COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

LXIII.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 21 NOVEMBRE 1962

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DE MARIA

INDICE

PAG.

Congedi:

PRESIDENTE 603

Comunicazioni del Presidente:

PRESIDENTE 603

Disegno e proposte di legge (*Discussione e rinvio*):

Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali. (3396);

CRUCIANI ed altri: Stato giuridico dei medici ospedalieri. (594);

SORGI ed altri: Norme per i concorsi a posti di sanitari ospedalieri. (868);

BUCALOSSI e GENNAI TONIETTI ERISIA: Disposizioni per il collocamento fuori ruolo dei primari ospedalieri. (1495);

ROMANO BRUNO: Regolamentazione della carriera e dei concorsi dei medici ospedalieri. (1604);

Senatori SANTERO ed altri: Nuovo ordinamento della carriera e della posizione giuridica del personale medico degli ospedali. (2660);

LONGO ed altri: Norme generali per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario. (3999) 604

PRESIDENTE 604, 606, 607, 614, 618, 619, 621, 622

SORGI, *Relatore*. 604, 606

BUCALOSSI 608, 609

ANGELINI LUDOVICO 609

CAPUA 618

COTELLESSA 610

RICCA 614

BARBIERI ORAZIO 614, 618

ROMANO BRUNO 619

MONTANARI OTELLO 621

Proposta di legge (*Discussione e approvazione*):

FERRARI GIOVANNI ed altri: Concessione di un contributo ordinario al Corso di perfezionamento in diritto sanitario dell'Università degli studi di Bologna. (3674-*B*) 622

PRESIDENTE 622

SANTERO, *Sottosegretario di Stato alla sanità*, ... 622

Votazione segreta:

PRESIDENTE 622, 623

La seduta comincia alle 9,45.

BARTOLE, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(*È approvato*).

Congedi.

PRESIDENTE. Sono in congedo i deputati Azimonti e Gennai Tonietti Erisia.

Comunicazioni del Presidente.

PRESIDENTE. Il deputato Bucalossi sostituisce per la seduta odierna il deputato Martoni.

Seguito della discussione del disegno di legge: Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali (3396); e delle proposte di legge di iniziativa dei deputati Cruciani ed altri: Stato giuridico dei medici ospedalieri (594); Sorgi ed altri: Norme per i concorsi a posti di sanitari ospedalieri (Urgenza) (868); Bucalossi e Gennai Tonietti Erisia: Disposizioni per il collocamento fuori ruolo dei primari ospedalieri (1495); Romano Bruno: Regolamentazione della carriera e dei concorsi dei medici ospedalieri (1604); dei senatori Santero ed altri: Nuovo ordinamento della carriera e della posizione giuridica del personale medico degli ospedali (Approvata della XI Commissione permanente del Senato) (2660); e dei deputati Longo ed altri: Norme generali per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario (Urgenza) (3999).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali » e, delle proposte di legge, d'iniziativa dei deputati Cruciani, Delfino e Cucco: « Stato giuridico dei medici ospedalieri » d'iniziativa dei deputati Sorgi, Roselli, Veronesi, Cotellessa, Merenda: « Norme per i concorsi a posti di sanitari ospedalieri »; d'iniziativa dei deputati Bucalossi e Gennai Tonietti Erisia: « Disposizioni per il collocamento fuori ruolo dei primari ospedalieri »; d'iniziativa del deputato Romano Bruno: « Regolamentazione della carriera e dei concorsi dei medici ospedalieri »; d'iniziativa dei senatori Santero, Monaldi, Benedetti, Lorenzi, Pasqualicchio, Criscuoli, Bonadies, Tibaldi, Alberti, Gatto, Caroli, Pucci, Lombardi, Franzini, D'Albora, Pignatelli, Scotti, Zelioli Lanzini, Mammucari: « Nuovo ordinamento della carriera e della posizione giuridica del personale medico degli ospedali » e, d'iniziativa dei deputati Longo, Barbieri Orazio, Montanari Otello, Angelini Ludovico, Audisio Walter, Borellini Gina, Caponi, Cerreti Giulio, Messinetti, Minella Molinari Angiola, Napolitano Giorgio, Raffaelli, Pino, Santarelli Ezio, Tognoni: « Norme generali per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo degli ospedali pubblici e del personale sanitario ».

Sul disegno di legge e sulle varie proposte di legge, ad eccezione della proposta di legge n. 3999, che soltanto ora è venuta ad aggiungersi a quelle elencate nell'ordine del giorno, il Relatore onorevole Sorgi ha già riferito a suo tempo alla Commissione allora convocata in sede referente. È stato anche nominato un Comitato ristretto, che ha esaminato i vari progetti e redatto un testo unificato. L'esame di questo testo è stato poi rinviato in attesa che il Governo presentasse gli emendamenti preannunziati. Poiché questi emendamenti sono stati presentati, chiedo all'onorevole Sorgi se ha qualche osservazione da aggiungere a completamento della sua relazione.

SORGI, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, in merito al problema ospedaliero mi sento impegnato a dover dire qualche parola su tutte le proposte di legge che sono state presentate, anche perché è venuta ora ad aggiungersi alle altre la proposta di legge n. 3999, d'iniziativa dei colleghi onorevoli Longo ed altri. Questa è stata inserita fra i progetti di legge all'ordine del giorno allorché noi già avevamo esaurito, in sede di Comitato ristretto, il nostro lavoro, consistente nel coordinare, per quanto possibile, in un nuovo testo, le diverse proposte.

Su questo argomento dell'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali, ci troviamo davanti a quattro proposte di legge, presentate alla Camera dei deputati, ed una proposta di legge che ci viene dal Senato e ad un'altra, recentissima, che ho appena ricordata, oltre, naturalmente, al disegno di legge d'iniziativa governativa.

Per quanto riguarda la proposta di legge n. 3999, soltanto oggi all'ordine del giorno, volendo accennare sia pure molto rapidamente ad alcuni capisaldi in essa esposti, c'è da osservare quanto segue.

Essa propone l'istituzione di un servizio ospedaliero nazionale (S.O.N.), strumentato negli Enti locali – regioni, provincie, comuni – ai quali passerebbe la gestione degli ospedali. Propone la costituzione di un Consiglio per il servizio ospedaliero nazionale (C.S.O.N.), avente un proprio fondo (F.S.O.N.) con una spesa di 75 miliardi annui, per la quale in apposito articolo viene indicato il modo di copertura.

Si prevede una programmazione regionale, mediante la istituzione di un Consiglio ospedaliero regionale (C.O.R.) e di un Fondo ospedaliero regionale (F.O.R.), che dovrebbe servire per l'integrazione delle rette agli ospedali. Per quanto riguarda i servizi interni degli ospedali, la proposta non si discosta di molto dalle conclusioni a cui è giunto il Co-

mitato ristretto per il riordino dei servizi stessi. E, per quanto concerne i sanitari, si prevede il « tempo pieno » per tutti, con il limite di età di 65 anni per tutti.

Si accenna anche al trattamento economico, che viene indicato con riferimento agli stipendi dell'I.N.A.I.L., più l'aggiunta di una indennità di ridotta attività professionale, pari al cento per cento dello stipendio base. Si prevede un internato per i giovani medici, per altro non obbligatorio. E, per quanto riguarda i concorsi, s'introduce un'innovazione, in quanto si propone il concorso a carattere nazionale per i primari e a carattere regionale o provinciale per gli aiuti e assistenti; ma questo concorso dovrebbe esser valido solo per ottenere un'abilitazione all'esercizio della professione in ospedale, mentre per l'accesso ai ruoli degli ospedali, la proposta di legge prevede un concorso per soli titoli.

Per quanto attiene al funzionamento interno degli ospedali, si prevede anche un certo potere d'intervento del personale non sanitario e ausiliario.

Infine, per la copertura, è previsto un aumento dell'aliquota, dal 15 al 20 per cento, dell'imposta per le società con patrimonio superiore ai 500 milioni.

Questa è, nelle sue brevi linee, la proposta di legge n. 3999 che, indubbiamente, presenta una certa organicità di impostazione e che, io penso, rappresenterebbe, ove dovesse essere presa in considerazione, un'innovazione radicale, profonda ,di alcuni dei principî che sono alla base dell'attuale legislazione italiana in materia. Non è una legge, diciamo così, esclusivamente sanitaria, poiché essa non riguarda soltanto la carriera dei sanitari e i servizi ospedalieri; è anche una legge istituzionale, nel senso che modifica la figura istituzionale dell'ente ospedaliero. Ed è anche una legge finanziaria perché arriva a prevedere una spesa per la vita stessa degli ospedali, con conseguente proposta di copertura.

Mi pare di poter dire che alcuni di questi punti previsti nella proposta di legge sono già stati fatti propri o dal Comitato ristretto o dagli emendamenti governativi. Per limitarmi ad un solo esempio dirò che una rete ospedaliera su un piano regionale non era prevista nell'originario disegno di legge ed il Comitato ristretto ha ampliato quello che era previsto come piano regolatore ospedaliero provinciale, dando ad essi un respiro più ampio, di carattere regionale.

Un altro punto introdotto dagli emendamenti governativi è quello che riguarda il sessantacinquesimo anno di età, per aiuti ed assistenti, venendo a sistemare, in tal modo, una situazione di tanto disagio, che in questi ultimi tempi aveva dato luogo anche ad agitazioni delle categorie interessate.

Per quanto riguarda il « tempo pieno », il Comitato ristretto lo ha previsto come facoltativo e a titolo di esperimento, mentre nella proposta di legge Longo è prevista come norma generale obbligatoria.

Per ritornare al testo elaborato dal Comitato ristretto, in coordinamento e unificazione delle varie proposte di legge sopra accennate, nonché del disegno di legge, bisogna notare che ci sono alcuni punti che realmente rappresentano un progresso notevole di fronte all'attuale situazione degli ospedali.

Innanzitutto il testo elaborato dal Comitato ristretto va a precisare, come non facevano le varie proposte di legge, una competenza dell'autorità sanitaria per la vigilanza e la tutela sugli enti ospedalieri (cioè sugli enti che svolgono prevalentemente attività ospedaliera) e sugli istituti ospedalieri di altri enti (che hanno fra le loro attività anche quella del settore ospedaliero). È una competenza che viene precisata e che, qualora la legge, come ci auguriamo, verrà approvata, metterà finalmente ordine in un campo che oggi è causa di tanti equivoci e di tanti ritardi. Nello stesso tempo il potere di vigilanza e di tutela del Ministero della sanità viene decentrato ampiamente, essendo affidato, nella maggior parte dei casi, ai medici provinciali.

Per quanto riguarda i servizi sanitari, il Comitato ristretto ha voluto distinguere quelli che sono i poteri del Parlamento e quelli che sono i poteri di regolamentazione, affidando al Ministero della sanità la competenza a stabilire i particolari tecnici, con un continuo adeguamento a quelli che sono i progressi delle scienze mediche e della tecnica organizzativa.

A parte una precisazione ulteriore di quelli che sono i servizi ausiliari interni, il Comitato ristretto ha voluto mettere in vita un nuovo tipo di servizi sussidiari, anche esterni all'ospedale stesso, con lo scopo di assicurare la raccolta e lo smistamento dei malati, le occorrenti prestazioni di pronto soccorso, le cure ambulatoriali per i malati non bisognosi di ricovero e le attività di prevenzione e di cura per le malattie sociali.

Per quanto riguarda il piano regolatore, esso è portato ad una visione più ampia di carattere regionale e si estende a tutti i presidii sanitari. Il Comitato ristretto, infatti, prevede il piano regolatore non soltanto per gli istituti ospedalieri, ma anche per i centri sa-

nitari, in modo da coordinare a quest'unico fine, che deve essere la tutela della salute del popolo italiano, lo sforzo dei vari enti locali che svolgono un'attività sanitaria.

Per quanto riguarda l'età per la cessazione dal servizio del personale sanitario, i lavori del Comitato ristretto sono stati superati dagli emendamenti presentati dal Governo nell'ultima seduta. Per altri argomenti sempre del personale sanitario, il testo del Comitato ristretto prespetta alcune incompatibilità, per dar modo all'ospedale di avere sanitari sempre più impegnati nell'attività ospedaliera. Viene presentato il « tempo pieno », come un'alternativa all'attuale stato giuridico; esso è facoltativo e questo regime contrattuale è regolato da speciali accordi fra l'amministrazione ospedaliera e i medici interessati. Si dà una maggiore importanza ai collegi dei primari, mentre, per quanto riguarda i concorsi, non vi sono innovazioni sostanziali. Si innova, invece, per quanto concerne la chiamata, che permetterebbe il passaggio da un ospedale all'altro senza concorso, quando sia stato fatto un certo numero di anni di servizio dopo aver vinto il concorso ed essere entrati in ruolo.

Non è stata raggiunta, invece, dal Comitato ristretto, nessuna conclusione di importanza decisiva per quanto riguarda lo stato giuridico e il trattamento economico. Il primo viene considerato indirettamente. Non c'è, infatti, a leggere bene il testo, nessuna norma specifica che valga a precisare la configurazione giuridica del personale sanitario.

PRESIDENTE. Mi permetta l'onorevole Relatore di dissentire! Sono state stabilite diverse norme al riguardo. Tutto il provvedimento, in realtà, investe lo stato giuridico del personale sanitario.

SORGI, *Relatore*. Forse per lo stato giuridico; per il trattamento economico, invece...

PRESIDENTE. Per la verità, la cosa non è che sia stata dimenticata, ma volutamente messa da parte, in quanto si è ritenuto non fosse quella la sede in cui discutere del trattamento economico. La questione, quindi, è stata soltanto accantonata.

SORGI, *Relatore*. Ora, mi permetto di dire che, quando l'argomento verrà in discussione, non bisognerà dimenticare che si tratta, parlando di ospedali, di istituzioni dipendenti da enti i quali hanno una configurazione precisa, analoga a quella degli Enti locali.

Quindi, allorché l'argomento sarà affrontato, occorrerà tener presente che vi è tutta una legislazione in materia che va a stabilire alcuni punti di riferimento per le carriere. Indubbiamente, queste norme non possono essere completamente applicate ai sanitari ospedalieri per via della diversa attività, ma il punto base dovrebbe essere, appunto, il riferimento agli Enti locali.

Altro argomento importante che il Comitato ristretto ha cercato di affrontare è quello della retta che come già si è detto altre volte, viene considerata come l'unica entrata e, quindi, necessariamente comprensiva di tutte le spese degli ospedali. In proposito, il Comitato ristretto aveva anche accettato l'idea di un comitato interministeriale e di una commissione provinciale e una regionale. Anzi, queste ultime sono state dal Comitato stesso rese più rappresentative in quanto vi sarebbero inclusi rappresentanti di categoria, oltre che amministratori di altri uffici dello Stato.

Un'omissione operata dal Comitato ristretto, il quale si è rimesso al riguardo alla Commissione, è quella relativa al regolamento. Infatti, sulla questione, nel testo del Comitato ristretto non viene fatto alcun cenno, né come termine per la sua emanazione né come contenuto del regolamento medesimo. L'argomento va deciso in commissione, tanto più che la legge si richiama ripetutamente al regolamento.

In proposito debbo dire che, forse, ce ne vorranno due di regolamenti, uno per gli ospedali civili e un altro con norme regolamentari particolari per l'applicazione di questa legge agli ospedali dipendenti dai vari istituti previdenziali.

Arrivati a questo punto, dobbiamo dire qualcosa su quelli che sono gli emendamenti nel loro complesso, emendamenti che, per essere contenuti in un voluminoso fascicolo, sembrano essere di più dell'insieme di articoli comprendenti l'intera materia trattata in questa legge. Essi, per la verità, il più delle volte si limitano ad alcune rettifiche formali oppure ripetono l'intero articolo per mutare o sopprimere una sola parola.

Comunque s'impone qualche osservazione. Anzitutto questa: alcuni di questi emendamenti governativi vengono a sconvolgere quell'ordinamento giuridico delle competenze che con tanta cura e non minore pazienza il Comitato ristretto aveva cercato di precisare. E lo fanno in una duplice direzione, in qualche caso col chiedere troppo, in altri col togliere quanto noi avevamo già dato al Ministero della sanità.

All'articolo 2, ad esempio, quando si cerca di stabilire quale dev'essere la sfera di competenza della prevista alta sorveglianza attribuita al Ministero della sanità mi pare che

si voglia abbracciare troppo, quando si vuol far passare sotto l'alta sorveglianza del Ministero stesso anche tutti gli enti che « comunque » svolgano attività ospedaliera. Con questo principio, per esempio, anche le province passerebbero dalla sorveglianza del Ministero dell'interno a quella del Ministero della sanità ! Quindi è un argomento, questo, da considerare con molta attenzione.

Per quanto riguarda, poi, la questione dei servizi sanitari, tutto resta come avevamo previsto noi, solo che, in alcuni punti viene indicata la competenza del Comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica, anziché quella del medico provinciale.

Circa la carriera dei sanitari, si aumenta fino a 65 anni il mantenimento in carica degli aiuti e degli assistenti. E, in questo modo, vengono accolte quasi integralmente, quelle che sono le richieste avanzate dalla categoria interessata. Per quanto riguarda i primari ospedalieri, si ripristina quanto già previsto dal Comitato ristretto e, ancor prima, dall'originario schema di legge governativo. E si ripristina non soltanto come permanenza in servizio fino al 65° anno di età, ma anche come trattamento economico, prevedendo il conferimento del titolo di « emerito » al momento della cessazione dal servizio per raggiunti limiti di età e conseguente trattamento economico, pari a quello del grado ricoperto al momento della cessazione dal servizio, fino al 70° anno di età.

Gli emendamenti governativi propongono inoltre di richiamare in servizio i primari che siano stati posti fuori servizio per aver superato i 65 anni di età.

Gli emendamenti del Governo pongono poi il problema dell'internato obbligatorio, lasciando tuttavia ferma quella che era la decisione del Comitato ristretto. E fanno ciò in forma che non mi pare tecnicamente e giuridicamente valida. Però, il problema dell'obbligatorietà dell'internato viene posto ed io credo che la Commissione, esaminando a fondo la cosa, potrà valutare anche la possibilità di modificare le conclusioni cui è pervenuto il Comitato ristretto stesso.

Gli emendamenti governativi sopprimono, poi, l'ultimo comma dell'articolo 83 che prevede il conglobamento di una parte dei compensi mutualistici negli stipendi del personale medico; possibilità, questa, che era prevista nello stesso disegno di legge governativo nel testo originario. In tal modo si toglierebbe la possibilità di arrivare ad aumentare gli stipendi dei medici, e quindi affrontare il problema del trattamento economico, senza dover aggravare la spesa da parte delle stesse amministrazioni.

E poi viene soppresso l'ultima parte dell'articolo 82 elaborato dal Comitato ristretto; vengono soppresse precisamente le ultime tre righe, nelle quali si fa entrare nella copertura della spesa la parte che riguarda quelle funzioni varie che, con questa legge, andiamo ad affidare all'ospedale. Sarebbe, in questo modo, come rimettere in discussione tutto il problema della copertura della spesa e quindi la vita stessa dell'ospedale che questa Commissione deve affrontare e risolvere.

Con il testo del Comitato ristretto e con i vari emendamenti, così come si presentano, certamente non affrontiamo il problema istituzionale, non affrontiamo il problema amministrativo, non affrontiamo il problema finanziario, se non nelle forme tangenziali che stiamo dicendo. Però per fare dei passi avanti in questo settore, (che di passi avanti deve assolutamente farne, perché si trova in condizioni di reale arretratezza) ritengo che si debba procedere per gradi. Con questa legge noi diamo un piano regolatore nella creazione di nuovi ospedali, stabiliamo delle nuove norme per la carriera dei medici ospedalieri e veniamo ad affrontare buona parte dei problemi, che agitano la vita degli ospedali e in più andiamo ad affrontare una fondamentale questione giuridica che va a chiarire la posizione dell'ospedale fra i vari settori che oggi se ne contendono la tutela, o addirittura la vita: Ministero dell'interno, Ministero del lavoro, Ministero della sanità. Da questo testo l'ente ospedaliero, anche se non viene ancora modificato istituzionalmente, viene tuttavia decisamente messo in evidenza di fronte ad altre amministrazioni pubbliche, come lo strumento fondamentale di una politica sanitaria in una nuova visione veramente sanitaria della sua funzione nell'interesse della comunità.

Per questo motivo, mi auguro che, nonostante le incompletezze della legge, nonostante che alcuni problemi anche non secondari non vengano risolti, i colleghi vogliano con senso di responsabilità esaminare e approvare questa legge che apporta un reale progresso nella vita degli ospedali.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole Sorgi per la sua relazione e per il lavoro che egli ha compiuto nella elaborazione del testo del Comitato ristretto.

Poiché l'onorevole Sorgi nella sua relazione ha fatto riferimento alla proposta di legge Longo e altri, vorrei leggere il testo

del parere espresso su quella proposta dalla Commissione Affari costituzionali:

« Si esprime parare contrario contestando la costituzionalità e l'impostazione dell'organizzazione amministrativa proposta e rilevando la portata eversiva di tutto il progetto di legge. Si ritengono infatti violati gli articoli 38, 41 e 42 della Costituzione, in quanto, da una parte si viola la libertà dell'assistenza privata e si espropriano, dall'altra parte, senza indennizzo e senza motivazione, le proprietà degli enti ospedalieri.

Si ritiene altresì inopportuna l'impostazione generale del provvedimento con la creazione di una struttura ospedaliera articolata attraverso organi nazionali e regionali che dovrebbero assumere le amministrazioni a titolo esclusivo.

Si ritengono contrarie ai principî della disciplina del rapporto di pubblico impiego tutte le norme dirette ad escludere che i singoli istituti ospedalieri abbiano la possibilità di bandire concorsi e di scegliere i propri sanitari e il proprio personale amministrativo. Si ritengono particolarmente lesivi di detti principi gli articoli 6, 7, 10, 48, 91 e gli altri a questi collegati.

La I Commissione coglie, comunque, l'occasione per dichiarare che ritiene realmente necessaria una riforma ospedaliera che, tutelando la indispensabile attività privata e non inaridendo le fonti della beneficenza, dia al Ministero della sanità più estese competenze al fine di coadiuvare, coordinare e integrare le funzioni degli enti ospedalieri, finalità cui la proposta in oggetto non risulta rispondente ».

Come i colleghi sanno, quando il Comitato ristretto ha iniziato i suoi lavori non ha preso in esame la proposta di legge n. 3999, d'iniziativa dei deputati Longo e altri, poiché essa è stata presentata successivamente. Poiché indietro non possiamo ritornare, prego i proponenti di voler avanzare, quando lo vorranno, emendamenti in rapporto al provvedimento che stiamo esaminando.

Mi permetto, inoltre, di invitare i colleghi, che intendano presentare emendamenti al testo del Comitato ristretto e agli emendamenti governativi, di presentare tali emendamenti non oltre le ore dodici di sabato 24 novembre 1962. Noi terremo la prossima seduta mercoledì venturo; in questo modo si avrà il tempo di poter presentare alla Commissione tali emendamenti coordinati.

BUCALOSSI. Signor Presidente, onorevoli colleghi. Desidero, anzitutto, associarmi al ringraziamento da lei espresso, onorevole Presidente, al collega onorevole Sorgi, per l'impegno, la competenza, l'intelligenza con le quali egli ha trattato l'argomento all'ordine del giorno.

La Presidenza della XIV Commissione, alla fine del mese di giugno 1962, tenendo conto di una situazione maturata in tutto il Paese circa l'esigenza di riordinare il sistema ospedaliero, pose all'ordine del giorno della nostra Commissione i varii progetti di legge, d'iniziativa parlamentare, nonché il disegno di legge Giardina d'iniziativa del Governo, ai quali si è venuto ultimamente ad aggiungere la proposta di legge n. 3999, dell'onorevole Longo ed altri, riguardante la complessa materia del riordinamento dei servizi ospedalieri.

Dal momento nel quale veniva così investita del problema la sovranità del Parlamento, sono avvenuti alcuni fatti sui quali non posso non richiamare l'attenzione. Il Parlamento è stato cioè sottoposto ad una serie di pressioni esterne le quali hanno teso e tendono ad imporre per questo grande problema soluzioni che riflettono più aspetti particolari e settoriali che non l'interesse generale del Paese. E debbo rammaricarmi che in questa situazione, il Governo si sia fatto portavoce di queste pressioni attraverso una serie di emendamenti, che, in qualche caso, non sono che la riproduzione esatta e pedissequa delle richieste avanzate da alcuni gruppi che si caratterizzano più per il loro attivismo che per una visione ampia e consapevole degli interessi generali.

Credo che ella, onorevole Presidente, avrà l'occasione e l'opportunità per rivendicare la dignità del Parlamento proprio nei riguardi dell'esecutivo, affinché non contribuisca a gettare ulteriore discredito sulle funzioni parlamentari, che purtroppo attraversano un periodo di incomprensione di fronte al quale è nostro compito primordiale difendere le sue prerogative e la sua sovranità nel campo legislativo.

Per quanto riguarda il problema di carattere generale inerente alle leggi che sono al nostro esame, io non esito ad affermare un apprezzamento positivo, e ciò malgrado il parere contrario della Commissione Affari costituzionali e della Commissione Bilancio, alla proposta di legge n. 3999, di iniziativa dei deputati Longo e altri. Mi sembra che l'onorevole Sorgi, nella sua relazione, abbia dato atto che in quella proposta di legge c'è la volontà di affrontare il problema sanitario ospedaliero in una maniera radicale e decisiva,

Io non mi sento di condividere alcune riserve avanzate a questo riguardo sulle lesioni dei principi di libertà e di autonomia che sarebbero implicite in questa proposta di legge. Infatti, in un paese nel quale i problemi della libertà e dell'autonomia sono largamente considerati e difesi, come in Inghilterra, si è attuata addirittura la nazionalizzazione degli ospedali nel rispetto della loro giusta autonomia e libertà di azione sul piano tecnico ed anche amministrativo.

Debbo tuttavia dire che forse è prematuro il volere affrontare a fondo questo problema, e ciò comprometterebbe oggi anche la possibilità di fare un passo avanti in una situazione che richiede invece che un passo avanti venga fatto.

In sede di Comitato ristretto io ho affermato la opportunità di esaminare la situazione globale affrontata dalle varie proposte al nostro esame e come fosse opportuno respingere i vari tentativi di legge stralcio che si limitasse a considerare i problemi dei sanitari legittimi ma modesti rispetto ad esigenze più generali, anche perché la loro soluzione potrebbe contribuire a manterere in una situazione statica e conservatrice di conservazione gli aspetti fondamentali del problema. A questo riguardo, è mio desiderio ribadire qui l'assoluta inopportunità di una legge stralcio.

Entrando nel merito, questa legge purtroppo lascerà insoluti molti problemi. Contrariamente a quella che è l'opinione del Presidente, per quanto riguarda ad esempio lo stato giuridico dei sanitari, essa codifica uno stato giuridico che non trova nessun parallelo e nessuna configurazione in quelli che sono gli stati giuridici dei dipendenti degli altri Enti. È in tal senso che si è espresso il relatore che mi trova concorde. I sanitari degli ospedali infatti non sono funzionari con tutti i doveri e tutti i diritti inerenti a questa qualifica, ma sono qualcosa di ibrido, senza una precisa figura, il che comporta una serie di difficoltà anche per quanto concerne la disciplina di questo settore. Dobbiamo e possiamo, tuttavia, sottolineare come elemento largamente positivo la considerazione che trova, nel testo del Comitato ristretto, il così detto tempo pieno sia pure indicato come soluzione facoltativa su concorde parere dei sanitari e delle amministrazioni.

Altro punto non risolto e sul quale si intratterrà il collega onorevole Romano, è quello che riguarda il trattamento economico delle categorie sanitarie, alle quali faceva un preciso riferimento il progetto Longo. Trattamento economico di particolare rilievo specialmente per quanto concerne i problemi previdenziali della categoria.

Altro aspetto è quello dei limiti di età per il mantenimento dei sanitari. Se consideriamo quanto avviene in molti paesi stranieri e quello che si verifica negli stabilimenti sanitari dipendenti dell'IN.P.S. e dall'I.N.A.I.L. il principio da applicare appare questo limite di età uguale per tutti.

Un principio che esige assoluto rispetto è quello delle autonomie locali, delle quali, a parole, tutti quanti sono paladini e che in pratica – lo constato con grande amarezza – si fa di tutto per distruggere!

A questo proposito, nei riguardi delle commissioni esaminatrici per i concorsi sanitari degli ospedali, si è giunti a questa po' po' di confusione, attraverso l'emendamento del Governo. La commissione amministratrice perde praticamente ogni facoltà di scelta. Il titolare universitario dovrebbe essere « scelto su una terna proposta dalla competente sezione del Consiglio superiore di sanità »! Al riguardo non si capisce perché lo stesso principio non dovrebbe vigere per il concorso del direttore di farmacia.

Per i primari ospedalieri facenti parte delle commissioni essi dovrebbero essere quelli in servizio presso l'ospedale che ha bandito il concorso. Si tratta di grossolane e inammissibili soluzioni che significano sfiducia nelle amministrazioni locali da parte proprio dell'esecutivo che, sotto questo aspetto, appare il più criticabile.

Vi è poi un terzo aspetto che a mio avviso deve essere preso in considerazione. Riguarda il principio per cui ogni prestatore d'opera ha diritto ad un emolumento, ad un compenso. Ora, intendiamo noi che esso sia valido anche per l'ospedale o no? Il mio riferimento riguarda i posti di assistente volontario. Quando noi codifichiamo la figura di quest'ultimo, al quale non diamo nessun diritto, se non quello di un certificato!...

ANGELINI LUDOVICO. Dopo due anni!

BUCALOSSI. Sì, d'accordo: tanti consulti, tanti certificati!... In ogni modo, in fondo è così. Anche qui è una questione di principio che può creare a breve scadenza delle grosse difficoltà per il passaggio di responsabilità tra il personale effettivo e volontario sul quale ultimo si tendono a scaricare tutte le necessità più elementari del servizio.

Per concludere, io ho desiderato sottolineare la necessità di fare ogni sforzo – mi riservo, naturalmente, di ritornare sui vari argomenti allorché esamineremo il provvedimento articolo per articolo – per cercare di

dare alla legge che esaminiamo un fermo ancoraggio a principî più validi e generali. Io ne ho enunciati alcuni e ribadisco questo: occorre salvare in ogni caso, ove non si proceda alla nazionalizzazione vera e propria, l'autonomia; non ci si deve attardare a mezza strada con soluzioni che sono certamente le peggiori perché le più equivoche.

Gli ospedali infatti hanno perduto ogni possibilità di iniziativa, e non rispondono più per questo, a quelle che sono le esigenze di carattere locale. Ho sottolineato già la volta scorsa che da noi le condizioni e le situazioni sono diversissime. In un paese come il nostro dove variano da quelle del cosidetto triangolo industriale a quelle del Sud le esigenze sono diverse e gli ospedali, conseguentemente, devono rispondere ad esigenze diverse.

Si tratta, quindi, di ridare agli ospedali la loro autonomia presentemente assorbita dal potere centrale.

COTELLESSA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nel mio intervento sul bilancio della Sanità nell'estate scorsa ebbi a definire il Dicastero della sanità la cenerentola dei Ministeri, lamentando che non si sia fatto sinora uso di quei poteri e di quei mezzi che sono devoluti al Ministro per un'azione di controllo e di coordinamento che la legge istitutiva conferisce.

E concludevo augurandomi che l'esperienza marinara del nuovo Ministro desse a lui la possibilità di una felice navigazione non con la velocità delle caravelle ma con quella delle moderne turbonavi.

E se alla fine della nostra legislatura dobbiamo oggi riconoscere che non brillanti sono i risultati del nostro lavoro legislativo nel settore della Sanità, si deve ammettere e sento di doverne dare lealmente atto a lei onorevole Ministro, che finalmente dopo tante sollecitazioni, discussioni, anni di attesa i problemi sanitari sono all'ordine del giorno del nostro Parlamento per iniziare e, speriamo, concludere felicemente importanti provvidenze.

Con questo disegno di legge che è al nostro esame non pensiamo certo di risolvere, onorevoli colleghi, il problema ospedaliero tanto complesso e tanto vasto nella sua struttura; ma se riuscissimo a gettare solide basi per un più completo studio futuro avremmo certamente fatta opera meritoria ed utile. Non dobbiamo anzitutto dimenticare che l'ospedale nella sua funzione di istituto ha anzitutto l'assistenza del malato come vero ed unico scopo e tutta l'organizzazione delle nostre istituzioni va diretta a questo nobile e grande fine.

Si è molto insistito, con rilevazioni statistiche, sulla necessità indilazionabile di completare la nostra rete ospedaliera soprattutto nel centro-meridione d'Italia ed attraverso la Cassa del Mezzogiorno e l'ultimo importante provvedimento che l'onorevole Ministro ha di recente presentato al Consiglio dei ministri ci assicurerà nuovi ospedali ed un rilevante completamento della rete esistente: piano edilizio che non possiamo non elogiare.

Però mi permetto di raccomandare al Ministro onorevole Jervolino, che non si creino ospedali in funzioni elettoralistiche perché gli ospedali hanno la loro giustificazione in una razionale ubicazione topografica e non possono crearsi con lo stesso criterio della Scuola o della Chiesa, per sollecitazione di un sindaco o di un parlamentare.

Nella stessa legge che stiamo esaminando, se pur ridotta nell'articolazione, agli articoli 10 e 11, si fissa un piano provinciale ospedaliero con tutta una serie di norme per prevedere i nuovi ospedali gli ampliamenti ed i potenziamenti di quelli esistenti.

Ma, ancora oggi, specie nel mezzogiorno d'Italia si pensa all'ospedale come ad una pur modesta istituzione, dove tutto si concentra nella attività di un chirurgo che opera (presente od assente dal Centro), e su tale impostazione si fonda tutta la necessità della creazione o della persistenza di un ospedale.

Questi criteri non possono più essere seguiti: l'ospedale ha una funzione molto più completa e complessa e non può immiserirsi in questa visione ridottissima di attività e di assistenza.

Penso perciò di rivolgere a Lei signor Ministro questa viva preghiera perché sia valutata con oculata responsabile imparzialità la distribuzione dei nuovi posti letto e siano assegnati a quei Centri che per ragioni topografiche e conveniente ubicazione o per esistente organizzazione, abbiano indiscusse ragioni di vedere rinnovate, ampliate, potenziate, o create le proprie strutture ospedaliere.

Ma, accanto a questo efficiente piano costruttivo, che finalmente farà in alcuni anni risolvere il problema dei posti letto, non possiamo sottovalutare un altro problema vitale per l'esistenza dei nostri istituti, senza dubbio improrogabile e urgente; la situazione economica dei nostri ospedali che con questa legge finiamo per aggravare senza che vi sia una impostazione chiara e precisa.

E mi permetta, onorevole Presidente, di chiedere a lei se si sia già espresso in merito la Commissione Finanze e Tesoro, cui è stato chiesto il parere. Dall'esame di questo

disegno di legge che nell'ultima stesura ha visto ridotto da 125 a 98 gli articoli, si rileva anzitutto una nuova classifica delle istituzioni ospedaliere, i cui dettagli saranno certamente devoluti ad un regolamento la cui pubblicazione, ritengo, debba fissarsi con un articolo aggiuntivo della presente legge e che mi permetterò di presentare all'approvazione dei colleghi.

Lo stesso si dica per quanto riguarda il regolamento interno degli ospedali, che non molti istituti posseggono e che credo sia indispensabile rendere obbligatorio con delle norme a carattere generale dal Ministero della sanità.

Nel capitolo secondo della legge riguardante il personale sanitario e ausiliario, vi sono una serie di articoli che portano delle importanti innovazioni alle leggi vigenti, che a me sembrano più preoccupate della carriera dei medici che dell'assistenza del malato. Non vorrò qui ricordare le ripetute dichiarazioni che valorosi medici italiani hanno pubblicato sulla stampa, e gli interventi in sede parlamentare di vari insigni colleghi che hanno tenuto a dimostrare che lo stato giuridico dei sanitari ospedalieri deve considerarsi in una riforma organica degli istituti, che abbiano veramente assicurata la loro vita e la loro funzione.

E se è vero che l'ospedale deve considerarsi non un istituto di collocamento ma una scuola di indispensabile coronamento degli studi universitari per la formazione professionale del medico, per il suo perfezionamento culturale, scientifico e pratico perché vogliamo togliere a questi importanti complessi questa altissima funzione formativa ed avvilire la carriera ospedaliera ad una normale e stanca *routine* (pari ad un impiegato di archivio o di ordine) facendo scontenti dopo qualche tempo amministratori, primari, assistenti, e, non dimentichiamoli, degenti?

Nessuno nega la necessità di valutazione nel sistema previdenziale e la meritata valorizzazione del servizio prestato dai medici in ospedali, questioni che devono essere poste in primo piano, ma non può essere mortificata la dignità del medico creando pericolosissimi scopartimenti stagno fra la professione libera e la carriera ospedaliera: per i primi l'arrembaggio alla medicina mutualistica, per i secondi la mortificante sistemazione di una pagnotta sicura, senza entusiasmo e con scarse possibilità per le generazioni future.

Ed il malato, finalità prima dell'ospedale, cosa ne guadagna da questo sistema di forzata sistemazione dei sanitari? Perché non valorizzare al massimo l'esercizio ospedaliero del medico assicurando a questi una preferenza nell'impiego presso gli Enti mutualistici, nei concorsi per medici fiduciari dei numerosi enti di previdenza, per esempio, il che assicurerebbe a queste istituzioni del personale qualificato e costituirebbe un reale perfezionamento di carriera nell'aspirazione di migliorare la propria preparazione dei giovani medici, che entrando negli ospedali, sanno che il loro servizio viene valorizzato, valutato e dignitosamente soddisfatto. In particolare, io insisto per la stesura nel disegno di legge che contempla 65 anni di età purché si siano raggiunti i 40 anni pensionabili, per i primari; 55 anni per gli aiuti, 45 per gli assistenti, con la conferma quadriennale per le ultime due categorie.

All'articolo 14 vi sono due modifiche da apportare perché, allorché si cita l'articolo 24, ci si riferisce evidentemente all'articolo 12. Ho le mie perplessità per la dicitura del secondo capoverso « la deliberazione di dimissione deve essere motivata genericamente ». Occorre definire con precisione questa dicitura prché sono infinite le cause di ricorso per queste affermazioni evasive che devono essere precise, per cui io sarei per la soppressione del capoverso.

All'articolo 17 va sostituito il n. 24 con il n. 12; al 18 il n. 114 con il n. 87; all'articolo 19 il n. 110 con l'83.

Nella formulazione del capitolo riguardante il personale medico mancano note illustrative sulle funzioni del direttore sanitario, del primario e dei sanitari dipendenti; che penso saranno ben chiarite nel regolamento, altrimenti si mancherebbe di precisare i compiti dei singoli sanitari.

Due innovazioni si rilevano: l'istituzione dell'internato obbligatorio di un anno ed il posto della direttrice dei servizi di assistenza immediata.

Con l'internato obbligatorio si parla di una costituzione di un fondo per l'erogazione di premi a favore dei più meritevoli e bisognosi ma non si definisce se a carico del Ministero della sanità o di altro Dicastero. Per l'istituzione del posto di direttrice dei servizi di assistenza si parla di infermiera professionale abilitata alle funzioni direttive, il che fa pensare trattarsi di una capo sala o qualche diverso titolo, non ben definito e che occorre precisare.

Nel capitolo terzo che si occupa dei concorsi si sono anche affrontate innovazioni, e fra esse all'articolo 42 nell'ultimo comma, al-

l'emendamento proposto dal Governo si legge: il conferimento dei posti di interino deve essere effettuato a favore dei dichiarati idonei, secondo la graduatoria, purché espletato da non oltre un anno e si aggiunge: « o, in mancanza dei sanitari in servizio, del grado inferiore in ordine di anzianità ».

La professione del medico onorevole Ministro non può servirsi dell'anzianità come titolo preferenziale perché sarebbe veramente grave avere un primario incaricato, scelto nella persona di un aiuto di oltre 60 anni che per la stabilità ottenuta con la presente legge non ha altro merito che quello di essere anziano pur essendo incapace ad esercitare con competenza e dignità l'incarico conferitogli.

Altra incongruenza è costituita dal ritenere con l'articolo 45 che i primari di medicina e chirurgia generale si debbano considerare di materia affine per le rispettive specialità. Non voglio ricordare le numerose sentenze del Consiglio di Stato, che ha accettato ricorsi in materia per l'affinità e l'attinenza alle varie discipline mediche e chirurgiche, ma dopo il moltiplicarsi delle varie branche della medicina, l'istituzione di numerose cattedre universitarie, e numerosi primariati in ospedali di prima e seconda categoria, non si vede perché un concorso per pediatria dovrebbe avere un primario di medicina, per esempio, od un concorso di ostetricia dovrebbe avere un chirurgo.

Gli ospedali hanno secondo la stesura del testo Giardina, che penso sarà oggetto del regolamento, in tutte e tre le categorie reparti di medicina e di chirurgia e ben vi stiano i clinici ed i primari medici per la medicina, quelli di chirurgia per i primari di chirurgia, ma quando si tratta di branche specialistiche non vi è alcuna ragione di escludere i cultori delle singole discipline.

Così mi sembra che peggiori la soluzione dei partecipanti, il sopprimere l'ultimo comma dell'articolo 50 che stabilisce dei criteri di valutazione per l'ammissione ai concorsi di primario che deve costituire il primo vaglio per la scelta dei candidati.

Ho ripetutamente rilevato che deve essere nostro precipuo dovere preoccuparci di dare al malato la migliore e più qualificata assistenza, e, dolorosamente, tutte queste modifiche, che vogliamo introdurre nella presente legge ci allontanano sempre più da questo fondamentale scopo: perché ci preoccupiamo di assicurare la stabilità senza dignità ai medici, limitiamo le possibilità di scelta, apriamo le porte a quanti, anche senza titoli, si credono autorizzati a raggiungere i posti di responsabilità, che non mi sembra si salvi con la modifica dell'articolo 51, che apporta una terna proposta dalla competente sezione del Consiglio superiore di sanità, credendo con questa artificiosa e pesante procedura, di offrire ogni garanzia per l'espletamento di un concorso.

Anche negli articoli 52 e 58 si parla di servizi da valutare in base alla maggiore o minore attinenza al posto messo a concorso.

Anche qui ripeto la mia perplessità perché è fuor di luogo che occorre essere chiari nella valutazione dei titoli o dei servizi per la stessa disciplina un punteggio preciso e definito; per differente disciplina punteggio ridotto sia o non sia affine, sia o non sia attinente.

Se si concorre ad un posto di ostetrico che si abbia servizio di pediatria o di urologia o di anatomia patologica non interessa: interessa il servizio della stessa disciplina ed eventualmente in tono minore gli altri titoli e servizi.

Per le scuole convitto professionali che nel primo testo si erano rese obbligatorie per i centri ospedalieri e gli ospedali principali, nel successivo testo diventano facoltative.

È fuor di dubbio che le necessità delle scuole per infermiere si rendono sempre più pressanti, e penso che non si possono ancora ritardare la istituzione di questi corsi.

Io considererei obbligatoria la istituzione delle scuole convitto professionali per centri ospedalieri, facoltativi per gli ospedali principali.

Larga diffusione va data ai corsi di infermieri generici per qualificare il personale in servizio, per cui già il Ministero interviene attivamente.

Nel nuovo testo presentato dal Governo viene modificato l'articolo 82 e vengono soppressi gli articoli 84, 85, 86, né si è ritenuto nella presente stesura del disegno di legge in esame trattare con più ampia disamina il problema delle rette ospedaliere.

Ora con questo nostro ordinamento si creano nuovi oneri agli ospedali, si rende più complessa la loro vita e la loro funzione senza una adeguata copertura finanziaria.

Le Amministrazioni ospedaliere si trovano di fronte agli obblighi imprescindibili di ricoverare i malati acuti e gravi, di avere le più moderne attrezzature, di dover moltiplicare e soddisfare adeguatamente il personale, di stabilizzare i medici, di subire la concorrenza degli istituti privati di cura e degli ambulatori e presidî mutualistici che sottraggono degenze e malati e contro cui nessuna autorità interviene, di vedere non pagate le rette che quando sono corrisposte sono inferiori al

costo di gestione, per cui sono costrette ad avere anticipazioni di tesoreria con enormi interessi passivi.

Onorevole Ministro quali sono le possibilità del domani? Lo stesso Ministero della sanità non riesce a veder pagate le rette dei poliomielitici che superano i 7 miliardi e pur i miliardi si reperiscono tutti i giorni per tante altre necessità, non certo di importanza superiore a quella della salute dell'individuo.

Gli ospedali hanno una altissima funzione sociale che pur dalla Costituzione (che sempre si cita per comodo) per la tutela della integrità e della salute pubblica è contemplata, ma come li aiutiamo e li sosteniamo?

Ella, onorevole Ministro, nella sua nuova responsabilità ci dimostra tanta comprensione e tanta volontà nel risolvere i nostri problemi: raccolga questo nostro invito che viene dal cuore e non dalla demagogia politica, dalla realtà che viviamo e dalla passione che ci avvince perché sentiamo come non ci si può occupare dell'ospedale come di un qualsiasi ente, dove si collocano quelli che hanno bisogno di lavorare e di assicurarsi un posto al sole.

L'ospedale è, e deve, essere una palestra di insegnamento e di perfezionamento per i giovani volenterosi di imparare, è una istituzione, che non ha finalità lucrative ma funzione di assistenza piena e generosa, è un luogo sacro perché ha affidato la vita degli uomini e la sanità pubblica in questo nobilissimo compito, ha tutta la responsabilità della sua guida e della sua azione e deve poterne e saperne tutelare e difendere l'esistenza.

Questo lo ricordiamo anzitutto a noi stessi, al Governo, al Paese che ci guarda e ci giudica quali responsabili delle leggi che approviamo.

RICCA. Io non entrerò negli aspetti particolari del provvedimento al nostro esame. Mi soffermerò su alcuni punti essenziali, anzi pregiudiziali di esso.

Quando in sede di Comitato ristretto iniziammo i nostri lavori scartammo l'idea di fermarci alla cosiddetta « legge stralcio » cioè a stabilire norme che riguardassero solo la permanenza in servizio dei sanitari; ma ritenemmo che fosse indispensabile affrontare accanto al problema dello stato giuridico del personale ospedaliero, quello dei servizi in una nuova visione dell'ospedale non più opera caritativa ma ente sanitario, rispondente alla concezione che si rileva dall'articolo 32 della nostra Costituzione: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti ».

A che cosa abbiamo assistito nel corso di questi tre mesi di dibattito in sede parlamentare ed extra parlamentare? Abbiamo assistito da un lato alla manifestazione di una volontà precisa della Commissione parlamentare, tendente ad affrontare i problemi che investono gli ospedali e dall'altro ad agitazioni e pressioni di categorie e ad incontri e interventi del Governo il quale, non tenendo conto della volontà della Commissione, si è sovrapposto ad essa, imponendo un indirizzo completamente diverso da quelli che erano i suoi obiettivi.

A mio avviso il Governo non doveva, se voleva intervenire con la volontà di operare seriamente, preoccuparsi dei problemi che avevano stretta natura settoriale, di carattere sindacale, ma doveva cooperare concretamente alla ricerca dei mezzi necessari per costituire la base dalla quale partire per arrivare ad una effettiva riforma, ad un'effettiva normalizzazione dei rapporti ospedalieri. Tale contributo è venuto meno e credo che oggi sia inutile iniziare e continuare l'esame di un provvedimento, che ha il punto critico al termine, al momento, cioè, in cui sarà esaminato l'articolo sulla retta. Potrebbe risultare inutile tutto il lavoro se su di essa non riusciremo ad intenderci.

E la dimostrazione che il Governo ha agito in termini negativi, è data dalla presentazione stessa degli emendamenti proposti. Il Governo è entrato in una parte normativa, accogliendo istanze di natura sindacale e ha trascurato altre parti, senza tener conto dei precisi impegni che esso aveva assunto in sede parlamentare. Questo mi sembra che voglia dire non voler affrontare seriamente il problema.

Se andiamo a leggere, per esempio, il bilancio dell'I.N.A.M., vediamo che nel 1961 le rette ospedaliere in Italia assommavano a 113 miliardi 92 milioni e 552 mila lire. Gli enti mutualistici hanno pagato soltanto 104 miliardi 145 milioni e 745 mila lire. Son pertanto 10 i miliardi che gli ospedali non vengono ad avere; e se sommiamo questi 10 miliardi a tutti quei miliardi degli anni passati, possiamo ben renderci conto come la situazione degli ospedali vada sempre peggiorando.

Ora questa è una realtà innegabile! Il Governo, ove avesse avuto una prospettiva seria doveva preoccuparsi di intervenire perché il rapporto tra istituti assicurativi e istituti assistenziali o ospedali venisse modificato, trovando i mezzi per far sì che lo Stato potesse

assumere quelle spese degli ospedali a carattere chiaramente sociale.

E sembrava che il Governo fosse giunto a tale determinazione allorché il suo rappresentante disse qui che avrebbe reperito i dodici miliardi all'anno necessari per tali interventi.

Ora sembra a me che su questo punto sia necessario un dibattito serio e costruttivo, un dibattito responsabile!

D'altra parte, vi è anche un'altra realtà da considerare. Noi eravamo partiti dal concetto che la legge, che dovevamo approvare, fosse una legge a carattere sociale.

Ora, quando noi confrontiamo la situazione esistente nel nostro e quella esistente in altri paesi, noi vediamo che in quelli di più alta civilità e di più alto grado di progresso, le spese generali relative alle funzioni ed alle attività del Ministero della sanità, sono ai primi posti degli impegni finanziari dello Stato. Così in Inghilterra, in Belgio, in Svezia, ecc.

In Italia, invece, questa spesa è all'ultimo posto. E anziché mirare a migliorare la situazione, si continua a creare confusione: è di questi giorni la notizia che il Governo ha presentato al Senato un disegno di legge che prevede un impegno di 180 miliardi in dieci anni per costruzioni ospedaliere. Ora, noi non ne facciamo una questione di prestigio nei confronti del Senato, ma osserviamo che ci sembrava logico che il disegno di legge venisse portato in discussione in questa sede, in un quadro generale della politica di riforma ospedaliera.

Ora, ci sembra, quindi, impossibile – e la nostra è stata soltanto una premessa nell'ambito della discussione generale! – di affrontare l'esame del disegno di legge sull'ordinamento dei servizi e delle carriere se il Governo, e per esso l'onorevole Presidente del Consiglio, il quale si è dimostrato tanto sollecito nell'accogliere le istanze sindacali delle varie categorie, non viene qui, in Commissione, a dirci come si intendono risolvere i vari aspetti del problema, a chiarirci le valutazioni del Governo al riguardo, i suoi possibili impegni sul piano finanziario. Senza di che, sarebbe impossibile da parte nostra poter affrontare seriamente gli aspetti del problema, che sono di riforma e di prospettiva, nel piano della sicurezza sociale nel nostro Paese!

PRESIDENTE. Mi associo, chiarendola, alla proposta del collega onorevole Ricca e che penso sia condivisa da molti altri onorevoli colleghi membri della Commissione, pregando l'onorevole Sottosegretario di Stato di volersi rendere interprete presso l'onorevole Presidente del Consiglio affinché egli ci usi possibilmente la cortesia di venire qui appena possibile a chiarire la posizione del Governo in ordine al problema della copertura finanziaria.

RICCA. E, questo perché, egli tanto solerte in sede sindacale nell'accogliere le istanze delle categorie, lo sia altrettanto in sede parlamentare!

BARBIERI ORAZIO. A me pare che la discussione cominci ad entrare negli aspetti più vivi e profondi del grave problema che stiamo affrontando. Mentre, d'altra parte, il Relatore onorevole Sorgi e, dopo di lui, l'onorevole Bucalossi, si sono soffermati giustamente a richiamare l'impegno della Commissione in ordine al provvedimento in esame, e noi tutti abbiamo dato atto del lavoro svolto dall'intera Commissione, dobbiamo anche riconoscere che in questa circostanza abbiamo sottoposto il collega Relatore a una fatica non indifferente, sia per coordinare le varie proposte di emendamenti che sono state fatte in quella laboriosa riunione del Comitato ristretto e sia, anche, successivamente per esprimere un parere sugli emendamenti del Governo e sulla proposta di legge d'iniziativa dei colleghi onorevoli Longo ed altri.

Credo però che noi non possiamo ignorare quello che è avvenuto in questi ultimi tempi. E, lealmente, l'onorevole Bucalossi prima di me, in parte giustamente ha lamentato il fatto che vengano esercitate dall'esterno e all'interno, pressioni sui lavori della nostra Commissione e, conseguentemente, del Parlamento.

Noi siamo d'accordo su queste osservazioni. Difatti ad un certo momento è avvenuta una vera pressione, un vero e proprio tentativo di forzatura della mano da parte di gruppi ristretti su singoli membri del Governo per la presentazione di un nuovo corpo di emendamenti, mentre sembrava che tutta la maggioranza fosse d'accordo sul testo elaborato dal Comitato ristretto. Si deve aggiungere anche il fatto che, mentre avevamo creduto che il pensiero del Governo e della maggioranza fosse rappresentato dalle persone fisiche che partecipavano ai lavori della nostra Commissione, ci è capitato invece spesso di sentire prese di posizione di membri del Governo molto differenti dalle posizioni che venivano qui avanzate, e la cosa ci ha lasciato molto perplessi.

Da questa forma di pressione sull'opera del Governo per influire sui lavori della nostra Commissione, vorrei distinguere tutto l'altro

lavoro, l'altro travaglio, le altre agitazioni che si sono svolte nel nostro Paese in questi ultimi mesi. Ritengo che noi non dovremmo dispiacerci di questo dato di fatto. Mi voglio riferire, per esempio, a tutti i convegni che i vari gruppi hanno tenuto, delle iniziative che sono un segno di impegno, da parte delle varie organizzazioni mediche (l'ultimo in ordine di tempo è stato il congresso dell'Ordine dei medici di Milano) e che pongono al centro dei loro dibattiti il problema della riforma ospedaliera. E credo che noi abbiamo dato un contributo in questo senso. Fino a qualche anno fa c'era un certo pessimismo nel mondo ospedaliero circa la possibilità di risolvere i fondamentali problemi e si formulava un giudizio non positivo sulla sensibilità del corpo legislativo in merito alla risoluzione di essi. Ebbene, da quando il Parlamento ha cominciato a fare qualcosa, prendendo in considerazione alcuni aspetti del problema, c'è stato tutto un fermento di studi. Ci sono state, è vero, preoccupazioni di categoria; ma io non esagererei questi casi.

Ci sono stati degli scioperi, di cui non voglio riportare la voce, però, quando ci troviamo di fronte a delle prese di posizione di tutta l'*Intersindacale*, vuol dire che c'è un atteggiamento che è largamente diffuso; e questi movimenti si sono conclusi con la manifestazione di Roma, manifestazione alla cui testa c'erano primari di larga fama.

Vorrei quindi dare atto di questo senso di responsabilità di tutta la categoria, che ha maturato il problema, categoria che, seppure preoccupata per i problemi sindacali, è però conscia della necessità di fare qualcosa, proprio per mettere gli ospedali in condizione di elevare il livello dell'assistenza sanitaria. Questo chiedono i medici, perché essi sanno che, allo stato attuale, salvo pochi casi, la situazione degli ospedali è critica. A questo si aggiunga la situazione dei medici degli istituti mutualistici, che si sentono ormai ridotti a degli impiegati, pur essendo riconosciuto ormai tramontato il periodo della rivendicazione della libera professione. Essi però rivendicano la libertà professionale, che è tutt'altra cosa.

Ci sono state anche delle prese di posizione da parte di membri del Governo nonché del Presidente del Consiglio. Lo stesso nostro Presidente, onorevole De Maria, ha sostenuto alla televisione la necessità di una « riforma ospedaliera ».

Che cosa ci viene proposto ora? Ci viene presentato questo schema del Comitato ristretto, che l'onorevole Sorgi sostanzialmente sostiene. Se sono d'accordo nel dare atto al Relatore dell'impegno e dello studio che egli ha messo nell'elaborazione del testo, mi permetto di dire che il suo pensiero, cioè il suo apprezzamento per questo progetto, è al di sotto del livello, al quale egli era giunto al momento in cui fece la relazione al bilancio del Ministero della sanità. Non credo che l'onorevole Sorgi abbia abbandonato quei pensieri e quelle proposte ardite che faceva nella sua relazione, però il suo invito ad approvare questo progetto non può trovare, da parte nostra, accoglimento e ci sembra anzi che esso sia in contraddizione.

Questo progetto di legge ha dei limiti fondamentali, soprattutto in relazione a come si muove il mondo sanitario. Questo progetto ha proprio dei limiti concettuali, perché non porta i presidi sanitari al livello che oggi è necessario per la società italiana, che è in continuo progresso. E questa esplosione di malcontento non è stata improvvisa, ma è l'effetto dello stato di arretratezza in cui si trascinano, ormai da decenni, gli ospedali italiani.

Le riserve che facciamo al progetto di legge che ci viene proposto sono innanzi tutto di carattere fondamentale. In primo luogo non si innova il sistema, non si cambia la natura degli istituti (che conservano così il carattere di opere pie, di carattere privatistico e commerciale) e non attua nessuna forma di decentramento.

Quello che si è voluto chiamare il coordinamento, attraverso il Comitato centrale, non c'è; ci sono tanti distinti istituti che sono sprovvisti di una direzione nazionale. Non si prevede né una autorità nazionale, né regionale, né provinciale che sia responsabile e prenda l'iniziativa per portare ad un certo livello sia la quantità dei posti letto, sia l'assistenza.

Quindi, appunto per questo fatto, che non innova l'istituto e, soprattutto, non introduce nessuna riforma democratica, tutto è subordinato al Medico provinciale.

L'onorevole Relatore ritiene di dover rivendicare questo diritto del Medico provinciale per ragioni di competenza, nel senso che dev'essere l'organo periferico del Ministero della sanità. Ma, questo è un decentramento, semmai, amministrativo!

Io credo che, se vogliamo veramente rinnovare i nostri ospedali, è necessario che siano collegati strettamente agli organi veramente rappresentativi della nostra vita sociale, politica, culturale locale: il comune, la provincia, la regione.

Qui, invece, tutto è lasciato al Ministro, al Prefetto, al Medico provinciale e si ignora la funzione dell'Ente locale.

Ora, in questo, io vedo anche una contraddizione con ciò che va maturando. E, il fatto che fra alcuni membri della maggioranza vi sia una certa discordanza di vedute non è motivo di pessimismo; è per noi il segno che in alcuni di essi matura la coscienza dello stato delle cose e di ciò che si deve fare ! Forse l'onorevole Fanfani, per parte della maggioranza, è arrivato più avanti di tutti ! Per esempio, anche quel progetto di legge sull'istituzione dei posti-letto, che si dice sia già stato presentato in questi giorni al Parlamento, mi pare preveda un certo decentramento, con l'attuazione dei distretti ospedalieri ! Ma, allora, come si concilia con la legge in esame che non li prevede ?

Ora, su questo punto, io dico, onorevoli colleghi, che questa legge, dal punto di vista del decentramento e del coordinamento con gli Enti locali, è forse la più arretrata che si stia discutendo ai giorni nostri nel Parlamento. Perché, infatti, non c'è più, ormai, una legge di una certa importanza che non faccia riferimento, in modo serio, agli Enti locali e alle regioni. Si vedano ad esempio, la legge n. 167 per le aree comunali, la legge per la soppressione della gestione I.N.A.-Casa, la nuova legge urbanistica che si sta discutendo ed elaborando. Oramai, questa è la prospettiva verso cui tende la società italiana. Si può discutere sui compiti, più larghi o più ristretti, ecc., da attribuire agli Enti locali, ma non si può disconoscere che il decentramento autarchico è una realtà prossima a noi. Invece, in questa legge non vi è nessun riferimento serio.

Secondo punto importante che caratterizza questa legge è che essa non prevede il finanziamento. E questo può sembrare un aspetto soltanto, ma in realtà caratterizza la legge, la svirilizza, la rende priva di efficacia. Ecco perché, alcune enunciazioni che rivelano una certa consapevolezza da parte del Comitato ristretto stesso, finiscono per non avere effetto.

Ora, è inconcepibile che oggi, noi si voglia dare al Paese – e non soltanto al mondo ospedaliero – una vera riforma. E, mi sia permesso di dirlo, non a caso in testa a quel famoso corteo di medici, c'era un grande cartello: « Vogliamo una vera riforma ospedaliera ! ». Ecco cosa chiede il mondo sanitario. E credo fossero tutte persone responsabili, che per la prima volta hanno lasciato le camere operatorie e i laboratori e sono usciti per strada con il camice bianco ! Segno evidente che esse sentono questa necessità.

Naturalmente, il corpo legislativo è autonomo, indipendente e sovrano. Ma non si può ignorare tutto questo.

Quindi, direi che da parte mia non riesco a spiegarmi quella che appare quasi un'ostentazione da parte del Governo a non voler trovare una via d'uscita. Perché, ormai, problemi che sono stati affacciati in ordine di tempo dopo quello ospedaliero hanno potuto essere affrontati e risolti in quanto hanno trovato una loro fonte di finanziamento. Magari si è detto: a decorrere dal 1963, ma, il finanziamento lo si è trovato.

Ora, è possibile mai che per gli ospedali si debba continuare sostanzialmente a dire: gli ospedali s'arrangino. Mi sembra grave e, in alcuni ambienti, fa nascere il sospetto che non si voglia difendere e valorizzare l'ospedale. Adesso è in atto una dialettica anche in questo campo in quanto vanno avanti le case di cura e gli istituti privati ! Noi ci troviamo a vivere in un'epoca di massima pubblicizzazione. L'importanza dell'ente pubblico rispetto a quello privato, è evidente: esso deve fare da pilota. Invece, qui no !

Quindi, il fatto che non si preveda il finanziamento è grave e basterebbe a noi per dire che non possiamo accettare questa legge.

Per quanto riguarda poi le diverse contraddizioni che vi si rilevano, molto vi sarebbe da dire. Parecchi sono gli articoli che bisognerebbe citare, i quali prevedono più o meno nuovi oneri per gli ospedali. Come è possibile coprire questi oneri ? Il Comitato ristretto, veramente con grande sforzo, ha tentato di trovare una giustificazione con l'articolo 82. Affermando, cioé, che la retta doveva essere onnicomprensiva, vale a dire, comprendere non soltanto spese di indagine, di cura e diagnosi, ma anche l'ampliamento degli ospedali ! Ora, il Governo, invece, ha ridimensionato la portata di questo articolo.

Non è, con questo, che noi si sia favorevoli all'articolo nella sua formulazione originale, in quanto non risolve il problema. In altri termini, anche accettando l'articolo 82 nel testo propostoci dal Comitato ristretto, dobbiamo prevedere che – e, lo dico, questo, esplicitamente, a nome del mio gruppo ! – noi sospingeremmo gli ospedali in una situazione veramente grave, di lotta, di inasprimento delle vertenze con gli istituti mutualistici. Perché, questi ultimi, attendono di poter conoscere quale formulazione noi intendiamo dare all'articolo, per respingere l'idea di un aumento delle rette. Ritengo che queste ul-

time, in certo qual modo, debbano essere aumentate, ma non è possibile che, sul problema, lo Stato si dimostri così disinteressato.

Ed è questa la ragione per cui, oggi, chi s'affaccia ad un congresso o ad un convegno di amministratori e sanitari sente che vi si dice: seppellire la legge Giardina! Perché, la ritengono assolutamente al di sotto delle aspettative.

Potrei anche citare altri aspetti, in certo senso più marginali. Ad esempio: mantiene il carattere privato dell'istituto; i 65 anni concessi ad aiuti e assistenti sono tuttavia fittizi ove passasse la proposta della riconferma quadriennale (credo che questa ultima dovremmo decidere di non prenderla neppure in considerazione, altrimenti sappiamo fin d'ora che sarebbe una turlupinatura, anzi, si sa quale arma costituirebbe nelle mani delle amministrazioni e, forse, anche di alcuni primari!); rimanda poi tutto al regolamento – e anche questo è grave – che sarà approvato dal Medico provinciale; la classificazione degli ospedali, ecc. Il coordinamento, che si è previsto, è qualcosa di molto generico. Io mi domando, infatti, che significato e valore può mai avere un potere di coordinamento quando questo organo, preposto al regolamento, non ha l'autorità di decidere l'aumento dei posti letto e il miglioramento delle attrezzature ecc. Ora, se non c'è l'intervento statale per il finanziamento, credo che questa autorità competente al coordinamento non avrà la possibilità di dire, ad esempio all'Ospedale Careggi, a Firenze, « avete la disponibilità di un miliardo, utilizzatelo per l'ospedale di un altro comune ». Non vi può essere un'osmosi di mezzi tra un ospedale e l'altro. Ed allora questo coordinamento a che cosa potrà arrivare? Ad impedire ad un ospedale di disporre di nuovi strumenti che possono essere ambiziosi, ma non già a supplire ad una lacuna che può esserci, invece, nello stesso settore in altre zone!

Il testo del Comitato ristretto riduce a nulla le norme per il personale sanitario, senza pianta organica, senza definizione di stato giuridico. Per i medici interni non è previsto quale compenso avranno. Quei comitati interprovinciali, che erano stati una conquista del Comitato ristretto, il Governo propone di sopprimerli, quindi, non c'è neppure questo coordinamento. Il metodo dei concorsi resta quello che è sempre stato e non vien eaffrontato, inoltre, il problema dei servizi amministrativi. Si dirà che questo dei servizi amministrativi è un altro aspetto, ma è pur sempre un settore importante, necessario al raggiungimento dei fini di istituto. Basti pensare alla funzione che ha l'economo, il quale ha il compito di dirigere tutti i settori, da quello della lavanderia a quello della dispensa, ecc.

Ecco perché il nostro gruppo, tentando di dare un contributo alla risoluzione di tutti questi aspetti, ha cercato di offrire alla Commissione elementi nuovi; e, senza giungere alla nazionalizzazione degli ospedali, afferma il principio generale del coordinamento, prevedendo l'istituzione del servizio ospedaliero nazionale con un'articolazione molto decentrata: il Ministro della sanità, le Regioni, le Provincie, i Comuni, e i loro consorzi. Probabilmente, potrebbero sorgere dei piccoli conflitti, confronti di posizioni, ma proprio così si raggiungerebbe una consapevolezza generale fra tutte le persone e gli istituti che hanno un compito di assistenza in questo campo. La proposta di legge Longo prevede, inoltre, il Fondo per il Servizio ospedaliero nazionale, che sovrintende alla distribuzione di tutti i mezzi necessari. C'è quindi, un chiaro coordinamento nazionale, che però non significa affatto un accentramento, ma, anzi, tutti i servizi vengono decentrati, sulla Regione, sulla Provincia e sul Comune. Si prevede inoltre il Consiglio ospedaliero regionale che ha lo scopo di inquadrare questi problemi in una visione regionale. È, quindi, prevista una programmazione regionale con l'impegno di portare, entro cinque anni, ogni provincia ad un certo livello di disponibilità di posti-letto, cioè a quell'indice che il Consiglio superiore di Sanità indicherà essere necessario secondo il progresso nazionale; e questo diventa un obbligo, non solo una indicazione, per ogni Regione.

Viene inoltre rinnovata, abbastanza profondamente, la composizione dei Consigli di amministrazione. Infatti noi dobbiamo decidere su chi dovrà essere il dirigente dell'ospedale. Alcuni ritengono che egli debba essere un medico e non un amministratore. Fatto è, però, che gli ospedali hanno bisogno di un organo dirigente efficiente, poiché non possono più essere amministrati da generali o da colonnelli in pensione, o da illustri professionisti o da parlamentari, i quali non possono dedicare il tempo sufficiente per svolgere tale mansione.

Il Consiglio d'amministrazione diviene, in tal modo, organo dirigente e responsabile dell'ospedale, con una particolare composizione diversa da quella attuale.

Il nostro progetto garantisce la piena autonomia aziendale, e questo è un punto im-

portante con la prospettiva di una programmazione ad un certo livello, lasciando però la massima responsabilità alle amministrazioni stesse.

Infine, lo stato giuridico ed economico del personale (non dei sanitari) è regolato da uno speciale regolamento, da emanare entro un breve tempo.

Per quanto riguarda le rette, si ritiene che esse non debbano essere l'unica fonte di finanziamento degli ospedali e, in caso di *deficit* annuale, il Consiglio ospedaliero regionale provvede all'integrazione di bilanci.

L'impegno finanziario dello Stato è previsto attraverso nuovi tributi gravanti su società con patrimonio superiore ai 500 milioni.

Questa è la nostra posizione. Noi non rivolgiamo un invito ai colleghi ad approvare il nostro progetto, ma invitiamo i colleghi a prenderlo seriamente in considerazione e ad apprezzare il contributo che si è cercato di dare per portare tutti i lavori della Commissione al livello che si richiede dalla nostra società.

Oggi le condizioni per compiere questa riforma esistono ed esiste non soltanto il margine di tempo necessario, se ci troviamo d'accordo, ma esistono anche le condizioni economiche indispensabili per l'attuazione di questa riforma.

Il nostro paese oggi può trovare quei mezzi che occorrono agli ospedali, abbiamo una classe medica e una classe di amministratori all'altezza della situazione. Non lasciamoci prendere dal timore di innovazioni che vengono a rompere una tradizione, che ha avuto una certa funzione, ma che ormai ha fatto il suo tempo. Non si deve ridurre tutto il problema alla carriera dei medici. Questa è una cosa importante, indubbiamente, ma non è la sola e i medici stessi si rifiutano di considerare il problema dal limite d'età di 65 anni come unico problema e non vogliono essere accusati di essersi battuti soltanto per questo. I medici non si battono soltanto per la risoluzione dei loro problemi di categoria, ma si battono per una effettiva riforma degli istituti ospedalieri, che devono essere degni di un paese civile. E noi non dobbiamo essere da meno di loro.

Io dico, a nome del mio gruppo, che noi siamo disponibili per una discussione seria e costruttiva, in modo da giungere all'approvazione di una legge che tenga conto di quelle che sono le reali esigenze, in questo campo, del nostro paese. Ma sulla base del testo elaborato dal Comitato ristretto, che pure raccoglie il pensiero di alcuni colleghi e che è stato il frutto di sforzi compiuti da essi, non credo che si possa seriamente discutere. Io ritengo, pertanto, che debba essere aperta la discussione tenendo conto delle proposte più larghe formulate dal nostro gruppo. Ma, naturalmente, le conclusioni non possono che essere quelle che ha espresso l'onorevole Ricca.

È nota la posizione favorevole del Presidente del Consiglio, specialmente per quanto riguarda le sue dichiarazioni alla televisione e a Lacco Ameno, ma spesso alcuni suoi collaboratori non ne hanno seguito l'indirizzo.

Per esempio, uno degli episodi certamente più clamorosi lo si è avuto allorché l'onorevole Presidente del Consiglio scrisse una lettera, in risposta ai medici, dicendo loro che, fra le altre cose, il Governo aveva predisposto quella legge con 5 miliardi per le attrezzature ospedaliere. Noi tutti ben sappiamo che quella legge è rimasta finora allo stato di semplice progetto.

PRESIDENTE. Devo dire che alla fine di una seduta della Commissione, tre sedute fa credo, il Ministro onorevole Jervolino ha dichiarato qui che il Governo era disposto a ritirare quel progetto di legge! Comunque chiederemo ulteriori informazioni.

BARBIERI ORAZIO. Concludo ricordando che anche recentemente, l'onorevole Presidente del Consiglio, ricevendo delegazioni di medici, una volta accompagnati dall'onorevole Chiarolanza, altre volte separatamente, anche in presenza del Ministro della sanità, senatore Jervolino, ha dichiarato loro di volersi interessare al problema molto più da vicino, in quanto comprendeva... ecc. ecc. È per questa ragione che noi intendiamo sapere quali sono esattamente gli intendimenti del Governo e, pertanto, anche noi inviteremmo l'onorevole Presidente del Consiglio a voler venire qui in Commissione.

PRESIDENTE. Ci renderemo interpreti della richiesta presso il Presidente del Consiglio.

CAPUA. Vorrei conoscere la data esatta della prossima seduta della Commissione.

PRESIDENTE. Avevamo detto all'inizio della seduta che per mercoledì scade il termine per la presentazione degli emendamenti e che la nostra prossima seduta l'avremmo tenuta giovedì mattina.

CAPUA. Giovedì mattina il Presidente della Repubblica si recherà a Reggio Calabria per le celebrazioni in onore del Maestro Ciléa. Ora, poiché come membro del comitato di onore dovrò essere presente, La pregherei, signor Presidente di voler esaminare la possi-

bilità di rinviare, spostandola per lo meno di un giorno, a venerdì cioé, la convocazione della Commissione, per modo ch'io possa essere presente. Come membro del Comitato ristretto, ci terrei ad essere presente alla discussione.

PRESIDENTE. Potremmo allora rimanere d'accordo di tenere seduta congiunta con la Commissione Lavoro giovedì e spostare a venerdì la seduta della nostra Commissione!

Comunque, d'accordo con l'onorevole Bucalossi, poi decideremo! Procediamo, ora, dopo breve parentesi, nella discussione sul provvedimento in esame. Chiede di parlare l'onorevole Romano Bruno. Ne ha facoltà.

ROMANO BRUNO. La discussione che si sta svolgendo qui stamane è indubbiamente di un'estrema importanza e di un rilevante interesse. Sembra che, dopo mesi, durante i quali noi ci siamo occupati di questo problema, si stia per arrivare al punto centrale, cioé ad enucleare proprio quelle posizioni concettuali, di cui il collega onorevole Barbieri, poco fa, accusava i limiti in ordine al testo del Comitato ristretto.

Io desidero ricordare che noi ci troviamo al termine della legislatura e, delle numerose proposte di legge che sono all'ordine del giorno, alcune risalgono al 1958, altre al 1959. Mentre la proposta di legge n. 3999, d'iniziativa dei deputati Longo ed altri, è arrivata, se mi è consentito un apprezzamento, troppo tardi.

Sono d'accordo con quanto diceva poco prima l'onorevole Bucalossi circa questa proposta di legge. Essa, indubbiamente, riveste un notevole interesse e sarebbe stato preferibile che fosse stata presentata per tempo. In ogni caso sarebbe stato preferibile che questo discorso, riguardante il riordinamento della struttura ospedaliera, lo avessimo cominciato prima. E ricordo che, da tutte le parti politiche, è stata sempre sollecitata una discussione a questo riguardo.

Noi stiamo a discutere una legge che non è considerata come una vera riforma degli ospedali. Purtroppo, questa è una constatazione che è nostro obbligo di fare e che proviene da tutte le parti. Stiamo a discutere una legge, che deve essere considerata invece come una piattaforma di partenza per costruire il grande edificio della riforma ospedaliera, che non può essere che quella della nazionalizzazione degli ospedali.

Infatti, se vi è un settore che presenta indiscutibilmente un carattere di urgenza sotto il profilo della nazionalizzazione, è quello degli ospedali.

L'ospedale deve uscire dai limiti di una concezione caritativa nella quale si è trovato fino ad oggi, e deve essere considerato sotto il profilo delle esigenze organizzative e tecniche della sicurezza sociale.

Noi arriviamo in ritardo certamente rispetto agli altri paesi e dobbiamo lavorare in una materia molto difficile e compiessa, regolata da leggi diverse, alcune delle quali risalgono al secolo scorso. Vi è stata una mancanza di coordinamento nella stessa attività governativa, che ha un'eco recentissima nella presentazione al Senato, di un disegno di legge per la costruzione di nuovi ospedali, disegno di legge che prevede talune regolamentazioni che sono in contrasto con quelle previste dal progetto di legge, che stiamo esaminando.

Dobbiamo trarre dopo queste considerazioni, che sono ovvie e obiettive, delle conclusioni negative? Io penso che anche questa sia una posizione troppo radicale. Noi dobbiamo soltanto pensare di apprestare uno strumento efficiente di transizione per quella che sarà la definitiva sistemazione del nostro sistema ospedaliero.

Uno strumento che, così come esce dai lavori del Comitato ristretto – lavori che sono stati molto impegnativi e appassionati – non è ancora uno strumento che possiamo considerare idoneo per rispondere a queste premesse. È uno strumento, però, che dobbiamo sforzarci di rendere il più idoneo possibile, altrimenti il nostro lavoro non avrebbe senso e si dovrebbe concludere che non siamo preparati ad affrontare una situazione di fondo come quella degli ospedali, riconoscendo l'opportunità di rimandare un problema di questa importanza alla prossima legislatura.

Credo, tuttavia, che il lavoro che è stato presentato non sia da buttare via. Ci sono indubbiamente delle lacune, delle sfasature, ci sono delle contraddizioni, ma vi sono anche dei punti positivi.

Tuttavia, per tutto quello che è intervenuto nelle ultime settimane, la situazione si è un pò deteriorata. L'atteggiamento del Governo, che ha subito pressioni esterne e le ha riversate in Commissione e sul Parlamento, non ha certo contribuito a migliorare la situazione. Gli emendamenti presentati, i nuovi che stamane sono preannunziati, alcuni già presentati e, viceversa, ora ritirati, tutto questo sta ad indicare che non c'è una posizione precisa e che vien meno nei fatti la determinazione di camminare speditamente nei riguardi dei problemi allo studio e che pure devono essere risolti.

Quali sono, a mio avviso, i punti positivi in quest alegge? Mi riferisco, naturalmente, al testo del Comitato ristretto.

I punti positivi sono quelli che attengono al concetto di carriera e alla stabilità per i secondari, una messa a punto della disciplina in materia di concorsi e un'iniziale nuova strutturazione periferica, con dipendenza dal Ministero della sanità, della organizzazzione ospedaliera.

Il superamento, poi, di altre situazioni minori, ormai anacronistiche. Infine, una migliore inquadratura e definizione di quelli che sono i compiti moderni degli ospedali.

Punto fondamentale negativo – devo calcare un pò la mano su questo aspetto! – è la carenza assoluta di finanziamento.

Fa da stridente contrasto alla sollecitudine, direi quasi demagogica, con cui il Governo nel giro di ventiquattro ore è venuto qui a portare gli emendamenti, che accolgono le richieste delle masse ospedaliere, la insensibilità del Governo stesso sul problema del finanziamento: per cui, nonostante le sollecitazioni fatte da tutti i gruppi politici, ancora non sappiamo se, come e quando, questa legge potrà articolarsi su un piano di pratica e concreta attuazione.

Questo, ripeto, è l'aspetto negativo fondamentale.

Mi parrebbe dunque indispensabile e preliminare continuare ad intrattenerci su questo problema, se cioé il Governo trova o non trova i mezzi finanziari; non per sostenere gli ospedali, si badi bene, perché ci vorrebbe, per questo, ben altro che i dieci o dodici miliardi previsti! Questo sarà un problema da risolvere in futuro, per una organizzazione sanitaria veramente democratica e necessaria per offrire un'assistenza adeguata agli infermi, ma, almeno, per sopperire da un lato alla carenza degli enti mutualistici e, dall'altro, ai nuovi oneri che con questa legge si prevedono.

Altro punto negativo, già da me puntualizzato in sede di Comitato ristretto, è quello relativo alla carenza di norme, che definiscono il trattamento giuridico ed economico dei sanitari. Tanto più grave in quanto si richiedono ad essi dei sacrifici nel campo della libera attività professionale e non si dà loro, per contro, alcuna contropartita. Laddove, per esempio, queste restrizioni non sono previste per i professionisti universitari, mentre bisognerebbe polarizzare l'attività universitaria attorno al solo insegnamento. Nessuna restrizione è imposta ai medici condotti per la libera professione, nessuna ai sanitari dipendenti da altri enti. Nessuna persino ai sanitari militari, perché molti hanno la possibilità, come ben sapete, di esercitare la libera professione al di fuori, naturalmente, delle loro ore di servizio. Ma, qui, si viene a creare qualcosa di ibrido fra la concezione del tempo pieno e la concezione di libertà professionale che poi, con l'ulteriore articolazione della legge, neghiamo. Senza però dare a questi sanitari ospedalieri alcuna sicurezza in ordine al loro stato giuridico, al loro trattamento economico e di quiescenza, alle loro esigenze di vita e di lavoro sereno.

Mi sembra questo uno dei punti negativi, fondamentali; e, per quanto riguarda questo aspetto, la legge rappresenta addirittura un peggioramento.

Mi sono battuto io stesso – sono un aiuto ospedaliero – nei giorni scorsi per dimostrare l'incongruenza delle richieste circa il limite d'età. Io ponevo un altro problema. La stabilità della carriera è una conquista importante, ma lo stato giuridico e il trattamento economico sono ben più importanti che restare in ospedale avendo i nipotini dietro la porta. Non è solo questione di restare fino ai 65 anni: l'aspetto che viene trascurato da questa legge è che non vi è sicurezza nemmeno con i 65 anni.

Voi sapete che un assistente oggi in media percepisce uno stipendio che si aggira sulle 35-40 mila lire al mese; il che vuol dire che fino a 65 anni, avendogli noi inibito qualunque altra attività, egli sarà costretto a fare la fame. Prendiamo infatti, per esempio, un assistente anestetista. Egli praticamente non può esercitare la libera professione fuori dell'ospedale se non in una casa di cura, quindi, praticamente, non può esercitare nessuna libera professione. Ebbene, noi a questo collega non daremmo nessuna contropartita. Questi sono aspetti che dobbiamo considerare, perché, mentre vi sono altre categorie di sanitari dipendenti da enti pubblici o sanitari universitari ai quali non è fatta nessuna limitazione, qui, invece, poniamo delle limitazioni che non hanno contropartita.

Un altro aspetto negativo è quello che riguarda i medici volontari. Questa è una figura che dovrebbe essere abolita nei nostri ospedali, perché non è ammissibile lo sfruttamento da parte di enti pubblici di giovani medici che frequentano gli ospedali; a questi medici noi diciamo di stare in un ospedale fino a sette anni senza dar loro un centesimo. Questo vuol dire, inoltre, sminuire la figura del medico interno. Invece la palestra ospedaliera dovrebbe costituire titolo indispensabile

non per l'esame di abilitazione, che è un'altra questione della quale in questo momento non è il caso di discutere, ma per l'accesso alla professione mutualistica; perché noi sappiamo bene che questi laureati, per insufficienza dell'organizzazione universitaria, per carenza di attrezzature e di aule, non hanno potuto approfondire la propria preparazione e sono immessi immediatamente, senza alcun serio tirocinio pratico, in una attività professionale mutualistica, che si riduce in genere ad una attività di scritturazione di ricette *standard*. È questo, purtroppo, un problema di fondo ed uno degli argomenti più seri da affrontare. Altrimenti, non avremo altro che una dispersione grave di mezzi finanziari, ed un progressivo deterioramente della professione medica. Perché è vero che il Ministero della sanità usufruisce di un bilancio di 54 miliardi, ma è anche vero che per la voce « assistenza sanitaria » in Italia si spendono, attraverso i vari istituti mutualistici, più di mille miliardi.

Con queste osservazioni non ho inteso rivolgere critiche ai lavori del Comitato ristretto, che sono stati molto appassionati e molto impegnativi. Il frutto di questi lavori è stato di redigere un testo, che cercava di tener conto al massimo possibile di quelle, che erano le esigenze che erano state affacciate. Però era doveroso, in questa sede, sollevare tali osservazioni, tanto più che la situazione è uscita deteriorata dalla presentazione degli emendamenti governativi, che sono nel complesso peggiorativi rispetto al testo del Comitato ristretto.

Sono peggiorativi soprattutto quando, modificando l'articolo 82, non soltanto il Governo non viene a sostenere, nemmeno in piccola parte, il finanziamento del maggior onere degli ospedali, ma addirittura disarticola una norma, che era stata prevista a garanzia di copertura dei bilanci degli enti ospedalieri.

A questo punto, io credo di potermi associare alla richiesta che l'onorevole Presidente del Consiglio, che è stato così sollecito nell'ascoltare, dalla viva voce dei rappresentanti delle categorie interessate l'esposizione di questi problemi, venga qui per informare questa Commissione (la quale, naturalmente, deve rivendicare la propria autonomia e la propria responsabilità specifica nel settore sanitario) e riferire il punto di vista del Governo circa i problemi prospettati, per darci, infine, quelle assicurazioni, che è necessario noi si abbia prima di continuare in questi nostri lavori.

Ripeto, questa è una legge che noi dobbiamo considerare soltanto preparatoria per quella che sarà la vera riforma di fondo delle strutture ospedaliere italiane. Una vera riforma, che io considero non possa essere disgiunta dalla riforma radicale dei sistemi di assistenza sanitaria in Italia. L'ospedale, ormai, è qualcosa che non può essere organizzato e considerato come indipendente dallo intero sistema dell'assistenza mutualistica. Ma, per far questo, è necessario possedere una idonea piattaforma di lancio ideale. È necessario, cioé, che questa legge diventi un idoneo strumento di premessa per quella che sarà la riforma generale. Dobbiamo, dunque, augurarci che queste nostre osservazioni possano essere tradotte in una concreta realtà. Io lo auspico e ne sono, anzi, convinto perché la buona volontà che c'è qui in tutti noi, e che è già stata dimostrata in sede di Comitato ristretto, dove sono state superate numerose difficoltà, non può non manifestarsi anche qui in Commissione. Per cui, al di fuori di ogni sollecitazione irrazionale od inattuale, si può viceversa scendere sul razionale e, nei limiti di quelle che sono le attuali possibilità, si può approntare uno strumento efficace ed utile per la vita degli ospedali italiani.

Naturalmente, credo di poter anticipare che noi, socialdemocratici, restiamo in attesa della conclusione di questi lavori. Noi non possiamo impegnarci a priori su una legge che, allo stato delle cose, riteniamo mutilata di quella che è la sua base fondamentale. Intanto, attendiamo uno sforzo da parte del Governo sul piano finanziario!

Ci auguriamo di poter contribuire fino in fondo, con voto cosciente e responsabile, e dare la nostra collaborazione alla soluzione di questo problema. Ma, soprattutto, ci auguriamo che nelle prossime sedute questi problemi possano essere discussi uno per uno e avviati, ripeto senza preclusioni e senza limiti concettuali, a soluzioni concrete e meditate!

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole Romano Bruno per il suo diffuso e costruttivo intervento.

Nella prossima seduta cercheremo anche di conoscere quelle che sono le intenzioni del Governo. Faremo anche i passi necessari presso l'onorevole Presidente del Consiglio nel senso indicato dagli onorevoli colleghi intervenuti nella discussione odierna.

MONTANARI OTELLO. Vale a dire, si propone che per la prossima seduta venga qui l'onorevole Presidente del Consiglio?

PRESIDENTE. Precisamente. Mi renderò interprete presso di lui delle due richieste che sono state avanzate, quella per cui è gradita la sua presenza qui in Commissione la prossima volta e quella di un'indicazione circa la copertura finanziaria della legge in esame che non si ritiene esistente.

A questo punto, se nessuno chiede la parola, può senz'altro rimanere stabilito che il seguito della discussione venga rinviato ad altra seduta.

(*Così rimane stabilito*).

Discussione della proposta di legge d'iniziativa dei deputati Ferrari Giovanni ed altri: Concessione di un contributo ordinario al corso di perfezionamento in diritto sanitario dell'università degli studi di Bologna (Modificata dalla VI Commissione permanente del Senato) (3674-*B*).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge d'iniziativa dei deputati Ferrari Giovanni, Bucalossi, Cortese Giuseppe, De Maria, Bartole:

« Concessione di un contributo ordinario al corso di perfezionamento in diritto sanitario dell'Università degli studi di Bologna ».

La proposta di legge al nostro esame è stata approvata dalla nostra Commissione nella seduta del 20 giugno 1962 ed è stata modificata dalla Commissione Istruzione e Belle Arti del Senato nella seduta del 30 ottobre 1962.

Riferisco io stesso come Relatore.

Le modifiche non investono il merito del disegno o provvedimento. Riguardano aspetti formali e lo spostamento della decorrenza del contributo all'anno Accademico 1962-1963 per ovvi motivi, essendo ormai trascorso il precedente anno accademico.

Dichiaro aperta la discussione generale.

SANTERO, *Sottosegretario di Stato alla sanità*. Il Governo conferma il parere favorevole all'approvazione del provvedimento.

PRESIDENTE. Nessuno chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo all'esame degli articoli.

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 1 nel seguente testo:

« È concesso al Corso di perfezionamento in diritto sanitario dell'Università degli studi di Bologna, a decorrere dall'esercizio 1961-62, un contributo annuo di lire 15 milioni.

La somma prevista dal precedente comma sarà stanziata nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

La VI Commissione del Senato lo ha così modificato:

« È concesso all'Università degli studi di Bologna, per il corso di perfezionamento in diritto sanitario, a decorrere dall'esercizio 1962-63, un contributo annuo di lire 15 milioni ».

La somma prevista dal precedente comma sarà stanziata nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Pongo in votazione l'articolo 1 nel testo della Commissione del Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 2 nel seguente testo:

« All'onere derivante dalla presente legge nell'esercizio 1961-62 si provvede mediante pari riduzione del fondo di cui al capitolo n. 65 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Il Ministro del tesoro provvederà, con proprio decreto, alle occorrenti variazioni di bilancio ».

La VI Commissione del Senato lo ha così modificato:

« All'onere derivante dalla presente legge nell'esercizio 1962-63 si provvede mediante pari riduzione del fondo di cui al capitolo n. 68 dello stato di previsione della spesa del Ministro della sanità.

Il Ministro del tesoro provvederà, con proprio decreto, alle occorrenti variazioni di bilancio ».

Pongo in votazione l'articolo 2 nel testo della Commissione del Senato.

(*È approvato*).

La proposta di legge sarà subito votata a scrutinio segreto.

Votazione segreta.

PRESIDENTE. Indico la votazione a scrutinio segreto della proposta di legge oggi esaminata.

(*Segue la votazione*).

Comunico il risultato della votazione segreta della proposta di legge:

FERRARI GIOVANNI ed altri: « Concessione di un contributo ordinario al Corso di perfe-

zionamento in Diritto sanitario dell'Università degli Studi di Bologna » (3674-*B*).

Presenti e votanti 24
Maggioranza 13
Voti favorevoli 23
Voti contrari 1

(*La Commissione approva*).

Hanno preso parte alla votazione:

Alba, Angelini Ludovico, Barberi Salvatore, Barbieri Orazio, Bartole, Caponi, Capua, Ceravolo Mario, Cortese Giuseppe, Cotellessa, De Maria, Ferrari Giovanni, Forlani, Gaudioso, Gotelli Angela, Lattanzio, Bucalossi, Minella Molinari Angela, Montanari Otello, Ricca, Romano Bruno, Santarelli Ezio, Sorgi e Tantalo.

Sono in congedo:

Azimonti e Gennai Tonietti Erisia.

La seduta termina alle 12,50.

IL DIRETTORE
DELL'UFFICIO COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. FRANCESCO COSENTINO

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI