

CONSIGLIO REGIONALE DEL TRENINO - ALTO ADIGE
REGIONALRAT TRENINO - TIROLER ETSCHLAND

UFFICIO RESOCONTI CONSILIARI
AMT FÜR SITZUNGSBERICHTE

SEDUTA

27.

SITZUNG

10 - 9 - 1969

Presidente: BERTORELLE

Vicepresidente: DEJACO

INDICE

Disegno di legge n. 22:

« Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera »

pag. 3

INHALTSANGABE

Gesetzentwurf Nr. 22:

« Krankenanstaltskörperschaften und Krankenhauspflege »

Seite 3

Ore 10.20.

PRESIDENTE: La seduta è aperta. Appello nominale.

DEMETZ (Segretario questore - S.V.P.):
(fa l'appello nominale).

PRESIDENTE: Lettura del processo verbale della seduta 9.9.1969.

SFONDRINI (Segretario questore - P.S.I.): (legge il processo verbale).

PRESIDENTE: Osservazioni al processo verbale? Nessuna, il processo verbale è approvato.

Signori consiglieri, io desidero ricordare che la settimana scorsa è deceduto il Presidente della Regione Valle d'Aosta, e desidero cogliere l'occasione di questa nostra riunione per porgere alla Val d'Aosta, ai suoi amministratori, le condoglianze più profonde e sentite del nostro Consiglio regionale. Il Presidente della Regione della Valle d'Aosta è deceduto dopo una lunga malattia. Ai funerali hanno partecipato anche rappresentanti della nostra regione; io stesso ho mandato a nome del Consiglio un telegramma. Noi sappiamo che era un degno rappresentante della autonomia in quella regione e la sua morte è un

cordoglio per tutti gli autonomisti e tutti i rappresentanti delle altre regioni.

Riprendiamo ora la discussione generale del disegno di legge n. 22: « **Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera** ».

Ha chiesto di parlare il cons. Lorenzi.

LORENZI (D.C.): Signor Presidente, signori consiglieri, signore e signori, il disegno di legge che è sottoposto oggi alla nostra osservazione ed al giudizio del Consiglio regionale è senz'altro uno dei più impegnativi e più interessanti che la presente legislatura abbia finora dovuto affrontare. La amplissima rilevanza sociale dell'argomento — la salute, il suo mantenimento, il suo ricupero per chi l'avesse disgraziatamente perduta — è il problema che interessa tutti i cittadini indistintamente, a qualsiasi classe sociale appartengano, a qualsiasi professione. Non è un problema settoriale, che, pur ricco di riflessi in ogni direzione, di fatto viene poi seguito solo da persone o determinate categorie direttamente interessate. Inoltre questo disegno di legge, e la cosa non è certo di poca rilevanza, tratta un argomento che è di specifica e primaria competenza regionale, per cui il giudizio, le scelte, le decisioni del Consiglio, acquistano una altissima dignità, una particolare rilevanza e un interesse che trascende evidentemente

l'ambito strettamente regionale, potendo costituire esempio di una rimeditazione della legge originaria e di una indicazione di nuove direzioni. Infatti il disegno di legge in esame non propone certamente una pura e semplice recezione della legge nazionale n. 132, ma pur riconoscendo alla legge statale una sostanziale validità, pur vedendo in essa una fondamentale svolta nel concetto di assistenza ospedaliera, vuole tuttavia adeguarla alle esigenze della nostra regione, e ciò evidentemente non per celebrare formalmente una specifica competenza, che potrebbe sembrare atto semplicemente dispettoso o comunque di irrilevante importanza, ma per esprimere positivamente una volontà politica di autonoma ricerca di vie migliori, più conformi alla situazione storica, geografica, economica della nostra regione, nella quale, oltre tutto, sono chiamate a vivere armonicamente, pacificamente, due diversi gruppi etnici, legati tuttavia da tutta una serie...

(Interruzione)

LORENZI (D.C.): D'accordo, tre, mettiamoci anche i ladini, è giusto. ...una serie di tradizioni, di sentimenti e da una sincera volontà di collaborazione. Mi pare che proprio in questo disegno di legge tale volontà onesta e disinteressata, di accordo e di rispetto, emerge nel riconoscimento delle particolari esigenze della comunità altoatesina di lingua tedesca e di lingua italiana. E con questo intervento, che svolgo nella mia qualità di capogruppo del partito della D.C. in sede regionale, intendo affrontare soltanto i problemi generali connessi al disegno di legge in esame, prospettandone una certa giustificazione, riservandomi di intervenire personalmente o attraverso i miei colleghi di gruppo in un secondo momento, sulle questioni più particolari che potranno

emergere nel corso della discussione. E' evidente che il discorso dovrà essere critico, pur in forma necessariamente sintetica, sia del testo della legge nazionale, recepito senz'altro dal disegno di legge da esaminare, sia delle proposte che se ne differenziano in maniera particolarmente interessante.

Vorrei ora iniziare questa mia relazione, esponendo alcune considerazioni squisitamente tecniche e già trattate e discusse in importanti convegni medici in sede nazionale, proprio perchè ritengo che un notevole aiuto ci possa venire in questo nostro dibattito da considerazioni non immediatamente ideologizzate o politicizzate, per quanto sia evidente che il discorso dovrà poi farsi politico, proprio perchè ogni scelta, ogni riforma, ogni intervento, incida sulla comunità umana o prospetti mezzi o fini o offra servizi, sia e debba essere sempre espressione di una volontà squisitamente politica. C'è un organo puramente tecnico, l'organizzazione mondiale della sanità, formata da esperti di altissimo livello, che ha definito — e qui entriamo immediatamente in argomento — che cosa si debba intendere per ospedale. La definizione data dall'organizzazione mondiale della sanità, potrebbe a noi servire quale parametro universale, che esuli non solo dalla nostra regione, ma dal nostro Paese, dal nostro continente, proprio perchè frutto di una collaborazione tra specialisti di tutte le nazioni del mondo.

Secondo gli esperti dell'organizzazione mondiale della sanità, l'ospedale è parte integrale dell'organizzazione sociale medica. La qualificazione è dunque organizzazione sociale e medica, non medica prima e poi sociale; quindi gli ospedali fanno parte di una organizzazione di civiltà, di una struttura sociale di un popolo, con una funzione di provvedere alla completa tutela della salute della popola-

zione — questo è il concetto dell'organizzazione mondiale della sanità — a scopo sia curativo che preventivo, estendendo la propria azione alla famiglia, nell'ambiente in cui abita. L'ospedale è inoltre un centro per la formazione di coloro che lavorano nel campo sanitario, per ricerche biosociali. Non dunque, per l'OMS, l'ospedale è un centro di salute, non solamente centro di cura; l'ospedale deve fare medicina preventiva, non solo curativa, l'ospedale non ha più mura, secondo gli esperti dell'organizzazione mondiale della sanità, lo ospedale deve andare fino alla famiglia, nell'ambiente in cui vive. Ecco, insomma, le quattro funzioni dell'ospedale come sono tracciate dagli esperti dell'organizzazione mondiale della sanità: 1) la vecchia funzione di ripristino, di restauro, tradizionale, ma naturalmente ammodernata; 2) la funzione di prevenzione; 3) la funzione di istruzione; 4) la funzione di ricerca. Stabilito questo parametro universale, sarà senz'altro opportuno esaminare rapidamente il titolo 1. del disegno di legge che illustra appunto il concetto di ente ospedaliero. Nel secondo comma dell'art. 2, si legge: «Essi — cioè gli enti ospedalieri, gli ospedali — prestano le cure mediche e chirurgiche generali e specialistiche, partecipano alla difesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali, contribuiscono alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico, promuovono l'educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare, avvalendosi del proprio personale sanitario». Qui vediamo riprodotto in pieno il concetto di medicina preventiva, che secondo gli esperti dell'organizzazione mondiale della sanità deve guidare l'attività dell'ospedale.

Ma nella dizione della nostra legge c'è di più. Per l'organizzazione mondiale della sani-

tà, l'ospedale è infatti quasi una cosa a se stante, pur con la precisazione che essa è parte integrante dell'organizzazione sociale e medica. Inoltre il legislatore, nello stabilire tassativamente il crisma di medicina preventiva, dice che questa si deve svolgere in coordinamento con altre istituzioni sanitarie locali. Potremmo a questo punto inserire proprio il discorso di questa collaborazione, di questo coordinamento, che non vuole essere certo un rivoluzionario e gratuito scardinamento di posizioni e di diritti acquisiti in un lavoro altamente benemerito, ma il risultato di una precisa analisi e della volontà giustificata anche dai fatti, di una progressiva evoluzione verso forme e modi di assistenza sempre più precisi, sciolti da schemi burocratici, alla lunga tremendamente onerosi dal punto di vista economico-finanziario e macchinosi dal punto di vista pratico. Si tratta dunque di una esigenza che scaturisce da un razionale e inderogabile appello a una concreta programmazione.

E' evidente che sto parlando del comma nel quale si parla del passaggio, susseguente al piano ospedaliero regionale, della gestione dei poliambulatori, dei servizi diagnostici o curativi delle Casse mutue provinciali di malattia di Trento e Bolzano agli enti ospedalieri o alle unità sanitarie locali. E' indubitabile che sia in atto una tendenza, che ritengo giusta e irreversibile, che tutte le attività sanitarie, i loro problemi giuridici, amministrativi funzionali, ecc. siano curati da organismi preposti alla organizzazione sanitaria propriamente detta, istituzionalmente costituita. D'altra parte non mi sembra che ciò possa o debba minimamente ledere i giusti diritti dei medici, degli specialisti, che all'attività in ambiente mutualistico hanno dedicato da tanto tempo la loro preparazione tecnica, la loro capacità operativa e la loro volontà di servizio. Qui

evidentemente mi pare che questa categoria di medici non debba aver bisogno di molti Don Chisciotte che accorrono in loro difesa, quasi fossero mammolette disperse nel deserto; sono uomini responsabili, capaci, coscienti, che sanno benissimo quali sono i loro diritti, sanno altrettanto bene quali sono i loro doveri, e che attraverso i loro organi sindacali sanno far sentire sempre, in maniera precisa, la loro voce. Io spero che sappiano far sentire la loro voce, sono certo anzi, sono sicuro, contrariamente a ciò che il cons. Pruner ieri ci diceva, che la voce di queste categorie particolari è voce addirittura di minaccia, voce di sciopero, voce di crisi. Ma insomma, andiamo, i nostri medici ospedalieri non vogliono farci vivere un clima di Caserta. A Trento i medici, e in tutta Italia, non sono i tifosi del calcio.

Infatti il cons. Pruner ci diceva addirittura: ma prendete proprio sul serio le minacce? Se sì è bene, se non è grave. Eh no, mi dispiace. Se si arrivasse alla minaccia, evidentemente la prendiamo sul serio, non tanto per cedere alla minaccia, quanto per cercare di eliminarla, decisamente, perchè la minaccia non entra assolutamente nel sistema delle regole democratiche nelle quali noi intendiamo vivere. La voce è stata ascoltata, i medici si sono dichiarati soddisfatti e questo lo assicurerò e lo preciserò nel corso del mio intervento, e perciò da questo punto di vista ritengo che le previsioni apocalittiche del cons. Pruner siano veramente gratuite. D'altra parte, continuando l'intervento, sarebbe contrario al rispetto che noi dobbiamo alla persona, in quanto essere libero e responsabile, negare al cittadino il diritto alla libera scelta del medico, dell'ospedale e della casa di cura privata.

Il disegno di legge che la Giunta regionale oggi presenta, dimostra questa sensibilità, sia nei riguardi dei medici e degli specialisti,

ai quali dobbiamo l'efficienza, la diffusione, la incidenza sociale della attività mutualistica — è proprio del sistema mutualistico il merito di aver coperto con una concreta assistenza sanitaria il 90% della popolazione italiana, con un lavoro che negli anni '30, '40, '50 ha conosciuto una continua crescita e un continuo apprezzamento da parte degli assistiti — sia nei riguardi del giusto diritto di scelta che dobbiamo al cittadino in quanto tale.

Mi sembra giusto ora ricordare che l'ultimo comma dell'art. 41, un emendamento della Giunta, al titolo 8, disposizioni finali e transitorie, recita: « All'atto del passaggio dei poliambulatori delle Casse mutue di Trento e Bolzano agli enti previsti dall'ultimo comma dell'art. 2, questi ultimi assumono le convenzioni vigenti tra le Casse mutue provinciali di malattia e i medici che prestano la loro opera nei poliambulatori ». Così nell'ultimo comma dell'art. 2 il disegno di legge concretamente risponde alle giuste preoccupazioni di tanti medici, quando, dopo aver accennato al passaggio della gestione dei poliambulatori e dei servizi diagnostici curativi delle Casse mutue provinciali di malattia di Trento e Bolzano agli enti ospedalieri e alle unità sanitarie locali, aggiunge che i rapporti giuridico-economici dei medici che presteranno servizio presso detti ambulatori, saranno regolati da apposite convenzioni da stabilire con le organizzazioni sindacali di categoria.

Pensi, cons. Pruner, che i medici locali, in difesa dei quali ieri si è così lanciato, i medici locali interessati, attraverso naturalmente i loro organismi, hanno espresso veramente la loro soddisfazione per la soluzione del problema, soluzione in questo senso, che dalla Giunta è stata attuata in quei continui rapporti, continui veramente, che l'assessore ha avuto con gli enti interessati. Bastava che

lei andasse lì, presso l'assessore, che è gentilissimo, e l'avrebbe messa senz'altro al corrente, come ha messo al corrente tanti altri suoi colleghi, della situazione e dei contatti che avvenivano con tutte le organizzazioni particolari interessate. Infine, questo stesso comma conchiude, in nome della già citata fondamentale esigenza dell'uomo cittadino, con la affermazione che dovrà essere in ogni caso garantita la libera scelta del medico, dell'ospedale, della Casa di cura privata. Mi pare che questa volontà di collaborazione, questo rispetto di tutta una serie di giuste esigenze, questa estrema sensibilità, che non dimentica o trascura i problemi, ma che cerca la loro soluzione più logica e razionale, ci dia chiara testimonianza dell'onestà ed apertura del disegno di legge, dell'impegno, dell'entusiasmo con il quale è stato realizzato dall'assessore competente.

Ma sarei ingiusto però se in questo momento dimenticassi l'ex assessore regionale alla sanità, ora collega in Consiglio, cons. Nicolodi, che per primo ha affrontato il problema di una seria programmazione ospedaliera in regione e che aveva già preparato un disegno di legge sull'argomento. Dico questo per dovere di sincerità e di verità, perchè è giusto, anche se purtroppo non sempre avviene poi di fatto, che le fatiche, i meriti, le responsabilità assolte con dignità e anche con coraggio, in un certo senso la proposta di allora — il libretto di Nicolodi, che ho letto con molta attenzione, sembrava quasi profetico — siano conosciute e apprezzate. Vorrei ora continuare, dopo questa digressione che mi sembrava però necessaria e opportuna e non accattivante, cons. Nicolodi, opportuna per la verità, per ristabilire i giusti meriti, l'esame di quei motivi che sembrano costituire l'essenza della legge e il suo valore che trascende, credo, ogni di-

scorso di discriminazione politica. Lo farò, riferendomi ancora a quel parametro universale che è costituito per me dalla definizione di ospedale, data dall'organizzazione mondiale della sanità.

Nello stesso art. 2, al 2. comma, si ricorda come gli ospedali debbano contribuire alla preparazione professionale del personale sanitario tecnico; hanno dunque quella funzione di istruzione che viene sostenuta anche dall'OMS. E' una affermazione importantissima e qui veramente spero che la Regione possa stimolare concretamente la costituzione di scuole professionali per il personale ospedaliero, non medico, del quale si avverte la mancanza e che potrebbe inoltre costituire una professione estremamente qualificante, espressiva di una vocazione, di precisi interessi ed attitudini. Questo lo dico proprio sia come assessore provinciale alle attività culturali, sia come uomo di scuola, che proviene dalla scuola e che avverte in maniera particolare l'esigenza e l'urgenza di questi motivi e della costituzione di queste scuole.

Fondamentale e di vibrante significato sociale poi il concetto espresso sempre nello stesso articolo: «Gli enti ospedalieri promuovono l'educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare, avvalendosi del proprio personale sanitario». E' prospettata dunque una proiezione all'esterno dell'ente, una dimensione di intervento sociale di eccezionale importanza, che costituisce senz'altro l'elemento discriminante della nuova legislazione nei confronti della vecchia concezione delle funzioni dell'ospedale. Perchè c'è una differenza, cons. Pruner, c'è una differenza sostanziale — non c'è il cons. Pruner — fra le due posizioni.

Il concetto poi è ribadito in maniera ancora più precisa nel terz'ultimo comma del-

l'art. 2: «Gli enti stessi possono istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali del lavoro, centri per il ricupero funzionale, e compiere ricerche, indagini scientifiche e medico-sociali in ordine al conseguimento degli scopi istituzionali». Si prospetta dunque addirittura la possibilità di una *équipe* ospedaliera, la quale eventualmente, in determinati momenti, potrebbe essere proiettata all'esterno. Si pensi al *depistage* dei tumori o a quello della carie dentaria, a tutti gli altri problemi di medicina sociale, per i quali a un determinato momento si potrebbe avere un collegamento cordiale fra un ospedale ben organizzato e un servizio di medicina assicurativa, oppure con un servizio di medicina scolastica, e vedere in tal modo e in tal fine proiettate all'esterno queste *équipes* ospedaliere, che andrebbero a controllare i soggetti già selezionati, attraverso un primo esame, fatto dal medico generico locale. Non solo dunque l'ospedale potrà creare ambulatori nell'ambito delle mura ospedaliere, ma creare all'esterno e quindi proiettare al di fuori della sede ospedaliera, non solo le capacità tecniche, ma anche le sue strutture fisse. Mi sembrano questi principi di altissimo valore politico-sociale, che da soli giustificerebbero la legge, che mi sembra attui proprio in questo senso e in questa direzione il più vero spirito al quale ogni ente pubblico dovrebbe ispirare i propri interventi: intendo parlare dello spirito di servizio alla comunità, a tutta la comunità, eliminando finalmente ogni discriminazione nei confronti dei cittadini. Ecco allora la pubblicità dell'assistenza ospedaliera, l'apertura a tutti, nel senso che sia sentita come un diritto fondamentale di tutti la garanzia della libera scelta del medico e dell'ospedale, ed attuando quell'intesa piena

e cordiale fra medico e paziente, restituendo la professione del medico, fuori naturalmente da ogni retorica, quella dimensione umana, popolare, calda ed affettuosa, nella quale la pur necessaria tecnologia e conoscenza scientifica si colora del senso di una precisa missione sociale ed umana, che si distende non in una posizione aristocratica e castale, ma in una disponibilità piena, inserita, senza soluzioni di continuità, nel complesso delle varie funzioni sociali, aventi ognuna, sul piano formale e su quello sostanziale, la stessa dignità e la stessa importanza, se vissute come atto celebrativo della umanità, che trova nel servizio agli altri, nel servizio alla comunità, il proprio significato più vero e l'unica e concreta giustificazione.

Non è necessario ora che, dopo queste considerazioni, passi ad approfondimenti ulteriori in questa direzione, ma che accenni in un rapido esame ad altri interessanti aspetti del disegno di legge, dai quali emerge un disegno politico avente una sua propria logica interna, una propria unità e coerenza. Basti ricordare le proposte fatte nel titolo II. del disegno di legge, che riguardano la struttura e l'amministrazione degli enti ospedalieri. Il processo, il modo di formazione dei Consigli di amministrazione, introducono il chiaro concetto della partecipazione democratica della popolazione alla gestione, all'organizzazione dell'ente ospedaliero destinato a servirla sempre. Infatti a un servizio ottenuto, corrisponde in una comunità democratica un obbligo di conoscenza, un impegno di partecipazione. Le comunità locali sono direttamente interessate nel giusto rispetto dei diritti delle minoranze, alla elezione dei Consigli, permettendo così alla popolazione di sentire l'ospedale come qualcosa di proprio, vivendo nella realtà i problemi, rendendosi conto insomma, dall'inter-

no, di una struttura che è costituita per esercitare una funzione così importante e fondamentale.

Condivido in parte le preoccupazioni espresse dal cons. Nicolodi, per la realizzazione effettiva, da questo punto di vista, di una reale, concreta democraticità. Effettivamente siamo in una rappresentanza di non primo grado; qui dovremmo trovare qualcosa. Comunque le sue preoccupazioni le sento e le avverto, però d'altra parte, anche in una realizzazione proposta dalla legge, mi sembra che sia possibile, sollecitando la popolazione a partecipare comunque alla conoscenza di questo servizio che si pone ora dichiaratamente e veramente a sua disposizione, mi pare che si possa ottenere una certa partecipazione. Avverto però e sento le sue preoccupazioni.

Accanto al Consiglio d'amministrazione, un organo particolare, il Consiglio dei sanitari, integrato nella nostra regione con un membro del personale non sanitario, darà i suoi pareri e i suoi consigli, integrando così la funzione politica con le esigenze tecniche, in un rapporto sicuramente fruttuoso per il progresso scientifico e per l'incidenza umana e sociale dell'ente. Ho già accennato prima alla necessaria programmazione in un campo come questo, dove l'improvvisazione, la confusione, lo individualismo, l'empirismo spicciolo possono mettere direttamente, e non solo metaforicamente, in pericolo la salute e la vita dei cittadini. Spetta proprio alla Regione programmare i propri interventi nel settore ospedaliero. Il disegno di legge traccia anche in questo campo direzioni e proposte precise, che la Giunta regionale dovrà coordinare e disporre secondo piani di priorità. Mi pare che l'introduzione del concetto di programmazione nel campo ospedaliero abbia un profondo significato politico. La popolazione ha bisogno di una

efficiente assistenza di base, che non esclude atti di generosità umana, né iniziative politiche, né fervore di amministratori pubblici o di operatori privati, ma essi possono non soddisfare un'esigenza pubblica o corrispondere all'esigenza solo parzialmente od occasionalmente. Proprio per questo è necessario programmare, dare cioè garanzia di continuità, proporre linee metodologicamente giustificate, prospettare finalità chiare e razionali.

Altre osservazioni e considerazioni ci sarebbero evidentemente da fare sul disegno di legge, ma preferisco, come ho già accennato prima, sottolineare o commentare nel corso della discussione gli argomenti che ho trascurato in questo mio primo intervento, che intendeva enucleare solamente alcuni principi informativi, che a me sembravano particolarmente interessanti e giustificativi del disegno di legge. Certo che con questo disegno di legge, se approvato, si introdurrà nell'ordinamento ospedaliero una presenza sociale notevole, un contributo positivo verso la realizzazione di quell'assistenza sanitaria totale che costituisce un diritto di tutti i cittadini in uno stato che voglia dirsi veramente civile. Critiche ce ne saranno, lo so; del resto la vitalità del sistema democratico è proprio questa: la possibilità cioè di esercitare la critica, fino a darle la possibilità di incidere, se sorretta da valide ragioni evidentemente e dalla maggioranza dei consensi poi, sullo stesso tessuto della legge e dell'iniziativa proposta. Per questo io ho seguito ieri con particolare interesse l'intervento del cons. Pruner, e ho sofferto per il suo enorme sforzo di parlare tanto tempo — io parlo pressappoco la metà o neanche, un terzo — l'enorme sforzo di parlare tanto tempo per proporre dei lancinanti interrogativi, a volte veramente quasi metafisici. Infatti si proponeva così, brutalmente, che cos'è democrazia, che

cos'è libertà. Sono problemi veramente che debbono essere trattati, ma che, detti così, dopo quella discussione, effettivamente ci hanno lasciati fortemente turbati. E poi anche altri problemi: che cos'è la programmazione ecc., che manca il patos. E' stato un discorso, così, ciclico, che riprendeva gli argomenti approfondendoli sempre di più, ma a un dato momento lasciandoci veramente in preda a grossi dubbi e a grosse preoccupazioni, intendo nel senso della intellegibilità del discorso. Sono certo però che di una cosa mi pare che si possa adesso dare atto al nostro assessore e presentatore del disegno di legge — e qui rispondo ancora al cons. Pruner — quella cioè di non aver trascurato nessun contributo pervenutogli dalle varie organizzazioni mediche sindacali, di qualsiasi tendenza e impegno, di aver ascoltato tutti coloro che hanno voluto offrire il loro contributo e i suggerimenti di proposte e di idee. E' un via vai qui all'assessorato, veramente, gente di tutte le idee, di tutti i colori...

AGOSTINI (P.L.I.): Un porto di mare.

LORENZI (D.C.): Un porto di mare, ecco. Al porto di mare si portano le cose buone, vanno via le cose cattive, vanno via anche le cose buone e poi ritornano. Un porto di mare vivo, vivace e interessante. Ci sono stati incontri, scontri, ma evidentemente prima di fare e per giustificare un incontro c'è sempre uno scontro. Ma poi gli scontri si ammorbidivano, l'assessore era felice, poi il giorno dopo tornava a essere in crisi, tornavano in crisi le organizzazioni medico-sanitarie, i medici improvvisamente venivano ripresi da preoccupazioni tragiche. Capite bene i medici certe volte sono presi da preoccupazioni tragiche; proprio l'altro giorno un medico condotto voleva an-

dare in ferie e non trovava un medico per sostituirlo; allora ha trovato un medico appena laureato, il quale subito subito ha detto: ma sì, io vengo volentieri a sostituirvi, e l'altro tutto contento, ecc., basta che tu mi dia 900 mila lire, poi io sono contento per questo mese. Dunque proprio in miseria, cons. Pruner, non sono. Insomma certi discorsi socialmente bisogna pur che ce li poniamo in maniera chiara, precisa, con tutto l'affetto, con tutta la simpatia, con tutta la riconoscenza che ci lega a tanti medici che non sono così, evidentemente, ma dobbiamo pur queste cose dircele. Comunque il risultato è stato proprio questo: di un incontro vero, reale, concreto, tra le organizzazioni, i rappresentanti di tutti i medici a qualsiasi categoria appartengano con l'assessore. Mi pare che questo sia estremamente positivo, estremamente valido. Se tutti i medici, poi, come diceva Pruner ieri, non sono stati informati, la colpa è dei loro organi che non li hanno informati, ma si vede che in quel momento erano occupati. Il merito dell'assessore è stato poi quello di essere riuscito a mantenere, nel tessuto della legge, una precisa logica, in vista di un chiaro fine politico, che trova la sua più profonda ragione in una volontà di servizio. E lo ripeto perchè mi sembra veramente questo lo spirito della legge: servizio alla comunità, in un campo dove eravamo ancora in una carenza legislativa veramente deprimente e vergognosa, anche se corretta, talvolta, in maniera veramente egregia — e questo lo debbo dire, perchè anche questo è vero — dall'entusiasmo, dalla fede, dallo spirito di sacrificio di tanti medici e di tanti amministratori, ai quali deve andare la nostra riconoscenza più sincera e cordiale. Tutti conosciamo veramente questa gente, splendida, meravigliosa, che veramente ha vissuto la propria vita in una dedizione totale. E' evi-

dente che questo non significa che il medico non debba aver diritto alle proprie spettanze, alla propria vita, alle proprie esigenze vitali. Questo è normale, non è messo in dubbio, ma non è che veda proprio il bisogno di fare il Don Chisciotte, approntare la lancia e dire: ecco, mi tiro dietro tutti i medici. Scusate, ma non mi pare il caso. Ci sono altri drammi in gir per il mondo, se non altro il dramma dell'ammalato, il dramma del povero. Il nostro ospedale, il nuovo ente prospettato dal presente disegno di legge, dovrà essere veramente un centro di salute, un centro di difesa attiva della popolazione.

E per concludere, vorrei usare come augurio ai nuovi ospedali che agiranno nella nostra regione, come motivo di ispirazione e di meditazione per amministratori e sanitari, le parole della vecchia scuola medica salernitana, trovate in una certa relazione, che raccomandavano di studiare il male soprattutto per proteggere i sani: «*Nosce malum — dice il detto della scuola salernitana — sanos servando aegris moedendo*»; oppure: «*Custodit sanitatem, sed prior est sanitas quam est curatio morbi*».

PRESIDENTE: La parola al consigliere de Carneri.

de CARNERI (P.C.I.): Signori consiglieri, innanzi tutto penso che valga la pena, relativamente a questo disegno di legge, accennare ai tempi che hanno contraddistinto la sua nascita ed ora la sua discussione da parte del Consiglio, non foss'altro per rilevare che sono trascorsi ben 18 mesi da quando la legge statale 12 febbraio '68, n. 132, avente il titolo «Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera» è entrata in vigore, e sottolineare anche come, stanti le competenze primarie della Regione

in materia ospedaliera e sanitaria, e stante anche un esplicito articolo di questa legge statale, il quale riconosce e ribadisce il potere amplissimo della Regione in questo campo, era da attendersi un *iter* più rapido, era da attendersi quindi da parte della Giunta una maggiore sollecitudine nell'affrontare l'argomento e soprattutto nel presentarlo all'attenzione del Consiglio regionale, in modo che le varie forze politiche qui rappresentate e le altre istituzioni presenti nella società, potessero adeguatamente esercitare la loro critica, il loro stimolo e le loro proposte, in modo da consentire quindi una elaborazione completa al riguardo. E al riguardo quindi mi pare non del tutto giustificato quanto affermato dal Presidente della Commissione legislativa affari generali, il quale si è sentito in dovere di dare una specie di sanatoria di assoluzione, tra l'altro non richiesta, alla Regione per questo lungo ritardo, affermando nella relazione stessa che ci sono state prima le elezioni, poi c'è stata una perdita di tempo per quanto riguarda la formazione delle Giunte e poi la trattazione dei bilanci, e che quindi non è stato materialmente possibile affrontare l'argomento prima. Noi evidentemente non condividiamo questa impostazione, nel senso che erano trascorsi parecchi mesi, dal febbraio al settembre, termine utile nella scorsa legislatura per affrontare il problema.

Per quanto riguarda poi la inutile, dannosa e sempre da noi criticata perdita di tempo relativa alla formazione delle Giunte, mancata convocazione del Consiglio, trattative e quindi paralisi legislative e amministrative, per quanto riguarda questo, evidentemente noi non possiamo che richiamare le critiche già fatte. Resta comunque il fatto che ci troviamo oggi con molto ritardo ad affrontare una questione che è indubbiamente scottante, e penso che

abbiano ragione coloro, ad esempio i sanitari, i medici, i dipendenti degli ospedali, i quali lamentano questo lungo periodo di tempo trascorso, che lamentano la mancata emanazione e addirittura mancata presentazione in Consiglio di quella legislazione che pure è necessaria per adeguare lo stato giuridico dei dipendenti, per mettere ordine nei servizi e quindi per recepire la legislazione nazionale già emanata in materia. Tuttavia forse potrebbe esserci una giustificazione per quel che riguarda questo anno e mezzo di ritardo, se questo periodo fosse stato almeno impiegato per esaminare attentamente le esperienze che nelle varie parti d'Italia questa proposta di legge della sua applicazione poteva fornirci. In parte questo lasso di tempo è servito, nel senso che talune difficoltà che sono state incontrate nell'applicazione della legge in campo nazionale, sono state tenute presenti ai fini della lavorazione di questo disegno di legge, ma però sostanzialmente vorrei dire che quanto è maturato nel sistema complessivo dell'assistenza sanitaria e anche per quanto riguarda l'elemento specifico ospedaliero, quanto è maturato, non sia stato sostanzialmente recepito e tenuto adeguatamente presente nello strumento legislativo che siamo chiamati a discutere. Il fatto è, signori, che nel corso di questo anno e mezzo, la crisi maturante nell'intero assetto, nell'intero sistema di difesa della salute vigente in Italia, è precipitata verticalmente. Il fatto è che è ormai da parecchio tempo, ad esempio, tanto per dire il grado di crisi a cui si sta arrivando, l'ENPAS ha sospeso almeno parzialmente i suoi interventi in favore dei dipendenti pubblici, dei dipendenti statali. Il fatto è che è aumentato in maniera vertiginosa l'indebitamento dell'INAM, delle nostre Casse malati e di tutti gli enti mutualistici in generale. Il fatto è che sentiamo e leggiamo proprio in

questi giorni, come gli ospedali minaccino, e mi sembra una minaccia fatta solamente a scopo, così, intimidatorio e basta, ma che ha un substrato finanziario reale, minacciano a un certo punto di non accogliere più nelle loro corsie e quindi di non ricoverare più gli stessi tutelati dall'INAM o tutelati dalle Casse malati, senza un congruo versamento e quindi senza la partecipazione finanziaria diretta e personale da parte degli assicurati. Ora su questa situazione, la quale è intimamente legata con il funzionamento degli ospedali, mi sembra che sia necessario puntualizzare la nostra attenzione e io mi dolgo che nell'intervento per tanti altri aspetti pregevole del collega Lorenzi, questa situazione, questa situazione di crisi acuta e preoccupante non sia stata adeguatamente toccata e invece si sia preferito concentrare esclusivamente l'attenzione sulle modifiche, sulle razionalizzazioni previste dalla legge per quanto riguarda gli ospedali e gli enti ospedalieri, senza però estendere lo sguardo a tutto l'altro contesto, che pur condiziona necessariamente e in presa diretta il funzionamento degli ospedali e in linea generale quindi la difesa della salute.

D'altra parte, signori consiglieri, dobbiamo tenere anche presente che parallelamente a questo aggravarsi della crisi dell'intero assetto di difesa della salute nella nazione e nella regione, ci sono state anche evoluzioni nel campo dottrinale e anche nel campo politico, che hanno portato a delle modifiche rilevanti rispetto agli orientamenti che erano vigenti due anni fa o un anno e mezzo fa, allorché la legge statale venne approvata. Noi dobbiamo ad esempio ricordare che con circolare del ministro Ripamonti, i comitati regionali per la programmazione ospedaliera sono stati sostanzialmente invitati a trasformarsi in comitati regionali per la programmazione sanitaria.

Il che è un primo indice che ci dice come effettivamente è maturata, anche a livello politico decisionale, una certa coscienza relativa al fatto che non si può affrontare l'ospedale in quanto ospedale, separato dal resto dei presidi, dal resto del sistema, che attengono alla difesa della salute. Come d'altra parte, pur non essendo ancora un documento ufficiale, dobbiamo pur tener presente che è di natura ben ufficiosa e abbastanza importante la previsione del progetto 80, le quali previsioni del progetto 80 comportano delle rilevanti modifiche di impostazione relativamente al tema della difesa della salute. Ad esempio val la pena di rilevare che rispetto al vigente piano quinquennale, piano Pieraccini, per intenderci, si sposta in maniera risoluta l'asse portante della difesa della salute, diciamo dagli ospedali lo si sposta soprattutto sulle unità sanitarie locali, che nel precedente piano dovevano avere semplicemente una funzione di prevenzione prevalente delle malattie e che ora invece vengono ad essere previste come autentici istituti, i quali dovranno appunto coordinare la difesa della salute a livello di prevenzione, a livello di accertamenti medici preventivi e di una precoce delle malattie a livello anche degli interventi poliambulatoriali, cioè tutto il settore, in sostanza, che non riguardi strettamente la parte ospedaliera.

D'altra parte questi orientamenti erano emersi, e il signor assessore può esserne buon testimone, erano emersi anche con molta chiarezza nel recente convegno autorevole tenutosi ad Arco, che ha visto la partecipazione della regione Lombarda, della regione Veneta e quindi di una serie di personalità eminenti e preparate al riguardo. Questo orientamento appunto di dare maggiore forza, di puntare maggiormente sull'elemento unità sanitaria lo-

cale, era scaturito con chiarezza inequivocabile anche da quel convegno.

Quindi, signori consiglieri, si pone anche il problema e vorrei dire preliminarmente il problema, di vedere se questo disegno di legge, il quale ricalca sostanzialmente, senza eccessive innovazioni, la legge statale, non sia sorpassato, almeno nelle sue impostazioni di fondo, nella sua visuale in avanti, non sia sorpassato, come indubbiamente sorpassata, proprio per tutti questi elementi, appare la legge statale che ha avuto come materia di regolamentazione gli enti ospedalieri e l'assistenza ospedaliera. È interessante leggere oltre agli articoli della legge statale — e io ritengo di fare una breve disamina di questa legge, poichè come ho già detto è la madre di questa legge regionale — è interessante leggere anche i dibattiti parlamentari che si sono avuti, sia alla Camera, sia al Senato, circa questa riforma, e soprattutto esaminare quale impostazione sia stata data dalla maggioranza al riguardo. Ad esempio è interessante leggere ed è significativo e dovrebbe essere motivo di riflessione anche per noi, leggere quanto viene affermato, ad esempio nella relazione di maggioranza della Commissione igiene e sanità della Camera dei Deputati, relativamente a questa legge statale, tanto per dimostrare un po' quale è il modo di agire, il modo di operare e il modo di guardare alla realtà da parte del partito della D.C., innanzitutto — parlo in campo nazionale — e comunque del centro sinistra in passato. Leggo queste alcune righe: « Il problema della riforma previdenziale, di cui con vario impegno si parla nel nostro paese da oltre vent'anni, rappresentava anch'esso un problema in un certo senso pregiudiziale al provvedimento legislativo oggi in esame. Come per esempio non rendersi conto che diversa sarebbe la configurazione delle entrate ospe-

daliere se si passasse dall'attuale sistema assicurativo a quello della sicurezza sociale, che prevede un finanziamento da attuarsi in forma fiscale, in proporzione ai redditi rispettivi dei singoli cittadini? Ora non è chi non veda che ad affrontare e risolvere tali complessi problemi, si sarebbe finiti col non poter dare attuazione, neanche in questa legislatura, a quella riforma ospedaliera che ormai è più che matura nella coscienza dell'opinione pubblica, oltre che essere da tutti i settori politici, tecnici ed amministrativi, ritenuta indilazionabile al fine di non deteriorare ulteriormente il prezioso patrimonio di una decina di opere. L'importante era non pregiudicare nulla delle soluzioni che si andranno a prendere in questa materia e predisporre una legge di riforma che non precludesse ogni possibile sviluppo della situazione ».

Quindi all'atto del varo di questa legge di riforma ospedaliera si dice già, da parte della maggioranza, nella relazione ufficiale della Commissione, si dice: facciamo questa riforma ospedaliera, la quale sia completamente distaccata dal resto della realtà, in modo che questa riforma, a un certo punto, lasci poi per quanto riguarda una riforma complessiva, completa libertà di andare a destra, a sinistra, avanti e indietro, senza quindi nessun collegamento, nessun ordine logico, nessuna visione programmatica, nessuna coscienza reale che la riforma ospedaliera non può non essere che parte integrante di una riforma generale della difesa della salute. Ora questo metodo, seguito dalla maggioranza in Parlamento, questo fatto di isolare il problema, di non vederne le connessioni, oltre che dal punto di vista sanitario, anche dal punto di vista finanziario, questo è un metodo intollerabile, è un metodo che qualifica una classe dirigente. Poiché purtroppo non è un metodo che riguarda solamente

questo campo, è un metodo che a forza di leggi - ponte nel campo dell'urbanistica, a forza di leggi - ponte nel campo della difesa del suolo, a forza di leggi settoriali nel campo dell'agricoltura, ecc. ecc., dimostra quale enorme scippo di denaro pubblico si faccia e quale assoluta mancanza di una visione riformatrice reale ed efficace ci sia nell'attuale classe dirigente.

Ci sono altre sfumature, invece, nella relazione della maggioranza della Commissione sanitaria di igiene al Senato. Lì si batte un altro tasto, e cioè si ipotizza — cosa che è stata fatta anche nella relazione accompagnatoria a questo disegno di legge — si ipotizza in sostanza una specie di visione, in base alla quale l'ospedale dovrebbe essere il fulcro, dovrebbe essere il pilastro portante di una revisione e di una riforma dell'intero sistema sanitario. Per brevità non leggo la parte relativa a queste previsioni. Ora ci sembra quindi di dire e di ribadire e di denunciare anche appunto questa impostazione settoriale, e sotto certi aspetti corporative, poichè non v'è dubbio che ha influito pesantemente sulla elaborazione della legge statale proprio la pressione corporativa che fa capo ai grandi titolari di cattedra, ai grandi medici, i quali, rispettabilissimi dal punto di vista della professione però sono purtroppo spesso degli accaniti difensori del proprio *status* anche a pregiudizio degli interessi generali di una riforma. Questi sono i limiti ben visibili e ben chiari. Questo non significa che noi si debba liquidare con alcune parole questa proposta di legge nazionale e anche sociale, come se non contenesse niente, come se non servisse a niente, come se fosse tutta dannosa, ecc. Noi ci guardiamo bene in qualsiasi momento di assumere posizioni così categoriche, oltre tutto in un campo così complesso. Effettivamente ci sono cose

che sono interessanti e che presentano un passo in avanti: ad esempio la democratizzazione della reggenza degli enti ospedalieri, cioè la democratizzazione nella composizione dei consigli di amministrazione. Questo mio apprezzamento si riferisce però molto di più alla legge statale che non al disegno di legge attuale, sulla quale questione mi intratterò fra breve. Lo spostamento, il cambiamento di indirizzo, nel senso di trasformare appunto degli istituti che avevano una prevalente natura di assistenza e quasi di carità, spostando invece l'accento e quindi dando una natura di enti pubblici, i quali hanno istituzionalmente il compito di curare la salute; il fatto che sia diritto di ogni cittadino italiano e straniero di essere ricoverato all'ospedale senza formalità, queste sono cose che vanno considerate e hanno la loro importanza e non trascurabile. Così pure una certa razionalizzazione nello stato dei dipendenti e anche, per quanto riguarda la legge statale, un riconoscimento abbastanza rilevante delle potestà e quindi dei poteri degli enti autonomi delle Regioni, sia di quelle che esistono, sia di quelle che sperabilmente saranno attuate, se finalmente questa riforma dopo vent'anni verrà effettuata. Tuttavia, signori consiglieri, noi non possiamo, e l'abbiamo ribadito più e più volte, noi non possiamo, traendo ragione dal fatto che ci sono elementi positivi in una determinata legge, noi non possiamo evidentemente concludere che tutta la legge sia positiva. Un giudizio politico, lo ripetiamo, è un giudizio complessivo, è un giudizio, a un certo punto, che si colloca in una determinata realtà in movimento e vede se una determinata riforma, una determinata legge affronta sostanzialmente in maniera positiva i problemi oppure no. Ora il nostro giudizio è il no. Noi non possiamo ammettere, e penso che anche i fatti

abbiano il loro linguaggio chiaro, noi non possiamo riconoscere che questa riforma, questa cosiddetta riforma significhi un reale, sostanziale passo in avanti nel rimettere ordine nei vari presidi sanitari e quindi avviare la nostra società verso quell'obiettivo costituzionale della sicurezza sociale, che per vent'anni, purtroppo, non è stato attuato in violazione dei dettati costituzionali. Certo ci sono questi lati positivi, queste razionalizzazioni, questo nuovo ordinamento abbastanza interessante, ma, signori, a un certo punto, venendo al concreto se fra un mese, due mesi o tre mesi gli ospedali non accoglieranno più, come c'è pericolo reale che avvenga, non accoglieranno più i ricoverati se non dietro pagamento diretto da parte dei mutuati di un determinato deposito, e quindi a un certo punto salterà l'assetto attuale, allora cosa vale questa riforma, se poi sostanzialmente c'è un peggioramento obiettivo nella situazione e il cittadino che ha diritto alla tutela della salute si troverà in condizioni peggiori? Ad esempio si prevedono mutui per costruire nuovi ospedali, ma noi sappiamo che l'ente pubblico e gli ospedali sono ipotecati fin sopra i capelli, che l'accesso al mutuo, sia pure a tasso di interesse agevolato, non può non aggravare la già pesantissima situazione debitoria degli ospedali, quando invece la realtà impone che sia lo Stato ad intervenire di persona e a curare esso la costruzione, senza ulteriormente onerare enti che stanno già vacillando dal punto di vista finanziario.

Come la questione del carico, sulle rette degli ospedali, di una parte delle spese di ammortamento per le nuove costruzioni. Certo, si può disporre anche questo, ma noi sappiamo in che stato stanno le mutue, noi sappiamo in che situazione sta l'INAM e le nostre Casse malati. Basti ricordare che come Cassa provinciale mutua di Trento, abbiamo

un deficit consolidato di 3 miliardi e che la previsione per gli anni prossimi è quella dello aumento di un miliardo. Quindi a un certo punto abbiamo di fronte una progressione scalare nell'appesantimento della situazione finanziaria.

Come ben vediamo è cosa abbastanza utile razionalizzare e creare enti ospedalieri, ma il sottofondo di politica, il sottofondo finanziario economico e il sottofondo della spesa concreta della salute rimane non solo quello che era prima, ma proprio per il deteriorarsi obiettivo e inesorabile della situazione minaccia nuove crisi e minaccia un precipitare della situazione. Sappiamo benissimo che in taluni ospedali, come quello di Rovereto, il Consiglio di amministrazione stava per rassegnare le dimissioni proprio per mancanza assoluta di mezzi. Non potevano neanche pagare i fornitori di merci le più modeste, come la verdura o la pasta per gli ammalati.

Ora, signori, è facile limitare il discorso a questa bella riforma, è facile seguire la strada del collega Lorenzi e dire: c'è questo, c'è quell'altro, sono cose buone, ma se non consideriamo quello che c'è di dietro, quello che sta sotto a questa situazione, noi non potremo mai parlare di affrontare risolutamente una situazione che si sta deteriorando in una maniera così grave.

È per questo che io non posso parlare di riforma; posso parlare di una legge di razionalizzazione, di una legge di riordinamento, una legge che può essere valutata a sè stante in maniera positiva, ma che a un certo punto, in una situazione che precipita, non ha il contenuto di una riforma. Non basta criticare, non basta denunciare. D'altra parte basta richiamare le dichiarazioni di tutte le associazioni degli ospedali, dei dirigenti ospedalieri, delle mutue, e sentire le lagnanze, le lamentele, le

controversie che scoppiano fra mutue e ospedali, tutti assillati dalla difficoltà economica, tutti tesi a scaricare l'uno contro l'altro le difficoltà finanziarie che pesano. E lo Stato, lo vediamo, l'anno scorso stanziò, a quanto ci ha affermato un esperto, oltre 400 miliardi per colmare i primi deficit, per pagare i debiti, ecc.; quest'anno sono previste altre erogazioni, un dispendio che appesantisce l'economia nazionale e che a un certo punto non risolve un bel niente. Contro questa situazione il nostro partito, i nostri esponenti, sia alla Camera, sia al Senato, hanno risposto avanzando precise proposte di legge in più settori e in una visione coordinata della questione. Hanno proposto la nazionalizzazione della produzione di base dei prodotti farmaceutici, sottraendo questo settore, che ora è in mano privata e per la maggior parte in mano straniera, alla speculazione che spesso, oltre che incidere economicamente, è di danno alla salute. E poi quella parola d'ordine che è matura nella situazione obiettiva, che è quella del passaggio a un sistema di sicurezza sociale e quindi un rapido superamento dell'assetto mutualistico e la realizzazione del precetto costituzionale, il quale vede il diritto alla tutela della salute come un diritto primario del cittadino, sia appartenente a una mutua, a quell'altra mutua, sia contadino, sia operaio o sia miliardario, ma in quanto diritto essenziale attinente alla persona umana e quindi scisso da ogni condizione sociale ed economica. Quindi un servizio nazionale fondato proprio su quelle unità sanitarie locali, le quali devono mobilitare le forze locali, devono mobilitare gli elementi della democrazia di base, devono fare in modo che sia proprio la comunità locale che senta il bisogno di intervenire e di presiedere alla difesa della salute dei suoi cittadini in forma democratica, articolata ed agile.

E inoltre, signori, e è questo un tema col quale poi dovrò di nuovo un po' contraddire la affermazione del collega Lorenzi, uno spostamento accentuato dell'intervento sanitario, una concentrazione, vorrei dire, dello intervento sanitario sull'elemento preventivo, sull'elemento della diagnosi precoce e sullo elemento poliambulatoriale. Perchè stiamo arrivando effettivamente a una tematica che è contrastante, cioè a tesi che si scontrano e che sono di grossa rilevanza e che quindi devono essere indubbiamente discusse in questo Consiglio, per avere almeno le idee più chiare ciascuno di noi circa la politica a venire. Cioè nel mentre, almeno nella nostra regione, gli ospedali hanno una struttura abbastanza organizzata e hanno una capienza, almeno nel complesso, non disperata, non grave, ciò che effettivamente manca e manca in maniera drammatica, è l'elemento non della cura della malattia, ma della difesa della salute, non l'elemento passivo quando la malattia si è verificata, ma l'elemento attivo, tale da prevenire il crearsi delle malattie. Io ricordo le interpellanze che abbiamo fatto circa le condizioni di salute degli operai della SLOI o degli operai della Montecatini, o in Bolzano non so di quali altre fabbriche, ed ora vediamo il progressivo inquinamento dell'aria, e vediamo l'inquinamento dell'acqua, e vediamo la sofisticazione dei cibi che pure essa incide, e vediamo nel suo complesso la situazione come si sta sviluppando, vediamo che effettivamente le malattie sono quasi tutte di ordine sociale, sono quasi tutte comunque radicate e collegate con l'ambiente, eppure non si interviene sull'ambiente, non si interviene nella fabbrica per tutelare la salute del lavoratore, o non si interviene sugli altri luoghi di lavoro, e non si interviene per difendere i polmoni dei cittadini dallo smog, in modi vari e anche abba-

stanza elastici, ecc., è troppo poco poi tentare di curare quella malattia che non si è impedito che sorgesse. Questo è l'elemento principale: la diagnosi precoce. Signori, ormai noi siamo battuti. Questa regione, che ha potestà primaria in materia e che ha anche una tradizione insigne, perchè le Casse malati autonome, anche sotto l'Impero austro-ungarico, erano qualcosa di progressivo rispetto a tante altre parti, vediamo che nel momento attuale sono molto indietro rispetto ad altre città e province, le quali in maniera sistematica, coordinata, seria, incominciano a fare l'analisi precoce delle malattie, malattie femminili, cancri, ecc. ecc.

Noi vediamo che a Bologna, a Modena, in diverse altre province, è una cosa fatta sistematicamente, razionalmente, seriamente, ecc. Noi, signori, siamo molto indietro, al riguardo. Decine e decine di vite sono state salvate, c'è anche una certa statistica, proprio per l'accertamento precoce delle malattie. Qui siamo ancora purtroppo molto ma molto indietro, bisognerà agire in fretta per recuperare il tempo perduto. Ecco, questa è un po' la situazione. Ci si può obiettare: la Regione, in sostanza, cosa può fare? La Regione non è lo Stato, la Regione non ha nè la potestà che ha lo Stato e quindi le possibilità, anche dal punto di vista legislativo, di intervento, non ha i mezzi finanziari, e quindi è una piccola regione rispetto a tante altre. Questo è un dato obiettivo, signori, che nessuno di noi può contestare, però da questo all'affermare che la Regione abbia fino ad oggi operato come poteva operare, per affrontare il problema, c'è una grossa distanza e questa distanza, per conto mio, non può essere colmata da qualsiasi assicurazione. La Regione nella scorsa legislatura ha avuto una iniziativa pregevole, che va riconosciuta senza alcun intento di lusinghe, ecc.,

ma certamente quello studio, quell'iniziativa nel campo dell'unità sanitaria locale è stata qualcosa di importante, è stata qualcosa che effettivamente ha messo dei presupposti, ha mobilitato energie, ha richiamato l'attenzione di larghi strati della cittadinanza e può rappresentare anche ora un substrato notevole, un substrato utile per una progressione negli interventi. Però certo, signori, che noi dobbiamo, come Regione, dire ben chiaro allo Stato innanzi tutto, che così non si può andare avanti, e d'altra parte la persuasione di questo penso sia anche abbastanza generale. Lo dicevamo tutti in sede di Commissione legislativa; vedendo il grado di indebitamento di tutti gli enti mutualistici, vedendo la crisi finanziaria acuta che investe gli ospedali e vedendo d'altra parte in quale maniera inadeguata sia tutelata la salute del cittadino, dicevamo unanimemente che le cose non possono andare avanti così; o si procede a una riforma verso un servizio sanitario nazionale, oppure a più o meno lunga scadenza è inevitabile un crack nella situazione. Non voglio apparire pessimista, tale da rendere più nera la realtà, ma prendetevi pure i dati e vedrete le conclusioni che si traggono.

Quindi noi chiediamo che la Regione, per quanto possibile, rivendichi nei confronti dello Stato questa riforma che è ormai matura, che ormai imperiosamente la realtà richiede. E d'altra parte se lo Stato non intende procedere in campo nazionale a una riforma, che fra l'altro non è certo una riforma indolore, come questa del riordinamento degli enti ospedalieri, se lo Stato non vuol far questo, allora dobbiamo rivendicare la possibilità, in quanto Regione, di muoversi con l'aiuto dello Stato, con l'appoggio dello Stato, per almeno anticipare, sperimentare, fare in modo che la Regione sia un elemento d'avanguardia nell'affrontare questi problemi. Certo che istituire

un servizio di sicurezza sociale esteso a tutti i cittadini e con cure preventive, con tutto un apparato notevole, ecc., costa. Devo però dire che in base a calcoli fatti — almeno relativi a due anni or sono, e penso che grossi spostamenti non ci siano stati — da un computo complessivo di quanto la nazione spende per la salute in Italia, e paragonando questo computo con quanto spende l'Inghilterra, dove è stato instaurato un sistema di sicurezza nazionale, la differenza non è poi molto rilevante. Il fatto è che il dispendio è enorme, il dispendio che noi riscontriamo in decine e decine di enti, ciascuno addetto a una categoria, spese generali enormi, incongruenze, burocrazie, ecc. poi dispendio sui medicinali; le cose si accumulano e pesano in maniera grossa. Certo comunque che un servizio di sicurezza nazionale, ripeto, non è indolore. Esso impone la riforma fiscale, esso impone tutto un cambiamento nelle entrate, impone quindi di calpestore determinati rilevanti e grossi interessi, non può non avere ripercussioni politiche, ecc. Però, signori, il tempo sta avvicinandosi in cui le riforme o si fanno o se non si fanno si pagano le conseguenze, e sono conseguenze estremamente gravi, non solo nei campi specifici dove dovrebbero essere fatte le riforme, ma anche nel contesto generale della vita politica italiana.

Il disegno di legge regionale, quindi, seguendo questa impostazione di carattere nazionale e non tenendo conto degli elementi nuovi, obiettivi e di elaborazione teorica, che sono succeduti da allora, ci sembra veramente inadeguato, ci sembra veramente non corrispondere a quanto la realtà esige. Afferriamo alcuni elementi. Mi consenta il collega Pruner di dire, ad esempio, che sul mancato riconoscimento da parte della Regione degli interessi degli enti originari nei Consigli di amministra-

zione, noi siamo d'accordo; nel mentre che, a quanto ho capito ieri, il collega Pruner denunciava il fatto che appunto gli interessi originari non fossero, come prescrive la legge nazionale, rappresentati assieme al Consiglio di amministrazione. Noi siamo d'accordo invece su questo. Sappiamo quali controversie in più e più enti ospedalieri la questione della rappresentanza di questi interessi originari, che sono poi difficilmente individuabili, abbia fatto sorgere e quindi quali lentezze burocratiche ci siano state nel costituire questi nuovi enti. Ma soprattutto siamo dell'idea che se si fa a un certo punto una svolta, si afferma che l'ospedale di oggi è qualcosa di diverso dello ospedale di ieri, che la sua funzione è diversa, che la sua collocazione è diversa, ecc., noi non possiamo allora mantenere dei legami col passato, in modo da dare una vischiosità a queste vicende, e quindi seguire una specie di metodo quasi gattopardesco, di far finta di cambiare nella forma, ma poi nella sostanza non cambiare. Bisogna che ci sia un taglio netto, si incomincia ex novo, si dà una nuova impostazione. Quindi a un certo punto interessi originari, questioni secolari, devono essere tagliate e si deve incominciare su un terreno solido, chiaro e moderno.

Altri dati possono essere interessanti, però mi sia consentito di affrontare, come è stato fatto dai due che sono intervenuti fino adesso, la questione della rappresentanza delle minoranze politiche in seno ai consigli di amministrazione e la questione connessa dei comprensori, della funzione e della composizione e della natura dei comprensori, che vengono esaltati nel presente disegno di legge. Noi diciamo semplicemente questo: noi come gruppo comunista, ma in base a scambi di idee avuti con le altre minoranze politiche anche tutte le minoranze politiche, rivendichiamo il diritto

di essere proporzionalmente rappresentate in seno ai consigli di amministrazione degli enti ospedalieri, siano essi regionali, provinciali, di zona, specializzati o non specializzati. Noi rivendichiamo questo diritto, ma non rivendichiamo questo diritto, intendo dire, richiedendo un rappresentante o quant'altro, richiediamo veramente un rapporto proporzionale, in modo che sia rispecchiato all'interno di questi enti quello che è il rapporto delle forze politiche che obiettivamente esiste nel paese obiettivamente esiste nella provincia di Trento e nella provincia di Bolzano. E dobbiamo constatare, signori, che rispetto alla legge nazionale, il trattamento che la legge regionale riserva alle minoranze è meno democratico, è meno sensibile alle esigenze di rappresentanza, e vorrei dire che è discriminatorio. Noi evidentemente non è che possiamo collocarci nella posizione di dire: be', dateci qualcosa, vorremmo esserci dentro uno per controllare, e quant'altro. Nossignori, noi non accettiamo di entrare negli enti ospedalieri dalla porta di servizio. Noi rivendichiamo una presenza completa, quale è la presenza politica nostra e degli altri gruppi di minoranza, nella società, nel contesto della nostra regione. Questo rivendichiamo. Poichè riteniamo che l'ente ospedaliero, se si vuole dargli anche una vitalità nuova, non possa essere considerato una specie di gioco di maggioranza e minoranza, una specie di piccolo governo politico, ma debba essere soprattutto un ente sociale, un ente che corrisponde a obiettive, a reali esigenze e quindi ente in cui, vorrei dire, dovrebbe esserci una gara a chi collabora di più, a chi lavora di più, a chi a un certo punto fa più giustamente, svolge più giustamente la propria funzione, per adempiere a queste altissime finalità che l'ente ha di fronte; finalità, vorrei dire, sacre, nel senso che attengono al patrimonio

più prezioso del cittadino, dell'uomo: la salute. Quindi noi ci riserviamo di presentare adeguati emendamenti, proseguendo la battaglia che abbiamo fatto nella Commissione legislativa competente, proprio su questo punto. E d'altra parte vogliamo rivolgerci alla maggioranza, sottolineando che noi non chiediamo affatto favori e che d'altra parte una certa riflessione politica si impone anche da parte della maggioranza. Non è che noi aspiriamo a entrare in Consigli di amministrazione di enti floridi, di enti che possono dare una specie di medaglia di benemerita a chi li amministra. Noi richiediamo di entrare a svolgere la nostra funzione di stimolo, comunque positiva, in enti che sono in crisi e in crisi grave, crisi dalla quale il partito di maggioranza da solo non riuscirà a trarli sicuramente. Questo è il nostro giudizio, e quindi noi non chiediamo di poter spartire onori o di poter spartire prebende o spartire profitti o altri vantaggi, chiediamo, in quanto nostro dovere, più che in quanto nostro diritto, di essere pienamente rappresentati in questi enti, proprio per la funzione che essi hanno e per gli interessi relevantissimi che essi rivestono e per la loro natura, che dovrebbe essere chiaramente apartitica, non dico apolitica, dico apartitica, sostanzialmente.

C'è il discorso dei comprensori. Signori, qui tutto il fondamento di questi enti ospedalieri, o quasi tutto, è fondato sui comprensori. Il discorso dei comprensori è una cosa molto interessante, l'abbiamo fatto anche nella scorsa legislatura, ecc., però noi dobbiamo dire chiaro e tondo che attualmente questi comprensori sono dei fantasmi. Esistono sulla carta, esiste qualche comunità che svolge qualcosa, ma proprio delle attività estremamente irrilevanti nella loro sostanza. E cos'è che li regola? Una legge regionale, mi pare di dieci anni fa, la

quale oltre tutto non prevede neanche il diritto delle minoranze politiche di esservi rappresentate. Questa è la base sulla quale dovrebbe essere fondato il nuovo ordinamento ospedaliero, perchè proprio dai consorzi dei comuni dovrebbe scaturire la maggioranza dei membri del Consiglio d'amministrazione. Ora, signori, su questo non ci intendiamo. Noi siamo per la democratizzazione, siamo per un decentramento articolato e democratico della vita della nostra collettività, e abbiamo sempre detto questo; ci siamo fatti promotori, come comunisti, di proposte abbastanza precise sulla istituzione di enti intermedi, eletti direttamente dalla cittadinanza, dai cittadini, e quindi responsabili di fronte ad essi; abbiamo quindi anche movimentato questa tematica. Però se noi incominciamo a puntare sui comprensori con una legge istitutiva che non prevede neanche il diritto della minoranza di esservi presente e con la composizione dei comprensori stessi, quale deriva dalla legge elettorale, possiamo ben dire che la piattaforma sulla quale questi nuovi enti ospedalieri si fonda, è una piattaforma veramente lacunosa e gracile. Sappiamo benissimo che nella grande maggioranza dei comuni, sia nel Trentino che nell'Alto Adige, vige il sistema maggioritario; sappiamo benissimo che il sistema maggioritario è tale da sfalsare radicalmente il rapporto delle forze politiche di ciascun comune; quindi chiediamo quale genuina espressione della volontà popolare può dare un'assemblea di consorzio che è composta in sostanza da una rappresentanza profondamente sfalsata rispetto alla realtà. E chiediamo anche quale vitalità politica visione del nuovo può dare una massa di comuni da 800 - 1000 - 1200 - 1500 abitanti, in cui il sindaco è imparentato con tutti, in cui effettivamente, per ragioni obiettive, non può esserci quella visione del nuovo e quella

coscienza dei problemi generali che ci stanno davanti, che pure dovrebbe essere proprio dei comprensori, se vogliono effettivamente funzionare come volano di una ripresa burocratica, politica e anche nel campo sanitario.

Quindi, signori, noi non possiamo in questa situazione, con questo assetto, anche legislativo, dare affidamento a questi consorzi-ombra, a questi comprensori-ombra. Noi rivendichiamo, oltre che la rappresentanza proporzionale, rivendichiamo che i rappresentanti delle minoranze in seno ai consigli di amministrazione e agli enti ospedalieri promanino o dal Consiglio regionale o dal Consiglio provinciale o quanto meno dal capoluogo del comprensorio in cui ci sia almeno la votazione col sistema proporzionale. E quindi non affidare la elezione dei rappresentanti delle minoranze a un'assemblea di comunelli, nei quali la lista porta il contrassegno del campanile, il contrassegno delle rondinelle, il contrassegno della spiga o il contrassegno delle mani incrociate, che quindi oltre tutto sfalsa anche la situazione politica, assemblea che rappresenta qualcosa di valido in determinati casi nel settore amministrativo del comune, ma non certamente in un settore più vasto come quello dell'assistenza ospedaliera a livello di 50 - 60 mila abitanti.

Questi sono i punti fermi. In Commissione legislativa abbiamo affrontato la questione grave, grave veramente e drammatica, dell'assistenza psichiatrica. Ho personalmente sollevato la questione, proponendo un ordine del giorno, nel quale si impegna l'assessore e la Giunta a presentare un disegno di legge, riformatore al riguardo. Questo ordine del giorno è stato approvato, è stato anche accolto dall'assessore, noi attendiamo che l'assessore tenga fede agli impegni presi, poichè la questione effettivamente è grave, è rilevante, e ri-

guarda anche voi signori consiglieri dell'Alto Adige. Abbiamo fatto introdurre l'emendamento in cui si prevede che negli ospedali regionali e provinciali ci siano dei reparti di neurologia, in modo che non si verifichi quanto si sta verificando adesso, che purtroppo un operaio, un lavoratore, un cittadino qualsiasi, che è affetto da un forte esaurimento nervoso, da logoramento fisico e nervoso in conseguenza dei ritmi di lavoro, in conseguenza della vita che conduce, a un certo punto per un esaurimento nervoso venga mandato a Pergine. Sappiamo quale trauma comporti questo e quali ripercussioni gravissime ci siano, e non solo limitate nel tempo.

Quindi noi chiediamo che questi reparti entrino in funzione e che il cittadino possa essere curato, se ha esaurimento nervoso e quant'altro, nell'ospedale di Rovereto, di Trento, e negli altri ospedali regionali e provinciali. Tuttavia il significato più esplicito che può avere questo disegno di legge e sul quale si è incentrata buona parte della discussione, è proprio la questione dei poliambulatori. Ne abbiamo discusso lungamente in sede di Commissione legislativa, la stampa ne ha largamente parlato, ci sono state polemiche abbastanza accese fra sostenitori di una tesi o dell'altra tesi, dopodichè è venuta fuori una soluzione, non voglio neanche definirla salomonica, ma è veramente irrazionale, per cui nel testo della Commissione si dice che i poliambulatori saranno o dati agli ospedali, o dati alle unità sanitarie locali, come si trattasse di sbolognare, usando un termine popolaresco, questi poliambulatori da una parte o dall'altra, pur di liberarsene, pur di sistemare questa questione e stralciarla. Poichè . . .

FRONZA (assessore previdenza - D.C.):
La programmazione lo stabilirà, non questo disegno di legge.

de CARNERI (P.C.I.): Allora è inutile metterlo dentro; lo deferiamo alla programmazione e non fissiamo delle linee di azione che sono contrapposte; perchè, signor assessore, lei converrà con me che affidare i poliambulatori delle Casse malati agli ospedali o affidarli all'unità sanitaria locale, sono due scelte antitetiche, sono due scelte non conciliabili. Se si vuole fare una programmazione, si deve avere una visione davanti, perchè altrimenti veramente non si sa con questa legge di attacco a una determinata riforma, non si sa neanche dove si va a parare. Allora è meglio tacere e poi, quando si è maturata una scelta, si decide se si va in un senso o se si va in quest'altro senso.

FRONZA (assessore previdenza - D.C.): Allora andremo a impararlo.

de CARNERI (P.C.I.): Caro assessore, andremo a impararlo o a insegnarlo, non ci importa proprio un bel niente. Ci poniamo in posizione aperta in qualsiasi momento e in qualsiasi iniziativa.

(Interruzioni varie)

de CARNERI (P.C.I.): Comunque io mi avvio alla conclusione. Devo dire però, circa questa determinata scelta che viene fatta, che qui effettivamente si scontrano quelle due tendenze che dicevo prima. Il collega Lorenzi ha appunto sottolineato come l'ospedale debba essere non solo l'ente che provvede al ricovero e alla difesa della salute del cittadino all'interno delle mura, ma deve esplicitare le sue funzioni all'esterno — il disegno di legge lo prevede esplicitamente in maniera vastissima — creando consultori, creando istituti, creando poliambulatori, creando una certa ramificazione in mezzo alla società civile, nel terri-

torio che, promanando dall'ospedale, essendo parte dell'ospedale, però dia una specie di esaltazione alle cosiddette attività extra-murali degli ospedali. Su questo è bene che ogni gruppo politico assuma le sue posizioni, non foss'altro che per chiarezza, per chiarezza di idee e proprio per un desiderio di confrontarle e di vedere quali soluzioni sceglie. Noi — e questo non è un orientamento solo locale — noi, partito comunista, come visione che il partito comunista ha del problema, affermiamo che siamo contrari alle attività extra murali degli ospedali. E affermiamo che la prevenzione, la cura a domicilio, la questione appunto di determinati istituti o gabinetti che svolgono analisi e svolgono un'attività molteplice in seno alla società civile, fuori delle mura dell'ospedale, devono far capo all'unità sanitaria locale. Questo oltre tutto, signori, è previsto in maniera molto esplicita dal « programma 80 », il quale appunto sposta l'asse di equilibrio di questa unità sanitaria locale, dal lato preventivo e anche al lato curativo poliambulatoriale, ecc. Questo è previsto, non è ancora un atto ufficiale, signori, ma politicamente dobbiamo tenerne conto, proprio per non fare svansioni quando la realtà si evolve in un senso, o assumere un atteggiamento che è antitetico e che non ha una sua giustificazione logica, nè corrispondente alle esigenze della realtà. L'ospedale è veramente uno dei bastioni dei presidi sanitari intesi alla tutela della salute; però dobbiamo anche sottolineare che ha delle caratteristiche sue proprie e non possiamo considerarlo come omogeneo a una unità sanitaria locale, oppure ad altri istituti. Esiste effettivamente il ricovero, esiste una specie anche di meccanismo in atto che è dato da fattori obiettivi, da fattori economici, da fattori anche psicologici, che spinge a una sempre maggiore spedalizzazione, a sempre maggiori ricoveri

di persone ammalate negli ospedali, in maniera spesso eccessiva rispetto alle reali necessità. Vorrei dire che è in atto nella società — e lo sottolineava giustamente l'esperto che abbiamo sentito in Commissione, prima di questo dibattito, un mese, un mese e mezzo fa — una specie di tendenza quasi meccanica della società, la quale vuole liberarsi del malato e lo manda all'ospedale. È la cosa più ovvia, più semplice, anche se la più costosa, e anche dal punto di vista medico la più opinabile, allargando troppo questo criterio. Il piano 80 denuncia un eccesso di ospedalità in tutta Italia, e questo aggrava di molto i costi; le spese ospedaliere sono al primo posto nei bilanci delle mutue. Questo è riconosciuto ampiamente. Teniamo presente, signori, se vogliamo fare dei paragoni, e sono anche questi dati che sono stati forniti da questo esperto, che mentre negli Stati Uniti d'America la permanenza media in ospedale è di 7 giorni, in Italia è di 14 giorni. Questo è un dato indicativo, per dimostrare quale tendenza veramente ha la ospedalità e anche la permanenza eccessiva nell'ospedale; tendenza che va oltre quelli che sono i limiti ragionevoli e scientifici delle esigenze della difesa della salute.

AGOSTINI (P.L.I.): A cosa l'attribuisci questo?

de CARNERI (P.C.I.): A quel meccanismo di cui parlavo prima; non voglio intrattenermi troppo, ma è certo che ci sono anche interessi precostituiti, c'è tutto uno sviluppo. Quando il compenso medico è fondato sul numero dei posti letto, sul numero delle permanenze in ospedale, penso che proprio il medico non cacci fuori il paziente dalla porta, così immotivatamente. Ora, signori, se noi passiamo questa rete poliambulatoriale in mano agli ospedali

questo, automaticamente comporterà un ulteriore aumento del tasso di ospedalizzazione, perchè essendo organi dipendenti dagli ospedali, fatalmente la strada verso l'ospedale verrà indicata in maniera sempre più frequente. Quindi questa è veramente una delle difficoltà e uno degli elementi che ci inducono a dire di no a questa concezione. A parte il fatto che la tesi che sta emergendo attraverso i documenti, attraverso gli interventi, attraverso la stessa relazione accompagnatoria al di segno di legge, secondo la quale strumento essenziale della protezione sanitaria deve essere l'ospedale, è un controsenso, quando si afferma che la maggior parte delle malattie hanno un'origine sociale, malattie da lavoro, malattie di ambiente, ecc. ecc. Noi già vediamo che l'apparato, la struttura dell'ospedale non è tale da potersi calare nella società, da poter essere a contatto con i singoli momenti in cui la società vive, per esplicare la propria azione preventiva. L'ospedale evidentemente deve collaborare, deve mettere a disposizione il suo apparato tecnico - scientifico, i suoi strumenti di precisione, i suoi strumenti di indagine conoscitiva e tutta la sua apparecchiatura; ma quella che deve agire, invece, veramente esplicando quella azione preventiva, curativa, ecc., deve essere proprio l'unità sanitaria locale. Vorrei anzi dire — e ci sono tendenze abbastanza accentuate in questo senso — che è anche molto da discutere in un futuro se possa sussistere un ente ospedaliero da una parte e un'unità sanitaria dall'altra, con quella diarchia che poi verrebbe di nuovo a crearsi, quando invece mi pare che obiettivamente si ponga il problema di avere una visione unitaria, di collocare l'ospedale e l'unità sanitaria locale in un contesto unico, con una direzione unica, e quindi evitando quelle contrapposizioni e quegli attriti che purtroppo sono allo

ordine del giorno, perchè derivano da logiche diverse, all'interno dei singoli enti.

Io chiudo; ci sarebbe molto da dire ancora ma penso che in materia di discussione generale si debba più che altro tentare di sforzarsi di dare dei giudizi di sintesi, giudizi di orientamento e di indirizzo, riservando poi alla discussione articolata quell'attività o di emendamenti o di interventi, che riterremo più utili per esplicitare le nostre idee, per renderle concrete e per sottoporle all'attenzione dell'on. Consiglio e della Giunta.

Quindi concludiamo dicendo che siamo contrari a questo disegno di legge, pur facendo quelle notazioni anche positive che abbiamo fatto nel corso di questo intervento, pur non sottovalutando la rilevanza della legge in sé, ma sottolineando la sua impostazione settoriale e la sua mancata incidenza sulla crisi grave che è in corso e che investe presidi sanitari e tutto l'apparato di difesa della salute. E diciamo che si renderanno necessari parecchi emendamenti; noi contiamo che la Giunta li vorrà esaminare con animo aperto e senza posizioni precostituite. Ormai i margini della legge sono quelli che sono, evidentemente non si può trasformarla in una riforma sanitaria generale; tuttavia invito la Giunta a tenere conto di quanto da questi banchi e da altri banchi può venir fuori, anche ai fini di proposte concrete. La nostra posizione al riguardo è quindi negativa e anche vogliamo, e concludo, sottolineare come si debba chiarire in questa sede, proprio nell'occasione di questa discussione sulla legge, come si debba chiarire quale orientamento scaturisce da questo Consiglio per il futuro, per la questione di una riforma complessiva. Ritengo politicamente necessario che ciascun gruppo parli anche di quale funzione può avere questa legge rispetto a sviluppi futuri, a riforme future, e questo ci im-

pone veramente di dare determinate scelte. E una delle scelte fondamentali è quella di dire se si punta sulle unità sanitarie locali, o se si punta su uno sviluppo degli ospedali a tentacolo, vorrei dire, e quindi se si fa degli ospedali il fulcro dell'attività extra murale. Questo è un dilemma che deve essere affrontato e sul quale io penso sia giusto che ogni gruppo dia la sua risposta il più possibile argomentata. Per parte nostra siamo — lo ripeto e concludo — per le unità sanitarie locali, siamo perchè gli ospedali esplichino, con la maggiore dotazione possibile, ma comunque, l'attività all'interno delle loro mura e che il resto faccia capo all'unità sanitaria locale, a poliambulatori, a servizi tali da essere vicini al cittadino nel momento del lavoro, nel momento della vita e quindi possano svolgere soprattutto quella azione preventiva delle malattie, che è l'elemento che soprattutto contraddistingue una società che ha un alto senso di civiltà delle proprie funzioni.

PRESIDENTE: La parola al cons. Nicolodi.

NICOLODI (P.S.I.): Alle 12.30 non finisco . . .

PRESIDENTE: Sospendiamo?

NICOLODI (P.S.I.): Per me è lo stesso.

PRESIDENTE: Può continuare anche dopo. Adesso sono le 12, per tre quarti d'ora può parlare . . .

NICOLODI (P.S.I.): Allora va bene. Perchè sarebbe inutile farmi interrompere per poi riprendere alle 15.

PRESIDENTE: È meglio che lo ascoltiamo fino in fondo.

NICOLODI (P.S.I.): Non so quanto parlo, non lo so, dipende. Posso parlare dieci minuti, come posso parlare anche di più.

(Interruzione)

NICOLODI (P.S.I.): No, come Pruner no, io non voglio battere nessun record.

AGOSTINI (P.L.I.): Non poniamo limiti alla divina Provvidenza!

TANAS (P.S.U.): Sono le 12.05!

(Interruzioni varie)

NICOLODI (P.S.I.): Per me è indifferente. Dunque, signor Presidente e signori colleghi, la scrittrice Anna Banfi ha scritto, fra le sue numerose opere, un bel libro, che io ho letto molto volentieri e che ha a mio avviso anche un bellissimo titolo: « Noi credevamo ». La trama del libro si avvicina un po' a quella del Tomasi di Lampedusa, « il Gattopardo », e parla di un certo protagonista, un certo Don Domenico, calabrese, funzionario del regio governo borbonico delle due Sicilie, fervente repubblicano, che ha movimentato un'opposizione molto dura al regno borbonico, è stato individuato, incarcerato, ha sofferto, e dopo 12 anni di carcere duro è uscito, è tornato al suo paese e ha trovato l'ostilità dei suoi concittadini, gli stessi che l'avevano incitato prima. Finalmente arriva il buon Garibaldi, libera il regno delle due Sicilie e lui, tutto felice, aspetta i carabinieri del regno di Sardegna, contento gli va incontro e si accorge che gli sbirri dei Savoia erano uguali, o peggiori degli sbirri dei borbonici. La sua delusione, naturalmente. Anch'io credevo e ho sempre pensato, facendo naturalmente le debite proporzioni fra il caso di Don Domenico e il mio, avevo sempre pen-

sato che le regioni a Statuto speciale, oltre a legiferare in materia economica, oltre a recepire le leggi nazionali, adeguandole alle esigenze della popolazione regionale, si ponessero all'avanguardia nel promuovere le riforme, che ormai, causa l'evolversi della società in cui viviamo, si rendevano e si rendono ancora necessarie, affinché il divario fra società e potere legislativo ed esecutivo non si allarghi sempre di più, dimostrando così la nostra capacità, quali pubblici amministratori, legislatori e politici, di sapere essere al passo con le esigenze moderne della società. Questo era lo spirito, questa era la mia intenzione, quando all'inizio della passata legislatura ho assunto l'assessorato alla previdenza e sanità. Purtroppo però mi sono dovuto accorgere che le difficoltà a varare delle riforme nella nostra regione sono, proporzionalmente allo Stato, assai maggiori. I fattori che vi concorrono sono molteplici, e tutto ciò ha fatto sì che noi siamo qui oggi, ad oltre un anno e mezzo dopo che la legge nazionale sulla riforma ospedaliera è entrata in vigore, a discutere la legge sugli enti ospedalieri e l'assistenza ospedaliera. Certo è che a questo punto, almeno per me, non si può più parlare di riforma ospedaliera, ma di volontà più o meno convinta di recepire la legge nazionale coll'intento, anche onesto, di adeguarla alle esigenze regionali. Certo è che lo spirito riformatore della legge è molto diminuito nel lungo *iter* che la legge ha subito, certo è che quella spinta dirompente che questa legge, ancora tre anni fa, poteva avere nei confronti di una legislazione ospedaliera vecchia, superata, anacronistica, non c'era più. Che noi legiferiamo o no, ormai è una cosa acquisita su tutto il resto del territorio nazionale e quindi, a meno che noi non facciamo una legge in cui diciamo che nella regione Trentino-Alto Adige rimane in vigore la legge del

1890 e la legge del 1938 — e penso che neanche i più conservatori si sentano di fare questo — che legiferiamo o no, la legge deve essere applicata anche nel nostro territorio.

Ecco dunque che la legge che il Consiglio si accinge a varare, non è che un adeguamento alla legislazione nazionale; e ancora una volta ci troviamo ad essere il fanalino di coda delle riforme, anzichè il motore trainante delle riforme stesse, come dovrebbe essere una regione a statuto speciale.

Ma a questo punto, signori, anche per la cronaca, mi corre l'obbligo di fare, sia pure brevemente, la cronistoria dell'*iter* di questa legge, non foss'altro per la responsabilità che per un certo tempo io ho avuto in questo settore e per questa legge in particolare. Già nel 1964 l'associazione trentina per gli ospedali aveva elaborato un progetto di riforma degli enti ospedalieri, degli ospedali; un progetto di riforma che — devo dirlo a tutta riconoscenza dell'associazione trentina degli ospedali, pur sapendo che chi la guidava, ora la collega signorina Bassetti, non sono degli ultra riformisti, non sono degli ultra-avanzati sul piano delle riforme — aveva uno spirito innovatore tale che meritava essere preso in considerazione. E io, circa un anno dopo che questo disegno di legge era stato elaborato, appena assunto l'assessorato, l'ho preso e l'ho portato in visione a degli esperti in materia. Contemporaneamente, all'inizio del 1965, l'allora Ministro della sanità Mariotti, tracciava le prime linee di una legge per una riforma ospedaliera. Ebbene dagli stessi esperti che elaboravano la legge in campo nazionale, contemporaneamente, veniva elaborata la nostra legge in campo regionale. Lo stesso Ministro e gli stessi ambienti del Ministero della Sanità ci spingevano perchè noi arrivassimo prima a presentare questa riforma ospedaliera, perchè facilitava-

mo il compito a livello nazionale, perchè si pensava — e anche noi lo credevamo — che a livello nazionale le difficoltà fossero maggiori, mentre ci siamo accorti che le difficoltà maggiori le abbiamo trovate proprio qui nella nostra regione. Il 12 febbraio, se ben ricordo, del 1966 rilasciavo un'intervista al « Gazzettino », dove dicevo quali erano i criteri principali che informavano la legge. Nel settembre, se non vado errato, mi pare che vi è stata la prima approvazione da parte della Giunta regionale, all'unanimità. Dopo quella approvazione, pur avendo sentito prima le categorie interessate — caro Pruner, se sapessi! Se dovessimo dar retta a quanto hai detto tu ieri, noi dovremmo fare tante leggine, quante sono le categorie, per accontentare tutti — dopo quella prima approvazione, credo che la Giunta regionale l'abbia approvata almeno tre volte, perchè c'era sempre qualche cosa che non andava bene. Oggi stiamo per approvarla, forse la legge oggi è perfetta. Io ero cosciente che la legge allora non era perfetta, io ero cosciente che aveva dei difetti, ma che bisognava approvarla, che bisognava portarla avanti, per correggerla poi nell'applicazione pratica. Forse c'è qualcuno oggi che crede che la legge sia perfetta? Perchè abbiamo aspettato quasi cinque anni per vararla? Non lo so, ma io credo che i difetti fondamentali che c'erano allora nella legge, forse ci sono anche oggi. Siamo arrivati poi allo scorso anno, quando finalmente la legge è stata varata, per così dire definitivamente, perchè ha trovato poi, per altre ragioni, per ragioni di carattere linguistico, etnico, l'ostruzionismo da parte della S.V.P., e la legge non è passata nella passata legislatura. Dicevo che molte sono state — e lo sono ancora e lo saranno anche domani — le interferenze delle varie categorie, perchè anche qui noi credevamo che spazzando via il fa-

scismo, con l'evento della Repubblica, spazzasissimo via quel tipo di corporativismo che esiste ancora nel nostro Paese. Pensavamo che fosse il popolo sovrano, così dice la Costituzione, e che i suoi rappresentanti direttamente eletti fossero quelli che possono decidere l'avvenire del nostro Paese, che possono decidere le riforme, che possono adeguarsi alle esigenze moderne del nostro Paese; e invece chi decide sono ancora le categorie, le associazioni, sono ancora le corporazioni. Quando ieri ho sentito il collega Pruner, all'inizio del suo intervento, quando si è posto la domanda, alla quale poi ha risposto lui stesso, « chi sono le parti più direttamente interessate a questa riforma, alla legge ospedaliera », io credevo che il leader di un partito che ha un nome così suggestivo, quello di partito del popolo trentino tirolese, amici miei, pensavo che la risposta fosse: il popolo. Invece no, i medici, ha detto. Ecco, noi dovremmo costruire gli ospedali perchè ci sono i medici. Questa è stata la risposta di Pruner, che io mi sono scritto . . .

PRUNER (Segr. questore - P.P.T.T.):
(*Interrompe*).

NICOLODI (P.S.I.): Guarda, hai detto precisamente: « le parti più direttamente interessate sono i medici ». Signori miei, se noi dobbiamo fare una riforma ospedaliera perchè ci sono i medici, allora è meglio che non facciamo niente. Perchè per me, prima di tutto, c'è il popolo, c'è la persona fisica come tale, indipendentemente dalla categoria cui appartiene, indipendentemente dal cerchio sociale cui appartiene; c'è l'uomo come tale, per il quale dobbiamo operare e dobbiamo fare.

PRUNER (Segr. questore - P.P.T.T.):
L'ho ripetuto fino alla nausea, cons. Nicolodi che è il popolo e non i medici; fino alla nausea.

NICOLODI (P.S.I.): No, la prima affermazione è stata questa da te fatta ieri.

PRUNER (Segr. questore - P.P.T.T.):
È sleale da parte tua, sai!

NICOLODI (P.S.I.): No, perchè me lo sono scritto, appunto per non cadere in equivoco. Poi il collega Pruner ha fatto anche un'altra affermazione ieri: una legge fatta con fretteolosità e approssimazione. Io ho descritto molto succintamente l'*iter* di questa legge. Ora che si possa parlare di fretteolosità e approssimazione, come ha riportato anche un organo locale oggi, quando una legge è in gestazione da cinque anni e ha passato tutti gli organi e le categorie possibili, lasciatemi dire che allora veramente non so più quanto ci impieghiamo noi o quanto ci dovrebbe impiegare un Parlamento come il nostro a fare una legge, se per una legge di questo tipo abbiamo impiegato cinque anni.

PRUNER (Segr. questore - P.P.T.T.):
C'è la legge sull'assicurazione obbligatoria, alla quale si lavora da vent'anni; domani sarà anche quella forse combinata in modo fretteoloso.

NICOLODI (P.S.I.): Probabilmente, può darsi, io non lo so, ma non si deve dire che è stata fatta con fretteolosità e con approssimazione. Sarà imperfetta, l'ho detto io, e io ero convinto che se l'avessimo varata tre anni fa, con la sua imperfezione, avrebbe avuto quello scopo e quel fine che essa doveva avere. Oggi credo che quelle imperfezioni non sono state superate; quindi non è che il tempo abbia lavorato a favore di una legge più ben fatta, di una legge migliore. La legge che oggi è qui in Consiglio, che ci proponiamo di varare, è stata chiamata legge di riforma, e fondamentalmente è una legge di riforma, perchè con-

tiene degli elementi tali che rivoluzionano l'attuale sistema di assistenza ospedaliera. Soprattutto lo rivoluziona per quanto riguarda la composizione, cioè la struttura dell'ente, sulla quale verrò a parlare fra breve; dò all'ospedale dei compiti diversi da quelli che aveva precedentemente, quindi una certa qual riforma c'è in questo disegno di legge, non perchè la facciamo noi adesso, perchè è solo un adeguamento con la nazionale. Però anche questa legge — e qui son d'accordo col collega de Carneri — se rimane isolata, a sè stante, e non segue altre riforme nel settore dell'assistenza sanitaria, non avrà nessun effetto dirompente, non avrà l'efficacia che essa dovrebbe avere. Ed è per questo — e ringrazio il collega Lorenzi — per le parole che ha usato nei miei confronti stamattina, che del resto non ricercavo, e quello che dico adesso non lo dico per mettermi in evidenza, perchè, se ho fatto qualcosa credo di aver fatto soltanto il mio dovere, come era mio dovere farlo, essendo in quel posto. Mi sono preoccupato, e forse non soltanto perchè io abbia avuto un certo lume, mi sono preoccupato di sentire degli esperti, perchè, contemporaneamente alla elaborazione del disegno di legge che stiamo discutendo, ho fatto elaborare, e era già pronta anche quella, la riforma sanitaria di base, cioè l'istituzione dell'unità sanitaria di base. Se i due provvedimenti fossero andati avanti contemporaneamente, se noi arrivassimo contemporaneamente a questa soluzione, allora la legge sugli enti ospedalieri e sull'assistenza ospedaliera avrebbe efficacia. Ma se rimane una riforma a sè stante, come è attualmente, non avrà nessuna efficacia. Le riforme non sono mai a sè stanti. Quando noi socialisti ci siamo impuntati e abbiamo fatto la riforma dell'ENEL, credevamo, e siamo convinti, che è una riforma sociale di ampia entità, però non

ha avuto quella portata che doveva avere, perchè non è seguita contemporaneamente, come doveva seguire, la riforma della società per azioni e la programmazione. Ecco che la riforma a sè stante dell'ENEL ha dato i frutti limitati che altrimenti non poteva dare. Così è qui. Alla riforma ospedaliera noi dovremmo far seguire la riforma sanitaria di base, così come era stata concepita, perchè le due riforme contemporaneamente portate avanti e applicate, avrebbero avuto una incidenza molto benevola sulle nostre popolazioni. Iniziando questa unità sanitaria locale, che allora era prevista nella Vallagarina, possiamo anche dimostrare e incidere sul Governo, sul Parlamento, affinchè anche le altre riforme vadano avanti. Ho detto che le riforme a sè stanti non danno mai gli effetti che dovrebbero dare, ma per poter portare avanti su larga scala, su scala nazionale, la riforma sanitaria di base, deve conseguire anche la riforma fiscale, perchè altrimenti non si potrà avere i finanziamenti sufficienti per portarla avanti su vasta scala. E alla riforma fiscale deve seguire anche la riforma dell'università, perchè io capisco che oggi il medico chieda — ce l'ha detto stamattina il collega Lorenzi — 900 mila lire per la sostituzione per un mese di medico condotto; i medici adesso con la riforma chiederanno 700 mila lire il primo assistente per entrare in ospedale, 700 mila lire al mese, ma è giusto che sia così. Perchè quando le casse malati pagano 200 mila lire al mese per un'ora al giorno allo specialista, è giusto che il medico ospedaliero, che ha la maggiore responsabilità, abbia le 700 mila lire all'inizio della carriera. Perchè è il sistema che non va, amici miei, perchè è il sistema che è corrotto, il sistema che non funziona, perchè non si parla di salute pubblica: qui siamo ancora alla copertura di un rischio. Cioè la mutualità, che ha avuto le sue

benemerenzze ai suoi tempi, che cos'è oggi? La mutualità è una copertura di un rischio e nient'altro. Cioè io mi assicuro, perchè, se domani mi capita una malattia, ci sia qualcuno che mi indennizza. Non è questa la funzione della società moderna. Se domani lo Stato dicesse: io non penso più all'istruzione pubblica, si arrangino i cittadini, facciano una mutua; non penso più alla Giustizia, facciano una mutua; le forze armate, la difesa civile . . .

AGOSTINI (P.L.I.): (*Interrompe*).

NICOLODI (P.S.I.): Ecco, siamo agli stessi termini, perchè io vorrei vedere chi di voi pensa che la salute pubblica sia inferiore all'istruzione pubblica, sia inferiore alla giustizia, sia inferiore alla difesa. Per me la salute viene prima di tutto, perchè soltanto un popolo sano, un popolo che ha la sicurezza di essere seguito dalla nascita fino alla morte nei suoi problemi fisiologici, ecc., quel popolo sarà un popolo che progredirà, quel popolo sarà un popolo civile, quel popolo sarà un popolo che potrà dare di più alla società. Ha ragione de Carneri. Questa legge, all'articolo 1, dice che gli ospedali sono obbligati a ricoverare chiunque si presenti perchè ha bisogno di cure, e poi leggiamo sui giornali che gli ospedali respingono gli assicurati della mutua, perchè le mutue non pagano. Ma che valore ha allora l'art. 1 di questa legge, della legge nazionale, quando poi il sistema non ci permette che questo art. 1 venga attuato? Ecco la necessità delle ulteriori riforme, ecco la necessità che non si limiti a dire delle belle parole nella legge. La legge non può produrre quegli effetti che essa potrebbe produrre se alla legge di riforma ospedaliera fosse seguita, come era intenzione dell'allora Ministro Mariotti, anche la riforma sanitaria di base. Non si può più concepire, signori, che in una famiglia dove vi

sono 3 - 4 persone che hanno un mestiere diverso, ognuno abbia un diverso tipo di assicurazione. Ma il corpo, il fisico di quelle quattro persone, cinque persone di quella famiglia, non sarà uguale? Ma perchè uno deve avere quel tipo di trattamento, deve avere la medicina, l'altro no, uno la deve pagare anticipatamente, quell'altro l'ha gratuita, quell'altro l'ha in un modo, quell'altro in un altro. Ma è questo un sistema nel mondo moderno degli anni 70? E la medicina preventiva? Giustamente parlava de Carneri — ed ero anch'io presente a quella riunione dove c'era l'esperto della programmazione economica nazionale — quando diceva che noi abbiamo il doppio delle degenze negli ospedali. Ma questo è dovuto a molteplici ragioni; è dovuto al sistema mutualistico, all'attuale composizione anche della nostra società, diciamo anche quello, perchè è più difficile oggi che un malato venga curato in famiglia, in quanto non vi sono le condizioni o la presenza dei familiari 24 ore su 24, perchè in certe famiglie lavorano anche la moglie o i figli. Io capisco. Ma certe volte vengono dirottati in ospedale, anche per malattie per le quali non occorrerebbe il ricovero in ospedale. Poi ci sono degli ospedali che hanno l'esuberanza dei posti-letto, e allora qualche giorno in più di ricovero fanno comodo. Poi c'è anche il problema del recupero. Non abbiamo istituti di recupero; quando uno viene dimesso, dovrebbe poter trovare un istituto in cui le sue forze fisiche vengono restituite, come se la malattia quasi quasi non ci fosse stata. Questo non l'abbiamo. Quindi cosa succede? Che quel povero disgraziato non si sente di uscire, chiede di poter rimanere in ospedale qualche giorno di più per riprendere un po' di forza, anche se dal punto di vista della medicina non avrebbe più bisogno di rimanere in ospedale.

Poi il problema più grosso, per cui abbiamo tante degenze in ospedale, è la mancanza di medicina preventiva, che viene fatta saltuariamente oggi nelle scuole, e quindi la mancanza di medicina preventiva contribuisce enormemente all'insorgere di malattie. Io non so, mi pare che erano i cinesi che pagavano il medico soltanto quando la popolazione era sana; mi pare che in Cina una volta c'era il sistema di pagare il medico finchè la popolazione era sana e di non pagarlo più quando si ammalava. Ecco, questo sarebbe veramente un metodo per eliminare i costi che ci sono . . .

GRIGOLLI (Presidente G.R. - D.C.): Ci sarebbero varie proteste, immagino, in Italia!

NICOLODI (P.S.I.): Ci sarebbe sì protesta in Italia, ci sarebbe e come!

Ma pressappoco c'è, guardi, anche con l'attuale sistema mutualistico. Quando io allo inizio dell'anno do al medico un quid — non so quale sia oggi la quota capitaria — allora capisce che lavarsi le mani è molto facile.

Quindi ecco che soltanto attraverso la riforma sanitaria di base si può arrivare a questi sistemi di difesa della salute pubblica, perchè l'unità sanitaria locale, così come è stata preventivata, strutturata, dovrebbe assumere in se stessa tutti questi compiti, dalla medicina sociale, alla medicina del lavoro, alla medicina preventiva, alla medicina scolastica. Perchè nel nostro paese, col sistema mutualistico, per esempio, si paga poco, quasi niente per la cura dentaria, per l'odontoiatria, come se la cura dei denti non contasse niente, come se fosse soltanto un capriccio. Io son d'accordo che non si possono mettere i denti d'oro o le dentiere di diamante a tutti i cittadini, però la cura della carie dovrebbe essere gratuita, e

dovrebbe essere fatta preventivamente, perchè proprio dalla dentatura, dalla masticazione difettosa nascono molte malattie dello stomaco. Ed ecco che anche qui l'unità sanitaria locale dovrebbe allestire un servizio dentistico tale da poter seguire specialmente i bambini dello asilo e la scolaresca nei primi dieci-quindici anni di vita. Ma se non viene la riforma, certo che non possiamo aspettarci, con i debiti che hanno oggi le mutue, un servizio di questo genere. Io allora mi ero anche preoccupato di un'altra cosa. Dicevo prima che un'altra riforma dovrebbe essere anche quella universitaria. Io direi che, se noi vogliamo un servizio sanitario adeguato a quelle che saranno e sono già le esigenze della nostra collettività, bisogna che non lasciamo che soltanto i genitori che hanno possibilità mandino i loro figli all'università, i quali hanno diritto di scegliere la professione che vogliono, i quali hanno diritto di farsi pagare poi come vogliono, perchè si sono pagati gli studi loro. Quindi lo Stato dovrebbe intervenire anche in questo settore.

AGOSTINI (P.L.I.): Farsi pagare come vogliono, mi pare che . . .

NICOLODI (P.S.I.): Mi pare che più farsi pagare come vogliono di come lo fanno oggi, non so cosa si pretende.

AGOSTINI (P.L.I.): Sì, ma questo da una bocca socialista, è un po' troppo!

CONSIGLIERE: (*Interrompe*).

NICOLODI (P.S.I.): È una constatazione di fatto. Sto dicendo che allora lo Stato dovrebbe intervenire e per noi l'ideale sarebbe lo studio universitario gratuito per tutti, perchè i cittadini son tutti uguali. Ma finchè lo Stato non sarà in grado di fare questo

servizio, intervenire con forti borse di studio, proprio per chi sceglie la facoltà di medicina. Perchè di medici ne avremo bisogno. E stavo dicendo che mi ero preoccupato allora, oltre che di far studiare il problema della riforma sanitaria di base assieme alla riforma ospedaliera, anche quello del fabbisogno di personale sanitario non medico. Mi è stato detto dallo assessorato che lo studio è stato finito in questi giorni. Io non conosco ancora le cifre, però le posso immaginare; saranno cifre altissime del fabbisogno di personale sanitario non medico. Credo che questo studio possa servire, soprattutto alle due Province, per indirizzare nelle scuole professionali i giovani e le famiglie. Perchè quando io penso che in un concorso per dattilografe, per la carriera esecutiva, c'erano 800 concorrenti su 30 posti, all'ospedale di Bolzano, e per un posto, 250, e non troviamo un'infermiera specializzata, non troviamo un'infermiera generica, dobbiamo compiere veramente un lavoro formidabile per creare questa parte di personale che è altrettanto necessario alla nostra popolazione, anche se sarebbe giusto applicare quello che è previsto nei decreti 128, 129, 130, cioè 120 minuti di presenza per malato su 24 ore, mentre oggi mi pare che non arriva a 45 - 50 minuti la presenza dell'infermiere o comunque del personale sanitario non medico al capezzale dell'ammalato. Negli altri paesi, nei paesi più avanzati, la media supera anche i 120 minuti di presenza, ma se vogliamo creare proprio questo servizio, che non capiti che le persone cadono dal letto e nessuno se ne accorge e magari rimangono sul pavimento delle ore. Se vogliamo creare questo servizio, dobbiamo creare anche del personale . . .

AGOSTINI (P.L.I.): Cadono anche i neonati, non solo i grandi!

NICOLODI (P.S.I.): È una persona anche un neonato per me, non è mica una bestia!

Quindi ecco un altro settore in cui avremo molto da fare, in cui dovremo impegnarci moltissimo, se vogliamo che la legge che noi stiamo varando abbia gli effetti che essa merita di avere. Quindi uno sforzo che la Regione deve fare è quello di sfruttare tutte le possibilità che lo Statuto ci concede in materia sanitaria, per essere veramente all'avanguardia. Forse ci spaventiamo di fronte ai costi, ai finanziamenti, ma dallo studio che avevo anche fatto fare su questo tema, mi pare che per dare l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione del comprensorio di Rovereto, che è di 65 - 70 mila abitanti, nelle proporzioni in cui la dà oggi la Cassa mutua provinciale di malattia, che credo siano le proporzioni mediamente più alte, il costo sarebbe di circa 300 - 350 milioni, se mi ricordo bene. Ora se soltanto per integrare il bilancio le Casse mutue provinciali di malattia di Trento e di Bolzano pressappoco hanno ricevuto la stessa cifra, sono stati dati 3 - 4 miliardi e sono ancora con 2 miliardi e mezzo di deficit, io penso che con quella somma avremmo potuto estendere a tutto il territorio un altro tipo di assistenza. Vedete dove c'è lo sperpero nell'attuale sistema! Solo queste cifre stanno a dimostrare che si può dare un'assistenza sanitaria migliore, cioè si può parlare veramente non di assistenza sanitaria, ma di tutela della salute pubblica nel senso più lato.

E venendo adesso alla legge vera e propria, brevemente dirò qualche cosa sull'art. 2. Anch'io ho le mie perplessità nell'attribuire agli ospedali gli ambulatori esterni, non soltanto perchè sono delle mutue, perchè se mi guidasse soltanto il principio di smantellare lo attuale sistema mutualistico, sarei il primo a dire di tirarli via subito. Non è quello che mi

rende perplesso, ma io ho una grande paura, che si costituisca un altro ente, mastodontico, anche se ogni singolo ente ha la sua autonomia perfetta.

E questo ente mastodontico domani, rivendicando i diritti precostituiti, ci farà sudare le famose sette camicie, per arrivare a inserirlo come strumento dell'unità sanitaria locale. Perché per me l'ospedale deve diventare uno strumento dell'unità sanitaria locale, e non un ente che esiste per conto suo, indipendente, senza nessun legame, senza nessun coordinamento. Perché soltanto se diventa uno strumento dell'unità sanitaria locale, allora sì che la riforma avrà i suoi effetti positivi, allora sì che noi potremo veramente operare a tutti i livelli, nel settore della salute pubblica, con cognizione e con efficacia nei confronti di tutta la nostra popolazione. Ma se dovrà rimanere un ente a se stante, ci troveremo di nuovo con le controversie che oggi vi sono fra mutue e ospedali e domani risorgeranno tra unità sanitaria locale e ospedali. Mentre l'unità sanitaria locale dovrebbe essere l'organo organizzativo, sovrano, naturalmente, nel coordinamento che le Province e la Regione faranno anche nella programmazione del settore sanitario; l'unità sanitaria dovrà essere l'organo organizzatore di tutto il problema della tutela della salute pubblica. Se questo faremo, veramente faremo qualche cosa di buono, ma se oggi daremo una tale potestà agli ospedali, io dubito che domani avremo la forza di inserirli quale strumento di questa unità sanitaria locale.

Ecco da qui le mie perplessità nell'accettare il passaggio dei poliambulatori agli ospedali. Io avevo tentato anche, assieme alla signorina Bassetti, una collaborazione, attraverso le cartelle cliniche, fra ospedali e Casse mutue di malattia, per quanto riguarda le analisi, i

referti, ecc. Anche quello non è riuscito, le difficoltà sembrano insormontabili. Quindi, collega Pruner, non è che io sia contrario al passaggio degli ambulatori agli ospedali soltanto perché i medici mutualistici specialistici hanno protestato, perché sono facili da confutare le argomentazioni che essi hanno usato nel promemoria che hanno mandato alla Commissione. Sono contrario per i motivi che ho detto prima.

Poi vi è un problema importante, che è quello della composizione del Consiglio di amministrazione. Noi consideriamo la futura struttura che l'ente ospedaliero viene ad assumere, che è paragonabile, come struttura giuridica, a quella del Comune, in quanto, e lo diciamo qui in questa legge, è sottoposto alla stessa tutela e vigilanza prevista dalla legge 29 sull'ordinamento dei comuni, per i comuni. Quindi, a mio avviso, quando all'ente diamo questa ampia autonomia, dovremmo arrivare ad eleggere i consigli di amministrazione degli ospedali per suffragio diretto. Questa sarebbe la soluzione migliore. Io mi rendo conto delle difficoltà, ma se l'ente ospedaliero diventa un ente che ha i suoi organi superiori, i suoi organi di tutela uguali a quelli del Comune, si dovrebbe arrivare al suffragio diretto. Io penso che la Regione e le due Province dovranno studiare qualche cosa in merito, ma non solo per gli ospedali. Se all'unità sanitaria locale vogliamo dare questa ampia competenza organizzativa in materia di tutela della salute pubblica, e dovremo farla, così come è previsto, per comprensori, credo che dovremo studiare questo sistema, perché penso che non sarà accettabile, da parte di tutte le forze politiche che operano nel nostro territorio, un consiglio di amministrazione, a livello di unità sanitaria locale, dove una parte di esse possa essere esclusa, data l'importanza che questo organi-

simo verrà ad assumere. Ora il metodo che è stato qui introdotto — l'ho già fatto presente in Commissione credo che sia giusto ripeterlo — il metodo che è stato qui introdotto per la elezione del consiglio d'amministrazione non ci soddisfa, non può soddisfarci. E non ci soddisfa anche in questo periodo transitorio, che io mi auguro sia il periodo transitorio più breve possibile tra questa riforma e la riforma più vasta dell'assistenza sanitaria di base. Quindi non possiamo accettare che siano elezioni di terzo grado quelle che eleggono i consigli di amministrazione. Ancora non si sa bene come sono congegnate, ma probabilmente saranno i sindaci dei comuni che fanno parte dell'assemblea comprensoriale, consorziale, che nomineranno i consigli di amministrazione. Quindi è un metodo che sul piano della democrazia come diceva de Carneri, sul piano della partecipazione proporzionale della popolazione, della sua presenza politica nel territorio, non può corrispondere. E allora noi, gruppo socialista, torniamo sul nostro sistema, che avevamo sfornato dopo averne studiati una trentina; il nostro sistema, che avevamo introdotto per ultimo nella legge passata, cioè la elezione del consiglio di amministrazione da parte dei consigli comunali, dove ha sede l'ente ospedaliero. Questo rappresenta più proporzionalmente anche le forze politiche che sono nel comprensorio. E credo che un socialista, tanto per fare esempio, di Aldeno, che sa che all'ospedale di Trento c'è un altro socialista, si senta tutelato abbastanza; e credo che il comunista di Garniga, che sa che all'ospedale di Trento c'è un comunista di Garniga, si senta tutelato abbastanza; lo stesso il democristiano. Quindi noi pensiamo che far eleggere i consigli di amministrazione, almeno per gli ospedali di base, dai consigli comunali ove ha sede l'ente ospedaliero, sia di garanzia per le minoranze, me-

glio di qualsiasi altro sistema che attualmente si è cercato di usare. Però qui sorgono delle perplessità: finchè noi usiamo questo sistema di elezione, cioè il sistema di secondo o terzo grado, è sempre difficile stabilire qual è la proporzionalità, stabilire quali sono i rapporti di forza. Perchè di solito nel sistema di elezioni di secondo e terzo grado, chi detiene la maggioranza nell'organo che elegge, vuole avere la stessa maggioranza, o addirittura l'unanimità, anche negli altri organismi a cui provvede a dare gli organi amministrativi.

Quindi la migliore soluzione sarebbe quella della elezione diretta a suffragio universale. E non ci deve spaventare il fatto che se introduciamo questo criterio per il consiglio di amministrazione degli ospedali, questo potrebbe domani allargarsi a tutti gli altri enti, perchè se noi arriviamo a questa riforma sanitaria di base, le Casse mutue, le Casse artigiani, le Casse mutue coldiretti, le Casse commercianti, sono tutte istituzioni che verrebbero a cadere, e quindi la elezione a suffragio universale avverrebbe in una sola volta e per tutte le categorie, cioè per tutti i cittadini, in quanto non vi sarebbe più distinzione tra cittadino e cittadino per quanto riguarda l'assistenza malattia o meglio la tutela della salute.

Quindi bisognerebbe veramente studiare a fondo la possibilità di elezione del consiglio di amministrazione degli ospedali, che poi potrebbe servire per la elezione degli organi delle unità sanitarie locali e forse anche dei comprensori. Bisogna studiare a fondo la possibilità di elezione diretta di questi consigli di amministrazione.

Vi sarebbero molte altre cose da dire su questo disegno di legge e in particolare sul problema della elezione dei consigli di amministrazione; noi presenteremo, come gruppo socialista, un emendamento, e ci riserviamo di

presentare emendamenti anche sugli altri problemi sui quali non ci troviamo d'accordo.

Avremo modo senz'altro, durante la discussione articolata, di intervenire e di fare presente più particolareggiatamente la nostra posizione sulle singole questioni, riservandoci di dare il giudizio complessivo sulla legge alla fine della discussione generale e articolata della legge stessa.

PRESIDENTE: La seduta è tolta e rinviata al pomeriggio alle ore 15.

(Ore 12.55).

Ore 15.12.

PRESIDENTE: La seduta è aperta.

Hanno chiesto di parlare i cons. Parolari e Betta.

La parola al cons. Parolari.

PAROLARI (P.S.I.U.P.): Signor Presidente, signor assessore, signori consiglieri, è noto che gli artt. 32 e 38 della Costituzione repubblicana fanno obbligo allo Stato di tutelare la salute dei cittadini come fondamentale diritto dell'individuo nell'interesse della collettività. A molti anni di distanza, l'insufficienza di una adeguata assistenza sanitaria è ancora notevole nel nostro paese, anche se, rispetto al periodo passato, l'ordinamento sanitario e previdenziale ha fatto notevoli passi e l'area della tutela sanitaria è aumentata per l'estensione a nuove categorie, mentre non è progredita in modo adeguato la prestazione degli istituti ospedalieri mutualistici. Questo problema implica notevoli riflessi sul piano economico, in quanto l'insufficienza dell'assistenza sanitaria comporta per numerose categorie di cittadini conseguenze tali da indebolire la loro

capacità lavorativa e quindi la loro possibilità di contribuire adeguatamente alle attività economiche del paese. Le pesanti condizioni del sistema di vita e di lavoro moderne, rappresentano per molti aspetti fattori gravi di logoramento della salute, per l'uso del mezzo tecnico, spesso usato a scopo di profitto. Di qui la necessità di serie modifiche alle leggi e ai regolamenti vigenti in materia di protezione sanitaria, che rispondano alle esigenze di garantire, prevenire e curare quel bene sommo che è per noi tutti la salute. Non a caso si impongono nuovi strumenti per la difesa della salute pubblica, quali la riforma del regolamento per la igiene del lavoro, l'allargamento della lista delle malattie professionali, il regolamento per la prevenzione degli infortuni, le disposizioni contro le sofisticazioni, ora la legge ospedaliera. Questi provvedimenti, noi ci auguriamo, vogliono significare un passo avanti verso la realizzazione di quel sistema di sicurezza sociale che garantisca al cittadino una professione adeguata in qualsiasi momento della vita, quali che siano le condizioni finanziarie, riforma che è oggi ritenuta uno dei preminenti bisogni di una società moderna, per fronteggiare quelle necessità rimaste scoperte, per sanare la frattura che viene mantenuta nella azione di tutela della salute, tra momento preventivo e momento curativo dovuto alla carenza del sistema assicurativo. La legge che noi stiamo esaminando, avremmo voluto ponesse attenzione anche allo studio dei servizi per la tutela della salute mentale, che oggi è causa di serio interessamento da parte di molti studiosi per gli effetti che la vita moderna sta producendo. Ma questa parte rimane estranea al provvedimento di legge che noi stiamo esaminando. Nonostante le comprensibili resistenze di forze varie e più retrive, si va progressivamente affermando una concezione moderna della sa-

lute mentale, e i mezzi che occorre approntare per conservarla o per ripristinarla. Ma ancora oggi, nel nostro ordinamento ospedaliero, sfugge alla protezione sanitaria normale, in quanto finora il prevalente interesse dello Stato in questo campo non è quello di proteggere i malati di mente o ridurre l'incidenza della malattia, ma quello di proteggere i sani, respingendo i malati con provvedimenti che hanno caratteristiche di tipo carcerario. L'affermarsi di nuovi metodi di prevenzione avrà i suoi positivi effetti anche per l'organizzazione ospedaliera, dovendo prevalere la funzione degli organismi di tutela della salute, rispetto a quelli della cura della malattia. Ciò impone il superamento di metodi e pregiudizi e la necessità di disporre di centri di prevenzione e di salute che completino la struttura ospedaliera, il che significa prendere in serio esame quelle che sono state le indicazioni e i suggerimenti posti all'attenzione della Commissione dal prof. Delogu, consultato dopo che aveva concluso i suoi lavori. E' oggi riconosciuto superato il principio in base al quale operavano i nostri ospedali, che non rispondono più alle esigenze di un servizio pubblico, riconosciuto ormai da tempo alla organizzazione ospedaliera. L'estendersi dell'assistenza mutualistica e previdenziale e la sua evoluzione verso un possibile e auspicabile sistema di sicurezza sociale, vanno a preparare le condizioni perchè il dettato costituzionale previsto dall'art. 32 della nostra Costituzione divenga operante; perciò tutta la struttura della organizzazione sanitaria, ha bisogno di essere predisposta per prepararsi a questa riforma, che è nella logica dei tempi del prossimo avvenire. I servizi per la tutela della salute devono rivolgersi verso tre direzioni: prevenire, curare, riabilitare. Per dare inizio a questo processo, la costituzione di unità sanitarie lo-

cali che assicurino la tutela della salute del cittadino a livello dell'intervento di base, con funzione eminentemente preventiva, di medicina sociale e di educazione sanitaria, devono costituire il primario compito per una seria riforma del sistema vigente, e in questo senso anche dovrebbe rivolgersi la legge che noi stiamo per approvare. La creazione di una organizzazione ospedaliera a livello regionale, provinciale e comprensoriale, per la sua funzione di servizio della collettività, deve avere una precisa funzione pubblica con amministrazione rappresentativa, deve essere fulcro della organizzazione sanitaria, senza diventare un organismo accentratore e burocratico; ciò che dubitiamo possa essere realizzato secondo le indicazioni della legge in esame. L'organizzazione ospedaliera comporta primariamente una programmazione, un pubblico finanziamento del sistema, un costante controllo democratico, l'aratura delle caste e dei privilegi, una opportuna collocazione del personale e una precisazione chiara delle sue funzioni e responsabilità, dei suoi diritti e dei suoi doveri, il che oggi ci pare fortemente condizionato da caste dominanti e da organizzazioni esistenti all'interno della organizzazione, che condizionano, come ha ben precisato il cons. Nicolodi, la possibilità di realizzare una legge adeguata ai tempi, più ostacolata in sede locale che nazionale. L'attesa era per un disegno di legge, data la facoltà della Regione in materia ospedaliera, di riforma radicale delle strutture secondo criteri moderni, tesi a creare servizi efficienti, con strutture amministrative rappresentative e democraticamente elette, posta primariamente al servizio dei cittadini e non feudo di più o meno illuminati dipendenti. Se si pensa che in diversi paesi si è realizzata o si sta realizzando e sviluppando la tendenza a estendere l'assistenza sanitaria gratuita e assicurata

all'intera popolazione, fa pensare che nel nostro paese l'assistenza sanitaria ai non abbienti sia del tutto insufficiente, sia qualitativamente che quantitativamente, e va progressivamente scadendo anche per altre categorie, per il continuo peggioramento della situazione finanziaria dei comuni, degli enti mutualistici e per l'aumento dei costi dei servizi. Per quanto riguarda il costo del servizio, cioè la retta, deve essere chiaramente precisato il metodo di computare quali servizi sono ammessi, per stabilire l'importo, per evitare ulteriori difficoltà a quelle categorie non coperte dal sistema mutualistico e assicurativo, e ai lavoratori sui quali cadrebbero eventuali aumenti degli oneri contributivi. Considerando che l'attuazione del dettato costituzionale che riguarda la salute del cittadino non è solo un preciso dovere da attuarsi, ma un obbligo umano e sociale per chi è investito di responsabilità pubbliche, ritengo che la legge sia migliorativa per certi aspetti, particolarmente per l'obbligo del ricovero senza particolari convenzioni o richiesta di documentazioni, sia per il richiedente assistito o meno da enti mutualistici. Essa afferma un principio che dalla nostra parte politica è sempre stato sostenuto. Ma non si è progredito secondo le attese che in sede locale e nazionale si erano proposte i promotori del primario progetto Mariotti. I motivi di dissenso sono molteplici, molto minori i consensi, molte le polemiche che la legge ha provocato, minacciosi i dissensi per ragioni di incompletezza della legge sulla regolamentazione del personale. Tanti motivi di dissenso potevano essere superati se si fosse dato corso a una più attenta preparazione, come era stato richiesto dalle minoranze. L'importanza che la legge assume riguarda più o meno tutti; da ciò il vivo e appassionato interessamento manifestato sia nell'ambiente ospedaliero, che nella

cittadinanza. E l'iniziativa delle minoranze in commissione, diretta a promuovere un proficuo approfondimento da parte di esperti allo scopo di fornirci i necessari orientamenti per tramutare in realtà le esigenze di una società in continua trasformazione e recepirle nel disegno di legge, non è stata accolta ed è perciò difficile, almeno per quanto mi riguarda, contribuire con la conoscenza necessaria alla formulazione di una legge che deve essere un efficace strumento al servizio dei protagonisti assenti da questo dibattito, i bisognosi di cure, gli ammalati, e uno strumento avanzato di quel servizio di sicurezza sociale che non può tardare a essere realizzato anche nel nostro paese.

Signori consiglieri, signor assessore, io non credo che questo disegno di legge muterà la situazione ospedaliera e sanitaria attuale per quanto riguarda la efficienza del servizio, come è nel desiderio di tutti, dell'assessore dei componenti la Giunta, dei consiglieri. Troppe cose rimangono in sospeso, per rendere il provvedimento efficiente e adeguato: il finanziamento, che non si sa come potrà avvenire, del quale hanno parlato consiglieri anche questa mattina e hanno dimostrato che il principio contenuto nella legge di obbligatorietà del ricovero, può essere nullo se domani gli ospedali rifiuteranno il ricovero, in quanto esiste una situazione degli enti mutualistici così catastrofica dal punto di vista finanziario.

La mancanza di una linea programmata per assicurare alla popolazione una protezione sanitaria, mediante l'impiego organico delle moderne tecniche di prevenzione, di cura e di ricupero, cioè la costituzione di quegli enti locali e sanitari di base, che dovrebbero costituire il principio di una seria riforma sanitaria, se si vuole dar corso a una azione di prevenzione, perchè oggi purtroppo le malattie professionali incidono fortemente per quan-

to riguarda la salute dei lavoratori, in particolare. Ecco allora la necessità, più che di curare, di prevenire.

La carenza di una legge sul personale, la quale anch'essa ha dato corso, come dicevo, a manifestazioni di carattere rivendicativo. E qui consentitemi di dissentire da certi consiglieri che sono alla difesa di tutte le categorie, in quanto noi sappiamo quali privilegi alcune categorie vogliono mantener difesi anche in certe istituzioni, le quali dovrebbero essere esclusivamente poste al servizio della collettività.

I rapporti con le casse mutue, per le difficoltà che esistono per la loro situazione finanziaria, che si aggraverà se interverranno quelle soluzioni che sono proposte o messe in dubbio, almeno, finora dalla legge; perchè non si sa quando verranno costituiti i poliamulatori delle Casse di malattia, come era nel primario progetto modificato in parte dalla Commissione, che passeranno agli ospedali o agli enti sanitari di base, come saranno costituiti, e nel frattempo come sarà regolata questa materia, se permarrà ancora come è e in quale maniera domani verrà regolarizzata, se attraverso l'accordo fra gli organismi che hanno oggi la gestione di questi ambulatori e gli ospedali, o gli enti che verranno costituiti e in quale maniera.

La mancanza di uno strumento che preveda la nomina degli organi direttivi in via diretta e democratica. Mi pare che su questo argomento hanno parlato molti consiglieri, dimostrando che il sistema suggerito e recepito nel disegno di legge, praticamente non dà una rappresentanza proporzionale a quelle che sono le minoranze politiche esistenti nella regione, e costituiscono degli organismi quasi feudi di un gruppo politico prevalente nella regione. E giustamente faceva notare il cons.

de Carneri che questi organismi non sono organismi di carattere economicamente sano; sono organismi malati, dal punto di vista finanziario, e queste minoranze vogliono essere rappresentate in questi organismi non certo per dei vantaggi particolari, ma per dare il loro contributo, per dare la loro opera, acchè addiventano strumenti reali al servizio di coloro che domani saranno assistiti. La rappresentanza, così come è stata stabilita o come vuole essere stabilita da parte della Giunta, pare che non tenga conto di queste volontà, di queste necessità. Ed è inutile insistere e ripetere quello che altri hanno detto prima di me, che cioè una rappresentanza in un organismo di questo genere dovrebbe essere più adeguata alla realtà anche politica del nostro paese, cioè dovrebbe essere proporzionale a quelle che sono le forze politiche esistenti. Vi è una rappresentatività diversa fra la provincia di Trento e quella di Bolzano, perchè qui è assicurata da due norme diverse: la rappresentanza etnica e l'esistenza della proporzionale per le elezioni comunali, negata nella provincia di Trento, che avrà ripercussione sulla legge per il personale, mentre vi sarebbe l'assoluta necessità della bilinguità nelle istituzioni di questo genere, tenendo conto fondamentalmente delle esigenze di quelli che saranno gli assistiti.

A questi concetti, a queste direttive occorre uniformare l'iniziativa di legge, se si vuole renderla coerente con i motivi che l'hanno ispirata, e attraverso essa compiere un passo importante verso la riforma del nostro ordinamento ospedaliero. Dipenderà dall'esito finale del dibattito modificare quello che è stato il voto che ho espresso, a nome del mio partito, in Commissione.

(Assume la Presidenza il vicepresidente Dejaco).

PRESIDENTE: La parola al cons. Betta.

BETTA (P.R.I.): Signor Presidente, signori consiglieri, ci troviamo per la seconda volta in questo Consiglio di fronte a uno scoglio piuttosto grosso, cioè a un disegno di legge che, data la sua importanza sociale ed economica, non è che si possa spacciare in poche parole, tanto l'importanza sua è essenziale per il futuro della nostra regione. Mi pare che il cons. Nicolodi diceva giustamente stamattina che s'è perso un po' il treno per quella che poteva essere una programmazione d'avanguardia fatta dalla nostra regione nei confronti dello Stato. Le cose sono andate così, io non so per colpa o se per merito di qualcuno o di qualcun altro, e se sia meglio che siano andate così, o se sarebbe stato meglio che la legge fosse già stata fatta qualche anno fa. Ormai sul passato è inutile discutere, anche se è comunque strano che il tramonto della precedente legge sia derivato, come ho sentito dire, da motivi etnici, quasi che gli ammalati si curassero con due diverse lingue o gli ammalati fossero ricoverati a seconda della lingua che parlano o magari del colore di una pelle. Ad ogni modo su questo io non voglio soffermarmi. Dirò che noi abbiamo esaminato questo disegno di legge con cura particolare; abbiamo voluto sentire anche noi le categorie interessate, cioè i sindacati dei dipendenti, i rappresentanti delle categorie mediche, delle categorie specialistiche, ecc., per farci un quadro il più esatto possibile delle esigenze e delle necessità che con questa legge potevano essere sistemate e sanate. Il quadro che ne abbiamo ricavato ci ha consentito di fare una relazione, quella che sto facendo adesso, e di presentare anche degli emendamenti ai vari articoli della legge, emendamenti che saranno esaminati nella discussione articolata.

Io non direi che la legge è stata partorita in un clima di fretteolosità, in quanto mi pare che se ne discuta da parecchi mesi. Devo però osservare che c'è stata una levata di scudi da parte di diverse categorie, che sono state toccate da questo nuovo disegno di legge, e questo dopo che la legge, almeno come presentazione, come proposta, era uscita. Quindi da parte nostra un rilievo: forse era meglio, cioè senz'altro era meglio sentire preventivamente queste categorie per potersi fare un'idea delle varie esigenze. E' evidente ed è naturale che con una legge non si possono accontentare tutti e non è neanche giusto il farlo. Però sentire le esigenze delle varie categorie, sentire cosa vogliono, cosa si aspettano, quali sono i loro problemi, forse avremmo potuto ricavarne qualche cosa di più preciso. Non starò neanche a dilungarmi sul fatto della mancata soluzione di problemi grandi, quali sono quelli delle mutue, dei debiti che hanno le mutue verso gli ospedali dell'aumento delle rette ospedaliere, dovute appunto al fatto che gli ospedali devono attingere al credito bancario per poter pagare i fornitori, ecc. Anche quello delle unità sanitarie locali è un problema che è rimasto fermo.

Secondo il cons. Nicolodi, che è certo il più preparato fra di noi, noi abbiamo spezzettato le cose, abbiamo cercato di risolvere questa costituzione degli enti ospedalieri senza osservare meglio quelli che erano i problemi altrettanto importanti e rilevanti ad esso legati. Io penso che se ci troviamo di fronte a una colonna da abbattere, a un muro da abbattere, forse è meglio dare dei colpi di catapulta piuttosto che dei piccoli colpi di piccone; o se dobbiamo costruire qualcosa forse è meglio usare delle pale meccaniche e degli autotreni piuttosto che delle piccole carriole con dei manovali addetti a questo lavoro. Quindi io dico che noi abbiamo diversi motivi di perplessità

su questo disegno di legge. Essi sorgono in ordine alla disorganicità e alla incompletezza delle norme che dovrebbero regolamentare in maniera organica tutte le istituzioni che hanno per scopo l'assistenza ospedaliera e in definitiva la tutela della salute pubblica. Ma se si riscontrano talune gravi omissioni, di cui dirò più ampiamente in seguito, è prevista per contro la costituzione di nuovi ordini collegiali, con compiti vaghi e comunque, a mio giudizio, con scarse capacità di incidere sulla politica ospedaliera regionale, organi che altro non sarebbero se non delle riedizioni di organismi già esistenti, a cui si aggiungono, creando così degli inutili doppioni. Ma oltre a questi motivi, che sono indice del particolare clima in cui è stato partorito il disegno di legge in questione, altri e più importanti riguardano la gestione dei costituendi enti ospedalieri. Infatti, dietro un sistema solo apparente di democratica elezione dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri, si nasconde il disegno politico di fare della gestione degli stessi un monopolio dei partiti di maggioranza, che perverrebbero in tale modo al loro assoluto controllo. E vengo a una esemplificazione più concreta, enumerando i quattro punti particolari sui quali noi muoviamo delle osservazioni. Essi sono la mancanza dell'organismo preposto alla programmazione ospedaliera nella regione; l'omissione nel disegno di legge delle norme sullo statuto giuridico dei dipendenti ospedalieri e dei concorsi per le relative assunzioni; l'esercizio di un monopolio politico nei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri, e infine l'avocazione alla Regione del diritto di sorveglianza sanitaria sugli enti ospedalieri. Passo quindi al dettaglio di questi quattro punti e dirò che per quanto riguarda la mancanza dell'organismo preposto alla programmazione ospedaliera nella regione, io ho sen-

tito dal signor assessore e dal capogruppo cons. Lorenzi, che dopo varato questo disegno di legge la Regione programmerà. La Regione programmerà e io non so come, non so quando, non so a mezzo di chi, se sarà il signor assessore, se sarà la Giunta, se saranno i funzionari degli uffici. Quindi io mi permetto di suggerire quanto abbiamo pensato noi. La legge nazionale 12 febbraio '68, n. 132, da cui il disegno di legge in esame recepisce, ora fedelmente, ora discostandosene notevolmente, le norme per la costituzione dell'ente ospedaliero, per la formazione del piano regionale ospedaliero, prevede un apposito comitato regionale per la programmazione, che, costituito in maniera a ciò adeguata, ha il compito di elaborare entro sei mesi dalla sua costituzione detto piano, premessa indispensabile per avviare una razionale politica ospedaliera nel territorio regionale. Nel disegno di legge, ed esattamente all'art. 28, viene sì prevista per quanto riguarda la programmazione la formazione di un piano regionale ospedaliero quinquennale, alla cui elaborazione deve attendere la Regione e che dovrebbe essere approvato con apposita legge, ma non è specificato di quali organismi tecnici la Regione si varrà per la elaborazione di detto piano, la cui importanza prioritaria non può sfuggire a nessuno. Non esiste in effetti, al momento, alcun organismo regionale per la cui composizione e qualificazione sussistano garanzie di una valida preparazione del piano in argomento. Appunto l'art. 28 prevede, così, molto velatamente, oppure anche chiaramente, ma senza scendere ai particolari, che si programmerà. Così si è respinto il Comitato regionale per la programmazione, previsto all'art. 62 della legge nazionale, e si sono attribuite le relative competenze alla Regione, ma non si è precisato con quali strumenti l'ente regionale realizzerà la politica di

programmazione. Né si può pensare che a ciò possa provvedere il comitato regionale di sanità, in quanto a questo organismo, stando alle emanande norme che ne prevedono la costituzione, il disegno di legge n. 14, vengono attribuite solo funzioni consultive e di ordinamento dell'attività ospedaliera, nonchè una facoltà di avanzare voti e proposte, non solo, ma per la sua limitata competenza e per la sua articolazione in due sezioni operanti a livello provinciale, per poco o nulla si differenzia dal Consiglio provinciale di sanità, di cui costituisce in pratica un doppione. E qui si inserisce appunto la nostra proposta che, considerando l'elaborazione del piano quinquennale per gli interventi nel settore ospedaliero a monte della costituzione degli enti medesimi, altrimenti questi sarebbero creati senza alcun criterio e con il solo risultato di avere per gli ospedali di tutta la Regione un cambiamento di etichetta e di padrone, vede nel costituendo comitato regionale di sanità, opportunamente allargato, come in seguito si dirà, uno strumento idoneo all'impostazione del piano quinquennale. Inoltre al comitato regionale di sanità, integrato, come stabilito dall'art. 62 della legge nazionale, con i rappresentanti previsti per il comitato regionale per la programmazione ospedaliera, oltre ai compiti attinenti all'elaborazione del piano quinquennale e al coordinamento dell'attività ospedaliera, dovrebbero essere riconosciute più ampie e incisive funzioni consultive. Così alla mera facoltà si dovrebbe sostituire l'obbligatorietà per l'esecutivo di richiedere i giudizi del predetto comitato, che, almeno in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, dovrebbero essere vincolati per le Giunte.

Il secondo punto, sul quale noi abbiamo notevoli perplessità, è appunto l'aver notato che nel disegno di legge non sono previste

le norme sullo stato giuridico dei dipendenti ospedalieri e dei concorsi per le relative assunzioni. L'omissione delle norme sull'ordinamento del personale, se poteva essere giustificata al momento in cui entrò in vigore la legge nazionale, che per la questione in esame si limitava a fissare dei principi generali e a recare delega al governo per l'emanazione di appositi provvedimenti delegati, non si giustifica al momento attuale, in cui detti i provvedimenti — e nella specie i decreti del Presidente della Repubblica, n. 128 - 129 - 130 del 27 marzo '69 — sono già entrati in vigore. Tanto più che la costituzione dell'ente ospedaliero, in assenza di una normativa sull'ordinamento del relativo personale, potrebbe costituire comodo pretesto per consentire ai consigli di amministrazione di procedere all'assunzione di personale, sia sanitario che di altre categorie, senza il vaglio degli esami previsti nei provvedimenti delegati, e con grave pregiudizio sia degli enti ospedalieri, che si troverebbero nella necessità di assumere per chiamata, senza potersi perciò avvalere della selezione dei candidati operata dall'esame, sia di quanti abbiano interesse all'espletamento di un regolare pubblico concorso. Viene pertanto sottolineata la necessità che il disegno di legge in esame, accanto alle norme per la costituzione dell'ente ospedaliero, contenga contestualmente, evitando comunque inutili, quanto inopportuni rinvii, anche quelle per lo ordinamento delle varie categorie di personale, che è indispensabile per il funzionamento dell'ente stesso. Tale necessità si impone anche perchè la mancanza di norme sull'espletamento dei concorsi e sulla definizione degli organici potrebbe portare, come è facilmente intuibile, ad abusi da parte dei consigli di amministrazione, che, senza alcuna remora in questo campo, potrebbero esercitare dei favo-

ritismi incontrollati, compromettendo sul nascere la vita dell'ente ospedaliero, che finirebbe per trovarsi in futuro oppressa da pesanti impegni per le spese correnti.

Terzo punto che noi criticiamo, e in questo mi pare che non siamo stati i soli, è l'esercizio del monopolio del partito di maggioranza nel consiglio di amministrazione degli enti ospedalieri. L'elezione dei membri del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, così come è previsto dagli art. 9 e 10 del disegno di legge, non dà alcuna garanzia, nè in ordine alla necessità di avere un consiglio di amministrazione democraticamente eletto da quanti hanno interesse al buon funzionamento dell'ospedale, e cioè da tutti i cittadini della comunità interessata, nè in ordine alla sua qualificazione tecnica. Al criterio di scelta dei membri del consiglio di amministrazione sovrintende infatti un sistema che vuole tale scelta operata solo da organismi comunitari, fortemente politicizzati: il comprensorio e il consiglio comunale. Sicchè le scelte sarebbero operate in base a designazioni che, già predisposte a livello superiore a quelle degli organi comunitari interessati, sarebbero a costoro imposte, con la conseguenza che si avrebbero dei consigli di amministrazione che sono delle pure e semplici emanazioni politiche. Superfluo rilevare a questo punto come invano si ricercerebbe in detti consigli una specifica qualificazione nel settore sanitario, che pure sono chiamati ad amministrare e a dirigere. Si impone dunque la necessità della ricerca di un nuovo criterio di elezione dei consigli di amministrazione, che risponda effettivamente a principi democratici. L'ente ospedaliero è una istituzione pubblica, che è volta ad assicurare l'assistenza ospedaliera a una determinata comunità, con i mezzi di questa comunità. Pertanto alla sua gestione devono partecipare con

adeguata rappresentanza tutte le categorie che concorrono al mantenimento dell'ente. La stessa rappresentanza dei partiti deve essere allargata fino a comprendere, sia pure in misura proporzionale, anche i membri designati dai partiti di minoranza. Il nuovo criterio di elezione deve infine dare garanzia anche sul piano tecnico-operativo di efficiente conduzione della gestione dell'ente. A ciò potrebbe giovare la partecipazione al consiglio di amministrazione di almeno un medico, non potendosi ammettere che alla conduzione di un ospedale siano preposti solo elementi di estrazione politica, magari scarsamente edotti di questioni ospedaliere, lasciando i medici in posizione assolutamente subordinata, come quella che li vede nei consigli dei sanitari, dove hanno solo limitate funzioni consultive. Non si deve infatti dimenticare che, malgrado gli interessi di tutte le categorie che in questo periodo son state sollecitate o hanno sollecitato l'interessamento diretto, l'ospedale è fatto per gli ammalati, e non per i medici e non per gli infermieri e non per tanta altra gente. E gli ammalati devono essere naturalmente curati dai medici e non dai consigli di amministrazione. Ora io ammetto che una cosa sia l'amministrazione, una cosa sia la cura, però non si può fare buona amministrazione di un ente, di un organismo prettamente tecnico qual'è l'ospedale, non prevedendo che almeno parte dei componenti di questo Consiglio siano dei tecnici qualificati, dei medici, dei direttori sanitari, ecc.

Il quarto ed ultimo punto sul quale noi abbiamo qualcosa da ridire, è l'avocazione alla Regione del diritto di sorveglianza sanitaria sugli enti ospedalieri. La sorveglianza sugli enti ospedalieri, avendo una causa originaria nella necessità di assicurare il cittadino sull'esatta osservanza da parte dell'ente delle disposizioni in materia di assistenza ospedaliera

e di igiene sanitaria, deve essere attribuita naturalmente a un organismo a ciò altamente qualificato e assolutamente estraneo all'apparato regionale. Ecco perchè noi non possiamo accogliere la vaga formulazione dell'art. 17 del disegno di legge, che genericamente attribuisce un delicato compito di carattere precipuamente sanitario alla Regione, che, come già si è detto, intanto risulta attualmente sprovvista di organi a ciò qualificati, e poi, quand'anche li avesse, essi non potrebbero fornire quell'importante garanzia di tutela della salute pubblica, costituita dall'accertamento della scrupolosa osservanza delle disposizioni vigenti in materia sanitaria, accertamento che può essere obiettivamente esercitato solo da organo estraneo alla amministrazione regionale. Perciò, mentre si concorda di affidare alle rispettive Provincie il controllo di legittimità e di merito di tutte le deliberazioni degli enti ospedalieri, avendo tale controllo natura giuridico-amministrativa, si deve invece respingere l'attribuzione alla Regione di un controllo di natura precipuamente sanitaria, che si vede meglio affidato al Ministero della sanità, organo qualificato e sottratto alla gerarchia regionale.

Questi sono gli appunti che noi facciamo alla legge. In base a questo nostro intervento abbiamo presentato degli emendamenti, emendamenti che tengono presenti il senso e lo spirito col quale noi abbiamo fatto questi appunti. Io spero e mi auguro vivamente che questi emendamenti siano visti come il contributo dato da una parte della minoranza alla creazione di una legge più organica, più precisa e forse più atta allo scopo. Io mi auguro che la Giunta voglia esaminare questi emendamenti, come esaminerà immagino quelli presentati da altre parti della minoranza, e si possa arrivare a fare una legge che riesca, almeno per uno stretto settore, cioè quello

degli enti ospedalieri, a risolvere un problema sentitissimo.

Riprendendo quanto detto poc'anzi dal collega Nicolodi, io mi auguro che la Giunta sia altrettanto attenta a quelli che sono gli altri problemi che rimangono insoluti anche con l'approvazione di questa legge: le unità sanitarie locali, le mutue, i debiti delle mutue, difficoltà in cui vengono a trovarsi questi ospedali, ecc., perchè altrimenti noi faremo solo delle belle parole. Ho apprezzato senz'altro, da un punto di vista estetico, il discorso del collega Lorenzi, ma in definitiva non è che abbia detto a me molto più di quello che avevo sentito nella relazione del disegno di legge, cioè « noi programiamo, programmeremo », ma non si sa quando; « noi sistemeremo gli organici degli ospedali in modo che tutto funzioni bene », ma non si sa come nè si sa quando; « noi senz'altro abbiamo presente il bisogno di queste unità sanitarie locali », ma anche quelle son messe là così, senza sapere qualcosa in merito di più preciso.

C'è anche un problema particolare al quale vorrei accennare di sfuggita, cioè il problema della Magnifica Comunità di Fiemme. E' un problema particolare e io mi riservo di intervenire meglio in sede di discussione articolata, perchè mi pare che ci sia una possibilità di accordo tra la Giunta e questo ente, in modo da sistemare questo particolare ente ospedaliero, in maniera che soddisfi gli uni e gli altri. Io mi auguro che ciò sia possibile, quindi mi riservo di intervenire in seguito anche su questo, se la soluzione che venisse proposta non fosse di soddisfazione mia.

Con questo io ho concluso e ringrazio i colleghi che mi hanno seguito e spero, veramente di cuore, che gli emendamenti che abbiamo presentato siano discussi, siano visti sotto l'aspetto di un contributo che noi diamo

all'approvazione di questo disegno di legge, perchè è nostro uso di non fare lunghi discorsi solo criticando, ma se è possibile proporre anche qualche soluzione, che potrà essere giusta o sbagliata.

Comunque noi pensiamo che qualcosa possiamo aver offerto anche alla Giunta nella soluzione di questo problema, riservandomi quindi di intervenire nella discussione articolata, e riservandomi anche di dare il mio voto a seconda del come questi emendamenti miei, e probabilmente di altre parti della minoranza, saranno tenuti nel debito conto. Grazie.

PRESIDENTE: La parola al cons. Benedikter.

BENEDIKTER (S.V.P.): Die Krankenhausreform ist im Staatsgesetz Nr. 132 vom 12. Februar 1968 verankert, womit gemäß Vorlagebericht der Regierung erstens die öffentliche Krankenhausbetreuung eigenen nur dafür zuständigen Körperschaften anvertraut wird und nicht wie bisher Gemeinden, Wohlfahrtskörperschaften, Sozialversicherungsanstalten usw. Diese Körperschaften sollen, wie es im staatlichen Bericht heißt, von demokratischen, einheitlich zusammengesetzten Organen verwaltet werden, die der repräsentative Ausdruck der betreuten Gesellschaft sind; sie sollen auch einheitlichen Kontrollen und Richtlinien unterworfen sein. Es heißt im Bericht wörtlich: «Die Struktur dieser Körperschaften baut auf dem Grundsatz der unmittelbaren Vertretung der betreuten Gemeinschaften auf. Die Verwaltungsräte werden aus Personen zusammengesetzt, die von den Gemeinde-, Provinzial-, Talschafts- oder Regionalräten in einer Weise gewählt werden, daß an der Verwaltung dieser Körperschaften die auf dem betreuten Territorium tätigen politischen Kräfte teilnehmen.»

Zweitens: Die öffentlichen Krankenhäuser werden nach dem Staatsgesetz in Zonen-, Provinz- und Regionalkrankenhäuser eingeteilt. Das Zonenkrankenhaus soll eine Bevölkerung von 25.000 bis 50.000 Einwohner, das Provinzkrankenhaus eine Bevölkerung bis zu 400.000 und das Regionalkrankenhaus mindestens 1 Million Menschen betreuen. In jeder Region soll es wenigstens eines dieser Krankenhäuser geben. Diese drei Kategorien von allgemeinen Krankenhäusern unterscheiden sich nach dem Grad der Spezialisierung.

Ferner soll ein Krankenhausplan alle fünf Jahre durch Staats- und Regionalgesetz genehmigt werden, in welchem der Einsatz der öffentlichen Hand hinsichtlich Erbauung neuer Krankenhäuser, Umwandlung, Modernisierung oder auch Auflassung bestehender festgelegt wird. Dementsprechend darf kein öffentliches Krankenhaus neu gebaut, erweitert oder umgewandelt werden, ohne daß es im Plan vorgesehen ist. Die Mittel für diese Arbeiten werden im Regionalplan aus dem Regionalhaushalt vorgesehen, der aus dem Staatshaushalt im Wege des staatlichen Rahmenplanes ergänzt wird.

Die Privatkrankenhäuser werden einer strafferen Kontrolle unterzogen. Im Wege von Ministerialdekreten sollen die technischen Baunormen, die Erfordernisse, die Ausstattung und die Dienste, über die sie verfügen müssen, und die Normen über die Organisation und Personalordnung, sowie die Erfordernisse für die Zulassung des verantwortlichen sanitären Direktors festgesetzt werden. Die Eröffnung, der Ausbau oder die Umwandlung der Privatkrankenhäuser sind dementsprechend genehmigungspflichtig, wobei die hygienischen und sanitären Erfordernisse in Betracht gezogen werden sollen. Bei Nichteinhaltung der im Gesetz und in der Genehmigung enthaltenen Vorschriften kann das Krankenhaus geschlossen

bzw. die Genehmigung widerrufen werden. Jegliche Vereinbarung zwischen den privaten Krankenhäusern und Sozialversicherungsanstalten bedarf der Genehmigung, die von der Feststellung des öffentlichen Interesses und den Richtlinien des Krankenhausplanes abhängt.

Was die Geltung des Reformgesetzes in den Regionen mit Sonderstatut betrifft, bestimmt der Art. 67 des Staatsgesetzes, daß sich die Regionen mit sekundärer Gesetzgebung an die Grundsätze des Gesetzes zu halten haben, woraus folgt, daß die einzige Region mit primärer Gesetzgebung, nämlich Trentino - Südtirol, sich nicht an die Einzelgrundsätze des Gesetzes zu halten hat. Dies heißt jedoch nicht, daß die Region dieses Reformgesetz insgesamt ignorieren kann. Bekanntlich ist auch die primäre Gesetzgebung gemäß Art. 4 des Statutes an die grundlegenden Normen der wirtschaftlich-sozialen Reformen gebunden, während bei der sekundären Gesetzgebung zusätzlich nach den Prinzipien der einschlägigen Staatsgesetze vorgegangen werden muß. Daß es sich bei diesem Staatsgesetz um ein Reformgesetz handelt, steht im Programmierungsgesetz vom 27. Juli 1967 Nr. 685, Art. 72. Der Verfassungsgerichtshof hat in zwei Urteilen - Nr. 51 vom Jahre 1965 für die Region Trentino - Südtirol und Nr. 116 vom Jahre 1967 für die Region Friaul - Julisch Venetien - festgelegt, «daß die grundlegende Struktur der Krankenhäuser in ihren wesentlichen Linien für das gesamte Staatsgebiet einheitlich sein muß, da daraus Folgen entstehen, die für die gesamte staatliche Rechtsordnung gültig sind; daher muß auch die auf dieser Struktur aufbauende Klassifizierung denselben einheitlichen Charakter haben». Weiter heißt es: «Sowohl die Krankenhausbetreuung als auch die damit zusammenhängende Struktur können im

wesentlichen nicht von Region zu Region verschieden sein. » Weiter noch: « Der Staat muß auf dem gesamten Staatsgebiet einen gleichen Standard der Krankenhausbetreuung sichern können, indem er die regionale Betreuung dort, wo sie ungenügend oder mangelhaft ist, ergänzt oder ersetzt. »

Darüber, was an der Reform grundlegend ist oder nicht, kann im Streitfalle nur der Verfassungsgerichtshof entscheiden. Grundlegend dürften zum Beispiel die Loslösung der öffentlichen Krankenhäuser von der Kommunal- bzw. Sozialversicherungs- oder Sozialfürsorgeverwaltung, die Erfordernisse zur Klassifizierung der öffentlichen Krankenhäuser, der Grundsatz der Programmierung mit dem daraus sich ergebenden Verbot sein, Arbeiten zu unternehmen, die nicht geplant sind, sowie das Wesentliche hinsichtlich der Struktur der Krankenhäuser. Nicht grundlegend dürften in diesem Zusammenhang die Grundsätze hinsichtlich Festsetzung des Tagesgeldes und, was für uns von besonderer Bedeutung ist, die Regelung der privaten Krankenhäuser sein. Im Verfassungsurteil Nr. 116 vom Jahre 1967 werden die grundlegenden Normen der wirtschaftlich-sozialen Reformen der Republik, welche auch die primäre Gesetzgebung binden, in Zusammenhang mit der von der Verfassung der Republik auferlegten Pflicht gebracht, die Gesundheit als grundlegendes Recht des einzelnen und im Interesse der Gemeinschaft zu schützen, den Mittellosen unentgeltliche Heilbehandlung zukommen zu lassen (Art. 32), jedem arbeitsunfähigen und mittellosen Bürger die Sozialfürsorge (assistenza sociale), zu der, wie der Verfassungsgerichtshof bemerkt, auch die Krankenhausbetreuung gehört, angedeihen zu lassen (Art. 38). In demselben Art. 38 wird vermerkt, daß diese Aufgaben durch Organe und Institute versehen werden, die der Staat

einrichtet oder ergänzt; dazu steht dann als letzter Satz des Art. 38 der Verfassung: «Die private Betreuung (assistenza) ist frei.»

Wie ich auch in der Kommission vorgebracht und in einem Zeitungsartikel vom 24. Oktober 1968 näher angeführt habe, läßt sich mit diesem Freiheitsgrundsatz wohl die eingeführte, einschneidende Kontrolle der privaten Krankenhausbetreuung kaum vereinbaren. Nur wenn das private Krankenhauswesen als Unternehmen angesehen wird, das wirtschaftliche Vorteile bringt, kann es unter den dritten Absatz des Art. 41 der Verfassung fallen, wonach durch Staatsgesetz Programme und Kontrollen bestimmt werden können, um die öffentliche und die private wirtschaftliche Tätigkeit auf die sozialen Ziele auszurichten und zu koordinieren (der Programmierungsartikel).

In Südtirol wurden unter dem Faschismus unter anderem auch privatrechtliche Stiftungen mit der Aufgabe der Krankenhausbetreuung durch dekretierte Änderung ihrer Satzungen und damit gegen den Willen ihres Stifters in öffentlich-rechtliche Körperschaften verwandelt und damit auch italienisches Personal eingestellt, was sich auch heute noch auswirkt — siehe Krankenhaus Bozen —. Auf einem Einzugsgebiet mit einem Bevölkerungsverhältnis von 52% Italienern und 48% Deutschen ist nur 23% deutschsprachiges Personal vorhanden. Die deutsche Volksgruppe hat sich damals von diesen Krankenhäusern abgewendet und so viel als möglich die Privatkrankenhäuser benützt, und zwar nicht die «case di cura» im eigentlichen Sinne, nach der Begriffsbestimmung des Einheitstextes der Sanitätsgesetze, sondern Krankenhäuser für akut Kranke. Somit hat die deutsche Volksgruppe in diesen Krankenhäusern eben jene Betreuung in der Muttersprache durch Ärzte und Pflegepersonal gefunden, die ihr in den öffentlichen Kranken-

häusern versagt blieb und heute noch in Bozen und in Meran weitgehend versagt bleibt.

In diesem Zusammenhang möchte ich nur folgendes erwähnen, nachdem der Abgeordnete Betta, bestimmt nicht böswillig, gemeint hat, er kann den Unterschied nicht verstehen; wer es aber erlebt oder es am eigenen Leib erfahren hat, der versteht ihn. Jedenfalls ist es vorgekommen, daß Bürger von Blumau, Gemeinde Karneid, die durch den Präfekten Mastromattei erreichen wollten, daß ein deutschsprachiger Gemeindefeldarzt angestellt wird, die Antwort erhielten: «Es ist nicht notwendig, daß der Arzt die deutsche Sprache versteht, denn die Tiere verstehen auch keine Sprache und können trotzdem behandelt werden.»

Heute bestehen in Südtirol 13 Privatkliniken mit rund 600 Betten. Jährlich werden rund 12.000 Patienten betreut, und zwar sind 9/10 des Personals deutscher Muttersprache. Es könnte nun auf Grund des Art. 37 vorkommen, daß in den dort vorgesehenen Normen über die Personalordnung eine gewisse Anzahl von diplomierten Schwestern pro Bettenzahl verlangt wird, wodurch alle unsere im Ausland diplomierten Krankenschwestern Gefahr laufen würden, entlassen zu werden, um durch italienischsprachiges Personal ersetzt zu werden, da wir bekanntlich über viel zu wenig in Italien diplomierte Krankenschwestern verfügen.

Ebenso würden unsere im Ausland spezialisierten Ärzte, die derzeit zur vollen Zufriedenheit der Patienten ihre Tätigkeit ausüben, möglicherweise ihre Stellen verlieren und durch einen in Padua oder Bologna habilitierten Primarius ersetzt werden müssen. Auch hinsichtlich des verantwortlichen Sanitätsdirektors genügt die Forderung nach irgendeinem Diplom, um den Führungswechsel zu erzwingen.

In den Privatkliniken beherrscht das Pflegepersonal, ob es nun geistliche Schwestern sind oder Laienpflegerinnen, durchwegs beide Sprachen, teilweise auch das Ladinische. Solange einschlägige, im Ausland erworbene Studientitel, wie Facharzt- und Krankenpflegediplome, nicht automatisch anerkannt werden, besteht die Gefahr, daß die deutsche Volksgruppe benachteiligt wird. Eine weitere Gefahr ist die zu befürchtende finanzielle Mehrbelastung, da der Verwaltungsapparat erweitert werden müßte. Es darf nicht vergessen werden, daß — zumindest in der Provinz Bozen — die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patient in den privaten Krankenhäusern wesentlich kürzer ist als in den öffentlichen.

Die Fraktion der Südtiroler Volkspartei hat nun, was also diese neueingeführte einschneidende Kontrolle der privaten Krankenhäuser betrifft, nicht die Absicht, die Frage der Verfassungsmäßigkeit aufzuwerfen, was durch den Landtag von Bozen gegenüber dem Regionalgesetz erfolgen könnte. Sie wird jedoch bei der Debatte über die einzelnen Artikel verlangen, daß hinsichtlich der in den Artikeln 37, 38 und 39 vorgesehenen Befugnisse die allgemeine Norm des Art. 14 des Autonomiestatutes angewendet werde, damit eine den besonderen Verhältnissen Südtirols, wie ich sie kurz geschildert habe, angepaßte Durchführung gewährleistet wird.

Das Regionalgesetz hat einen langen Weg hinter sich; sein Text stand schon lange vor der endgültigen Verabschiedung im großen und ganzen fest. Deswegen hat der damals zuständige Regionalassessor Nicolodi schon Ende 1966 einen Entwurf ausarbeiten lassen, der den Landesausschüssen zur Stellungnahme zugesendet wurde. Der Landesausschuß von Bozen befaßte sich damit in mehreren Sitzungen und teilte mit Brief vom 30. März 1967 dem

damaligen Regionalausschußpräsidenten Dalvit und Regionalassessor Nicolodi seine Stellungnahme mit. Diese Stellungnahme war das Ergebnis einer politischen Einigung im Landesausschuß zwischen Südtiroler Volkspartei einerseits, den Vertretern der Democrazia Cristiana und der Sozialistischen Partei andererseits. Damit wurden entsprechende Änderungen am Entwurf des Regionalgesetzes beantragt. Da der Regionalausschuß damals aus denselben italienischsprachigen Parteien zusammengesetzt war wie der Landesausschuß, kam dieser Einigung im Landesausschuß die Bedeutung einer politischen Einigung zwischen Regionalausschuß und Landesausschuß über wesentliche Punkte der Krankenhausreform gleich. Die wesentlichen Punkte betrafen die Anwendung des Sprachgruppenproporz in der Zusammensetzung der Verwaltungsratsmitglieder der neuen Krankenhauskörperschaften und bei den Personalaufnahmen. Es wird von niemandem bestritten, daß diese Körperschaften im Sinne des Art. 54 des Autonomiestatutes aufgebaut sind und daher in den einzelnen Organen die Sprachgruppen im Verhältnis vertreten sein müssen. Der Verfassungsgerichtshof hat im Urteil Nr. 12 vom 4. Juli 1956 hinsichtlich der allgemeinen Krankenkasse von Bozen festgestellt, daß diese eine örtliche Körperschaft im Sinne des Art. 54 ist, wobei der Begriff «örtliche Körperschaft» (ente locale) umfassender ist als Territorialkörperschaften (Gemeinde, Provinz, Region). Bei der Errichtung letzterer bildet das Territorium eine Voraussetzung für ihr Entstehen. Der Landesausschuß hat daher verlangt, daß die Zusammensetzung des Verwaltungsrates dem Sprachgruppenverhältnis im Einzugsbereich der Krankenhauskörperschaft entspreche. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, diesen Einzugsbereich festzustellen.

Gemäß regionalem Gesetzentwurf würden Zonenkrankenhäuser in Schlanders, Sterzing, Bruneck und Innichen anerkannt, die den im Landesraumordnungsplan vorgesehenen Bezirken bzw. Unterbezirken entsprechen; weiters je ein Landeskrankenhaus in Meran und Brixen, die jeweils für die Bezirke Vintschgau und Burggrafenamt, bzw. Eisacktal und Pustertal zuständig sein sollen. Ferner würde zwecks Koordinierung mit der staatlichen Regelung das regionale Krankenhaus in Bozen in bezug auf die Provinz anerkannt, das als Provinzkrankenhaus für den Großraum Bozen, einschließlich Gröden und Unterland, gleichzeitig mit den nur den Regionalkrankenhäusern vorbehaltenen spezialisierten Abteilungen und Diensten der ganzen Provinz dienen soll. Ohne Festsetzung eines Einzugsbereiches kann offensichtlich auf das Sprachgruppenverhältnis der betreuten Bevölkerung, sowohl was den Verwaltungsrat als auch die Personalaufnahme betrifft, nicht Bezug genommen werden. Während für die Bezirkskrankenhäuser von Schlanders, Sterzing, Bruneck und Innichen und für die Hauptkrankenhäuser Meran und Brixen die Festsetzung des Einzugsbereiches auf keine Schwierigkeiten stößt, wurde hinsichtlich des Landeskrankenhauses Bozen ein Kompromiß erzielt. Der damals zuständige Regionalassessor Avancini hat im März 1964 im Regionalrat eine Aufstellung über die Einzugsgebiete der öffentlichen allgemeinen Krankenhäuser der Provinz Bozen verteilt, in der das Sprachgruppenverhältnis der Bevölkerung und des im Dienste befindlichen Personals, unterteilt in Sanitätspersonal, Ärzte und diplomiertes Krankenpflegepersonal sowie Verwaltungspersonal und Arbeiter angegeben ist.

Der Kompromißvorschlag des Landesausschusses besteht darin, daß der Verwaltungsrat des Bozner Krankenhauses nach dem Sprach-

gruppenverhältnis des Großraumes Bozen, also mit einer knappen italienischen Mehrheit zusammengesetzt und lediglich für die Aufgaben von provinzieller Bedeutung durch die vom Landtag ernannten Mitglieder ergänzt werden soll, um den Provinzproporz zu erreichen. Eine solche Ergänzung des Verwaltungsrates für genau festgelegte Aufgaben ist im italienischen Verwaltungsrecht gang und gäbe; zum Beispiel sind auch die Präsidenten der Landesausschüsse Mitglieder des Zentralkomitees des Arbeitnehmerwohnbauprogrammes GESCAL, das die in beiden Provinzen auftretenden Fragen behandelt. Ähnliches gilt für das Ministerkomitee für Programmierung, das auch die Präsidenten der Regionen mit Sonderstatut und der autonomen Provinzen Bozen und Trient zu seinen Mitgliedern zählt. Hinsichtlich Personalaufnahmen im Bozner Krankenhaus einigte man sich, insgesamt das Verhältnis je zur Hälfte festzusetzen, um nicht für verschiedene Abteilungen einen verschiedenen Proporz anzuwenden. Die Ernennung der Verwaltungsräte sollte durch die Landesausschüsse im Auftrag der Region erfolgen.

Obwohl das Staatsgesetz bereits im Februar 1968 erschienen ist und die Region schon ein Jahr vorher ihren Entwurf bereit hatte, wurde der Gesetzentwurf als solcher erst am 11. Juli 1968 vom Regionalausschuß beschlossen und am 9. September der zuständigen Kommission zur Behandlung weitergeleitet. Dabei durfte angenommen werden, daß der so zustandegekommene Vorschlag des Landesausschusses von Bozen berücksichtigt worden sei, da in der Zwischenzeit die Region der Provinz nicht mitteilte, daß der Regionalausschuß nicht mit diesem Vorschlag einverstanden ist. Tatsächlich wurde aber im Regionalgesetzentwurf Nr. 158 vom Jahre 1968 auf den Vorschlag des Landesausschusses nicht Bezug genommen.

Nicolodi hat heute gesagt, die Südtiroler Volkspartei habe eine Politik der Obstruktion betrieben. Ich habe dazu eine Erklärung abgegeben, warum wir uns in dieser Lage tatsächlich mit allen zur Verfügung stehenden parlamentarischen Mitteln gegen den damaligen Entwurf zur Wehr gesetzt haben. In der neuesten Fassung des dem Regionalrat vorliegenden Gesetzes wird der Proporz hinsichtlich Zusammensetzung der Verwaltungsorgane auf den Einzugsbereich bezogen durchgeführt. Der Proporz hinsichtlich der Personalaufnahmen soll im anschließenden Personalordnungsgesetz geregelt werden. Damit soll erklärt werden, warum ein eigenes Personalgesetz notwendig sei und warum nicht das automatische Inkraftsetzen der Gesetzesverordnung Nr. 130 möglich ist. Ich möchte noch hinzufügen, daß wir nichts dagegen einzuwenden haben, wenn hinsichtlich des rechtlichen Status und der Besoldung des Krankenhauspersonals aller Kategorien aufgrund der staatlichen Durchführungsverordnung dieselben Maßstäbe angewendet werden wie anderswo. Dieser Status und diese Besoldung sollen nicht schlechter sein als anderswo, jedoch ergibt sich wegen der vorzunehmenden Proporzvorschrift die Notwendigkeit, gewisse Vorschriften eben diesem Grundsatz anzupassen. Daher ist es notwendig, diesen rechtlichen Status durch ein eigenes Gesetz zu regeln.

(La riforma ospedaliera è contenuta nella legge statale 12 febbraio 1968, n. 132, con cui, come risulta dalla relazione governativa, relativa al disegno di legge in parola, si intende affidare anzitutto la pubblica assistenza ospedaliera a speciali enti pubblici da istituirsi esclusivamente a tale scopo, anzichè ai Comuni, enti di beneficenza, istituti di assicurazione sociale ecc. Dalla relazione di cui sopra risulta

inoltre che questi enti verranno amministrati da organi democratici, che rappresenteranno in modo uniforme le comunità assistite. Detti organi saranno naturalmente sottoposti a controlli e direttive unitarie. Nella relazione è detto letteralmente: «La struttura di questi enti è basata sul principio della rappresentanza diretta delle comunità assistite. I consigli di amministrazione si compongono di persone elette dai Consigli comunali, provinciali, regionali o dalle Comunità di valle, dimodochè all'amministrazione di tali enti partecipino le forze politiche operanti nel circondario assistenziale.

La legge in parola prevede inoltre la suddivisione degli ospedali in civili, comprensoriali, provinciali e regionali. L'ospedale comprensoriale dovrà assistere dai 25.000 ai 50 mila abitanti, l'ospedale provinciale un massimo di 400.000 unità, mentre l'ospedale regionale, di cui ogni Regione dovrà disporre di almeno uno, offrirà l'assistenza sanitaria ad almeno 1 milione di abitanti.

Queste tre categorie di ospedali verranno suddivise in gradi, secondo le specializzazioni dei nosocomi.

Inoltre ogni cinque anni si dovrà approvare con legge statale e regionale un programma ospedaliero che prevederà l'intervento delle pubbliche amministrazioni per l'erezione di nuovi ospedali, per la trasformazione, l'ammmodernamento ed anche l'abbandono dei nosocomi già esistenti. Nessun ospedale civile potrà quindi essere costruito, ampliato o trasformato, se tali lavori non saranno previsti dal programma in parola. I mezzi finanziari necessari saranno previsti nel piano regionale del relativo bilancio, il quale verrà integrato dal bilancio dello Stato, mediante il programma cornice nazionale.

Gli ospedali privati verranno sottoposti ad un più rigoroso controllo. Le norme sulla

costruzione, i requisiti, le attrezzature e i servizi di cui gli ospedali dovranno disporre, come pure le norme sull'organizzazione e l'ordinamento del personale, nonché i requisiti per l'autorizzazione del direttore sanitario responsabile, verranno stabiliti con appositi decreti ministeriali. L'apertura, la sistemazione o la trasformazione degli ospedali privati saranno di conseguenza soggette ad autorizzazione, per cui si dovrà tener conto dei requisiti tecnici e sanitari. In caso di inosservanza delle norme contenute nella legge e nella relativa autorizzazione, l'ospedale potrà essere chiuso, nella fattispecie revocata la licenza. Le convenzioni tra gli ospedali privati e gli istituti di assicurazione sociale potranno essere pattuite soltanto previo autorizzazione, che verrà concessa soltanto dopo che sia stato accertato che il nosocomio in questione sia effettivamente di pubblico interesse conforme le linee direttive del programma ospedaliero.

Per quanto riguarda l'applicazione della legge di riforma nelle Regioni a Statuto speciale, l'art. 67 della legge stessa stabilisce che le Regioni con potestà legislativa secondaria dovranno attenersi ai principi della legge, mentre l'unica Regione con facoltà legislativa primaria, cioè quella del Trentino - Alto Adige, non sarà tenuta a rispettare i principi fondamentali ivi indicati. Ciò comunque non significa che la Regione possa ignorare completamente la legge. Come noto, anche la legislazione primaria, in base all'art. 4 dello Statuto, è legata alle norme fondamentali delle riforme economico-sociali, mentre la legislazione secondaria è fra l'altro vincolata alle norme della relativa legge nazionale. Che questa legge sia una legge di riforma risulta dall'art. 72 della legge 27 luglio 1967 n. 685, concernente la programmazione. La Corte costituzionale ha stabilito in due sentenze — del 1965 n. 51 e

del 1967 n. 116, riguardanti l'una la Regione Trentino - Alto Adige e l'altra la Regione Friuli - Venezia Giulia, «che la struttura fondamentale degli ospedali, nelle sue linee essenziali, deve essere unitaria per l'intero territorio dello Stato, poichè ne derivano conseguenze valide per l'intero ordinamento giuridico dello Stato; perciò anche la classificazione, che si basa su questa struttura, deve avere il medesimo carattere unitario». Inoltre: «Tanto l'assistenza ospedaliera quanto la struttura ad essa relativa non possono nelle loro linee essenziali esser diverse da regione a regione». Ed ancora: «Lo Stato deve poter assicurare alla Nazione uno stesso tipo di assistenza ospedaliera, integrando o sostituendo l'assistenza regionale, laddove essa sia insufficiente o manchevole».

In caso di controversia e cioè, se quanto contenuto nella riforma sia fondamentale o meno, la decisione spetta esclusivamente alla Corte costituzionale. Potrebbero essere fondamentali, per esempio, lo sganciamento dei pubblici ospedali dall'amministrazione comunale o da quella dell'assicurazione o previdenza sociale, i requisiti per la classificazione degli ospedali civili, il principio della programmazione con conseguente divieto di intraprendere lavori che non siano programmati, e quanto c'è di essenziale nella struttura degli ospedali. Non dovrebbero essere fondamentali in questo contesto le norme riguardanti la fissazione della retta giornaliera, cosa per noi di particolare importanza, e la regolazione degli ospedali privati. Nella sentenza della Corte costituzionale del 1967 n. 116, le norme fondamentali delle riforme economico-sociali della Repubblica, le quali vincolano anche la potestà legislativa primaria, vengono messe in relazione con l'obbligo imposto dalla Costituzione di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e di garantire

cure gratuite agli indigenti (art. 32), di estendere la assistenza sociale — ivi compresa, come osserva la Corte costituzionale, l'assistenza ospedaliera — ad ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi per vivere (art. 38). L'art. 38 prevede inoltre che a questi compiti provvedano organi ed istituti predisposti od integrati dallo Stato; ed infine, l'ultimo comma dell'art. 38 della Costituzione dice: «L'assistenza privata è libera».

Come ho già affermato nella commissione e in seguito meglio esposto in un articolo di giornale del 24 ottobre 1968, questo principio di libertà ben difficilmente si concilia con l'introduzione di uno stretto controllo sull'assistenza ospedaliera privata. Soltanto se consideriamo l'organizzazione ospedaliera privata una attività economica, cioè un'impresa a scopo di lucro si potrà applicare il terzo comma dell'art. 41 della Costituzione, secondo il quale la legge determina i programmi e i controlli opportuni, affinché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata ai fini sociali.

Durante l'era fascista le fondazioni di diritto privato dell'Alto Adige, preposte all'assistenza ospedaliera, sono state trasformate con decreti di modifica agli statuti, e quindi contro la volontà dei rispettivi fondatori, in enti di diritto pubblico, insediandovi personale di lingua italiana, la qual cosa produce ancor oggi i propri effetti — vedi l'ospedale di Bolzano. In una zona d'afflusso in cui il rapporto fra la popolazione di lingua tedesca e quella di lingua italiana è rispettivamente del 48% e del 52% circa, solo il 23% del personale ospedaliero appartiene al gruppo etnico tedesco. Durante il fascismo quest'ultimo non si è più rivolto agli ospedali pubblici, ricorrendo, per quanto possibile, agli ospedali privati e cioè non alle case di cura vere e proprie,

di cui al testo unico delle leggi sanitarie, ma bensì ad ospedali per malattie acute. Così detto gruppo etnico ha trovato in questi tipi di ospedali quell'assistenza nella sua madre lingua che gli era stata negata negli ospedali pubblici e che ancor oggi gli viene in parte negata a Bolzano e Merano.

Dato che il consigliere Betta ha affermato, non certo intenzionalmente, di non comprendere la differenza tra l'assistenza da parte di personale di lingua tedesca o italiana, vorrei fare presente che soltanto coloro, i quali hanno provato questo stato di cose, o che hanno fatto esperienza sulla propria persona, possono comprendere questa nostra esigenza. È accaduto comunque che, allorché i cittadini di Prato all'Isarco, località appartenente al Comune di Cornedo, si sono recati dal prefetto Mastromattei per richiedere l'assunzione di un medico condotto di lingua tedesca, si sono sentiti rispondere: « Non è necessario che il medico capisca il tedesco, perchè anche le bestie non lo capiscono e pur devono essere curate ».

In Alto Adige ci sono attualmente 13 cliniche private con circa 600 letti. Ivi si curano annualmente circa 12.000 pazienti, e ben 9/10 del personale appartiene al gruppo etnico tedesco. Potrebbe dunque accadere che in applicazione dell'art. 37 dell'ordinamento del personale, si richieda, in rapporto al numero dei letti, un certo numero di infermiere diplomate, dimodochè tutte le nostre infermiere diplomate all'estero correrebbero pericolo di venir licenziate, per esser sostituite da personale di lingua italiana, dato che noi disponiamo, come noto, di un numero esiguo di infermiere in possesso del diploma italiano. Anche i nostri medici specializzati all'estero, che attualmente esercitano la loro professione con piena soddisfazione dei pazienti, dovrebbero eventualmente perdere il posto per essere

sostituiti da qualche primario abilitato a Padova od a Bologna. Anche per quanto riguarda i posti di direttore sanitario responsabile, basterebbe richiedere un diploma di specializzazione per ottenere la desiderata sostituzione.

In queste cliniche od ospedali privati, tutto il personale, sia le suore che le infermiere laiche, conosce perfettamente le due lingue ed in parte anche il ladino. Finchè però non si riconosceranno automaticamente i relativi titoli di studio, sussisterà sempre il pericolo che il gruppo etnico tedesco venga a trovarsi in condizioni svantaggiose proprio per il mancato riconoscimento dei diplomi di specializzazione medica, ed infermieristica conseguiti all'estero. Un altro pericolo sarebbe costituito dal temuto onere finanziario conseguente dal necessario ampliamento dell'apparato amministrativo.

Si tenga inoltre presente che, per quanto concerne la Provincia di Bolzano, la durata media di degenza negli ospedali privati è notevolmente più breve che in quelli pubblici.

Per quanto riguarda l'introduzione dello stretto controllo sulle cliniche private, il gruppo della S.V.P. non intende sollevare la questione di costituzionalità, che potrebbe esser promossa dal Consiglio provinciale di Bolzano nei confronti della legge ospedaliera della Regione; per garantire però un'applicazione della legge consona alle particolari condizioni dello Alto Adige testè esposte, nel corso della discussione articolata chiederemo che le competenze previste dagli articoli 37, 38 e 39, vengano esercitate in armonia con la norma generale contenuta nell'art. 14 dello Statuto di autonomia.

La legge regionale ha seguito un lungo iter, in quanto il suo testo era stato in linea di massima approntato molto tempo prima della sua definitiva approvazione; l'allora as-

sessore regionale per la sanità, Nicolodi, aveva fatto elaborare alla fine del 1966 un progetto, che venne trasmesso alle Giunte provinciali per una loro presa di posizione. La Giunta provinciale di Bolzano esaminò il progetto, tenendo all'uopo molte sedute, e comunicò il 30 marzo 1967 all'allora Presidente Dalvit ed all'assessore Nicolodi la sua presa di posizione, che rispecchiava l'accordo politico preso in seno alla Giunta provinciale dalla S.V.P. da una parte e dai rappresentanti della D.C. e del partito socialista dall'altra.

Con il documento in parola si richiedeva di modificare il progetto di legge regionale.

Siccome i partiti italiani che costituivano allora la Giunta regionale erano rappresentati pure in seno alla Giunta provinciale di Bolzano, le conclusioni della Giunta erano da ritenersi in pratica un accordo politico fra Giunta regionale e provinciale. Ciò riguardava l'applicazione della proporzionale etnica in seno ai nuovi enti ospedalieri, in quanto tali enti sono enti pubblici locali di cui all'art. 54 dello Statuto in autonomia, — nessuno potrà contestare questo dato di fatto — per cui le varie cariche dovranno essere distribuite secondo il criterio della succennata proporzionale. Con la sentenza n. 12 del 4 luglio 1956, la Corte Costituzionale ha stabilito che la Cassa mutua provinciale di malattia di Bolzano è da riconoscersi, ai sensi dell'art. 54 dello statuto di autonomia, un ente locale, per cui il concetto di ente locale è più ampio di quello di ente territoriale (Comune, Provincia, Regione), in quanto per quest'ultimo il territorio rappresenta una premessa essenziale. La Giunta provinciale ha preteso dunque con ragione che nel consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero siano rappresentati i gruppi etnici e cioè in rapporto al numero degli abitanti del comprensorio dell'ente in parola. Di con-

seguenza è assolutamente necessario accertare l'estensione della circoscrizione di cui sopra.

Dopo l'approvazione del presente disegno di legge, Silandro, Vipiteno, Brunico e S. Candido, verrebbero istituiti ospedali comprensoriali, in corrispondenza alle circoscrizioni o sottocircoscrizioni previste nel piano territoriale di coordinamento, mentre gli ospedali provinciali di Merano e Bressanone dovrebbero abbracciare le circoscrizioni della Val Venosta e tutta la zona meranese, nonchè le valli d'Isarco e della Pusteria; l'ospedale civile di Bolzano diverrebbe invece un nosocomio regionale, che dovrebbe fungere da ospedale provinciale per la vasta zona di Bolzano, compresa la Val Gardena e la Bassa Atesina, ed abbracciare la intera Provincia per quanto riguarda i reparti ed i servizi specializzati riservati ai soli ospedali di questo tipo. L'ospedale regionale verrebbe inoltre preposto al coordinamento degli ospedali della Provincia con il regolamento ospedaliero nazionale.

Senza la determinazione di un comprensorio non è ovviamente possibile attuare nel consiglio di amministrazione, nonchè fra il personale, una giusta proporzionale etnica in rapporto alla popolazione assistita. Per gli ospedali comprensoriali di Silandro, Vipiteno, Brunico e S. Candido e per quelli provinciali di Merano e Bressanone la determinazione del comprensorio non rappresenta alcuna difficoltà, mentre per l'ospedale provinciale di Bolzano si è dovuto scendere ad un compromesso.

Nel marzo del 1964 l'assessore regionale competente, Avancini, presentò in Consiglio regionale un elenco dei comprensori dei pubblici ospedali della Provincia di Bolzano, con l'indicazione della proporzionale linguistica in rapporto alla popolazione assistita ed il personale in servizio, suddiviso in personale sanitario — medici ed infermieri diplomati —

personale dell'amministrazione e personale ausiliario.

La proposta di compromesso della Giunta provinciale consiste nel formare il consiglio d'amministrazione dell'ospedale di Bolzano secondo la proporzionale linguistica della vasta circoscrizione di Bolzano, quindi con scarsa maggioranza italiana, e nell'integrarlo con membri nominati dal Consiglio provinciale, allo scopo di raggiungere la proporzionale etnica provinciale, per i soli compiti di importanza puramente provinciale. Simile integrazione del consiglio di amministrazione è comunissima nel diritto amministrativo italiano: per esempio, il comitato centr. della GESCAL, preposto alla costruzione di case per lavoratori, viene integrato dai presidenti delle nostre Giunte provinciali, ogni qualvolta che detto comitato tratta problemi che interessano le Province di Bolzano e Trento. Lo stesso vale per il comitato ministeriale per la programmazione, che viene integrato dai Presidenti delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Bolzano e Trento. Per quanto riguarda l'assunzione del personale per l'ospedale di Bolzano, è stato raggiunto l'accordo di applicare la proporzionale etnica del 50% senza adottare, per i singoli reparti diversa proporzione. I consigli di amministrazione saranno nominati dalle Giunte provinciali su incarico della Regione.

Sebbene la legge nazionale sia uscita nel febbraio del 1968 e nonostante la Regione avesse approntato il proprio progetto l'anno precedente, il disegno di legge come tale è stato approvato dalla Giunta regionale solo l'11 luglio 1968 e trasmesso il 9 settembre per la trattazione alla commissione competente. Allora si poteva supporre che fosse stata presa in considerazione la proposta della Giunta provinciale di Bolzano, in quanto la Regione

non comunicò nel frattempo alla Provincia, che la Giunta regionale aveva respinto la proposta di cui sopra, come è risultato poi dal disegno di legge regionale n. 158 - 1968

Nicolodi ha oggi affermato che la S.V.P. ha praticato a suo tempo la politica dell'ostruzionismo. Mi sembra di aver già spiegato il motivo, per il quale noi siamo ricorsi ad ogni mezzo parlamentare per opporci al vecchio progetto di legge.

La nuova formulazione della legge in discussione prevede l'attuazione della proporzionale etnica in seno agli organi di amministrazione, in rapporto al numero degli abitanti che vivono nei singoli comprensori. Per quanto riguarda invece l'assunzione del personale, la proporzionale va regolata in seguito con la legge sull'ordinamento del personale. In tal modo si chiarisce il motivo, per cui sia necessario approntare una legge speciale per il personale e per quale ragione non si possa applicare automaticamente il decreto legge n. 130. Vorrei inoltre aggiungere che, per quanto riguarda lo stato giuridico ed il cosiddetto trattamento economico del personale ospedaliero di qualsiasi categoria, non abbiamo nulla in contrario di adottare gli stessi criteri indicati nelle norme di attuazione, relative alla legge ospedaliera nazionale.

Questo stato giuridico e questo trattamento economico non devono quindi essere peggiori, rispetto alle altre zone del territorio nazionale, tuttavia l'applicazione della proporzionale etnica richiede l'adattamento di certe norme al principio di massima. È necessario quindi regolare con una legge speciale anche lo stato giuridico.

PRESIDENTE: La prossima iscritta è la signorina Bassetti. Signorina, parla oppure rinuncia?

LORENZI (D.C.): La signorina Bassetti è così gentile da cedere il passo al capogruppo del partito liberale, se lo desidera. È un atto di gentilezza, di squisita gentilezza da parte della signorina, e . . .

TANAS (P.S.U.): Prima le donne!

PRESIDENTE: La parola al cons. Agostini.

AGOSTINI (P.L.I.): Ringrazio, ma non era il caso, perchè qui si parla nell'ordine di iscrizione. Comunque io ringrazio.

Signor Presidente, signori consiglieri, il Consiglio regionale sta esaminando un disegno di legge, la cui rilevante importanza, più che nelle trasformazioni di carattere tecnico ed amministrativo nel settore ospedaliero, sta nel principio che esso vuole attuare, in conformità con la già vigente legge dello Stato. Secondo questo principio, contenuto anche nell'art. 32 della Carta Costituzione, l'assistenza ospedaliera costituisce un vero e proprio servizio che la Comunità presta al singolo, e per di più nei momenti di maggior bisogno materiale e morale, sottraendo la prestazione del servizio stesso a difficoltà economiche personali o a modalità spesso poibenti, disparate e ingiuste, in dipendenza delle differenze di aggregazione alle varie mutue o ai vari enti di previdenza. Abbiamo parlato di principio e lo ripetiamo per non creare illusioni, perchè ben sappiamo che grandi difficoltà si frappongono e si frapperanno alla concreta realizzazione di quel sistema di sicurezza sanitaria da tutti auspicato. Le difficoltà sono sempre le stesse: la mancanza o la insufficienza di mezzi finanziari, per cui ogni riforma resta inoperante o nella migliore delle ipotesi incompleta. Si vuole infatti creare una nuova forma di assistenza ospedaliera più efficace, curando soprattutto il funzionamento

degli enti ad essa preposti. Ma ciò comporta problemi di più razionale dislocazione degli ospedali, di nuove costruzioni, di ammodernamento delle rette, di attrezzature moderne e sempre rinnovantesi in meglio, di personale di ogni categoria, sufficiente nel numero e idoneo nella qualità, ed altro ancora. Ma ciò non si raggiunge soltanto con le riforme di carattere giuridico degli enti ospedalieri, nè col dettare norme sui loro organi di amministrazione, anche se questo è necessario e utile. Finora non è entrato in funzione il fondo nazionale ospedaliero, e ciò si ripercuote sulla determinazione delle rette, che saranno gravate anche dalle spese per le quote di ammortamento dei mutui assunti dall'ente ospedaliero. Lo Stato non ha fatto quindi ancora il suo dovere e di riflesso la nostra regione ne porta le conseguenze. In questo quadro il disegno di legge in discussione, anche se validissimo per il principio che afferma, sarà solo di ordinamento, le cui conseguenze favorevoli si potranno avere chissà quando, mentre quelle sfavorevoli le constateremo molto presto. Ancora maggiore quindi dovrà essere la nostra attenzione nello affrontare l'esame di questo disegno di legge, perchè siamo gravati dalla responsabilità che discende dai nostri poteri autonomi di grado primario. La riforma nazionale del settore ospedaliero è entrata in vigore con la legge 12 febbraio '68, n. 132, cioè venti mesi fa, ed essa legge faceva esplicita riserva di operatività per le regioni a statuto speciale fornite di competenza primaria in materia. Tralasciamo di esaminare la situazione giuridica venutasi a creare in regione, in un periodo in cui, decadute le vecchie leggi statali, non applicata la nuova, nessuna norma regionale, neppure transitoria, fu promulgata. Merita invece parlare del ritardo con cui si discute l'iniziativa legislativa della Regione. A ciò ha fatto già

cenno stamane il cons. Nicolodi, ha risposto poco fa il collega Benedikter, anche noi dobbiamo dire qualcosa in merito. Infatti il Presidente della Commissione legislativa, dott. Benedikter della S.V.P., scrive nella relazione che la Regione non ha potuto esercitare la sua competenza dopo l'entrata in vigore della legge statale, per ragioni connesse alle elezioni regionali '68. Questa giustificazione data dal collega Benedikter su tale ritardo non corrisponde al vero, e abbiamo sentito poco fa che le ragioni erano ben altre. Difatti a metà del '68 l'assessorato regionale alla sanità aveva presentato un disegno di legge sulla stessa materia che oggi qui discutiamo. Intorno ad esso ci fu però una dura polemica politica, perchè la S.V.P. si oppose alla proposta di legge. Qui aggiungo, dopo aver ascoltato le dichiarazioni di Benedikter, che comunque c'era tempo di discutere quelle questioni, cui ora ha fatto cenno il capogruppo della S.V.P., sempre nella legislatura passata, e si poteva perciò varare questa riforma ancora nella passata legislatura. Questo andava detto anche da parte liberale, che aveva accettato il principio della riforma. La D.C., allora alleata in Giunta con i socialisti ma sempre attenta ai desideri della S.V.P., era molto tiepida nell'appoggiare la richiesta dei compagni di Giunta, legittima e giusta e perciò accolta anche da noi liberali, di discutere prima della fine della legislatura il disegno di legge. Perciò se questo provvedimento, che oggi viene magnificato, e in parte non a torto, come di eccezionale importanza, arriva con tanto ritardo in aula, ciò è dovuto solo alle remore frapposte a suo tempo dalla S.V.P. e in definitiva anche dalla D.C. La S.V.P. in particolare ha voluto attendere con la nuova legislatura anche la nuova situazione post-elettorale, ed è questo il punto chiave della questione, fiduciosa di trovare la

D.C. ancora più consenziente alle sue richieste. E non ha sbagliato, se consideriamo le attuali posizioni politiche. Questo andava detto per ricordare il vero *iter* subito dal provvedimento.

In sede di discussione generale, senza scendere quindi nei dettagli, il gruppo liberale ritiene che tre sono gli aspetti fondamentali che da esso emergono: il primo di carattere sociale, il secondo politico-amministrativo, il terzo più propriamente tecnico-professionale. Sullo spirito e sul contenuto sociale del disegno di legge, abbiamo già detto in apertura di questo intervento, che esso trova pienamente consenziente il gruppo liberale. Da questo punto di vista il nostro voto non potrebbe essere favorevole, e lo affermiamo esplicitamente, perchè non si abbiano poi interpretazioni di comodo o peggio ancora false per evidente malafede, come è già avvenuto recentissimamente in sede di discussione e approvazione della legge-voto sul parco del Palazzo Ducale di Bolzano. Non possiamo però dire oggi quale sarà la posizione conclusiva che il gruppo liberale assumerà al momento del voto. Infatti, approvato fin dall'inizio lo spirito sociale del provvedimento, la nostra attenzione e quella di tutti deve spostarsi sulle sue norme amministrative, che rivelano le soluzioni politiche che sono state date dalla Giunta monocolora a problemi locali, su pressione anche della S.V.P. e sulle norme di carattere tecnico-professionale. E qui non possiamo esimerci da un rilievo generale: questo disegno di legge giunge in aula con una infinita serie di riserve, sia da parte della Giunta, che da parte di alcuni gruppi, per cui si deve pur dire che problemi di difficoltà maggiori o minori sono stati lasciati in sospeso, per cui ognuno si è riservato di proporre in aula soluzioni ed emendamenti diversi. Noi non conosciamo perciò il provvedimen-

to al quale saremo chiamati a dare o negare il nostro voto. Non possiamo quindi che attendere, per vedere quali e quante delle osservazioni proposte, nostre e delle altre minoranze con cui noi convergessimo, la maggioranza D.C. e S.V.P. accoglierà. Ma perchè questo nostro discorso non sembri una enunciazione di riserva generica e quindi ingiustificata, vogliamo elencare qui i temi, non solo di dettaglio, lasciati in sospeso dalla Giunta o da singoli gruppi o da singoli Commissari. Nelle dichiarazioni introduttive dell'assessore rese alla Commissione, i temi che restano ancora insoluti sono:

a) passaggio dei poliambulatori e dei servizi diagnostici e curativi dalle Casse mutue di malattia agli enti ospedalieri;

b) attribuzione a carico delle rette degli oneri di ammortamento e interessi dei mutui assunti dagli enti ospedalieri; dissenso delle mutue; rinvio del discorso a quando verrà presentato il disegno di legge relativo alle anticipazioni;

c) rinvio del discorso sulla posizione sia giuridica che economica del personale dipendente dagli enti ospedalieri, a quando verrà presentato un apposito disegno di legge;

d) agganciamento con l'unità sanitaria locale, per il quale questo disegno di legge non contiene norme al riguardo.

Nella discussione articolata svolta in Commissione, o da parte della Giunta o da parte dei singoli gruppi, sono state fatte riserve di presentare in aula nuovi emendamenti o di assumere una posizione definitiva su questione di capitale importanza. E precisamente:

a) prima fra tutte quella della composizione del consiglio di amministrazione. Questo è un tema di estrema importanza politica, sia per quanto riguarda la rappresentanza dei grup-

pi linguistici in provincia di Bolzano, sia per quella delle minoranze politiche in provincia di Bolzano e di Trento. La Giunta ha presentato all'ultimo momento delle proposte accettate dalla D.C. e dalla S.V.P., proposte che in definitiva accolgono per altre vie tutte le richieste della S.V.P., quelle stesse richieste il cui non accoglimento era stato motivo, da parte della S.V.P. medesima, di opposizione alla discussione del disegno di legge nella precedente legislatura. Sulle rappresentanze delle minoranze, il cons. Pasquali, a nome della D.C. si è riservato di sentire il gruppo per approntare il problema ed assumere un eventuale diverso atteggiamento in aula;

b) altra riserva della D.C. « a presentare un emendamento diretto a stabilire la composizione e le competenze del Consiglio di amministrazione integrato » degli enti ospedalieri della provincia di Bolzano, è stata fatta alla fine dell'esame dell'art. 10;

c) si è voluto inoltre agganciare il nuovo ordinamento degli enti ospedalieri a una dimensione urbanistica che non è ancora divenuta realtà amministrativa, il comprensorio, che non si può prevedere quando lo diverrà e come. Anche ciò non può non sollevare numerose gravi perplessità. Attendiamo in merito dalla Giunta chiarimenti e programmi realistici nelle loro previsioni, onde non accada di costruire un castello di congegni per cui se ne inceppa uno tutto resta impreciso e indefinito. Dovete riconoscere, signori della ex maggioranza di centro-sinistra; che questo è stato un metodo da voi largamente seguito, senza alcun risultato, nel settore della programmazione e della pianificazione. Quando si vogliono, anche a ragione, modificare strutture amministrative in conseguenza dell'adozione del metodo nella programmazione economica e della pianificazione urbanistica, e tali modifi-

cazioni si ripercuotono di rimbalzo su altri enti, ogni ritardo crea disordine e confusione. È il caso evidente di questo disegno di legge, dove diventano protagonisti enti amministrativi come il comprensorio, che ancora non esistono;

d) vi è poi tutto il grosso problema delle osservazioni, delle richieste, da ultimo perentorie, tanto da sfociare in un preavviso di sciopero del personale ospedaliero, dai primari agli assistenti, agli infermieri, appoggiati dalle rispettive associazioni e dai sindacati. Sotto tutti questi punti di vista, non ci sembra azzardato affermare che questo disegno di legge arriva in aula avvolto ancora da molte incertezze e da ambiguità, e non soltanto su argomenti marginali e di dettaglio, ma su temi fondamentali riguardanti strutture amministrative, competenze di organi e la loro composizione, rapporti fra gruppi linguistici e fra maggioranza e minoranza. Su tutti questi argomenti cadrà senza dubbio la discussione durante lo esame analitico del disegno di legge, ma ad uno vogliamo fin d'ora accennare, ed è quello dello stralcio all'art. 46 del richiamo al decreto presidenziale n. 130 del 27 marzo 1969, stralcio proposto dalla stessa Giunta, con la motivazione che il riferimento verrà inserito nel futuro disegno di legge sul personale. Una successiva precisazione della Giunta vuole tranquillizzare il personale stesso, assicurando che verrà mantenuta una completa eguaglianza, circa lo stato giuridico e il trattamento economico, con il personale ospedaliero delle altre regioni, « fatte salve le norme concernenti la particolare situazione etnica ». O si reinserisce all'art. 46 il richiamo al citato decreto 130, o la Giunta, onde evitare sorprese, deve qui prendere chiari e precisi impegni in proposito. Se non abbiamo toccato gli altri problemi riguardanti il personale, non è perchè essi non

ci siano presenti, ma perchè con questo intervento abbiamo voluto precisare quanto ci sia ancora da chiarire in questioni di fondo, per poter dare un giudizio definitivo sul disegno di legge in discussione, giudizio che il gruppo liberale si riserva di dare al termine della discussione articolata.

PRESIDENTE: Il prossimo iscritto a parlare è il cons. Tanas.

TANAS (P.S.U.): No.

PRESIDENTE: No? Il collega Avancini è venuto a confermarcelo. Va bene, rinuncia.

TANAS (P.S.U.): Non sono iscritti prima altri? Va bene, vorrà dire che questa volta, signor Presidente, non farò il gentiluomo. Ad ogni modo io penso, signor Presidente e signori consiglieri, che l'intervento che dobbiamo fare su questo importantissimo disegno di legge, possa essere limitato ad alcune considerazioni, in quanto dai colleghi che ci hanno preceduto abbiamo ascoltato un'ampia disamina di quello che è stato l'*iter* di questo progetto di legge, di quelle che sono le intenzioni del disegno di legge stesso e di quanto verrà a incidere questo disegno di legge nella vita della nostra regione. Io vorrei subito fare un'osservazione, signor assessore. Dopo quanto abbiamo ascoltato questa mattina — ed è stato anche necessario, quale responsabile per quattro anni dell'assessorato che lei attualmente presiede — abbiamo ascoltato il collega Nicolodi, il quale ci ha fatto l'*iter* doloroso di questo disegno di legge, e alla fine ha concluso che sono stati necessari ben cinque anni per portare questo disegno di legge in aula. Quindi d'accordo, collega e compagno Nicolodi, di respingere l'accusa di provvisorietà, fatta forse intempestivamente dal collega Pruner, su questo dise-

gno di legge. È un parto lungo e doloroso, però finalmente siamo arrivati a discutere in questo Consiglio, signori consiglieri, il disegno di legge che nel resto della Repubblica è in vigore da un anno e mezzo. Guardate che la autonomia, se andiamo a pensarci bene, l'abbiamo messa proprio in un cantone, perchè tutto sommato, se è valido questo disegno di legge, che ricalca in gran parte quello che è il disegno di legge Mariotti, la legge 132, adeguata alle esigenze della nostra regione, nel resto d'Italia è in vigore da un anno e mezzo.

BENEDIKTER (S.V.P.): È cantonale.

TANAS (P.S.U.): Cantonale. La chiami come vuole Benedikter, però dato che mi hai chiamato, tirato per i capelli, ti dirò che avremmo potuto benissimo approvarla al finire della scorsa legislatura, se il tuo gruppo, Benedikter, non si fosse accordato, voglio dire incidentalmente, che anche in Commissione legislativa era necessario parlare nella lingua madre, cioè nella lingua tedesca, e arrivare al traduttore, se ben ricordiamo quello che è successo nella ultima seduta della Commissione affari generali, presieduta dal collega Benedikter. Detto questo però, il disegno di legge finalmente è arrivato in questa assemblea legislativa. Non dimentichiamo, signori, che anche il disegno nazionale è una grande rivoluzione, ma praticamente è un atto che viene dopo circa 70 anni dall'emanazione della prima norma nei riguardi delle assistenze degli ospedali, del 1890, per poi arrivare al 1938; quindi nel 1968, 30 anni dopo, possiamo arrivare veramente a un ordinamento degli enti ospedalieri e dell'assistenza sanitaria. Ripeto, ordinamento che è già avvenuto nel resto della repubblica italiana. Queste sono considerazioni a carattere generale che noi dobbiamo fare e naturalmente dobbiamo fare anche degli esempi, perchè non

vorremmo che altri disegni di legge, signori, seguissero l'iter di questo disegno di legge. Perchè, diciamocelo pure, cinque anni sono più che sufficienti per elaborare un disegno di legge. Il compagno Nicolodi ci ha spiegato che è stato approvato diverse volte dalla Giunta. Avremmo potuto veramente essere i primi nella riforma nazionale degli enti ospedalieri. Diciamocelo pure, siamo l'unica regione a statuto speciale che ha queste competenze in materia di ospedali e di assistenza ospedaliera. Ciò non toglie che il disegno di legge sia valido. La legge è senz'altro valida, perchè segna una svolta, l'hanno sottolineato anche gli altri oratori. Io ho seguito con particolare attenzione questa mattina il discorso del collega de Carneri, il quale, non dimentichiamolo, facendo un interessante intervento e mettendo delle remore su quella che è la validità del disegno di legge, perchè lo vede sotto tutto un altro punto di vista, ha ammesso che c'è qualche cosa di positivo, che c'è una democratizzazione per esempio nell'elezione dei consigli di amministrazione, che c'è qualche cosa di nuovo. Allora noi dobbiamo dare un riconoscimento alla attuale maggioranza, anche se io — lasciatemelo dire, me lo lasci dire, signor assessore preposto all'assistenza — tutto sommato devo ringraziare il collega e compagno Nicolodi, perchè inizialmente l'aveva portato avanti lui questo disegno di legge. Ho seguito anche con particolare attenzione il discorso di Nicolodi, il quale ha rivelato quello che è stato l'iter doloroso di questo disegno di legge. Noi dobbiamo ammettere che finalmente questo disegno di legge è venuto ed è un disegno di legge positivo, disegno di legge positivo che segna una svolta nel sistema della assistenza della nostra regione; soprattutto una svolta in quello che è il concetto dell'ente ospedale. Da criterio assistenziale, da opera pia,

sen ben ricordo, cita la legge nazionale, passiamo a un organismo dinamico con un consiglio d'amministrazione riconosciuto, moderno. Ed è il primo passo verso una riforma che deve investire tutta l'assistenza sanitaria. Ha ragione il compagno Nicolodi, quando questa mattina diceva: non lasciamo lettera morta questa riforma degli enti ospedalieri. Se ad essa non alleghiamo anche quella che è la riforma assistenziale, non diciamo niente. Abbiamo sentito da tutti gli interventi, da tutti i colleghi che sono intervenuti, quella che è la crisi degli ospedali. Ma abbiamo sentito soprattutto quella che è la crisi degli enti ospedalieri. Io non vi voglio ripetere, non voglio stare a citarvi le cifre, i miliardi, i deficit che ha la cassa mutua provinciale di malattia di Trento e di Bolzano. Non andiamo a vedere quella che è la situazione dell'ENPAS, della INADEL, dell'INAIL; sono situazioni disastrose: Situazioni che a un certo momento dovranno saltare, signori. O la facciamo questa riforma, e dovremo fare la riforma tributaria, riforma fiscale, perchè giustamente non dovremo più arrivare al concetto contributivo, ma dovrà essere direttamente lo Stato che interverrà in questo settore, o altrimenti se il sistema salta, abbiamo addirittura degli ospedali che non possono accettare dei mutuati, perchè le mutue non pagano. Ma questo è ridicolo, signori consiglieri. Finora non mi consta che nella nostra regione, nelle nostre province siano avvenuti casi del genere, ma non vorrei che avvenissero, perchè sarebbe veramente una vergogna. Sappiamo che avvengono altrove, ma da noi ancora questi fatti non sono avvenuti, anche se sappiamo in quale situazione deficitaria si trovano determinati enti. Noi dobbiamo far sì che questo non avvenga. E allora noi diciamo che dobbiamo portare avanti questo disegno di legge, perchè non direi che nel

giro di due anni è diventato vecchio, direi che è arrivato un po' in ritardo, con un anno e mezzo di ritardo, in confronto della legge nazionale, questo è vero. Tutto sommato però rappresenta un balzo in avanti, anche se non originale, come poteva esserlo il disegno di legge presentato e citato dal compagno Nicolodi quattro anni fa; oggi però è un adeguamento, si allinea a quella che è la legislazione nazionale.

Noi abbiamo ascoltato con interesse tutti gli interventi, e abbiamo sentito per esempio il cons. Pruner, il quale propone di sospendere l'esame di questo disegno di legge per affidarne a una Commissione ad hoc un ulteriore studio. Consigliere e collega Pruner, se ritardiamo ancora un po' andiamo a finire che davvero diventa vecchia questa legge, che è in elaborazione da cinque anni. Quindi dobbiamo respingere senz'altro questa sua impostazione, la dobbiamo respingere perchè non ha motivo di sussistere. Noi dobbiamo andare avanti con questo disegno di legge, che può avere delle pecche, e lo diceva l'autore di questo disegno di legge, ma che tutto sommato è un passo avanti, è un adeguamento alla legislazione attuale. Quindi no alla Commissione ad hoc e andiamo avanti nell'approvazione di questo disegno di legge.

Il collega de Carneri questa mattina, e ci tengo a sottolinearlo, ha fatto, fra le enunciazioni negative, un elogio di questo disegno di legge nei riguardi del consiglio di amministrazione. L'ha annoverato fra gli elementi positivi di questo disegno di legge. Ha citato, per esempio, le spese di Inghilterra per l'assistenza sanitaria, e io mi fido di quello che ha annunciato, ma praticamente le spese per l'assistenza sanitaria di Inghilterra equivarranno a quella dell'attuale sistema italiano. In Inghilterra quella rivoluzione voluta dal primo

governo laburista, cioè Socialdemocratico, nel 1948, sembrava avesse sconvolto tutto il paese, però i conservatori, allorquando hanno preso il potere l'hanno mantenuta. Quella riforma sanitaria assistenziale è stata voluta dai socialisti democratici inglesi, dai laburisti inglesi, e abbiamo visto che viene a costare, ce lo dice il collega de Carneri, quanto viene a costare l'attuale sistema in Italia. Perciò auspichiamo che anche da noi possa essere portata avanti in sede nazionale una riforma del genere.

Sempre il collega de Carneri sottolineava quello che è l'aumento, l'incidenza delle presenze in ospedale da parte di degenti, in confronto a quelle dell'Inghilterra, che se ben ricordo sono di 7 giorni in media pro degente, contro le 14 giornate da parte dei nostri ammalati, i nostri degenti. Ora io vorrei ricordare prima di tutto al collega de Carneri che lamentava questo trattenimento nell'ospedale, che esso non è voluto artificialmente, a volte anche l'abbiamo sentito questa mattina dall'ex assessore, a volte è determinato anche da fatti organizzativi, perchè non esistono altri enti di recupero per l'ammalato, che deve fare una cura per essere inserito nella vita sociale; perciò deve essere trattenuto nell'ospedale con quello che costa. Però io vorrei ricordare al compagno e amico de Carneri che praticamente nei paesi d'oltre cortina, per una malattia che si prolunga oltre i tre giorni, l'ammalato viene ricoverato subito in ospedale. Quindi circa l'interruzione che lei ha fatto, signor assessore, questa mattina, citando la Russia, io le posso dire, le posso assicurare — lo constateremo fra qualche giorno, potremo controllare fra qualche giorno — che in Russia . . .

(Interruzione)

TANAS (P.S.U.): Venga anche lei, signor Presidente, venga, venga, e vieni anche tu, Cre-

spi, che hai firmato anche l'adesione, quindi potresti essere . . .

CRESPI (P.L.I.): Ma non per controllare . . .

TANAS (P.S.U.): . . . Questa volta andiamo per controllare l'edilizia popolare, una altra volta andremo per controllare l'assistenza sanitaria. Dopo tre giorni, e io dico giustamente, solo tre giorni l'ammalato viene ricoverato in ospedale. Perché non dobbiamo vedere solo il lato negativo del prolungamento del ricovero, perché molte volte si dice che l'ammalato viene ricoverato, vengono fatte le analisi e poi, tutto sommato, risulta sano. Ma io dico che è bene che vengano fatte queste diagnosi, fanno parte della medicina preventiva. Oggi andiamo avanti tutto a base di diagnosi, la medicina è cambiata. Ecco perché l'ospedale diventa, come ha detto l'assessore, il fulcro della assistenza sanitaria, perché l'assistenza domiciliare viene a scomparire. Quando verrà fatta l'unità sanitaria locale, questo è un altro discorso; sono anch'io convinto che sarà interessante vedere a chi attribuire queste funzioni, se all'ente ospedale o all'unità stessa. Ma oggi come oggi, ove non esista l'unità — e noi auspichiamo che questa unità sanitaria venga istituita — ove non esista, è necessario che l'ospedale diventi il fulcro. E qua arriviamo al punto dell'art. 2 che è stato oggetto di discussione da parte di molte organizzazioni, di molti enti. L'art. 2, all'ultimo comma, è stato giustamente modificato dalla Commissione e lo è fatto a nome del gruppo. Art. 2 che però prevede la possibilità di spostamento, di affidamento dei poliambulatori all'ente ospedale, ove non esista l'unità sanitaria locale. E noi diciamo che è bene che venga fatto questo.

Abbiamo sentito con interesse la critica

a quello che è il sistema assistenziale. Signori, lo ripetiamo, l'abbiamo già detto, salta se non lo facciamo saltare questo sistema mutualistico e assistenziale in genere, perché includiamo non solo la Cassa di malattia, ma tutti gli enti, facciamo un concetto generale. E allora? E allora è meglio che questo ente nuovo, con le caratteristiche moderne previste dalla legge nazionale, dalla 132, previste dalla legge regionale, questo ente moderno, nuovo, l'ente ospedaliero, assuma anche queste responsabilità nei riguardi dei poliambulatori. Momentaneamente noi non vogliamo che sia definitiva questa assegnazione; l'importante è iniziare. Nicolodi, che è stato assessore quattro anni alla previdenza sociale, diceva: magari l'avessimo approvata questa legge quattro anni fa, imperfetta come poteva essere. Concordiamo con quanto diceva Nicolodi; l'importante è approvarla, perché la legge non è statica, non è ferma, noi potremmo benissimo rivederla, come in effetti dovremo rivederla allorquando scatterà quel piano che dovrà vedere quella che è l'attività sociale, l'attività ospedaliera in tutta la regione e nelle due province. Quindi noi diciamo che c'è questa crisi, la ammettiamo questa crisi, però ammettiamo anche che questo è il primo passo. Ecco perché noi abbiamo dato parere favorevole a questa legge. Questa legge va, può essere approvata benissimo, anche se abbiamo delle riserve, soprattutto nei confronti dei consigli di amministrazione. Annunciamo subito che la proposta che i consigli di amministrazione, democratici, come diceva il collega comunista de Carneri, vengano eletti dai sindaci, questo non ci va, e noi appoggeremo, diciamo fin d'ora, l'emendamento che i compagni del P.S.I. presenteranno nei riguardi dell'elezione, attribuendo l'elezione di questi consigli di amministrazione, per l'importanza che essi hanno e che essi, meglio,

avranno, ai consigli comunali stessi. Noi vogliamo che questo nuovo sistema diventi dinamico, vogliamo che ci avviamo verso una pubblicizzazione del sistema dei servizi ospedalieri. Ecco perchè a un certo momento dobbiamo rimanere fermi, signori, in quelle che sono le richieste settoriali. Perchè se la legge del 1938, quella del 1890, era una legge cooperativistica, noi non dobbiamo renderla tale sentendo eccessivamente il peso di quelli che sono gli interessi settoriali, sia dei medici, sia del personale medico, sia del personale non medico. Noi dobbiamo andare avanti sulla nostra strada, su questa strada tracciata dalla legge, indipendentemente da quelle che possono essere le pressioni esterne.

Ecco perchè noi diciamo che questa legge deve essere approvata, questa legge che potrà essere modificata quando vi parrà, perchè non è perfetta, però noi dobbiamo approvarla entro il più breve tempo. Soprattutto dovrà essere attuato il piano regionale ospedaliero. Per me e per noi questo è il punto più importante da attuare, dopo la presente legge, perchè senza piano non faremo niente. Ma io domando, e qua mi associo al collega repubblicano, io domando: chi farà questo piano? Perchè il Consiglio regionale di sanità — disegno di legge presentato dalla Giunta regionale — che dovrebbe avere queste attribuzioni, per noi è insufficiente. Dovrà anche essere rivisto ed allargato il consiglio regionale di sanità, per queste attribuzioni, inserendo per lo meno dei rappresentanti degli enti ospedalieri. Nell'attuale composizione di questo consiglio non esistono rappresentanti degli ospedalieri, mentre invece è opportuno che questi rappresentanti vengano messi. Noi non accettiamo altre imposizioni. Noi abbiamo assistito a quella che è stata la presa di posizione della Magnifica comunità di Fiemme. Diciamo che se deve

essere fatta una rivoluzione in questo settore, perchè è rivoluzione passare dal concetto assistenziale di opera pia, al concetto moderno di ente autosufficiente, finanziato magari dallo Stato, non dobbiamo lasciarci prendere da alcuna tentazione da parte degli enti che avevano avuto il merito, e lo hanno e rimarrà loro, di aver istituito questi enti ospedalieri. Noi dobbiamo quindi provvedere a un piano che renda razionale la distribuzione organica, la distribuzione dei servizi nel territorio delle due province. Io potrei citarvi degli esempi, non vi voglio annoiare, signori consiglieri, ma vi vorrò citare solo un caso che penso abbia una grande importanza: il centro di rianimazione. Io parlavo con un medico, non lo conosco questo centro, salvo quando ne ho avuto bisogno dopo un incidente, parlavo con un medico e mi citava l'importanza di questo centro. Attualmente nella provincia di Trento non esiste un centro di rianimazione. È in fase di attuazione nell'ospedale di Trento, pare che anche a Rovereto lo vogliano fare. Ecco l'importanza del piano. Dove lo facciamo questo centro di rianimazione, rianimazione che può praticamente accettare quelli che sono gli infartuati, quelli che sono vittime di incidenti automobilistici, quelli che sono vittime di incidenti con lesioni cerebrali. Questo centro di rianimazione viene a costare qualche cosa come 30 milioni di posti letto. Ora una spesa del genere con danaro pubblico deve essere fatta esclusivamente in posti dove sia opportuno, vedi ospedale civile di Trento, dove un piano lo preveda. Questo attualmente il piano non lo prevede, perchè il piano non esiste, salvo quelle schema di piano fatto dall'assessore Nicolodi. Ecco allora che noi sottolineiamo l'importanza di istituire questo piano. Il piano deve essere fatto entro il più breve tempo e non può essere lasciato, approvata questa legge,

lettera morta; deve essere attuato questo piano, perchè il piano è in correlazione all'attuale legge. L'attuale legge può avere un significato sociale, solo se viene applicato questo piano.

Noi ci riserviamo di intervenire in discussione articolata. Vogliamo ricordare al signor assessore che non dobbiamo accettare nessuna pressione; il disegno di legge ha una logica, ha una politica, determina una scelta politica. Noi dobbiamo seguire questa strada. È una scelta politica nuova, anche se, ripeto e sottolineo, ritardata, perchè un anno e mezzo nella vita di una regione, nella vita di un popolo regionale sono qualche cosa. Noi auspichiamo che questo disegno di legge vada avanti; annunciamo fin d'ora che voteremo per l'emendamento che verrà presentato nei riguardi della elezione dei consigli di amministrazione che dovranno essere democratici, ma dovranno essere eletti non solo dai sindaci, ma da tutti i consigli comunali. Noi arriviamo a quanto ha detto il collega de Carneri, che il consiglio di amministrazione deve rappresentare la situazione politica, le geografie politiche del Consiglio regionale, però dobbiamo ammettere che nei consigli di amministrazione debbono essere presenti anche e soprattutto le minoranze; e la presenza delle minoranze noi, che oggi siamo minoranza, l'auspichiamo come l'avremmo auspicata ieri allorquando eravamo maggioranza. Quindi sulla rappresentanza noi invitiamo caldamente la Giunta regionale a voler vedere di accettare questa emendamento per la nomina . . .

FRONZA (assessore previdenza - D.C.):
Non l'abbiamo visto ancora!

TANAS (P.S.U.): Va bene, ma lo presenteremo, ad ogni modo è stato annunciato. Noi ci associamo a questa enunciazione, cioè

che i futuri consigli di amministrazione vengano nominati dai consigli comunali dei comprensori e neppure della sede dell'ente ospedaliero, perchè ci potranno essere degli enti ospedalieri che avranno delle diramazioni anche in altri comuni. È il comprensorio che noi vogliamo valorizzare, perchè ci teniamo sia valorizzato.

Quindi raccomandiamo caldamente alla Giunta regionale di voler accettare questo emendamento per la elezione dei consigli di amministrazione da parte dei consigli comunali del comprensorio. Per il resto riserviamo di intervenire nella discussione articolata.

PRESIDENTE: La parola alla signorina Bassetti.

BASSETTI (D.C.): Abbiamo lasciato la precedenza ai capigruppo, e adesso invece è opportuno . . .

(Interruzione)

BASSETTI (D.C.): No, ma era opportuno che parlassero prima il capigruppo dei consiglieri.

Signor Presidente, signori consiglieri, mi pare superfluo ripetere quanto è stato già affermato circa l'importanza di questa proposta di legge che il Consiglio regionale è chiamato a discutere e ad approvare. È soprattutto la nostra esperienza personale o familiare, più o meno dolorosa, che ci dice quale importanza venga ad assumere, per ciascuno di noi, per tutti i cittadini, questo provvedimento che deve garantire il funzionamento migliore possibile degli ospedali e un alto grado di efficienza dell'assistenza ospedaliera. Poichè purtroppo viene il momento in cui o noi stessi o qualcuno dei nostri familiari, parenti o amici, ha bisogno dell'ospedale; l'ospedale ormai è

diventato il centro della salute per tutti e vi si ricorre con fiducia ogniqualvolta una malattia rivesta una pur minima preoccupazione. Nell'anno 1967 furono ricoverati nei soli ospedali civili della provincia — chiedo scusa se do solo i dati della provincia di Trento — ben 49.725 cittadini, senza contare i cittadini ricoverati nelle case di cura, negli ospedali sanatoriali, negli ospedali dell'INAIL e nello ospedale psichiatrico. Abbiamo solo per gli ospedali civili della provincia, ospedale civile di Trento, 50 mila su 400 mila circa, 1 a 8 abitanti. Il che sta a indicare quanto veramente sia importante l'assistenza sanitaria ospedaliera per la comunità. Da molti anni gli amministratori ospedalieri, i medici, il personale ospedaliero, non medico, moltissimi operatori nel campo sanitario, amministratori pubblici, chiedevano inisistentemente ai pubblici poteri una legge di riforma dell'ordinamento dell'assistenza ospedaliera, che rispondesse alla situazione reale che si era venuta creando negli istituti ospedalieri, specialmente dopo la seconda guerra mondiale. E nel tempo stesso rispondesse alle esigenze nuove, moderne della assistenza ospedaliera. Non era certamente concepibile, anzi era assurdo che la vita degli ospedali continuasse ad essere regolata dalla legge 17 luglio 1890 relativa alle cosiddette opere pie, che comprendeva non soltanto la disciplina degli ospedali, ma anche delle case di riposo, degli istituti educativi e degli ECA. I servizi sanitari ospedalieri è vero avevano trovato una loro normativa anche nel regio decreto 1631 del settembre '38, ma anche questa legge riguardava solo un aspetto molto importante se vogliamo, della vita dell'ospedale, ma non ne affrontava organicamente, come era necessario, l'intera problematica. Era veramente assurdo che a 60 - 70 - 75 anni, come è stato detto, dall'emanazione della legge

sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e delle opere pie del 1890, gli ospedali dovessero attenersi ancora a quelle norme, come se nell'arco degli ultimi 60-70 anni nulla fosse accaduto, nulla fosse mutato nella realtà sociale od anche della mentalità del cittadino, malgrado le due guerre mondiali, il rapido e profondo sviluppo sociale, anche sul piano previdenziale e mutualistico, l'enorme progresso scientifico e tecnico e i progressi della medicina. L'ospedale era venuto via via modificando radicalmente la propria fisionomia. Se all'epoca della legge '90 esso aveva avuto funzioni solo assistenziali - caritative, e vi si ricorreva in extremis per i casi gravissimi, che richiedevano per lo più interventi operatori, e il medico spesso curava gratis, prestandovi un servizio ridotto, negli ultimi decenni l'ospedale è diventato la casa di tutti, il centro di salute per tutti i cittadini, è diventato una grande azienda erogatrice di un servizio pubblico delicatissimo. Dell'opera pia è rimasto, speriamo ancora intenso e vivo, lo spirito di dedizione amorosa e comprensione fraterna, di solidarietà con l'ospite ammalato, da parte di coloro, medici e non medici, che operano all'ospedale. Se prima, molti anni addietro, il cittadino manteneva un atteggiamento di grande timore, quasi di paura, nei riguardi dell'ospedale, sia per ragioni psicologiche — e difatti si temeva sempre che l'ospedale portasse la morte — sia per ragioni economiche, e tante volte il ricovero era la rovina delle piccole economie familiari, ora si ricorre all'ospedale con grande facilità, ed è stato detto da alcuni forse anche con troppa facilità, perchè lo si considera la casa della salute, della guarigione, dove si riacquista la salute. Gli enormi progressi della medicina, dalla scoperta di nuovi farmaci, dalla scoperta di sempre più perfezionate apparecchiature e possibilità diagnostiche e curative,

come l'allargarsi anche delle specializzazioni del campo medico, hanno determinato un graduale spostamento dell'attività diagnostica e curativa dal domicilio dell'ammalato all'ospedale; una volta si curava in casa, ora si cura nell'ospedale. Il medico di casa è il medico condotto, che una volta faceva tutto da solo, ora è nell'impossibilità di avere a disposizione le apparecchiature necessarie e spesso si trova anche nell'impossibilità di decidere da solo. Per moltissime malattie occorrono esami di ogni tipo e occorre spesso il giudizio di un gruppo di sanitari generici e specialistici, e solo l'ospedale può rispondere a queste esigenze. Ecco perchè la sede dell'assistenza sanitaria si è spostata dalla casa all'ospedale.

Un altro fatto, cioè l'estendersi dell'assistenza mutualistica, ha fatto cadere anche le ulteriori resistenze al ricovero in ospedale, in quanto il conseguente onere finanziario è stato assunto dall'ente mutualistico, con grande sollievo delle famiglie che non vedono più in pericolo le proprie risorse economiche. Ora il 90% della popolazione è coperta da assicurazione contro le malattie, almeno per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera.

Questi due fatti, il progresso della medicina e l'estendersi dell'assicurazione all'assistenza mutualistica, provocano un massiccio ricorso all'ospedale, hanno posto in crisi gli ospedali che cominciavano a denunciare le carenze di posti-letto, di personale medico e di personale infermieristico e di apparecchiature sanitarie. Ecco perchè il problema ospedaliero, venendo ad interessare l'intera comunità, doveva essere affrontato con decisione in tutti i suoi aspetti, anzitutto dallo Stato. Esso non poteva essere risolto solo dalla buona volontà dei singoli cittadini o da gruppi di cittadini o dai soli comuni; occorreva dare pratica attuazione al dettato costituzionale che sancisce co-

me diritto fondamentale del cittadino la tutela della salute. Ed è venuta finalmente la legge 12 febbraio 1968, n. 132. Finalmente una legge organica, anche imperfetta, dopo che numerosi progetti di iniziativa parlamentare, governativa o anche di iniziativa di altri organismi, avevano naufragato a causa della complessità e della molteplicità dei problemi da affrontare, ma soprattutto a causa della molteplicità degli interessi che logicamente questi progetti di legge venivano a sollevare. E forse il ritardo è dovuto anche alla mancanza di coraggio da parte dei responsabili della vita pubblica. Accenno in particolare al progetto Giardina, progetto che cortesemente ha citato stamattina anche il collega Nicolodi, dell'associazione Trentina degli ospedali del 1964. Ora la legge n. 132 viene recepita dal presente disegno di legge regionale con opportuni adattamenti alla situazione regionale. Io non voglio entrare nei dettagli, riservandomi di farlo eventualmente nella discussione articolata. Lo spirito e i criteri seguiti nella elaborazione della legge, sono espressi efficacemente nella relazione al disegno di legge e anche stamattina il dott. Lorenzi ha cercato di illustrarli nel miglior modo possibile. Vorrei solo accennare al grosso problema del consiglio di amministrazione, che tutti gli intervenuti hanno toccato, per dire che è giusto che i membri dei consigli di amministrazione vengano eletti democraticamente, però io aggiungo che quello che conta è che siano persone oneste, che abbiano passione per questa attività, che abbiano anche una certa esperienza amministrativa, che abbiano un'apertura sociale e che lavorino con disinteresse. Io credo che gli organi chiamati a nominare questi membri, più che puntare all'orientamento politico, dovrebbero proprio ricercare fra i gruppi politici le persone adatte. Difatti questo si faceva fino a qualche anno

fa, e io, per la mia esperienza, posso affermare che le cose andavano molto meglio di quando i consigli di amministrazione si son voluti politicizzare. La vita ospedaliera funzionava certamente meglio quando ci si preoccupava soprattutto dell'ammalato che di problemi partitici. Io spero di non aver capito bene quanto ha detto stamattina il collega Nicolodi, che dice: il comunista di Garniga si sente più tutelato se sa che nel consiglio di amministrazione del tale ospedale c'è un altro comunista. Io mi rifiuto di pensare a questo. Per me l'ammalato è una persona che soffre, che è angosciata e che è forse disperata, come se ne vedono molti; e di fronte a questo ammalato io, amministratore, se sono amministratore, devo essere una persona che capisce quella situazione e che cerca, per quanto le compete, di fare tutto il possibile perchè quel tale riacquisti la salute.

Si è parlato anche di centro di potere, di monopolio politico; veramente questo mi fa un po' anche allibire. Ma come è possibile pensare che qualcuno voglia fare un centro di potere dell'ospedale! Ma si deve pensare che allora non si ha nessuna fiducia nella persona! Ma come si fa!

(Interruzione)

BASSETTI (D.C.): Io ho chiuso la mia amministrazione, e avevamo liberali e avevamo dentro socialisti, e abbiám detto: noi ci gloriam di aver finito il nostro lavoro senza aver fatto politica, nel senso partitico, cioè abbiám fatto una politica sanitaria, è vero, ma i partiti erano fuori da quella sfera. Non mi dicano che sono fuori della realtà, perchè sono stata dentro 11 anni. L'ospedale non deve essere visto come un centro di potere. Ma che storie son queste! Che siano pure i partiti, attra-

verso gli organismi, i comprensori, i comuni, la Regione, la Provincia, che designano i loro rappresentanti, ma siano rappresentanti che vanno in quel posto, in quel luogo, in quello ambiente a svolgere una attività che è altamente sociale e profondamente umana. Ecco io mi sono un po' sfogata. Non voglio...

VIRGILI (P.C.I.): Diamo atto della sua buona fede, ma purtroppo non è sempre così.

BASSETTI (D.C.): Ma bisogna però cercare di arrivare...

VIRGILI (P.C.I.) *(Interrompe)*.

BASSETTI (D.C.): Sì, va bene, però bisogna anche essere ottimisti, e credere nella onestà delle persone.

VIRGILI (P.C.I.): *(Interrompe)*.

BASSETTI (D.C.): In quegli ambienti, in quei consigli di amministrazione non si deve parlare, per conto mio, di socialismo, di comunismo, di democrazia cristiana, non si deve parlare di questo, si deve parlare di qualcosa d'altro.

E io vorrei insistere su un fatto in particolare: sembra dalle osservazioni venute un po' di qua, un po' di là, che si voglia ancora ritardare, come diceva il cons. Tanas, l'approvazione di questo provvedimento legislativo. Abbiám fatto tardi, lo riconosciamo, lo sappiamo, ma bisogna essere concreti; non perdiamo ancora tempo, facciamo questo primo passo che è fondamentale. La legge ha dei difetti, però ha dei contenuti validi, dobbiamo essere onesti, riconoscerlo. Ora per questi contenuti validi, approviamola e approviamola cercando di sgomberare la nostra mente da tutte quelle polemiche che non si reggono,

sotto un certo aspetto, anche perchè c'è molto da fare. L'avv. de Carneri lo diceva, bisogna guardare al di poi. Certo che bisogna guardare al di poi. C'è molto da fare ancora su questa strada, e si sta lavorando in Regione, perchè sono stati già approntati due disegni di legge, sia per il comitato regionale di sanità, sia la legge 27: « Provvidenze a favore degli ospedali a sollievo dell'onere delle anticipazioni di cassa ». Si sta lavorando, dobbiamo lavorare e dobbiamo adesso partire facendo questo primo passo, che è un passo di qualità, per procedere oltre. C'è il piano regionale ospedaliero, la programmazione ospedaliera. Nel testo del progetto di legge ci si richiama al piano regionale ospedaliero una quindicina di volte, oltre che nei due art. 28 e 29. Si dovrà fare una legge particolare, e siamo d'accordo noi tutti della D.C. con tutti quelli che lo hanno affermato, che questa legge postula una più ampia riforma di tutto il settore sanitario, che doveva forse precedere la riforma ospedaliera. Perchè non si sia fatta la riforma generale sanitaria prima della riforma ospedaliera, posso cercare di giustificarlo, pensando che la riforma generale ospedaliera, con l'istituzione dell'unità sanitaria locale, comporta la rivoluzione del sistema, mentre per quanto riguarda gli ospedali, pur trattandosi di provvedimenti di riforma molto incisivi, molto profondi, si trattava di adeguare alle esigenze moderne delle strutture già esistenti, per cui il legislatore avrà pensato di fare quello che poteva essere fatto, senza procrastinare ulteriormente quella che era la riforma sanitaria più ampia. Si deve pensare presto a questa riforma sanitaria più ampia, che deve essere naturalmente affrontata in sede nazionale, ma che potremo in un certo qual modo anticipare, almeno per qualche aspetto, come Regione e che è urgentissima, perchè deve rivedere anche la situazione degli istituti mu-

tualistici, il cui deficit come è stato detto, come conveniamo, sta per paralizzare la stessa attività ospedaliera, per cui, operata la riforma ospedaliera, bisogna subito por mano anche a questo problema. La Regione con la legge 27 cerca di fare qualche cosa per quanto le è consentito, però si dovrà premere sulle autorità centrali, sul governo, perchè si ponga mano al più presto appunto a questa riforma complessiva generale del settore sanitario.

Stamattina si è parlato dell'art. 2; due parole per quanto riguarda la attribuzione agli ospedali dei poliambulatori o di questi servizi decentrati. Io direi che noi abbiamo espresso delle preoccupazioni eccessive. Con questa legge, noi non compromettiamo niente; intanto l'art. 2 dice che gli ambulatori, i servizi diagnostici e curativi delle Casse mutue provinciali di malattia, ecc. ecc. potranno essere passati agli enti ospedalieri o alle unità sanitarie locali. Quindi questo è da chiarirsi in sede di piano regionale ospedaliero e di visione globale del problema. Poi in un altro comma, si dice: « gli enti ospedalieri possono istituire », non è che debbano. E io sono d'accordo con quelli che hanno affermato e interpreto senz'altro anche il pensiero del nostro gruppo, dicendo che si deve avere una visione generale, unitaria di tutto il problema ospedaliero, e non si può pensare a un'attività dell'ospedale a se stante; è assurdo. Nell'unità sanitaria locale l'ospedale rappresenterà, come rappresenta adesso, il momento curativo, che ora è il più qualificato; nella unità sanitaria locale, avremo il momento preventivo. Qual'è per il cittadino, per me, il momento più importante? E' il preventivo, è il curativo o tutti e due?

NICOLODI (P.S.I.): E' qui, signorina, l'errore. Voi distinguate la prevenzione, la cura, il recupero. La medicina non fa distin-

zione, perchè l'uomo ha bisogno della prevenzione, della cura e del recupero, che è tutt'uno.

BASSETTI (D.C.): D'accordo, d'accordo...

NICOLODI (P.S.I.): Quindi l'organizzazione deve essere unica, non separata. E' qui il problema di fondo.

BASSETTI (D.C.): No, no, mi sono spiegata male. Ma prima si partirà comunque dalla prevenzione, perchè non si potrà fare tutto in una volta.

Qui c'è anche il senatore Ripamonti, che dice: « Bisognerà passare alla sperimentazione dell'unità sanitaria locale, in cui dovranno confluire le strutture della medicina di base attualmente esistenti, per svolgere inizialmente compiti di medicina preventiva e in un secondo momento anche di medicina curativa e riabilitativa ». D'accordissimo. Si tratterà quindi di vedere i tempi, di studiare, perchè io penso che tutto in una volta non si potrà fare. Comunque sono d'accordo che le unità sanitarie dovranno assumere funzioni di prevenzione e di cura e di riabilitazione, anche per sollevare l'ospedale, è giusto, sollevare gli ospedali da un numero di degenti che possono essere curati diversamente. Io direi però che bisogna tener conto anche di un altro fatto, che è molto importante: ne ho sentito parlare dai medici in una maniera molto pressante. Il cittadino, uno che si ammala, il mutuato, va alla mutua si fa visitare nei poliambulatori della mutua. Poi passa all'ospedale e deve essere ancora visitato un'altra volta, devono essere rifatti tutti gli esami. Perchè il primario del reparto che lo accoglie, dice: io posso avere piena fiducia nell'accertamento diagno-

stico della Cassa mutua di malattia o dell'istituto mutualistico, però preferisco accertare. E allora questo povero ammalato va sottoposto a doppi accertamenti diagnostici, che sono quelli poi che hanno dato luogo anche a rimostranze da parte di questa povera gente, di questi poveri ammalati, che possiamo essere in un momento o l'altro anche noi. Ripeto che anche noi siamo del parere che l'ospedale non potrà agire da solo, nè diventare una potenza, perchè è veramente sciocco, è assurdo che si possa arrivare a questo taglio fra unità sanitaria locale, fra presidi di base, presidi sanitari di base e l'ospedale. Occorrerà un accordo, dei collegamenti, non so. La cosa difficile sarà proprio studiare e sperimentare, l'ha detto anche il Ministro, occorre la sperimentazione, perchè non si debbano fare delle leggi, prendere dei provvedimenti che poi non possono trovare attuazione. Poi si farà la programmazione ospedaliera, la riforma sanitaria di base, e poi la programmazione di interventi per la preparazione del personale non medico. C'è poi il grosso problema, a cui dobbiamo pensare — d'altra parte l'assessore in sede di II^a Commissione si è impegnato — c'è il grosso problema dell'assistenza psichiatrica, che secondo gli orientamenti più recenti deve entrare nel grosso dell'assistenza sanitaria. Non si può più distinguere e considerare la malattia psichiatrica o neurologica diversa da un'altra malattia. Non possiamo più mettere ai margini l'ammalato di mente, come fosse, e come è stato purtroppo, lo spauracchio. Ora in questo settore, l'assessore si è impegnato a presentare una legge, secondo la facoltà, le attribuzioni della Regione. Noi sappiamo che l'assistenza psichiatrica è di competenza della Provincia; ora, come la Regione già pensa a operare, così in Provincia, nelle due Province, sappiamo che si sta lavorando sodo. A Tren-

to è stata costituita una Commissione per la riforma dell'ospedale psichiatrico di Pergine e per il potenziamento dei dispensari di igiene mentale, a cui si deve aggiungere tutto il settore dei subnormali. E la Regione sta anche studiando un piano di assistenza ai subnormali e di intervento in loro favore.

Io chiudo con una sola speranza: che questo provvedimento, che questo disegno di legge venga approvato al più presto . . .

BENEDIKTER (S.V.P.): Prima di andare in Russia!?

BASSETTI (D.C.): Magari! Sì, sì, senz'altro, prima di andare in Russia.

. . . che venga approvato al più presto, perchè se ne sente la necessità e l'urgenza e ormai abbiamo perso abbastanza tempo.

PRESIDENTE: La parola al consigliere Gouthier.

GOUTHIER (P.C.I.): Signor Presidente, signori colleghi, ho ascoltato due tipi di interventi: interventi che partivano dalla realtà della tematica che ci sta di fronte, cioè dalla salute pubblica, dalla salute dei cittadini, per risalire alle strutture organizzative, che non sono fine a se stesse, ma che sono funzionali alla salute della popolazione, e un altro tipo di interventi, di cui l'aspetto, vorrei dire, usando una parola un po' forte, sbalorditivo, aberrante, è stato quello del collega Benedikter, in cui è stato detto brutalmente qual'è la posizione della S.V.P. in merito a questa legge. Una posizione di potere, la salute non c'entra; il problema del potere, i consigli di amministrazione, mascherato e mistificato dietro la tematica etnica. E io, collega Benedikter, a nome del mio partito, che è sempre stato au-

tonomista, che è sempre stato per la proporzionale etnica, ovunque, che l'ha ribadito anche quando la polemica era più accesa e più pericolosa, mi sento in dovere di dire queste cose che sono stupefacenti, sono cose incomprensibili. L'esaltazione della clinica privata: ci sono 600 posti. Il Sudtirolese avrebbe una vocazione storica alla clinica privata, però non si dice di quelle che sono le condizioni di salute del contadino sudtirolese nei masi, di quella che è l'incidenza degli infortuni del lavoro nei campi e nelle fabbriche del lavoratore di lingua tedesca. Questo è il punto di partenza per arrivare ai consigli di amministrazione, alla validità o meno della clinica privata. Sennò arriviamo a deformare tutto, sennò arriviamo veramente a una schermaglia di colpi, in cui conta quello non che ha più argomenti, che più dice cose rispondenti all'interesse pubblico, ma quello che ha più potere, potere brutto — che poi non è detto che sia il potere che dura di più, intendiamoci bene —. E' questa una deformazione che ci ha dolorosamente stupito, perchè pensiamo che in una discussione così delicata e così complessa, che investe l'opinione pubblica di tutto il paese e del mondo, perchè il problema della sanità oggi è un problema di fondo nell'organizzazione delle società, arrivare a meschinità di questo tipo, sia una deviazione difficile. E il discorso non si ferma evidentemente alla S.V.P., perchè arriva la D.C. che accetta un discorso di questo tipo. Lo accetta, è venuto fuori dalla cronistoria che ci ha fatto il collega Nicolodi. Accetta un meccanismo in cui si arriva in ritardo perchè c'è di mezzo il potere. Quello che interessa è la spartizione del potere, tenersi buono questo grosso partito che è la S.V.P., che interpreta ma anche deforma gli interessi etnici della sua popolazione. E, ripeto, ferma restando la validità delle rivendicazioni, dei torti subiti nel

passato e anche nel presente dalla popolazione di lingua tedesca, ferma restando la questione della proporzionale, che noi abbiamo accettato senza nessuna difficoltà.

BENEDIKTER (S.V.P.): Non ha capito.

GOUTHIER (P.C.I.): No, il suo intervento l'ho capito; lei non ha parlato di salute, semplicemente. Una cosa è certa, penso che la parola « Gesundheit » lei non l'abbia detta neanche una volta. Non lo so, ma probabilmente la parola « Gesundheit » non l'ha detta.

AGOSTINI (P.L.I.): No, no, non l'ha detto!

GOUTHIER (P.C.I.): Se lei vuole rivediamo assieme l'intervento.

BENEDIKTER (S.V.P.): (rivolto ad Agostini): Lui ha capito il 50% di quello che ho detto!

(Risate)

AGOSTINI (P.L.I.): Quando si ascolta un intervento di Benedikter bisognerebbe prima tradurlo in tedesco, e poi dal tedesco tradurlo in italiano. Io questo già glie l'ho detto e oggi lo confermo, assessore Benedikter: lei non parla tedesco, lei parla *slapero*. Ecco. Questa se l'è voluta e adesso se la tenga.

(Risate)

GOUTHIER (P.C.I.): Comunque, collega Benedikter, una cosa è certa, che il suo intervento è stato un intervento assai grave, un intervento di confessione, di autosmascheramento, che ha indicato il punto dove la S.V.P. e lei personalmente vogliono arrivare, quello

che interessa, quello che sta al fondo delle cose. Lei l'ha detto chiaramente.

E' un'osservazione che mi sentivo di dover fare, questa, perchè ha implicazioni politiche di fondo, perchè, come abbiamo detto più volte, chi comanda è anche la S.V.P., pur stando fuori dalla Giunta, condiziona le scelte di fondo della nostra regione, dove la polemica autonomistica esasperata, l'etnicismo esasperato copre grosse operazioni di potere. E questo va detto, va ripetuto, perchè il nocciolo politico della nostra regione sta qui. E' un governo ombra, una forte presenza in un governo ombra. Ne sappiamo tirare le conseguenze quelli che aspirano a entrare in combinazione di Giunta, perchè l'ipoteca si fa sentire in modo assai pesante, ed è un'ipoteca da cui non si può prescindere, nè che tanto meno si può facilmente mettere da parte.

Ho fatto questa premessa, prima di entrare, non da competente, su un problema che mi sembra importante, di carattere generale, anche se è affrontato di sfuggita nell'articolo 1. Mi sa che sul problema dell'assistenza psichiatrica il signor assessore si sia anche rifugiato in corner, perchè l'impostazione dell'articolo 1 è un'impostazione a dir poco conservatrice; di fronte a consigli più illuminati si è preso temo, si è aperta una parentesi ha detto: la rivedremo più tardi in un modo diverso. La collega Bassetti ci ha enunciato alcune iniziative, e oggi sul « Dolomiten » c'è un articolo, che penso ispirato da fonti autorevoli, sugli orientamenti della Giunta provinciale di Bolzano. Il problema è grosso, e questo sfasamento tra impostazione generale del problema ospedaliero e impostazione dell'assistenza psichiatrica, delle malattie mentali, questo sfasamento, questo fare un prima e un dopo, indica appunto e sottolinea quella carenza di una visione di fondo che deve stare a base di

una riforma. Visione di fondo di cui ha parlato il collega de Carneri e su cui non torno; carenza di fondo che è il vizio di origine di questo disegno di legge.

Dicevo che ritengo, non da competente, di affrontare questo problema per la sua importanza oggettiva, per le dimensioni quantitative che ha nella nostra regione, per le somme che si spendono evidentemente male e perchè questo problema presenta delle dimensioni che trascendono sia i dati puramente quantitativi sia le dimensioni tecnico-tecnistiche. Non è che bastino più soldi, no, il problema è diverso. E' un problema di carattere generale, di carattere ideale, di carattere politico, ed è un problema di organizzazione della società, che ha una dimensione ideale culturale, che noi che abbiamo delle competenze primarie dobbiamo stare attenti a cogliere e a comprendere, come hanno detto alcuni nostri colleghi, per riuscire a stare all'avanguardia e non alla retroguardia e prendere provvedimenti che già lo Stato ha preso per ricalcare cose che sono già superate. E non a caso, dicevo, questo problema dell'organizzazione, della cura della salute mentale è stato oggetto di forte contestazione, contestazione fra virgolette, in senso moderno, e al di là delle forme che questa contestazione ha assunto. E' un segno inequivoco questo della maturità del problema, della insostenibilità della situazione attuale, della crisi morale anche che esso ha provocato in coloro che sono più interessati, più vicini, che sono professionalmente impegnati, e dell'interesse più generale che esso suscita. Ma al di là della contestazione, di forme più o meno accettabili di contestazione, al di là di questo dibattito aperto — anche in Italia sono apparsi liberi, importanti, interessanti, e su cui ci ha informato il prof. Delogu — ormai la questione è venuta

maturando sul piano politico, concreto. Io ne voglio parlare, perchè il problema non è dottrinale, non è di ricerca; ormai ci sono delle prese di posizione specifiche, concrete, che indicano precisi indirizzi di azione. A Venezia, nel maggio scorso, c'è stato un convegno, hanno parlato esponenti di molti partiti, fra cui anche il nostro, e si è arrivati a significative convergenze, sia sul piano delle analisi, sia sul piano operativo, e si sono avviate anche, sulla base di questa iniziativa e questa azione, iniziative concrete nuove in diverse parti d'Italia. Quindi è una realtà nuova che viene avanti, imposta dalla civiltà e da una visione non mistificata, ma da una visione realistica della dimensione umana dell'uomo. E confluiscono certo in questa nuova visione, in questa nuova impostazione della salute mentale e delle esigenze operative che essa richiede, della nuova organizzazione sociale per far fronte a questo problema, si intrecciano evidentemente concezioni politiche e ideali diversi. Però qui sembra che il punto di partenza delle conclusioni cui si è arrivati, è quello sottolineato da diversi colleghi nei loro interventi sul piano generale, è quello della stretta interdipendenza fra ambiente e malattia, e direi non tanto fra ambiente, ma fra tipo di civiltà e tipo di società e malattia. E questo vale tanto più in ordine alle cosiddette malattie mentali. Si è partiti, in questo convegno, non da tutti, ma quanto meno dalla nostra parte, da una analisi della società e dei valori che questa società esprime, impone, inculca e della crisi soggettiva che determina, anche sul piano della salute mentale, l'idealizzazione, il porre al vertice dei valori il profitto, che comporta non soltanto un'idealizzazione del profitto, ma un adeguamento a un ritmo di vita e a un inserimento della società o in certi mestieri categorico e obbligatorio. Io riconosco che questo discorso può avere un

valore non totale per una regione come la nostra, in cui, come diceva il Presidente, il capitalismo non è arrivato o non ha raggiunto i suoi massimi sviluppi. Però anche qui ci sono problemi, sia nelle città, sia nelle campagne. Non sono certo acuti come nella grande metropoli moderna, però ci sono.

E in secondo luogo si è arrivati a questa conclusione, che la società che esalta un certo tipo di valori e un certo tipo di meccanismo, che impone certe mete, certi obiettivi ideali, che sono poi poco ideali, fissa a sua volta dei confini assai ristretti entro i quali gli interessati, l'uomo, anche inconsciamente deve marciare. E allora o accetta questi valori, o ha la forza di marciare sui certi binari, e allora rimane entro i confini, rimane « sano », o scrofina, per debolezza soggettiva o per debolezza oggettiva e ambientale, e allora rimane fuori, non accetta i valori, rimane anormale, e allora lo si chiude dentro. Di qui il discorso sulla istituzione totale, sull'istituzionalizzazione dell'esclusione, sulla emarginazione. Ma mi sembra anche che noi tutti, marxisti o non marxisti, dobbiamo accettare un dato di fatto, che è un dato reale che ci sta di fronte: nella struttura sociale nostra, anche qui nella nostra regione, ripeto, dove non abbiamo il capitalismo in espansione come nei grandi centri urbani, nelle grandi metropoli, chi può beneficiare di un'assistenza psichiatrica, chi può beneficiare dell'analista, dello psichiatra, delle cliniche specializzate chi è il disadattato che può permettersi lunghi periodi di riposo, che può permettersi l'assoluta tranquillità, che poi è in sostanza alla base del risanamento psichico dell'ammalato? È la persona, non dico ricca, ma per lo meno abbiente. È una verità indubbia, è una verità di fatto, che noi dobbiamo saper guardare in faccia con la brutalità con cui il dato reale ci si impone. E' indubbio che i manicomi, e anche il nostro,

sono campi di segregazione proletaria e sottoproletaria. E' indubbio. L'abbiente, la persona che può curarsi in un certo modo nella clinica, che può permettersi il lusso del medico psichiatra, non va a finire in manicomio, dove va a finire il poveraccio, l'alcolizzato, il lavoratore dallo stipendio esiguo, che non gli permette di vivere, di mantenere la tranquillità nella propria famiglia, perchè proprio il basso salario, le preoccupazioni, l'incertezza del posto di lavoro alimentano la crisi, non soltanto sociale, ma umana e psichica del lavoratore, e siccome nella nostra società la stragrande maggioranza degli uomini sono lavoratori, di gran parte della nostra società. Ecco perchè il problema della salute mentale ha una dimensione non soltanto specialistica, tecnicistica, medica, ma è un problema sociale. E noi vediamo sorgere all'interno di questo meccanismo di esclusione, anche strumenti di sfruttamento, lavori appaltati a compensi irrisori, di poche decine all'ora; sorgere all'interno di queste società segregate, strumenti, meccanismi tipici delle caserme: il piantone, la ronda e via dicendo. Ecco perchè oggi c'è l'esigenza di un capovolgimento totale dell'atteggiamento che la società ha assunto rispetto alle malattie mentali. Ecco perchè oggi c'è l'esigenza di convincersi che la malattia mentale non è solo e non è tanto un fenomeno biologico, ma un fenomeno culturale e sociale. E io voglio dire qui quello che è lo slogan di molti contestatori, che è valido anche se contiene forse un elemento di paradosso, di estremismo, come si suol dire. In questo problema che riguarda l'uomo non astratto ma l'uomo concreto, la frase che erompe, la frase che fa pensare, la frase che sgombera pregiudizi barbarici che abbiamo acquisito, che abbiamo acquisito inconsapevolmente magari, bisogna dirla e magari bisogna evitarla. Per questo quando illustri medici dicono: bi-

sogna liberare i segregati negli ospedali psichiatrici perchè essi non sono esclusi in quanto malati ma malati in quanto esclusi, è una cosa in massima parte sacrosanta. E il discorso che si inserisce, non è un discorso a parte, non è un discorso che sta prima o che sta dopo a quello dell'organizzazione sanitaria, ma è un discorso che è dentro l'organizzazione sanitaria. L'uomo è un'unità, unità inscindibile, e soltanto il pregiudizio o l'interesse classista, mascherato da finto moralismo, ha potuto scindere la malattia del corpo e la malattia della mente. Ed ecco che il problema si rovescia, e non tanto quello di curare il malato già manifestamente malato, ma di tutelare la salute psichica dei cittadini. Gli esperimenti e le tesi che vengono avanti sono state e sono diverse. L'assessore Benedikter s'era spaventato di fronte alle esperienze delle comunità terapeutiche cui accennava il prof. Delogu, in Commissione. Ci sono anche dei limiti certamente a queste esperienze; sono esperienze che rischiano di essere esperienze di segregazione, di creare micro-società che rifiutano i valori che stanno fuori dei confini di questa piccola società. Il problema evidentemente è diverso, il problema si innesta in quel discorso più generale che il nostro gruppo — il compagno de Carneri l'ha fatto ampiamente stamattina — si è sforzato di portare avanti nella discussione di questa legge. Noi ci sforziamo di far comprendere come il problema è sì quello dei consigli di amministrazione, ma è di sapere dove andiamo a parare, qual è la bussola di orientamento. E non è vero che se oggi noi scegliamo una strada, come diceva la collega Bassetti, domani possiamo cambiare rotta e arrivare di punto in bianco in un'altra direzione. Se oggi arriviamo a sottolineare come centro propulsore l'ospedale, come ente, quindi se noi puntiamo sull'entificazione, sull'istituzionalizzazione della tutela

della salute, domani non si può capovolgere per arrivare all'unità sanitaria locale. Ho avuto l'impressione che molti colleghi vedano in questa questione una dimensione puramente organizzativa, una dimensione puramente verbale, il che non è. Arrivare all'unità sanitaria locale significa portare avanti una lotta democratica, fino in fondo. E' questo il discorso. Una lotta che è un binario diverso, radicalmente diverso. Quando parliamo di unità sanitaria locale non dobbiamo vedere una nuova istituzione, una parola, una nuova entità, per cui basta una legge per spazzar via l'ospedale. La questione è diversa, la questione è quella di un momento nuovo dell'organizzazione della società per quanto riguarda la difesa della salute. Ma si può arrivare all'unità sanitaria locale in una dimensione, ponendo la salute al centro dei valori della società e organizzando la società in modo conforme, non scindendo la prevenzione dalla cura o dal ricupero come è stato detto prima, ma vedendoli unitariamente attorno all'uomo e in particolare al lavoratore. Ecco perchè il discorso che hanno fatto certi colleghi ci ha un po' preoccupati quando dicono: ma sì, sì, noi tutti vogliamo l'unità sanitaria locale, per carità! Ma dobbiamo andare fino in fondo a vedere se dietro questo nome tutti quanti abbiano la stessa visione delle cose, o se per caso, come ho avuto l'impressione, ci sia una abbondante visione burocratica di un nuovo ente. E' per questo che noi non ci facciamo illusioni sulla rapidità, anche se la formulazione viene accolta nel progetto 80, anche per la vacuità della programmazione del nostro Paese. Però oggi le forze democratiche, non solo di sinistra, sono arrivate a certe conclusioni, sono arrivate a certe valutazioni, a certi punti importanti sul carattere soprattutto sociale e ambientale della malattia, da cui bisogna tirare certe conseguenze. È per questo

che sul piano della psichiatria si è arrivati alla esigenza di staccare il meno possibile il sofferente dal suo ambiente, portando più vicino all'ambiente stesso la sede dell'intervento. Noi vediamo questo problema dell'organizzazione della cura dei malati mentali nella dimensione territoriale dell'unità sanitaria locale, intesa come strutturazione armonica di tutti gli interventi in direzione della prevenzione e della cura e del recupero della salute dell'uomo. E il prof. Delogu ci aveva illustrato quelli che erano gli esempi che erano stati portati avanti dal defunto Presidente Kennedy, l'ultima legge, proprio negli Stati Uniti d'America, in cui l'organizzazione diretta alla tutela della salute mentale non era un'organizzazione istituzionalizzata, burocratizzata, ma un'organizzazione agile, composita, a contatto con la vita quotidiana della gente, in particolare della povera gente, per prevenire i momenti di trauma, che così frequenti sono all'origine di questa malattia. È per questo che lo sbocco che si può dare a questo discorso, è quello della democrazia fino in fondo, del potere dal basso. Anche se noi parliamo di comprensori, e noi siamo d'accordo nella dimensione comprensoriale, dobbiamo stare attenti a riempire queste istituzioni, perchè dimensioni giuridiche di un contenuto reale di partecipazione, altrimenti rischiamo, con l'impostazione che forse troppo duramente ho criticato del collega Benedikter, rischiamo di sovrapporre a enti burocratici, altri enti burocratici, se sono visti in funzione di strumenti di mantenimento di potere.

E voglio concludere questa mia esposizione da profano, leggendo alcuni passi di questa risoluzione del convegno di Venezia, che è stata firmata dal responsabile della D.C., dott. Giancarlo Bruni, sulle linee nuove dell'organizzazione della tutela della salute mentale nel nostro paese. E sono affermazioni categoriche,

attorno alle quali, penso, la collega Gebert dovrà seriamente riflettere e seriamente superare il complesso dei 2 miliardi che il Ministero ci vuol dare. Il problema è quello di utilizzarli bene; ne abbiamo già discusso. Il documento — leggo testualmente — dice: « Il problema dell'assistenza psichiatrica e della tutela della salute mentale non può trovare soluzione nell'ospedale psichiatrico e neppure nei reparti psichiatrici, ma nell'unità sanitaria locale, intesa nel suo concetto di intervento globale, preventivo, curativo e riabilitativo. Il convegno pertanto, afferma il principio fondamentale della deospedalizzazione, principio fondamentale base in cui si riconosce anche da un lato l'esistenza di un numero minimo di persone croniche che devono stare per forza negli ospedali, ma si sostiene l'esigenza di un capovolgimento radicale dell'organizzazione. Esiste infatti negli ospedali psichiatrici una percentuale notevole di degenti che vi si trovano per la sola ragione che non hanno la possibilità di viverne fuori, anche per la carenza di adeguate strutture sociali ». Firmato anche Giancarlo Bruni, responsabile democristiano. Anche chi non accetta una visione classista del mondo . . .

BASSETTI (D.C.): Siamo già convinti!

GOUTHIER (P.C.I.): Ecco, se però si fossero dette queste cose . . .

VIRGILI (P.C.I.): (*Interrompe*).

GOUTHIER (P.C.I.): È bene non spaventarsi a constatare una certa realtà. Tanto, la repubblica conciliare, collega Bassetti, è ancora lontana e poi non la vogliamo. Quindi parliamoci chiaramente di queste cose. Tuttavia per attuare la deospedalizzazione il convegno « attribuisce la maggiore importanza alla scelta della collocazione dei servizi di tutela

della salute mentale nell'ambito dell'organizzazione sanitaria territoriale. Devono essere stimolate quindi tutte le iniziative di intervento terapeutico a tempo parziale, flessibili, articolate, decentrate, che si inseriscono nel contesto dell'organizzazione stessa, giungendo a incoraggiare l'utilizzazione di strutture edilizie, eventualmente anche minime. Dopo gli interventi qui prospettati, resteranno pur sempre, in qualche misura, pazienti che abbisognano di un trattamento ospedaliero transitorio a tempo pieno; rimane ancora l'esigenza di cercare e verificare soluzioni per alcune forme di lunga assistenza. Solo a questa condizione, solo per questa gente, per questi pochi si può parlare di divisione psichiatrica negli ospedali generali, funzionanti con personale sanitario e dipendente dall'amministrazione provinciale». Mi sembra che sia la soluzione che il « Dolomiten » di questa mattina adombrava come autorevolmente ispirata nei colloqui romani. E si aggiunge anche « l'ulteriore cautela che queste divisioni psichiatriche non divengano il baricentro direzionale del complesso dei servizi di tutela della salute mentale, che deve essere collocato a monte, cioè nell'ambito della unità sanitaria locale ».

Ecco, questi sono i concetti di fondo che volevo richiamare; noi non vogliamo aspettare che il signor assessore, che pur speriamo illuminato, ci porti qui il suo disegno di legge...

FRONZA (assessore previdenza - D.C.): I sindacati dei dipendenti mi hanno chiesto di aspettare.

GOUTHIER (P.C.I.): Va bene, sa che noi siamo per l'autonomia del sindacato, l'iniziativa...

FRONZA (assessore previdenza - D.C.): Cinghia di trasmissione...

GOUTHIER (P.C.I.): No, cinghia di trasmissione! La posizione della cinghia di trasmissione l'abbiamo superata, forse anche perchè andiamo meglio divisi...

VIRGILI (P.C.I.): (*Interrompe*).

GOUTHIER (P.C.I.): riteniamo che sia importante discutere il problema, discuterne subito, sensibilizzarci a vicenda, per il modesto contributo che io ho potuto dare, parlarci chiaramente, perchè se una preoccupazione noi abbiamo, penso non soltanto su questo aspetto, su questo momento organizzativo, anche su quello generale, è quello di un distacco che noi abbiamo con l'opinione pubblica su questi problemi, che falsamente si sentono da un punto di vista empirico, perchè il poveraccio soffre, o si vedono nell'empireo del tecnicismo e della speculazione. Sarà compito anche nostro quello di far sì che questa tematica, che è una tematica di fondo, sia una tematica il più possibile acquisita dai larghi strati di popolazione, perchè noi potremo legiferare bene e seriamente e durevolmente solo se risponderemo e verremo incontro agli interessi di fondo che oggettivamente vengono maturando, come abbiamo visto, non soltanto nel nostro Paese ma in tutto il mondo.

(Assume la Presidenza il Vicepresidente Dejaco).

PRESIDENTE: Ci sono pochi minuti. La parola alla cons. Gebert.

GEBERT-DEEG (S.V.P.): Herr Gouthier wird erlauben, daß ich als Assessor für Gesundheitswesen und der Südtiroler Volkspartei zugehörig auf den gesundheitlichen Aspekt hinweise.

Ich darf mit einem Satz beginnen, der mir bei der Eröffnung des Wahlkampfes in

der Bundesrepublik auffiel: « Es muß mehr für die Gesundheit getan werden! » Wenn in einem Wahlkampf für den Bundestag oder für andere Staatswahlen die heißesten Probleme aufgegriffen werden und derartige Schlagzeilen in den Vordergrund gestellt werden, so ist dies ein Zeichen, daß die Frage der Gesundheit heute ein Anliegen nicht nur der politischen Vertreter, sondern der ganzen menschlichen Gesellschaft ist. Ich habe zur gleichen Zeit in einer führenden Wirtschaftszeitung, die volkswirtschaftliche Fragen behandelt, einen Artikel gefunden, in dem von « kranken Krankenhäusern » gesprochen wird. Also nicht nur im sozialen und sanitären Bereich sondern auch auf jenem der Wirtschaft muß man sich heute voll und ganz mit der Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit, der Gesundheit und damit auch der Leistung des einzelnen und schließlich mit dem Krankenhauswesen und den damit verbundenen Diensten befassen. Aufgrund dieser Tatsache ist es selbstverständlich, daß auch bei uns ein Gesetz, das, wie das Krankenhausgesetz, einschneidend in die Gesundheitspolitik eingreift, Wellen schlägt und Diskussionen hervorruft. Ich kann mich über diese auch in unserer Region und in unserer Provinz aufgetretenen Merkmale nur freuen, es ist ein Zeichen der Aufgeschlossenheit zu diesen Problemen, weil nur das, was nicht interessiert, ohne Erregungen zur Kenntnis genommen wird.

Ich kann nicht auf alle Fragen des Rechts und der Sicherung des Proporzus usw. eingehen. Ich glaube nur, daß uns die Möglichkeit der regionalen Gesetzgebung, die wir als einzige Region besitzen, deshalb gegeben wurde, damit auch die Rechte der Volksgruppen gewahrt bleiben; sonst kann ich mir nicht erklären, wieso ein derartiges politisches Recht grundsätzlich gegeben wird. Ich darf jedoch den

Herrn Assessor auf einige Aspekte aufmerksam machen, die mir für die Weiterführung der begonnenen Diskussionen wesentlich erscheinen. Ich möchte vorausschicken, daß das Krankenhausgesetz ein Teil der Gesundheitspolitik ist. Wenn man glaubt, daß mit dem Krankenhausgesetz die gesamte Gesundheitspolitik abgeändert werden kann, dann tut man dem Krankenhaus unrecht, weil dasselbe ein Dienst und eine Möglichkeit zur Verwirklichung der Gesundheitspolitik ist; es ist ein wichtiger, ein fundamentaler Dienst, aber nicht die Verkörperung der Gesundheitspolitik in sich. Ich habe noch das Wort vor mir: « Kranke Krankenhäuser ». Vielleicht müssen wir uns gerade bei der Behandlung eines Krankenhausgesetzes das Bild eines modernen Krankenhauses vorstellen, was Herr Gouthier in bezug auf das Krankenhaus für psychiatrische Behandlung versucht hat. Ich glaube aber, daß derartige Korrekturen der Dienstleistungsmöglichkeiten am kranken Menschen das Verhältnis der Hilfsmöglichkeiten zwischen Arzt und Mensch — ob gesund, krank oder vorbeugend — ändern. Wir müssen auch das Bild des alten Krankenhauses abändern und sehen, wie, erstens, die Fragen der Stellen für Primärärzte geregelt werden können, welche und wo dieselben eingerichtet werden müssen. Ich denke zum Beispiel daran, wieviele Kinderabteilungen bei uns fehlen, und ich sage bewußt « fehlen », denn wir haben deren zu wenig. Wieviel Stellen für Primärärzte sind erforderlich und wo müssen sie eingerichtet werden? Wo muß also ein Zentrum vorgesehen werden, daß diese Gesundheitsdienste bis in die entferntesten Ortschaften des Landes hinausgetragen werden, so daß auch der hoch oben wohnende Bergbewohner noch die Möglichkeit hat, diese primären Dienste auszunützen. Ich denke hier vor allem an die Kinder. Nicht nur in Bozen

fehlt eine derartige Abteilung, weshalb auch außerhalb des Krankenhauses nichts getan werden kann. Es ist keine Anklage, aber wir müssen diese Lage energischer aufzeigen und auch im Gesetz konkretisieren. Soweit die Frage bezüglich der Lage der Dienstleistungsmöglichkeiten dieses Krankenhauses und auch bezüglich der internen Struktur der Krankenhäuser! Heute wird viel darüber gesprochen — um ein Beispiel aus irgendeinem Bereich zu nennen —, ob die Neugeborenen von der Mutter wegkommen oder bei derselben bleiben sollen. Ich meine, das sind Fragen, die sehr tief in das menschliche Verhalten und in das Verhältnis zwischen Mutter und Kind von der ersten Stunde an eingreifen. Eine weitere Frage lautet: « Sollen wir die Tumorkranken alle in einer Abteilung unterbringen? Sollen wir die Nervenkranken alle in einem Krankenhaus unterbringen? Wir haben es hierbei mit Fragen zu tun, die bei der allgemeinen Struktur der Krankenhäuser berücksichtigt werden müssen.

Die zweite wichtige Frage, die ich hier aufgreifen möchte, ist jene der Ausbildung. Das, was bei der Haushaltsdebatte gesagt wurde, möchte ich hier wiederholen: Schulen für nichtärztliche Berufe müssen dringendst auf- und ausgebaut werden. Ich meine die Schulen zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen, von medizinisch-technischen Assistentinnen, von spezialausgebildeten Krankenpflegerinnen, von Röntgenschwestern, von psychiatrisch ausgebildeten Krankenschwestern, also nicht jene für hilfropsychiatrisch ausgebildete Krankenschwestern, wie wir sie jetzt im Stadthof ausbilden müssen. Die psychiatrisch ausgebildeten Krankenpflegerinnen brauchen zwei Jahre Grundausbildung in der Krankenpflege zuzüglich der Ausbildung in Psychiatrie: dies ist erforderlich, wenn wir morgen qualifiziertes Personal haben wollen. Diese Schulen müssen

auch bei uns für die auszubildenden Kräfte kostenlos sein, so wie jede andere Berufsschule kostenlos ist. Ich bitte den Herrn Assessor, mir zu sagen, welche Ordnung zur Regelung der Fragen des Nachwuchses auf dem Gebiet der Krankenpflege-, der medizinisch-technischen und der Hilfsleistungsberufe in den Krankenhäusern vorgesehen wird.

Die Frage der Berufstitelanerkennung ist für ein Land wie das unsrige entscheidend, und sehen Sie, unsere jungen Menschen sind gezwungen, die Schule in Innsbruck zu besuchen, da es sie bei uns nicht gibt. Dieses Jahr wurde die Schule in Brixen aufgestockt; vor drei Jahren waren dort nur 17 Plätze, heuer waren es über 50 und trotzdem mußten mehr als 10 — ich sage die Zahl nicht laut —, etwas mehr als 10 Bewerberinnen abgewiesen werden, weil keine Plätze mehr frei waren. Wissen Sie, das gibt es sonst nirgends mehr in den umliegenden Staaten, daß Krankenpflegeschulen Bewerberinnen abweisen müssen, weil kein Platz frei ist. Daher glaube ich, müssen wir, solange wir so viele Mädchen haben, die diesen Beruf ergreifen möchten, die Möglichkeit der Berufsausbildung schaffen, und ich möchte eindringlichst ersuchen, im Personalgesetz die Frage der Anerkennung der Studientitel — des Berufs und/oder der Fachausbildung — vorzusehen. Dies zur Frage der Schule.

Es ist auch die Bitte an mich herangetragen worden, Kurse für Verwaltungsgremien der Krankenhäuser abzuhalten, da diese infolge der neuen Bestimmungen sich einarbeiten möchten, um dann selbständig tätig sein zu können.

Bezüglich der Nervenheilstätten möchte ich nur sagen, Herr Gouthier, daß der Landesausschuß sich mit den neuen Richtlinien für psychiatrische Gesundheitsvorsorge und -für-

sorge, wenn ich so sagen darf, ernstlich befaßt und eine eigene Studienkommission eingesetzt hat; Sie wissen, daß das erste Gespräch hier und ein weiteres in Rom stattgefunden hat und daß sich die Kommission in einigen Tagen in Bozen trifft. Hoffentlich können wir bald einen konkreten Schritt machen, um innerhalb dieser Gesamtentwicklung eine geeignete Struktur zu schaffen. Es handelt sich weniger um den Bau einer Nervenheilanstalt mit 1000 Betten; es geht vielmehr um die Hilfe für den psychisch kranken Menschen, weil alle heilbar sind und fast allen geholfen werden kann. Sie selbst haben ja von einem Minimum gesprochen. Für alle, seien es jene, die geheilt werden können, als auch jene, die nicht zu heilen sind, müssen die nötigen Strukturen geschaffen werden, die auch anders gestaltet sein können.

(Credo che il signor Gouthier non avrà nulla in contrario, se, quale assessore provinciale per la sanità, appartenente alla S.V.P. mi permetto fare qualche accenno in merito all'aspetto sanitario del problema. Innanzitutto vorrei citare una frase pronunciata in occasione dell'apertura della campagna elettorale nella Repubblica federale tedesca, le cui parole mi hanno veramente colpita: « Per la salute va fatto di più! » Se in una campagna elettorale per le elezioni del Parlamento federale tedesco o per altre elezioni politiche si sollevano più scottanti problemi e si mette in evidenza simile slogan, ciò significa che il problema della salute non è una questione che interessa esclusivamente i rappresentanti politici, bensì anche l'intera società. In quegli stessi giorni della campagna elettorale di cui sopra, ho letto in un importante giornale economico, che tratta problemi di natura economico-popolare, un articolo in cui si parla di « ospedali malati ». Dunque non soltanto nel settore so-

ciale e sanitario ma anche in quello dell'economia dobbiamo occuparci dello sviluppo della personalità umana, della salute e quindi anche del rendimento dei singoli cittadini, nonché dei problemi ospedalieri e tutti i servizi connessi.

È comprensibile perciò che una legge concernente il problema ospedaliero e che incide sulla politica sanitaria, formi oggetto di vivaci discussioni. Personalmente non posso fare altro che compiacermi che questo fenomeno si manifesti anche nella nostra Regione e nella nostra Provincia. Ciò infatti significa che sussiste una certa sensibilità per tali problemi, in quanto soltanto le cose marginali non suscitano vivaci reazioni.

Non posso entrare nel merito di tutte le questioni di diritto, dell'assicurazione, della proporzionale ecc. Credo che il potere legislativo regionale sia stato concesso esclusivamente alla nostra Regione per permetterci di tutelare i diritti di tutti i gruppi etnici, altrimenti non saprei spiegarmi in base a quale principio ci sia stato concesso un tale diritto politico. Mi si permetta però di far rilevare al signor assessore alcuni aspetti che mi sembrano essenziali al fine della continuazione della presente discussione. Vorrei premettere che la legge ospedaliera è soltanto una parte della politica sanitaria. Se noi invece riteniamo che con la legge in parola si possa modificare l'intera politica sanitaria, non attribuiamo all'ospedale la sua vera funzione, in quanto esso rappresenta un servizio fondamentale, che non realizza di per sé la politica della sanità. Ho ancora davanti ai miei occhi quelle famose parole: « ospedali malati! »

Durante la discussione di una legge ospedaliera sarebbe bene che ci raffigurassimo nella nostra mente un ospedale modello. Lei, signor Gouthier, ha cercato di farlo per l'ospedale psi-

chiatrico. Ritengo però che simili miglioramenti dei servizi mutino i rapporti fra medico e paziente, la qual cosa potrebbe diminuire la possibilità di aiuto, conforme se si tratta di guarir o di prevenire il male.

Dobbiamo quindi modificare anche il quadro del vecchio ospedale e vedere come si potrebbe innanzitutto regolare i problemi relativi all'occupazione dei posti di primario, quali posti ed in quali zone essi dovrebbero essere istituiti. Consideriamo ad esempio il problema dei reparti pediatrici che da noi ancora mancano! dico «mancano» a ragion veduta, perchè oggi come oggi ne abbiamo troppo pochi. Di quanti primariati avremmo dunque bisogno e dove dovremmo istituirli? In quali zone si dovrebbe erigere il relativo centro, affinchè questi servizi sanitari possano esser portati fin nelle più lontane zone della Provincia, per poter così assistere anche il montanaro che vive in alta montagna? Mi riferisco in particolare ai bambini. Non soltanto a Bolzano manca un reparto pediatrico, per cui all'infuori dell'ospedale non esiste alcun altro centro del genere. Questa non è un'accusa, ma dobbiamo affrontare la situazione con maggior impegno, inserendo nella legge un qualche cosa di concreto.

Questa è dunque la situazione dell'assistenza ospedaliera nonchè della struttura interna dei nosocomi! Oggi si discute molto su queste cose, come ad esempio, se sia meglio separare i neonati dalla madre o lasciarli in custodia al proprio genitore. Queste sono cose che già dalle prime ore della nascita incidono molto sulla vita di un essere e sul rapporto fra madre e bambino. Si discute inoltre se sia opportuno ricoverare tutti gli ammalati di tumore in un unico reparto e gli ammalati di nervi in un unico ospedale. Questi sono problemi che dovranno essere risolti mediante una adeguata struttura degli ospedali.

Il secondo importante problema che desidero trattare riguarda l'istruzione professionale. A tal proposito vorrei ribadire brevemente quanto è già stato detto in occasione della discussione sul bilancio: è assolutamente necessario istituire e sistemare scuole per infermiere, assistenti tecniche di medicina, infermiere specializzate, assistenti in radiologia, infermiere specializzate in psichiatria. Per quanto concerne le aiutanti in psichiatria, che vengono istruite a Stadio, il problema è già stato risolto. Tali infermiere infatti devono dedicarsi per due anni agli studi base per specializzarsi poi nel settore psichiatrico. Soltanto in questo modo potremmo disporre un domani di personale specializzato. Simili istituti professionali, come qualsiasi altra scuola del genere, dovrebbero essere completamente gratuiti. Prego pertanto il signor Assessore di volermi dire quale sia l'ordinamento previsto per la regolazione dell'intero problema concernente le leve delle professioni infermieristiche, tecniche e dei servizi ausiliari ospedalieri.

La questione del riconoscimento dei titoli professionali è determinante in una Provincia come la nostra! I nostri giovani sono costretti a frequentare la scuola infermieristica ad Innsbruck, in quanto quelle della nostra Provincia non sono sufficienti. Quest'anno è stata ampliata la scuola di Bressanone: tre anni fa i posti disponibili erano 17, quest'anno invece sono più di 50, e nonostante ciò più di 10 elementi — non oso dire il numero ad alta voce — non sono stati accettati per mancanza di posti. In nessun altro Stato vicino si verifica una simile cosa e cioè che si debbano respingere degli elementi per mancanza di posti. Finchè abbiamo delle ragazze desiderose di abbracciare la carriera della infermiera, dovremmo, credo, dar loro la possibilità di accedere alla relativa scuola professionale. A tal proposito vorrei

pregare caldamente il Consiglio di voler risolvere con la legge sul personale il problema relativo al riconoscimento dei titoli professionali, compresi quelli di specializzazione. Questo desideravo dire in merito alla scuola.

Più volte mi è stata rivolta la preghiera di voler organizzare corsi di aggiornamento per amministratori di ospedali, i quali hanno espresso di volersi impraticare sulle nuovissime disposizioni, onde poter poi svolgere la propria attività professionale in modo autonomo.

Per quanto riguarda l'ospedale psichiatrico vorrei dire, al signor Gouthier, che la Giunta provinciale ha esaminato seriamente i nuovi indirizzi per la cura e la prevenzione delle malattie mentali, insediando all'uopo un'apposita commissione di studio. Lei sa che i primi colloqui hanno avuto luogo a Roma e che la commissione in parola si riunirà fra pochi giorni a Bolzano. Speriamo di poter intraprendere in un prossimo futuro qualche cosa di concreto, per creare nell'ambito di questo sviluppo generale appropriate strutture. Non si tratta tanto della costruzione di un ospedale psichiatrico con 1.000 letti, quanto dell'assistenza all'ammalato psichico, poichè tutti possono essere guariti ed a quasi tutti si può prestare aiuto. Lei stesso ha parlato di un minimo. Per tutti dunque, sia per gli ammalati ricuperabili, come per quelli irrecuperabili si devono creare le necessarie strutture adeguate allo scopo).

(Riassume la Presidenza il Presidente Bertorelle).

PRESIDENTE: Non sono più iscritti altri consiglieri. Domani mattina daremo la parola all'assessore per la replica e quindi la discussione generale sarà chiusa. Io desideravo dire ai consiglieri che hanno emendamenti da

presentare, di presentarli in tempo, non di volta in volta quando si discute l'articolo, perchè la legge è strutturata in modo tale che è necessario anche per la Giunta avere una visione generale per poter poi prendere posizione su tutti gli emendamenti. Ne sono stati presentati già una dozzina, la maggior parte dal cons. Betta; se altri hanno intenzione di presentarli, io pregherei di presentarli subito. Fra il resto c'è anche un aspetto tecnico: tutti gli emendamenti devono essere tradotti in tedesco, e la cosa quindi si prolunga oltre il necessario anche per questi adempimenti.

Un'altra cosa volevo dire: iniziando la discussione generale ieri avevo detto che avevamo a disposizione tre giorni di questa settimana e altri due giorni della settimana prossima; quindi cinque giorni, di cui quattro pieni e uno fino alle 14. Se non che mercoledì, come i consiglieri sanno, c'è qui una importante seduta sul piano Mansholt, con esperti che vengono da Bruxelles e relativa discussione. Il tema, da quanto ho sentito interessa tutti i consiglieri, o molti di essi. Perciò il tempo a disposizione si riduce alla giornata di domani intera e alla giornata di martedì intera, per cui io mi riservo, e volevo dirlo già adesso, di fare seduta notturna domani sera, nel caso in cui si vedesse che c'è molto da fare. Quindi volevo già preavvertire specialmente i consiglieri che abitano fuori Trento, che domani sera potrà darsi che ci sia seduta notturna; la decisione definitiva la prenderemo nelle prime ore del pomeriggio, quando vedremo come va il nostro lavoro.

La seduta è tolta e rinviata a domani alle ore 10.

(Ore 18.20)

