 MAGGIO 1967

La seduta comincia alle 9,30.

D'ALESSIO, *Segretario f.f.*, legge il processo verbale della seduta del 12 maggio 1967.

(È approvato).

Congedo.

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il deputato Bonea.

(È concesso).

Trasmissione dal Senato.

PRESIDENTE. Il Senato ha trasmesso la seguente proposta di legge:

SCRICCIOLO: « Soppressione del compenso speciale dovuto al personale del Corpo delle miniere a norma della legge 14 novembre 1941, n. 1324, e aumento della indennità di missione » (*Già modificata dalla VI Commissione della Camera e nuovamente modificata da quella IX Commissione*) (1393-F).

Sarà stampata, distribuita e trasmessa alla Commissione che già l'ha avuta in esame.

Trasmissioni dalla Corte dei conti.

PRESIDENTE. Il presidente della Corte dei conti ha trasmesso la determinazione e la relativa relazione della Corte stessa sulla gestione finanziaria della Cassa per il credito alle imprese artigiane, per gli esercizi 1964 e 1965 (Doc. XIII, n. 1).

Il presidente della Corte dei conti ha presentato anche, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relativa relazione della Corte stessa sulla gestione finanziaria del Comitato nazionale per la celebrazione del primo centenario dell'unità d'Italia, per gli esercizi 4 febbraio-31 dicembre 1960, 1961, 1° gennaio-30 novembre 1962 e sulla gestione liquidatoria relativa al periodo 1° dicembre 1962-30 giugno 1963. (Doc. XIII, n. 1).

Questi documenti saranno stampati e distribuiti.

Deferimento a Commissioni.

PRESIDENTE. Sciogliendo la riserva, ritengo che i seguenti provvedimenti possano

essere deferiti alle sottoindicate Commissioni, in sede legislativa:

alla II Commissione (Interni):

« Norme per la soppressione dell'Ente nazionale per i ciechi ed istituzione dell'Azienda speciale di lavoro per i ciechi amministrata dall'Opera nazionale per i ciechi civili » (4029) (*Con parere della XIII Commissione*);

« Adeguamento dei diritti fissi spettanti alla Società italiana autori ed editori per la tenuta del pubblico registro cinematografico » (*Approvato dalla I Commissione del Senato*) (4053);

alla VI Commissione (Finanze e tesoro):

« Trattamento tributario per le provviste di bordo » (4051) (*Con parere della V Commissione*).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

I seguenti altri provvedimenti sono, invece, deferiti alle sottoindicate Commissioni, in sede referente:

alla I Commissione (Affari costituzionali):

DARIDA: « Disposizioni per il personale trentanovista di ruolo ad integrazione della legge 12 febbraio 1942, n. 196 » (2280) (*Con parere della V Commissione*);

alla II Commissione (Interni):

BELCI ed altri: « Parziali modifiche alle norme in vigore sull'assistenza ai profughi » (3335) (*Con parere della V Commissione*);

RADI ed altri: « Modifica nella composizione degli organi direttivi degli Enti preposti allo sviluppo turistico » (4018);

ABATE: « Trattamento economico minimo dei dipendenti Enti locali » (4022) (*Con parere della I e della V Commissione*);

alla IV Commissione (Giustizia):

GUIDI ed altri: « Abrogazione delle norme del Codice penale concernenti reati di adulterio, concubinato, omicidio e lesioni a causa di onore, e la causa speciale di estinzione dei delitti contro la libertà sessuale, attraverso il matrimonio » (3997);

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 16 MAGGIO 1967

LUCIFREDI: « Proroga delle provvidenze per la regolarizzazione del titolo di proprietà in favore della proprietà rurale » (4006);

BASLINI: « Modifica dell'articolo 72 del Codice di procedura civile sui poteri del pubblico ministero nelle cause matrimoniali » (4027);

alla VI Commissione (Finanze e Tesoro):

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

Senatore MAGLIANO TEREZIO: « Esenzioni fiscali per rivalutazioni patrimoniali effettuate dai comuni e dalle provincie » (*Approvato dalla V Commissione permanente del Senato*) (4043) (*Con parere della II e della V Commissione*);

alla VII Commissione (Difesa):

VILLA ed altri: « Decorrenza della posizione ausiliaria per gli ufficiali collocati fuori organico » (2355) (*Con parere della V Commissione*);

CUTTITA e CRUCIANI: « Posizione degli ufficiali collocati fuori organico a norma dell'articolo 22 della legge 16 giugno 1935, n. 1026 » (3659) (*Con parere della V Commissione*);

RIGHETTI: « Modifiche all'articolo 27 della legge 1° marzo 1965, n. 121, recante " Organici, reclutamento, stato giuridico e avanzamento del personale delle bande dell'Arma dei carabinieri e dell'Aeronautica militare ed istituzione della banda dell'Esercito " » (4004);

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

alla VIII Commissione (Istruzione):

BORGHI ed altri: « Ruoli transitori per gli insegnanti di materie speciali » (2576) (*Con parere della V Commissione*);

BORGHI ed altri: « Retrodatazione della decorrenza di nomina degli insegnanti di materie speciali assunti per effetto del decreto legislativo 7 maggio 1948, n. 1127 » (3284) (*Con parere della V Commissione*);

ABATE: « Riconoscimento del servizio prestatato alle dipendenze del Consiglio nazionale delle ricerche » (4021);

CERVONE ed altri: « Riserva di posti a favore degli insegnanti con la qualifica di invalidi civili » (4030);

GIUGNI LATTARI JOLE e MANCO: « Modifiche alla legge 13 luglio 1965, n. 884, istitutiva della sezione di istituto tecnico per periti aziendali e corrispondenti in lingue estere » (4047) (*Con parere della V Commissione*);

alla IX Commissione (Lavori pubblici):

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

alla X Commissione (Trasporti):

BOVA ed altri: « Estensione di benefici ad alcune categorie di ferrovieri ex combattenti ed assimilati non inclusi nelle precedenti leggi 14 dicembre 1954, n. 1152, 3 aprile 1958, n. 471 e 2 febbraio 1962, n. 37 » (3984) (*Con parere della I e della V Commissione*);

alla XI Commissione (Agricoltura):

CASTELLUCCI e RINALDI: « Modificazione dell'articolo 10 del regio decreto 17 marzo 1927, n. 614 » (4015);

alla XII Commissione (Industria):

BOVA ed altri: « Modifica all'articolo 22 del regio decreto-legge 22 aprile 1943, n. 245, concernente il coordinamento delle norme penali relative alla disciplina dei consumi » (4012) (*Con parere della IV Commissione*);

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

alla XIII Commissione (Lavoro):

GITTI ed altri: « Sistemazione della posizione dei dipendenti dell'INAM che si trovano in particolari condizioni » (3987) (*Con parere della V Commissione*);

DI GIANNANTONIO ed altri: « Provvidenze in favore dei mutilati e invalidi civili » (4038) (*Con parere della I Commissione*).

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 Ado Guido Di Mauro. Ne ha facoltà.

DI MAURO ADO GUIDO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole sottosegretario, il lungo dibattito su questo disegno di legge sta ormai giungendo alla conclusione. I colleghi della maggioranza che sono intervenuti nel corso della discussione hanno definito la nostra opposizione pregiudiziale, distruttiva: cioè noi avremmo portato soltanto critiche demolitive, senza riconoscere positiva alcuna parte del disegno di legge. I colleghi della nostra Commissione, i quali conoscono il nostro pensiero e che spero abbiano ascoltato con attenzione gli interventi dei colleghi che mi hanno preceduto, sanno perfettamente che noi consideriamo positive alcune parti del disegno di legge; per esempio, la democraticità di designazione del presidente del consiglio di amministrazione, il quale non è più nominato dal prefetto, ma viene eletto dai membri del consiglio di amministrazione. Siamo meno d'accordo sul fatto che siano innovazioni profondamente democratiche le modifiche proposte per quanto riguarda la formazione dei consigli di amministrazione, in quanto, come è stato rilevato dalla collega Erisia Gennai Tonietti, già oggi in moltissimi ospedali italiani, i consigli di amministrazione sono estrazione di organismi democraticamente eletti. Anzi, la collega aggiungeva — con una punta di malignità — che semmai questa legge porterà un temperamento a tale democraticità contemplando l'aggiunta di due rappresentanti degli interessi originari.

Altro elemento positivo mai disconosciuto da noi, soprattutto dopo le modifiche apportate in Commissione, è il rispetto che si ha nella legge delle prerogative delle regioni in campo sanitario; così come è da considerare positivamente il titolo IV riguardante la programmazione ospedaliera, anche se in sede di discussione degli articoli faremo rilevare come le norme transitorie attenuino alquanto il carattere positivo di questo titolo.

Per il resto, le nostre critiche sono state veramente forti. E dobbiamo constatare che, al di fuori di una facile definizione di opposizione pregiudiziale, non vi è stato un serio tentativo di confutare le nostre argomentazioni, quelle dei colleghi del PSIUP ed anche quelle dei colleghi del partito repubblicano italiano, che anzi sono state considerate dalla maggioranza — soprattutto di parte democristiana — con un certo fastidio, forse perchè gli argomenti hanno valore a seconda del numero che sta dietro di essi a sostenerli.

Proprio per questo mancato tentativo di confutare le nostre critiche, il dibattito ha

confermato in pieno la fondatezza delle critiche di fondo da noi portate contro il disegno di legge. Quale è stata la prima osservazione fatta dal compagno Scarpa e ripetuta poi dagli altri colleghi? Noi non ci troviamo di fronte ad un disegno di legge di riforma. Ebbene, siamo solo noi ad affermare questo? Il collega Lattanzio nella sua onesta relazione — così l'ha definita l'onorevole Fada — a pagina 10 scrive: « Tanto si è voluto ricordare, non per addentrarci già nell'esame dei singoli articoli del disegno di legge, quanto per sottolineare lo spirito della riforma che vuole rappresentare, essenzialmente, una razionalizzazione di strutture ». È appunto quello che noi andiamo sostenendo. L'onorevole Fornale, della democrazia cristiana, vede questa legge « come migliore coordinamento organizzativo, impulso di ammodernamento, efficace potenziamento di un servizio ».

L'onorevole Fada così si esprime: « Noi abbiamo piena coscienza dei limiti in cui si muove, della delicatezza dei problemi su cui interviene questo provvedimento legislativo ».

Come vedete, non siamo i soli a ritenere questo un disegno di legge di ammodernamento e di razionalizzazione e non un disegno di legge di riforma degli ospedali.

I colleghi Usvardi e Romano, di parte socialista, hanno definito anche loro la nostra opposizione pregiudiziale. Ma il collega Romano, quando entra nell'esame dettagliato della legge, porta alla legge stessa delle critiche che sono esattamente sovrapponibili alle nostre. Il collega Usvardi tenta una difesa (e vedremo con quale efficacia) su certi punti della legge, però anche il collega Usvardi, dopo una premessa d'obbligo di polemica anticomunista, rivolge un duro attacco alle posizioni del ministro Bosco, traccia un panorama oscuro della situazione sanitaria generale del nostro paese, nonché afferma ancora una volta, allineandosi, quindi, a quanto va ripetendo nel paese il ministro, che è assolutamente necessario superare il sistema mutualistico-assistenziale.

Ho già detto che le critiche del collega Romano sono esattamente sovrapponibili alle nostre. E questa esigenza di superare il sistema mutualistico è stata posta, con argomentazioni più serrate, dai compagni socialisti, dai compagni del PSIUP e dai colleghi del partito repubblicano. Ma anche da parte democristiana si è sottolineata questa evidenza e questa urgenza, come vedremo fra poco. E del resto, come non ritenere superato un sistema che viene criticato dal 1945?

La consulta veneta di sanità, organo del comitato regionale veneto di Liberazione, guidata da Meneghetti e Giovanardi, predispose un progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano che fu approvato all'unanimità, nella riunione del 12 settembre 1945 a Milano, da tutti i rappresentanti dei commissariati regionali per l'igiene e la sanità dell'Alta Italia.

Il progetto individuava con grande chiarezza le cause più rilevanti delle deficienze dell'ordinamento sanitario italiano ed affermava l'esigenza di una radicale riforma del sistema stesso.

Successivamente, mentre erano in corso i lavori della Costituente, venne costituita la commissione D'Aragona che lavorò dal luglio 1947 al febbraio 1948, votando ben 88 mozioni.

Tale commissione affermò che le prestazioni sanitarie dovevano riguardare in maniera unitaria non soltanto la cura ma anche la prevenzione e il recupero, dovevano essere uguali per tutti i soggetti della protezione, dovevano essere erogate in forma diretta e non subire limitazioni di natura e di specie. Un portavoce ministeriale affermava: « Dei voti della commissione il Ministero del lavoro, per precise e costanti direttive del ministro Fanfani, non si è fatto soltanto divulgatore ma, per quanto era possibile, anche attuatore. La realizzazione sistematica può venire però solo da un complesso ed organico progetto, alla redazione del quale il Ministero sta provvedendo ed alla cui discussione il Parlamento ed il paese potranno attendere più consapevolmente dopo aver conosciuto il parere degli esperti ».

Il Parlamento sta ancora aspettando. E da allora si sono costituite, sotto l'egida dei vari ministri del lavoro, dodici commissioni (tutti i ministri del lavoro che si sono succeduti, ad eccezione del ministro Zaccagnini, hanno costituito la loro brava commissione per la riforma sanitaria del nostro paese):

1) commissione per la disciplina dei rapporti tra la professione medica e gli istituti previdenziali (decreto ministeriale 13 ottobre 1950);

2) commissione per il coordinamento, il perfezionamento e lo sviluppo delle attrezzature sanitarie del paese (decreto ministeriale 10 luglio 1952);

3) comitato per il coordinamento delle attività degli enti di assistenza di malattia e per lo studio dei problemi relativi alla assicurazione contro le malattie (decreto ministeriale 1° dicembre 1953);

4) commissione di studio per la nuova organizzazione della difesa sociale contro la tubercolosi (decreto ministeriale 20 luglio 1954);

5) commissione di studio per la formulazione di uno schema di disegno di legge per l'unificazione dei contributi (decreto ministeriale 25 settembre 1954);

6) commissione per lo studio di eventuali provvedimenti di modifica al vigente sistema dei contributi agricoli unificati (decreto ministeriale 5 gennaio 1955);

7) commissione per l'incremento della occupazione in rapporto alle nuove tecniche produttive e alle nuove esigenze sociali, avente tra l'altro il compito di studiare la revisione degli oneri previdenziali in rapporto al riordinamento della previdenza (decreto ministeriale 23 maggio 1956);

8) gruppo di studio con l'incarico di predisporre le linee programmatiche di un organico riordinamento dell'assicurazione malattia (gennaio 1957);

9) comitato centrale per l'assistenza e la previdenza sociale, avente il compito di esprimere pareri e formulare proposte di coordinamento delle attività previdenziali e di semplificazione delle procedure (decreto ministeriale 25 ottobre 1960);

10) sottocommissione per i problemi della previdenza sociale costituita nell'ambito della commissione per la programmazione economica nazionale (1961);

11) commissione istituita dal ministro del tesoro per l'esame delle condizioni economiche e finanziarie degli enti ed istituti per la previdenza e le assicurazioni sociali sovvenzionati direttamente o indirettamente dal bilancio dello Stato (giugno 1962);

12) commissione ministeriale per la revisione e l'armonizzazione dell'assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti.

Dopo queste dodici commissioni, abbiamo avuto la commissione Dogliotti, nominata dall'onorevole Mancini, e la commissione Mariotti per le unità sanitarie locali.

Si è occupato di questi problemi anche un organo costituzionale, il CNEL, nel 1959, che suggeriva già da allora che lo Stato assumesse in proprio l'assistenza ospedaliera per tutti i cittadini italiani. Ancora, nel 1963 il CNEL si è occupato di questo problema. Arriviamo poi al capitolo VII del piano di cui parleremo più tardi. Tutta questa messe di contributi portati ad un dibattito ventennale non poteva non influenzare i rappresentanti politici ed infatti nella relazione Lattanzio, a pagina 3, si legge: « Indubbiamente sarebbe stato au-

spicabile che la riforma ospedaliera, così come si è andata configurando in questi anni, si fosse venuta ad inserire nel quadro del pur urgente problema della riforma previdenziale ».

Chi ce lo ha impedito? Cito il Fornale: « Certamente tutti avremmo affrontato con maggiore serenità l'esame del disegno di legge se nel contempo il quadro fosse stato completato dal rinnovo dei sistemi previdenziale e mutualistico strettamente legati all'attività ospedaliera ».

Nel 1963 si ha il primo convegno sanitario indetto dalla democrazia cristiana, dove l'onorevole Zaccagnini afferma: « Nell'ultimo decennio vi è stato un formidabile aumento quantitativo dell'area assistita, dell'impegno e dello sforzo finanziario, della produzione di mezzi. Ma queste stesse grandi conquiste, inserite in una struttura che non era fatta per sopportarle, hanno determinato uno stato di tensione critica del sistema che non può andare oltre. Io credo che abbiamo fatto bene a caricare così questo sistema preesistente, sì da fargli venire il fiato talmente grosso che chiunque attorno, sentendone il pesante respiro, si accorga che questo problema è diventato un problema critico. Se avessimo seguito un'altra strada, cioè riformare gli istituti e le strutture prima di addossare loro nuovi carichi, noi avremmo fatto una cosa logica; ma saremmo ancora oggi in una fase di studio. Ad un certo momento la realtà deve forzare, deve rompere le situazioni ».

Ebbene, questo sistema aveva il fiato grosso nel 1963, come dice l'onorevole Zaccagnini. Oggi non respira più. Gli avvenimenti succedutisi nel campo sanitario dal 1963 ad oggi hanno indicato quanto sia drammaticamente urgente il problema. Ecco perché l'onorevole Lattanzio né altri potevano sottrarsi perlomeno dal menzionare questa urgenza.

Ma l'onorevole Lattanzio - a pagina 7 della sua relazione - afferma anche una cosa assolutamente inesatta: « Ho già detto che, indubbiamente, due grosse difficoltà sarebbe stato auspicabile veder prima affrontate e risolte: l'attuazione delle regioni e quelle riforme di natura previdenziale ed assistenziale previste dal capitolo VII del programma quinquennale di sviluppo. Il primo merito perciò del disegno di legge in esame è stato quello di non fermarsi dinanzi a questi ostacoli ma di essere riuscito, con apposite norme transitorie, a superare tali pesanti pregiudiziali senza rinnegare la validità né delle regioni né della riforma previdenziale ».

Ora, se è vero, collega Lattanzio, che per quanto riguarda le regioni con opportune norme transitorie si è superato l'ostacolo costituito dalla mancata costituzione delle regioni a statuto ordinario, non vi è alcuna norma transitoria che salti l'ostacolo delle riforme previste dal capitolo VII del piano. Non so dove ella abbia visto queste norme transitorie; ad ogni modo l'appunto fondamentale che l'opposizione di sinistra ed i repubblicani muovono a questa legge è che essa non tiene assolutamente conto di quanto afferma il capitolo VII del piano.

Ora, che la riforma del sistema mutualistico ed assistenziale sia urgente credo non sia necessario dimostrare ulteriormente. Mi limito ad offrire alla vostra riflessione, onorevoli colleghi, un dato emerso in questi ultimi giorni: come è noto, è stato distribuito dall'INAM l'*Annuario statistico 1964-65*. In detto annuario per l'anno 1964 gli assistibili vengono calcolati in 26.494.153, gli aventi diritto all'assistenza farmaceutica in 27.482.567. Nel 1965 diminuisce il numero degli iscritti all'INAM ma aumentano le spese. Comunque, ecco i dati: nel 1965 gli iscritti sono 25.869.190, gli aventi diritto all'assistenza farmaceutica 27.539.000. Come si spiegano questi squilibri? Non credo che i compilatori dell'annuario, esperti in matematica attuariale e così attenti, non si siano resi conto delle sfasature contenute nei dati che ho citato.

Non è questa la sede per interpretarli: semmai chiederemo lumi ai dirigenti dell'INAM per capire come sia possibile spiegare questa differenza tra 28 milioni di assistibili attribuiti ai medici su 25 milioni e 800 mila iscritti. Mi limito a sottoporre questi dati alla riflessione del Governo affinché esso si convinca che non è possibile continuare ad andare avanti con questo sistema che « ha il fiato grosso », per usare di nuovo l'espressione dell'onorevole Zaccagnini.

Su questo problema, mentre abbiamo sentito da parte socialista ripetere che è necessario superare il concetto di mutualità, da parte democristiana, invece, abbiamo sentito dire che occorre riformare il settore. In che modo, però, nessuno lo ha detto. Esiste chiaramente un contrasto reale tra i partiti della maggioranza su questo problema, contrasto che è la causa fondamentale delle carenze contenute in questo disegno di legge. Di fronte a tale patente divisione sui problemi sanitari, come è possibile, in buona fede, attribuire al compagno Scarpa il grossolano tentativo di volere, lui, insinuare il sospetto di questa divisione?

Del resto il dibattito ha confermato in pieno la preesistenza di divergenze tra socialisti e democristiani. Ha riproposto il tema del « libro bianco » il collega Usvardi e sono affiorate le polemiche sorte al momento della pubblicazione di quel libro: polemiche che restano in piedi, oggi, tali e quali.

Ad ogni modo, un punto fermo è che da parte socialista si è convinti dell'assoluta esigenza di superare il concetto stesso di mutualità, sostituendo agli istituti mutualistici un servizio sanitario nazionale decentrato e democratico.

Da parte della democrazia cristiana vi è il disegno di razionalizzare l'assistenza mutualistica mediante una graduale unificazione delle mutue. Il contrasto è tutto qui. Noi abbiamo criticato il capitolo VII del piano quinquennale di sviluppo, pur apprezzandone gli obiettivi dichiarati all'inizio, proprio perché registra entrambe queste posizioni. Nel preambolo, infatti, si afferma che bisognerà arrivare ad un compiuto sistema di sicurezza sociale e che per la parte sanitaria dovrà essere instaurato un servizio sanitario nazionale, che però — come si legge più sotto — dovrà derivare dalla graduale fusione degli enti mutualistici esistenti.

Sono delle contraddizioni evidenti e palesi che hanno portato alla situazione di stallo nella quale oggi ci muoviamo. Non aver sciolto questo nodo al momento della discussione del piano quinquennale di sviluppo non poteva che portare al disegno di legge di riforma ospedaliera al nostro esame, che non deve incidere sulle strutture sanitarie che ruotano attorno agli ospedali per non compromettere il proposito della democrazia cristiana di mantenere in piedi gli istituti mutualistici o quanto meno di razionalizzarli.

Se si vuol discutere, si deve quindi partire da quanto ho detto per comprendere il significato delle nostre tesi. Il collega Fada ci attribuisce delle intenzioni che non sono nostre quando afferma nel suo intervento: « La maggior parte delle critiche pregiudiziali che abbiamo sentito partono e si fondano 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 ». Non so quale dei colleghi del mio gruppo o di altra opposizione abbia dato questa sensazione.

Non soltanto noi non attribuiamo a questo disegno di legge la volontà di riformare tutto il sistema sanitario, non attribuiamo al provvedimento e alla maggioranza che lo propone nemmeno la volontà di riformare gli ospedali.

E se il nostro sguardo si è appuntato alle strutture sanitarie che fanno da corona agli ospedali, è proprio perché abbiamo l'esatta sensazione che la maggioranza ha ormai accantonato (e non certamente per breve termine) l'intenzione di rinnovare le strutture sanitarie del paese.

Ecco perché nel corso di questo dibattito ci siamo sforzati di dimostrare che, se questa legge deve avere un valore di rinnovamento delle strutture sanitarie, deve essere tale da incidere già oggi su una parte delle stesse strutture sanitarie che ruotano intorno agli ospedali. Ci siamo sforzati di dimostrare che ciò è necessario e possibile, e per arrivare a questo non potevamo non partire dall'esame della situazione generale dell'organizzazione sanitaria del paese, dall'esame dell'attuale vita interna degli ospedali, per vedere in che cosa il sistema sanitario generale e la vita interna degli ospedali vengono modificati da questo disegno di legge.

Non abbiamo sentito alcun collega della maggioranza parlare di quella che sarà, dopo l'approvazione di questa legge, la posizione del malato nell'ospedale, cioè se sarà migliore, eguale o peggiore. Se nessuno ha affrontato questo problema di fondo credo che ve ne sia la ragione; anche se poi, in generale, abbiamo sentito ripetere che la legge deve servire per i cittadini. Ma nessuno si è posto questa domanda: cosa avverrà, con questa riforma, dei nostri malati?

Ebbene, vi sono seri motivi per ritenere che, dopo questa riforma, le condizioni dei malati possano peggiorare, ma non migliorare.

Noi siamo perfettamente d'accordo con quanto più volte in Commissione ha avuto occasione di affermare il senatore Mariotti, interrompendo taluni colleghi, cioè quando diceva che non dobbiamo fare una legge per i medici, ma per 50 milioni di cittadini italiani. Però le condizioni dei malati ricoverati negli ospedali dipendono anche dalle condizioni dei medici, per cui se io affronterò quest'ultimo aspetto nel corso del mio intervento, lo farò in questa prospettiva, cioè in quella relativa al modo in cui correggere la posizione del medico all'interno dell'ospedale ai fini di una migliore assistenza e di una maggiore economia nella gestione degli ospedali, ciò che non vediamo assolutamente rispecchiato nel vostro concetto di autonomia aziendale.

Una delle modifiche da introdurre riguarda il sistema di retribuzione dei medici ospedalieri. Questo sistema è già in crisi e si tenta di porvi rimedio con la famosa circolare Ma-

riotti, del resto inapplicata, così come resterà inapplicata anche dopo l'approvazione di questo provvedimento, in quanto in esso non vi è alcun impegno finanziario.

La condizione dei medici e del personale tutto all'interno degli ospedali è uno degli elementi fondamentali per caratterizzare una nuova gestione degli istituti ospedalieri. Non soltanto noi non vediamo affrontato questo problema in maniera giusta, ma intravediamo il pericolo di un aggravamento della situazione.

Esaminiamo il caso delle incompatibilità. Ai medici ospedalieri viene fatto soltanto divieto di esercitare la professione nelle case di cura private, ma nella legge si introduce un principio veramente molto pericoloso, cioè quello della libera professione all'interno degli ospedali, il che significa attrezzature e camere a disposizione dei medici ospedalieri; significa cioè dare al medico, all'interno dell'ospedale, quello che gli si toglie fuori dell'ospedale; trasferire le cliniche private dentro gli ospedali, fare cioè dei reparti privati (ciò nel momento in cui si parla di pubblicizzare l'assistenza).

Dobbiamo dolorosamente constatare che questa legge, che era attesa da tanto tempo per la risoluzione dei problemi dell'assistenza ospedaliera (che, secondo una espressione dell'onorevole Lattanzio, avrebbe dovuto rendere l'ospedale di tutti, aperto a tutti), non affronta nemmeno i principi più elementari di una moderna democrazia secondo la quale tutti i cittadini sono uguali di fronte alla malattia.

Come pensate di eliminare la differenza tra paganti e non paganti, tra gli iscritti all'elenco dei poveri, i mutuati dell'INAM, dell'ENPAS, e coloro che pagano, quando pre-figurare addirittura una libera professione all'interno dell'ospedale? La distinzione non deve essere fatta in base al sistema di pagamento, ma in base alla malattia.

È necessario modificare il trattamento economico dei medici ospedalieri. Secondo noi vi è la possibilità di retribuirli degnamente. Per lunghi anni la ANAAO, una delle più forti organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri, si batte perché il medico ospedaliero possa finalmente vivere nell'ospedale e fondersi con questo.

Qual è oggi la figura del medico ospedaliero? È una figura ibrida. Molto spesso ha ambulatori presso enti mutualistici ove svolge il suo lavoro fuori dell'orario di servizio. Frequentemente anche gli assistenti figurano iscritti negli albi mutualistici e lavorano come medici generici. Devono correre dietro ai li-

bretti oltre a svolgere il lavoro ospedaliero e quello eventuale presso ambulatori mutualistici.

Fa divieto questa legge ai medici ospedalieri di avere convenzioni mutualistiche? No. Si fa divieto soltanto di operare all'interno delle case di cura. Perché? In questa legge vi è la premessa per evitare che i medici ospedalieri vengano retribuiti con compensi fissi per cui si finisce ineluttabilmente per considerare il malato un gettone (più gettoni più entrate)?

Se riusciremo a sancire nella legge il diritto dei medici ospedalieri a contrattare tutti i loro rapporti — sia per quanto riguarda lo stato giuridico, sia in ordine al trattamento economico — fermo restando il principio che il sistema retributivo del passato deve essere superato, avremo affrontato il problema in maniera democratica al fine di ottenere una migliore condizione dell'ammalato all'interno dell'ospedale e di realizzare notevoli economie. Va rilevato che una retribuzione giusta, decorosa e dignitosa del medico ospedaliero, ancorata ad un adeguato trattamento pensionistico, potrà dare come conseguenza anche una riduzione del periodo di degenza dell'ammalato, perché il medico ospedaliero che potrà dedicare tutta la sua attività all'interno dell'ospedale, che non sarà più compensato a gettone, naturalmente non sarà più sguinzagliato dai capi reparto o dai primari a reclutare gente da ricoverare, pur di far numero (perché proprio questo fenomeno avviene, ed è naturale e umano, e non è giusto condannarlo finché vige questo sistema di retribuzione).

È evidente dunque che, con questa legge, noi dobbiamo ottenere una completa modifica delle condizioni del personale sanitario, nonché di quelle del personale sanitario ausiliario; a quest'ultimo, in particolare, debbono venir riconosciuti i diritti e la qualificazione sempre crescente. Di questo settore del personale sanitario il collega Montanti ha denunciato le gravi carenze; e noi, con appositi emendamenti, chiederemo che anche il personale sanitario ausiliario entri a far parte dei consigli di amministrazione, sempre al fine di rendere questi ultimi più democratici.

Dunque, è necessario creare una nuova condizione del medico ospedaliero all'interno dell'ospedale: una condizione che consenta il duplice obiettivo di un miglior trattamento del malato e di una maggiore economia. E ciò vale tanto più se collochiamo questo discorso nella situazione più generale e dram-

matica della carenza di posti-letto che dobbiamo registrare nei nostri ospedali. Quest'ultimo problema, naturalmente, non va affrontato soltanto in termini quantitativi e di impegno finanziario. Il collega Montanti ha ricordato che l'Inghilterra si avvia a ridurre il numero dei posti-letto per gli acuti. La notizia è esatta: l'Inghilterra si accinge a ridurre dal 5 al 3,5 per mille il numero dei posti-letto per gli « acuti ». Noi ci troviamo in una situazione drammatica per quanto riguarda il numero dei posti-letto in ospedale. E non si tratta soltanto di uno squilibrio tra la situazione del nord e quella del sud, bensì anche di uno squilibrio nella ripartizione dei posti-letto all'interno dei singoli ospedali, cioè nella ripartizione dei posti-letto fra gli « acuti », i lungodegenti e i malati psichici.

Vi è stato un tentativo da parte del collega Usvardi di confutare le argomentazioni dell'onorevole Scarpa circa l'inidoneità della legge n. 574 ad affrontare i problemi della costruzione di nuovi ospedali. Egli ha detto che a ciò provvederà la programmazione e che gli attuali scompensi verranno corretti dalla circolare Sganga. Ma che cosa potrà modificare questa circolare quando le scelte sono state già fatte?

Nessuno ha potuto confutare i dati forniti dal collega Scarpa, in base ai quali la preminenza assoluta è andata al nord e non al sud, come prevede invece il capitolo VII, il quale non è stato violato soltanto per quanto attiene a questa ripartizione.

Nel prossimo triennio saranno costruiti ospedali per il 60 per cento nel nord e per il 40 per cento nelle zone depresse del sud. All'interno di questa ripartizione i posti-letto per i primi due anni saranno così distribuiti: l'88 per cento a ospedali per acuti, l'11 per cento a ospedali neuro-psichiatrici e l'1 per cento a ospedali per lungo-degenti.

Quali erano le previsioni del piano circa i posti-letto? Quindicimila per « acuti », trentamila per neuro-psichiatrici, trentasettemila per lungodegenti. Ora, la scelta già fatta dal Ministero dei lavori pubblici impegna nel prossimo triennio il 74 per cento dei posti-letto per « acuti », il 22 per cento per neuro-psichiatrici e il 4 per cento per i lungodegenti. I colleghi conoscono perfettamente qual è la drammatica carenza di posti-letto per lungodegenti. La costruzione di nuovi ospedali non viene affrontata in maniera adeguata e razionale, né si pongano le premesse per ridurre il numero dei ricoverati: si procede ancora in una direzione che potrà creare cariche esplosive nel settore sanitario

anziché provvedere invece ad eliminarle. Non si riesce a spiegare come mai si continui a seguire questa linea.

Una diversa collocazione e una diversa retribuzione del medico presupponevano l'istituzione di un fondo nazionale ospedaliero, la fine della concezione dell'ospedale come una isola, come un castello feudale.

Su questo punto si è aperta una polemica e ci si è domandati se pagano i lavoratori o se deve pagare Pantalone. L'onorevole ministro più volte ha interrotto osservando che, data la situazione di *deficit* delle mutue, lo Stato deve intervenire. Potremmo ribattere domandando perché lo Stato deve ripianare questo *deficit*. Tutti gli studi svolti in proposito, anche quello del CNEL, hanno suggerito di attribuire l'assistenza ospedaliera allo Stato perché la fornisca a tutti i cittadini. Il capitolo VII del programma economico quinquennale stabilisce il finanziamento dell'assistenza sanitaria attraverso la fiscalizzazione. Perché non affrontare anche il problema del finanziamento degli ospedali in attesa della riforma tributaria e dell'attuazione del capitolo VII, con norme transitorie che lasciassero inalterate le rette fino alla soluzione definitiva del problema?

Non a caso il ministro Mariotti, che segue da vicino questi problemi, qualche mese fa si è fatto promotore di una proposta molto interessante. Di fronte all'inadempienza e alla insolvenza delle mutue, di fronte alla constatazione che tale inadempienza si sarebbe protratta ancora nel tempo, egli ha proposto che le mutue paghino la metà e altrettanto faccia lo Stato. E, questo, un sistema molto più semplice che non l'autorizzazione a contrarre crediti.

Oggi esistono le premesse — se esiste la volontà politica di farlo — di affrontare in maniera seria e risolutiva questo problema. Lo Stato già paga alle mutue autonome un contributo per l'assistenza ospedaliera e specialistica. La mutua dei coltivatori diretti ha un conto a parte per l'assistenza medica generica ed ostetrica, mentre gli artigiani e i commercianti hanno soltanto l'assistenza ospedaliera e specialistica. Lo Stato, quindi, interviene in questi settori dando un contributo per l'assistenza specialistica ed ospedaliera.

Per gli altri enti lo Stato si limita a coprire i *deficit*. Ma che cosa si potrebbe fare già oggi? Lo Stato potrebbe avocare a sé, o meglio al Ministero della sanità, l'assistenza ospedaliera per tutti i mutuati. Le quote che oggi versa alle mutue dovrebbero essere versate direttamente al fondo nazionale ospeda-

liero, al quale le mutue dovrebbero versare, non le rette, ma le somme che spendono annualmente (e se ne può fare il calcolo sulla percentuale dei loro bilanci) per l'assistenza ambulatoriale ed ospedaliera.

Ecco la novità, ecco la parte più interessante della sua iniziale proposta, onorevole ministro. La direzione da parte degli ospedali dei poliambulatori dei vari enti mutualistici escludeva ogni ingerenza degli enti medesimi e, oltre a portare ordine, introduceva un giusto criterio di gestione anche dal punto di vista finanziario.

Se queste proposte del ministro della sanità erano valide nel 1965, quando furono formulate, i fatti che si sono succeduti nel corso di questi ultimi due anni non ne hanno diminuito la validità, ma l'hanno se mai rafforzata. Ecco perché torniamo spesso su questi aspetti particolari e fondamentali del primitivo progetto Mariotti: non quindi per una volontà astratta di rimettere ogni volta in discussione il cedimento dei compagni socialisti, ma per il fatto che oggi più che mai si avverte la giustezza di quella linea. Infatti, ogni giorno che passa la realtà dimostra che quelle scelte erano giuste, che si trattava di scelte di compromesso e non radicali, scelte che, constatata la mancanza di una precisa volontà di affrontare il problema generale della riforma sanitaria, introducevano un inizio graduale di riforma. E la parola « gradualità » ha un senso solo se accompagnata da un inizio di azione e di attività. Ma non possiamo continuamente parlare di gradualità senza nemmeno dare inizio alla riforma e rinviando tutto al futuro. Se non volete rendere subito operante oggi un fondo nazionale ospedaliero ed un collegamento con le strutture sanitarie di base, rendetevi conto almeno che è necessario affrontare il problema in prospettiva.

Il collega Lattanzio ha avvertito questa contraddizione ed a pagina 8 della sua relazione ha affermato: « Il problema della riforma previdenziale, di cui con vario impegno si parla nel nostro paese da oltre 20 anni, rappresenta anche esso un problema in un certo senso pregiudiziale al provvedimento legislativo oggi in esame. Come, per esempio, non rendersi conto che diversa sarebbe la configurazione delle entrate ospedaliere » (non si parla, come si vede, di rette) « se si passasse dall'attuale sistema assicurativo a quello della sicurezza sociale che prevede un finanziamento da attuarsi in forma fiscale in proporzione ai redditi rispettivi dei singoli cittadini ? »:

Ebbene, se il collega Lattanzio si rende conto di questo, e lo dice testualmente nella sua relazione, se noi stabiliamo la retta onnicomprensiva permanentemente, ciò significa affermare che non si crede alla possibilità ed alla volontà di giungere all'attuazione del finanziamento, mediante prelievo fiscale, dell'assistenza sanitaria nel nostro paese.

Il collega Lattanzio si è detto felice per il fatto che per la prima volta il problema della retta è stato affrontato con estrema chiarezza. Io non so però se sia del tutto chiaro al collega Lattanzio quale sarà la conseguenza di questa elencazione, dove andranno a finire le rette e se con ciò non si preparerà un'altra miccia per esplosioni future.

Noi abbiamo parlato a lungo contro il sistema della retta onnicomprensiva e contro la retta in generale. Ed a questo punto non comprendiamo come l'onorevole Fada possa affermare che il collega Scarpa, del mio gruppo, ha parlato di azienda autonoma. A parte il fatto che questo concetto non fu mai enunciato, è evidente che da tutto il contesto delle nostre argomentazioni emergeva il fatto che noi comunisti consideriamo un ostacolo al rinnovamento delle strutture sanitarie la difesa ad oltranza del concetto di autonomia. Non a caso, all'inizio del dibattito sul disegno di legge Mariotti, la bandiera impugnata dapprima dai reazionari fu quella della difesa ad oltranza dell'autonomia. Questo avvenne anche in passato. Infatti durante la discussione della legge del 1890, l'onorevole Bottini di Novara ebbe ad affermare che l'autonomia era causa di anarchia e che, se non fosse stata superata l'autonomia, non si sarebbe avviato il paese verso una rete ospedaliera efficiente. Quello che era vero nel 1890 si è ripetuto ancora oggi. Voi avete vinto una bella battaglia, colleghi democristiani; ma non l'avete vinta nell'interesse del progresso della sanità del nostro paese, ma nell'interesse della conservazione di determinati privilegi ed interessi. E qui mi si perdoni una osservazione a quanto ha dichiarato il collega Ceravolo e cioè che i socialisti sono stati sconfitti all'epoca delle scelte programmatiche. Questo è vero: il programma ha dato infatti uno scarso rilievo agli investimenti sociali. È vero soprattutto che nella discussione sul capitolo VII si sono scontrate le due posizioni: quella dei socialisti per un servizio sanitario democratico ed efficiente e quella democristiana che considera il servizio sanitario come un servizio di sanità pubblica, con esclusivi compiti di prevenzione.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 16 MAGGIO 1967

Però, per quello che attiene alla spesa e agli investimenti sociali, mantenendo le cose così come stanno non è che si spenda di meno, perché, se il piano ipotizzava una spesa — sbagliata — di 5.300 miliardi in 5 anni, cioè 1.060 miliardi all'anno, supergiù la spesa del 1963, non è che non affrontando la riforma ci si mantenga entro queste cifre, ma anzi si va molto oltre: nel 1966 tutti gli enti hanno speso 1.298 miliardi; quindi non rinnovando andremo a superare i 7 miliardi.

La ragione di fondo sta invece nella volontà del partito di maggioranza relativa di mantenere in piedi dei centri di potere clientelare molto forti, quali sono le mutue, e negli ultimi giorni abbiamo visto che si vogliono mantenere in piedi anche certi privilegi di casta all'interno del mondo sanitario, cioè passiamo da una posizione moderata ad una posizione reazionaria addirittura. Vedremo fino a che punto avrà effetto la resistenza manifestata — ne diamo atto — dal ministro della sanità e dalla parte socialista. Per dare un giudizio dovremo vedere quali saranno stati gli accordi su certi problemi che sono stati oggetto di discussione in questi giorni in seno alla maggioranza ed al Governo.

Questo dibattito ha confermato in pieno il giudizio di fondo che noi diamo sull'approdo della politica di centro-sinistra. Non si tratta di un solo settore: nel settore della scuola come in quello dell'urbanistica vi è profonda insoddisfazione nei membri più avanzati della maggioranza. Nel settore sanitario abbiamo avuto fino ad oggi la vittoria dei moderati. Abbiamo ascoltato però in questi giorni una frase dell'onorevole Moro: questa legislatura dovrà fare il piano quinquennale e forse la legge ospedaliera. Che significa questo forse?

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Sono chiacchiere giornalistiche. C'è stata anche una smentita ufficiale, ella lo sa.

DI MAURO ADO GUIDO. Comunque l'onorevole Piccoli e l'onorevole Lattanzio, che sono autorevoli membri di quel gruppo della D.C. che definiamo moderato, non soltanto si sono dichiarati sodisfatti di questa legge, ma, addirittura, l'onorevole Piccoli dice che essa porta l'impronta determinante del suo partito.

A me non interessa se abbia ragione nell'affermare questo: io sono convinto che ha ragione, e tutta la mia argomentazione tendeva a dimostrare questo. Ma se oggi viene messo in dubbio persino questo testo moderato, che cosa vuol dire? Vuol dire che la situazione si è talmente deteriorata che prevalgono coloro che difendono non più posi-

zioni moderate, ma posizioni reazionarie *tout court*. Perché solo reazionari possono volere che questa legge tanto cara ai moderati affondi.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Quindi, siccome voi non siete reazionari la voterete.

MICELI. Ancora non siete arrivati a definirci reazionari.

DI MAURO ADO GUIDO. Avete scaricato su di noi l'accusa di « illiberalità » lanciata dall'onorevole Moro a Palermo in questi giorni. Si sa perfettamente che egli si riferiva ai socialisti, ma sulle nostre spalle può cadere tutto. Comunque a tanto, come faceva osservare dianzi il collega Miceli, non siete ancora arrivati.

Mi avvio alla conclusione, onorevole ministro. Siamo ormai alla fine di questa legislatura e l'esame dettagliato di questo disegno di legge ci convince ancor più, se ne avessimo avuto bisogno — noi non ne avevamo bisogno, ma siete voi che dovete riflettere su questo — che l'attuale maggioranza, come per la legge urbanistica e per le università, così anche per il settore sanitario è incapace di affrontare e risolvere i problemi che urgono, così come richiedono le spinte che vengono dal paese.

Di fronte a questa constatazione, come potete ancora sostenere che la nostra linea politica generale sia velleitaria, se di fronte ad ogni problema che noi esaminiamo balzano evidenti l'incapacità di questa maggioranza di risolverlo e l'esigenza di una nuova maggioranza più democratica, più avanzata, che deve partire dall'unità della sinistra fino alle forze cattoliche più avanzate per avviare a soluzione i problemi del paese?

Onorevoli colleghi, onorevole ministro, l'immobilismo degli « anni sessanta » ha spazzato la formula centrista; l'immobilismo di questi anni non potrà non spazzare anche la formula attuale. È chiaro che noi siamo sulla via giusta, di una politica unitaria, nell'interesse del paese e della classe operaia. Questa linea avrà certamente successo perché si richiama a tutti i fermenti vivi che esistono nel paese. (*Applausi all'estrema sinistra - Congratulazioni*).

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

BEMPORAD. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, si dice da parte delle opposizioni che il testo del disegno di

legge n. 3251, emendato dopo un approfondito dibattito dalla XIV Commissione sanità non solo nella forma, ma anche nella sostanza di alcuni suoi articoli, sia il frutto di un confuso compromesso fra democristiani e socialisti che soli lo hanno approvato unanimemente in sede referente, mentre, ad esempio, il partito repubblicano, che non ha partecipato ai lavori della Commissione, ha preannunciato critiche e riserve di non scarso rilievo. Il partito repubblicano avrebbe potuto se mai più utilmente e tempestivamente intervenire nelle forme e nei modi che si convenivano ad un partito che condivide responsabilità di Governo, anziché assumere *in extremis* posizioni che non tengono alcun conto di approfonditi dibattiti e ponderate decisioni. Se, parlando di compromesso, ci si intende riferire alla esclusione dalle nuove norme degli ospedali dipendenti da enti religiosi (sarebbe più esatto dire da fondazioni), che sono complessivamente 22 su circa 1.300 ospedali civili, ebbene, possiamo anche francamente riconoscere che il dialogo con forze di ispirazione cattolica, sollecitato e ritenuto valido sia dalla opposizione di destra sia da quella sinistra, ha anche come conseguenza la necessità di tener conto di certe esigenze, purché lo si faccia in termini ragionevoli e tollerabili, dai quali non sembra ci si sia allontanati nel caso in esame.

Esperienze lontane per i comunisti e vicine per i liberali consentono di affermare che di questa realtà essi hanno preso largamente atto quando hanno fatto parte di governi di coalizione con la democrazia cristiana. I liberali hanno motivato la loro opposizione anche con l'argomento che le case di cura private non sono trattate come gli ospedali dipendenti da fondazioni, siano esse ecclesiastiche o laiche (perché a entrambi si riferiscono gli articoli del codice civile citati dal disegno di legge). Il criterio di distinzione deve essere un altro, se cioè uno stabilimento di cura persegue o meno fini di lucro, come certamente li perseguono tutte le case di cura private, alle quali lo Stato ha dunque il diritto di chiedere certe garanzie a tutela della salute dei cittadini, come fa con gli articoli 45, 46 e 47, senza condizionare ad esse il programma ospedaliero né elargire particolari facilitazioni. È stato lamentato dal collega onorevole De Lorenzo che determinate disposizioni avrebbero come conseguenza in prospettiva la chiusura delle case di cura private. Questo non è esatto, ma che in una società nella quale si affermi e si realizzi un sistema di sicurezza sociale le case di cura private debbano avere una funzione

del tutto marginale, è cosa che rientra nell'ordine naturale dello sviluppo di una assistenza sanitaria organica a tutti quanti i cittadini.

Per gli ospedali citati al terzo comma dell'articolo 1, non mi soffermerò sui complessi aspetti giuridici del problema, sui quali si è già intrattenuto con specifica competenza per il gruppo socialista l'onorevole Vittorio Galluzzi. In realtà, se essi chiedono la classificazione secondo gli articoli 19 e seguenti, possono anche partecipare alle provvidenze previste dal titolo IV. Spetterà al Ministero accertare che essi assolvano realmente, indipendentemente dalla composizione dei consigli di amministrazione (che rimane quale era), alla funzione di pubblici ospedali, sia per la mancanza di ogni scopo speculativo, sia anche — aggiungo — per quanto attiene al trattamento giuridico ed economico del personale laico.

SCARPA. Perché i consigli di amministrazione non devono cambiare?

BEMPORAD. Ho già risposto nella prima parte del mio intervento, onorevole Scarpa, a questa sua obiezione.

La seconda parte, infatti, dell'ultimo comma, non può non suscitare preoccupazioni e perplessità. Ma indipendentemente dalle richieste dei liberali, suggerite dall'intendimento di difendere interessi privati in un settore nel quale l'assoluta preminenza del pubblico interesse dovrebbe essere riconosciuta da tutti, la caratteristica e la complessità di questa discussione dipende dal fatto che le divergenze di opinione più profonde non coincidono tanto con i confini ideologici dei partiti, ma derivano assai spesso da prese di posizione di gruppi o di categorie che operano nel settore sanitario e trovano i loro portavoce non solo nei vari partiti — nessuno escluso — ma anche nei ministeri, a vario titolo interessati al problema. Basti ricordare il Ministero della pubblica istruzione e quello del lavoro e della previdenza sociale. Sono le memorie, le deliberazioni di congressi e convegni di tutte le associazioni dei medici ospedalieri universitari, dei vari sindacati delle altre categorie di lavoratori ospedalieri, sono le tesi sostenute dai vari ministri e dai loro più qualificati e autorevoli collaboratori che hanno ingarbugliato la matassa e creato nodi, che si è cercato di sciogliere o tagliare con la legge in esame, ponendosi come obiettivo di migliorare il livello di assistenza dei cittadini, trasformando strutture da tutti riconosciute superate.

Senza la pretesa di affermare che si sia pienamente riusciti nell'intento, cercherò di dimostrare che si è compiuto un importante e decisivo progresso, tenendo conto soprattutto degli ostacoli gravissimi che si son dovuti superare. È indiscutibile merito del ministro Mariotti aver affrontato e talora addirittura aggredito problemi di grande importanza dal punto di vista sociale in un campo nel quale le incrostazioni, anzi le mummificazioni del passato sono fra le più dure, coriacee e fossilizzate, e le nuove istanze prorompono impetuosamente, ma in modo spesso contraddittorio, prive di senso della misura e di una visione d'insieme dei problemi.

Mi propongo di trattare in particolare dei titoli I, II e IV del disegno di legge, relativi alla costituzione, alle strutture degli enti ospedalieri e al loro finanziamento. Ma mi pare indispensabile rilevare che la trasformazione degli ospedali da opere pie in enti ospedalieri è il primo e pregiudiziale elemento riformatore, al quale seguono e dal quale derivano il diverso criterio di classificazione degli ospedali, l'applicazione dei principi della programmazione all'organizzazione ospedaliera, col riconoscimento della funzione che in essa spetta alle regioni e agli enti locali; le nuove misure — anche se ancora limitate — per il finanziamento degli enti; i radicali mutamenti nell'ordinamento dei servizi e del personale; l'applicazione anche agli ospedali degli enti mutualistici della normale regolamentazione della programmazione generale, a seguito di un importante emendamento approvato in Commissione; infine una disciplina delle case di cura private che tutela meglio la salute pubblica, pur lasciando anche in questo delicatissimo campo una appropriata possibilità di azione alla privata iniziativa (che deve per altro (come ho già detto) essere subordinata agli interessi di carattere generale.

Per rendersi conto della necessità di una riforma dell'assistenza ospedaliera non è sufficiente ripetere che la legge sulle opere pie n. 6972 del 17 luglio 1890 con le sue successive modificazioni ha 77 anni e quella sull'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario n. 1631 del 1938 ne ha quasi 30. Non si tratta solo di aggiornare leggi vecchie o vecchissime con qualche accorgimento tecnico e di applicarle meglio, come taluno pensa (e fra questi sono certamente molti colleghi del gruppo liberale, almeno fra quelli che sono intervenuti nel dibattito). È stato necessario invece emanare una vera riforma che codificasse una concezione dell'assistenza sanitaria, e particolarmente ospedaliera, radi-

calmente diversa e partisse dal presupposto del diritto di tutti i cittadini a fruirne in modo adeguato alle loro necessità. Da ciò deriva il dovere per lo Stato di istituire un servizio sanitario pubblico come parte centrale di un più ampio sistema di sicurezza sociale, in modo che l'ospedale, retto dai nuovi enti, diventi il centro cui si riferisce e fa capo la medicina preventiva, curativa e riabilitativa di ogni specie. Questa riforma vuole quindi essere la parte essenziale di un più vasto disegno.

La trasformazione degli ospedali da opere pie in enti ospedalieri non è soltanto il formale mutamento di una etichetta che lascia sostanzialmente le cose com'erano. Stabilendo all'articolo 2 del disegno di legge che « gli enti ospedalieri... hanno l'obbligo di ricoverare, senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani o stranieri che necessitino di urgenti cure ospedaliere per qualsiasi malattia, infortunio o per maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici o assicurativi o da altri enti pubblici o privati », ci si uniforma all'articolo 32 della Costituzione, in base al quale « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti ». Ha notevole rilievo morale e giuridico questo riconoscimento che il diritto all'assistenza ospedaliera di qualsiasi essere umano presso enti di diritto pubblico viene prima di ogni considerazione di ordine amministrativo e dipende solo dallo stato di malattia riconosciuto dal medico. Si scrive, infatti, sempre all'articolo 2 che « gli accertamenti in ordine all'attribuzione delle spese per l'assistenza sono successivi al ricovero, ferme restando le norme vigenti in materia ».

Questa è la naturale conseguenza di quanto prima sancito, ma, mentre approviamo il principio senza riserve, occorre anche avvertire che all'assunzione di maggiori oneri bisognerà far fronte con maggiori mezzi e che le norme vigenti diventano ancora più inadeguate alla nuova realtà. Ciò non può che implicare, nei modi che dovranno essere meglio definiti, un più fondato diritto degli enti ospedalieri pubblici a sovvenzioni da parte dello Stato rispetto ad altri enti non pubblici, anche senza fini di lucro, che per qualsiasi ragione ponessero limiti all'assistenza a chiunque ne abbia bisogno.

Parrebbe insomma logico e conseguente che una parità di diritti ai fini dell'applicazione del capitolo IV relativo a finanziamenti a vario titolo degli enti ospedalieri ed assimi-

lati, discenda da una parità di doveri assolti sia per quanto riguarda l'indiscriminata prestazione dell'assistenza sia per il trattamento giuridico ed economico del personale.

Secondo l'articolo 3 sono riconosciuti di diritto enti ospedalieri « le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici che provvedono esclusivamente al ricovero e alla cura degli infermi », e anche « gli ospedali appartenenti ad enti pubblici che abbiano finalità diverse dall'assistenza ospedaliera ». Ciò significa che, oltre ad alcuni casi particolari di opere pie che amministrano altre attività assistenziali come scuole materne, ricoveri per vecchi, ecc., le nuove norme si estenderanno anche agli ospedali dipendenti dagli enti mutualistici. Si compie in tal modo un importante progresso sulla via di un ordinamento omogeneo degli ospedali pubblici e di una razionale attribuzione di competenze al Ministero della sanità e al Ministero del lavoro e della previdenza sociale, che assolvono due importantissime funzioni ma di natura assai diversa.

Il necessario coordinamento tra ministeri ed enti interessati è assicurato dalla presenza di due rappresentanti nei consigli di amministrazione dei nuovi enti e di tre rappresentanti nel comitato nazionale per la programmazione ospedaliera.

L'aver affrontato coraggiosamente la riforma dell'assistenza ospedaliera ha, per connessione, posto in evidenza anche maggiore le lacune e le incongruenze del nostro sistema mutualistico e previdenziale, già a tutti note, e ha dimostrato quanto sia urgente dapprima una radicale ristrutturazione per giungere poi al suo superamento in un moderno sistema di sicurezza sociale secondo i principi espressi nel programma di sviluppo economico al capitolo VII.

Questa legislatura non è più in grado di risolvere radicalmente un problema tanto difficile e complesso, ma il Governo dovrà fin d'ora predisporre quanto è necessario perché la prossima lo ponga tra i primi e più importanti da affrontare; e dovrà adottare subito i provvedimenti più urgenti. Sperequazioni profondamente ingiuste tra gli assistiti, permanente e grave dissesto economico nella maggioranza degli enti mutualistici, non razionale utilizzazione dei già cospicui mezzi disponibili che superano i 5.550 miliardi annui (i maggiori enti INPS, INAM, INAIL erogano da soli già 4.454 miliardi per prestazioni assistenziali e naturalmente anche per pensioni, con un disavanzo che quest'anno è stato denunciato in 700 miliardi) sono gravi fenome-

ni che hanno fra l'altro un'immediata e drammatica ripercussione anche sul funzionamento dell'assistenza ospedaliera per il mancato o ritardato pagamento delle rette.

Quanto più rapidamente si metterà ordine negli ospedali, tanto più si imporranno misure adeguate agli enti mutualistici che rappresentarono al loro sorgere una importante conquista sociale, ma che, quali oggi sono, non rispondono più alle esigenze di uno Stato moderno e progredito. Si è ripetuto con insistenza, da parte delle opposizioni, che la riforma della mutualità avrebbe dovuto precedere o accompagnare quella ospedaliera e si è voluto con ciò dimostrare che la legge in discussione rimarrà perciò in gran parte priva di efficacia.

DI MAURO ADO GUIDO. Anche il relatore onorevole Lattanzio lo ha detto.

BEMPORAD. Questa non è una buona ragione. Lasci, onorevole Di Mauro, che io prosegua nella mia argomentazione e vedrà che non dissento da un auspicio, che è anche contenuto nella pregevole relazione dell'onorevole Lattanzio, ma cerco di mettere in rapporto la nostra legge con quella che è la realtà nella quale ci troviamo ad operare.

Certamente se questa sincronia fosse stata possibile, come è stato sempre auspicato sia dal ministro della sanità in molte occasioni, sia dalla Commissione sanità, direi, unanime (tanto che questo concetto si riflette anche nella relazione di maggioranza), avremmo svolto un lavoro più organico ed eliminato fondate preoccupazioni (sulle quali tornerò) per la parte economica e finanziaria. Ma è inaccettabile la tesi che si sarebbe dovuto rimandare una riforma matura nella coscienza dei cittadini e di tutte le categorie interessate, elaborata e sospinta con straordinaria tenacia ed energia dal ministro, sollecitata da ogni parte del Parlamento, indipendentemente dalle diverse valutazioni di merito, in attesa di riordinare un settore, quello della mutualità, nel quale le resistenze sono più tenaci, le opinioni più divise, la mèta più lontana. (*Interruzione del deputato Di Mauro Ado Guido*).

È una valutazione politica che differenzia la nostra posizione da quella comunista.

DI MAURO ADO GUIDO. Non sosteniamo tale tesi.

BEMPORAD. La sostenete, come risulta dalla lettura dei verbali dei vostri interventi e come lei ha confermato poco fa.

Per attuare il sistema di sicurezza sociale delineato dal capitolo VII del programma di sviluppo bisogna attaccare da ogni parte vecchie posizioni ben munite e difese, e costituire nuovi strumenti, come le unità sanitarie locali, i centri di medicina sociale; ma non è detto che si debba o possa farlo contemporaneamente: è sufficiente coordinare i vari interventi, anche se successivi, e non perdere di vista gli obiettivi finali.

Non sono soggetti alle norme di questo disegno di legge (articolo 1) gli ospedali psichiatrici, gli altri istituti di cura per malattie mentali, le cliniche e gli istituti universitari attualmente esistenti, gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico con decreto del ministro della sanità di concerto con il ministro della pubblica istruzione.

È un'altra delimitazione di competenze non facile, che il disegno di legge risolve, almeno nel testo attualmente al nostro esame (perché sono preannunciate modifiche su aspetti non secondari), stabilendo il preminente interesse del Ministero della pubblica istruzione nell'ordinamento degli studi universitari di medicina e del Ministero della sanità per quanto riguarda l'aspetto igienico-sanitario dell'assistenza al cittadino infermo; come viene ribadito anche dall'articolo 15, che precisa in che modo viene esercitata la sorveglianza anche sugli istituti riconosciuti a carattere scientifico per quanto attiene al loro funzionamento igienico-sanitario.

Si spiega così perché all'articolo 22 gli ospedali clinicizzati o comunque convenzionati con le università sono equiparati agli altri ospedali pubblici, pur continuando ad assolvere la loro funzione didattica con reparti e servizi qualificati per attrezzature didattico-scientifiche.

Ora pare che si sia elaborato un nuovo testo, che ci riserviamo di giudicare quando conosceremo gli emendamenti proposti. Ritengo però che i principi di carattere generale enunciati abbiano una loro validità comunque la legge venga articolata.

Nel rispetto delle competenze, per evitare qualsiasi forma di invadenza o di indebita interferenza, la legge già stabilisce forme di collaborazione tra università ed enti ospedalieri, tra i Ministeri dell'istruzione e della sanità, che dovranno essere approfondite e ampliate anche in sede di riforma degli studi superiori.

All'articolo 40 — sempre nel testo della Commissione — si istituisce l'internato di un anno per i neo-laureati, non soltanto presso le cliniche e gli istituti clinici universitari, ma

anche presso gli ospedali regionali e gli altri ospedali dipendenti da enti ospedalieri riconosciuti idonei all'insegnamento con decreto del ministro della sanità di concerto con quello della pubblica istruzione.

Importante e nuovo è il principio che questo periodo di tirocinio negli ospedali, ove si svolge sotto la responsabilità dei primari, sia retribuito con vitto gratuito e con un assegno mensile pari a un terzo dello stipendio minimo dell'assistente di ruolo; è naturalmente auspicabile che in avvenire si possa migliorare ulteriormente il trattamento.

Ad alcuni ospedali viene dunque riconosciuta e attribuita una funzione didattica per la formazione dei giovani medici, quella che prima assolvevano con il volontariato gratuito, che dovrà essere adeguatamente valutato nei concorsi ospedalieri, come nella maggior parte dei casi già avviene. Il volontariato gratuito è entrato in grave crisi con il rapido, imponente sviluppo della mutualità, che troppo presto attrae i giovani medici, per la minore responsabilità e per il maggiore guadagno.

È noto che i neolaureati, per comprensibili ragioni di ordine economico, sempre più disertano cliniche universitarie e ospedali, per diventare medici mutualistici con varie mansioni, prevalentemente da funzionari e spesso di controllo, senza quell'esperienza professionale che si acquista solo curando i malati sotto la guida e la responsabilità di un direttore di clinica o di un primario e dei loro più qualificati ed esperti collaboratori.

Valorizzare la funzione didattica degli ospedali per la preparazione del medico, coordinandola con quella fondamentale e prevalente delle facoltà di medicina, significa superare un latente o palese conflitto, per trovare un terreno di preziosa collaborazione, valorizzare la professione medica, offrire ai malati maggiori garanzie di essere affidati a curanti che hanno avuto una migliore preparazione. Vorrei auspicare che, nel quadro del riordinamento degli studi universitari, per quanto riguarda la medicina si ricercassero possibili ed utili forme di collaborazione con gli ospedali non solo per i neolaureati, ma anche per i laureandi, ad evitare che ai giovani, per ragioni che tutti conoscono di carenza di spazio e di personale insegnante, si dia una preparazione quasi esclusivamente teorica.

Si è obiettato che non tutti i neolaureati potranno fruire di questa opportunità e che il valore dell'internato ai fini della carriera del medico non è ben definito anche in relazione al conseguimento dell'abilitazione professionale. Del servizio penso che si terrà conto

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 16 MAGGIO 1967

quale titolo nelle norme delegate che regolano i concorsi ospedalieri; alla valutazione accademica del tirocinio si dovrà provvedere nella riforma universitaria. Sol che si voglia o lo si ritenga utile, come io credo, si stanzino i mezzi ed il posto si potrà trovare per tutti. È già un elemento positivo, per altro, che con queste norme gli enti ospedalieri siano dichiarati disponibili anche ai fini della preparazione dei giovani sanitari, oltre che per il personale ausiliario di assistenza, come gli infermieri e i tecnici, elementi anche questi preziosi e indispensabili per il miglioramento dell'assistenza, per i quali si deve prevedere una maggiore qualificazione e una migliore retribuzione.

Pur restando ciascuna amministrazione universitaria e ospedaliera nell'ambito delle proprie competenze, ci si avvia sulla strada giusta per abbattere barriere irragionevoli e dannose al progresso degli studi e della assistenza. Se le nuove norme, di cui si è avuta notizia, favoriranno questa osmosi, tutelando i legittimi interessi degli assistenti e degli aiuti ospedalieri ed universitari, si sarà raggiunto un altro positivo risultato.

Questa materia controversa ha dato luogo in questi giorni, tra sanitari ospedalieri ed universitari, ad agitazioni con scopi contrastanti, anzi opposti, per quanto riguarda i concorsi ospedalieri, per i quali si stabiliscono alcuni criteri fondamentali nelle norme delegate sull'ordinamento del servizio e sullo stato giuridico del personale degli enti ospedalieri, a partire dall'articolo 41. L'innovazione più importante è che per accedere ai vari posti si sostiene una prova di idoneità per esami, nazionale o regionale secondo la qualifica (primari o secondari); mentre l'assunzione in ogni singolo ente (articolo 44) avviene per concorso prevalentemente per titoli (tre quinti del punteggio) e colloquio (due quinti).

Il contrasto è sorto per la presenza di professori universitari nelle commissioni di concorso presso i singoli enti, e si dice che sia stato superato. La decisione è rimessa — secondo il testo al nostro esame — al consiglio di amministrazione, che può nominare sia tre primari, sia due primari ed un professore universitario.

Si è inteso in altri termini, col testo in esame, conferire ai consigli di amministrazione maggiore libertà di scelta, con una soluzione che era già di compromesso tra chi richiedeva l'inclusione obbligatoria del professore universitario e chi ne chiedeva la esclusione. Si è ritenuto che la presenza del docente fosse necessaria nelle prove di ido-

neità nelle quali ha importanza primaria l'esame, e non lo fosse altrettanto dove i candidati venivano valutati prevalentemente in base a titoli stabiliti « con criteri uniformi e rigorosamente determinati » (è questo uno degli aspetti nuovi e mi pare importante in materia di concorsi ospedalieri) e con un colloquio e prove pratiche che hanno lo scopo di meglio definire la personalità e le attitudini del candidato.

Si voleva per termine alla situazione attuale per cui sull'esito di un concorso ha importanza determinante il professore universitario che teoricamente, per legge, può essere scelto ovunque, mentre in realtà si suscitano talora proteste e risentimenti addirittura da parte delle associazioni mediche delle varie discipline se si va fuori della zona di influenza di una facoltà o di una scuola. Ma nelle commissioni per i concorsi vi sono anche primari ospedalieri (già col vecchio ordinamento) scelti dentro o fuori dell'ospedale con alterne vicende, e la commissione è presieduta dal presidente del consiglio di amministrazione.

Ciascuna categoria accusa l'altra di subire pressioni, influenze o di commettere favoritismi. Non dico che questo si verifichi sempre e ovunque, ma l'esistenza di questo problema giustifica l'intendimento del legislatore di moralizzare lo svolgimento dei concorsi ospedalieri tutelando non solo i concorrenti, ma anche e soprattutto i malati che sono i più interessati a che si scelga il migliore. Né, d'altra parte, è giusto creare disparità di trattamento tra assistenti ospedalieri e universitari i cui titoli, il cui servizio debbono essere equiparati, come sono anche secondo questa legge, e che devono essere trattati con assoluta equità senza creare sbarramenti irrazionali e nocivi tra i due settori.

Dai molti contendenti su questa delicata materia si sarebbero desiderate norme più rispondenti agli interessi di ciascuno, e qualche richiesta (mi riferisco a quelle che hanno per scopo di garantire al massimo l'obiettività del giudizio delle commissioni) merita attenta considerazione o in sede di emendamenti a questa legge o nelle disposizioni particolari che verranno emanate con la legge delegata.

È già opportunamente stabilito all'articolo 44, come dicevo prima, che la valutazione dei titoli deve essere fatta con criteri uniformi e rigorosamente determinati affinché in tutta Italia i concorrenti siano giudicati con lo stesso metro. Mi pare anche che

dovrebbe essere riesaminata la esclusione dei primari degli ospedali di zona dalle commissioni giudicatrici dei concorsi per ospedali della stessa categoria. Sarebbe sufficiente precisare che i primari devono appartenere ad ospedali di categoria pari o superiore a quella che bandisce il concorso.

Per tornare al problema degli assistenti, degli aiuti universitari, spetta al Ministero della pubblica istruzione definirne meglio la carriera e lo stato giuridico ed economico. È noto ad esempio che il grado di « aiuto » esiste di fatto e non di diritto, anzi è un incarico non un grado, e che la più equa ripartizione delle quote capitarie corrisposte dagli enti mutualistici (secondo il decreto Mariotti che in quasi tutti gli ospedali italiani ha trovato la sua applicazione, nonostante le contestazioni che ha suscitato in sede giuridica) con il rapporto quattro-due-uno tra primari, aiuti e assistenti si è arrestata alle soglie delle cliniche universitarie. Così come assistenti ed aiuti delle facoltà di medicina non fruiranno degli aumenti di stipendio previsti per i medici ospedalieri. Eppure molti di loro il tempo pieno lo fanno da un pezzo, a differenza di molti docenti universitari distretti dall'insegnamento da troppi impegni che poco hanno a che vedere con i loro compiti specifici.

Insomma vi sono problemi del personale appartenente al settore universitario che debbono essere risolti dal ministero competente senza perpetuare anacronistici privilegi, ma che non è detto debbano interferire in una legge di riforma ospedaliera qual è quella che noi stiamo attualmente affrontando.

L'istituzione delle unità sanitarie locali, la riforma del sistema mutualistico, oltre al potenziamento dei servizi sanitari dello Stato e degli enti locali per quanto riguarda soprattutto la medicina preventiva e riabilitativa, dovrebbero offrire ai medici più ampie possibilità di carriera, facilitare il passaggio dall'uno all'altro settore, eliminare ingiuste spequazioni giuridiche ed economiche, che ancora sussistono tra medici che svolgono servizi ugualmente impegnativi, e abbattere dannosi compartimenti stagni.

In questa controversa materia vorrei concludere con due osservazioni. Innanzitutto, le ingiuste disparità di trattamento che ancora sussistono tra medici ospedalieri con il superato sistema delle quote capitarie, nonostante le correzioni apportate dal già citato decreto Mariotti, dovrebbero cessare a seguito di quanto disposto dal penultimo comma dell'articolo 44, che cioè « il trattamento economico deve

essere costituito dallo stipendio e dai compensi per lavoro straordinario fissati su base nazionale per categorie e per contratto nazionale, nonché da un assegno integrativo da stabilire seguendo il principio che esso sia proporzionato alla quantità e alla qualità del lavoro prestato ». Ecco che l'innovazione richiesta dall'onorevole Di Mauro poc'anzi, per quanto riguarda il trattamento economico dei sanitari, è già efficacemente contenuta nella legge.

Si pongono così le basi del superamento dell'ibrido duplice rapporto dei medici con gli enti ospedalieri e con quelli mutualistici e si afferma il principio della libera contrattazione con i rappresentanti sindacali della categoria su base nazionale e del rapporto fra compenso e quantità e qualità dell'opera svolta, principi questi ribaditi per tutto il personale ospedaliero, ivi compreso quello ausiliario di assistenza, amministrativo e tecnico, il cui stato giuridico ed economico verrà stabilito con contratto nazionale in rapporto al particolare tipo di mansioni svolte.

E vengo alla seconda osservazione. Per i concorsi sanitari e non sanitari la legge si preoccupa di stabilire i criteri generali di una normativa che nella legge delegata offra con norme più precise maggiori garanzie dell'attuale sistema. Mi pare che si sia fatto un notevole sforzo, che può anche essere perfezionato, per tenere conto sia della preminente esigenza di assicurare un migliore servizio e sia delle più legittime aspirazioni delle categorie interessate.

Non si tratta di un'impresa facile, ma lo svolgimento dei concorsi secondo giustizia è prima di tutto un problema di costume, che investe i commissari d'esame qualunque sia la loro provenienza; e, al di là del settore che stiamo trattando, implica una più severa presa di coscienza dei propri doveri per assicurare la certezza del diritto ai cittadini da parte di tutta una classe dirigente sia politica sia amministrativa.

Il rapporto tra enti ospedalieri ed enti mutualistici e università, che si delinea fin dal primo articolo della legge, mi ha indotto per naturale connessione a considerazioni su altri capitoli e articoli che ne sono la logica conseguenza e che mi pare dimostrino aspetti nuovi e tra i più importanti del disegno di legge. Ma desidero tornare a fare qualche osservazione sulle caratteristiche degli enti ospedalieri, sulla loro struttura e amministrazione. Non ripeterò quanto tutti sanno, che il loro sorgere convalida e stabilisce il passaggio da una concezione caritativa dell'assistenza sanitaria al riconoscimento del diritto del cittadino

alle cure di cui ha bisogno. È importante che si sia superato, con il parere delle Commissioni parlamentari competenti, il dibattito, che aveva anche un contenuto politico, sulla legittimità e sulla costituzionalità della trasformazione delle Opere pie in enti ospedalieri e dello scorporo degli ospedali dagli enti che svolgono anche altri tipi di attività assistenziale. L'articolo 6, che attribuisce alle regioni il potere di promuovere ed attuare l'istituzione di nuovi enti ospedalieri e la fusione e la concentrazione di enti ospedalieri esistenti, secondo le previsioni del piano regionale ospedaliero, e le norme transitorie dell'articolo 48, secondo le quali si provvede, fino a quando non saranno costituite le regioni, con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del ministro della sanità, ma sempre sulla base dei piani regionali recepiti nel piano nazionale, segnano il passaggio da una autonomia anarchica degli ospedali — per cui ciascuno provvedeva alle necessità delle popolazioni e del proprio sviluppo secondo criteri avulsi spesso da una visione generale delle esigenze sanitarie del territorio, senza alcun coordinamento e talora in concorrenza con gli ospedali vicini, con dannose dispersioni di mezzi e di energie — ad un nuovo tipo di responsabile autonomia amministrativa nel quadro organico della programmazione regionale e nazionale. La nazionalizzazione o regionalizzazione delle amministrazioni ospedaliere, cioè una gestione diretta degli ospedali da parte delle regioni o dello Stato, sostenuta tenacemente dal gruppo comunista, con il consenso anche di qualche esponente di altri partiti, è stata sempre respinta come un errore da parte degli amministratori ospedalieri di ogni parte politica, compresi molti comunisti.

La legge sul programma di sviluppo economico da poco approvata da questa Camera è basata su principi ed orientamenti generali stabiliti dallo Stato, ma anche su un ampio decentramento di compiti e di responsabilità, normativi ed esecutivi, alle regioni, agli enti locali, alle aziende a partecipazione statale nazionalizzate e municipalizzate, per limitarmi al settore pubblico che è quello che ci interessa attualmente.

Chi è convinto che uno dei metodi per snellire ed ammodernare la pubblica amministrazione, accusata non senza ragione di paralisi per decrepitezza di ordinamenti e di strutture, è il decentramento; chi sostiene la funzione democratica degli enti locali e delle amministrazioni che ne sono l'emanazione; chi pensa che la funzionalità e il dinamismo di una amministrazione pubblica derivano an-

che dalla responsabilizzazione e dallo spirito d'iniziativa degli amministratori e dei funzionari; chi giudica che quanto più un pubblico servizio è retto da persone che, per essere più vicine alle popolazioni, ne interpretano meglio le esigenze e ne subiscono un più diretto controllo, non vedo come possa essere contrario all'autonomia delle amministrazioni ospedaliere, purché essa si attui — come si deve attuare secondo la legge in esame — nell'ambito dei compiti assegnati a ciascun ente dalla programmazione regionale e nazionale.

Elemento nuovo, di notevole rilievo, è l'elezione dei consigli di amministrazione da parte degli enti locali, regioni, province, comuni in vario rapporto a seconda che si tratti di ospedali regionali, provinciali o di zona, e la elezione in seno al consiglio del presidente.

È dunque un metodo democratico per scegliere amministratori che siano in grado di interpretare con immediatezza le necessità delle collettività dalle quali sono espressi e verso le quali sono responsabili. Non vedo i vantaggi del centralismo burocratico auspicato dai comunisti, né i pericoli di nazionalizzazione paventati dai liberali.

Si è parlato di un compromesso tra tesi contrastanti nei partiti di maggioranza. Che compromesso vi sia in altre parti della legge è indubbio ed è nella logica di un governo di coalizione, ma circa la nomina ed il funzionamento dei consigli di amministrazione e i rapporti tra autonomia e programmazione, posso testimoniare, quale presidente di una associazione regionale di amministratori ospedalieri e vicepresidente della FIARO, che si tratta di soluzioni auspicate e condivise da lungo tempo, senza distinzioni di parte, dagli amministratori ospedalieri, naturali interpreti della volontà dei cittadini di avere un servizio più efficiente e moderno e non certamente portatori di interessi settoriali, per quanto comprensibili, o di preconcepite posizioni ideologiche.

Si è detto da parte comunista e si è ripetuto da parte liberale che i consigli di amministrazione così eletti, nonostante la garanzia della rappresentanza delle minoranze, diventerebbero centri di potere politico: a maggior ragione lo sarebbero — io affermo — in un sistema nazionalizzato o regionalizzato.

Ad evitare la politicizzazione degli ospedali, si è chiesto da parte liberale e anche da parte comunista la presenza nei consigli di rappresentanti di varie categorie di personale, e spesso chi voleva la presenza degli uni, escludeva quella degli altri. È prevalso l'ovvio criterio che le legittime istanze di categoria

trovino la loro sede naturale nelle organizzazioni sindacali, che gli amministrati non possono essere amministratori di se stessi, che il personale medico, per la sua competenza specifica, debba essere interpellato attraverso il consiglio dei sanitari, organo di consulenza tecnica del consiglio di amministrazione, nei modi previsti dall'articolo 14.

Si sono cioè proposte norme rispondenti a ovvi principi democratici e giuridici vigenti nell'ordinamento di tutti gli enti pubblici similari del nostro paese, respingendo soluzioni di tipo corporativo, se non demagogico, che non avrebbero certamente favorito l'armonico e dinamico funzionamento degli enti nell'interesse degli assistiti. E lascia veramente perplessi il vedere sviluppare da parte liberale e comunista qui in Parlamento una polemica qualunquistica contro la cosiddetta politicizzazione degli enti ospedalieri che diverrebbero centri di potere, posizioni che si spiegano solo con una fondamentale sfiducia nel sistema del decentramento democratico fondato sulla distribuzione delle competenze e delle responsabilità ad organi elettivi a tutti i livelli.

Una innovazione che merita particolare consenso è anche costituita dai nuovi centri di classificazione degli ospedali, che si riferiscono alla funzione che debbono assolvere e al territorio da servire, anziché al numero dei posti-letto e delle giornate di degenza. Si cerca, anche per questa via, di realizzare una rete ospedaliera efficiente su tutto il territorio nazionale, con luoghi di cura sempre più attrezzati e specializzati: dall'ospedale di zona a quello provinciale, a quello regionale.

Non dimentichiamo che si è già sufficientemente approfondito lo studio delle unità sanitarie locali, che, secondo il capitolo VII del programma di sviluppo, dovrebbero nel quinquennio essere istituite nel numero di 1.300, con una spesa d'impianto di 50 miliardi, e svolgeranno funzioni — dice testualmente il capitolo VII — « di medicina preventiva, di medicina sociale e di educazione sanitaria della popolazione », oltre ad altri compiti che potranno essere meglio definiti.

L'ultimo comma dell'articolo 2 attribuisce all'ente ospedaliero la facoltà di istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione delle malattie sociali e del lavoro. Ciò pone il problema del coordinamento dell'attività ambulatoriale dei vari enti ed in modo particolare di quelli ospedalieri e mutualistici, per evitare disagi ai malati e duplicazione di spese.

Il proposito di risolverlo, attribuendo questi compiti agli enti ospedalieri, ha suscitato a suo tempo vivaci reazioni e da parte delle organizzazioni dei medici mutualistici e da parte delle stesse mutue. Il primo ostacolo avrebbe potuto essere superato con una approfondita e responsabile trattativa; il secondo deriva dalla situazione di ordine generale a cui mi sono ripetutamente riferito.

Penso che i convincimenti in proposito del ministro e della stragrande maggioranza della Commissione sanità non siano mutati. Ma non era opportuno frapporre ulteriori ostacoli alla riforma ospedaliera per un problema, certo importante, ma che dovrà maturare nel quadro della riforma mutualistica. Affermo di più: quanto più rapidamente daremo con questo disegno di legge una nuova e valida organizzazione agli enti ospedalieri, tanto più anche questo problema si avvierà verso la sua logica ed inevitabile soluzione.

L'arco dell'assistenza sanitaria si completa sottolineando all'articolo 25 del disegno di legge e al capitolo 73 del programma di sviluppo la necessità di incrementare gli ospedali per lungodegenti e convalescenti, conseguendo il duplice scopo di seguire il malato per tutto il periodo nel quale ha bisogno di cure e di diminuire il costo della spedalizzazione quando cessa la fase acuta della malattia. È noto, infatti, che la grande carenza di posti-letto per lungodegenti e convalescenti, denunciata dalle statistiche più volte citate, determina oggi o l'aumento ingiustificato della degenza media negli ospedali per acuti, con una loro irrazionale utilizzazione e un conseguente aumento di costi, o dimissioni di degenti che hanno ancora bisogno di essere seguiti e assistiti, anche se con minore impiego di personale e di mezzi terapeutici.

Uno degli aspetti della riforma che ha suscitato discussioni e critiche più approfondite e vivaci è quello finanziario. Da parte liberale si è sostenuto che il provvedimento di legge rimarrà inoperante perché privo di copertura finanziaria. Da parte comunista è stato attaccato il principio della retta onnicomprensiva (anche stamane questo attacco è stato mosso nell'intervento dell'onorevole Di Mauro Ado Guido), con l'argomento che essa avrà la conseguenza di far pagare ai lavoratori l'onere delle nuove costruzioni ed attrezzature e della estensione e del miglioramento dell'organizzazione sanitaria.

Vale la pena di chiarire i veri termini del problema, distinguendo nettamente tra le spese per nuove costruzioni o ampliamenti e attrezzature di primo impianto, che possiamo

definire di gestione straordinaria, e spese per la gestione ordinaria, cioè per il normale funzionamento dell'ente. In base all'ottavo comma dell'articolo 29 e all'articolo 31, è la regione che deve stanziare i fondi necessari alle nuove costruzioni, agli ampliamenti e via di seguito,

BASILE GUIDO. Avete risolto tutto, quindi!

BEMPORAD. Spiegherò più avanti che, nel disegno di legge, vi sono anche i presupposti per la soluzione del problema finanziario. Se ella mi consente di proseguire, spero di riuscire a dimostrare almeno questo mio punto di vista che, naturalmente, non pretendo debba coincidere con il suo.

BASILE GUIDO. Non coincide affatto.

BEMPORAD. Bene, non coincide: non so, però, se sia più fondata la mia argomentazione o la sua.

Fino a quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario, l'articolo 57, tra le norme transitorie, richiama le leggi n. 589 del 3 agosto 1949 e n. 574 del 30 maggio 1965 per la concessione di contributi da parte del Ministero dei lavori pubblici di concerto con il Ministero della sanità sugli interessi dei mutui contratti dagli enti ospedalieri: la prima con massimali crescenti e percentuali di contributi decrescenti; la seconda senza limiti massimi e con contributo fisso del 4-5 per cento. L'assicurazione dei relativi mutui è facilitata dall'articolo 34 della legge in esame, che autorizza la Cassa depositi e prestiti a concederli, se garantiti dalle delegazioni dei comuni e delle province e, in base al sesto comma dell'articolo 32, anche dalla cessione in delegazione delle rette ospedaliere fino ad un ventesimo del loro ammontare. Queste norme libereranno le amministrazioni degli enti ospedalieri quanto meno dagli oneri e dalle difficoltà derivanti dall'accensione di mutui ipotecari.

Si può osservare con fondamento che la grave situazione di indebitamento degli enti locali e ospedalieri potrebbe rendere scarsamente operanti queste disposizioni. Ma ricordiamo che le citate leggi nn. 589 e 574, in armonia con la legge n. 723 del 4 agosto 1955, prevedono già la garanzia dello Stato sui mutui concessi dalla Cassa depositi e prestiti, per la costruzione di ospedali, alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, oggi trasformate in enti ospedalieri. Agli interessi passivi ed ai ratei di ammortamento non si può far fronte che con i redditi patrimoniali, quando

esistano, perché da nessun articolo è consentito che essi gravino sulla retta, secondo un criterio che condividiamo pienamente, in quanto si tratta di spese che non riguardano direttamente la cura del malato. E viceversa giusto quanto previsto dalla legge e cioè che sulla retta sia previsto un 4 per cento per l'ammortamento degli impianti, si tratti di costruzioni o di attrezzature; ciò risponde ad un criterio di retta amministrazione per qualsiasi azienda.

Ma non è detto che gli enti ospedalieri abbiano redditi e beni patrimoniali sufficienti in relazione alle necessità. Per questa ragione l'articolo 26 del Titolo IV, secondo comma, prescrive che la legge di programma ospedaliero indichi « i mezzi finanziari dello Stato da destinare agli interventi per la costruzione di nuovi ospedali... (eccetera)..., ad integrazione degli interventi delle regioni nelle medesime attività »; e l'articolo 27, secondo comma, prescrive che « il piano nazionale ospedaliero... stabilisce i criteri per l'impiego dei mezzi finanziari statali, di cui al secondo comma dell'articolo precedente, e dei mezzi di cui dispongono gli enti ospedalieri... ».

Per completare il quadro occorre anche ricordare che nel programma di sviluppo (Capitolo VII, paragrafo 74) si stabilisce che nel quinquennio vengano stanziati 330 miliardi per la costruzione di circa 80 mila posti-letto, dei quali il 70 per cento nel Mezzogiorno e nelle isole.

Qui stamattina si è accennato ad una posizione contraddittoria che deriverebbe da certe decisioni già assunte dal Ministero della sanità. Non ho presente il documento citato; comunque, credo di poter affermare che risponde a verità che attualmente siamo in questa fase della programmazione ospedaliera: si sono raccolti i dati periferici da parte dei comitati regionali per la programmazione, dati che devono ancora essere elaborati dal ministro della sanità per l'assunzione delle decisioni finali circa le assegnazioni dei fondi e la distribuzione dei posti-letto in forma definitiva, secondo la legge di programmazione. Quindi se vi sono errori, vi è lo strumento giuridico per correggerli e nulla è pregiudicato. Ritengo che quelli citati siano provvedimenti di urgenza che debbono essere ripresi in esame perché rispondano ai criteri del programma che sono giusti e che noi condividiamo.

BASILE GUIDO. Il piano trentennale!

BEMPORAD. Questo è quello quinquennale non quello trentennale. Il piano trentennale riguarda ben altro numero di posti-letto:

per il 1979 sono previsti 207 mila posti-letto, mentre in questa prima fase se ne dovrebbero costruire 80 mila (in base ai costi attuali se ne potranno costruire soltanto 70 mila, perché il prezzo medio, come i colleghi sanno, si aggira intorno ai 5 milioni per posto-letto).

È evidente che occorrerà coordinare in modo molto preciso e razionale l'intervento dello Stato e delle regioni. Mi preme soprattutto richiamare l'attenzione del Governo nel suo insieme e in particolare dei ministri della sanità, dei lavori pubblici e del tesoro, — quella del ministro del tesoro, in modo specifico — sul fatto che occorrerà disporre interventi a totale carico dello Stato e delle regioni, costituite e da costituirsi. Infatti, delle due una: o si ammette che gravi sulla retta la quota per l'ammortamento dei mutui che resta a carico degli ospedali per quella parte cui non si può far fronte con il reddito o con la vendita del patrimonio (ed è sistema da evitare a nostro avviso) o lo Stato e le regioni devono assumere direttamente ed interamente su di sé quest'onere; altrimenti le leggi vigenti e quelle che verranno resterebbero inoperanti per la maggior parte degli enti ospedalieri e soprattutto per quelli più poveri di patrimonio e di regola più bisognosi.

La presente legge, contrariamente a quanto è stato affermato dall'opposizione, prevede questa possibilità: si tratta solo di valutare, nella applicazione, le condizioni dei vari enti, di dare sempre più ai finanziamenti per costruzioni ospedaliere il posto che compete alla loro importanza nel programma di sviluppo ed eventualmente di aggiornare le leggi richiamate nelle norme transitorie.

È quindi un problema di volontà e di scelta politica, che certo non manca al ministro della sanità e che auspico sia condiviso dal Parlamento e dal Governo. (*Interruzione del deputato Basile Guido*).

È questione di fiducia e di volontà soprattutto. In politica è sempre questione di volontà, se si vogliono risolvere i problemi. Se questa volontà non si manifesterà sarà giusto fare delle critiche ma ora stiamo discutendo se questa legge è o non è uno strumento valido per i fini che si propone.

BASILE GUIDO. Scaricate sulle regioni quello che ancora dovete fare !

BEMPORAD. Ella non ha seguito la mia argomentazione. Ho dimostrato che possibilità di intervento diretto esistono secondo la legge, da parte sia dello Stato sia delle regioni.

Una breve parentesi sul problema dei patrimoni degli enti ospedalieri. Si è lamentato

che essi non vengono più concentrati nel famoso fondo nazionale o regionale, contribuendo al finanziamento della costruzione dei nuovi ospedali.

È bene precisare: 1) che l'idea che la confisca dei patrimoni ospedalieri potesse recare un consistente apporto al finanziamento del « piano bianco » era pura illusione, tanto essi sono nel complesso ridotti o modesti; 2) che i patrimoni derivano da lasciti e donazioni che i benefattori hanno destinato alla loro città, anche per perpetuare la memoria della famiglia o di persona cara e che non c'è alcuna ragione giuridica né morale perché debbano essere distratti in altre zone, anche perché ovunque, essi sono inferiori alle necessità; 3) che un provvedimento di confisca avrebbe completamente inaridito questa fonte di finanziamento per nuove costruzioni ed ammodernamenti, che fino ad oggi è stata preminente rispetto all'intervento dello Stato, perché il cittadino dona volentieri per un'opera che deve sorgere nella sua città e non allo Stato o alla regione che sente lontani dal mondo dei suoi affetti più diretti; 4) che, fermo restando come ho già detto, il dovere dello Stato e degli enti locali di intervenire e provvedere in prima persona in modo sempre più massiccio e diretto per costruire una moderna e territorialmente ben distribuita rete di stabilimenti ospedalieri, non si vede l'utilità di creare le condizioni per estinguere una tradizione che è certo una nobile manifestazione di civismo; 5) che al contrario converrebbe estendere alle donazioni per istituti ospedalieri e scolastici, come avviene nei paesi anglosassoni, e in particolare negli Stati Uniti d'America, le facilitazioni che oggi esistono solo per le successioni.

Questo è un aspetto marginale da un punto di vista finanziario, anche se moralmente non irrilevante; ma più importanti sono le recriminazioni perché, secondo il testo in esame, non si concentra in un fondo ospedaliero nazionale o regionale il versamento di tutte le rette degli enti debitori, soprattutto mutualistici, per poi ripartirle tra i creditori, cioè gli enti ospedalieri: perché nella situazione in cui ci troviamo non si potrebbe fare altro che questo, e il vecchio articolo sul fondo nazionale ospedaliero questo appunto prevedeva. Ecco perché l'argomentazione di questa mattina del collega Di Mauro era una argomentazione che si riferiva ad una situazione diversa da quella nella quale ci troviamo ad operare.

Un approfondito, responsabile esame della situazione ha reso evidente che questa centralizzazione burocratica avrebbe reso ancora più

lenta e precaria la riscossione dei crediti da parte delle amministrazioni, senza eliminare gli inconvenienti insiti nell'attuale sistema previdenziale. Tolti agli enti ospedalieri i patrimoni e i rapporti amministrativi con le persone e gli enti cui rendono il loro servizio, sarebbe stata gravemente mortificata la loro funzione, senza vantaggio per alcuno. Chi ritiene che questo sarebbe un progresso sulla via della sicurezza sociale, tende anche a negare la validità della retta comprensiva di tutte le spese necessarie alla cura del malato, e di esse soltanto naturalmente, e critica la cosiddetta concezione aziendalistica dell'ente ospedaliero.

Ebbene, senza diminuirne per nulla il valore morale e sociale, l'ospedale è un'azienda erogatrice di un pubblico servizio: chiunque l'amministri, deve elaborare un bilancio che non può avere altro riferimento che il costo del malato, se vogliamo rendere possibile all'amministrazione dell'ospedale e agli enti di vigilanza e di tutela un controllo sulla gestione, indispensabile ad assicurare il migliore impiego del pubblico danaro per il raggiungimento dei fini istituzionali.

Né ritengo più produttivo confondere la gestione ospedaliera nel grande calderone della gestione dello Stato o degli enti locali, in modo da rendere sempre meno comprensibili i bilanci delle gestioni pubbliche e sempre meno responsabili amministratori e funzionari. Non è certo questa la strada per un risanamento della finanza pubblica, che deriva una parte cospicua dei suoi fin troppo noti difetti dalla confusione e dalla molteplicità delle competenze e dalle spese cortine fumogene che la circondano.

Stabilito che sulla retta non debbono gravare oneri per costruzioni, installazioni di nuovi impianti, ecc., cioè tutta quella che è gestione straordinaria, e, a mio avviso, anche le spese per l'attività didattica (corsi per infermieri e tecnici e anche l'internato per i neolaureati); che le attività ambulatoriali e di medicina preventiva debbono avere una loro autosufficienza, derivi essa dal pagamento delle prestazioni o da contributi speciali statali o locali, sorge l'altro problema che però è nettamente distinto da quello della retta: su chi devono gravare le spese per la cura degli infermi?

Siamo d'accordo in molti, e noi socialisti evidentemente tra questi, che si deve passare dall'attuale sistema, basato sui contributi, alla cosiddetta fiscalizzazione degli oneri sociali, però necessariamente, se si vogliono fare i conti con la realtà nella quale ci troviamo, at-

traverso la fusione degli enti e l'unificazione delle norme, anche per eliminare subito assurde sperequazioni tra gli assistiti, che debbono essere curati in rapporto alla malattia che hanno non alla categoria a cui appartengono.

Siamo però tutti consapevoli che, anche per ragioni economiche e organizzative, non è un mutamento al quale si possa pervenire di colpo. Subordinare pertanto l'attuazione della riforma ospedaliera a quella mutualistica, non meno urgente ma assai meno matura, significherebbe ancora una volta non fare nulla in attesa di fare tutto: atteggiamento non nuovo certamente, soprattutto da parte della opposizione di estrema sinistra.

Il fondo ospedaliero, così come è configurato all'articolo 33, diventa dunque un impegno diretto di intervento da parte dello Stato, sia pure limitato ad alcuni settori, liberato dalla illusione di poter finanziare il « piano bianco », con i patrimoni ospedalieri e dall'appesantimento burocratico di concentrare e redistribuire le rette. Per il 1967 è di soli 10 miliardi: è un inizio cui dovranno seguire nei bilanci futuri finanziamenti di gran lunga superiori, anche per i fini che ad esso sono attualmente attribuiti, e deve essere aggiunto, è bene ricordarlo, agli stanziamenti attuali e futuri nel bilancio dei lavori pubblici per le costruzioni ospedaliere, che ci auguriamo di vedere ulteriormente incrementate nel piano di sviluppo economico negli anni che verranno.

Resta il problema urgente e drammatico di assicurare agli enti ospedalieri la rapida riscossione dei crediti, che, come è noto, hanno oggi superato i 200 miliardi, provocando, negli ospedali, difficoltà e disfunzioni gravissime che si ripercuotono sugli assistiti. Tratto anche di questo perché è un problema di carattere generale collegato con i temi che stiamo esaminando.

Con la legge n. 70 del 30 gennaio 1963, che scade il 30 giugno di quest'anno, si istituì presso il Ministero dell'interno, che lo decentra alle prefetture, un fondo di rotazione di 15 miliardi per l'anticipazione delle rette dovute dai comuni morosi, salvo il recupero, quando possibile, da parte dello Stato.

La legge 26 aprile 1954, n. 251 — nota come legge Braschi — stabiliva norme precise che consentivano di dirimere le contestazioni per l'attribuzione delle ospedalità da chiunque dovute, ivi compresi gli enti mutualistici.

È noto che gli amministratori ospedalieri avrebbero voluto che nella legge fosse previsto un fondo di rotazione e di anticipazione nazionale decentrato poi alle regioni e, in

manca, alle province per l'anticipazione delle rette non contestabili dovute dagli enti mutualistici.

Non hanno insistito nella loro richiesta per non ostacolare l'iter di questa legge, ma resta il fatto che le amministrazioni ospedaliere o sono già giunte o stanno per giungere al momento nel quale non potranno pagare stipendi né fornitori, non tanto o non soltanto perché hanno disavanzi di bilancio, quanto perché non riescono a riscuotere crediti liquidi ed esigibili.

I ministri del lavoro, della sanità, dell'interno e del tesoro stanno esaminando con urgenza la possibilità di un aggiornamento della citata legge n. 705 del 1963 sull'anticipazione delle rette — tanto più che sta per scadere, estendendola agli enti mutualistici, e ciò indipendentemente dalle soluzioni di fondo che si adotteranno per superare la crisi del sistema e che dovranno essere sottoposte al Parlamento con un disegno di legge organico e completo, secondo i principi di superamento del sistema contributivo — per giungere a quello della fiscalizzazione degli oneri dell'assistenza sanitaria.

La legge che esaminiamo mira anche ad una migliore utilizzazione delle risorse disponibili nel campo ospedaliero, così come allo stesso fine deve tendere la riforma del sistema mutualistico e previdenziale; ma Parlamento e Governo debbono convincersi che l'ammmodernamento e lo sviluppo dell'assistenza sanitaria comportano anche importanti investimenti di denaro altamente produttivi, non solo di effetti sociali ma anche economici. Sviluppare la medicina preventiva e riabilitativa e rendere più efficiente quella curativa non significa solo risparmiare sofferenze a milioni di essere umani; significa anche risparmiare centinaia di miliardi, non sottraendo al ciclo produttivo forze lavorative, impedendo che un cittadino anziché produrre diventi un onere per la società.

Ma l'idea di una riforma sanitaria senza spese, direi meglio senza investimenti (perché la spesa, se controllata e utilizzata razionalmente, potrebbe anche non variare molto, almeno in una prima fase), sarebbe una pura illusione, e si correrebbe il rischio di non attribuire all'assistenza sanitaria il posto che le spetta nel contesto del programma di sviluppo.

Ecco perché si rimane profondamente turbati quando si ha l'impressione che non ci si renda conto da parte del Governo, e particolarmente dei ministri del tesoro e della previdenza sociale, che i 230 miliardi dovuti agli ospedali oggi sono una realtà della quale bi-

sogna prendere atto e alla quale bisogna far fronte, adottando anche e subito i provvedimenti necessari a che il fenomeno non si ripeta ciclicamente, come fino ad oggi è avvenuto.

Da questa considerazione scaturisce la risposta alla domanda: su chi devono gravare i costi per l'assistenza sanitaria? Gradualmente sempre più sulla collettività, attraverso il prelievo fiscale, ma con un sistema di severi controlli atti ad impedire abusi a tutti noti, anche da parte di assistiti e di medici, senza demagogiche indulgenze, che non hanno nulla a che vedere con la sensibilità sociale. L'approvazione di questo disegno di legge non può che agevolare ed avvicinare il raggiungimento di questo obiettivo.

Noi socialisti sosteniamo con convinzione questo disegno di legge, che in qualche sua parte può ancora essere migliorato, perché contiene elementi sostanziali di rinnovamento rispetto ad un passato superato. Esso dà un ordinamento nuovo all'ospedale, inteso come centro, struttura portante di un sistema di assistenza sanitaria che verrà completato dalla istituzione delle unità sanitarie locali, dai centri di medicina sociale, dalla riforma degli ospedali psichiatrici, dalle leggi sulle farmacie e sulla produzione e distribuzione dei farmaci, per non parlare di altre leggi sanitarie, in più o in meno avanzato stato di maturazione, importanti ma meno attinenti al tema che stiamo trattando.

Con grande fatica il ministro della sanità e i suoi collaboratori, la Commissione sanità nel suo insieme hanno proposto una soluzione non solo a contrasti dovuti a diverse concezioni politiche, che naturalmente investono una materia così importante, un argomento cui l'opinione pubblica è tanto sensibile, ma conflitti settoriali delle categorie interessate, spesso più aspri e tenaci di quelli ideologici e che anzi passano all'interno delle varie forze politiche. Solo l'autorità del Parlamento può sorreggere e convalidare la difficile opera svolta, che si riassume e conclude nella legge in esame, se si atterrà ad un'ampia e serena visione dei problemi. E tanto meglio opereremo quanto più giudicheremo assolutamente preminente l'interesse del cittadino che ha bisogno di cure, che ha diritto alla tutela della sua salute, cioè quanto più ci proporremo gli aspetti sociali e morali della riforma ed a questi subordineremo la valutazione delle pressioni settoriali per quanto legittime possano apparire dal punto di vista del « particolare ». Soprattutto, quando ci si trova di fronte a problemi di questa importanza, come l'assisten-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 16 MAGGIO 1967

za e la difesa della salute, l'istruzione, la giustizia, tanto più una classe politica si qualifica quanto più sa operare una sintesi che parta dal presupposto che le istituzioni sono al servizio del cittadino e non viceversa.

Auspico pertanto che la Camera vorrà convincersi che una rapida approvazione di questa riforma ospedaliera metterà anche in inarrestabile movimento le altre leggi innovatrici già ricordate, che interessano la sanità e la previdenza, e farà compiere un importante progresso verso la realizzazione di quel sistema di sicurezza sociale che è una delle istanze più sentite e sollecitate dai cittadini che abbiamo l'onore di rappresentare. (*Applausi a sinistra ed al centro — Congratulazioni*).

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

CASSANDRO. Signor Presidente, onorevole sottosegretario, onorevoli colleghi, potrei rifarmi anch'io, nell'iniziare il mio dire, alla esigenza di una radicale riforma dei servizi ospedalieri; ma devo premettere che, in qualità di medico, avverto questa esigenza di trasformazione non soltanto dal punto di vista giuridico e amministrativo ma soprattutto da quello squisitamente tecnico. Se mi consentite, anzi, direi di più: la riforma di cui qui si discute avrebbe dovuto, a mio avviso, trovare larghi consensi soprattutto in campo tecnico di fronte al quale la politica avrebbe dovuto cedere, una volta tanto, il passo, non foss'altro perché tentativi politici di riforma ospedaliera si sono avuti anche nel passato e — guarda caso — sempre alla vigilia della fine delle legislature, quindi sono naturalmente morti con le medesime.

Chi ha l'onore di parlare, senza con questo voler dire nulla di nuovo, già nell'ottobre del 1963 ricordava in questa Camera la crisi del servizio ospedaliero italiano e la situazione drammatica dei posti-letto, a tutti nota. È bene ricordarla ancora: 5,6 posti-letto per mille abitanti nel nord, 4,82 per mille abitanti nel centro, 2,23 nel sud con punte di 1,91 in Basilicata e 1,06 in Calabria. Sono dati statistici che, purtroppo, ancora oggi non sono cambiati e che possono esserci invidiati, come già dissi, soltanto da paesi coloniali.

Pensi, onorevole sottosegretario, che nel nostro Gargano non vi è nemmeno un ospedale, mentre la sola clinica privata operante nella zona è sita nel comune di San Giovanni Rotondo che, tra l'altro, non è collegato molto bene con i rimanenti paesi di quel promontorio — mancano persino le autoambulanze — che, spesso, d'inverno non sono raggiungibili

a causa delle frequenti interruzioni di traffico dovute alla neve.

Dico questo perché non si possa sospettare minimamente di noi liberali e del nostro desiderio vivissimo di contribuire alla soluzione di questo problema, già da tempo da noi sollevato denunciando la difettosa distribuzione e ripartizione dei posti-letto, non solo sul piano provinciale e regionale ma anche sul piano interno, e cioè nei reparti degli ospedali. Infatti, spesso è dato vedere una divisione ospedaliera sovraffollata, mentre altre hanno i letti vuoti. Per indulgenza o per calcolo mutualistico, qualche volta si trattengono in ospedale dei cronici o convalescenti bloccando l'accettazione di ammalati gravi e bisognevoli di cure urgenti ed immediate.

Si chiedeva quindi una ristrutturazione — permettetemi questo brutto termine oggi in voga — dell'ospedale non solo dal punto di vista amministrativo e giuridico ma anche dal punto di vista funzionale, inserendolo, in maniera concreta, nel contesto di una revisione generale della politica nazionale sanitaria.

È necessario l'adeguamento della funzione dell'ospedale a una nuova organizzazione dei servizi non solo per le cure in sé ma anche per la prevenzione che è alla base della medicina moderna per la ricerca e il perfezionamento costante dei mezzi di cura che la scienza quotidianamente affina per la preparazione sempre più idonea dei giovani che ancora desiderano avviarsi alla professione medica sempre più minacciata e insidiata. E dico « ancora » perché la professione del medico, come tutte le libere professioni, è sempre più minacciata ed insidiata da uno Stato che accresce ogni giorno di più i suoi poteri.

Vi è quindi, da parte nostra, concordanza sulle finalità di un'azione riformatrice in questo settore, benché, personalmente, io non condivido il parere di coloro che hanno ritenuto di dover criticare il progetto in discussione perché, a loro avviso, la riforma ospedaliera avrebbe dovuto seguire quella degli enti mutualistici — rappresentando essa il tetto di questa grande costruzione che è l'assistenza sanitaria in Italia — né quello di coloro che hanno tirato in ballo motivi di costituzionalità in riferimento alle regioni. Io dico che bisogna pur cominciare: l'essenziale però è cominciare bene. Qui, evidentemente, si comincia, ancora una volta, alla fine della legislatura e si comincia male. Non vorrei, quindi, essere la Cassandra (*Si ride*) di questo disegno di legge ipotizzando, tra lo scetticismo dei colleghi della maggioranza, che anche questa volta non se ne farà nulla.

Si è cominciato male — dicevo — perché se il compromesso è ammissibile su temi politici ed appare indispensabile per raggiungere una collaborazione politica anche se estremamente incerta, esso diventa inammissibile dinanzi a problemi di carattere squisitamente tecnico. Una riforma ospedaliera, a mio avviso, non può essere socialista né democristiana, come non può essere comunista o liberale: una riforma ospedaliera deve essere una riforma sanitaria che tenga presenti le esigenze sanitarie di tutto il nostro paese, investendo interessi generali che sono propri di tutti i cittadini. A meno che non si voglia tendere, anche attraverso questa riforma, alla realizzazione di un progetto e di un sogno, quello di nazionalizzare, in effetti, la medicina.

Dopo questa breve introduzione voglio prendere in esame uno solo degli effetti del problema della riforma. Come è stato risolto il problema della collaborazione tra università o meglio tra facoltà medico-universitaria e ospedali?

Giorni fa la stampa ha dato notizia di un accordo raggiunto tra i ministri Gui e Mariotti. Non conosciamo i termini del compromesso né il ministro è venuto qui a dirceli. Ritengo, però, che una migliore programmazione dell'assistenza ospedaliera non può prescindere dalle strutture delle cliniche universitarie, così come le cliniche universitarie non possono fare a meno del materiale clinico di cui dispongono gli ospedali dove, per di più, i neo-laureati possono affinare la loro preparazione e il loro tirocinio.

Il progetto di cui si discute vuole anche, testualmente « contribuire alla preparazione professionale e all'aggiornamento del personale medico, nonché all'addestramento del personale ausiliario e tecnico ». Ma allora è il caso di chiedersi: perché ignorare i postillette delle cliniche universitarie che ammontano a circa 32 mila, e il personale docente — professori e assistenti universitari — costituito da circa 10 mila elementi distribuiti nelle 23 facoltà mediche del nostro paese?

AmMESSO che la legge trovi i fondi sociali — argomento che tralascio poiché i programmatori li hanno già trovati, sulla carta, e tanto basta — è possibile che ci si possa permettere il lusso di privarsi di un tale patrimonio?

Non vi è dubbio che i vari reparti delle cliniche universitarie rappresentano, per le attrezzature e per la qualificazione del personale, quanto di meglio si possa chiedere ad un ente che deve interessarsi della salute pubblica. In taluni campi della diagnostica oggi

non vi sono che le attrezzature scientifiche in dotazione alle cliniche universitarie. Dogliotti, in qualità di presidente della commissione consultiva, a suo tempo nominata dal ministro Mancini, ricordava come « molti reparti offrono possibilità di diagnosi e di cura che gli ospedali non hanno e non possono avere, essendo compito istituzionale degli istituti e delle cliniche seguire il rapido progresso del sapere e ad esso contribuire con uomini e mezzi particolarmente idonei ».

Sono queste cose che chi è medico e ha avuto un po' di dimestichezza col mondo universitario, conosce perfettamente (e certamente riconosce anche l'amico e collega Lattanzio) per cui è veramente inammissibile che ci si debba privare, ai fini dell'assistenza, di strumenti e sussidi sanitari così altamente qualificati, come sono le cliniche universitarie, presenti oltretutto in 13 delle 20 regioni che compongono il nostro paese. La logica vorrebbe che al fine anche di risolvere, sia pure in parte, il problema finanziario, ci si possa avvalere di quelle strutture per la creazione di enti ospedalieri definiti dal progetto « enti regionali ». Gli ospedali regionali — dice infatti la legge — sono quelli che per l'organizzazione tecnica, per la dotazione strumentale, diagnostica e terapeutica e per le prestazioni che sono in grado di assicurare, operano prevalentemente con caratteristiche di alta specializzazione. E allora?

Si vogliono creare, per altro verso, allo scopo di evitare inutile sperpero di denaro, i compartimenti in campo universitario, e concentrare così gli istituti che hanno finalità identiche, onde ottenere, tra l'altro, una riduzione di spese. Si considerino, ad esempio, quelle relative all'acquisto di libri per più istituti che potrebbero avere invece una biblioteca comune. Poi, invece, come in questo caso, il ministro della sanità e quello della pubblica istruzione devono impiegare ingenti somme l'uno per creare di sana pianta e l'altro per potenziare strutture che potrebbero benissimo servire gli scopi dell'uno e dell'altro e, in definitiva, la causa della salute pubblica.

È impossibile, oltre tutto, a mio avviso, intervenire separatamente nella sfera universitaria e in quella ospedaliera. Qui concordo con l'onorevole Bemporad allorché diceva che anche la riforma universitaria dovrebbe camminare di pari passo con quella ospedaliera. Così facendo, invece, si danneggiano entrambe le istituzioni, mentre siamo convinti che un'organica e permanente collaborazione tra le sfere stesse rappresenterebbe — così come si

è verificato in paesi più progrediti del nostro — un motivo di concreto progresso medico, di effettiva assistenza ospedaliera, di alto livello tecnico. Solo una collaborazione direi osmotica tra cliniche universitarie ed ospedali potrebbe consentire un miglioramento dell'assistenza; non solo, ma servirebbe altresì a qualificare i medici, a ridare loro prestigio, stimolandoli verso la carriera ospedaliera.

Non si dimentichi che dal 1961 ad oggi i medici ospedalieri sono diminuiti di cinquemila unità; d'altra parte, vi è stata anche una diminuzione degli studenti della facoltà di medicina, comprovata da dati statistici. Infatti, nell'anno accademico 1946-47 gli iscritti alla facoltà di medicina erano 35.300, che sono scesi nel 1961-62 a 17.900. Questa decurtazione è dovuta al disagio che accomuna tutti i medici del nostro paese: quelli anziani, che rimpiangono il prestigio della libera professione; quelli della generazione di mezzo, che attendono un rinnovamento; infine i più giovani che, non potendo trarre da attività ospedaliere od universitarie mezzi adeguati per le accresciute esigenze della vita, sono purtroppo allettati dal facile guadagno di prestazioni burocratiche presso enti mutualistici, nei quali la medicina esiste solo di nome.

Nel mio intervento dell'ormai lontano 1963 ricordavo come, specie nelle grandi università, il numero dei docenti e la quantità dei mezzi a disposizione fossero insufficienti di fronte alla massa degli studenti, pur notevolmente ridotti, delle facoltà mediche, perché questi non potevano seguire con profitto ed efficacia il tirocinio pratico richiesto, ad esempio, per l'abilitazione all'esercizio professionale; e suggerivo che una soluzione al problema potesse trovarsi attribuendo agli ospedali che avessero requisiti tecnici, il compito di provvedere, in collaborazione con le università, al tirocinio dei neolaureati, nonché all'aggiornamento scientifico di quei medici che desiderassero tenersi al corrente del continuo divenire della scienza medica.

Ritengo che il disegno di legge sottoposto al nostro esame contenga alcuni aspetti che lasciano intravedere invece la possibilità di una frattura tra il mondo universitario e il mondo ospedaliero. E mi spiego. Il progetto non solo trascura il problema di un affinamento della preparazione professionale, divenuto oggi indispensabile e, direi, drammaticamente urgente, ma crea così le premesse di un ulteriore decadimento della classe medica già operante, attraverso il nostro sistema mutualistico che ha ridotto il medico ad un distributore più o meno automatico di

ricette secondo formulari, spegnendo in lui ogni desiderio di preparazione e di ricerche scientifiche.

Gli istituti clinici vengono in effetti ignorati dal disegno di legge il quale affida l'assistenza ospedaliera pubblica esclusivamente — così è detto nel testo del disegno — agli enti ospedalieri, dimenticando in tal modo il contributo dato allo studio e alla cura dei malati dagli istituti e dalle cliniche universitarie. E non solo: gli ospedali clinicizzati o comunque convenzionati con le università sono considerati dal provvedimento in esame ospedali provinciali, ovverosia ospedali di seconda classe, venendo declassati da una funzione che sinora veniva loro universalmente riconosciuta. Ma, escludendo gli istituti e le cliniche universitarie, non si dovrà far fronte a maggiori spese per la creazione di enti ospedalieri altrettanto efficienti ed attrezzati?

Questo declassamento — veramente inconcepibile — comporta infine la esclusione di clinici e di assistenti universitari dal comitato nazionale per la programmazione ospedaliera e si rinuncia così alla collaborazione di intelligenze qualificate e di provate esperienze.

E questa avversione per il mondo universitario si rivela anche, onorevoli colleghi, nella formulazione delle norme che riguardano i concorsi. Il disegno di legge infatti prevede un concorso di idoneità su base nazionale, senza però graduatoria alcuna, per cui il primo e l'ultimo degli idonei sono praticamente posti sullo stesso piano. Ma anche per quanto riguarda i concorsi locali l'indirizzo sembra quello di non dare eccessivo peso al merito, tanto che si mira ad escludere gli assistenti universitari, praticamente, i quali non possono, per la selezione che in genere la loro carriera comporta e per gli scarsi posti disponibili per loro nelle cliniche, vantare gli stessi titoli di carriera, valutabili in sede di esami, che si realizzano invece con più facile rapidità negli ospedali!

Infine la disposizione che prevede la presenza facoltativa, ad esclusivo ed insindacabile giudizio delle amministrazioni ospedaliere locali, di un clinico universitario nelle commissioni di concorso è la riprova di questa malcelata animosità nei confronti del mondo universitario insita nel progetto di legge.

Si vuole creare così la possibilità che i consigli di amministrazione, già strumenti politici nelle mani della maggioranza, insedino commissioni che servano interessi e pressioni di carattere particolare senza tener pre-

sente o senza badare alla valutazione dell'effettivo merito dei candidati. E non è certo questo, onorevoli colleghi, il miglior mezzo o la strada migliore per selezionare in alto, per ottenere cioè una più affinata preparazione scientifica ed una classe di medici veramente qualificati.

Onorevole sottosegretario, onorevole relatore, ho voluto brevemente esaminare uno degli aspetti della vostra legge; i miei colleghi vi hanno già illustrato in altre sedute tutti i motivi di dissenso del nostro gruppo.

So bene che un progetto non è mai perfetto, ma so anche che *pour faire le mieux possible, il faut s'informer le mieux possible*. Una norma che i riformatori pare non abbiano avuto presente allorché, pur di presentare una riforma da sbandierare come grande conquista sociale dinanzi agli occhi degli elettori, si sono aggrappati affrettatamente a questo disegno di legge cui, nell'interesse della vera riforma sanitaria, che noi auspichiamo e continueremo, come sinora abbiamo fatto, a sollecitare, non possiamo dare la nostra adesione, come invece avremmo vivamente desiderato, nell'interesse superiore e generale del paese. (*Applausi*).

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

GALDO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole sottosegretario, il gruppo del Movimento sociale, come hanno già affermato i colleghi della mia parte che mi hanno preceduto in questa discussione, è pienamente consapevole della necessità, anzi dell'urgenza di una riforma del sistema sanitario e ospedaliero nel nostro paese. Già discutendosi in quest'aula il capitolo VII del programma di sviluppo economico, autorevoli colleghi del mio gruppo hanno dato conto alla Camera della viva e responsabile nostra preoccupazione per lo stato di disordine, di arretratezza, di insufficienza in cui si trova il nostro sistema sanitario. Le osservazioni che in quella sede furono svolte dal nostro gruppo in ordine al più ampio tema della sicurezza sociale trovano puntuale validità nella discussione in corso, che riguarda un primo particolare aspetto di quel tema, e di ciò mi sarà facile dare contezza alla Camera.

Manifestammo allora la nostra sfiducia nella capacità del Governo di centro-sinistra di risolvere i gravi problemi connessi a quel tema e purtroppo dobbiamo oggi ripetere che il disegno di legge propostoci conferma le ragioni di quella nostra sfiducia. Nella sua rela-

zione allo schema di disegno di legge presentato al Consiglio dei ministri, che, nel lungo cammino governativo e parlamentare percorso da questa legge prima di giungere in aula, è il primo documento ufficiale, l'onorevole Mariotti scriveva (cito testualmente): « la riforma si basa essenzialmente su quattro pilastri fondamentali ». E così li indicava:

- 1) creazione degli enti sanitari ospedalieri;
- 2) elaborazione di un piano nazionale ospedaliero e di piani regionali;
- 3) istituzione di un fondo nazionale ospedaliero;
- 4) previsione di una disciplina più penetrante per le case di cura.

Mi sarà facile dimostrare che, attraverso una serie di compromessi, di modificazioni, di adattamenti, nessuno di questi quattro pilastri fondamentali, che già erano malfermi nel primitivo schema, ha conservato una effettiva consistenza. Già nella relazione che ha accompagnato la presentazione del disegno di legge alla Camera, l'onorevole ministro Mariotti ha modificato l'elenco delle parti essenziali della riforma, che da « pilastri » fondamentali, quali erano nella prosa della sua prima elaborazione, sono poi divenuti « punti » fondamentali.

La variazione lessicale non è soltanto una correzione o un affinamento del testo, ma è già una palese confessione della riduzione dei valori della riforma, che non poggia più su pilastri ma su punti. Ed è evidente che la modificazione dei termini denuncia la consapevolezza del diminuito valore degli obiettivi propostici. I punti non sono più quattro, come erano i pilastri, ma diventano sette. L'amplificazione numerica non significa però un sostanziale accrescimento dei temi della riforma, ma è bensì soltanto una più analitica elencazione degli argomenti trattati dal disegno di legge. Infatti, mentre i primi due punti hanno la stessa denominazione di quelli che erano stati definiti i due primi pilastri — e cioè 1) gli enti ospedalieri e 2) la programmazione ospedaliera — muta invece il titolo del terzo punto. Nella relazione che accompagnava lo schema di disegno di legge presentato al Consiglio dei ministri il terzo pilastro fondamentale era individuato nella istituzione del fondo nazionale ospedaliero. Nella relazione alla Camera il terzo punto fondamentale ha invece il più generico titolo di mezzi finanziari. E in verità, stante la sorte davvero infelice che nel frattempo il fondo ospedaliero aveva subito, la variazione lessicale de-

nota almeno, come ho già detto, una corretta consapevolezza dell'evanescente valore del fondo istituito.

Gli ultimi quattro punti erano una articolazione più dettagliata e, come vedremo, impropria delle altre parti della legge, di cui una almeno, quella relativa all'ordinamento dei servizi e allo stato giuridico del personale, contiene le innovazioni più interessanti, ma anche le più discusse e discutibili.

Ma la Commissione di merito ha decretato anche la morte di uno di questi quattro punti, sopprimendo l'intero titolo 7° del disegno di legge, che riguardava la modificazione del vigente regime degli ospedali dipendenti dagli enti mutualistici ed assicurativi, cosicché la riforma giunge al nostro esame con un contenuto ancora più mutilato.

Allo stato attuale un esame analitico dei residui punti di cui si compone la riforma consente di giungere purtroppo a conclusioni critiche assai severe, sia in ordine alla opportunità delle scelte che ci vengono proposte, sia in relazione al loro effettivo contenuto innovatore, che è in realtà assai scarso, sia infine in riferimento agli obiettivi di fondo che sul piano sanitario il paese invece si attende.

Esaminiamo infatti serenamente i vari capitoli del disegno di legge.

La prima innovazione sarebbe quella contemplata nei titoli I e II, cioè dovrebbe consistere nell'istituzione degli enti ospedalieri e nella riforma della struttura dell'amministrazione di tali enti. Se si guarda al fondo delle cose, ci si accorgerà che proprio in questi primi due titoli si annida la maggiore delusione, perché in sostanza le novità di peso sono assai scarse e quelle più reali rischiano di peggiorare, anziché migliorare, la situazione esistente.

Intanto cominciamo col rilevare che almeno quattro categorie di ospedali sono esclusi dalla riforma, cioè gli ospedali degli enti mutualistici ed assicurativi, le cliniche universitarie o gli altri istituti riconosciuti a carattere scientifico, gli ospedali gestiti da istituti o enti ecclesiastici e infine gli istituti di cura per malattie mentali.

Circa queste esclusioni, ed in particolare sulle prime due, torneremo. Rimane intanto chiaro che, allo stato, la riforma si riferisce a tutte quelle istituzioni che sono attualmente regolate dalla legge del 1890, dalla legge 27 luglio 1934, n. 1265, dal regio decreto 8 settembre 1938, n. 1631. Ora, a parte la denominazione di « enti ospedalieri », contrapposta a quella ancora parzialmente in vigore di « enti

di assistenza e beneficenza », il fatto certo è che già oggi, anzi fin dal 1890, questi ospedali sono enti di diritto pubblico, sottoposti per la loro amministrazione a un particolare controllo di tutela e di vigilanza, sotto la sorveglianza, per la parte tecnico-sanitaria, degli organi dello Stato, e dotati ciascuno di una sua autonomia, cioè di una propria soggettività giuridica, di autonomi organi amministrativi, di un patrimonio con autonomo bilancio.

Tanto per volere rispettare la storia, il cambio di denominazione da « istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza » in « enti ospedalieri » era già stato attuato dal regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631. Tuttavia è certo che il cambio della denominazione non basta a qualificare o a giustificare una riforma. Se tutto si limitasse a questo, sarebbe una riforma puramente lessicale e formale.

Non dirò che tutto si limita al cambio dei nomi, ma ho proprio paura che il resto o è poca cosa o rappresenta più una involuzione che una evoluzione del vigente sistema.

Guardiamo, infatti, in che consiste il resto.

Riconosco che l'articolo 2 del disegno di legge, che definisce la natura e i compiti dell'ente ospedaliero, rappresenta un punto di chiarezza che deve essere positivamente apprezzato; si deve però considerare che si tratta di una definizione legislativa di funzioni e di compiti che già nella coscienza sociale sono attribuiti all'ospedale, e non basta la definizione a rendere definitive quelle funzioni e attuabili quei compiti, i quali, se fino ad oggi non sono stati attuati, non lo sono stati non già perché non fossero precisamente definiti dalla legge, ma perché agli ospedali non sono stati dati la struttura e i mezzi necessari.

Non basta, quindi, la definizione, che pur, ripeto, apprezzo, a darci certezza di una positività della riforma. Piuttosto certamente positivo, anche sotto il profilo dell'immediata pratica applicazione, è il disposto del terzo capoverso dell'articolo 2, il quale prescrive l'obbligo dell'ospedale di ricoverare tutti i cittadini bisognosi di cura, stabilendo che gli accertamenti in ordine all'attribuzione delle spese per l'assistenza devono essere successivi al ricovero.

Ma, dato atto con onestà di questo punto positivo, veniamo al resto. Nulla è innovato dal primo capoverso dell'articolo 3, che lascia immutata l'autonomia degli enti, i quali conservano il loro patrimonio, la personalità giu-

ridica, l'autonomia di bilancio. Il secondo comma dell'articolo 3, invece, modifica il regime giuridico di quegli ospedali che allo stato attuale appartengono ad enti pubblici che hanno altre finalità, oltre quelle dell'assistenza ospedaliera. Mentre tali enti sopravvivranno per le finalità diverse da quelle ospedaliere, l'ospedale sarà distaccato da essi e per la gestione dello stesso saranno costituiti nuovi enti ospedalieri, ai quali passerà in proprietà, secondo il quarto comma dell'articolo 5 del disegno di legge, soltanto una parte del patrimonio dell'ente originario, cioè quella parte costituita dall'attrezzatura in atto destinata al funzionamento dello stesso e quella istituzionalmente destinata a beneficio dell'attività ospedaliera.

Credo che si possa osservare che in pratica, attraverso questa norma, il nuovo ospedale si troverà a disporre di un patrimonio inferiore a quello dell'ente cui succede. Si potrebbe osservare che il nuovo ente ospedaliero non dovrà però sopperire alle esigenze delle altre attività dell'ente originario, che restano di competenza di questo; ma l'osservazione non muta la sostanza delle cose, perchè in molti casi, per esempio per tutte le arciconfraternite, l'attività non ospedaliera, che continuerà ad essere affidata all'ente originario, anche se di grande significato religioso e morale, è però poco costosa. Tuttavia la parte del patrimonio di dette arciconfraternite, istituzionalmente non diretto all'assistenza ospedaliera, secondo la volontà dei prestatori e dei benefattori, costituisce in molti casi la quota più ingente, e gli enti che dovranno provvedere all'ospedale non disporranno di questa quota più ingente.

Diremo inoltre che per procedere alla individuazione ed all'inventario dei beni patrimoniali da trasferire con l'ospedale al nuovo ente ospedaliero, il terzo comma dell'articolo 5 del disegno di legge prevede l'istituzione di una speciale commissione, la quale però per la sua composizione non può avere natura giudiziaria, perchè la Costituzione vieta di istituire giudici speciali. Se, quindi, in ordine alla individuazione dei beni da trasferire all'ente ospedaliero nasceranno controversie, queste dovranno sempre essere sottoposte al giudizio del magistrato ordinario e perciò è facile prevedere che i nuovi enti ospedalieri saranno gravati alla nascita da una serie di lunghe e defatiganti vicende giudiziarie.

Sulla base di queste osservazioni ritengo che sia legittimo porsi a questo punto un interrogativo: è proprio necessario questo

distacco dell'ospedale dall'ente originario? Se la scelta della riforma fosse stata quella di trasformare gli ospedali in organi di un pubblico servizio, non ci sarebbe da discutere. Ma la scelta è diversa: si lascia l'autonomia dei singoli enti. E allora perchè modificare enti che tradizionalmente hanno ben servito? Quale è l'unificazione che voi dite di raggiungere con la vostra riforma?

Io vorrei qui portare — se ella me lo consente, signor Presidente — un caso particolare. Esiste a Napoli l'Arciconfraternita dei Pellegrini, che ha 4 secoli di storia e che gestisce l'ospedale di pronto soccorso più importante della città di Napoli; un ospedale al quale i napoletani hanno fatto ricorso sempre, e anche oggi, con la certezza di trovarvi un presidio sanitario assolutamente efficace. Questo ospedale non è un centro di potere, perchè non è amministrato da persone nominate dall'alto, o scelte da forze politiche, ma per antichissima tradizione, mai sospesa neanche durante il « famigerato » ventennio (come vi piace di dire), da un consiglio eletto dai confratelli dell'Arciconfraternita. E nell'elenco di quei confratelli si trovano tutti i nomi, passati attraverso la storia, delle persone più qualificate appartenenti a tutte le categorie sociali della città. Quell'arciconfraternita si gloria di aver avuto sempre — ed anche oggi — tra i suoi confratelli il Pontefice di Roma, i Presidenti del Consiglio ed i Capi di Stato. Essa ha visto tutelata la sua autonomia durante tutti i regimi.

Quando nel 1890 fu fatta la legge sugli ospedali, fu raggruppato un certo numero di ospedali napoletani, ma fu stabilito con decreto che l'Ospedale dei pellegrini restava a parte, perchè si riconosceva a quell'ospedale, a quella confraternita, di avere bene operato, proprio per il regime amministrativo che la presiedeva. Quando prima del 1939 fu nominato ai Pellegrini un direttore non iscritto al partito fascista, poichè proprio in quel torno di tempo era allo studio una riunificazione di altri enti assistenziali napoletani, vi fu un tentativo di comprendere nella riunificazione anche l'Ospedale dei Pellegrini, ma malgrado che sia il primicerio presidente dell'Arciconfraternita sia il direttore non fossero graditi al partito fascista, fu proprio il Capo del governo di allora che, nel redigere la relazione del decreto di riunificazione, di suo pugno scrisse che bisognava lasciare ai Pellegrini la loro tradizione, perchè avevano fino allora ben operato. Ci voleva un governo di centro-

sinistra, e democratico cristiano in gran parte, perchè morissero anche i Pellegrini.

Questo, onorevole sottosegretario, la lascia indifferente. Io vorrei conoscere però perchè debbano accadere queste cose, vorrei conoscere la utilità di fatti simili, perché se queste cose accadessero per una concezione apprezzabile del pubblico interesse sarei il primo ad onorarmi di chiedere che anche l'autonomia dei Pellegrini fosse soppressa.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Ma non muoiono i Pellegrini.

GALDO. Io posso invece dimostrarle, onorevole sottosegretario, che queste cose accadono, perché, onorevoli colleghi, voi avete posto come punto fondamentale della vostra riforma un pretesto consistente nel fatto che, come dite, vorreste dare una unità di struttura a tutti gli organi amministrativi degli enti ospedalieri; ma la realtà è un'altra. Molti settori di questa assemblea, ho inteso, considerano infatti positiva e sostanziale la innovazione e l'apprezzano perché, a loro avviso, essa attingerebbe il traguardo di una democratizzazione diretta della amministrazione degli ospedali. Io debbo dichiarare invece che questo mi sembra il punto più discutibile della riforma e della scelta operata, e che proprio da questa scelta può derivare una involuzione assai pericolosa e non una evoluzione del sistema. Voglio subito avvertire, per sbarazzarmi di certi critici troppo facili, che questo mio giudizio non trae origine da una presunta incapacità che la mia posizione politica avrebbe, come va dicendo una vieta polemica, di apprezzare il valore di una conduzione democratica degli enti pubblici. La mia opposizione nasce invece, e ritengo fondatamente, dalla volontà di attuare una vera democrazia, ma di respingere quella falsa e perniciosa involuzione della democrazia che è la partitocrazia. Guardiamo per un momento da vicino come saranno composti questi consigli di amministrazione. Essi avranno nove membri, di cui sette elettivi e due in rappresentanza degli enti originari. I sette membri elettivi saranno eletti con elezioni di secondo grado, secondo la classifica dell'ospedale, dai consigli regionali o dai consigli provinciali o dai consigli comunali competenti per territorio, cinque dalla maggioranza e due dalla minoranza di detti consigli.

Per l'elettorato passivo (cominciamo da qui) non è richiesta nessuna particolare competenza. Vorrei permettermi di richiamare in

ispecie l'attenzione dell'onorevole relatore su questo punto. Non è precisata dalla legge nessuna particolare condizione di eleggibilità. Quindi, al limite, non sarebbe illegittima neanche l'elezione di cittadini di non specchiata moralità, a cui carico esistessero precedenti penali, e persino di analfabeti. Se un consiglio comunale eleggesse a componente di un consiglio di amministrazione di un ospedale un analfabeta, nessuno potrebbe impedire questa elezione; né potrebbe l'autorità tutoria dichiararla nulla, perché la legge, così come voi l'avete formulata, non prevede che sia necessario saper leggere e scrivere, sicché quel cittadino analfabeta, ricorrendo al Consiglio di Stato, vedrebbe riconfermata la sua elezione. Parlo dell'analfabeta, per non parlare del caso, più probabile, dell'elezione di una persona colpita da sanzioni penali e che, in base alla legge, potrebbe benissimo essere chiamata ad amministrare un ospedale.

È previsto invece che agli amministratori — di questo vi siete subito preoccupati — sia corrisposta una indennità di carica, per la quale non è fissato nessun limite; e non è vietata inoltre la possibilità di una rielezione alla scadenza del mandato. Critico queste scelte del disegno di legge, senza tema di essere accusato di qualunquismo, accusa che tuttavia ho ascoltato questa mattina: dimostrerò poi dove sia il reale qualunquismo.

Signor Presidente, abbiamo ormai sufficiente pratica della partitocrazia per poter prevedere quello che accadrà. I consiglieri regionali, provinciali e comunali voteranno i nomi che ad essi saranno stati indicati dai rispettivi partiti: altro che rappresentatività! Le direzioni dei partiti faranno quello che hanno sempre fatto: indicheranno i nomi degli elementi ad esse più fidati, i nomi cioè delle persone che meglio assicurino una fedeltà alle direttive e agli interessi del partito, quindi al potenziamento delle clientele politiche. L'incarico, essendo redditizio, consentirà ai partiti di « sistemare » (uso il termine tra virgolette nel suo senso più materiale e positivo) gli elementi che per i servizi resi al partito hanno più ragione di pretendere una collocazione retribuita nelle poltrone del sottogoverno. L'eletto porterà dietro di sé la clientela di partito e sentirà come suo preminente dovere quello di tutelarla, di garantirla, di proteggerla. Questo clientelismo, al quale dovranno piegarsi per interesse o per tranquillità i dipendenti dell'ente, inquinerà l'ospedale, con gli effetti che è facile prevedere.

È qualunquismo questo? E che cosa ci è stato obiettato, salvo questa generica accusa senza senso? Che già oggi, con le nomine degli amministratori conferite dal potere governativo, parte di questi effetti si verificano (lo ha detto l'onorevole Fada) e che anzi gli ospedali soffrono già adesso proprio del vizio grave di essere divenuti feudi di potere ad esclusivo vantaggio di ben individuate forze politiche, affiancate da consorterie di caste e di professioni, e che il sistema proposto, allargando le fonti del potere, mira proprio a distruggere ogni resistenza di carattere feudale, ogni abuso o prevaricazione d'interessi particolari.

Rilevo in primo luogo che non in tutti gli ospedali le cose stanno come si dice, e ne ho fatto un esempio. Certo, laddove gli statuti dell'ente rimettono la nomina della maggioranza dei consigli di amministrazione al Governo centrale, attraverso gli organi dell'autorità tutoria prefettizia o ministeriale, la partitocrazia ha purtroppo già spiegato i suoi effetti deleteri. Infatti, come è stato rilevato anche in altissima sede, attraversiamo un periodo di evidente e gravissima crisi dello Stato, e quindi l'autorità statale non garantisce più, ma per colpa vostra, signori del Governo, nemmeno quando opera nel delicato settore della scelta di pubblici amministratori, quel minimo di imparzialità e di obiettività che pure dovrebbe essere fra gli attributi naturali della sovranità statale. Ma la crisi dello Stato (lo dico a chi ci accusa di qualunquismo) è appunto un effetto della partitocrazia e non la si supera accentuando i poteri dissolutori e involutivi che sono propri della partitocrazia stessa.

Vi sono però, oggi, ospedali gestiti, come ho detto, da arciconfraternite o da altre istituzioni gloriose non solo per antica storia, ma anche per l'attuale altissimo prestigio, i cui organi di amministrazione non sono certo né feudi antidemocratici né consorterie di casta né centri di potere asociale ma che per l'autorità, la competenza e il disinteresse delle persone che ne fanno parte meritano ogni riguardo.

Mi domando perciò: perché peggiorare anche la situazione di questi enti?

In secondo luogo non mi sembra che dove ci sia un feudo da rimuovere sia una buona norma sostituire il feudo con la rissa partitocratica. Ho già detto invece che un'altra via più rispondente ai canoni di una retta democrazia avrebbe dovuto essere seguita. Qui non si tratta di dar vita a organi politici, ma a organi amministrativi operanti in un settore dove la competenza, l'esperienza, la pre-

parazione tecnica sono indispensabili e dove non basta, in chi deve operarvi, la comune vocazione politica o amministrativa; deve per altro esistere anche quella vocazione particolare per questo più delicato e spirituale servizio pubblico; qual è il servizio ospedaliero, una vocazione che si è manifestata fino ad oggi e si manifesterà sempre e soltanto nel disinteresse e quindi nella gratuità dell'incarico, nell'indipendenza assoluta del carattere, nel sentimento di solidarietà per la sofferenza intesa come supremo dovere morale. Al concetto moderno di democrazia, onorevoli colleghi, come l'esperienza storica di altri paesi dimostra, non è più necessariamente consentaneo il principio della rappresentatività indifferenziata della volontà popolare, anzi (queste teoriche appartengono, credo, almeno a leggere certi documenti, anche alla dottrina democristiana) è dimostrato che l'applicazione generalizzata di tale principio favorisce il formarsi di pericolosi diaframmi nel processo di formazione della volontà popolare, che finisce con il soggiacere a gruppi di pressione organizzati, i quali fanno prevalere interessi particolari, con una grave quanto palese degenerazione del sistema democratico. Perciò negli Stati moderni, specie laddove si tratta di assicurare la direzione delle più delicate e tecnicizzate funzioni dell'ente pubblico, si fa leva su quei corpi sociali intermedi il cui riconoscimento e il cui sviluppo sono le tappe più sicure attraverso le quali l'individuo acquista coscienza della sua partecipazione alla vita dello Stato e conserva in più alto grado la sua libertà, e cioè il suo potere di concorrere a determinarne gli indirizzi e a fissarne le regole. Questi corpi sociali intermedi non sono soltanto i partiti e gli enti locali, specie se fittizi come la regione, ma anche le categorie professionali e quelle morali. Una moderna democrazia si articola e si realizza nell'equilibrio fra queste forze, che sono tutte legittime componenti della comunità nazionale e statale a tutti i livelli.

Perciò, per realizzare, come pur è necessario fare, una democratizzazione autentica dell'organizzazione ospedaliera nel nostro paese, noi riteniamo che si sarebbe dovuto seguire — per la formazione dei consigli d'amministrazione — un tutt'altro criterio, chiamando a farne parte (come del resto aveva suggerito anche la XIII Commissione permanente della Camera in sede di parere) membri eletti in rappresentanza sì dell'ente locale corrispondente, ma anche membri eletti in rappresentanza di quelle categorie che sono più interessate alla vita dell'ospedale, come mem-

bri in rappresentanza dell'ordine dei medici, del personale sia sanitario che amministrativo, in rappresentanza degli enti mutualistici. Questa sarebbe stata, a nostro avviso, la soluzione più giusta, che non avrebbe esposto gli ospedali — come invece la scelta che avete fatto li espone — al pericolo di diventare sede di clientele e di piccoli feudi in rissa fra di loro.

Ma c'è un altro motivo di fondo che ci spinge a non dichiararci soddisfatti della soluzione adottata, un motivo che investe tutto lo spirito della riforma e non soltanto il particolare aspetto esaminato sopra. Quando infatti si afferma che il concetto ispiratore della riforma sta nel passaggio dalla concezione dell'ospedale come ente di beneficenza e di assistenza pubblica a quella di un ente delegato ad un pubblico servizio, si dicono certe cose sulle quali non si può dissentire, ma il cui significato di fondo deve essere meglio precisato. Infatti è evidente che, nello sviluppo storico della socialità, affermare che la prevenzione e la cura delle malattie sono un diritto del cittadino e non un atto di carità costituisce una conquista di indubbio valore, alla cui completa realizzazione ogni forza politica deve sentirsi estremamente impegnata, come noi ci sentiamo impegnati. Ciò però non significa disconoscere il valore e il merito di quanti furono nel passato apostoli di carità e di quanti, nella ostilità e nell'indifferenza delle organizzazioni statali dei tempi passati, profusero la nobiltà del loro sacrificio per fondare, sviluppare e mantenere quelle istituzioni di beneficenza e di assistenza ospedaliera che hanno costituito fino ad oggi il porto e il rifugio alla sofferenza e al dolore di tante generazioni.

Per questo, signor Presidente, mi consenta di dire che, nel momento in cui la Camera italiana discute questo tema, e mentre dolorosamente avvertiamo che da qualche settore di questa stessa Camera si vuole accompagnare il proposito di superare concretamente la concezione caritativa con un giudizio sprezzante dei limiti e della natura di quella concezione, io ritengo invece doveroso, per ossequio alla verità storica, ricordare con sentimento di venerazione e di gratitudine le altissime figure di quegli apostoli della carità che segnarono per il loro tempo luminose tappe nel cammino verso una concreta socialità, fondando in Italia grandi istituzioni ospedaliere che restano ancora oggi i più efficienti pilastri della nostra organizzazione sanitaria.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Si vede, onorevole Galdo, che ella non ha letto la relazione dove questo punto è ampiamente trattato.

GALDO. Non nego che lo abbia detto anche lei e non le dispiacerà, spero, che la mia voce più modesta si aggiunga alla sua, ben più autorevole.

Intendo perciò ricordare in questa Camera — vede, onorevole De Maria, che avevo già annotato il ricordo contenuto nella relazione di maggioranza — l'opera di quegli apostoli della carità tra i quali spiccano le figure di Camillo de Lellis, Vincenzo de' Paoli, Filippo Neri, Giovanni di Dio, autentiche glorie della nostra storia nazionale che, raccogliendo il messaggio più autentico di quella rivoluzione cristiana che resta il solo fondamentale binario sul quale si sviluppa il libero e progressivo cammino dell'uomo, furono arditi riformatori del costume sociale.

L'onorevole relatore di maggioranza ha scritto — ecco perché ho desiderato onorevole Lattanzio, associarmi al suo ricordo, ma, come vedrà, per trarne diverse conseguenze — che nel realizzare il passaggio dalla carità alla giustizia non bisogna dimenticare — sono le sue parole — che la carità suppone sempre la giustizia. Ed io concordo. Ma, e in questo consiste l'equivoco, ha poi aggiunto: « anche se si può concettualmente capire la giustizia senza la carità ».

Questo io nego e credo che dobbiamo negarlo tutti. Una giustizia senza carità significa la negazione della libertà dell'uomo perché la giustizia non è aritmetica ripartizione di una quantità equamente proporzionata di beni e di servizi, ma costituisce l'attuazione della solidarietà sociale. Il tessuto profondo della giustizia, come quello della carità, è costituito dal sentimento dell'amore, dal riconoscimento dei valori della persona. Epperò la giustizia non solo non deve distruggere la carità né ignorarla, ma deve potenziarla, garantirla, attuarla.

Onorevole ministro, l'ispirazione di fondo di una autentica riforma in questo settore avrebbe dovuto restare, pertanto, di natura spirituale e l'organizzazione giuridica delle istituzioni preposte ai servizi ospedalieri avrebbe dovuto proporsi come fine precipuo quello di stimolare e vivificare il sentimento della solidarietà umana, della *charitas* che è il primo, insostituibile farmaco per lenire le sofferenze e aiutare i malati. Quella di medico, di infermiere prima di essere una pro-

fessione o un mestiere sono una missione e chi va a lavorare nell'ospedale, come chi va ad officiare in chiesa od ad amministrare la giustizia nei tribunali, non può rendere in pieno il suo servizio se il suo passo non è spinto da una vocazione e se il suo bagaglio è carico solo di tecnicismo.

Di qui deriva la particolare difficoltà di legiferare in siffatta materia perchè una buona legge deve non solo rispondere, come da tutte le parti di questa Assemblea si ammette, ad esigenze tecniche, ma anche e prima ancora ad esigenze morali. Ecco perchè la riforma legislativa di questo settore è il banco di prova della validità di una dottrina politica.

Che significato infatti può avere il passaggio da una strumentazione privatistica o caritativa dell'ospitalità all'assunzione diretta di questo servizio da parte del potere pubblico?

Gli onorevoli colleghi della sinistra, se ho ben capito, lo stesso Governo, e, mi pare di poterlo dire con maggiore certezza, lo stesso ministro onorevole Mariotti, opinano che sia un fatto progressivo promuovere — come essi dicono — la cura dell'infermo da « atto di carità » a « servizio pubblico ». Credo invece che la natura e il carattere dell'intervento e del presidio sanitario devono restare un fatto morale prima che tecnico, e che il progresso debba consistere nel trasformare l'atto di carità del privato in un cosciente dovere di solidarietà, e quindi anche di carità, di tutta la società. Il passaggio cioè non consiste nel trasformare la « carità » in un « servizio », come si dice, ma la « beneficenza » in una « solidarietà », in un « dovere ».

Questo è l'arricchimento morale di una società, che si ha quando lo Stato non viene concepito come il freddo apprestatore di servizi, ma, nella sua sostanziale eticità, assume fra i suoi compiti e innalza a suoi doveri le spinte di solidarietà e di carità che la società esprime. Non dunque lo Stato come amministratore delle cose, come ordinatore dei servizi, qual è ritenuto dalle dottrine cosiddette laiche, con in testa quella marxista; ma lo Stato governo degli uomini, strumento operante e cosciente di solidarietà sociale e di educazione morale.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. È una gran cosa; purtroppo non risponde alle situazioni obiettive della società. Non staremmo infatti a discutere questa legge se non vi fosse stata la necessità di un superamento del

principio caritativo che, evidentemente, non regge più di fronte alle situazioni e alle esigenze di oggi.

GALDO. Non ho detto che non dobbiamo fare una riforma; affermo che questa riforma deve essere un accrescimento di quei valori tradizionali che sono oggi forse « stanchi », deve essere una loro vivificazione, un loro potenziamento, altrimenti sarà una riforma che non porterà dei frutti.

Sono convinto che con il puro e freddo tecnicismo, con l'amministrazione materiale, i problemi non vengono risolti. E se al fondo dell'azione dell'uomo non vi è la coscienza morale, se al fondo dell'azione dello Stato non vi è una significazione etica, non vi può essere una esatta e giusta soluzione dei problemi; c'è l'ilusione di dare ordine formale e tecnico alle cose, e poi ci si accorge che dietro queste illusioni le cose peggiorano e di deteriorano.

Ritengo perciò, onorevole ministro, che il trapasso che questa riforma vuole attuare non si delinea completamente chiaro, proprio perchè manca di questa spinta ideale.

Per quanto ho rilevato fin qui — purtroppo in sua assenza, onorevole ministro — esaminando i primi articoli del disegno di legge, mi sembra di poter affermare che la riforma ha piuttosto il fine di rimuovere certe posizioni di potere, che nel dissolvimento delle originarie spinte religiose (come vede anch'io le denuncio) si sono create intorno agli ospedali, per sostituirle o ripartirle con o fra altre posizioni di potere; ma purtroppo non si incide veramente nella sostanza delle cose e non si fa davvero dell'ospedale lo strumento spiritualmente e tecnicamente più idoneo a realizzare, con l'intervento pubblico, il dovere della più larga e attuosa solidarietà sociale.

Questa mia preoccupazione trova riscontro anche nell'insufficienza tecnica dei rimedi che la legge propone alle attuali deficienze del sistema.

Cominciamo dalla prima di queste deficienze: quella di carattere finanziario.

Si dice, signor ministro (è stato detto soprattutto dagli oratori del partito comunista), che ella sarebbe una vittima, perchè il fondo ospedaliero così come era stato da lei proposto nella prima stesura dello schema del provvedimento, sarebbe stato bocciato da una maggioranza dorotea o conservatrice che si è opposta alle sue proposte. Io non posso darle questo riconoscimento di martire...

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Né voglio esserlo.

GALDO. Per ragioni di tempo non voglio ripetere alcune considerazioni che sono state qui fatte con molta chiarezza dall'onorevole Fada, il quale ha dimostrato che il fondo ospedaliero, così come era stato indicato nello schema del disegno di legge, non è stato respinto per motivi di conservazione, di incomprendimento della novità, ma per motivi validissimi di carattere giuridico e tecnico; e soprattutto perché in realtà non forniva la soluzione al problema del finanziamento degli ospedali.

Che cosa è rimasto allora, signor ministro? È rimasto — questo è purtroppo vero — un criterio aziendale della retta di degenza, così come è stabilito dall'articolo 30 del disegno di legge.

Vorrei cominciare con un'osservazione di dettaglio. Confesso di non avere ben capito né dalla sua relazione, né da quella, per altro assai diligente e preziosa, dell'onorevole Lattanzio, che cosa accade delle rendite derivanti dai beni patrimoniali degli enti ospedalieri. Infatti nello stabilire la retta, nell'articolo 30, si dice che bisogna tenere conto dei costi complessivi della assistenza sanitaria ospedaliera, ma non si aggiunge che bisogna anche tenere conto delle rendite dei beni patrimoniali posseduti dagli ospedali. Al limite, se il patrimonio di un ospedale rendesse, ad esempio, un miliardo l'anno, questo miliardo si dovrebbe conteggiare o no ai fini del costo netto della retta? Ecco la domanda che mi permetto farle. Altrimenti questi patrimoni e le rendite degli ospedali a che cosa servirebbero?

Dal momento che oggi il servizio ospedaliero (come voi lo chiamate) è per tutti i cittadini, così come prevede la Costituzione, non c'è più la necessità di destinare queste rendite a coloro che non possono pagare, a coloro che non sono assistiti dalle mutue, a coloro che sono sprovvisti di un proprio patrimonio. Pertanto l'ospedale, che prima faceva della beneficenza proprio perché si rivolgeva a degli indigenti, oggi che cosa farà delle sue rendite? E il costo della retta di degenza si deve valutare al netto o al lordo degli introiti patrimoniali dell'ospedale?

Chiusa questa osservazione di dettaglio — sulla quale spero avere lumi dal relatore e dal ministro — non posso tacere alcune considerazioni.

Ella, onorevole ministro, ha detto che bisognava cominciare dalla riforma degli ospedali per una serie di motivi: tra questi il fatto che tale riforma si poteva fare senza spesa (in un momento nel quale noi sappiamo che la dilatazione delle spese dello Sta-

to ha, purtroppo, creato condizioni di bilancio in cui è impossibile reperire fondi per riforme costose).

Io credo che però, prima di cominciare dagli ospedali, si poteva cominciare dalla riforma degli enti mutualistici, se è vero, come è vero, che quella riforma ha — almeno dovrebbe avere — un obiettivo ancora più economico. Quella infatti sarebbe una riforma non solo non costosa, ma che addirittura dovrebbe farci risparmiare, dovrebbe cioè diminuire la spesa pubblica.

È stato detto qui dall'onorevole Fada (mi riferirò spesso al suo intervento perché l'ho molto apprezzato e perché voglio rimettermi alla sua responsabilità e alla sua autorità, che è certamente più alta della mia, anche perché egli appartiene al partito della maggioranza) che noi spendiamo 1.214 miliardi l'anno per l'assistenza sanitaria, una somma cioè che, in proporzione, nessun paese si permette il lusso di spendere; ed è purtroppo vero.

Perché mai spendiamo tanto? Perché, ad esempio, l'assistenza farmaceutica costa in Italia, secondo i dati del 1965, 8.867 lire *pro capite* (il triplo di quanto la stessa assistenza farmaceutica non costi, *pro capite*, in Inghilterra)? Evidentemente perché c'è una disfunzione del nostro sistema mutualistico, evidentemente perché c'è una perdita di danaro pubblico; evidentemente perché il sistema non funziona.

È possibile sperare che una riforma ospedaliera, quale che essa sia, possa dare i suoi effetti, se viene tenuto ancora (e chissà per quanto tempo) nel disordine in cui si trova il sistema mutualistico e previdenziale del nostro paese? Ecco perché quel titolo del disegno di legge che va sotto il nome di disposizioni finanziarie per gli enti ospedalieri è stato da tutti i settori della Camera ritenuto insufficiente. Io dico che non poteva che essere insufficiente, perché la soluzione di questo problema non si può certamente avere con la legge ospedaliera, ma si doveva cercare nel quadro della riforma generale del sistema mutualistico, che doveva precedere questa riforma.

Resta perciò il fatto grave che, malgrado questa riforma (non ci facciamo illusioni), gli ospedali dovranno conservare una concezione aziendale del loro bilancio e avranno anche la triste sorte di essere delle aziende costantemente deficitarie. Infatti quando, come rimedio ai gravi disavanzi oggi esistenti — che paralizzano la vita dei nostri ospedali —, si prevede all'articolo 32 il ricorso alla Cassa de-

positi e prestiti, in modo analogo a quanto già concesso ad altri enti, come ad esempio gli enti locali: ma tutti sappiamo che questa grande porta della Cassa depositi e prestiti è purtroppo una porta alla quale bussa troppa gente perché possa davvero servire ai fini che la legge le assegna.

Noi continueremo, onorevole ministro, purtroppo, a vedere i nostri ospedali gravati di debiti e di crediti.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non è esatto. Ella continuando nella lettura si renderà conto che la retta può inglobare soltanto un ventesimo di quegli ampliamenti e — se ben ricordo — un decimo per quanto riguarda le attrezzature. Come vede, rimane un margine per un intervento diretto, che probabilmente potrà assorbire parte delle rendite extraospedaliere o patrimoniali dell'ospedale. Ovviamente, bisognerà trovare un meccanismo che consenta un intervento diretto dello Stato.

GALDO. La ringrazio molto della precisazione, onorevole ministro; però ella ha finito per confermare le mie supposizioni. Infatti, ella ha detto che «ovviamente bisognerà trovare un meccanismo». Le auguro un felice esito di questa ricerca; però debbo ricordarle che in Italia essa è iniziata perlomeno 30 anni fa. Posso citarLe l'esempio di mio padre, che ha avuto l'onore di essere amministratore di pubblici ospedali a Napoli. Ebbene, ricordo che il pover'uomo, nel 1950, rincasava avvilito perché la mutua non pagava, il municipio non pagava, e i creditori dell'ospedale intanto aumentavano; e, nei suoi affannosi sforzi di equilibrare i bilanci, egli ha consumato con disinteresse le sue energie e la sua passione di antico gentiluomo. Ora, io le auguro una sorte diversa, onorevole ministro; però, fino a quando ella non potrà dare assicurazioni al Parlamento, consenta che i parlamentari siano liberi di esprimere le loro preoccupazioni.

Onorevole Presidente, pur rendendomi conto della opportunità di non abusare della pazienza degli onorevoli colleghi, non posso esimermi dal formulare almeno tre altre osservazioni. Uno dei difetti dell'attuale sistema, onorevole ministro, sta nel fatto che la vita amministrativa degli ospedali è gravata da tutta una serie di controlli, connaturali del resto all'andamento della vita amministrativa del nostro paese, per cui le decisioni amministrative si perdono nel grande mare delle carte, delle vigilanze e delle tutele. La legge ap-

porterà dei miglioramenti al riguardo? Onorevole ministro, secondo me, la legge peggiora tutto. (*Interruzione del Ministro della sanità*).

Mi lasci finire prima di respingere il mio giudizio, onorevole ministro. La legge prevede infatti, un collegio di revisori. In cosa consiste questo collegio? Nella sua relazione è scritto che si tratta di un organo *a latere* del consiglio di amministrazione; di un organo, però, onorevole ministro, composto di rappresentanti di quei ministeri — fra i quali il suo — che hanno poi la suprema vigilanza — secondo quanto dispone l'articolo 15 del disegno di legge — sulla vita degli ospedali. E allora io mi domando quale consiglio di amministrazione potrà più essere autonomo in queste condizioni. Mi domando, cioè, quale consiglio di amministrazione, avendo al suo fianco un collegio dei revisori dei conti, che naturalmente controllerà ogni suo atto, ed eserciterà il controllo severo che deve essere esercitato da un organo dello Stato, potrà più prendersi la libertà di decidere in difformità da esso. È una prima camicia di Nesso che abbiamo messo alla vita amministrativa dell'ospedale. C'è poi un secondo controllo che, secondo l'articolo 16, è affidato alla regione, e finché manchi la regione — ed io mi auguro che manchi a lungo, anzi che non ci sia mai — al medico provinciale e al comitato provinciale per l'assistenza ospedaliera. Però, apro una parentesi necessaria, questo controllo di merito non si eserciterà su quattro tipi di provvedimenti: sull'assunzione del personale, sulla nomina del tesoriere, sulle convenzioni con enti mutualistici ed assicurativi, sui contratti di locazione superiore a nove anni, mentre si eserciterà, secondo l'articolo 16, su altre deliberazioni del consiglio di amministrazione, che certamente hanno minore importanza per la vita dell'ente.

Non riesco a capire perché questi atti amministrativi vengano esclusi dal controllo. Spero di avere una risposta a questo interrogativo. Intanto — chiudendo la parentesi — osservo che il Governo ha chiesto, e otterrebbe con l'approvazione di questa legge, una delega legislativa (articolo 49 del disegno di legge) per decretare il coordinamento delle disposizioni contenute nella legge 17 luglio 1890, n. 6972, e nel relativo regolamento di esecuzione di cui al regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99, e successive modificazioni, con le nuove norme da emanare per regolare il sistema dei controlli.

Io ritengo prima di tutto che questo articolo 49 sia incostituzionale, perché la delega,

secondo la nostra Costituzione, deve essere data previa precisa individuazione dei criteri e dei principi attraverso i quali il Governo la può esercitare, mentre qui l'individuazione dei principi è addirittura mancante. Ma è evidente che attraverso questo sistema le cose resteranno come stanno, e nulla sarà innovato al fine di dare maggiore snellezza e modernità al sistema di amministrazione degli ospedali.

A complicare le cose, dopo il collegio dei revisori dei conti, dopo la vigilanza e la tutela della regione, del medico provinciale e del comitato provinciale per l'assistenza ospedaliera — il tutto non innovando i sistemi attuali — interviene un terzo controllo: l'alta sorveglianza del Ministero della sanità. Non temono gli onorevoli relatori e il Governo che in questa articolazione assai complicata di successivi controlli abbiano a nascere estreme difficoltà e conflitti di competenza? Non ritengono necessario rendere più precisa la materia? Credono davvero che l'ospedale viva più speditamente e più modernamente, accompagnato da una così vasta e complicata serie di controlli successivi, in inevitabile conflitto fra di loro, proprio per la genericità della definizione della natura di ciascuno di questi controlli?

Vorrei adesso trattare un ultimo argomento, quello relativo alla programmazione. Onorevole ministro, desidero richiamare la sua attenzione su cose che probabilmente ella conosce già. Nella mia regione, la Campania, vi sono 13.710 posti-letto d'ospedale e 11.637 posti-letto in case di cura private (le quali ultime sono quindi altrettanto importanti per quantità, di quanto non lo siano gli ospedali), mentre, per esempio, in Piemonte i posti-letto in ospedale sono 24.893 e quelli in case di cura private 5.168.

Non è ammissibile altra programmazione che quella che si proponga di perequare in tutto il territorio nazionale le dotazioni ospedaliere. Poiché dai dati che la stessa relazione ministeriale ci ha fornito risulta che nel nord il numero dei posti-letto per abitante ha raggiunto e superato il limite medio ritenuto giusto, mentre nell'Italia meridionale è nettamente inferiore, non riesco a capire perché il 30 per cento della spesa debba andare al nord e il 70 per cento invece al sud. Evidentemente, per accrescere maggiormente questa sproporzione. Se attualmente il nord ha già superato il limite medio ritenuto giusto, si potrebbe lasciare per qualche anno il cento per cento al sud; altrimenti non giungeremo mai, non dico alla equiparazione, ma nemmeno all'avvicinamento.

Onorevole ministro, vorrei citare alcuni dati che (ella probabilmente li conosce già) possono servire a chiarire anche un'altra questione. In Italia esiste, in media, questa proporzione fra ospedali e case di cura private: gli ospedali pubblici hanno 216 letti come media (sono dati del 1964; altri più aggiornati non ho potuto rinvenirne), mentre le case di cura private ne hanno 78. Però negli ospedali pubblici vi è un medico per ogni 10 letti (infatti, i medici sono 25.198 su 296.189 letti), mentre nelle cliniche private vi è un medico per ogni 16 letti. Tuttavia nessun italiano ignora che viene scelta dai pazienti la casa di cura privata proprio perché vi è la possibilità di avere un'assistenza medica più pronta che in ospedale: l'ammalato che va in una casa di cura privata vede in media il medico più volte al giorno di quante non lo veda l'ammalato che va in ospedale. Ciò nonostante il medico in ospedale ha dieci letti, mentre nelle case di cura ne ha sedici.

Nel 1964 vi erano negli ospedali 38.360 infermieri su 269.189 posti-letto, cioè un infermiere per ogni 7 letti; mentre nelle cliniche private vi erano 7.280 infermieri su 84.861 posti-letto, cioè un infermiere per ogni 12 letti. Nelle case di cura private basta suonare un campanello perché un infermiere subito accorra; negli ospedali molte volte non esiste neppure il campanello. Eppure negli ospedali esiste un infermiere per ogni 7 letti, mentre nelle case di cura private ve ne è uno per ogni dodici letti.

Andando oltre, vediamo che negli ospedali esistono 10.394 funzionari amministrativi, cioè un funzionario per ogni 26 letti; nelle case di cura vi è invece un funzionario per ogni 40 letti. Tuttavia non credo che le case di cura private abbiano una amministrazione meno accorta di quella dei pubblici ospedali. Questo che cosa significa? Evidentemente che la amministrazione degli ospedali è gravata da tali incombenze burocratiche che si rende necessario un impiegato amministrativo per ogni 26 letti, per amministrare tuttavia meno bene di quanto non faccia un impiegato amministrativo per 40 letti nelle case di cura private.

Sono rilievi, onorevole ministro, che non servono, come qualcuno può sospettare, a far la difesa dell'iniziativa privata, ma proprio a conoscere la situazione sulla quale si deve incidere, se vogliamo davvero dare una riforma agli ospedali.

Ho promesso, signor Presidente, che questo sarebbe stato l'ultimo argomento e perciò non ne affronterò nessun altro, anche perché desidero esprimere qui chiaramente il mio

pensiero. Mi rifiuto di discutere l'argomento forse più importante di questa legge, cioè il rapporto tra i clinici e gli ospedalieri, e mi rifiuto di farlo, signor Presidente, se ella me lo consente, per omaggio al Parlamento. Infatti, a mio avviso, non si rende omaggio al Parlamento quando, essendo in discussione in aula questa legge, e avendo tutti i settori della Camera avvertito che questo è il tema più delicato, si riunisce in seguito un comitato di ministri, al quale partecipa come rappresentante della Camera il nostro relatore, e noi soltanto attraverso un'informazione giornalistica veniamo ad apprendere che la legge sarà cambiata, che saranno presentati emendamenti, che i problemi qui sollevati sono stati diversamente risolti attraverso incontri, sotto la direzione del Presidente del Consiglio, tra il ministro della sanità e quello della pubblica istruzione.

Allora di che cosa debbo parlare? Del testo attuale no, perché molto probabilmente non ci sarà più. Del nuovo testo? No, perché non ne siamo informati. Tutto questo le sembra corretto, signor Presidente? L'onorevole Guarra nella seduta di giovedì pregò l'onorevole ministro di fare comunicazioni alla Camera su questo punto. L'onorevole ministro non ha ritenuto di doverlo fare. Io non insisterò. Denuncio però che la Camera chiude questa discussione generale su un disegno di legge in cui la parte più discussa, più discutibile, più delicata, è stata, durante il corso dei lavori dell'assemblea, modificata da parte del Governo e con la partecipazione del solo relatore per la maggioranza, e che di tale modificazione la Camera, pur continuando a discutere, nulla sa, e quindi non è nelle condizioni di discutere con coscienza e tranquillità su un tema di tanta delicatezza.

PRESIDENTE. Onorevole Galdo, il Governo ha il diritto di presentare emendamenti come ogni singolo deputato. Ora però è in discussione il testo della Commissione. Se poi, in sede di discussione dei vari articoli, verranno presentati emendamenti nel rispetto della procedura prevista dal regolamento, la Camera potrà vagliarli compiutamente e ogni deputato potrà assumere l'atteggiamento che riterrà più opportuno.

GALDO. Non metto in dubbio, signor Presidente, la correttezza formale, altrimenti avrei fatto denuncia in termini diversi, cioè appellandomi al regolamento. L'onorevole ministro, secondo comunicazioni sulla stampa, si

è proprio riferito a questo: ha detto che la riforma è all'esame del Parlamento, che dovrà dare la risposta a questi problemi. « Il Parlamento — dice infatti la stampa, riferendo una dichiarazione del Ministro, — esaminerà la legge anche per quanto riguarda la questione dei rapporti fra ospedali e cliniche universitarie e risponderà a questi problemi che hanno una delicatezza ed una importanza notevoli ». Ha poi aggiunto il Ministro che « le cliniche e gli istituti universitari, per la parte che riguarda l'assistenza sanitaria, sono soggetti alle norme della legge ospedaliera ». Per la verità, secondo il disegno di legge, le cliniche e gli istituti universitari, sono invece esclusi. Quindi qualche novità ci deve essere anche nelle intenzioni dell'onorevole ministro.

MARIOTTI, *Ministro della sanità.* In questo senso il Governo presenterà le sue proposte.

GALDO. Se poi vogliamo conoscere il pensiero del ministro della pubblica istruzione, apprendiamo che « ci si è accordati — cito il testo pubblicato dai giornali — sia per quanto riguarda il sistema dei concorsi ospedalieri, sia per la programmazione dei posti-letto, anche per le cliniche universitarie ed i reparti ospedalieri clinicizzati e convenzionati; sia infine per l'estensione delle norme relative all'assistenza ospedaliera anche alle cliniche ed istituti universitari, salvo le esigenze didattiche e cliniche proprie delle cliniche universitarie ».

L'onorevole relatore ha aggiunto « che si tratta di un risultato altamente positivo ». Però, per l'utilità delle nostre discussioni, e spiego così meglio perché io taccia su questo argomento, — questa non è una buona prassi. Il Parlamento può funzionare solo se vi è una dialettica fra la maggioranza e l'opposizione. Ma da quattro giorni sappiamo attraverso la stampa che la maggioranza e il Governo, modificheranno il testo. Allora la polemica diventa inutile, il discorso non può essere che rinviato, onorevole Presidente. Ecco perché rinvio questa parte del discorso al momento in cui queste proposte saranno conosciute. Ritengo — ed è una mia opinione personale, non pretendo che sia condivisa — che più opportuna sarebbe stata la interruzione della discussione generale con la comunicazione da parte del Governo degli accordi raggiunti, se accordi sono stati veramente raggiunti.

Per il resto, signor Presidente, chiedo davvero scusa, data l'ora tarda, di avere abusato

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 16 MAGGIO 1967

della sua sopportazione e di quella degli onorevoli colleghi. Mi riservo di presentare gli emendamenti in ordine alle questioni particolari che ho avuto l'onore di esporre alla Camera.

PRESIDENTE. Onorevole Galdo, mi sono permesso di interromperla non per entrare nel merito del provvedimento — ch il Presidente non deve entrarvi — ma solo per ricordare i termini della procedura. Se stata data pubblicit ad accordi in relazione a proposte che si ha intenzione di presentare, questa certamente questione estranea alla Presidenza.

Il seguito della discussione rinviato alla seduta pomeridiana.

La seduta termina alle 13,10.

IL CAPO DEL SERVIZIO DEI RESOCONTI

Dott. MANLIO ROSSI

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

Dott. VITTORIO FALZONE

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO