

COMMISSIONE XIV
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

28.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 MARZO 1971

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE GRAZIOSI

INDICE	PAG.		PAG.
Congedi:			
PRESIDENTE	300	BARBERI	305, 310, 311
Disegno di legge (Discussione e rinvio):		CUCCHI	310
Modifica dell'articolo 5 della legge 18 marzo 1968, n. 431, relativa a provvidenze per l'assistenza psichiatrica (2985)	300	DE LORENZO FERRUCCIO	305, 310
PRESIDENTE	300, 301	DE MARIA	304, 309
FOSCHI, <i>Relatore</i>	300	FOSCHI, <i>Relatore</i>	304, 308, 309
LA PENNA, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	300	LA PENNA, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	305, 306, 311
VENTUROLI	300	MASCOLO	310
ZANTI TONDI CARMEN	299	VENTUROLI	304, 306, 307
Disegno di legge (Discussione e rinvio):		Proposta di legge (Discussione e approvazione):	
Modifiche alle norme sui sussidi ai lebbrosi e familiari a carico (3106)	301	Senatori DEL NERO ed altri: Norme sui concorsi a posti di personale sanitario dei laboratori provinciali di igiene e profilassi (<i>Approvata dalla I Commissione permanente del Senato</i>) (2470)	311
PRESIDENTE	301, 302, 303	PRESIDENTE	311, 312
BARBERI	301, 303	LA PENNA, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	312
CUCCHI, <i>Relatore</i>	301, 302	MASCOLO	312
DE MARIA	302	SISTO, <i>Relatore</i>	312
LA BELLA	302	Votazione segreta:	
LA PENNA, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	303	PRESIDENTE	312
MORELLI	301, 303		
VENTUROLI	303		
Disegno di legge (Discussione e rinvio):			
Conservazione ai residui delle somme stanziare nel bilancio del Ministero della sanità ai sensi dell'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (2984)	304		
PRESIDENTE	304, 306, 308, 311		

La seduta comincia alle 10.

ZANTI TONDI CARMEN, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.
(È approvato).

Congedi.

PRESIDENTE. Comunico che sono in congedo i deputati Armani, Bartole e Cattaneo Petrini Giannina.

Discussione del disegno di legge: Modifica dell'articolo 5 della legge 18 marzo 1968, n. 431, relativa a provvidenze per l'assistenza psichiatrica (2985).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge n. 2985: « Modifica dell'articolo 5 della legge 18 marzo 1968, n. 431, relativa a provvidenze per l'assistenza psichiatrica ».

L'onorevole Foschi ha facoltà di svolgere la relazione.

FOSCHI, Relatore. Non può esservi dubbio sulla necessità di approvare questo provvedimento. Vorrei chiedere, tuttavia, una breve pausa di riflessione, in sostanza un rinvio alla prossima seduta. L'obiettivo di fondo di questi stanziamenti per l'assistenza psichiatrica era quello di ottenere l'assunzione di nuovo personale negli ospedali psichiatrici e nelle altre istituzioni psichiatriche e il finanziamento degli aumenti delle retribuzioni al personale medico in servizio il quale era parificato al personale medico degli ospedali generali dalla legge n. 431.

Il motivo per il quale, di anno in anno, siamo chiamati a rinnovare le disponibilità di bilancio e la possibilità di utilizzo delle somme residue, è legato alle difficoltà che si sono riscontrate nell'applicazione della legge.

Da un lato, per l'assunzione di nuovo personale, è di ostacolo il concerto che deve intercorrere tra il Ministero della Sanità e quello degli interni e la configurazione del personale dipendente dagli ospedali psichiatrici come personale dipendente dagli enti locali, con tutte le limitazioni che questo comporta, com'è noto, specie per quanto attiene al trattamento economico (per altro, su questo tema, il Ministero degli interni ha assunto posizioni uniformi per varie situazioni, nel senso di negare la possibilità di assunzione di nuovo personale che, invece, dalla legge era specificamente previsto e definito).

Dall'altro lato, le difficoltà emergono anche per quanto attiene ai criteri di finanziamento degli aumenti delle retribuzioni al personale medico; e la cosa sta diventando piuttosto preoccupante nel momento in cui ci si sta avviando verso la riforma sanitaria, nella

quale certamente sarà compresa anche l'assistenza psichiatrica e non è certo indifferente il modo con il quale il personale sanitario psichiatrico sarà inserito nella riforma.

Ora, allo stato attuale delle cose, dalle amministrazioni provinciali vengono ancora corrisposti i trattamenti economici e vengono seguiti tutti i criteri relativi alle carriere sulla base delle tabelle che risalgono a prima dell'approvazione della legge n. 431, cioè, all'incirca al 1965, 1966, salvo, naturalmente, le differenze tra i vari ospedali e le varie province; mentre il resto, determinato con decreto del Ministero della sanità, viene corrisposto a posteriori ogni qual volta, cioè, il Ministero della sanità, a fine anno, rimette la differenza alle amministrazioni provinciali.

Questa situazione non è neanche rispettosa del criterio sul quale era fondata la legge n. 431, che tendeva esplicitamente alla parificazione delle retribuzioni del personale in servizio a quelle del personale degli ospedali generali. Per queste considerazioni io mi sono permesso, nel tentativo di approfondire l'argomento — come credo sia doveroso da parte del relatore —, di prendere dei contatti con l'ufficio legislativo del Ministero della sanità e anche con le categorie interessate, nonché con il Ministero degli interni, per valutare fino in fondo se sia opportuno approvare il disegno di legge nella sua formulazione originaria, diretta soltanto ad utilizzare i residui, o se non sia necessario invece, modificarlo, per rendere concreta l'utilizzazione delle cifre previste, integrando il testo in modo da consentire la parificazione dei livelli di retribuzione, precisando altresì le modalità e il numero delle assunzioni di nuovo personale, indispensabile perché gli ospedali psichiatrici escano dalla situazione di assoluta inadeguatezza in cui oggi si trovano.

Ritengo, quindi, che sarebbe opportuno un breve rinvio della discussione, al fine di predisporre gli emendamenti necessari per rendere veramente operante il disegno di legge.

VENTUROLI. Noi concordiamo con la proposta di un riesame più attento del provvedimento, tenendo conto del passaggio alle regioni di questa materia.

LA PENNA, Sottosegretario di Stato per la sanità. Confermo quanto ha detto il relatore, in quanto attualmente non vi è la possibilità di utilizzare questi fondi, perché la legge 18 marzo 1968, n. 431 prevede un nuovo rapporto tra il numero dei degenti, il personale sanitario e il personale parasanitario. E, a tal

V LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 17 MARZO 1971

fine, lo Stato dà soltanto un contributo, mentre il resto rimane a carico degli enti locali, per lo più le province. L'onorevole Foschi ha spiegato perché le province non possono adottare queste deliberazioni e come, pertanto, i fondi rimangono inutilizzati.

Se noi con il disegno di legge in esame mettessimo a disposizione del bilancio del 1971 tutte le somme non utilizzate dal 1968 al 1970, verremmo a trovarci l'anno prossimo nelle stesse difficoltà.

Si impone, quindi, una diversa regolamentazione della materia. Naturalmente il criterio potrebbe essere quello di mettere l'intero onere a carico dello Stato, nell'ambito delle somme a disposizione. Tuttavia, sempre nell'ambito delle somme a disposizione, occorre ridimensionare il numero del personale previsto della legge n. 431. Il Governo si impegna ad approfondire questo argomento, tenendo presenti anche i pareri degli altri ministeri, al fine di proporre un emendamento circostanziato, che valga a sbloccare la situazione.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, può quindi rimanere stabilito che il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato ad altra seduta.

(Così rimane stabilito).

Discussione del disegno di legge: Modifiche alle norme sui sussidi ai lebbrosi e familiari a carico (3106).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Modifiche alle norme sui sussidi ai lebbrosi e familiari a carico ».

L'onorevole Cucchi ha facoltà di svolgere la relazione.

CUCCHI, *Relatore*. Si tratta di un disegno di legge che, più che altro, porterebbe ad un adeguamento dell'indennità che viene data ai malati di lebbra, sia ricoverati sia assistiti a domicilio, nonché ai rispettivi familiari a carico. Si tratta di un aumento molto modesto, di 200 lire *pro capite*, tanto per l'ammalato (ricoverato o assistito a domicilio) quanto per i familiari a carico. Inoltre, questo disegno di legge prevede l'allargamento dei limiti di età utili per la percezione del sussidio da parte dei familiari, e stabilisce anche l'allargamento del periodo per la percezione ulteriore del sussidio, dopo la morte dell'ammalato, da 18 mesi a 24 mesi.

In totale, una spesa di 120 milioni che, per il 1970 dovrebbe essere a carico del Ministero del tesoro, mentre dal 1971 in avanti a carico del Ministero della sanità.

Il relatore, naturalmente, è favorevole all'approvazione di questo disegno di legge.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione generale.

BARBERI. Sono decisamente favorevole a questo disegno di legge, ma ritengo che l'aumento sia inadeguato all'incremento del costo della vita. D'altro canto si tratta soltanto di circa 580 lebbrosi in Italia, secondo le statistiche più recenti. Pertanto, un ulteriore miglioramento nel trattamento economico a questi infermi, non porterà certamente un onere rilevante al bilancio dello Stato. È opportuno adeguare i sussidi al costo attuale della vita, sia per quanto riguarda i lebbrosi ricoverati, sia per quanto riguarda i lebbrosi assistiti a domicilio e i familiari a carico.

Mi rivolgerei, poi, al rappresentante del Governo con una particolare preghiera affinché, con un'apposita circolare, il ministero richiami l'attenzione degli ufficiali sanitari sull'obbligo di visitare periodicamente questi malati. Quest'obbligo è praticamente inattuato! I lebbrosi dovrebbero presentarsi periodicamente agli ufficiali sanitari; ma se i lebbrosi non si presentano agli ufficiali sanitari, questi devono farsi carico, nell'interesse degli infermi, ma soprattutto nell'interesse della collettività, di procedere a questo periodico controllo. È necessario richiamare anche l'attenzione dei lebbrosari perché, al momento della dimissione degli ammalati, segnalino all'ufficiale sanitario i nomi dei dimessi e il domicilio che essi andranno a raggiungere. L'erogazione del sussidio si potrebbe agganciare (non *ope legis*, ma nella pratica attuazione) a questi accertamenti periodici.

MORELLI. Nella relazione introduttiva al disegno di legge già si legge che il ministero accoglie così, anche se parzialmente, le richieste di una categoria di malati che, per la natura del morbo dal quale sono affetti, meritano la più calda comprensione umana e sociale; il ministero, quindi, riconosce che le richieste vengono accolte solo in parte. Con i precedenti provvedimenti noi abbiamo recepito totalmente le richieste di questi ammalati, perché abbiamo ritenuto che, di fronte ad una categoria di persone così diseredate e colpite da un morbo così grave, si poteva e

V LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 17 MARZO 1971

si doveva andare incontro alle loro modeste richieste. Ora, però, le proposte che vengono fatte dal Governo sono insufficienti e, vorrei anche dire, superate. Già gli stessi hanseniani, nel febbraio e nel novembre del 1970, richiedevano, per gli assistiti a domicilio, un qualche cosa di più di quello che è stato proposto, e 100 lire in più ai ricoverati e ai familiari a carico.

Ora gli ammalati sono complessivamente 591 e i familiari a carico sono circa 500, per cui l'importo finanziario dell'aumento del sussidio giornaliero non è molto pesante. È da considerare, anche, che questi malati godono del sussidio, che oggi il Governo propone, già dal febbraio 1969 e dal novembre 1970 percepiscono più di quello che propone il Governo.

Richiamo, pertanto, l'attenzione del Governo, al fine di trovare insieme una formulazione adatta ad accogliere questa modesta richiesta, anche per evitare che in un futuro prossimo possano verificarsi quegli atti di protesta che si sono verificati ultimamente a Gioia del Colle.

DE MARIA. Conosco un poco la situazione di questi malati, che è veramente *sui generis* per il carattere della malattia stessa, che ha una incubazione di 20 o 30 anni. Ultimamente, proprio in provincia di Lecce, sono stati scoperti due casi di lebbra, uno dei quali ha colpito la moglie di un emigrante che era tornato dall'Argentina.

La lebbra assume forme particolari ed è una malattia fortemente mutilante. La Puglia è stata esposta particolarmente a questi contagi, a causa delle molte navi provenienti dall'oriente che fanno scalo a Brindisi.

Ricordo che già qualche anno fa ci intrattenemmo su questo argomento e decidemmo di aumentare il sussidio giornaliero per questi malati. Oggi proponiamo di elevare ulteriormente l'ammontare del sussidio, in considerazione anche delle particolari cure cui devono essere sottoposti i lebbrosi.

È da dire anche che la lebbra è una malattia della quale, non a ragione, si ha terrore. L'onorevole Barberi mi raccontava l'episodio di un giudice che, dovendo interrogare un lebbroso, temeva di contagiarsi, per cui il colloquio avveniva a molta distanza. Tutto ciò, in verità, contribuisce a creare nei malati una psicologia particolare.

Ritengo che sarebbe bene accordare a queste persone un aumento del sussidio, il cui onere per lo Stato non è eccessivo, dato che i

ricoverati sono 591 e i familiari a carico circa 500.

Poi bisognerebbe anche insistere sulle altre misure che il collega Barberi ha ricordato. Questi poverini, sia per ragioni psicologiche, sia ambientali, tendono a sfuggire ai controlli medici. Purtroppo considerano il medico più come un questurino che come un sanitario che vuole assisterli. Mi associo, pertanto, alla richiesta del collega Barberi il quale ha sottolineato la necessità di subordinare l'erogazione dei sussidi al controllo delle misure mediche. Non è che propugniamo delle misure coercitive e limitative della libertà, ma soltanto quelle misure, profilattiche e curative, necessarie per garantire una terapia di recupero. In certi casi, al giorno d'oggi, abbiamo anche guarigioni complete e, comunque, in via di ipotesi, la cosa non può essere scartata. Resta poi il problema di evitare il diffondersi della malattia, per cui è opportuno subordinare l'erogazione dei sussidi al controllo dell'ufficiale sanitario, del direttore del dispensario. La misura che andremo ad attuare, innegabilmente, risolverà in parte i problemi che si sono creati in quel villaggio-lebbrosario di Gioia del Colle, e potrà garantire una maggiore continuità e tranquillità di vita all'opera stessa.

LA BELLA. Sottopongo alla vostra attenzione una proposta che ha valore psicologico: cambiare il titolo della legge: « Modifiche alle norme sui sussidi ai lebbrosi e familiari a carico », con l'altro: « Modifiche alle norme sui sussidi agli hanseniani e familiari a carico ». In altra legge è già stato fatto. Questo nome di « lebbrosi » implica un antico carattere di condanna. Vorrei poi rivolgere una domanda, per mia conoscenza. Nella relazione illustrativa del disegno di legge, alla fine del secondo capoverso, si parla di « aiuto numerario ». Vorrei essere illuminato, sapere cioè se si tratta di una dizione di tecnica contabile o bancaria a me sconosciuta o comunque desueta, oppure se si tratta di un semplice errore di stampa: « munerario » in luogo della dizione « munerario », cioè da moneta, o « monetario ».

PRESIDENTE. Penso non sia il caso di preoccuparsi trattandosi, eventualmente, di una inesattezza della relazione e non del testo della legge.

La cosa importante è l'emendamento di modifica del titolo del disegno di legge, proposto dal deputato La Bella.

CUCCHI, *Relatore*. Sono d'accordo.

V LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 17 MARZO 1971

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Io vorrei ringraziare sia il relatore sia gli onorevoli deputati che sono intervenuti nella discussione, perchè hanno aderito alla impostazione della legge e ne hanno raccomandato anche la rapida approvazione. Vorrei, però, fare un'osservazione. Tutte le proposte che sono state avanzate per rendere più severi i controlli, secondo me, non dovrebbero essere incluse nella legge. Mi riferisco alle proposte tendenti ad ottenere che gli ufficiali sanitari non perdano di vista i lebbrosi i quali sono peraltro tenuti a presentarsi periodicamente agli stessi. Tali proposte sarebbe più opportuno considerarle come raccomandazioni al Ministero della sanità affinché esso raccomandi agli uffici periferici l'osservanza di quelle disposizioni.

Naturalmente esprimo parere favorevole per l'aumento dei sussidi giornalieri, portando da 900 a 1000 lire quelli per i ricoverati, da 1700 a 2000 lire quelli per gli assistiti a domicilio, e da 900 a 1000 lire quelli per i familiari. Naturalmente con decorrenza 1° gennaio 1971, essendosi già chiuso il bilancio 1970.

E credo che queste siano le due proposte di emendamento, formulate dai deputati De Maria e Morelli.

Vi è poi un'altra proposta. Aggiungere, cioè, alla fine dell'articolo 1: « lire 10.000 *pro capite* per gratifica pasquale e lire 10.000 *pro capite* per gratifica natalizia.

Mi si fa presente che tali gratifiche sono già attribuite per cui è inopportuno precisarlo anche per evitare, senza alcuna pratica utilità, di modificare il disegno di legge che ha già avuto il concerto degli altri ministeri. Poiché si tratta di un diritto già quesito la gratifica, infatti, è già percepita, evidentemente il relativo onere è già a carico dello Stato, e quindi è superflua tale aggiunta.

VENTUROLI. Che non succeda, però, come per la differenza di cui parlavamo prima.

BARBERI. Le 10 mila lire di gratifica natalizia e pasquale vengono erogate dall'amministrazione che li ospita: fanno carico evidentemente sulla retta di degenza. Sono d'accordo con il sottosegretario La Penna di non inserire questa cifra nella legge per evitare eventuali remore alla sua approvazione.

MORELLI. Ritiro l'emendamento.

VENTUROLI. Mi sembra che qualche deputato abbia proposto di collegare l'erogazione dell'indennità all'obbligo delle visite. Voglio manifestare la mia contrarietà a tale proposta.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Posso assicurare che ciò non sarà fatto.

È chiaro che se verrà approvato l'emendamento tendente ad aumentare i sussidi giornalieri per i lebbrosi ricoverati e assistiti a domicilio e per i loro familiari, si dovrà modificare conseguentemente l'articolo 3 relativo alla copertura.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli. Do lettura dell'articolo 1:

ART. 1.

A decorrere dal 1° gennaio 1970, la misura del sussidio giornaliero, previsto dalla legge 27 giugno 1967, n. 533, a favore degli infermi affetti da lebbra e dei loro familiari a carico, è stabilita in:

- lire 900 giornaliera per i lebbrosi ricoverati;
- lire 1.700 giornaliera per i lebbrosi assistiti a domicilio;
- lire 900 giornaliera per ogni familiare a carico.

Gli onorevoli De Maria, Barberi e Morelli hanno presentato il seguente emendamento:

Aggiungere il seguente comma:

« A decorrere dal 1° gennaio 1971 la misura del sussidio di cui al comma precedente è stabilita in:

- lire 1.000 giornaliera per i lebbrosi ricoverati;
- lire 2.000 giornaliera per i lebbrosi assistiti a domicilio;
- lire 1.000 giornaliera per ogni familiare a carico ».

Poichè l'emendamento comporta un aumento di spesa, ne pongo in votazione il principio-base.

(È approvato).

Conseguente a tale emendamento di cui abbiamo testè approvato il principio base è

il seguente altro emendamento presentato dagli stessi deputati all'articolo 3:

Sostituire il primo comma con il seguente:

« All'onere derivante dall'applicazione della presente legge, valutato in lire 120 milioni per l'anno finanziario 1970 e in lire 180 milioni per l'anno finanziario 1971 e successivi, si provvede per l'anno finanziario 1970, quanto a lire 120 milioni a carico del fondo speciale di cui al capitolo 3523 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1970 e, quanto a lire 180 milioni, mediante riduzione rispettivamente di lire 80 milioni e di lire 100 milioni degli stanziamenti dei capitoli 1181 e 1210 dello stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1971 e dei corrispondenti capitoli degli esercizi successivi ».

Rinvio pertanto, ad altra seduta il seguito della discussione del disegno di legge, per consentire alla Commissione bilancio di valutare le conseguenze finanziarie di tali emendamenti.

Discussione del disegno di legge: Conservazione ai residui delle somme stanziato nel bilancio del Ministero della sanità ai sensi dell'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (2984).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Conservazione ai residui delle somme stanziato nel bilancio del Ministero della sanità ai sensi dell'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132 ».

L'onorevole Foschi ha facoltà di svolgere la relazione.

FOSCHI, *Relatore*. Il provvedimento in esame tende alla conservazione dei fondi residui previsti per il Fondo nazionale ospedaliero destinati al rinnovo e all'adeguamento delle attrezzature ospedaliere ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e alla concessione di contributi a favore degli enti ospedalieri in condizioni di particolare necessità.

Tali cifre non sono state utilizzate e sono state conservate ai residui a tutto il 31 dicembre 1970, con legge 13 marzo 1969, n. 82. Poiché la loro utilizzazione è subordinata all'emanazione del piano nazionale ospedaliero transitorio e poiché detto piano richiede l'approvazione del Comitato interministeriale del-

la programmazione economica, non è stata possibile l'utilizzazione dei fondi in questione entro l'anno 1970.

Il relatore ritiene, pertanto, che sia necessario conservare ai residui le somme stanziato, secondo quanto previsto dall'articolo unico, perchè possano essere utilizzate a tutto il 31 dicembre 1971, tenendo conto della fase del trasferimento alle regioni delle competenze in questo settore.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione generale.

VENTUROLI. A nome del mio gruppo, dichiaro che approveremo l'impegno di questi residui e quindi la possibilità di una loro futura disponibilità, alla luce però di una diversa impostazione di spesa. Non posso tuttavia lasciar passare inosservato questo momento, senza rilevare in modo severamente critico il comportamento del Governo, in rapporto a quella che era la specifica funzione di utilizzare queste somme, che tra l'altro furono considerate insufficienti in rapporto a ciò che doveva avvenire in campo ospedaliero.

Ciò dimostra, ancora una volta, che mentre il legislatore approva le leggi, incontrando parecchie difficoltà per il reperimento dei mezzi finanziari necessari, poi all'atto pratico ci si accorge che i fondi stanziati non vengono spesi e che i residui passivi si accumulano, particolarmente in un settore che versa in difficoltà per la carenza di attrezzature.

Noi daremo, comunque, voto favorevole al disegno di legge, auspicando che si tenga conto del decentramento e delle nuove competenze delle regioni nel settore sanitario.

DE MARIA. Mi associo a quanto è stato detto dall'onorevole Venturoli. Quando ero sottosegretario per la sanità ho sempre insistito affinché questi fondi venissero utilizzati, ma essi giacciono inutilizzati dal 1968.

Vorrei anche dire che le misure predisposte dai tecnocrati o dagli uomini politici per l'assorbimento del fondo sanitario ospedaliero nel fondo sanitario nazionale non mi trovano consenziente. Sarebbe opportuno che il ministero, nel momento in cui distribuirà alle regioni le somme del fondo sanitario ospedaliero, in ragione di parametri demografici o di indici di morbosità, insista perchè i fondi vadano effettivamente agli ospedali e non siano assorbiti da altri enti.

Voi ricorderete che quando discutemmo la legge di riforma ospedaliera, si disse che

la legge non aveva un adeguato finanziamento.

L'unico finanziamento fu proprio questo del Fondo nazionale ospedaliero. Purtroppo non è stato utilizzato. Che almeno ora venga utilizzato! Nè è da illudersi circa i finanziamenti della legge n. 383. I fondi ordinari del Ministero dei lavori pubblici non sono sufficienti per le necessità dell'edilizia ospedaliera. In Italia non abbiamo ancora raggiunto quel parametro del 10 per mille che rappresenta il minimo indispensabile segnalato dalla Organizzazione mondiale della sanità per garantire una ricettività ospedaliera degna di un paese civile. In Italia abbiamo circa 381 mila posti negli ospedali; 97.000 nelle case di cura; in tutto non si arriva ai 500.000 che non sono sufficienti per soddisfare le necessità della ricettività ospedaliera in campo nazionale. Ora, gli stanziamenti del Ministero dei lavori pubblici e quelli relativi ad un'altra legge che è già stata presentata dal Governo, non sono sufficienti a coprire le necessità dell'edilizia ospedaliera, tanto di quegli ospedali in avanzato stato di costruzione, ma non ancora completati, quanto degli altri ospedali, progettati o meno ed i cui lavori non sono ancora iniziati. Ci saranno le regioni, è vero! Noi siamo ultraconvinti di questo, ma alle regioni dovremo pur dare i fondi necessari. È inoltre da sottolineare che questo fondo nazionale ospedaliero, a stretto vigore, non sarebbe neanche destinato all'edilizia perché, in linea di massima, dovrebbe essere utilizzato per le attrezzature. Ci sono, infatti, molti ospedali carenti delle attrezzature più necessarie e indispensabili per garantire una cura adeguata. La mia raccomandazione al Governo, quindi, è la seguente: che quei fondi rimangano per gli ospedali e non vadano utilizzati per altri scopi, anche se accettabili, in modo da rispettare le finalità della legge n. 132.

BARBERI. Sono favorevole all'approvazione di questo disegno di legge, anche perché ritengo che il ministero non può non assegnare queste somme del Fondo nazionale ospedaliero agli ospedali: l'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, è chiaro in tal senso. Non sarei, come il collega Venturoli, in posizione critica così spietata verso il Ministero della sanità perché, di fatto, non tutte le regioni hanno fatto il piano ospedaliero. La Sicilia, che è la più antica regione a statuto speciale non ha ancora fatto il suo piano ospedaliero. Quindi vi è una carenza anche in periferia, che giustifica, almeno in

parte, i ritardi nelle misure di attuazione del Ministero della sanità. Non v'ha dubbio che quella degli ospedali è una situazione assai difficile. Ci auguriamo che spostando la responsabilità verso le regioni, queste abbiano modo di potere recepire meglio le esigenze degli ospedali, sottoposti alla loro giurisdizione; e ci auguriamo che le attuali carenze, veramente gravi e preoccupanti, possano essere eliminate.

DE LORENZO FERRUCCIO. Poche parole, per dire che sono pienamente d'accordo col disegno di legge presentato dal Governo. È giusto che le somme stanziata e non utilizzate negli anni precedenti siano utilizzate per l'avvenire nel Fondo sanitario ospedaliero. Io non ho perplessità o dubbi in merito: è la legge che lo ha stabilito. D'altra parte, però, come diceva il collega De Maria, le necessità sono tali che queste somme rappresentano una goccia nel mare, considerate le enormi esigenze degli ospedali italiani. Debbo fare un rilievo: noi, qui, facciamo, sì, le riforme, ma esse rimangono sulla carta, non sono applicate. Questa ne è la dimostrazione. Si tratta di un altro dei punti della riforma ospedaliera che non è applicato! Io vorrei sapere quali sono i punti della riforma ospedaliera che sono stati attuati. Questo caso offre la riprova della inutilità per il Parlamento di affrontare le riforme, quando poi il Governo non provvede ad attuarle.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Io vorrei fare la stessa osservazione che ho fatto dianzi a proposito del disegno di legge relativo agli ospedali psichiatrici. Anche qui ci troviamo di fronte ad un fondo che non si è riusciti ad utilizzare: e questo non per negligenza del Ministero della sanità, ma perché, in effetti, la legge prevede un meccanismo tale per cui, a distanza di anni, non si è ancora arrivati ad approvare il piano ospedaliero transitorio. L'articolo 33 istituisce il Fondo sanitario ospedaliero; ma poi prevede anche non solo quali devono essere le finalità, e cioè il modo in cui i contributi devono essere destinati, ma anche le modalità di approvazione e cioè le proposte da parte dei comitati regionali per la programmazione ospedaliera e l'approvazione da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica. Ora non si è riusciti a fare approvare, in tempo utile, dal Comitato interministeriale, il piano ospedaliero. Io, alla fine, arriverò a fare delle proposte modificative del disegno di legge al fine di poter consentire il

concreto rapido utilizzo di questo fondo. Se noi rinnoviamo questa legge, così com'è, molto probabilmente ci troveremo di fronte alle stesse difficoltà già incontrate, anche per l'anno 1971; e allora dovremmo rinviare il tutto all'approvazione della riforma sanitaria dove il nuovo fondo nazionale che si andrà ad istituire comporterà anche l'abolizione del fondo sanitario ospedaliero con l'assorbimento dei fondi da esso prescritti. Se teniamo presente che dal 1968 al 1970 si sono già accumulati 53 miliardi, e per il 1971 è disposto un ulteriore stanziamento di 19 miliardi, noi cumuliamo, per tutti questi anni, fino al 1971 incluso, ben 72 miliardi, che dovrebbero essere utilizzati.

Ecco perchè, a nome del Governo, presento un emendamento che tiene conto dell'esistenza delle regioni che hanno competenza in materia. D'altra parte anche la riforma sanitaria dovrebbe mettere a disposizione delle regioni l'utilizzazione di questi fondi; quindi, invece di rinviare, potremmo fare una legge che rappresenti quasi uno stralcio, per l'utilizzazione almeno di questi 72 miliardi, senza nulla togliere alla regolamentazione che verrà data con il fondo sanitario nazionale, che assorbirà il fondo nazionale ospedaliero. Quali dovrebbero essere i concetti ispiratori? Riconoscere che bisogna mettere a disposizione delle regioni questi fondi. Si potrebbe mettere a disposizione delle regioni meridionali e delle zone depresse del centro-nord il 50 per cento di tutto il fondo, perchè sono quelle regioni che hanno innanzitutto insufficienza di attrezzature, ed è unanimemente riconosciuta questa grave carenza. Quindi il 50 per cento dell'intero fondo dovrebbe essere destinato alle regioni che godono delle provvidenze della legge n. 717 del 1965 e delle altre leggi per le regioni e zone depresse del centro-nord, vale a dire la legge n. 614.

Il ministro della sanità, nel distribuire questi 72 miliardi alle regioni, dovrà tener conto della popolazione e, quindi, di un parametro fisso. Il 50 per cento della somma verrà destinato alle regioni meridionali ed alle regioni entro il cui territorio sono state riconosciute le zone depresse del centro-nord, in relazione alla popolazione e, comunque, il 50 per cento dell'intero fondo sarà destinato per l'acquisto ed il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie necessarie ad assicurare l'efficienza dei servizi speciali ospedalieri di pronto soccorso, emodialisi, radiologia ed analisi.

PRESIDENTE. Do lettura dell'emendamento presentato dal Governo.

Aggiungere il seguente articolo 2:

« Le somme indicate nell'articolo precedente e quelle stanziare al capitolo 1139 dello stato di previsione della spesa del ministero della sanità per l'anno 1971, dedotte le quote necessarie al pagamento dell'integrazione a carico dello Stato degli assegni ai medici interni, di cui agli articoli 47 e 48 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, valutate in lire 700 milioni per l'anno 1971, sono assegnate alle regioni con decreto del ministro della sanità per la concessione di contributi di cui all'articolo 33 della legge predetta e in deroga agli articoli 26, 27 e 29 della legge stessa.

Il decreto di ripartizione delle somme predette è adottato sentito il comitato nazionale per la programmazione ospedaliera e con l'osservanza dei seguenti criteri: a) il 50 per cento delle somme verrà assegnato alle regioni ammesse ai benefici di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717 e successive modifiche, e alla legge 22 luglio 1966, n. 614; b) la distribuzione delle somme alle singole regioni verrà fatta in relazione al numero dei rispettivi abitanti; c) almeno il 50 per cento delle somme assegnate alle singole regioni dovrà essere destinato per l'acquisto, il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie necessarie ad assicurare l'efficienza dei servizi speciali ospedalieri di pronto soccorso, emodialisi, radiologia ed analisi ».

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Desidererei ulteriormente precisare che l'emendamento è diretto a raggiungere questa finalità: l'utilizzazione immediata dei 72 miliardi che abbiamo a disposizione attraverso le regioni che sono competenti in materia e tra le quali verrebbero ripartiti questi fondi. Anzitutto si prende la metà dei 72 miliardi e si destina alle regioni dell'Italia meridionale e delle zone del centro-nord dichiarate depresse ai sensi delle leggi n. 717 e n. 614. Il Ministro della sanità, nel fare la ripartizione, terrà conto della popolazione. Che cosa significa? Che anche l'altro 50 per cento viene ripartito tra tutte le regioni d'Italia, e non già soltanto tra quelle escluse dalla prima ripartizione.

VENTUROLI. Questa è l'interpretazione! Allora avevo capito bene.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Compreso il Mezzogiorno: questo è fuori discussione. Lei aveva capito benissimo. Il 50 per cento delle somme verrà assegnato

alle regioni meridionali; la distribuzione di tale somma alle singole regioni verrà fatta in relazione al numero dei rispettivi abitanti.

VENTUROLI. La necessità del chiarimento, secondo me, era quanto mai opportuna, ma ritornerò sopra questo criterio. Voglio invece sollevare una questione di fondo, che del resto nasce dallo spunto offertoci dal rappresentante del Governo con il suo emendamento. Dico subito che sono d'accordo che già in questo provvedimento si inserisca quello che era il concetto ispiratore della valutazione critica che avevo fatto in precedenza. Le regioni, infatti, sono già esistenti, hanno le loro competenze; il discorso sull'avvio della riforma sanitaria è già impostato. È, quindi, giusto stabilire che la somma di 72 miliardi sia data alle regioni. Sono pure d'accordo nel dire che questi fondi siano trasferiti alle regioni con decreto del ministro della sanità: del resto è lui che ha competenza sul fondo. Questo concetto, tuttavia, non lo lascerei formulato in modo così generico ma lo preciserei meglio. Fisserei una data entro la quale il ministro, con suo decreto, assegna alle regioni queste somme.

Questo è un impegno che il Parlamento affida al ministro della sanità ed è un elemento rafforzativo della possibilità del ministro di dare corso ulteriore allo spirito di decentramento che nasce dall'istituzione delle regioni.

E veniamo ai criteri distributivi della somma complessiva. Il concetto di assegnare alle regioni meridionali una somma congrua, tenendo conto dello stato di depressione socio-economica di esse e quindi anche di tutto l'apparato strutturale sanitario, trova il nostro gruppo consenziente. Io dico che il nostro gruppo è sempre stato di questa opinione: anzi, esiste una proposta di legge proprio per la programmazione meridionale e gli investimenti nel Mezzogiorno, da noi propugnata, che ci sembra abbastanza avanzata e positiva. Però, in questo momento e per questa somma, io ritengo sia troppo presto per stabilire un criterio così drastico: il 50 per cento. Perché? Perché noi sappiamo che esso dovrà essere adottato attraverso, non soltanto la riforma sanitaria, ma anche il dispositivo in atto con la legislazione ordinaria. Le regioni sono investite del compito di trasformare i concetti della programmazione ospedaliera in programmazione sanitaria, e sulla base degli elaborati regionali, da cui emergeranno le diverse esigenze e quindi non più soltanto quelle delle strutture ospedaliere, deve essere fatto il piano sanitario nazionale, che deve es-

sere concepito prescindendo dalla nuova legge sanitaria. Ben venga la nuova legge di riforma sanitaria, che comprenda e disciplini anche questa parte; ma, prescindendo da essa, vi è già un'impostazione legislativa che deve condurre a quegli sbocchi.

Non si comprende, quindi, perché si debba anticipare, in questo momento, un criterio di ripartizione che potrebbe rivelarsi, quando si farà questa valutazione da parte del Comitato nazionale della programmazione sanitaria, diverso. E non scopro niente di nuovo se, nell'esprimere questo dubbio, prendo atto e dò atto di una situazione che è abbastanza singolare. Perché si parla spesso delle carenze del Mezzogiorno, si parla spesso delle sordità, dei ritardi con cui il legislatore, i governi, in genere, hanno valutato la situazione di depressione del Mezzogiorno, ma bisogna anche dire — e spero di non essere frainteso, dato che non sono meridionale — che vi è una grave carenza e responsabilità della classe politica meridionale!

Insomma, quando sento un collega del Mezzogiorno, come poc'anzi il deputato Barberi, affermare che la Sicilia non si è mai preoccupata di fare il piano regionale ospedaliero — senza volerci addentrare, per carità di patria, in altri aspetti — non può certo attribuirsi la colpa alla nazione, presa nel suo complesso o genericamente anche alla classe politica siciliana, presa nel suo insieme: ci sono delle responsabilità precise! Le regioni, come sono governate? Da quali uomini, da quali forze politiche?... Non è il caso, qui, di fare delle analisi storiche e sociologiche; mi sembra, però, prematuro stabilire, in questo momento, un criterio di ripartizione che, secondo me, deve avere valutazioni più complessive, più globali, più duttili. Il principio della ripartizione secondo il criterio *pro capite*, può essere ritenuto valido. Ma anche su questo ci sarà da discutere in sede di programmazione, e non solo sanitaria, perché sappiamo che abbiamo paesi, città, regioni, dove un conto è la popolazione formalmente residente e un conto è la popolazione effettivamente domiciliata. E allora, se vi sono scelte di priorità, bisogna tener conto anche di questi fattori. Cioè, quello che può apparire di dimensioni notevoli, poi invece, nella pratica, può essere in realtà diverso. Abbiamo, ad esempio, situazioni nelle quali esistono ospedali nuovi vuoti e inutilizzati; scuole nuove, vuote e inutilizzate; paesi nuovi, disabitati! E sono là... che vanno in deperimento!

Ne esistono anche nel nord di queste situazioni, intendiamoci.

Comunque, per concludere, io vorrei ricordare ai colleghi che anche nei criteri di ripartizione *pro capite* ci saranno degli elementi di valutazione che in questo momento non mi sento, onestamente, di accettare come impostazione ottimale. E proprio nella discussione che si farà su questa tanto attesa riforma sanitaria, nel valutare i criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale, verranno fissati quei principi che il legislatore riterrà più validi; e, in quel caso, scatterà il meccanismo anche per quanto riguarda queste somme. La cosa importante è che il Ministero della sanità sia messo in condizione, oggi, di destinare queste somme alle regioni. Questo è il punto principale. Fin qui ci sto; per il resto mantengo i dubbi che ho espresso.

FOSCHI, *Relatore*. Non ero a conoscenza dell'intenzione del Governo di presentare un articolo aggiuntivo, che sostanzialmente modifica tutta la prospettiva del disegno di legge. E da dire che noi, circa l'utilizzazione dei residui del fondo nazionale ospedaliero, siamo di fronte alla prospettiva, a breve scadenza, della riforma sanitaria, entro la quale si collocano le regioni che, proprio in questi giorni, hanno avuto il trasferimento delle competenze in materia ospedaliera e che dovrebbero poter rapidamente dar corso a quelle scelte necessarie per il piano ospedaliero transitorio. Diversamente, viene da chiedersi perché il Ministero della sanità ha mantenuto fermo il principio che le somme non potessero essere erogate se non a seguito dell'approvazione del piano ospedaliero transitorio, mentre ora, di fronte alla riforma e al trasferimento concreto delle competenze alle regioni, ci si preoccupa della utilizzazione immediata delle somme stesse. Ma non mi sembra prevedibile che a brevissima scadenza si possa dare attuazione alla riforma e che, a brevissima scadenza, le regioni siano in grado di operare delle scelte di programmazione.

L'emendamento del Governo si giustifica sotto il profilo dell'urgenza di interventi nel settore ospedaliero, a condizione che si tenga presente che l'emendamento non può significare una sorta di svuotamento preventivo di talune prerogative proprie della riforma, che dovrà passare attraverso i criteri della programmazione. Indubbiamente l'esiguità della cifra è una garanzia, nel senso che essa è tale da non compromettere nulla; esiste, però, a mio avviso, il rischio che le somme messe a disposizione delle regioni possano essere utilizzate in modo clientelare, non essendo perfezionato lo strumento della programmazione.

Sarebbe l'avvio di un pessimo costume, del quale finora abbiamo avuto esperienze a livello nazionale.

Desidero inoltre rilevare che con l'inserimento dell'emendamento del Governo si modifica nella sostanza la legge n. 132 e viene a cadere ogni validità del discorso dell'emanazione del piano nazionale ospedaliero transitorio, che non ha più motivo di esistere, non essendo rapportato ad una disponibilità di fondi. Non è esatto, poi, che le regioni non hanno fatto i piani transitori. Il relativo *iter*, anche quando è stato completato da parte delle regioni, non ha trovato al vertice una definizione adeguata.

Nonostante queste precisazioni, sono tuttavia d'accordo sull'opportunità di approvare l'emendamento proposto dal Governo, delineando meglio il meccanismo di distribuzione dei fondi. Sotto questo profilo, ritengo che la ripartizione preferenziale tra le aree del mezzogiorno e quelle depresse del centro-nord costituisca un criterio sostanzialmente giusto. Le regioni del nord, del resto, sulla base della ripartizione proposta, finiranno per avere una cifra considerevole, in relazione al parametro della popolazione.

Anzitutto perché la legge n. 614 classifica moltissime aree del nord nel suo ambito; in secondo luogo, perché il parametro popolazione è larghissimamente favorevole alle aree del nord, nella ripartizione del secondo 50 per cento.

PRESIDENTE. Non è un secondo 50 per cento! Questo è il punto da definire! Con la dizione proposta dal sottosegretario, il 50 per cento, viene attribuito alle aree depresse e il residuo 50 per cento è poi diviso tra tutte le regioni in proporzione alla popolazione.

FOSCHI, *Relatore*. Mi scusi, onorevole Presidente, ma credo di aver capito bene. Ripeto, però, e sono convinto di quello che dico, che questo 50 per cento da ripartire tra tutte le regioni d'Italia, sulla base del criterio della popolazione, va prevalentemente al nord, perché la popolazione italiana è prevalentemente concentrata in certe aree del nord. Questo è il discorso. Inoltre, al nord, va anche una prima quota di quel 50 per cento, perché tra le aree depresse del centro-nord sono anche classificate larghe zone alla periferia di Milano. Questo è stato un problema che abbiamo seguito lungamente, perché si riteneva che quella fosse una legge per le aree depresse del centro. Ora, sotto questo profilo, mi pare che il meccanismo sia scarsamente favo-

revoles al sud e alle aree centrali. Comunque, trattandosi di un fatto di carattere transitorio, ed essendo l'obiettivo soprattutto quello di riempire questa fase transitoria onde poter utilizzare una parte così modesta di fondi in un momento tanto difficile per gli enti ospedalieri, io sarei sostanzialmente d'accordo nell'accettare la formulazione proposta dal Governo, con alcune precisazioni che mi riservo di meglio formulare nell'esame del testo.

DE MARIA. Accetto il finale del collega Foschi. Faccio solo qualche riserva sui motivi che lui adduce; vorrei, invece, qualche chiarimento dal collega Venturoli. In primo luogo vorrei che, per un momento, riflettessimo sulla necessità di non essere in contraddizione con noi stessi. Io, all'inizio della discussione su questo disegno di legge, ho sottolineato ciò che ha detto il collega Venturoli e cioè che il Governo era responsabile per la mancata utilizzazione dei fondi. È vero che i piani transitori non erano stati realizzati però, a mio avviso, il Governo avrebbe dovuto sollecitare le regioni per cercare di erogare queste somme. Devo dire, con tutta sincerità, che, nel momento in cui il Governo presenta un emendamento diretto ad utilizzare subito queste somme, non possiamo non essere consenzienti; anzi, io proporrei addirittura che fosse assegnato al Governo un termine entro il quale provvedere.

Quanto ha detto l'onorevole Venturoli, tuttavia, non mi trova consenziente; e non desidero lasciarmi trascinare dalla tentazione di rispondergli sui motivi della depressione del sud, perché l'unità d'Italia si fece a spese del meridione!

Tuttavia al collega Venturoli desidero dire che non condivido ciò che lui sostiene circa il fatto che è troppo presto per utilizzare le somme. Onorevoli colleghi, ci troviamo di fronte ad una realtà che è veramente tanto triste, che non ammette digressioni. Vogliamo ricordare che nel nord abbiamo una media di posti letto che supera la media nazionale? Al primo posto c'è la Lombardia che credo abbia una media di posti letto del 13 per mille; poi abbiamo la Liguria, con l'11 per mille - se la memoria non mi tradisce, naturalmente - dopo viene il Piemonte. In realtà, l'unica regione, in Italia, che è la più ricca, e ha un bilancio attivissimo, di parecchi e parecchi miliardi, è la Lombardia. Questa ricchezza non può non portare gli enti locali ad aver curato il problema assistenziale ospedaliero.

A fronte di ciò, che cosa succede nel sud? Il sud ha ancora una media di posti letto che

va dal 3 e mezzo al 4 per mille; non parliamo della Lucania, che è ancora al 2 per mille; la Sicilia è al 4 per mille. C'è qualche provincia, che riesce più o meno a coprire le necessità. Ma nel sud noi siamo lontani, quasi della metà, da ciò che è indispensabile per garantire la ricettività ospedaliera.

Di fronte a questa situazione, la somma sulla quale noi oggi stiamo discutendo sarà una goccia, ma anch'essa non rifiutiamola a questo povero - naturalmente in senso economico, non per altro - meridione!

Quanto il collega Foschi diceva circa le regioni in relazione alla programmazione mi trova consenziente. Le regioni hanno il preminente, essenziale, compito della programmazione, oltre naturalmente a quelli legislativi ed amministrativi; però, per favore, non diciamo che i danari non dobbiamo darli perché c'è il clientelismo, perché allora le regioni non le avremmo dovute fare! A mio avviso non possiamo partire dal presupposto che domani le regioni ripeteranno i mali del governo centrale, aggravandoli; questo potrà anche avvenire, dipenderà dagli uomini, ma non consideriamolo come un presupposto! Ad un amico che tempo fa mi diceva: - Se le regioni fossero tutte come il Trentino-Alto Adige, io le vorrei, ma se invece fossero come la Sicilia, direi senz'altro di no, risposi: - Le regioni saranno come tu ed io le faremo! Dipenderanno da noi! Il clientelismo è una piaga che dobbiamo combattere, cominciando da noi parlamentari! - E in questo senso non è che possiamo non varare certi provvedimenti perché riteniamo che saranno usati male. No! Approntiamo i provvedimenti necessari e poi adoperiamoci perché essi siano applicati nel giusto modo.

FOSCHI, *Relatore*. Non è che io sia del parere che le regioni provocano il clientelismo, anche perché il collega De Maria sa benissimo che io sono un sostenitore delle regioni. Dicevo semplicemente che il trasferimento di fondi, in questo modo, in questo momento, senza strumenti di programmazione da parte delle regioni, si può prestare a dei criteri arbitrari.

DE MARIA. A mio avviso, possiamo rivolgere una raccomandazione al Governo. Poiché quasi tutte le regioni, per quanto mi consta, hanno già realizzato o programmato il piano ospedaliero transitorio, potremmo anche dire che questi fondi siano distribuiti secondo il piano già predisposto. Questa è una raccomandazione che potremmo rivolgere al Governo.

Vorrei dire un'ultima cosa. Noi eravamo convinti che la legge di riforma ospedaliera andasse modificata, se non altro perché un provvedimento non deve essere rigido ed immutabile, ma deve adattarsi alla realtà contingente che è in continuo sviluppo.

Ora io vorrei ricordare ai colleghi che la legge che andiamo ad approvare riguarda soltanto una parziale modifica della legge di riforma ospedaliera in quanto è limitata fino al 31 dicembre 1971 e non condiziona, quindi, in modo definitivo i criteri di ripartizione tra gli ospedali dei fondi.

Naturalmente, dopo tale data si rientrerà nella disciplina ordinaria la quale, indubbiamente, necessiterà di profonde modifiche, soprattutto con la realizzazione del servizio sanitario nazionale.

Allora dovremo studiare i rapporti tra regione, ospedali e unità sanitarie locali, e dovremo rivedere tutta la legge di riforma ospedaliera. Ma questo è un altro tema.

BARBERI. Cercherò di esprimere il mio pensiero telegraficamente. Io sono favorevole all'emendamento proposto dal governo. Ma questo non modifica quello che è l'avvenire della programmazione regionale: perché l'attuale provvedimento riguarda in certo qual modo il passato e in piccola parte il presente. Tenuto conto della modestia dei fondi, è bene che questi siano utilizzati il più rapidamente possibile. Per quanto riguarda la formulazione, credo sia opportuno portare il comma *b*) al posto del comma *a*). Vale a dire, il concetto della ripartizione, in rapporto alla popolazione, deve essere un concetto generale, che deve precedere tutte le altre considerazioni: diversamente si svuoterebbe il concetto che era stato propugnato dal Governo, cioè il 50 per cento alle regioni meridionali e alle zone depresse del centro-nord; l'altro 50 per cento va distribuito a tutte le regioni d'Italia, non a quelle residue, ma, ripeto, a tutte le regioni d'Italia.

Per quanto riguarda le attrezzature, quando svolsi nel 1962 la relazione sul bilancio della sanità, feci presente che non ci potevamo fermare solo all'esame del numero dei posti letto, ma dovevamo considerare anche e soprattutto le attrezzature degli ospedali.

Nel caso in esame, sarei dell'avviso che nel provvedimento non si specificasse il tipo di attrezzature per l'acquisto delle quali andrà utilizzata una parte delle somme assegnate, lasciando alle regioni la responsabilità di decidere in base alle esigenze che saranno costatate.

DE LORENZO FERRUCCIO. Concordo solo parzialmente con le direttive contenute nell'emendamento presentato dal Governo, in quanto ritengo che esse tendano a diluire eccessivamente le somme a disposizione. Cosa potrebbe fare, ad esempio, la regione campana con un miliardo? Sarebbe preferibile assegnare le somme a disposizione alle sole regioni meridionali, in quanto quelle settentrionali, come si sa, hanno un maggior numero di posti letto. Le zone depresse del centro-nord usufruiscono di attrezzature efficaci, mentre l'Italia meridionale è in condizioni tali da far vergogna ad un paese civile. Si pensi che Napoli ha un solo centro di rianimazione e che la carenza generale di attrezzature nella Campania è veramente scandalosa.

Sono quindi perplesso sui criteri di distribuzione di questi fondi, che non potranno essere utili a nessuno.

Non è poi vero che molte regioni non abbiano fatto i piani di programmazione ospedaliera: a Napoli, ad esempio, è stato redatto un piano pregevole da parte del comitato di programmazione. Sarebbe bene che nel provvedimento si specificasse che devono venir colmate le gravi carenze della mancanza di posti di pronto soccorso e di rianimazione, ponendo anche una data entro la quale le somme dovranno essere utilizzate.

MASCOLO. Nonostante le finalità del provvedimento siano condivise dalla maggior parte dei colleghi intervenuti nella discussione, sembra che questa mattina non si sia in grado di formulare un testo chiaro per la miglior ripartizione e utilizzazione delle somme a disposizione.

Propongo pertanto che si costituisca un Comitato ristretto per approfondire i problemi emersi e redigere un nuovo testo dell'articolo aggiuntivo.

CUCCHI. Esprimo parere favorevole sul disegno di legge e sull'emendamento presentato dal Governo, anche se i fondi a disposizione sono esigui in relazione ai fabbisogni generali.

Vorrei rilevare che è solo un mito la considerazione che il nord sia autosufficiente e in grado di assolvere in modo autonomo ai problemi sanitari. In questo momento di crisi per l'economia generale, un comune come quello di Milano comincia a far fatica nel mascherare il disavanzo del suo bilancio. E da dire anche che a Milano esistono negli ospedali solo 50 posti letto per la rianimazione e ciò dimo-

stra che anche il nord ha grandi problemi e grosse esigenze nel settore sanitario.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Vorrei fare soltanto alcune osservazioni. In effetti, forse, la proposta dell'onorevole Foschi si può accogliere per un motivo semplice: che bisogna innanzitutto decidere se vogliamo utilizzare subito questi fondi. Su ciò, non credo che dobbiamo molto meditare; è una scelta semplice, di natura politica, che non pregiudica nulla per quanto riguarda la riforma sanitaria, in quanto noi utilizziamo soltanto i fondi (fino al bilancio 1971) che sono stati accumulati per l'impossibilità di finanziare il piano ospedaliero transitorio. Certo, bisogna chiarire un poco le cose; ma credo che la discussione abbia approfondito anche il significato dell'emendamento. Innanzitutto vogliamo trasferire alle regioni questa possibilità di intervento nell'ambito dei propri territori e nonostante i pericoli prospettati di un certo clientelismo direi che ormai, con la programmazione, i piani redatti a livello regionale, dovrebbero avere accertato e definito le varie necessità. Certo, si tratta anche di attuare e di tener conto del disposto dell'articolo 33 della legge n. 132 per quanto riguarda le finalità da raggiungere con questi fondi. Ci si è accordati per rimettere al ministro della sanità il compito di provvedere, con proprio decreto, a ripartire i fondi tra le regioni, in relazione al numero dei loro abitanti. Il 50 per cento dell'intero fondo viene accantonato subito per le regioni meridionali e per quelle depresse del centro-nord; anche qui, però, va fatta una precisazione. Che cosa significa? Ammesso, per esempio, che ci sia una zona depressa nella regione lombarda...

BARBERI. La legge n. 614 fissa in maniera categorica le zone riconosciute depresse; il numero degli abitanti si riferisce alle zone depresse e non all'intera provincia o regione.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. La legge n. 614 fissa le zone, ma limitatamente alla popolazione e quindi agli abitanti di quelle zone riconosciute depresse. Questo va precisato. Bisognerebbe dire, in effetti, che il 50 per cento della somma verrà assegnata alle regioni ammesse ai benefici di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717 e successive modificazioni, e alle regioni entro il cui territorio sono state riconosciute le zone depresse del centro-nord, in applicazione della legge n. 614, limitatamente al numero degli abitanti appartenenti alle predette zone. Al pun-

to b), invece di dire: « La distribuzione delle somme alle singole regioni verrà fatta in relazione al numero dei rispettivi abitanti... » — per cui non si capisce bene (e qualcuno ha potuto anche dubitarne se vi rientrano ancora le regioni del mezzogiorno e del centro-nord, e siamo d'accordo nel senso che devono rientrarvi — si potrebbe dire: « Il residuo 50 per cento verrà distribuito a tutte le regioni in relazione al numero degli abitanti ». Quando al punto c), si dice: « Almeno il 50 per cento delle somme assegnate alle singole regioni dovrà essere destinato per l'acquisto... eccetera », si potrebbe dire: « Le regioni nell'utilizzare le somme assegnate, dovranno destinare il 50 per cento all'acquisto e al rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie necessarie ad assicurare l'efficienza... eccetera ».

Sono d'accordo nell'accogliere la proposta dell'onorevole Venturoli diretta a specificare la data entro la quale il ministro della sanità deve emettere il decreto di ripartizione.

PRESIDENTE. L'onorevole Venturoli insiste per la nomina di un Comitato ristretto.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Si potrebbe tenere la riunione del Comitato questa sera, e domani mattina la Commissione.

PRESIDENTE. Ritenendo che sia opportuno il ricorso alla nomina di un Comitato ristretto per la formulazione dell'articolo, pongo in votazione questa proposta.

(È approvata).

Comunico che ho chiamato a far parte del Comitato ristretto, oltre al relatore Foschi, i deputati Cucchi, De Maria, De Lorenzo Ferruccio e Venturoli.

Il seguito della discussione del disegno di legge è pertanto rinviato ad altra seduta.

Discussione della proposta di legge senatori Del Nero ed altri: Norme sui concorsi a posti di personale sanitario dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi (Approvata dalla I Commissione permanente del Senato) (2470).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge d'iniziativa dei senatori Del Nero, Bernardinetti, Bartolomei, Perrino: « Norme sui concorsi a posti di personale sanitario dei laboratori provin-

ciali d'igiene e profilassi », già approvata dalla I Commissione permanente del Senato della Repubblica nella seduta del 24 aprile 1970.

Il relatore, onorevole Sisto, ha facoltà di svolgere la relazione.

SISTO, *Relatore*. Sarò breve e, spero, in-contrastato. La mia relazione si articola in tre parti, sia pure brevissime: l'*iter*, cioè la storia; il tenore della propositina di legge (non dico leggina perché al termine potrebbe essere attribuito un significato deterioro) e alcune altre considerazioni.

L'*iter*. Il 24 aprile del 1969 alcuni senatori hanno presentato alla Presidenza del Senato questa propositina di legge. Esattamente il 24 aprile dell'anno successivo (quasi una data augurale), venne approvata dalla I Commissione del Senato, in sede deliberante. Il 17 marzo 1971, cioè oggi, questa propositina di legge arriva, in sede deliberante, alla Commissione Sanità. Tre anni.

Vediamone ora il contenuto. Si tratta di un articolo unico. Si chiede, in sostanza, che, nelle commissioni giudicatrici dei concorsi per il personale sanitario dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi, di cui all'articolo 85 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e di cui all'articolo 15 del decreto del Presidente della Repubblica 10 giugno 1955, n. 854, le funzioni di segretario siano esercitate da un funzionario della carriera direttiva della stessa amministrazione provinciale che bandisce il concorso.

Si tratta di una questione di tutta evidenza: eppure, nel decreto del Presidente della Repubblica 10 giugno 1955, n. 854, all'articolo 11 veniva prescritto che il segretario delle commissioni giudicatrici per la nomina dei sanitari condotti e dei sanitari dei comuni fosse un funzionario del comune. Poi, all'articolo 15, si dispone, invece, che nelle stesse circostanze, cioè nei concorsi a posti di personale sanitario dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi, il segretario sia un funzionario dell'amministrazione civile dell'interno. Ciò indubbiamente lede il prestigio dei funzionari della provincia e il rispetto delle autonomie locali.

Raccomando pertanto la proposta di legge al voto favorevole della Commissione, lamentando il fatto che siano occorsi tre anni perché il provvedimento venisse all'esame della nostra Commissione.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione generale.

MASCOLO. Non siamo contrari all'approvazione della proposta di legge, considerata la finalità dell'adeguamento della legislazione in materia di concorsi comunali a quella in materia di concorsi provinciali. Riteniamo tuttavia che non è con questa proposta di legge che si realizza completamente il principio di autonomia degli enti locali, che si configura in ben altre forme.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare dichiaro chiusa la discussione generale.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Desidero osservare che in base all'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 10 giugno 1955, n. 854, le funzioni di segretario dovrebbero essere svolte da un funzionario dell'amministrazione civile. Tuttavia, considerato che la proposta di legge è stata già approvata dal Senato, mi adeguo al parere favorevole espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Do lettura dell'articolo unico della proposta di legge:

ARTICOLO UNICO.

Nelle Commissioni giudicatrici dei concorsi per il personale sanitario dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi, di cui all'articolo 85 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e di cui all'articolo 15 del decreto del Presidente della Repubblica 10 giugno 1955, n. 854, le funzioni di segretario sono esercitate da un funzionario della carriera direttiva della stessa Amministrazione provinciale che bandisce il concorso.

Trattandosi di articolo unico, al quale non sono stati presentati emendamenti, la proposta di legge sarà votata direttamente 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:

Proposta di legge senatori Del Nero ed altri: Norme sui concorsi a posti di personale sanitario dei laboratori provinciali d'igiene e

V LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 17 MARZO 1971

profilassi. (Approvata dalla I Commissione permanente del Senato) (2470).

Presenti e votanti	25
Maggioranza	13
Voti favorevoli	25
Voti contrari	0

(La Commissione approva).

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Allera, Balasso, Barberi, Biagini, Biamonte, Cortese, Cucchi, De Lorenzo Ferruccio, De Maria, Di Mauro, Ferrari, Foschi, Graziosi, La Bella, Magliano, Mascolo, Mazza, Monasterio, Morelli, Sisto, Sorgi, Urso, Venturoli e Zanti Tondi Carmen.

Sono in congedo:

Armani, Bartole e Cattaneo Petrini Giannina.

La seduta termina alle 12.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Dott. GIORGIO SPADOLINI

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

Dott. ANTONIO MACCANICO

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO