

SENATO DELLA REPUBBLICA

V LEGISLATURA

(N. 420)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori MINELLA MOLINARI Angiola, ORLANDI, MACCARRONE Antonino, FABIANI, CINCIARI RODANO Maria Lisa, PERNA, FERMARIELLO, ARGIROFFI, MANENTI, ABBIATI GRECO CASOTTI Dolores, DI VITTORIO BERTI Baldina, DEL PACE, BRAMBILLA, DE FALCO, FARNETI Ariella, BONAZZOLA RUHL Valeria, GUANTI, GIANQUINTO, MACCARRONE Pietro, MORANINO e PIRASTU

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 GENNAIO 1969

Nuove norme per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia e piano di sviluppo degli asili-nido

ONOREVOLI SENATORI. — Presentiamo l'accluso disegno di legge con la profonda convinzione che il sistema di assistenza all'infanzia, nel suo complesso e per l'aspetto particolare inerente la nascita e il primo sviluppo del bambino cui la proposta si riferisce, sia una delle grandi questioni della organizzazione sociale del Paese che deve essere, senza ulteriori ritardi, affrontata e risolta.

La delicatezza e l'importanza dei compiti dello Stato per lo sviluppo sano ed armonico delle nuove generazioni — tanto più in una situazione come la nostra in cui le esigenze suscitate dallo squilibrato sviluppo produttivo si intrecciano con le antiche piaghe non risanate della miseria e della arretratezza — rendono particolarmente grave l'incapacità finora dimostrata dalle forze politiche dirigenti di affrontare la questione nei termini che la realtà richiede.

Siamo, anche in questo campo, in ritardo; un ritardo di quasi 20 anni.

La Costituzione, infatti, sancendo nei rapporti etico-sociali il dovere dello Stato di proteggere la maternità, l'infanzia e la gio-

ventù (art. 31), di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 32) e attribuendo nell'ordinamento dello Stato il potere anche normativo in materia di assistenza sociale e sanitaria alle Regioni (art. 117), ha posto le basi di un sistema di assistenza all'infanzia profondamente nuovo rispetto alla situazione lasciata dal fascismo, fondato su principi moderni e su un assetto funzionale e strutturale corrispondente alle esigenze della società e dello Stato democratico.

Sulla via rinnovatrice della Costituzione si è sviluppata fin dagli anni '50 l'azione delle Province per rivendicare la gestione unica dei servizi di medicina preventiva e sociale, in particolare quelli inerenti l'assistenza alla maternità e all'infanzia, con la fine della discriminazione giuridico-amministrativa tra bambini legittimi e illegittimi e l'unificazione nelle Province dei compiti gestiti dall'ONMI, dagli enti locali, dalla congerie di istituzioni operanti senza ordine e senza controllo.

L'esigenza di affrontare il problema in modo avanzato e organico attraverso un radica-

le rinnovamento di indirizzi e di strutture appariva, già allora, così urgente che il Senato, nel dicembre 1955, rifiutava unanimemente l'esame di una proposta governativa per la ricomposizione degli organi direttivi dell'ONMI ritenendola non corrispondente alla reale portata della questione e impegnando il Governo « a presentare al più presto un disegno di legge organico onde affrontare integralmente il problema della assistenza alla maternità e all'infanzia mediante provvedimenti ed organi rispondenti nelle forme più democratiche ai veri bisogni dell'infanzia e alle esigenze del Paese » (1).

L'impegno non è stato mantenuto nè da quel Governo nè da quelli che seguirono.

Le richieste e le pressioni del Paese sono state lasciate cadere. Numerose proposte di legge di iniziativa parlamentare sostanzialmente innovatrici in materia (2) sono rimaste giacenti per due legislature alla Camera e al Senato. Nè sono state messe in discussione le relazioni della Corte dei conti al Parlamento sul controllo degli enti sovven-

(1) Seduta del 15 dicembre 1955 — Senato — Discussione sul disegno di legge governativo: « Composizione degli organi direttivi dell'ONMI », II leg. - 322.

(2) Proposta di legge Dal Canton, Montini, Berloffia ed altri: « Protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia » - III legislatura, Camera - 24 luglio 1959, n. 1527.

Proposta di legge Viviani, De Lauro Matera ed altri: « Riforma dell'assistenza alla maternità e infanzia » - III legislatura, Camera - 3 giugno 1960, n. 2236.

Proposta di legge Minella, Rodano, De Lauro Matera ed altri: « Istituzione del servizio degli asilnido per la vigilanza e la prevenzione dei bambini fino a 3 anni - III legislatura, Camera - 8 febbraio 1962, n. 3628.

Proposta di legge Dal Canton, Cocco ed altri: « Riabilitazione dei soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità psichiche » - IV legislatura, Camera - 15 giugno 1964, n. 1467.

Proposta di legge Minella ed altri: « Nuove norme per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia e piano decennale per lo sviluppo degli asilnido » - Senato, IV legislatura - 23 gennaio 1965, n. 967.

Proposta di legge d'iniziativa popolare: « Istituzione del servizio sociale degli asilnido per i bambini fino ai 3 anni » - Senato - 26 febbraio 1965, n. 1043.

zionati dallo Stato (3) contenenti, specie nei riguardi dell'ONMI, riserve e osservazioni di peso. La situazione è divenuta, così, di anno in anno, di rinvio in rinvio, più difficile. Si è accelerato il deterioramento e l'anchilosi delle vecchie istituzioni, particolarmente dell'ONMI; sempre più grave si è fatto il ritardo dell'intervento pubblico in rapporto al premere drammatico e all'evolversi delle esigenze sanitarie e sociali.

Nuove esigenze assistenziali — Mortalità e morbilità infantile.

Basterebbe pensare alla situazione della mortalità e morbilità infantile, specie nel primo anno di vita, che è uno dei banchi di prova del livello di civiltà di ogni nazione.

Tale situazione, pur tenendo conto della sensibile riduzione dei livelli, non può soddisfare nel nostro Paese se paragonata alle possibilità che oggi offrono la scienza e la tecnica e ai risultati conseguiti dalle altre nazioni evolute di cui una parte ha ormai ridotto da tempo il tasso di mortalità infantile al di sotto del 20 per mille; la parte maggiore ha raggiunto un quoziente tra il 20 e il 30 per mille, mentre l'Italia è ancora sensibilmente al di sopra di tale livello, con differenze gravi fra regione e regione (4).

(3) Relazione della Corte dei conti al Parlamento, sulla gestione finanziaria per gli anni 1951-1960 degli Enti sovvenzionati dallo Stato - Senato, III legislatura - Documento n. 88 - 18 gennaio 1962.

Relazione della Corte dei conti al Parlamento sulla gestione finanziaria per gli anni 1961-1965 degli Enti sovvenzionati dallo Stato - Senato, IV legislatura - Documento n. 29-206 - 24 aprile 1967.

(4) Dall'Annuario di statistica sanitaria, 1968 - Istituto centrale di statistica:

Morti nel primo anno di vita (per il 1965):

maschi	39,93 ‰
femmine	31,89 ‰
media	36,02 ‰

Alcune differenze regionali (per il 1966):

Veneto	25,54 ‰
Toscana	25,03 ‰
Umbria	26,05 ‰
Emilia	28,49 ‰
Calabria	46,81 ‰
Puglie	48,68 ‰

LEGISLATURA V — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Nonostante, infatti, lo sviluppo produttivo ed economico, negli anni più recenti il ritardo in confronto agli altri Paesi industriali europei si è accentuato, pur partendo l'Italia da livelli e da squilibri assai più arretrati, con un margine, quindi, di comprimibilità e di perequabilità che avrebbe dovuto permettere ed esigeva risultati assai superiori. Poichè è noto che, al di sopra di un certo grado di sviluppo economico, la mortalità infantile, per la quota non strettamente legata a cause biologiche, è conseguenza di un complesso di problemi riguardanti la vita del bambino nell'ambito della collettività e quindi anche delle carenze ambientali, igieniche, alimentari, cui l'infanzia resta esposta, un così insufficiente ritmo di decremento denuncia l'inadeguatezza dell'intervento pubblico in Italia a tutela della maternità e della prima infanzia.

Secondo il parere del Consiglio superiore di sanità ci sarebbe ampio margine in Italia

Campania	48,98 ‰
Basilicata	51,45 ‰

Dati comparativi fra alcuni Stati (per il 1965):

Svezia	14,2 ‰
Olanda	14,8 ‰
Norvegia	16,4 ‰
Finlandia	17 ‰
Danimarca	18,7 ‰
Svizzera	18,9 ‰
Australia	19 ‰
Inghilterra	19 ‰
Nuova Zelanda	19,1 ‰
Francia	19,3 ‰
Giappone	20,3 ‰
Cecoslovacchia	21,4 ‰
Israele	23,9 ‰
Scozia	24 ‰
Canada	24,6 ‰
Stati Uniti	24,7 ‰
Germania federale	25,2 ‰
Belgio	25,3 ‰
Repubblica dem. tedesca	28,3 ‰
Bulgaria	32,8 ‰
Grecia	35,8 ‰
ITALIA	36,02 ‰
Ungheria	39,9 ‰
Polonia	47,7 ‰
Venezuela	50,1 ‰
Messico	64,4 ‰
Filippine	67,4 ‰
Portogallo	68,9 ‰
Jugoslavia	75,8 ‰

per scendere al livello di mortalità infantile del 25-20 per mille: 8.000-10.000 bambini potrebbero non morire ogni anno se ci fossero interventi profilattici adeguati, in ogni regione del Paese, capaci di influire decisamente sui fattori infettivi e dietetici nel primo anno di vita. Per non parlare della fondamentale importanza sanitaria di una efficace opera di assistenza psico-sociale verso la madre nonchè di prevenzione e assistenza psico-medico-pedagogica verso il bambino tesa a limitare il drammatico fenomeno, così diffuso e così poco ancora contrastato, della infanzia subnormale o ritardata o disadattata garantendo un sano sviluppo non solo fisico ma anche psicologico e intellettuale.

Siamo quindi di fronte ad una seria insufficienza dell'azione preventiva sanitaria e mentale specializzata. E ciò in contrasto con l'evoluzione della concezione generale della sanità da sistema per curare a sistema per prevenire, per una tutela preventiva della salute umana che non può non avere il suo primo momento essenziale nella prevenzione inerente il periodo della formazione e dell'inizio della vita.

Condizione della donna e servizi sociali.

La necessità dell'adeguamento dell'assistenza alla maternità e all'infanzia non deriva, tuttavia, solo dal dramma della mortalità e della sofferenza infantile e dall'esigenza di una organica e qualificata prevenzione imposta dal progresso delle concezioni e dei sistemi sanitari.

Essa scaturisce anche, irresistibilmente, dalle trasformazioni profonde dell'organizzazione familiare e della vita della donna, dalla sua condizione umana, giuridica, economica nella società di oggi, dalla consapevolezza dei suoi diritti fondamentali.

Due aspetti ci pare si impongano in questo senso. Quello relativo alla libertà e alla parità che spetta alla donna nella famiglia, sulla base di una concezione moderna e democratica della condizione femminile e del diritto familiare quale quella che ormai è matura anche in Italia e che esige la piena eguaglianza morale e giuridica dei coniugi, la volontarietà della scelta e la consapevo-

lezza come fondamento della famiglia, il superamento delle discriminazioni tra i bambini in relazione alla loro nascita dal o fuori del matrimonio.

A tali fini si collegano aspetti non secondari di una moderna e democratica concezione della assistenza alla maternità e all'infanzia, sia per quanto riguarda la fine dell'ancora vigente differenziazione tra assistenza ai bambini legittimi e illegittimi, sia per quanto riguarda l'azione di consulenza e di educazione genetico-sanitaria che deve tener conto delle nuove esigenze etiche e sociali, garantendo alla donna il diritto ad una maternità non solo sana e sicura ma libera e consapevole e ai coniugi le condizioni più atte a favorire l'effettiva volontarietà, la comune decisione della procreazione dei figli.

Il secondo aspetto è quello che si riferisce alle nuove esigenze della organizzazione della vita familiare in generale e, in particolare, in rapporto al diritto al lavoro della donna: allo sviluppo e alle condizioni dell'occupazione femminile, al doppio lavoro — domestico e extradomestico — della donna lavoratrice, su cui pesa una duplice, logorante responsabilità specie quando diventa madre.

Nella relazione al precedente progetto di legge presentato dal gruppo comunista nella passata legislatura cui l'attuale proposta, pur con notevoli modificazioni, si ricollega (5), è già stato ampiamente illustrato il movimento di lotte, di dibattiti, di proposte, di iniziative politiche, sindacali parlamentari, mediche, culturali, che si sono andate sviluppando nel corso dell'ultimo decennio sui problemi dell'occupazione e della salute della donna, occupazione e maternità, diritto al lavoro e diritto alla famiglia, avanzando, come una delle rivendicazioni fondamentali, quella di un nuovo sistema di moderni servizi di assistenza sociale, in particolare degli asili-nido.

A tali note rimandiamo i colleghi, limitandoci a sottolineare l'importanza di alcuni

(5) Disegno di legge: « Nuove norme per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia », d'iniziativa dei senatori Minella Molinari Angiola, Maccarrone, Perna ed altri, presentato al Senato il 23 gennaio 1965, n. 967.

fatti recenti che fanno dell'aspirazione così largamente sentita ad un nuovo indirizzo e sviluppo dei servizi dell'assistenza alla maternità e all'infanzia anche in rapporto alla condizione della donna e al lavoro femminile, un preciso, urgente impegno politico e legislativo per il Governo e per il Parlamento.

Ci riferiamo alla convergenza di posizioni e di iniziativa raggiunta dalle tre maggiori organizzazioni sindacali: CGIL, CISL e UIL sulla riforma della tutela della lavoratrice madre, in particolare di quella parte che si riferisce al diritto della lavoratrice all'asilo-nido per i propri figli. Esprimendo unitariamente l'esigenza delle lavoratrici, manifestatasi anche in imponenti manifestazioni di lotta sindacale, nonchè nell'azione tenace di associazioni femminili, sociali (6) e di enti locali, la CGIL, la CISL e la UIL hanno elaborato una soluzione comune che si è tradotta in proposte di legge avanzate recentemente al Parlamento (7). Tali proposte, prevedendo un piano quinquennale di asili-nido comunali e l'istituzione di un fondo nazionale alimentato dal concorso sia dello Stato che dei datori di lavoro mediante il quale concedere ai Comuni speciali contributi per la costruzione e la gestione dei nidi, non solo offrono una concreta e immediata possibilità di superamento del ritardo e della paralisi in merito a tali specifici presidi, ma sollecitano la riforma di tutto il sistema dell'assistenza alla maternità e infanzia nel cui rinnovamento le proposte dei sindacati già si collocano.

Alla stessa conclusione è pervenuta, d'altra parte, anche la Conferenza nazionale sui problemi dell'occupazione femminile tenutasi a Roma dal 3 al 5 marzo 1968 per inizia-

(6) Citiamo, in particolare, l'UDI e le ACLI.

(7) Proposta di legge: « Piano quinquennale per l'istituzione di asili-nido comunali con il concorso dello Stato », d'iniziativa dei deputati Novella ed altri, n. 796 - Camera.

Proposta di legge: « Piano quinquennale per la istituzione di asili-nido comunali con il concorso dello Stato », d'iniziativa dei deputati Storti ed altri, n. 805 - Camera.

tiva del Ministero del bilancio e della programmazione economica, con la partecipazione dei più importanti movimenti femminili, delle forze sindacali, di importanti centri di studi economici e sociali. La relazione svolta a nome della 2ª Commissione dal direttore dell'Istituto di studi per la programmazione economica, rilevando come rappresentino motivo di viva preoccupazione il prevalere dell'occupazione femminile nei settori dove il lavoro è notoriamente caratterizzato da elementi di precarietà, l'accentuata mobilità, la diffusa instabilità della mano d'opera femminile e la conseguente elevata percentuale di lavoratrici che interrompe il lavoro dopo un ciclo di 8-10 anni di partecipazione alla produzione, sottolinea che le difficoltà che ostacolano il lavoro della donna potrebbero essere superate essenzialmente con orari meno gravosi per tutti, l'attuazione della scuola integrata e « con l'istituzione di adeguati servizi sociali per porre la donna in condizione di far fronte alla sua duplice responsabilità familiare ed extra-familiare », rilevando a tal fine « l'importanza fondamentale di una moderna organizzazione di assistenza sociale onde poter disporre di una vasta rete di asili-nido convenientemente ubicati nei centri residenziali ». Tale valutazione il Ministro del bilancio e della programmazione ha rinnovato nel discorso conclusivo della Conferenza « prendendo atto dell'orientamento univoco scaturito nel dibattito su un gruppo di richieste concrete, prima delle quali l'istituzione del servizio e lo sviluppo degli asili-nido » che il Ministro ha indicato come « scelta di priorità assoluta per la prossima legislatura ».

In tal senso la Conferenza ha riconfermato la validità della decisione sancita, per questo specifico aspetto, dalla legge del programma quinquennale economico (8) il cui articolo 92 — capitolo VII « Sicurezza sociale » — dispone che « sia garantito il servizio degli asili-nido su tutto il territorio nazionale onde facilitare l'accesso delle donne al lavoro ed ottenere un più armonico e sano svilup-

po psico-fisico dell'infanzia » e a tal fine prevede la costruzione nel quinquennio 1966-1970 di almeno 3.800 asili-nido per 145.000 bambini, a spese dello Stato e dei Comuni. Si prevede che gli asili vengano gestiti dai Comuni e il controllo sanitario espletato dalle Unità sanitarie locali che la stessa legge del piano indica, nel quadro del Servizio sanitario nazionale, quali fondamentali centri sanitari di base riassunti in un'unica struttura le competenze e le funzioni che attualmente si ripartiscono tra un numero notevole di organismi diversi. Siamo, infatti, di fronte alla affermazione della necessità e all'impegno per un nuovo indirizzo sanitario generale che unifica prevenzione, cura e recupero, nel comune fondamentale scopo di prevenire la malattia e mantenere la salute dell'individuo per tutto l'arco della vita, secondo un moderno concetto di globalità della salute cui corrisponde la globalità dell'intervento, garantita appunto strutturalmente dalla Unità sanitaria locale: centro unificante amministrativo e tecnico-funzionale, emanante dall'ente locale, che copre l'intera gamma dei settori di intervento, coordina e integra le varie branche specializzate e nel cui ambito, quindi, debbono configurarsi anche i servizi e i presidi particolarmente dedicati alla prevenzione della maternità e della infanzia.

Ma ciò implica precisi atti innovatori anche per quanto riguarda l'organizzazione della assistenza alla maternità e alla infanzia, particolarmente alla prima infanzia, intesa come uno dei momenti essenziali di una prevenzione altamente specialistica, con aspetti più direttamente sanitari e aspetti essenzialmente sociali reciprocamente integranti, il cui assetto, a livello delle esigenze moderne, non può non esigere una riforma organica del sistema assistenziale vigente: riforma concettuale, metodologica e strutturale, che la creazione ormai imminente delle Regioni rende, a sua volta, anche istituzionalmente indispensabile e non più prorogabile.

Necessità di una profonda riforma dell'assetto attuale.

L'esperienza, d'altra parte, degli anni trascorsi dimostra che soltanto in tali termini

(8) Legge 27 luglio 1967, n. 685, di approvazione del programma economico nazionale per il quinquennio 1966-1970.

è oggi possibile affrontare i problemi della assistenza alla maternità e all'infanzia. All'interno dell'attuale sistema nessuna vera soluzione appare più attuabile: espedienti, ritocchi, misure anche razionalizzatrici di una certa importanza ma isolate e non sostanzialmente rinnovatrici risultano destinate al fallimento.

Ne è prova l'inutilità dei continui tamponamenti finanziari attuati a favore dell'ONMI secondo un indirizzo troppo a lungo imposto che si è dimostrato sterile e paralizzante, perchè, restringendo il problema, ben più complesso, della disfunzionalità dell'assistenza alla sola questione dell'ONMI e, per l'ONMI, limitandolo al solo aspetto finanziario, ha eluso la ricerca delle vere cause della crisi e, quindi, di vere soluzioni di fondo e si è tradotto in un impegno crescente di denaro pubblico senza alcun effettivo miglioramento nè per l'adeguamento generale dell'assistenza allo sviluppo dei bisogni, restando mezzi ed energie impegnati in un sistema ormai superato ed impotente, nè per lo stesso stato dell'Opera aggravatosi incessantemente sul piano sia assistenziale che amministrativo.

Certo, l'adeguamento del finanziamento statale per l'assistenza alla maternità e alla infanzia è problema importante, nel quadro di una nuova impostazione della spesa pubblica che miri a tradurre lo sviluppo produttivo ed economico del Paese in corrispondenti conquiste di benessere civile e di sicurezza sociale: fine per il quale un efficiente sistema di prevenzione e di protezione della infanzia deve disporre di mezzi adeguati alla delicatezza dei compiti, alla complessità delle esigenze, alle grandi ma costose possibilità che offrono anche in tale campo la scienza e la tecnica.

Nè, d'altra parte, la spesa pubblica destinata oggi all'assistenza alla maternità e all'infanzia — di cui, tuttavia, per limitarci al settore della prima infanzia, i 24.500 milioni iscritti nel bilancio del Ministero della sanità per l'ONMI non rappresentano che una parte, dovendosi aggiungere i continui contributi straordinari dello Stato e la spesa che per l'Opera sostengono ogni anno gli enti locali oltre alle non calcolabili contri-

buzioni statali disperse nelle forme e nelle direzioni più varie — appare corrispondente alla misura, quantitativa e qualitativa, delle esigenze.

Ma il problema del finanziamento non può porsi, secondo noi, indipendentemente dalla analisi più generale del sistema; in funzione, quindi, di scelte di indirizzo precise, di programmi di sviluppo concreti, nel quadro di un sistema di assistenza i cui principi ideali, i cui metodi tecnici e scientifici, la cui struttura direzionale e operativa, corrispondendo all'effettiva realtà del Paese, assicurino la massima funzionalità e il massimo rendimento sociale, anche dal punto di vista dei costi.

L'inefficienza di misure non solo finanziarie ma anche modificatrici, che non si inquadrino in una scelta e in un impegno preciso di riforma, risulta ancora considerando i risultati della recente legge che ha sostituito i commissari provinciali dell'ONMI con comitati collegiali presieduti dall'Amministrazione provinciale, con rappresentanze elettive di maggioranza e di minoranza (9). Si tratta di una misura che, se ha rotto l'immobilismo precedente e presenta dei caratteri di democratizzazione, isolata e limitata come è rimasta, creando centri periferici più collegiali e democratici ma completamente privi di potere e di mezzi autonomi, chiusi all'interno di una struttura verticale, autoritaria, burocratica, come è l'ONMI, ben lungi dal costituire un punto di attacco per le riforme è rimasta una legge marginale che ha rinviato ancora una volta la vera modifica del sistema attuale e che non ha dato e non può dare risultati reali se non approfondire, come già avviene, la contraddizione tra sistema e bisogni, tra iniziativa autonoma democratica e accentramento burocratico, contraddizioni di cui gli stessi comitati di nuova costituzione si rendono consapevoli ed esprimono, promanando, così, anche dall'interno dell'ONMI, la spinta sia a nuovi principi assistenziali che ad un vero decentramento di poteri e di funzioni.

(9) Legge 1° dicembre 1966, n. 1081: « Modifiche concernenti l'ordinamento dell'ONMI ».

Principi e metodi superati.

Le leggi, infatti, vigenti in materia, vecchie di 30-40 anni (10), sono ancora fondate sul principio della caritatività, dell'assistenza pubblica come « aiuto » sussidiario, facoltativo, per i più poveri e sventurati.

Ne derivano indirizzi e metodi altrettanto arretrati, per un'azione assistenziale come quella spettante all'ONMI prevalentemente generica e destinata ai soggetti più disparati: madri sane e madri malate; latitanti, divezzi, fanciulli, adolescenti fino ai 18 anni, sani o predisposti, normali o fisicamente e psichicamente anormali; fanciulli materialmente e moralmente abbandonati, orfani, minorenni travati o delinquenti, vagabondi; minori occupati al lavoro, eccetera; con i compiti più diversi: assistenziali, protettivi, preventivi, repressivi; di intervento, di vigilanza, di coordinamento, sul piano sanitario e sociale, perseguiti in forma ancora in larga misura (sussidi alle famiglie, elargizioni in natura, ricoveri in ospizi privati, eccetera) indiretta.

A tali principi e indirizzi superati corrisponde un'organizzazione strutturale anche essa, come già abbiamo sottolineato, invecchiata e non più adeguabile alle necessità di oggi.

Anzi, proprio la struttura, per la sua estrema frammentazione e per il verticalismo burocratico dominante, costituisce, a nostro avviso, il problema nodale della riforma.

Caotica molteplicità di poteri.

Il tentativo fatto dal fascismo, attraverso la creazione di un ente fortemente centralizzato con struttura periferica federativa, l'ONMI, di monopolizzare l'assistenza alla maternità e all'infanzia integrando nel re-

gime le istituzioni private religiose e laiche e la stessa iniziativa delle amministrazioni locali, non è riuscito essendosi l'ONMI, per la resistenza degli enti, aggiunta e sovrapposta alla rete di istituzioni che avrebbe dovuto dirigere e assorbire. La situazione è diventata, dopo il fascismo, ancora più macchinosa e dispersiva, per la mancata riforma, e per la pratica del sottogoverno e della strumentalizzazione politico-elettorale della assistenza che ha provocato negli ultimi venti anni un'ulteriore proliferazione di enti e di poteri: statali, parastatali, locali; pubblici, semipubblici, privati, che si sovrappongono e contrappongono agendo, con contributi dello Stato, ciascuno per suo conto, caoticamente.

« Al centro, oltre gli speciali uffici ministeriali (quasi ogni Ministero ha interne o esterne competenze per l'infanzia), incontriamo una varietà indefinita di enti, opere, fondazioni ed istituzioni nazionali, enti convenzionati, oltre alle organizzazioni private, tutti con sedi e strutture proprie, con una gerarchia verticale e autonomi apparati burocratici che si estendono alla periferia: una sorta di tela di ragno che si allarga sul Paese e nella quale resta imprigionata la gran parte delle risorse destinate all'assistenza all'infanzia senza che si possa conoscere la misura e il modo d'impiego: onde interferenze, dispersioni ed anche conflitti, mentre ogni tentativo di introdurre miglioramenti e modificazioni, perfezionamenti tecnici, più avanzati indirizzi di assistenza, quantunque non manchi in Italia l'impegno delle persone di buona volontà e la competenza degli esperti, viene frustrato » (11).

Per valutare l'assurdità di tale frammentazione, denunciata da molti anni anche in Parlamento come una delle cause fondamentali dell'alto costo e della improduttività dell'assistenza (12), basterebbe pensare alla divisione tra assistenza all'infanzia legittima

(10) Testo unico 24 dicembre 1934, n. 2316, di coordinamento delle leggi 10 dicembre 1925, n. 2277; 5 gennaio 1928, n. 239; 13 aprile 1933, n. 298, per l'assistenza alla maternità e all'infanzia.

Legge 8 maggio 1927, n. 798: « Servizi di assistenza per i fanciulli illegittimi ».

(11) Vedi relazione al progetto di legge: « Riforma dell'assistenza alla maternità e infanzia », dei deputati Viviani ed altri - Camera - giugno 1960.

(12) Vedi: onorevole Lodovico Montini: « Organi ed enti di assistenza pubblica » - Relazione al 13° volume dell'inchiesta parlamentare sulla miseria - Camera - 1953.

LEGISLATURA V — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

spettante all'ONMI e assistenza all'infanzia illegittima spettante alle Province, aggravata da una ulteriore ripartizione fra illegittimi totali e illegittimi ... a metà, riconosciuti dalla sola madre, i primi a completo carico della Provincia, i secondi ulteriormente suddivisi per la spesa tra Provincia, Comune e ONMI (13).

E per valutare fino a che punto, in un sistema così dispersivo, può giungere non solo la confusione delle competenze ma anche la polverizzazione dei contributi dello Stato, basterebbe pensare a quanto avviene, per esempio, nella attribuzione dei proventi delle lotterie nazionali per quella parte destinata « ad enti aventi finalità sociali e assistenziali », per cui, per esempio, poco più di un miliardo di provento della Lotteria di Agnano per il 1968 è stato suddiviso fra più di 700 enti, alcuni dei quali definiti dalla stampa « insospettiti e quanto mai bizzarri » (14). Notizia marginale, se si vuole, ma significativa di una situazione cui si collegano fatti politici di ben maggiore rilievo, quali le già citate relazioni al Parlamento della Corte dei conti sugli enti sovvenzionati dallo Stato ed, in particolare, sull'ONMI; quali le iniziative parlamentari e di stampa circa l'esonero fiscale degli enti di beneficenza, istruzione e culto (15) che hanno riaperto con forza il problema della qualifica, finalità, efficienza degli enti di assistenza, dell'impiego delle risorse. E soprattutto il problema del controllo.

Particolarmente per quanto riguarda il delicato settore dell'assistenza all'infanzia, l'indignazione suscitata ancora recentemente dalle denunce giudiziarie per la gestione obbrobriosa di istituti per l'infanzia e le condizioni in cui sono stati trovati i bam-

(13) Legge 13 aprile 1933, n. 312.

(14) Vedi « Il Messaggero » - 13 gennaio 1969, pag. 14.

(15) Relazione generale della 5ª Commissione del Senato sulle relazioni della Corte dei conti - Documento n. 29-A - 31 ottobre 1967, Senato.

Articoli sulla rivista « Astrolabio », nei numeri di agosto e settembre 1968.

bini ospitati (16); gli accorati appelli della Associazione delle famiglie adottive (17) e le inchieste promosse da magistrati (18) circa l'evasione della legge sull'adozione (19) da parte di istituti privati ospitanti bambini senza genitori, per non parlare della quindi-cennale non applicazione della legge per la tutela delle lavoratrici madri per quanto riguarda il diritto all'asilo-nido (20), ci ripropongono drammaticamente il problema del controllo della applicazione delle leggi per la infanzia e degli istituti che per essa operano; controllo non solo amministrativo ma di merito sulla gestione e i metodi assistenziali ed educativi, che le leggi vigenti attribuiscono all'ONMI (21), ma che l'ONMI, pur disponendo di ampi poteri nè implicando tale funzione oneri finanziari ma solo volontà e capacità politica, ha dimostrato di non essere in grado di adempiere, nè verso gli altri nè verso sè stessa, come dimostra lo scandalo delle gestioni commissariali del Comitato romano dell'ONMI e la denuncia dei dirigenti per reati di peculato e interesse privato in pubblici uffici, protrattisi per anni senza il minimo intervento dell'Opera centrale (22).

(16) Vedi i casi della clinica Sant'Orsola di Cantanzaro per bambini spastici; dell'istituto dei « Celestini » di Prato; le situazioni denunciate a Modena per gli istituti « Charitas », « Vita serena », « Gerosa » e « Villa Giardini ».

(17) Dall'intervista al settimanale « Oggi » del presidente dell'Associazione famiglie adottive, settembre 1968, risulta che « al 31 maggio 1968, venti tribunali per i minorenni avevano dichiarato appena 1.252 stati di adottabilità e predisposti appena 360 affidamenti preadottivi » e ciò soprattutto perchè « gran parte delle istituzioni private e delle varie opere pie che ospitano bambini senza famiglia non adempie agli obblighi di legge per la denuncia dei minori ricoverati e assistiti ».

(18) Per esempio: dal Procuratore generale della Corte di appello di Caltanissetta - gennaio 1969.

(19) Legge 5 giugno 1967, n. 431.

(20) Legge 26 agosto 1950, n. 860.

(21) Regio decreto 15 aprile 1926, n. 718 - art. 100.

(22) Dall'atto d'imputazione del giudice istruttore nei confronti del dottor Amerigo Petrucci, ex commissario della Federazione ONMI di Roma, risulta che l'imputato: « Distraeva a profitto proprio e di altri, per importi notevoli, somme dell'ente che erogava in forma di assistenza indiretta senza che ne ricorressero le condizioni perseguendo

Concordiamo, quindi, con il giudizio sancito nella legge del programma di sviluppo economico per il complesso della sicurezza sociale, secondo cui occorre riformare l'attuale sistema « nel quale la dispersione delle competenze, la molteplicità degli enti gestori, la difformità dei criteri di erogazione delle prestazioni, la dispersione e la polverizzazione delle forze ostacolano il conseguimento di un soddisfacente grado di efficienza e di equità nonostante l'elevato costo che grava sulla collettività » (23) e riteniamo che, a 4 anni dall'approvazione del piano, è ormai tempo che tale impegno si traduca in atti, particolarmente nel campo dell'assistenza all'infanzia dove costi, inefficienze e sperequazioni diventano sempre più gravi.

Accentramento e autoritarismo burocratico: l'ONMI.

Tale rinnovamento non appare tuttavia possibile se, insieme al problema del coordinamento delle attività e dell'unificazione della direzione e del funzionamento, non si affronta con coerenza e con chiarezza il problema del decentramento e della democratizzazione della struttura principale, il problema, cioè, dell'ONMI.

Il processo di crisi che da anni paralizza l'Opera non appare, infatti, soltanto grave, ma inarrestabile e progressivo: fatto non contingente e superabile con misure organizzative o finanziarie nell'ambito del quadro attuale, ma patologico ed organico, inerente alla natura stessa dell'Opera in quanto struttura verticale, autonoma, accentrata e perciò inevitabilmente corporativa ed isolata, burocratica ed autoritaria, pesante e costosa, in contrasto con le esigenze sempre più incalzanti di funzionalità e di efficienza dell'assistenza moderna.

La realtà attuale dell'ONMI ci pare possa essere testimoniata dai dati seguenti — tratti

fini di strumentalizzazione politica e di personale vantaggio politico elettorale, impegnando in ciò somme di denaro di gran lunga eccedenti le disponibilità di bilancio in un ente gravato già da così ingenti disavanzi » - gennaio 1968.

(23) Legge 27 luglio 1967, n. 685 - Capitolo VII, Sicurezza sociale, articolo 70.

dalle citate relazioni della Corte dei conti e dai conti consuntivi dell'Opera allegati ai bilanci annuali di previsione dello Stato della spesa della sanità —: aumento del contributo ordinario annuo dello Stato dal 1951 al 1968 da 7 miliardi a 24 miliardi e mezzo; dieci provvedimenti di contributo straordinario, nello stesso periodo, per complessivi 28 miliardi di cui gli ultimi — di 3, di 6 e di 13 miliardi — a ripiano del passivo di bilancio; nonostante i sempre crescenti provvedimenti di ripiano, ricorrente aggravamento del disavanzo: da 2 miliardi e 500 milioni nel 1963 a 6 miliardi e 100 milioni nel 1964, a 9 miliardi e 13 milioni nel 1965, a 10 miliardi e 554 milioni nel 1966, ai 13 miliardi recentemente ripianati mentre già si sta accumulando per il 1969 un nuovo deficit di 2 miliardi; aumento delle entrate e aggravamento del disavanzo corrispondono ad un aumento non dell'assistenza ma solo del suo costo: le istituzioni dell'ONMI sono, infatti, in costante diminuzione, così come il numero degli assistiti e delle prestazioni. Alcune cifre in proposito — la riduzione dei presidi dell'ONMI di 673 unità tra il 1961 e il 1965 e di altre 255 unità nel 1967; la diminuzione delle madri assistite di 150.000 circa in meno dal 1961 ad oggi e dei bambini di 250.000 circa in meno nello stesso periodo, mentre il personale si è ristretto e le rette degli asili-nido sono andate, invece, fortemente aumentando (24) — danno, ci pare, il quadro di quanto profondo e cronico sia ormai lo squilibrio, in una situazione in cui all'aumento delle contribuzioni di pubblico denaro e delle tariffe non corrisponde neppure un inizio di risanamento amministrativo, tanto meno, di sviluppo e rinnovamento assistenziale, bensì il riformarsi sempre più massiccio del disavanzo e la contrazione sempre più grave dell'assistenza (25).

Si tratta di uno squilibrio, come già sottolineavamo, non occasionale ma strutturale, collegato al sistema di assistenza anti-

(24) Circolare della Presidenza centrale dell'ONMI, n. 738 del 4 giugno 1964.

(25) Vedi il dibattito al Senato sull'ONMI, sedute del 26 settembre e 1° ottobre 1968, per la discussione della proposta governativa: « Concessione di un contributo straordinario di 13 miliardi a favore dell'ONMI ».

quato e caotico e, come colonna portante del sistema, ad una istituzione, l'ONMI, per sua natura, oggi, ineluttabilmente, arretrata e ritardatrice: uno squilibrio di fondo che solo può essere superato da una radicale riforma anche strutturale che crei un nuovo sistema di assistenza non solo idealmente e scientificamente avanzato ma anche organizzato in modo nuovo: unificato, cioè, sulla base di un deciso decentramento democratico, capace di assicurare un intervento assistenziale, organico, funzionale, pronto e aderente ai bisogni, aperto al controllo e alla partecipazione diretta dei cittadini.

L'autonomia diventa, quindi, una condizione essenziale per il rinnovamento e lo sviluppo, ma non l'autonomia verticale e burocratica che isola la struttura specialistica dal resto dell'organizzazione sociale e sanitaria, come isolata è l'ONMI, bensì l'autonomia democratica che deriva dal potere locale elettivo, concretamente inserito nella realtà sociale, il più atto a garantire una direzione dinamica e creatrice, il coordinamento propulsivo, la più ampia collaborazione, nell'ambito del territorio, di competenze, di energie, di mezzi: l'autonomia appunto fondata sui poteri della Regione e degli enti locali elettivi.

Per un nuovo sistema avanzato, unificato e democraticamente decentrato.

Dalla analisi dei fattori sopraindicati e dalla ricerca delle soluzioni più adeguate e più organiche parte la nostra proposta.

Essa si riferisce non a tutti gli aspetti della tutela assistenziale dell'infanzia, ma ad un settore specifico e chiaramente definito: quello che riguarda la nascita e il primo sviluppo della vita, da zero a 3 anni.

Si tratta, quindi, di una proposta settoriale che si ispira, però, nei principi ideali e negli indirizzi organizzativi, ad una visione generale e nuova delle finalità e dei modi dell'intervento pubblico in materia; concezione che deve caratterizzare, a nostro avviso, ognuno dei settori specifici in cui tale intervento si articola, collegandoli in un sistema globale armonico ed omogeneo.

Il progresso della scienza medica e sociale richiede oggi, particolarmente per l'infanzia,

un'organizzazione multipla di prestazioni specialistiche differenziate e quindi di servizi diversi, corrispondenti alle varie esigenze e condizioni: l'assistenza per la madre e il neonato sani ad integrazione dell'assistenza familiare, cui si riferisce la presente proposta; l'assistenza permanente, sostitutiva della famiglia, per l'infanzia priva di cure familiari; l'assistenza specialistica per l'infanzia psicicamente o fisicamente anormale (spastici, ritardati, caratteriali, subnormali, eccetera); l'assistenza nell'età anormale (spastici, ritardati, caratteriali, scolastica).

Più che mai oggi occorre favorire lo sviluppo dell'azione differenziata che deve sempre meglio qualificarsi e specializzarsi onde raggiungere maggiore efficacia, evitandone però l'isolamento e la frammentazione, sulla base sia di una concezione unitaria della vita umana e dello sviluppo del bambino che del massimo coordinamento funzionale e organizzativo fra i vari settori specializzati; fra essi e le altre attività pubbliche e private rivolte alla tutela della infanzia; fra essi e le grandi strutture della organizzazione sociale e civile: i servizi ospedaliero-sanitari, il servizio psichiatrico, la scuola, la pianificazione urbanistica.

In tale senso, nella nostra proposta, le nuove strutture organizzative appaiono in stretto rapporto con i principi e i valori affermati, per un superamento coerente sia delle concezioni che degli strumenti arretrati e l'avvio di un nuovo sistema, moderno per idee e per funzionalità, come ci siamo sforzati di delineare.

Per quanto riguarda le finalità generali, i principi che riteniamo validi, per questo e per tutti i settori dell'assistenza all'infanzia, sono fondamentalmente: l'obbligatorietà dell'intervento pubblico in rapporto ad un preciso diritto del cittadino — il concetto, cioè, dell'assistenza come servizio o sistema di servizi — e la sua essenziale finalità preventiva.

Gli articoli 1 e 2 del disegno di legge affermano, infatti, il diritto all'assistenza di tutte le madri e di tutti i bambini fino ai 3 anni, senza alcuna discriminazione sociale o civile, attraverso un complesso di servizi pubblici di educazione sanitaria e di assistenza

medico-psico-sociale ad alta specializzazione, al fine essenziale della prevenzione, intesa nella più larga accezione e nelle sue forme più varie: dalla consulenza pre e post-matrimoniale per aiutare la donna nella decisione e nella consapevole preparazione al parto e alla maternità così come per il suo reinserimento, dopo la nascita del bambino, nella famiglia e nel lavoro, ai molteplici interventi in rapporto ai diversi aspetti dello sviluppo del bambino: l'allattamento, il primo allevamento fisico e intellettuale, l'ambiente, la custodia, eccetera, « al fine di assicurare — come recita l'articolo 1 — alla donna una maternità libera e sana e al bambino un armonico sviluppo fin dal primo formarsi della vita ».

Negli articoli 3, 4, 5, si precisa la finalità preventiva articolata in alcune funzioni fondamentali: la consulenza genetica, ginecologica, pediatrica e psico-medico-pedagogica; l'assistenza psico-sociale alla donna gestante e puerpera; l'assistenza giornaliera ai neonati e agli infanti fino ai tre anni, e si prevedono, quali centri operativi, tre particolari reti di presidi a ubicazione residenziale e capillare: i consultori, i centri di ospitalità materna, gli asili-nido, per ciascuna delle quali si indicano compiti, condizioni e mezzi specialistici specifici.

L'esigenza di un coordinamento organico tra tali presidi e le altre strutture sanitarie per l'infanzia (diagnostiche, terapeutiche, recuperative), in particolare quelle ambulatoriali e quelle ospedaliere, è affermata esplicitamente nel comma finale dell'articolo 1 e ripresa negli articoli 3 e 5: i servizi previsti per l'assistenza alla maternità e prima infanzia vengono inquadrati, come aspetto fondamentale della prevenzione, nel servizio sanitario nazionale e collegati, nell'ambito delle unità sanitarie locali, alle varie strutture sanitarie territoriali di base, mentre si prevede che le funzioni e i controlli medici inerenti i servizi di assistenza siano compiuti dal personale e con i mezzi delle unità sanitarie stesse.

La seconda parte della proposta — articoli 6, 7, 8, 9, 10 e 11 — affronta il problema degli organi dell'assistenza alla maternità e alla prima infanzia, cioè della struttura.

La nuova organizzazione unificata che proponiamo, in sostituzione dell'attuale frammentazione e dell'ONMI, è basata sulle linee seguenti:

1) attribuzione unitaria dell'assistenza alla maternità e alla prima infanzia al Ministero della sanità, alle Regioni, alle Province, ai Comuni o consorzi di Comuni (articolo 7);

2) funzione basilare delle Regioni quali perni del decentramento, in materia di scelte assistenziali, di criteri normativi, di coordinamento e di programmazione, nel quadro di un indirizzo nazionale di metodi e criteri di sviluppo e di un piano di finanziamento generale alla cui elaborazione le Regioni concorrono (articoli 8, 9 e 12);

3) affidamento alle Province del compito di controllo e di vigilanza sul complesso delle istituzioni pubbliche e private operanti nel campo della maternità e prima infanzia (articolo 8);

4) affidamento alle Province ed, essenzialmente, ai Comuni dei compiti operativi e della costruzione e gestione dei presidi essenziali: alla Provincia viene demandata la assistenza psico-sociale alla madre gestante o puerpera in rapporto anche ai compiti alla Provincia già spettanti per l'assistenza permanente dei bambini cosiddetti « illegittimi », compiti che devono, a nostro avviso, essere sollecitamente adeguati e estesi, con la riforma delle leggi esistenti, a tutti i bambini privi di sufficienti cure familiari (articolo 10); al Comune vengono affidati l'attività e i presidi consultoriali strettamente collegati all'azione sanitaria di base e gli asili-nido, insistendo la proposta sul consorzio dei Comuni a tali fini di sviluppo e di gestione, quando ciò sia necessario per adeguarne le possibilità tecniche e finanziarie e in rapporto anche alle nuove dimensioni comprensoriali verso cui si orienta la programmazione sanitaria.

In tale quadro il Ministero della sanità esercita funzioni nazionali: di coordinamento programmatico generale; di collegamento interno ed esterno; di promozione tecnica e scientifica dei servizi; di preparazione ad alto livello dei quadri dirigenti e del personale, operando attraverso una sezione, che la proposta appositamente istituisce in vista

della riforma sanitaria generale, del Consiglio nazionale della sanità dirigente il servizio sanitario nazionale, presieduta dal Ministro della sanità, con rappresentanze degli enti locali, delle associazioni femminili, dei sindacati oltre che dei Ministeri più direttamente interessati (articolo 14). La Regione, per esercitare le funzioni previste di normatività, di programmazione regionale e di coordinamento regionale delle attività oltre i compiti specifici di preparazione del personale a livello locale, si serve di un apposito Comitato regionale largamente elettivo e rappresentativo. La stessa articolazione democratica è prevista, a livello municipale o comprensoriale, per il Comune o consorzi di Comuni;

5) onde arricchire al massimo il carattere democratico dei servizi e la loro funzionalità si prevedono, per la gestione dei presidi a funzione prevalentemente sociale, in particolare per gli asili-nido, consigli e assemblee consultive dei genitori come strumenti di partecipazione diretta dei cittadini.

Al finanziamento si riferiscono gli articoli 16, 17 e 18.

In rapporto alla struttura unitaria, decentrata e democratica che indichiamo, esso è previsto su base totalmente pubblica, ripartito tra Stato, Regioni, Province e Comuni, con spesa obbligatoria istituzionalizzata, e unificato mediante l'assorbimento in un solo capitolo specifico dei bilanci dello Stato, delle Regioni, delle Province e dei Comuni, dei molteplici stanziamenti finora dispersi in diversi canali. In particolare, si prevede che il capitolo specifico del bilancio del Ministero della sanità unifichi il contributo finora erogato all'ONMI con i contributi finora erogati dallo stesso Ministero e da altri Ministeri per attività ed enti inerenti ai compiti previsti e che nel capitolo specifico del bilancio degli enti locali si verifichi analogo concentrazione degli stanziamenti finora variamente destinati all'assistenza alla maternità e alla prima infanzia nonché delle somme assegnate a tale fine alle Regioni, alle Province e ai Comuni dal Ministero della sanità.

Gli articoli 13, 14 e 15 fissano le norme per la programmazione dello sviluppo dei servizi per la quale si è cercato di prevedere

una procedura che, pur attribuendo allo Stato a livello nazionale, con decisione del Parlamento, su proposta del Governo di concerto con le Regioni, il potere di stabilire per legge i criteri fondamentali quantitativi e qualitativi dello sviluppo dei servizi di assistenza cui si riferisce, nel quadro ed entro il tempo previsto per il piano generale economico nazionale, valorizzi il potere autonomo di programmazione e di direzione delle Regioni e, a sua volta, in rapporto a tale potere delle Regioni, l'autonomia di base delle Province e dei Comuni per le importanti competenze operative loro attribuite (articoli 13 e 15).

Una particolare attenzione riteniamo meriti quanto proposto negli articoli 14 e 15 che, al di là della procedura normale prevista per la programmazione annuale di sviluppo dei vari servizi e presidi, affrontano il problema degli asili-nido, per i quali esiste, come abbiamo già sottolineato, una esigenza particolarmente pressante ed un preciso impegno sancito nella legge del piano nazionale economico 1966-1970.

Il nostro disegno di legge propone un piano straordinario di 12 anni, a finanziamento ripartito tra lo Stato e gli enti locali, per la costruzione e la gestione di nuovi asili-nido comunali sufficienti ad ospitare almeno 800.000 bambini da zero a tre anni, considerando tale necessità non ottimale ma sufficiente a soddisfare le necessità più essenziali prevedibili nell'arco del decennio 1969-1979 (26). In relazione all'impegno della legge del piano nazionale, si propone, inoltre, che il primo periodo del piano dodecennale coincida con quanto la legge già dispone: la costruzione, cioè, di almeno 3.800 asili-nido entro il 1970 il cui sviluppo e il cui finanziamento fanno parte degli impegni già assunti dal Governo, codificati, ma non ancora messi in atto, nonostante sia già trascorsa più della metà del quinquennio 1966-1970 cui la legge del piano si riferisce. Riteniamo che l'avvio di questo preciso impegno di programmazione entro il 1970 debba costituire — come il

(26) Vedi anche la relazione al progetto di legge Minella Molinari Angiola ed altri, n. 967 - Senato - IV legislatura, 23 gennaio 1965.

Ministro del bilancio annunziò alla già ricordata Conferenza nazionale per l'occupazione femminile — « una scelta di priorità assoluta ».

Infine, le disposizioni transitorie della presente proposta si riferiscono essenzialmente a due questioni: 1) l'affidamento dei poteri e dei compiti spettanti alle Regioni nel periodo che ci separa dalla istituzione, peraltro ormai imminente, delle Regioni a statuto normale (articolo 22) per cui si prevede la costituzione di comitati regionali per la redazione dei piani regionali coincidenti in parte con quelli già esistenti per i piani regionali ospedalieri, operanti in cooperazione con le amministrazioni comunali e provinciali; 2) la procedura per la soppressione dell'ONMI (articoli 19 e 20) con la salvaguardia più completa del posto di lavoro e dei diritti giuridici ed economici acquisiti dal personale e il passaggio degli organici e dei beni strumentali e patrimoniali dall'Opera agli enti locali e allo Stato: soppressione che potrà essere anche graduale ma che ritenia-

mo urgente e indispensabile, per un'effettiva unificazione, democratizzazione e decentramento del sistema assistenziale, per l'instaurazione, nella chiarezza e nella coerenza, di un sistema veramente nuovo di assistenza all'infanzia.

Un sistema come quello che proponiamo partendo dallo specifico settore specializzato cui si riferisce il disegno di legge che presentiamo alla vostra approvazione, auspichiamo si costruisca organicamente e armonicamente al più presto, onde permettere alla collettività, cioè allo Stato, di intervenire efficacemente verso le madri e verso i bambini, in qualunque condizione normale o anormale essi si trovino, con tutte le risorse più varie, scientifiche e tecniche oggi possibili, per aiutare il recupero dell'integrità, diminuire il peso delle difficoltà e delle sventure e, soprattutto e prima di tutto, per prevenire il male, assicurando salute e serenità alle madri, salute, sicurezza e fiducia ai bambini che nascono e crescono alla vita di domani.

DISEGNO DI LEGGE**TITOLO I****FINALITÀ E COMPITI DELL'ASSISTENZA ALLA
MATERNITÀ E ALLA PRIMA INFANZIA****Art. 1.**

L'assistenza alla maternità e alla prima infanzia, ad integrazione delle cure familiari, è compito che lo Stato assolve attraverso le Regioni, le Province ed i Comuni, al fine di assicurare alla donna una maternità sana, frutto di libera e consapevole scelta, e al bambino condizioni di armonico sviluppo fisico e psichico fin dal primo formarsi della vita.

Tali fini sono garantiti mediante prestazioni e servizi assistenziali ed educativi specializzati, destinati alle donne e ai bambini nei primi tre anni di vita, senza alcuna discriminazione derivante dal loro stato civile o sociale.

I servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia hanno carattere preventivo e costituiscono un'articolazione del Servizio sanitario nazionale previsto dall'articolo 71 della legge 27 luglio 1967, n. 685, di approvazione del programma economico nazionale. Il controllo e le funzioni medico-sanitarie inerenti ai compiti previsti dalla presente legge sono esplicitati dal Servizio sanitario nazionale.

Art. 2.

I servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia forniscono:

a) consulenza genetica, ginecologica, ostetrica e pediatrica nonché consulenza medico-psico-pedagogica per la madre e il bambino;

b) ospitalità e assistenza psico-sociale alle gestanti e puerpere;

c) ospitalità e assistenza ai bambini da zero a 3 anni.

I servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia svolgono opera di educazione sanitaria e di divulgazione scientifica e partecipano alle attività di ricerca scientifica, effettuando rilevazioni ed indagini sulle condizioni ambientali nelle quali si svolge la gravidanza e il puerperio della donna, anche al fine di formulare proposte agli organismi di potere pubblico atte a rimuovere le situazioni considerate pregiudizievoli alla natalità.

Art. 3.

La consulenza genetica, ginecologica, ostetrica e pediatrica nonché la consulenza medico-psico-pedagogica deve fornire indicazioni atte a garantire alla donna la volontarietà del concepimento e favorire il normale svolgimento della gravidanza, del puerperio, dell'allattamento e del primo allevamento per il migliore sviluppo psico-somatico del bambino.

Devono essere, a tale fine, istituiti appositi centri consultoriali ed erogate idonee prestazioni.

La Regione emana le necessarie norme legislative tenendo presente che:

a) l'attività di consulenza deve comprendere, tra l'altro: la consulenza prematrimoniale e postmatrimoniale genetica e quella inerente il controllo delle nascite; la possibilità per l'ostetrico-ginecologo di sconsigliare la gravidanza nei casi in cui la ritenga nociva alla salute della donna; l'obbligo di chiamare le donne periodicamente a visita medico-ginecologica volontaria per il controllo precoce contro i tumori femminili;

b) le prestazioni connesse con l'attività di consulenza devono comprendere, tra l'altro: la preparazione psico-profilattica al parto indolore; l'erogazione di prodotti preventivi idonei al controllo delle nascite quando l'ostetrico-ginecologo sconsigli la gravidanza e, comunque, in modo da favorire la maternità come libera scelta; l'erogazione dei preparati alimentari indispensabili al nutrimento del neonato;

c) i centri consultoriali devono essere ubicati capillarmente, nelle zone di residenza, articolati in varie specializzazioni e, quali elementi dell'Unità sanitaria locale, coordinati con i centri di igiene e profilassi, gli ambulatori ostetrici e pediatrici, i servizi di neuropsichiatria infantile e le istituzioni ospedaliere nell'ambito locale cui si riferiscono.

Art. 4.

L'assistenza psico-sociale alla madre deve tendere a garantire alla donna condizioni ambientali idonee nella gravidanza e, insieme al proprio bambino, nel puerperio e periodo successivo.

Devono essere a tale fine istituiti appositi centri di ospitalità materna ed erogate idonee prestazioni.

Possono essere istituiti centri d'assistenza psico-sociale con funzioni anche di assistenza domiciliare, funzionanti sulla base di *équipes* specializzate di medici ed assistenti sociali.

La Regione emana le necessarie norme legislative tenendo presente che:

a) i centri di ospitalità materna devono essere creati almeno in ogni capoluogo di provincia. Essi devono essere in grado di ospitare le gestanti e puerpere, sia nubili che coniugate, insieme al proprio bambino, quando l'ambiente familiare non assicuri condizioni idonee allo stato di gestazione e di puerperio;

b) le madri ospitate devono poter organizzare la loro permanenza per il tempo necessario con la massima autonomia e libertà ed essere in ogni modo facilitate, specie quando siano nubili, a riconoscere e allevare il figlio e ad affrontare la loro nuova vita e responsabilità. Per tali scopi dovrà essere periodicamente convocata l'assemblea delle madri ospitate.

Art. 5.

L'assistenza diurna ai bambini fino a tutto il terzo anno di vita deve assicurare al bambino una qualificata vigilanza durante il

corso della giornata e l'assistenza igienico-profilattico-educativa al fine di aiutare la madre nell'allevamento del bambino.

Deve essere a tale fine istituita una rete adeguata di asili-nido.

La Regione emana le necessarie norme legislative tenendo presente che:

a) gli asili-nido dovranno essere, di massima, residenziali, ubicati capillarmente nei quartieri urbani, nei centri di sviluppo della edilizia popolare, nei comuni e frazioni ove esistono agglomerati di abitazioni di determinate dimensioni, in rapporto alla densità della popolazione e al numero delle lavoratrici;

b) l'ubicazione, il funzionamento e gli orari degli asili-nido dovranno rispondere alle esigenze delle madri, in particolare delle madri lavoratrici, corrispondentemente al tipo e alle condizioni dell'attività che esse svolgono, secondo che essa si effettui nei centri urbani o nelle campagne, con carattere extra-domestico o a domicilio, in forma permanente o stagionale.

c) i requisiti tecnici, edilizi, organizzativi e didattici degli asili-nido, nonché il personale addetto alla vigilanza dei bambini debbono garantire nell'asilo-nido le condizioni più favorevoli per lo sviluppo fisico e intellettuale della prima infanzia, dallo stato motorio-sensorio a quello intuitivo e conoscitivo, soddisfacendo le essenziali esigenze psicologiche ed affettive del bambino;

d) deve essere garantita, attraverso i servizi dell'Unità sanitaria locale, l'assistenza sanitaria e la direzione sanitaria dell'asilo-nido.

TITOLO II

ORGANI DELL'ASSISTENZA ALLA MATERNITÀ E ALLA PRIMA INFANZIA E LORO COMPITI

Art. 6.

I servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia sono comunali, consorziali, provinciali, regionali. Essi sono diretti dal Ministero della sanità, dal Presidente

della Regione, dal Presidente della Provincia, dal Sindaco o dal Presidente del consorzio intercomunale.

Art. 7.

L'assistenza alla maternità e alla prima infanzia è organizzata, diretta e gestita dalla Regione, che emana norme in materia come previsto negli articoli 3, 4 e 5 della presente legge.

La Regione attua i compiti operativi in tale materia attraverso le Province ed i Comuni, a norma dell'articolo 118 della Costituzione.

Spetta, in particolare, alla Regione:

1) la programmazione regionale dei servizi e dei presidi di cui agli articoli 3, 4 e 5 della presente legge;

2) il coordinamento su scala regionale della attività svolta dalle Province e dai Comuni (o loro consorzi) e tra essa e le attività svolte da altri servizi ed enti pubblici o privati che operano per la prevenzione e l'assistenza materna e infantile;

3) la preparazione e l'aggiornamento tecnico del personale addetto ai servizi e la gestione di istituti specializzati a tale fine.

La Giunta regionale si serve per esercitare le sue funzioni del Comitato regionale per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia di cui fanno parte:

a) il Presidente della Regione e l'assessore alla sanità da lui delegato che presiede il Comitato;

b) cinque membri dell'Assemblea, di cui due della minoranza designati dall'Assemblea stessa;

c) un rappresentante per ognuna delle amministrazioni provinciali della Regione, eletto dal Consiglio provinciale;

d) un rappresentante per ognuna delle amministrazioni comunali dei Comuni capoluoghi di provincia, eletto dal Consiglio comunale;

e) il direttore preposto ai servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia della Regione;

f) tre rappresentanti delle maggiori organizzazioni sindacali dei lavoratori e tre rappresentanti dei lavoratori autonomi designati dalle rispettive organizzazioni;

g) tre rappresentanti delle maggiori organizzazioni femminili designati dalle rispettive associazioni.

Art. 8.

Sono compiti delle Amministrazioni provinciali:

a) la gestione dei centri di ospitalità materna;

b) il controllo e la vigilanza sulle istituzioni private e sugli enti pubblici non previsti dalla presente legge che operano nel campo della prevenzione e dell'assistenza materna ed infantile, con facoltà di proporre alla Regione i provvedimenti necessari ad uniformare l'attività di tali enti privati e pubblici alle finalità della presente legge, fino allo scioglimento delle Amministrazioni ed alla chiusura degli istituti.

Art. 9.

I Comuni — singoli o associati in consorzio — istituiscono e gestiscono i centri consultoriali e gli asili-nido e svolgono le attività e prestazioni ad essi connessi. Essi assicurano il coordinamento su scala comunale con le attività svolte da altri servizi assistenziali ed enti pubblici o privati che operano per la prevenzione e l'assistenza materna e infantile.

Il Comune — o consorzio intercomunale — si serve, per esercitare le sue funzioni, del Comitato comunale (o consortile) per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia di cui fanno parte:

a) il Sindaco (o il Presidente del consorzio intercomunale) o l'assessore alla sanità che presiede il Comitato;

b) cinque membri del Consiglio comunale (o consortile) di cui due appartenenti alla minoranza designati dai Consigli stessi;

c) il direttore preposto ai servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia del Comune (o del consorzio);

d) tre rappresentanti delle maggiori organizzazioni sindacali dei lavoratori e tre rappresentanti dei lavoratori autonomi designati dalle rispettive associazioni;

e) tre rappresentanti delle maggiori organizzazioni femminili designati dalle rispettive associazioni.

Art. 10.

Per quanto concerne specificatamente gli asili-nido, il Comune ha il compito di provvedere a che presso ogni asilo-nido sia convocata sistematicamente l'assemblea dei genitori dei bambini ospitati. L'assemblea nomina un Consiglio dei genitori con compiti consultivi per la gestione dell'asilo-nido. Il Consiglio dei genitori deve essere rinnovato ogni anno.

Art. 11.

Il Consiglio nazionale di sanità, dirigente il Servizio sanitario nazionale, istituisce nel proprio seno una Sezione per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia di cui fanno parte:

a) il Ministro della sanità, che la presiede o un suo rappresentante;

b) gli assessori alla sanità delle Regioni;

c) tre assessori provinciali e tre assessori comunali alla sanità designati rispettivamente dall'Unione province italiane e dalla Associazione nazionale comuni d'Italia;

d) tre rappresentanti delle maggiori organizzazioni sindacali dei lavoratori e tre rappresentanti dei lavoratori autonomi designati dalle rispettive associazioni;

e) cinque rappresentanti delle maggiori organizzazioni femminili designati dalle rispettive associazioni;

f) un rappresentante per ognuno dei Ministeri del lavoro, dell'interno e dei lavori pubblici designati dai rispettivi Ministeri.

Art. 12.

La sezione del Consiglio nazionale di sanità per l'assistenza alla maternità e alla

prima infanzia ha il compito di fissare gli indirizzi generali per lo sviluppo, il funzionamento, l'adeguamento costante dei servizi.

Spetta, in particolare, alla sezione del Consiglio nazionale di sanità per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia: coordinare in un piano nazionale, in base ai piani elaborati dalle Regioni, i servizi e i presidi di cui agli articoli 3, 4 e 5 della presente legge; assicurare il collegamento su scala nazionale delle attività svolte dalle Regioni e tra esse e le attività svolte da altri servizi ed enti pubblici e privati che operano per la prevenzione e la assistenza materna e infantile; promuovere gli studi scientifici in materia e definire nuovi indirizzi e tecniche sanitarie, assistenziali, edilizie per l'aggiornamento costante delle attività; preparare e qualificare il personale al più alto livello di specializzazione gestendo anche specifici istituti a tale fine.

TITOLO III

PROGRAMMAZIONE DEI PRESIDI E DEI SERVIZI DI ASSISTENZA ALLA MATERNITÀ E ALLA PRIMA INFANZIA

Art. 13.

Con legge dello Stato, avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale, verranno stabiliti i criteri generali relativi alla programmazione dei servizi riguardanti l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia.

Il disegno di legge di programma è presentato al Parlamento, di concerto con le Regioni, dai Ministri della sanità, del bilancio e della programmazione economica, del lavoro e della previdenza sociale. La legge di programma deve stabilire:

a) il fabbisogno dei nuovi consultori dispensari per la consulenza genetico-ginecologica, pediatrica e per la consulenza psico-medico-pedagogica;

b) il fabbisogno di nuovi centri di ospitalità materna;

c) il fabbisogno di nuovi asili-nido;

d) la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa del fabbisogno di cui ai punti a), b) e c);

e) i quozienti da applicare per ottenere, sul piano nazionale e regionale e sulla base delle risultanze geomorfologiche e socio-economico-culturali, i rapporti tra ciascuno dei presidi di cui ai punti a), b) e c) e popolazione interessata, tenuto anche conto delle previsioni dei piani urbanistici;

f) i criteri organizzativi e funzionali mediante i quali realizzare un attivo coordinamento tra i presidi che costituiscono parte integrante del Servizio sanitario nazionale e gli altri istituti per l'infanzia gestiti dagli enti locali per realizzare le finalità indicate dalla presente legge.

Con la predetta legge verranno altresì indicati i mezzi finanziari dello Stato per la costruzione dei nuovi presidi indicati ai punti a), b) e c), per l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto ad integrazione dell'intervento delle Regioni nelle medesime attività.

I presidi per l'assistenza alla maternità ed alla prima infanzia non potranno essere, in ogni caso, inferiori ad un asilo-nido ogni 15 mila abitanti, un consultorio ogni 25 mila abitanti ed un centro di ospitalità materna ogni 100 mila abitanti.

Art. 14.

Al fine di avviare l'attuazione di un complesso di servizi ai livelli predetti, entro il 1970 saranno costruiti 3.800 asili-nido in applicazione all'articolo 92 del capitolo VII della legge 27 luglio 1967, n. 685, di approvazione del programma economico nazionale per il quinquennio 1966-1970 ed entro il 1980 saranno costruiti altri 12.200 asili-nido, in due quinquenni: 1971-1975 e 1976-1980, al fine di realizzare nell'arco degli anni 1969-1980 l'edificazione di 16 mila asili-nido per garantire ospitalità e assistenza diurna a circa 800 mila bambini da zero a tre anni.

Le costruzioni da attuarsi entro il 1970 saranno realizzate interamente a spese dello Stato.

Art. 15.

Ciascuna Regione, sentite le Amministrazioni provinciali e comunali, provvede a programmare i propri interventi con la legge di approvazione del piano quinquennale regionale dei presidi e dei servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia.

La predetta legge regionale si uniforma agli indirizzi generali del programma economico nazionale, nonchè alle disposizioni della presente legge e della legge specifica di programma di cui al precedente articolo 13, ed indica le costruzioni di nuovi consultori, di nuovi centri di ospitalità materna e di nuovi asili-nido, la trasformazione, lo ammodernamento e la soppressione dei tipi di presidi già esistenti, in relazione alla efficienza delle attrezzature, alla rete viabile, alle condizioni geomorfologiche, alle risultanze socio-economiche, culturali ed allo stato igienico-sanitario della popolazione.

Parimenti, nessun ente pubblico nè alcun ente od istituzione privata che fruisca di contributi statali per attività di assistenza alla maternità ed alla prima infanzia potrà effettuare alcuna costruzione nè ampliamenti o trasformazioni di costruzioni esistenti, salvo adattamenti dovuti ad esigenze di funzionalità, che non siano previsti dalla predetta legge regionale.

Nella legge regionale debbono essere indicati i mezzi finanziari da iscrivere a bilancio delle singole Regioni, ad integrazione dei mezzi finanziari dello Stato, per la costruzione dei presidi previsti dal piano regionale.

TITOLO IV

FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA ALLA
MATERNITÀ E ALLA PRIMA INFANZIA

Art. 16

L'onere finanziario dei servizi e delle prestazioni per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia è a carico dello Stato, delle Regioni, delle Province e dei Comuni.

Art. 17.

Nello stato di previsione della spesa ordinaria del Ministero della sanità è istituito un apposito capitolo riguardante il contributo annuo dello Stato per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia.

La spesa prevista in tale capitolo assorbe gli stanziamenti finora erogati quale contributo dello Stato all'Opera nazionale maternità e infanzia nonchè della Sanità e di altri Ministeri inerenti attività ed istituzioni rientranti nelle finalità e compiti fissati dalla presente legge.

Art. 18.

Nei bilanci preventivi delle Regioni, nonchè in quelli delle Province e dei Comuni, gli stanziamenti destinati all'assistenza alla maternità e alla prima infanzia sono iscritti in appositi capitoli come spesa obbligatoria.

Le spese previste in tali capitoli assorbono gli stanziamenti sinora destinati a tale scopo dalle Regioni, dalle Province e dai Comuni nonchè le somme assegnate alle Regioni, alle Province e ai Comuni dal Ministero della sanità nei fondi di cui al secondo comma del precedente articolo 17.

TITOLO V

NORME TRANSITORIE

Art. 19.

L'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia (ONMI), istituita con legge 10 dicembre 1925, n. 2277, è soppressa.

Il patrimonio funzionale e i beni di qualsiasi natura di proprietà dell'ONMI passano allo Stato e sono assegnati, a cura del Ministero della sanità, al Ministero stesso, alle Regioni, alle Province e ai Comuni, secondo la natura e l'ubicazione di tali beni in rapporto alle competenze assegnate dalla presente legge al Ministero della sanità, alle Regioni, alle Province e ai Comuni.

Il personale dipendente dall'ONMI passa, nella misura stabilita dalle tabelle organiche deliberate rispettivamente dalla Sezione per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia del Consiglio nazionale di sanità, nonché dalle Regioni, dalle Province e dai Comuni: se con funzioni centrali, alle dipendenze del Ministero della sanità, se con funzioni periferiche, alle dipendenze delle Regioni e dei Comuni conservando il trattamento economico e il grado di cui godeva prima del passaggio, con la garanzia di tutti i diritti acquisiti e una sistemazione organica che ne salvaguardi gli interessi per quanto riguarda la carriera e la retribuzione.

Con decreto del Presidente della Repubblica da emanarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, sentito il parere di una Commissione parlamentare composta da sei deputati e sei senatori, saranno fissate le modalità per il passaggio dei beni dell'ONMI allo Stato e agli enti locali.

Art. 20.

Il testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia, approvato con regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, è abrogato.

I compiti attribuiti all'ONMI dal testo unico approvato con regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, e successive modificazioni, non inerenti la maternità e la prima infanzia e quindi non previsti nella presente legge, sono affidati temporaneamente al Ministero della sanità, al centro, e, perifericamente, alle Regioni, alle Province e ai Comuni secondo le rispettive giurisdizioni e competenze, in attesa di un riordinamento completo ed organico del sistema di assistenza all'infanzia e all'adolescenza.

Art. 21.

Fino a quando non sarà attuata la riforma del sistema tributario con fiscalizzazione degli oneri sociali, i contributi dovuti dai datori di lavoro a norma della legge 26 agosto 1950, n. 860, costituiranno parte integran-

te dei fondi per l'attuazione dei programmi regionali di cui all'articolo 15 della presente legge in rapporto particolarmente al piano di sviluppo degli asili-nido previsto dall'articolo 14.

Art. 22.

Fino a quando non saranno costituite le Regioni a statuto ordinario e per i territori di esse, il Comitato regionale per la programmazione dei servizi e dei presidi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia, da istituire presso ogni capoluogo di Regione, a norma dei successivi commi del presente articolo, redige, entro sei mesi dalla sua costituzione, un piano regionale avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale, consultate le amministrazioni provinciali e comunali della Regione. Il predetto piano è approvato con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del bilancio e della programmazione economica.

Il piano, suddividendo il territorio regionale in comprensori variabili da 15 mila a 100 mila abitanti, secondo che si tratti di territori con popolazione sparsa o concentrata e con stretta connessione alle condizioni geomorfologiche, alle risultanze socio-economico-culturali, alla rete viabile, alla efficienza delle attrezzature sanitarie ed allo stato igienico-sanitario della popolazione, indica le costruzioni di nuovi consultori, di nuovi centri di ospitalità materna e di nuovi asili-nido, la trasformazione, l'ammodernamento o la soppressione dei tipi di presidi già esistenti.

Nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione, salvo adattamenti dovuti ad esigenze di funzionalità, potrà essere realizzata, se non sia prevista dal predetto piano regionale.

Parimenti nessun ente pubblico nè alcun ente o istituzione privata, che fruisca di contributi statali per attività di assistenza alla maternità ed alla prima infanzia, potrà effettuare costruzioni, ampliamenti o trasformazioni di costruzioni esistenti, salvo adattamenti dovuti ad esigenze di funzionalità, che

non siano previsti dal predetto piano regionale.

L'onere per l'attuazione del piano regionale di cui al primo comma del presente articolo è per intero a carico dello Stato.

Il comitato regionale per la programmazione dei servizi e dei presidi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia è composto dai membri già designati a far parte dei comitati di cui all'articolo 62 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, limitatamente a quelli indicati ai punti *a)*, *b)*, *c)*, *g)*, *h)*, *i)* dell'ottavo comma del suddetto articolo.