

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

## 373<sup>a</sup> SEDUTA PUBBLICA

### RESOCONTO STENOGRAFICO

LUNEDÌ 29 NOVEMBRE 1965

Presidenza del Presidente MERZAGORA,  
indi del Vice Presidente SECCHIA  
e del Vice Presidente ZELIOLI LANZINI

#### INDICE

##### CORTE DEI CONTI

Trasmissione di determinazioni sulla gestione finanziaria di enti . . . . . Pag. 19718

##### DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione . . . . . 19717  
Deferimento a Commissione permanente in sede deliberante . . . . . 19717  
Deferimento a Commissione permanente in sede referente . . . . . 19718  
Deferimento a Commissioni permanenti in sede redigente . . . . . 19718  
Presentazione . . . . . 19718  
Presentazione di relazioni . . . . . 19718  
Trasmissione . . . . . 19717

##### Seguito della discussione:

« Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 » (1343)

(Articoli relativi allo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità Tabella n. 19):

DI GRAZIA . . . . . Pag. 19719  
FERRONI . . . . . 19765, 19767  
LOMBARI . . . . . 19728  
MACCARRONE . . . . . 19748, 19766  
MARIOTTI, *Ministro della sanità* . . 19753, 19766  
PERRINO . . . . . 19739  
PICARDO . . . . . 19735  
SELLITTI . . . . . 19726

##### INTERPELLANZE

Annunzio . . . . . 19767

##### INTERROGAZIONI

Annunzio . . . . . 19768



## Presidenza del Presidente MERZAGORA

**PRESIDENTE.** La seduta è aperta (ore 17).

Si dia lettura del processo verbale.

**NENNI GIULIANA**, Segretaria, dà lettura del processo verbale della seduta precedente.

**PRESIDENTE.** Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

### Annunzio di disegni di legge trasmessi dalla Camera dei deputati

**PRESIDENTE.** Comunico che il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso i seguenti disegni di legge:

Deputati **FABBRI** Francesco ed altri. — « Modifica alle norme relative ai concorsi magistrali ed all'assunzione in ruolo degli insegnanti elementari » (1449);

Deputati **DI GIANNANTONIO**; **GIORGI** ed altri. — « Deroga all'articolo 12 del decreto legislativo luogotenenziale 21 agosto 1945, n. 518, per la presentazione della proposta di concessione di medaglia d'oro al valor militare alla frazione di Pietransieri del comune di Roccaraso » (1450);

Deputato **AMODIO**. — « Modifica della legge 15 novembre 1964, n. 1162, relativa alla istituzione di una addizionale all'IGE » (1451).

### Annunzio di presentazione di disegni di legge

**PRESIDENTE.** Comunico che sono stati presentati i seguenti disegni di legge:

*dal Ministro delle finanze:*

« Applicazione della presunzione per gioielli, denaro e mobilia nei trasferimenti per causa di morte » (1452);

« Modificazione del diritto d'uso perpetuo spettante al Pio Ritiro di Santa Chiara con sede in Piacenza sul compendio demaniale denominato "ex Convento di Santa Chiara" sito in detto capoluogo e autorizzazione al trasferimento alla Pia Società di San Francesco Saverio per le Missioni estere con sede in Parma, per il prezzo di lire 9.900.000, del compendio medesimo parte in piena e parte in nuda proprietà » (1453).

Comunico, inoltre, che è stato presentato il seguente disegno di legge dai senatori:

*Maris, Kuntze, Terracini, Rendina, Morvidi, Gramegna, Gullo, Adamoli, Montagnani Marelli, Gigliotti, Cipolla, Samaritani, Bertoli, Fabiani, Francavilla, Vidali, Gianquinto e Roasio:*

« Proroga al 30 giugno 1966 di talune disposizioni in tema di locazione di immobili urbani » (1448).

### Annunzio di deferimento di disegni di legge a Commissione permanente in sede deliberante

**PRESIDENTE.** Comunico che i seguenti disegni di legge sono stati deferiti in sede deliberante:

*alla 7ª Commissione permanente (Lavori pubblici, trasporti, poste e telecomunicazioni e marina mercantile):*

« Modifiche all'articolo 15 della legge 24 luglio 1961, n. 729, sulle nuove costruzioni stradali ed autostradali » (1440) (previ pareri della 5ª Commissione e della Giunta consultiva per il Mezzogiorno);

« Modifiche all'articolo 3 della legge 31 dicembre 1962, n. 1845, contenente norme integrative per la costruzione a cura dell'ANAS dell'autostrada senza pedaggio Salerno-Reggio Calabria » (1443) (previo pa-

rere della Giunta consultiva per il Mezzogiorno).

**Annuncio di deferimento di disegno di legge a Commissioni permanenti in sede redigente**

**P R E S I D E N T E .** Comunico che il seguente disegno di legge è stato deferito in sede redigente:

*alle Commissioni riunite 2ª (Giustizia e autorizzazioni a procedere) e 4ª (Difesa):*

**JANNUZZI.** — « Istituzione delle Corti militari d'appello e della Presidenza tecnica degli organi giudiziari militari » (1430) (previo parere della 5ª Commissione).

**Annuncio di deferimento di disegno di legge a Commissione permanente in sede referente**

**P R E S I D E N T E .** Comunico che il seguente disegno di legge è stato deferito in sede referente:

*alla 4ª Commissione permanente (Difesa):*

**PICARDO e PINNA.** — « Provvidenze a favore dei sottufficiali e gradi inferiori dell'Arma dei carabinieri e del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza richiamati e trattenuti » (1434) (previ pareri della 1ª e della 5ª Commissione).

**Annuncio di presentazione di relazioni**

**P R E S I D E N T E .** Comunico che, a nome della 3ª Commissione permanente (Affari esteri), il senatore Morino ha presentato le relazioni sui seguenti disegni di legge:

« Approvazione ed esecuzione del terzo e quarto Protocollo di proroga dell'Accordo di Meyrin del 1º dicembre 1960, istitutivo di una Commissione preparatoria per la collaborazione europea nel campo delle ricerche spaziali, firmati a Parigi rispettiva-

mente il 21 giugno 1963 ed il 13 dicembre 1963 » (1270);

« Ratifica ed esecuzione della Convenzione concernente le misure da prendere dagli Stati membri dell'Unione dell'Europa occidentale per permettere all'Agenzia per il controllo degli armamenti di esercitare efficacemente il controllo e che stabilisce la garanzia d'ordine giurisdizionale prevista dal Protocollo n. 4 del Trattato di Bruxelles, modificato dai Protocolli di Parigi del 23 ottobre 1954, firmata a Parigi il 14 dicembre 1957 » (1290-*Urgenza*).

**Annuncio di determinazioni della Corte dei conti sulla gestione finanziaria di enti**

**P R E S I D E N T E .** Comunico che il Presidente della Corte dei conti, in adempimento al disposto dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, ha trasmesso le determinazioni e le relative relazioni concernenti rispettivamente la gestione finanziaria dell'Ente autonomo di gestione per le aziende termali, per l'esercizio 1964, la gestione finanziaria dell'Associazione nazionale mutilati e invalidi di guerra, la gestione finanziaria dell'Associazione nazionale combattenti e reduci e la gestione finanziaria della Associazione nazionale famiglie caduti e dispersi in guerra, per l'esercizio 1963 (*Documento 29*).

**Presentazione di disegno di legge**

**M A R I O T T I ,** *Ministro della sanità.* Domando di parlare.

**P R E S I D E N T E .** Ne ha facoltà.

**M A R I O T T I ,** *Ministro della sanità.* Ho l'onore di presentare al Senato il seguente disegno di legge: « Modificazioni alla legge 6 dicembre 1964, n. 1331, sull'autorizzazione all'Istituto superiore di sanità di valersi dell'opera di persone estranee all'Amministrazione dello Stato » (1454).

**P R E S I D E N T E .** Do atto all'onorevole Ministro della sanità della presentazione del predetto disegno di legge.

**Seguito della discussione del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 » (1343)**

**P R E S I D E N T E .** L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 ».

Proseguiamo quindi nell'esame degli articoli concernenti lo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (tabella n. 19).

È iscritto a parlare il senatore Di Grazia. Ne ha facoltà.

**D I G R A Z I A .** Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, non vorrò occuparmi delle nude cifre del bilancio della Sanità, che del resto si distaccano ben poco da quelle del bilancio precedente, nè desidero ripetere quello che ho detto in altre occasioni assieme a molti altri senatori in quest'Aula sulla valutazione del Ministero della sanità, valutazione non ancora riconosciuta nella sua ampiezza e nella sua innegabile importanza nella vita sociale del nostro tempo e confermata ancora una volta nell'interessante esposizione del relatore. È pur vero che l'energica attività del nostro Ministro in carica mira a raggiungere questa meta, pur tra mille difficoltà; ne dà la prova il suo dinamico programma di politica sanitaria; programma che vuole dimostrare, con la sua realizzazione, come in ogni attività della nostra società sia necessariamente utile la voce del Ministero della sanità, la sua partecipazione regolamentatrice, preventiva e profilattica. Ed è appunto su questa volontà programmatica del Ministero della sanità che intendo intervenire, per dare il mio contributo personale e, in pari tempo, esprimere il parere del mondo medico in cui vivo, e del mondo politico di cui faccio parte.

È da molto tempo che si avverte la necessità dell'aggiornamento di tutta la legislazione sanitaria del nostro Paese, legislazione in molti punti superata, perchè basata su principi assistenziali e caritativi, ricordo ormai di un passato sordo a qualsiasi socialità umana e cristiana. Ma non basta a mio giudizio, il semplice aggiornamento; è necessaria una vera e propria legislazione nuova dell'attività sanitaria, sia nel campo preventivo sia in quello profilattico, sia in quello terapeutico, perchè l'attività sanitaria deve tendere verso la sicurezza sanitaria sociale. Problema non semplice (ne convengo) la cui soluzione però dovrà pur essere una meta da raggiungere più o meno rapidamente, man mano che le condizioni economiche del Paese ce lo consentiranno.

Ciò comporta la necessità che ogni nostra legge tenda all'inquadramento armonico di queste nuove mete legislative. Pertanto non dobbiamo legiferare spezzettando, modificando disarmonicamente le vecchie basi, con leggine tendenti a riparare solo parzialmente incongruenze momentanee fra il vecchio mondo sanitario e il nuovo che si va realizzando in modo purtroppo non ancora del tutto chiaro nella sua futura visione funzionale.

Rilevo con soddisfazione che in questi ultimi tempi, e in particolare nell'anno in corso, la presenza del Ministero della sanità si è fatta sentire in varie attività nella vita di relazione, espletando non già una azione dirigitica, ma di controllo, di persuasione, di prevenzione e di regolamentazione. Ciò ha comportato, nel mondo del lavoro e nel mondo di relazione, un giustificato senso di tranquillità, in quanto ogni cittadino avverte già una certa garanzia sanitaria, nel campo degli alimentari, dell'igiene della profilassi e soprattutto dell'assistenza.

La rapidità di intervento degli organi ministeriali contro le infrazioni e le incurie che purtroppo si ripetono per mancato senso di responsabilità; i rapidi interventi degli organi sanitari che puniscono i responsabili e dispongono la regolamentazione idonea ad impedire che tali infrazioni ulteriormente si ripetano, hanno dato al Pae-

se la prova materiale dell'esistenza vigile del Ministero della sanità, e quindi hanno dato la tranquillità sanitaria agognata.

Onorevole Ministro, siamo in attesa del disegno di legge sulla organizzazione degli ospedali, disegno di legge che fa parte di una chiara programmazione da lei imposta, disegno di legge che ancora oggi non ha avuto il riconoscimento ufficiale da parte del Consiglio dei ministri e tuttavia, per indiscrezioni non controllabili, ha suscitato parecchie perplessità e parecchie critiche da parte di coloro che vivono nel mondo sanitario (medici, presidenti degli ospedali, presidenti di enti assistenziali, personale amministrativo, ausiliario di detti enti) in quanto gli interessi di queste varie categorie sono, a loro dire, in modo assai palese danneggiati, per cui ognuna di esse ha lanciato la propria critica e ha chiesto assicurazioni in ordine a modifiche da apportare al disegno di legge o addirittura ha chiesto che tutto permanga allo *statu quo*.

Il problema ospedaliero è abbastanza complesso e abbastanza vasto per cui, onorevole Ministro, era da aspettarsi questa levata di scudi da parte delle varie categorie interessate. Ogni riforma, ogni aggiornamento, ogni modifica di struttura del vecchio mondo comporta inevitabilmente rimozioni di situazioni radicate e quindi lamentele di quelle caste che ne vengono disturbate. Ciò non impedirà certamente la evoluzione, resasi ormai necessaria, dello aggiornamento dell'assistenza sanitaria e in particolare di quella ospedaliera.

Già parecchio è stato fatto nell'ambito del personale sanitario ospedaliero con la legge che ha regolato il loro stato giuridico. È stato questo un atto di giustizia che il Ministero della sanità ha riconosciuto obiettivamente esatto ed in conseguenza ha accolto favorevolmente la legge di origine parlamentare, superando le sperequazioni del decreto del 30 settembre 1938, n. 1631: decreto che non poteva ormai continuare a reggere e regolamentare i rapporti tra gli ospedali e i sanitari.

Il riconoscimento dello stato giuridico dei sanitari ospedalieri ha dato a questi ultimi la tranquillità di lavoro e di carriera

tanto attesa e da tanto tempo richiesta, mentre per quanto riguarda gli ospedali ha posto le basi di concretezza di impegno tra le amministrazioni ospedaliere e gli artefici dell'attività assistenziale ospedaliera.

Non dimentichiamo, onorevole Ministro, che la carriera ospedaliera per i sanitari cominciava ad essere poco gradita a molti medici che, appena laureati, trovavano la possibilità di un più facile lavoro professionale dedicandosi al servizio delle mutue e scartando conseguentemente la carriera ospedaliera che, oltre ad essere aleatoria senza il riconoscimento giuridico di oggi, comporta maggior impegno, maggiori responsabilità, un aggiornamento culturale e scientifico continuativo per progredire professionalmente e aspirare alla meta ultima, quella cioè del primariato.

Non è esagerato se affermo in questa sede che molti ospedali cominciavano già ad avvertire le conseguenze di questa scelta da parte dei neo-laureati, molti dei quali frequentavano le divisioni ospedaliere e le cliniche universitarie, per qualche anno, onde aggiornare le loro cognizioni cliniche e terapeutiche per poi dedicarsi ad altre carriere più redditizie e a più immediate promesse di guadagno. Si prospettava già, in un prossimo avvenire, che il vivaio di neo-laureati, che fino ad allora ogni ospedale riusciva a conservare, andasse man mano riducendosi col pericolo di esaurirsi del tutto, se nuovi provvedimenti di incentivazione non avessero richiamato l'attaccamento alla carriera ospedaliera nei giovani neo-laureati.

A questo punto, vorrei richiamare la sua attenzione, onorevole Ministro, su alcune situazioni, che si sono venute a creare in diversi ospedali, riguardanti alcuni medici ospedalieri. La nuova legge che istituisce il rapporto giuridico dei primari e dei secondari prevede anche il risanamento di molte situazioni irregolari e ne stabilisce, attraverso le norme transitorie, la loro regolarizzazione. Purtroppo restano sempre dei casi insoluti e non previsti dalle norme transitorie casi, a dire il vero non molti, ma certamente da riguardare nell'interesse scambievolmente degli ospedali e dei sanitari. Esisto-

no situazioni assai gravi non previste dalle norme transitorie che non possono rimanere insolute, la cui soluzione, però, non potrà essere del tutto drasticamente attuata, gettando fuori i sanitari che ad esempio per molti anni (10-15-20) hanno espletato con cura la loro attività in ospedale, come incaricati e che non hanno neanche la possibilità di partecipare ai concorsi per superati limiti di età.

Onorevole Ministro, in tutte le categorie dei lavoratori, tutte le volte che si sono aggiornati gli organici, il personale in servizio, comunque assunto o denominato, viene, attraverso le norme transitorie, inquadrato nei ruoli ordinari o nei ruoli avventizi, in modo da dare a tutti la sistemazione lavorativa a carattere definitivo.

È vero, d'altra parte, che per i medici esistono fattori soprattutto di capacità professionale da dover giustamente valutare, ma è altrettanto vero che il servizio prestato per anni ed anni nel proprio ospedale deve aver dato la nozione esatta, a chi di competenza, delle attitudini e capacità professionali tanto favorevoli, poichè altrimenti non si potrebbe spiegare la riconferma di incarico continuativo da parte delle Amministrazioni ospedaliere ai suddetti sanitari.

Concludendo, onorevole Ministro, a me pare equo che, anche per questi casi irregolari, si trovi un *modus* che sani definitivamente ogni vecchia irregolarità in modo da dare alle amministrazioni ospedaliere la possibilità di iniziare l'applicazione integrale della legge sulla immissione in servizio dei nuovi sanitari ospedalieri, e cioè esclusivamente per concorso, permettendo solo incarichi nei casi di impossibilità di rimpiazzo ed in attesa di espletamento di concorsi e comunque entro il termine massimo di pochi mesi. Seguendo questa prassi è chiaro che si verrà ad eliminare qualunque caso di irregolarità di assunzione, e ciò nell'interesse della classe sanitaria e degli ospedali.

Non voglio d'altra parte apportare alcuna critica al disegno di legge da lei presentato al Consiglio dei ministri, sia perchè esso non è ancora ufficiale, sia perchè lei in diverse occasioni, attraverso la stampa

e a mezzo di interviste, ha fatto sapere che apporterà delle modifiche, e pertanto farei un *excursus* se non del tutto inutile certamente non del tutto esatto. E però sarà bene che certi dati programmatici sull'ordinamento ospedaliero le vengano prospettati anche da noi parlamentari in modo che lei possa valutarli e tenerne conto secondo il suo giudizio.

A questo punto, mi piace esprimere a lei, onorevole Ministro, il mio riconoscimento per il metodo democratico che ha seguito nella preparazione del disegno di legge in parola. Lei, onorevole Ministro, ha sentito la necessità di ascoltare su un problema così importante, così scottante il parere non solo di esperti in materia ma dei rappresentanti della categoria interessata, attraverso una Commissione nominata nel giugno del 1964 dal Ministero della sanità e presieduta dal professor Dogliotti. A questa Commissione fu demandato il compito di studiare la riforma ospedaliera in Italia secondo le più funzionali tesi organizzative ed in rapporto ai bisogni di assistenza del nostro popolo, e quindi di formulare delle proposte concrete per la sistemazione globale di tutti gli ospedali del Paese. È chiaro però che tali proposte e tali suggerimenti dovevano essere vagliati dal Ministero della sanità in quanto avevano carattere soltanto indicativo.

Conseguentemente alcune proposte sono state modificate in parte, altre più profondamente, altre ancora non sono state accettate e ciò naturalmente in rapporto alla politica sanitaria che il Ministero della sanità intende perseguire. È per questo che le prime critiche sono state avanzate al disegno di legge da parte dei membri della suddetta Commissione di studio, adducendo l'accusa che alcune considerazioni e alcune proposte indicate dalla Commissione non erano state trasfuse nel disegno di legge in parola, e che quindi era stato modificato in alcune parti l'indirizzo politico amministrativo che la Commissione intendeva dare alla riforma ospedaliera. Non spetta a me addentrarmi in questa sede su un argomento non ancora sottoposto al giudizio del Parlamento, tuttavia penso che nelle grandi

linee programmatiche si possa ancora una volta, come negli anni precedenti, a proposito della discussione del bilancio della Sanità, esprimere orientamenti da parte dei componenti di questa Assemblea. È da sperare che nella formulazione della riforma ospedaliera del nostro Paese si tengano inalterate alcune basilari fondamenta democratiche senza cadere in eccessi di potere da parte del Ministero competente e senza d'altra parte dar luogo a una eccessiva democraticità amministrativa.

È da auspicarsi: 1) che sia conservata la autonomia degli ospedali pur mantenendola sotto controllo costante, coordinandola secondo i bisogni regionali e regolandone l'armonico sviluppo e l'armonica funzionalità; 2) che non si proceda alla nazionalizzazione dell'ente ospedaliero; 3) che non si proceda alla mutualizzazione degli ospedali; 4) che si ottenga il riconoscimento ufficiale che l'ospedale esplica funzioni di pubblica utilità senza scopo di lucro e quindi lo si ammetta a beneficiare delle agevolazioni tributarie, che tuttora influiscono non poco sulla vita economico-finanziaria del nostro popolo; 5) che si riesca ad assicurare le fonti finanziarie mettendo a disposizione delle amministrazioni le somme da parte del Ministero della sanità o dell'Assessorato regionale, appena approvati i bilanci degli ospedali; 6) che si riversino sugli ospedali molte funzioni oggi espletate dagli enti mutualistici, sia nei riguardi dell'indagine diagnostica sia nei riguardi delle indicazioni terapeutiche e profilattiche; 7) che l'ospedale dovrà rappresentare il nucleo centrale della nuova legislazione di sicurezza sanitaria sociale; 8) che si crei un coordinamento degli ospedali a carattere regionale, provinciale e interprovinciale; 9) che si dia alle Regioni una possibilità legislativa sull'assistenza sanitaria in armonia all'unità nazionale e secondo la Costituzione; 10) che si punti al miglioramento professionale del personale di assistenza sia generico che tecnico; 11) che si assicuri un personale sanitario clinicamente e scientificamente preparato e selezionato attraverso concorsi; 12) che si creino gli stimoli atti a incitare il personale sanitario alla ricerca

scientifica; 13) che si abbia cura di attirare i sanitari, sin dall'inizio della loro attività professionale, verso la carriera ospedaliera, in modo da avere sempre pronto un vivaio di ottimi e preparati elementi da poter utilizzare man mano che aumenta la espansione degli ospedali.

Come vede, onorevole Ministro, non ho fatto che accennare per sommi capi a quelle che dovrebbero essere le linee programmatiche per la sistemazione del problema ospedaliero del nostro Paese, e ciò naturalmente dal punto di vista personale. Ma, onorevole Ministro, gli ospedali italiani — in attesa del nuovo ordinamento legislativo che considera il nosocomio un ente pubblico con caratteristiche funzionali del tutto particolari ed importantissime perchè riflettono la salute dei cittadini — non possono attendere ancora altro tempo per continuare ad espletare la loro funzione. È necessario che lei intervenga con misure legislative rapide ed immediate, o con decreti o con circolari, onde evitare il perpetuarsi e, quello che è peggio, l'incrudelirsi di situazioni finanziarie e di cassa ormai insopportabili. Necessita in primo luogo evitare che si prolunghi per mesi e non di rado per qualche anno l'approvazione della retta dopo la presentazione del bilancio preventivo. La Commissione interministeriale ha già fatto, con lunga serenità, le scrupolose indagini sull'attività degli ospedali in tutta Italia. Penso pertanto che si possa già procedere alla definizione delle rette, molto più speditamente che negli anni passati; ciò metterebbe le Amministrazioni in condizioni di regolare presto i rapporti economico-finanziari con i vari enti assistenziali, in modo da evitare i cosiddetti conguagli di retta a carattere retroattivo (retroattività a volte di parecchi anni). Si eviteranno così pretestuose remore da parte degli enti mutualistici, i quali sono sempre fedelmente attaccati alla loro massima: « pagare quanto più tardi e quanto meno possibile ».

In secondo luogo bisognerà dare precise indicazioni a tutti gli enti assistenziali affinché le contestazioni sul riconoscimento dei ricoveri siano fatte nel numero più ri-

stretto possibile e limitatamente a quei casi effettivamente validi e giustificabili: evitare pertanto che continui a perpetuarsi il sistema attuale di contestazione di ricoveri senza alcuna giustificazione valida. Quante migliaia di ricoveri contestati giacciono in attesa di definizione nelle Prefetture! Tutto ciò si ripercuote a danno delle amministrazioni ospedaliere che, non incassando le rette corrispondenti per servizi già prestati in corsia ai vari assistiti, sono costrette a incorrere nello scoperto di cassa, non sempre agevolato, specie quando la tesoreria è tenuta da una banca il cui presidente si dibatte tra mille incertezze politiche e amministrative; ed in questo caso alle difficoltà di cassa si aggiungono difficoltà morali per mancata corresponsione degli stipendi al personale che molto spesso si trova costretto a scendere in sciopero.

In terzo luogo bisognerà invitare gli enti mutualistici ed assistenziali a pagare regolarmente e integralmente, alla scadenza stabilita, l'intera somma senza ricorrere alle continue rateizzazioni od acconti in quanto gli ospedali non hanno riserve di cassa a cui attingere in attesa che gli enti si trovino in condizioni di assolvere agli impegni assunti.

Onorevole Ministro, gli inconvenienti succitati sono avvertiti e si verificano in moltissimi ospedali d'Italia: sono inconvenienti che si ripercuotono a danno della collettività e non soltanto degli ospedali e dei dirigenti in quanto concorrono moltissimo a creare disavanzi, debiti, interessi e quindi aumento della retta per riportare il bilancio in sesto. Tutto ciò, onorevole Ministro, è possibile superare in quanto non sono necessarie leggi o decreti, ma soltanto la buona volontà impositiva del rispetto degli impegni da parte di tutti. Le situazioni di scoperto di cassa, però, non possono essere superate se non concedendo alle amministrazioni ospedaliere la possibilità di accedere a mutui per coprire i disavanzi di bilancio e colmare le scoperture di cassa. Per fare ciò è necessaria una legge che stabilisca che mentre le amministrazioni ospedaliere sono autorizzate a contrarre mutui, il Ministro di volta in volta dia la propria garanzia all'ente che pratica il mutuo in favore dell'ospeda-

le richiedente. Ma è necessario che tutto ciò si svolga con la massima rapidità burocratica. Che se per la realizzazione di un mutuo occorreranno anni, come è avvenuto per quelli contratti in Sicilia secondo la legge Nicoletti, nessun risultato positivo potrà raggiungerli. Come è facile constatare, onorevole Ministro, per rendere possibile la vita funzionale degli ospedali al momento attuale ed in attesa della grande riforma, è necessario soltanto che vengano fatte rispettare le disposizioni legislative attualmente vigenti, mentre è necessariamente urgente una legge, possibilmente di origine governativa, che autorizzi gli ospedali a contrarre mutui garantiti dal Ministero della sanità, presso banche od enti allo scopo autorizzati. Però questo disegno di legge dovrebbe imprimere un carattere decisamente poco burocratico in modo da realizzare i mutui al più presto possibile. Ciò è urgente, onorevole Ministro, in quanto procrastinare oltre, anche esprimendo a parole la propria buona volontà in soccorso degli ospedali, non fa che blandire situazioni di estremo disagio, senza risolverle.

Lei, onorevole Ministro, dimostra di essere abbastanza dinamico ed ha ben compreso quanta immensa sia l'importanza del Ministero della sanità, per cui voglio augurarmi, nell'interesse degli ospedali italiani, che queste mie modeste proposte trovino accoglimento nel suo animo, e abbiano quindi rapida realizzazione.

E adesso mi permetta, onorevole Ministro, di spendere qualche parola a favore degli ospedali siciliani che hanno problemi ancora più gravi ed indilazionabili di molti ospedali di altre regioni del nostro Paese. Gli ospedali siciliani cercano affannosamente una soluzione per il problema del riconoscimento del trattamento economico, rapportandolo a quello dei dipendenti degli enti locali. È un trattamento economico un po' più elevato, è vero, in relazione a quello dei dipendenti degli altri ospedali del Paese, ma è altrettanto vero che questo trattamento è stato corrisposto con accordi regione-ospedale fin dal 1962 sotto il nome di assegno perequativo.

Tale assegno è stato riconosciuto nella lenta e graduale valutazione che la Commissione interministeriale ha compiuto sulla situazione economico finanziaria dei nostri ospedali, tanto è vero che ha fissato, per ogni ospedale, la quota di aumento di retta per coprirne il relativo onore.

Epperò, mentre da una parte si riconosce la quota di aumento di retta, che naturalmente sarà differente da ospedale a ospedale, non si è data l'autorizzazione a poterla riscuotere in quanto, a parere della suddetta Commissione, è da decidersi ancora se tale aumento debba essere a tutto carico degli enti che ricorrono agli ospedali, oppure debba essere corrisposto dall'Assessorato regionale della Sanità che si mostrò favorevole, al momento opportuno, al riconoscimento della richiesta dei dipendenti ospedalieri che chiedevano il trattamento degli enti locali, invitando le varie amministrazioni ospedaliere a corrispondere questo famoso assegno perequativo.

A questo punto, onorevole Ministro, desidero precisare un mio punto di vista personale, del tutto personale, che lei potrà magari interpretare come sentimento campanilistico, tuttavia desidero esprimerlo per quella valutazione che ne sarà data da lei e dai colleghi.

Si rimprovera che la Regione siciliana, con una certa generosa ed unilaterale decisione, abbia concesso ai propri dipendenti un trattamento economico più rispondente alle necessità della nostra vita odierna siciliana, creando in questo modo delle ingiustificate sperequazioni tra dipendenti siciliani e dipendenti di altra regione.

Io non sento il dovere di obiettare nè sento nella mia coscienza alcuno stimolo di critica all'azione di generosa comprensione svolta dal governo della mia Regione in favore dei propri dipendenti e conseguentemente ai dipendenti degli enti locali che ne hanno richiesto la perequazione.

Non mi sento di fare alcuna critica per vari motivi.

In primo luogo desidero ricordare a lei, onorevole Ministro, agli onorevoli senatori e a me stesso, che sperequazioni di tale natura esistono ovunque dallo stretto di Messina in su, e mi basta ricordare in questo caso il trattamento economico del personale dipendente dei molti enti di varia e molteplice natura che pullulano e fioriscono e proliferano in ogni parte del nostro Paese. Forse i dipendenti di tali enti non hanno un trattamento economico-finanziario diverso da quello degli impiegati statali? Eppure nessuno muove alcuna critica. Tutti riscontriamo la giustezza di tale trattamento differenziato.

Nè si dica che tali enti vivono vita finanziaria a parte, in quanto anche la loro attività viene espletata nell'interesse del Paese e quindi vivono a spese di tutta la collettività. Ciò posto, dimostrato cioè che non è solo il governo regionale siciliano ad avere creato sperequazioni di trattamento tra dipendenti, è da stabilire quale sia stato il movente sociale che ha spinto il governo regionale ad attuare tale trattamento. Il movente, onorevole Ministro, secondo la mia valutazione personale, è di carattere sociale ed è giustificabilissimo.

Il reddito *pro capite* in Sicilia è assai più basso che in altre regioni d'Italia, specie nelle regioni industrializzate, e quindi dare un aumento di trattamento economico ai dipendenti degli enti locali siciliani significa mettere a disposizione delle popolazioni che vivono riflessamente maggiori possibilità di incentivazione commerciale e di consumo; di conseguenza significa aumentare indirettamente il reddito *pro capite* della popolazione. La maggiore spesa per i dipendenti regionali è coperta dal bilancio della Regione; quindi nessun danno ne deriva alla restante collettività nazionale.

Non sarebbe così, invece, per gli ospedalieri, in quanto sarebbe tutta la collettività a sopportare l'onere della retta differenziata qualora l'onere venisse a carico dei vari enti mutualistici ed assistenziali e non della Regione.

A parte il fatto che si tratta di oneri molto lievi e limitati alla sola categoria degli ospedalieri, e che quindi, diluiti nell'intera collettività, diventerebbero assai poco apprezzabili, essi verrebbero in parte a congruare le altre sperequazioni subite, come sopra detto, nei riguardi dei vari enti, da parte delle popolazioni siciliane.

E comunque, onorevole Ministro, quando si vuole passare a decisioni drastiche bisogna anche considerare che, ormai, non è più facile togliere ai lavoratori ospedalieri siciliani l'assegno perequativo che, con le sue consequenziali di conglobamento ed adeguamento tabellare ai gradi regionali, fa parte dell'economia familiare, oggi più appesantita che mai dall'aumento dei prezzi dei generi di prima necessità.

Si dia pertanto una soluzione favorevole al problema, soluzione già in parte accettata dalla Commissione interministeriale, e si autorizzino gli ospedali ad esigere le quote di aumento di retta già stabilite dalla sopradetta Commissione da tutti quegli enti che hanno avuto assistiti e curati i propri assistibili presso gli ospedali siciliani.

Si ricordi, onorevole Ministro, che questa sola voce della indennità perequativa, riconosciuta e non potuta riscuotere, ha causato presso gli ospedali siciliani uno scoperto e i relativi non indifferenti aggravii d'interessi presso le tesorerie (veda per esempio l'ospedale « Vittorio Emanuele » di Catania che dal 1962 ad oggi ha corrisposto la suddetta indennità perequativa o regionale ricorrendo allo scoperto di cassa per circa 800 milioni di lire), con le relative conseguenze già descritte, che molto spesso comportano quelle famose difficoltà di cassa che sfociano in scioperi giustificabili per la mancata corresponsione delle paghe allo scadere di ogni mese, con disagio grave per la funzionalità dei nosocomi.

Lo stesso ragionamento può valere, onorevole Ministro, per il riconoscimento degli aumenti del 50 per cento della indennità di famiglia e sulla indennità di fine servizio.

Si tratta di conquiste sindacali ottenute attraverso lotte non indifferenti e non lievi

nè brevi, e già godute da almeno due anni. Non desidero entrare in discussione sulla bontà o meno della indennità di assegno familiare, ma su quella di fine servizio permetta, onorevole Ministro, che esprima il mio parere. Mi permetta cioè di affermare con tutta sincerità che questa indennità rappresenta una delle forme più socialmente comprensive in quanto mette a riparo da qualsiasi stato di indigenza il lavoratore ospedaliero il giorno in cui viene messo in posizione pensionistica.

L'attesa per la corresponsione della pensione è lunga e dura a volte qualche anno, ed in questo lungo periodo il lavoratore è costretto a piangere dai familiari, se ne ha, il sostenimento e l'appagamento dei più necessari bisogni fisici, in un'età in cui è più sentita la necessità almeno di una semiagiatezza; senza dire ancora che molto spesso il lavoratore ospedaliero pensionato si trova appesantito dall'onere della famiglia o di membri di essa, non avendo ancora i figli del tutto raggiunto la piena capacità lavorativa.

Del resto non bisogna dimenticare, onorevole Ministro, che la maggior parte delle somme per corrispondere l'indennità suddetta sono versate dagli stessi lavoratori, mentre le amministrazioni ospedaliere versano una quota molto bassa di compartecipazione al fondo di riserva.

Qualora ci si volesse irrigidire le propongo una subordinata, onorevole Ministro, ed è questa: continuare a corrispondere l'indennità regionale e la perequazione nei gradi regionali nonchè l'aumento dell'assegno di famiglia e l'indennità di fine servizio, con l'impegno che il trattamento economico attuale assorbirà man mano per gli ospedalieri siciliani gli eventuali futuri miglioramenti di categoria, se ve ne saranno in avvenire.

Sono queste le attese dei lavoratori ospedalieri siciliani e lei, onorevole Ministro, non può restar sordo alle loro richieste dato che questi lavoratori dipendono dal suo Ministero e sono quindi più direttamente da lei sorretti, guidati, giudicati! Grazie.

## Presidenza del Vice Presidente SECCHIA

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il senatore Sellitti. Ne ha facoltà.

**SELLITTI.** Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, le inderogabili esigenze di un moderno assetto della nostra organizzazione sanitaria sono state oggetto di meditata preparazione, di trattazione di qualificanti discussioni, in un graduale crescendo di unanimi intenti, da parte di igienisti, di medici, di giuristi e amministratori, culminate nel poderoso movimento della riforma sanitaria in Italia.

Alla quarta legislatura repubblicana, quindi, spetta tra gli altri il difficile compito di affrontare con chiarezza i complessi problemi sul tappeto alla luce dei dettami costituzionali, delle istanze del corpo medico, spina dorsale dell'assistenza sanitaria e sociale, e delle consapevoli aspettative della popolazione, gelosa custode del proprio diritto alla tutela della salute.

Bisogna quindi porsi il problema in modo globale: ciò in altre parole vuol dire semplicemente e finalmente scegliere una politica sanitaria. Si constata però che dopo anni di immobilismo deterioro, nel quale le strutture sanitarie ed ospedaliere del Paese risentivano di una concezione assistenziale prevalentemente caritativa, oggi l'organizzazione sanitaria, pur tra gravi ostacoli spesso insormontabili, è in piena evoluzione tanto da tentare di raggiungere il livello conseguito dai Paesi più progrediti. Certo lo stato di previsione del Ministero della sanità per il prossimo esercizio presenta un ammontare di lire 77 miliardi 653.391.000 di lire, un aumento quindi rispetto al bilancio 1965 di sole lire 4.052.966.000.

Esigua somma se si tengono presenti le grandi necessità di tale Ministero per far fronte alle incessanti e continue richieste che vengono dal Paese sia nel settore preventivo, sia maggiormente in quello curativo. Ma tale

spesa di previsione del 1966 assume un ben diverso significato se viene messa in relazione agli obiettivi che il piano di sviluppo economico quinquennale ha fissato per il settore sanitario. Tale piano eminentemente democratico risente delle istanze periferiche perchè è stato compilato con il concorso dei settori direttamente interessati (sindacati, enti ospedalieri, enti assistenziali, medici, lavoratori, eccetera) in modo di garantire, secondo quanto è sancito dalla Costituzione repubblicana, la libertà del sistema e la garanzia del rispetto delle singole individualità.

Tale piano nelle sue grandi linee tende alla creazione di un servizio sanitario diretto dallo Stato che si articoli a livello delle Regioni, Province, e Comuni per assicurare a tutti i cittadini un'assistenza sanitaria continua in campo preventivo, curativo e riabilitativo.

Nell'attesa di dare inizio allo svolgimento del piano quinquennale il Ministero della sanità ha affrontato e risolto alcuni gravi e grandi problemi sanitari: nel settore preventivo domina la lotta contro la poliomielite che ha avuto il successo da tutti da tanto tempo agognato riducendo la morbilità a poche centinaia di casi.

Alcuni grandi disegni di legge veramente di alto contenuto innovatore si trovano in corso di studio presso il Dicastero della sanità o all'esame del Consiglio dei ministri: a) riforma ospedaliera; b) riforma dell'Istituto superiore di sanità; c) riforma ospedali psichiatrici; d) riforma sanitaria generale; e) riordinamento e ristrutturazione degli enti mutualistici ed assistenziali. Primo fra tutti il disegno di legge inerente alla riforma ospedaliera che, riportato dalla stampa nazionale e diffuso dagli ambienti governativi, ha destato nel Paese enorme impressione suscitando polemiche e discussioni in tutti i settori interessati ed assurgendo in questi ultimi giorni a problema di interesse nazionale.

L'orientamento del Ministro e quindi del Governo è quello di attuare una politica ospedaliera che unisca all'obiettivo principale di un necessario ammodernamento delle strutture sanitarie il non meno importante obiettivo di una amministrazione democratica del settore. A proposito delle polemiche che si sono accese in questi giorni è bene avvertire subito che il nuovo carattere di democraticità da assicurare alla riforma del sistema ospedaliero non è stato pienamente inteso dalle varie categorie professionalmente interessate le quali da una parte hanno avanzato richieste per ottenere una rappresentanza decisionale negli organi amministrativi e dall'altra parte si sono impegnate soprattutto nella difesa di alcune prerogative professionali non sempre del tutto conciliabili con i moderni criteri ispiratori della riforma. Significativo in questo senso l'atteggiamento assunto da alcuni gruppi di medici che per lo più, ricollegandosi all'impostazione corporativa delle passate legislazioni, hanno chiesto per la loro categoria una rappresentanza non semplicemente consultiva, cercando così di inserirsi come componente essenziale del potere di gestione.

In una prospettiva autentica di decentramento democratico del potere decisionale è evidente che la gestione degli ospedali, in quanto servizio pubblico a carattere comunitario, spetta alle Regioni, alle Provincie, ai Comuni (ogni qualvolta però non investa direttamente problemi o dimensioni che rendano necessaria una decisione a livello nazionale o governativo), in altri termini spetta ai cittadini senza alcun'altra specifica determinazione i quali eleggono liberamente i loro rappresentanti nelle pubbliche amministrazioni.

Non sarebbe infatti corretto che la tutela della salute pubblica fosse essenzialmente condizionata dagli interessi professionali dei singoli gruppi, si tratti pure di una categoria indispensabile e meritevole come i medici. In generale si deve tenere in considerazione il fatto che la riforma ospedaliera è destinata ad inserirsi in una complessa esperienza caratterizzata da situazioni completamente differenti da provincia a provincia. Nel Sud, proprio per la particolare situazio-

ne di quelle zone, si dovranno concedere maggiori contributi perchè il divario con il Nord è tuttora stridente. Pochi ed antiquati sono gli ospedali nel Meridione salvo alcuni casi isolati nelle grandi città. Abbiamo regioni con un solo ospedale insufficiente ad assicurare la degenza agli ammalati gravi che sono costretti a trasferirsi in centri lontani dal proprio comune per essere curati.

Lo schema del disegno di legge Mariotti si propone non solo di accrescere il potenziale ricettivo degli ospedali, ma anche di migliorarne l'assistenza con la specializzazione e con una più alta qualificazione; si propone altresì di coordinare l'attività ospedaliera con quella degli ambulatori degli enti mutualistici al fine di far partecipare la comunità degli assistiti del potenziale assistenziale e curativo degli ospedali e di coordinarne le attività, riducendo così al minimo indispensabile i giorni di degenza che allo stato attuale hanno tendenza ad aumentare.

La legge si propone altresì di fornire i mezzi necessari al buon funzionamento degli ospedali concentrando in un unico fondo nazionale i mezzi finanziari dello Stato, degli enti locali ed assistenziali. Solo così sarà possibile non solo anticipare agli enti le somme necessarie alle esigenze delle loro molteplici attività liberandoli dalle angustie e strettoie dei bilanci, ma anche erogare le somme necessarie per la ristrutturazione e l'ammodernamento dei reparti.

Chi vi parla è entusiasta di tale disegno di legge, essendo medico ospedaliero ed in un certo senso amministratore di un ospedale di seconda categoria di una zona del Sud. Il mio ospedale, così come la stragrande maggioranza degli ospedali del Paese, si dibatte fra angustie finanziarie di ogni tipo, per *deficit* di cassa dovuto alla mancata corresponsione delle rette ospedaliere di degenza da parte dei Comuni e degli enti assistenziali. È un lavoro continuo, diuturno da parte degli amministratori per correre dietro a somme non corrisposte, onde permettere all'ente una vita per quanto convulsa e difficile. La legge infine valorizza in sommo grado il fattore umano-assistenziale sia nella figura del medico ospedaliero sia in quella del persona-

le di assistenza. La figura giuridica del medico assume con la riforma il prestigio che la società concede a chi ha sacrificato e sacrifica la propria esistenza nell'interesse della collettività.

La riforma, collega D'Errico, non è un codice punitivo per medico ospedaliero, bensì una codificazione della dignità e personalità giuridica dei sanitari.

Non voglio dilungarmi sul tempo pieno e sul relativo compenso perchè ritengo non sia questa la sede opportuna. Quando la riforma sarà sottoposta all'esame del Parlamento avremo modo e tempo per affrontare le nostre diverse interpretazioni e sostenere i nostri differenti giudizi. Le richieste sempre più incessanti ed imperative che vengono agli ospedali dalle popolazioni che anelano ad un'assistenza più umana e dignitosa impongono al Governo di centro-sinistra un adeguato sviluppo della rete ospedaliera ed un rinnovo delle relative attrezzature.

Per una politica ospedaliera efficace si dovranno costruire entro il 1972 ben 200 mila posti letto per una spesa complessiva di 700 miliardi. Gli ospedali nei prossimi anni dovranno anche qualitativamente essere al passo con i tempi secondo le giuste riforme che il Governo sta studiando. Oltre alla funzione curativa degli ammalati essi dovranno assolvere altre mansioni, come la prevenzione clinica della malattia, la riabilitazione degli infermi, la preparazione del personale sia medico che ausiliario, la partecipazione attiva alla ricerca scientifica.

Necessita soprattutto intervenire con energia per la prevenzione della malattia, giusta quanto sancisce la Costituzione sul sacrosanto diritto per tutti i cittadini alla salute. Pertanto i cittadini saranno periodicamente sottoposti al controllo da parte delle autorità sanitarie locali che sono rappresentate dai medici condotti e dalle ostetriche con annessi ambulatori.

Coloro i quali non si troveranno in perfette condizioni fisiche verranno avviati agli ospedali, ove le qualità professionali del corpo sanitario ed ausiliario e le attrezzature moderne individueranno il male di cui soffre il cittadino per sottoporlo subito a terapia riabilitativa e ricondurlo alla società.

Questo indirizzo preventivo richiederà allo Stato uno sforzo gravoso; però a lungo andare tale politica si trasformerà in notevole risparmio perchè non solo diminuiranno le spese di assistenza medica e farmaceutica, ma nuove forze vive e vitali saranno immesse nel ciclo produttivo del Paese a vantaggio dell'intera collettività. Prima di concludere questo mio modesto intervento, sento il dovere di dare al ministro Mariotti, anche a nome della stragrande maggioranza dei medici ospedalieri italiani, il riconoscimento degli sforzi compiuti per intraprendere questa coraggiosa opera di organizzazione del settore sanitario e del dinamismo che ha saputo imprimere al suo Dicastero nello studio e approfondimento di tutti i delicati e complessi settori della vita sanitaria del Paese.

Sono convinto che la riforma ospedaliera per volontà politica del Governo verrà al più presto all'esame del Parlamento e che la sua attuazione rappresenterà una tappa decisiva nel lungo cammino che si dovrà percorrere per la risoluzione totale del problema dell'assistenza sociale in Italia. (*Applausi dalla sinistra*).

**P R E S I D E N T E .** È iscritto a parlare il senatore Lombardi. Ne ha facoltà.

**L O M B A R D I .** Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, non mi permetto di ripetere per non tediarvi quali sono le insufficienze finanziarie del nuovo Ministero della sanità perchè esse sono state messe in evidenza ripetutamente, durante la discussione generale dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità del 1966 avvenuta in Commissione, sia dal Ministro senatore Mariotti che dal relatore senatore Caroli.

Sono costretto però a soffermarmi sui mezzi, sulle strutture organizzative e sui poteri attualmente attribuiti al Ministero della sanità anche perchè da un esame sommario, ma sereno ed obiettivo, si può facilmente constatare come il Ministro della sanità oggi sia sprovvisto di quegli strumenti e di quelle competenze indispensabili per tutelare la salute pubblica, così come avviene nei

Paesi più progrediti e modernamente attrezzati.

Queste stesse ragioni mi spinsero, nella discussione del bilancio sanitario del 1962, a presentare un ordine del giorno che, accolto dal Governo, fu votato ed approvato all'unanimità in Aula.

Onorevoli senatori, onorevole Ministro, persistendo ancora le medesime deficienze dopo circa tre anni dall'approvazione del mio ordine del giorno e dopo circa 8 anni dalla costituzione del Ministero della sanità, con la legge 15 marzo 1958, n. 296, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* il 24 aprile 1958 ed entrata in vigore il 15 agosto dello stesso anno, è doloroso constatare che il nuovo Ministero, che avrebbe dovuto provvedere alla tutela ed alla vigilanza della salute pubblica e della persona con strumenti e competenze rinnovate, aggiornate e coordinate, si presenta invece ancora oggi disorganizzato nei mezzi e nelle strutture e maggiormente nelle competenze. Basterebbe questa ultima fondamentale considerazione per motivare le ragioni che mi hanno indotto a riprendere il discorso in questa occasione, che è la più adatta, sul mio ordine del giorno del 1962. Abusando della vostra pazienza mi permetterò di leggerlo riproponendolo di nuovo alla vostra attenzione:

« Il Senato,

considerato che, secondo l'opinione ormai dominante in Parlamento, nella stampa ed in tutti coloro che si occupano di problemi sanitari, la ragione principale per cui in Italia l'azione dello Stato nel campo sanitario non ha quell'efficacia, quella coerenza e quella funzionalità che dovrebbe avere, sta nel fatto che la competenza statale in questo campo è ancora frazionata fra diversi Ministeri, quali specialmente il Ministero del lavoro e della previdenza sociale e l'Amministrazione dell'interno, oltre al Ministero della sanità,

considerato che tale frazionamento di competenze con conseguente dispersione di mezzi è una delle principali ragioni dell'attuale disagio della classe medica, particolarmente dei sanitari ospedalieri,

considerato che, per ovviare alle gravi deficienze che, in conseguenza di tali situa-

zioni irrazionali, si manifestano nell'azione dello Stato nel campo sanitario, è generalmente sentita la necessità che vengano al più presto unificate nel Ministero della sanità, a cui spetta istituzionalmente la competenza primaria e generale in questo campo, tutte le competenze spettanti alle altre Amministrazioni civili dello Stato in materia sanitaria,

considerato che lo stesso Presidente del consiglio ed anche il presidente del precedente Consiglio, onorevole Fanfani, sensibile interprete di tale esigenza generalmente sentita, ha incluso tra i punti programmatici fondamentali dell'attuale Governo proprio il concentramento presso il Ministero della sanità delle competenze attualmente frazionate tra le varie Amministrazioni dello Stato in materia sanitaria,

considerato che in uno Stato moderno e specie nella Repubblica italiana essenzialmente fondata sul lavoro e in cui la popolazione attiva è, nella stragrande maggioranza, formata da masse di lavoratori, l'igiene e la sanità del lavoro non possono ormai considerarsi avulse dall'igiene e dalla sanità generale della popolazione e della singola persona; invita il Ministro della sanità a presentare, al più presto, in Parlamento, in conformità all'impegno programmatico assunto dal Governo, un disegno di legge che attui l'auspicata unificazione presso il Ministero della sanità di tutte le competenze in materia sanitaria ancora spettanti ad altre amministrazioni civili dello Stato, con particolare riguardo alle funzioni sanitarie dell'Ispettorato del lavoro e agli interventi e controlli sugli enti ed istituti che svolgono attività sanitaria ancora attribuite al Ministero del lavoro e della previdenza sociale, al Ministero dell'interno e ad altri Ministeri. Ciò allo scopo di assicurare all'organizzazione ed all'azione dell'Amministrazione statale, in questo delicato e complesso settore, la maggiore efficienza e funzionalità per la tutela della salute pubblica e della persona, adempiendo così alla norma costituzionale dell'articolo 32, che mi permetto di citare: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato

trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ».

Onorevole Ministro, onorevoli senatori, questo mio ordine del giorno rispecchia alcuni punti programmatici del Governo, sensibile interprete delle esigenze immediate della delicata e complessa materia sanitaria, e perciò mi sono permesso di invitare il Ministro della sanità a presentare al più presto possibile al Parlamento un disegno di legge che concentri presso il suo Ministero tutte le competenze in materia sanitaria attualmente frazionate fra le varie Amministrazioni dello Stato. L'esame di questo disegno di legge dovrà precedere quello di tutti gli altri disegni di legge, presentati e da presentare, già annunciati dal Ministro, senatore Mariotti, all'11ª Commissione durante la discussione del bilancio della Sanità 1966. Altrimenti a questo punto, onorevoli colleghi, conviene domandarci: quale è il valore effettivo del Ministero della sanità, da tanti anni tenacemente propugnato e recentemente costituito? Sta di fatto che il Ministro della sanità avrebbe già dovuto concentrare — ma meglio tardi che mai — tutti gli affari sanitari in una sola mano ministeriale, energica e forte, come ebbe a proporre a suo tempo il De Pretis, al Senato, nel presentare il progetto di codice dell'igiene (atti della Camera dei deputati: legislatura XVI, seconda sezione, pag. 5990).

Come ben vedete, onorevoli colleghi, basta dare uno sguardo alla genesi legislativa delle strutture sanitarie del nostro Paese per constatare che la necessità di unificare e coordinare l'attività della nostra Pubblica Amministrazione sanitaria è di vecchia data: oggi, però, la evoluzione storica della nostra società è in rapida e profonda trasformazione. Unificare e coordinare questa vitale materia si impone tempestivamente per evitare dannose interferenze di pluralità di organismi, tra loro spesso in concorrenza, aventi la stessa funzione. Unificare e coordinare l'attività della Pubblica Amministrazione sanitaria significa, come dice acutamente il Baldelli, rendere armonico tutto il complesso organizzativo delle men-

ti direttive, delle basi di esecuzione, delle leve di comando e delle punte avanzate, fino a poter contare sulla subordinata ma cosciente attuazione concreta di quanto è deciso in sede di manifestazione suprema della volontà dello Stato e degli enti minori, attraverso gli organi che ne hanno la fisica e legale rappresentanza.

Onorevole Ministro, onorevole senatori, è chiaro che il mio ordine del giorno è una sintesi programmatica di tutta l'Amministrazione sanitaria del nostro Paese che merita di essere riordinata ed aggiornata con gradualità e priorità, però con una prospettiva globale proiettata nel futuro perchè uno Stato moderno, per tutelare e vigilare la funzionalità delle strutture preventive e curative dell'apparato igienico-sanitario del Paese, ha bisogno di organi tecnici specializzati e coordinati che devono assumere portata sempre più scientifica, legati sempre più ai progressi della ricerca.

Per avvalorare questa mia opinione mi sia consentito, onorevoli colleghi, di richiamare la vostra attenzione sulla parte sanitaria che va sotto la denominazione di « sicurezza sociale » nel documento n. 89 della relazione previsionale programmatica per l'anno 1966 presentata al Parlamento dai Ministri del bilancio e del tesoro il 30 settembre scorso.

Onorevoli senatori, a questo punto è opportuno elencare le leggi sanitarie che saranno sottoposte all'esame del Parlamento riportate nella voce « sicurezza sociale » del citato documento programmatico. Esse sono: 1) disegno di legge sulla riforma dell'Opera nazionale maternità ed infanzia; 2) disegno di legge sulla Croce rossa italiana; 3) disegno di legge sulla riforma del Consiglio superiore della sanità; 4) disegno di legge sulla brevettabilità dei medicinali; 5) disegno di legge sugli ospedali psichiatrici; 6) disegno di legge sulla riforma dell'ordinamento delle farmacie; 7) disegno di legge sulla riforma ospedaliera, già presentato dal Ministro della sanità al Consiglio dei Ministri.

Questi disegni di legge sono già stati illustrati sommariamente alla 11ª Commis-

sione, durante la discussione del bilancio in corso, dal Ministro della sanità che si è soffermato particolarmente sul disegno di legge relativo alla riforma ospedaliera. Onorevoli colleghi, è opinione ormai dominante in Parlamento, nella stampa, nelle organizzazioni sanitarie, nella Federazione nazionale dell'Ordine dei medici, nei sindacati e in tutti coloro che si occupano dei problemi della salute pubblica che questi disegni di legge, e particolarmente quello sulla riforma ospedaliera, hanno messo in moto tutta la delicata e complessa macchina sanitaria del nostro Paese determinando un maggiore disagio e un maggiore profondo scoraggiamento, non solo in tutta la classe medica, ma anche nelle Facoltà di medicina e chirurgia delle nostre università e in tutte le strutture e organizzazioni sanitarie pubbliche e private della nostra società.

Dobbiamo apprezzare, onorevoli colleghi, l'iniziativa coraggiosa del Governo e del Ministro della sanità senatore Mariotti, sensibili interpreti di tali esigenze sanitarie generalmente sentite, nel presentare al Parlamento, con tutte le difficoltà finanziarie del momento, una programmazione sanitaria la quale si propone di innovare e riordinare nel nostro Paese tutte le strutture sanitarie adeguandole alle esigenze della nostra popolazione.

Signor Ministro, onorevoli colleghi, dopo aver dato, però, uno sguardo sommario alla sostanza e alla finalità di queste leggi, viene spontanea la domanda: sono esse sufficienti a guarire i mali che tutti vedono e tutti denunciano? Queste leggi potranno davvero sgombrare il nostro orizzonte sanitario dalle nubi che lo travagliano, riportando in tutte le categorie sanitarie la fiducia e la tanto auspicata serenità? Se signor Ministro, mi sia consentito di rispondere, esponendo il mio modesto parere: no, perchè basta dare una lettura anche superficiale al disegno di legge sulla riforma ospedaliera, preannunciato al Parlamento con il documento n. 89 e da lei presentato al Consiglio dei ministri, per rilevare la confusione e le contraddizioni sui principi fondamentali che questo progetto presenta. Infatti l'ar-

ticolo 1 definisce l'ente ospedaliero funzionalmente autonomo; questo ente, percorrendo i binari dell'articolazione del progetto, finisce però per diventare alla stazione di arrivo un ente ospedaliero nazionale funzionalmente a totale carico dello Stato poichè gli articoli 10, 17 e 27 burocratizzano tutte le attività di ricerca, di educazione sanitaria, di didattica, di proflessi, di riabilitazione, di diagnostica e di terapia specialistica (tutte queste attività possono essere svolte — secondo questo disegno di legge — esclusivamente dagli enti ospedalieri a totale carico dello Stato).

Oltre a queste contraddizioni di fondo, in questi articoli rileviamo che il Ministro della sanità non può attribuirsi le competenze spettanti, per legge, alle Regioni, alle Provincie, ai Comuni, al Ministero dell'interno, al Ministero del lavoro e della previdenza sociale, eccetera. E poi faccio notare ancora che un altro articolo — come l'articolo 17 — non può autorizzare *sic et simpliciter* il Ministro della sanità alla vendita del patrimonio delle opere pie per costituire il Fondo nazionale ospedaliero.

Bastano queste considerazioni, signor Ministro, per dimostrare che questo disegno di legge urterà, fra l'altro, contro opposizioni di ordine giuridico e amministrativo, insormontabili, provenienti dagli enti interessati, i quali sono molti e molto influenti. Per cui esso nella difficilissima e burrascosa traversata potrà non arrivare in porto.

Onorevoli colleghi, per non tediarvi, a conferma di ciò, mi permetto di fare ancora un accenno alle norme delegate e disposizioni transitorie inserite nell'articolo 27, che superano ogni limite di ordinaria procedura nell'ordinamento giuridico e amministrativo della nostra società, configurando persino l'incrinatura dei principi informatori degli articoli 32 e 117 della Carta costituzionale, per cui il cammino di questo provvedimento sarà sempre più difficile e pesante.

Solamente, signor Ministro, un compromesso politico potrà forse salvarlo dal naufragio; senza tener in alcun conto l'enor-

me disagio, prevalentemente di natura psicologica, non solo della classe medica, ma anche della nostra popolazione, cristiana di civiltà e di fede, perchè possiamo affermare con orgoglio che a noi cristiani, fino ad oggi, nulla è stato insegnato di meglio a questo riguardo dalle dottrine politico-sociali che sono venute molto tempo più tardi.

Signor Ministro, passiamo alle case di cura private, che costituiscono oggi in Italia un complesso sanitario che si aggira sui 60 mila posti-letto, con altrettanti istituti religiosi, quasi tutti modernamente attrezzati, con ottima competenza funzionale. Gli articoli 24, 25 e 26 del nuovo disegno di legge ospedaliero determinano i requisiti tecnico-costruttivi, le attrezzature, i servizi sanitari, le infrazioni, l'autorizzazione all'apertura, le eventuali convenzioni delle case di cura private, le quali, dopo ansiosa attesa sono pronte, prontissime ad accettare, con doverosa soddisfazione, questa loro regolamentazione legislativa.

In cambio, però, onorevole Ministro, ella non ha ritenuto opportuno garantire nello stesso progetto il domani delle case di cura private, privandole praticamente di ogni sorgente di lavoro con il togliere all'assistito degli enti mutualistici ed assicurativi la facoltà di scegliersi liberamente il medico curante e l'istituto di cura, pubblico o privato, in un clima, si intende, di nobile libertà competitiva, controllata dagli organi competenti del Ministero della sanità.

Abusando ancora per qualche minuto, onorevoli colleghi, della vostra bontà e pazienza, mi permetto di invitarvi a leggere pure la lettera h) dell'articolo 27 sulle norme delegate e disposizioni transitorie del disegno di legge in questione, per constatare, in maniera chiara ed inequivocabile, che la prospettiva della programmazione sanitaria tende alla nazionalizzazione di questo delicato e vitale settore, abolendo completamente il regime della libera scelta da parte degli assistiti, che raggiungono la percentuale del 90-95 per cento della nostra intera popolazione nazionale, calpestando persino la norma costituzionale che

non permette in nessun caso di violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

A questo punto conviene domandarsi: quale bisogno c'è di regolamentare con disposizioni di legge le case di cura private, quando l'articolo 10 del nuovo progetto sancisce che tutta l'assistenza ambulatoriale e specialistica degli ammalati a carico dei Comuni e degli enti mutualistici e assicurativi dev'essere erogata esclusivamente da ambulatori dipendenti da enti ospedalieri, che finirebbero fatalmente per diventare i soli centri di smistamento per gli stessi ospedali di tutti gli assistiti ammalati?

Signor Ministro, siamo tutti d'accordo nel ritenere che l'organizzazione sanitaria del nostro Paese ha urgente bisogno di provvedimenti legislativi i cui effetti benefici e vantaggiosi, però, dovranno essere immediati; e perciò mi sono permesso di invitarla a presentare al Parlamento un disegno di legge che unifichi tutte le competenze sanitarie del nuovo Ministero della sanità per evitare dannose ritardatrici interferenze che rendono difficile l'iter dei provvedimenti presentati e da presentare all'attenzione e all'approvazione del Parlamento.

Abusando però della sua pazienza ed amicizia, la pregherei vivamente di sostituire il suo disegno di legge sulla riforma ospedaliera con altro più semplice, possibile economicamente, pratico nell'applicazione, in modo da dare vantaggi immediati e benefici...

**S E L L I T T I**. Che favorisca le case private!...

**L O M B A R I**. Anche quelle sono necessarie! Nazionalizzate, statizzate: abbiate il coraggio di dirlo! Questo noi pretendiamo di sapere con chiarezza: sgombrate questa perplessità della nostra classe sanitaria! (*Replica del senatore Sellitti*).

Si capisce, perchè vogliamo in Italia la libera scelta, la competizione! Vedete cosa sta accadendo in Svezia, in Inghilterra, in Belgio, eccetera.

Dicevo dunque che il nuovo disegno di legge deve essere pratico nell'applicazione, in modo da dare vantaggi immediati e benefici all'ammalato ed ai medici, sgomberando così l'orizzonte sanitario dalle nubi che lo travagliano e facendo ritornare quella auspicata serenità nell'intera popolazione sanitaria e in tutta la classe medica.

Signor Ministro, questo è il provvedimento attualmente opportuno, perchè con la somma stanziata nel bilancio in corso, a mio modesto parere, non si riuscirà nemmeno a terminare gli ospedali in avanzata costruzione, come ad esempio l'ospedale della città di Caserta e di altre città ugualmente importanti. Ed è profonda e sincera convinzione generale che i 130 miliardi del piano quinquennale sanitario previsti per gli ospedali nel documento 89 della programmazione non basteranno e rimodernare la vecchia rete ospedaliera nazionale; per cui mi permetto consigliarle di utilizzare tutto il patrimonio sanitario, pubblico e privato, del nostro Paese, rimodernandolo e aggiornandolo con adeguati provvedimenti legislativi, dando insieme al personale ospedaliero uno stato giuridico, con un trattamento economico e di quiescenza dignitoso e sufficiente.

In Italia, onorevole Ministro, più per ragioni di natura psicologica che economica, non è utile imporre ai sanitari ospedalieri il tempo pieno, privandoli dell'esercizio della libera professione: perchè con questo ultimo provvedimento la pianificazione della professione medica da parziale comincia ad essere quasi totale, con allarmante aggravamento e decadimento di qualità nella prestazione professionale; perchè in essa pianificazione si devono identificare il preoccupante appannamento dell'iniziativa, dell'entusiasmo, della sana ambizione, della nobile competizione emulativa, che hanno sempre animato i cultori di una libera professione; perchè in essa pianificazione devono, infine, essere ricercate le radici dell'impressionante disinteresse all'addestramento e all'aggiornamento culturale che pervade larghe schiere di giovani medici e perfino larga parte degli studenti. Al posto del tempo pieno, invece, possiamo benissimo lasciare con tranquillità la libera professione al medico ospe-

daliero, con l'obbligo, però, del tempo definito e rigidamente controllato (per esempio, quattro ore al mattino e una o due al pomeriggio). (*Interruzione del senatore Ferroni*).

Cinque o sei ore sono più che sufficienti, per chi le fa e le sa fare con competenza, perchè molti parlano di questo e non sanno che cosa significa lavorare sei ore in sala operatoria. Questa è la questione: i competenti devono parlare.

F E R R O N I . Basta andare una volta alla settimana, come fa qualche primario, a visitare gli ammalati...

L O M B A R I . Non è opportuno, come in Francia, dedicare due giorni alla settimana alla libera professione. È preferibile questo? Non è utile, in Italia, imporre il tempo pieno. (*Interruzione del senatore Ferroni*).

Signor Ministro, non con la pianificazione, il rinnovamento e l'aggiornamento coordinato del nostro sistema assistenziale sanitario sarà maggiormente efficiente ed utile, ma col tutelare, invece, la dignità della persona, rispettando e non manomettendo completamente il trazionale libero rapporto tra medico e malato, tessuto con i fili di quelle virtù della nostra millenaria civiltà cristiana; ed è nostro fondamentale dovere difendere la libertà professionale del medico, con leggi non solo idonee a farla rispettare, ma anche a farla custodire gelosamente.

In ultimo mi permetto, signor Ministro, raccomandarle vivamente di pregare il suo collega della Pubblica Istruzione per una sollecita presentazione al Parlamento, con procedura di urgenza, del provvedimento di riforma della facoltà medica delle nostre università, perchè solamente con essa possiamo avere i medici generici, i medici specialisti, i medici ricercatori idonei e degni per una migliore funzionalità di tutti i mezzi di tutte le attrezzature, di tutte le attrezzature, di tutte le strutture e di tutte le organizzazioni sanitarie del nostro Paese, le quali debbono sempre essere più tecnicamente specializzate e sempre più legate alle scienze biologiche e mediche, attualmente in una fase mondiale di meravigliosa espansione,

con prospettive veramente favorevoli alla salute dell'intera umanità.

Onorevoli colleghi, il nostro medico dovrà essere l'architrave della nostra assistenza sanitaria e della salute pubblica. Oggi, come ieri, egli non si oppone alla medicina sociale dei nostri tempi, che è l'etica del suo lavoro, perchè è convinto che andare contro l'evoluzione storica dei tempi, senza considerare le istanze sociali del momento, significherebbe rinunciare ad ogni principio morale e tecnico-professionale del suo lavoro che deve essere sempre al servizio dell'umanità sofferente. Al contrario, anzi, egli vuole essere il protagonista di questo sistema sanitario e sente il bisogno di non venir meno a questa etica del suo lavoro, perchè vuole continuare ad affermare, ancora una volta, che la sua fatica splende sempre di luce viva per le sue continue affermazioni umane e scientifiche.

Oggi nel nostro Paese, per storture politiche e demagogiche, sbandierate come medicina sociale, il nostro medico è fortemente preoccupato, per cui tutti auspichiamo che in Italia si istituisca un piano assistenziale sanitario logico e razionale, basato su criteri sani e capaci di utilizzare tutte le nostre possibilità di lavoro, perchè il nostro sistema politico, economico, sociale e civile, come afferma anche il nostro relatore senatore Caroli, prevede in ogni campo di attività che i soggetti operanti per il fine pubblico siano tanto pubblici che privati.

Questo nuovo sistema assistenziale sanitario dovrebbe eliminare ogni speculazione politica e demagogica, riportando la professione del medico alla sua dignità e al suo decoro, perchè spetta al medico essere il pilastro centrale del nuovo ordinamento sanitario, particolarmente quello ospedaliero, che dovrà coordinare e disciplinare tutta la complessa e delicata struttura sanitaria, dandole una migliore efficienza e funzionalità per il bene supremo della salute pubblica. Senza l'opera del medico, onorevole Ministro, verrebbe a mancare al diritto sanitario positivo ogni base scientifica, ogni titolo di accettabilità, che non sia la forza di chi può ciò che vuole: al corpo medico, quindi, spetta, per la natura delle proprie ricerche ed

occupazioni, il compito di fonire la base razionale agli istituti giuridici sanitari. Ecco la necessità di inserire nel nuovo organo previsto dal preannunciato provvedimento ogni altro organismo pubblico e privato che persegua attività sanitarie, sì da dare la possibilità al supremo dirigente dell'importante Dicastero di esercitare le sue precipue funzioni di organizzazione e controllo, in modo da avere così unicità e direttive per tutte le branche inerenti alla sanità, sempre, però, nel pieno rispetto dell'autonomia della professione del medico.

Queste sono le fondamentali finalità che il signor Ministro della sanità a poco a poco, faticosamente, dovrà ora realizzare e concretizzare.

Dopo queste premesse, potrei dire metodologiche, mi permetto di richiamare, onorevoli colleghi, l'attenzione del Ministro sulla formazione del medico, artefice insostituibile di ogni riforma sanitaria, per cui è opportuno prendere in serena ed obiettiva considerazione gli studi e le osservazioni dei professori universitari e degli studenti delle nostre facoltà mediche, i quali, sia per l'incessante estensione assicurativa delle malattie, sia per la crescente tendenza verso modalità obbligatorie di prestazioni mediche dirette, gravemente lesive del rapporto di personale fiducia tra medico e paziente, indispensabile per promuovere la differenziazione qualitativa, morale e tecnica del medico e per dare la necessaria serenità al malato, sia per l'imminenza di riforme legislative dirette a coordinare organicamente gli aspetti economico-sociali dell'assistenza sanitaria, auspicano che ogni proposta di legge diretta ad innovare o perfezionare la materia sanitaria sia sottoposta all'esame non solo degli organi rappresentativi di categoria, ma anche delle facoltà mediche, cui sembra doveroso venga affidato, nel pubblico interesse, il compito di identificare e rimuovere, in ogni eventuale piano sociale di assistenza, tutto ciò che possa costituire grave e irreparabile pregiudizio per i valori etici e tecnico-professionali dell'arte medica. Vedi l'Inghilterra dove attualmente la classe medica è quasi in rottura con il Governo; vedi l'assistenza sanitaria in Belgio, anni 1964-65; vedi la perfettissima

assistenza sanitaria sociale svedese dove si registra mancanza di letti per l'eccessiva facilità, impossibile a controllarsi, con cui i malati chiedono il ricovero. Bisogna leggere le riviste, bisogna tenere in considerazione gli esperimenti fatti in questi Paesi non perchè non si debba far niente, ma per fare meglio di quanto si è fatto altrove e di quanto possiamo fare noi secondo le nostre possibilità economiche.

Onorevoli colleghi, sono sicuro che il coraggioso Ministro della sanità, senatore Mariotti, accogliendo le mie vive raccomandazioni e le mie serene e sincere considerazioni, nell'imminenza di profonde riforme legislative dirette ad innovare e a coordinare organicamente gli aspetti economico-sociali della nostra assistenza sanitaria, sgombrerà certamente l'orizzonte di questa delicata e vitale materia dalle nubi della burocratizzazione e della statalizzazione che vi si addensano, facendo così ritornare la fiducia e la serenità nella classe medica, nelle facoltà mediche delle nostre università e nelle organizzazioni ospedaliere e sindacali, preoccupate e pensose non solo dell'avvenire della nostra tradizionale, gloriosa medicina, ma anche della salute della nostra popolazione, perchè nella sanità pubblica è posta la sorgente della fondamentale energia della vera ricchezza dei popoli che amano lavorare, produrre, progredire per un migliore avvenire di giustizia, di libertà e di pace. (*Applausi dal centro*).

**P R E S I D E N T E .** È iscritto a parlare il senatore Picardo. Ne ha facoltà.

**P I C A R D O .** Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, l'intervento del collega Lombardi e le interruzioni dei colleghi Sellitti e Ferroni hanno dato validità a quello che sempre noi abbiamo sostenuto, cioè che in seno ai gruppi della maggioranza non c'è concordia per la soluzione di determinati problemi. E queste interruzioni, di cui sono grato ai colleghi, danno già forza a quello che sto per dire nel mio intervento. La relazione sul bilancio del Ministero della sanità, presentata dal senatore Caroli, è concreta e offre

valida e intelligente critica del tema proposto. Tuttavia mi sembra che in essa esistano due punti fondamentali da sottolineare: il ripetersi dell'ormai annosa lagnanza sull'esiguità dei fondi e l'ottimismo circa la validità del piano quinquennale di sviluppo. La scarsità delle somme messe a disposizione del Ministero della sanità, che è ormai una periodica e costante realtà della politica dei nostri Governi, è la riprova della scarsa sensibilità della maggioranza governativa verso i problemi igienico-sanitari della nostra società. Questa indifferenza si potrebbe spiegare osservando che l'azione sanitaria, poco strumentabile in effetti, è azione squisitamente sociale e perciò viene attuata solo dai Governi forniti di una definita qualificazione politica. Nell'attuale situazione di ibridismo politico non è dunque da meravigliarsi se nel settore sanitario si riveli una grande confusione di idee che denuncia l'assenza di una chiara linea programmatica. Per questo non posso condividere l'ottimismo e la fiducia che il relatore dimostra nell'efficacia del piano quinquennale di sviluppo: esso infatti, più che un programma economico, è un documento di volontà politica e perciò presenta, nella parte che riguarda l'azione sanitaria, le stesse carenze di sempre. Infatti, le osservazioni e le critiche sollevate dal CNEL contro questo punto del programma, al capitolo 7, sulla sicurezza sociale, sono una seria documentazione di quanto essa appaia inefficiente agli organi tecnici.

Innanzitutto il programma di sicurezza sociale si rivela contrario ai consigli dello stesso CNEL e inoltre appare impreciso nella formulazione dei punti sostanziali, come, ad esempio, la struttura finale del cosiddetto servizio sanitario nazionale e la possibilità di coesistenza tra la statalizzazione dei servizi e l'autonomia di alcuni organi periferici preposti all'assistenza sanitaria. Tale contrasto di norme non ci sorprende, poichè già da tempo segnaliamo al Paese la reale insufficienza di una politica frutto di compromessi e di equivoci; nè migliori speranze ci consente l'aggiunta al piano presentata dall'onorevole ministro Pieraccini, ove si ribadisce la necessità di

una riforma di struttura, ma si nega un'ulteriore dilatazione della spesa. Si giustifica dunque su questi dati di fatto la nostra perplessità sull'effettiva volontà del Governo di risolvere i problemi della sicurezza sociale e dell'assistenza sanitaria. Infatti, basta guardare in quest'ultimo anno quanti sono stati i disegni di legge di iniziativa governativa e quanti quelli di iniziativa parlamentare approvati, per vedere chiaramente che quelli d'iniziativa parlamentare sono in numero maggiore, malgrado gli sforzi dell'onorevole Ministro e malgrado il suo entusiasmo per la soluzione di determinati problemi.

Su questo ultimo punto — a proposito cioè dei disegni di legge — esiste uno schema di legge presentato da lei, onorevole Ministro, agli uffici della Presidenza del Consiglio il 17 luglio scorso. È vero che, dopo 4 mesi dalla sua presentazione, esso non è stato ancora discusso e pertanto non è noto alle Camere, almeno secondo un rigoroso costume parlamentare, ma è vero anche che il 18 luglio, cioè solo un giorno dopo la sua presentazione al Governo, tale schema era già noto ad un'organizzazione sindacale e veniva pubblicamente discusso. Solo attraverso la stampa, infatti, alcuni di noi sono venuti a conoscenza del contenuto di questo piano di riforma ospedaliera e, con grave disagio per la nostra posizione di parlamentari, veniamo continuamente interpellati dalla pubblica opinione su questo o su quell'altro articolo.

**M A R I O T T I**, *Ministro della sanità*. Scusi, senatore Picardo, la FNOM è un'organizzazione sindacale?

**P I C A R D O**. La FNOM lo ha avuto successivamente, onorevole Ministro: prima, se mi consente, lo ha avuto la ANAO, che in una sua riunione, esattamente il 18 luglio, ne ha discusso. E guardiamo pure gli atti sia della FNOM che della ANAO; le notizie trapelate e divulgate all'insaputa...

**M A C C A R R O N E**. Bisognerebbe guardare gli atti ed il protocollo persona-

le del Presidente della FNOM e poi quelli della ANAO; allora avremo tutta la verità. Grazie, senatore Picardo, e scusi l'interruzione.

**P I C A R D O**. Le notizie trapelate e divulgate all'insaputa degli organi responsabili hanno sollevato un coro di critiche contro il disegno di legge, per cui i parlamentari, che della pubblica opinione sono l'eco, non potranno ormai più sottrarsi alle pressioni psicologiche dei giudizi negativi espressi, anche se non richiesti, dalle associazioni mediche ed in generale dalla stampa sindacale. Tale errore di manovra, onorevole Ministro, tuttavia non è l'unico motivo per cui il disegno di legge appare discutibile. Noi vogliamo darle atto delle sue buone intenzioni, ma non possiamo tacere il fatto che tale piano, elaborato forse non da tecnici e con limitata rappresentanza sanitaria, presenta delle gravi difficoltà a nostro modo di vedere. Per amore di concretezza mi limiterò ad osservare soltanto i punti di maggiore rilievo, ma debbo ripeterle, onorevole Ministro, che lo faccio in una situazione di estremo disagio sia come parlamentare, in quanto il documento di cui si parla non è noto a tutti i colleghi in Aula (ed io ne sono venuto a conoscenza per motivi della mia professione), sia come medico, in quanto non posso sottovalutare lo stato di incertezza e di ansia in cui si trova, a causa di tale indiscrezione, la categoria dei medici ospedalieri.

I colleghi componenti l'11ª Commissione di igiene e sanità ricordano che nei primi di luglio si decise di rinviare l'esame delle norme transitorie per i concorsi ospedalieri proprio a seguito di un intervento dell'onorevole ministro Mariotti, che avendo preannunziato in Commissione il disegno di legge fece appello alla nostra sensibilità al fine di armonizzare questi provvedimenti con la riforma in corso. Il suo invito fu accettato ma, mentre la discussione di quei disegni di legge poteva procurare in alcuni settori della vita ospedaliera una certa tranquillità, il protrarsi della soluzione del problema indubbiamente riporta uno stato di agitazione non indif-

ferente in seno alla classe sanitaria. Ci troviamo negli ospedali di fronte ad una situazione delicata, perchè i Consigli di amministrazione, non sapendo come affrontare i problemi dei concorsi, modificano le piante organiche, sicchè invece di andare verso una organizzazione sanitaria omogenea in tutto il territorio nazionale andiamo verso un caos ospedaliero sempre più grave. Esiste il problema della divisione dei compensi fissi di cui desidererei una sollecita soluzione, onorevole Ministro; bisognerebbe studiare il sistema migliore per ovviare a questo inconveniente e far sì che almeno in questo settore si determini calma e tranquillità, perchè la classe medica ospedaliera, che aveva riposto tante speranze nel Ministero della sanità, oggi in certo qual modo ha perduto questa fiducia e attende con ansia di vedere affrontati e risolti decisamente i suoi problemi. D'altra parte, a mio modo di vedere, il disegno di legge prevede la statizzazione del servizio sanitario con l'incameramento dei beni ospedalieri da parte dello Stato e la trasformazione dei medici ospedalieri in impiegati. (*Interruzione del Ministro della sanità*). Onorevole Ministro, questa è la mia impressione, la mia sensazione.

A parte ogni altra considerazione morale e politica sulla libertà e spontaneità del rapporto tra medico e paziente, come si può programmare l'assunzione da parte dello Stato di più di 150 mila nuovi impiegati, mentre è in corso una riforma burocratica che prevede uno snellimento della burocrazia? E ancora, come è possibile programmare l'assistenza sanitaria gratuita o semigratuita per tutti i cittadini, compresi i beneficiari degli enti di previdenza, mentre il Ministro della previdenza sociale assicura che l'istituto della mutualità non sarà soppresso? È evidente invece che il piano della riforma ospedaliera deve essere inquadrato nella riforma del sistema di previdenza ed assistenza — vorrei dire derivato da essa — ed armonizzato con tutto il sistema di riforme di struttura.

Altra osservazione su questo schema di disegno di legge è che esso si compone, se non vado errato, di 28 articoli ed è diviso in

6 capitoli, ma prevede un enorme numero di leggi delega che il Governo dovrà emanare, sentito il parere di una Commissione di 10 senatori e di 10 deputati. Ora, una legge delega è un provvedimento di eccezione che può essere giustificato da una particolare situazione di emergenza, ma non può diventare un sistema inserito in una programmazione di piano; inoltre credo che non sia lecito istituire una Commissione ristretta a pochi «rappresentanti dei rappresentanti».

La riforma degli ospedali è necessaria ed urgente, e se ne parla già da tanto tempo, ma non è necessario, per attuarla, ricorrere a sistemi così radicali, per non dire rivoluzionari, che, fondati su valutazioni utopistiche, trascurano i dati obiettivi della realtà e pretendono di risolvere ogni problema con criteri di valutazione soggettiva. Occorre ricordare che un problema tecnico comporta sempre una soluzione tecnica, cioè una soluzione dettata dai dati e dalle esigenze dei settori in causa.

Per quanto concerne poi i Consigli di amministrazione, ho notato che saranno abbastanza ampi, ma che purtroppo la classe sanitaria, la classe maggiormente interessata, vi sarà scarsamente rappresentata. Si sostiene che con larghi Consigli di amministrazione verrebbero rispettate le esigenze democratiche e verrebbero meglio tutelati gli interessi delle popolazioni e i loro bisogni. Ma io credo che in materia di sanità pubblica le popolazioni hanno bisogno soprattutto di razionali e moderni ospedali bene attrezzati, con sufficienti posti letto e con personale qualificato.

Quanto ai fattori di ordine professionale, la Costituzione esige che l'attività sanitaria debba svolgersi nel rispetto della autonomia dell'atto professionale, della qualificazione morale ed economica della prestazione, delle esigenze dello studio e della ricerca.

Dando poi uno sguardo al piano finanziario — e credo che questo sia un aspetto grave e basilare del problema — non si può parlare di un piano di riforma sanitaria senza preventivamente disporre i fondi necessari; e abbiamo già posto in rilievo

l'esiguità dei fondi messi a disposizione. Il Fondo nazionale ospedaliero previsto sarà un'operazione finanziaria con lo scopo di convogliare nel bilancio dello Stato proventi e somme preesistenti. Se utile può sembrare il passaggio ad un'unica fonte amministrativa delle somme disponibili, ciò non toglie che queste restano insufficienti ove si voglia provvedere al completamento di una rete ospedaliera. Tra queste somme vanno comprese quelle che dovrebbero ricavarsi dalle vendite dei patrimoni, operazione questa che potrebbe essere viziata di incostituzionalità. E poi io mi chiedo: chi domani farà un lascito, nella propria città, se poi questi beni saranno totalmente assorbiti secondo quanto si prevede nel piano?

E poi, onorevole Ministro, mi permetterei di sottoporre alla sua attenzione e alla sua sensibilità la necessità che nel piano di distribuzione degli ospedali si faccia anche un'indagine della patologia geografica, in quanto determinati ospedali sono più produttori in determinate zone anziché in altre. Un ospedale efficiente ha bisogno non solo di medici, ma di molte attrezzature e di molto personale ausiliario qualificato, il quale non si improvvisa in poco tempo. È dunque necessario un disegno di legge che riguardi la riforma dell'esercizio delle professioni sanitarie ausiliarie. Nelle more, è necessario almeno autorizzare con un decreto i Consigli di amministrazione delle singole scuole ad ammettere allievi anche in esternato.

Considerata poi l'urgente necessità di potenziare il numero delle scuole professionali esistenti e il personale direttivo, la invito, onorevole Ministro, a predisporre corsi di aggiornamento per i docenti di queste scuole. Si faccia rispettare, sia al centro che alla periferia, la legge 29 ottobre 1954, n. 1046, al fine di impedire violazioni delle norme che regolano l'esercizio delle professioni sanitarie ausiliarie. Inoltre, in attesa delle varie riforme, si provveda all'adeguamento dei compensi per i medici dipendenti dai diversi enti mutualistici. Gli scioperi dei medici mutualistici, che si susseguono, dovrebbero attirare l'atten-

zione dei Ministeri competenti ed indurli ad eliminare le sperequazioni esistenti, anche in vista di una futura unificazione degli enti mutualistici, anzi come primo passo in questa direzione.

Altra urgente riforma è quella dell'assistenza sanitaria psichiatrica e dell'Istituto superiore di sanità, pure esso in una situazione ambigua ed indefinita.

Per quanto riguarda la medicina sociale, la quale deve essere essenzialmente preventiva, bisogna creare dei centri di medicina sociale (so che ella, onorevole Ministro, è particolarmente sensibile a questo problema) forniti di tutte le attrezzature specialistiche, allo scopo di assicurare la difesa dei sani, dalla nascita alla senilità; soprattutto, per evitare l'attuale dispersione di ambulatori, noi proponiamo che si formino unità maggiori, da definirsi « Centri di medicina sociale », in grado di offrire servizi più organici e completi. Questi Centri dovrebbero avere azione prevalentemente diagnostica e di smistamento, e naturalmente dovrebbero agire in stretta collaborazione sia con gli ospedali sia con gli istituti di ricerca e sperimentazione, per l'attuazione di una doppia corrente teorico-pratica di assistenza sanitaria.

Bisogna incrementare la lotta contro le sofisticazioni alimentari, e sollecitare l'approvazione della famosa legge, già approvata dall'11ª Commissione del Senato, sull'inquinamento atmosferico; e proporre al più presto efficienti leggi contro l'inquinamento delle acque e per la bonifica soprattutto delle sostanze biodegradabili contenute nei detersivi. Oggi sono prodotti di basso costo e di largo consumo, ma, così come composti, risultano quanto mai dannosi. I comuni detersivi, onorevoli colleghi, loro lo sanno, presentano una componente assai preoccupante di elementi chimici che non vengono decomposti dai batteri. Ne consegue che le acque di scolo che si riversano nei canali e nei fiumi restano inquinate, dando luogo tra l'altro ad ammassi di schiuma sotto i quali i pesci muoiono per scarso ricambio di ossigeno.

Prove e controlli hanno dimostrato che queste sostanze si trovano nei corsi d'ac-

qua, anche a grandi distanze dalle città. Se si pensa che in molte città, specie del Mezzogiorno d'Italia, si fa uso delle acque reflue per l'irrigazione degli orti e della campagna, si può immaginare quanto deterioso venga trasferito in questi ambienti. Molti istituti di ricerca hanno trovato nelle cellule sia animali che vegetali (soprattutto in queste) tali sostanze. Ciò sta a dimostrare quanto grave sia il problema. Vorrei invitare l'onorevole Ministro a presentare al più presto il disegno di legge al riguardo, in modo da prevenire conseguenze ancora più dannose, perchè la tossicità di queste sostanze non è la sola questione che si pone: oltre ad essa si deve considerare anche il problema degli ammassi di schiuma nelle acque dei fiumi, che impediscono soprattutto i processi di ossigenazione e di sedimentazione.

Cerchiamo di fare realmente tutte queste cose, necessarie e comunque utili, anche se non inserite in una politica di piano, lasciando da parte certi miti di sapore platonico, ed occupandoci concretamente della salute, dell'igiene della società attuale che a noi guarda e si affida come ai suoi naturali tutori.

Infatti, l'unico modo di tutelare efficacemente la salute pubblica è quello di prevenire le affezioni e di diagnosticarle quando l'individuo è ancora efficiente e recuperabile per la società. Ogni legislazione sanitaria non può limitarsi ad una passiva accettazione dello stato di fatto, riducendo la sua azione ad eliminare il pericolo che l'individuo malato rappresenta per la società, ma deve spingersi più innanzi a considerare che l'individuo è elemento attivo e costitutivo della società non solo dal punto di vista oggettivo, in quanto la compone, ma anche dal punto di vista soggettivo, in quanto solo in essa si attua pienamente. Ne consegue che ogni individuo ha diritto alla salute della collettività, perchè in essa egli deve inserirsi per realizzare il proprio diritto alla vita. Grazie. (*Applausi dall'estrema destra*).

**P R E S I D E N T E .** È iscritto a parlare il senatore Perrino. Ne ha facoltà.

**P E R R I N O .** Signor Ministro, onorevoli colleghi, tocca a me la ventura di chiudere la cospicua serie di interventi sul bilancio della Sanità, sicchè io mi limiterò a cogliere le luci e le ombre della sanità italiana.

Il modesto incremento dello stanziamento (poco più di quattro miliardi) del bilancio della Sanità risente della situazione congiunturale, ma farebbe pensare a uno stato di stagnazione del Dicastero che faticosamente cerca di fare una politica sanitaria di largo respiro che postula prioritariamente il passaggio al giovane Ministero dei compiti e delle attribuzioni sanitarie che risultano dispersi tra tanti Dicasteri.

Forse è giustificato lo scetticismo di quanti ritengono assai difficile il processo di unificazione che richiede molto coraggio, signor Ministro, per superare prevenzioni e tenaci opposizioni. È vero che c'è un impegno di Governo, ma ad un anno di distanza non pare che ci sia stato qualche inizio di unificazione. Avevamo suggerito, nel quadro dell'assistenza sanitaria mutualistica gelosamente custodita dal Ministero del lavoro — e tanto gelosamente da indurre un alto dirigente di un grande istituto ad affermare pubblicamente che è come voler sfondare la muraglia cinese senza rompersi la testa — di cominciare a procedere intanto all'unificazione della normativa all'interno degli enti mutualistici, per far cadere l'iniqua sperequazione che esiste oggi tra assistito di un ente e assistito di un altro ente; sperequazione che fa tra i cittadini la distinzione dei figli e dei figliastri.

Anche qui, purtroppo, siamo fermi; ma allora si consideri obiettivamente la possibilità di superare i motivi di contrasto che esistono — e purtroppo esisteranno — tra Sanità e Lavoro che si contendono l'immenso campo dell'assistenza sanitaria che non può essere amministrato a mezzadria. Si consideri intanto la possibilità di una unificazione di vertice tra il Ministero della sanità e il Ministero del lavoro per formare un Ministero unico come del resto — e da tempo — è avvenuto in Fran-

cia, in Belgio e in tanti altri Paesi vicini e lontani.

Vero è che tutti riconoscono, vorrei dire a parole, l'importanza e l'urgenza dell'unificazione. Lo stesso Ministro del lavoro, nel recente insediamento del nuovo Consiglio centrale dell'INAM, esprimeva, riecheggiando i concetti del piano quinquennale di sviluppo, « la necessità di riformare — sia pure gradualmente — l'attuale sistema, nel quale vi è dispersione delle competenze e molteplicità degli enti gestori, difformità dei criteri di erogazione delle prestazioni e dispersione e polverizzazione della spesa ».

E allora? E nei voti che si riesca a premere l'acceleratore. Ma, al di là di queste considerazioni sulle quali ritorneremo, sta di fatto che, pur con la limitatezza dei mezzi a disposizione, nel Ministero della sanità si è lavorato intensamente secondo due direzioni: la prima nell'ambito dei compiti, per così dire, tradizionali del Dicastero. Chi avesse vaghezza di conoscere e approfondire il lavoro compiuto non ha che da compulsare il volume: « Stato sanitario del Paese e attività dell'Amministrazione sanitaria negli anni 1959-64 - relazione al Consiglio superiore di sanità » recentemente pubblicato a cura del Ministero. Un documento di grande importanza, che testimonia quanto cammino si sia fatto e quali brillanti risultati siano stati ottenuti.

Quindi l'accusa di immobilismo, che riecheggia con molta frequenza, trova questa smentita eloquente nei fatti documentati nel testo citato.

La seconda direzione è quella dell'impostazione alacre del riordinamento di taluni settori e servizi. E bisogna riconoscere che c'è un fervore nuovo di volontà e di iniziative: riforma ospedaliera, dell'assistenza psichiatrica, dell'Istituto superiore di sanità, farmaceutica, della condotta medica, dell'assistenza antitubercolare, potenziamento dei servizi di medicina sociale, lotta contro i tumori, diagnosi precoci, vaccinazioni, morbilità infantile, educazione sanitaria, rubrica televisiva, approvvigionamento idrico e controllo dello smaltimento delle acque, lotta contro le sofisticazioni e le frodi alimen-

tari, contro l'inquinamento atmosferico, medicina scolastica preventiva, vaccinazioni antitubercolari, eccetera.

Direi che troppa materia è stata messa in cantiere ed occorre, purtroppo, del tempo, che è una grande medicina e che solo consente di risolvere tanti problemi.

Si è così mobilitato, finalmente, un vasto settore. Si renderà naturalmente necessario approfondimento, vi saranno, certo, contrasti e opposizioni — come per tutte le cose nuove — ma con le inevitabili decantazioni si arriverà a risultati positivi; il tutto evidentemente è condizionato al graduale incremento delle dotazioni del Ministero.

Una cosa è certa, ed è che si sta già lavorando, nel quadro del programma di sviluppo economico per il prossimo quinquennio approvato dal CNEL e che verrà prossimamente all'esame del Parlamento. Il dato più evidente e più positivo, che da solo caratterizza e nobilita, per la sanità, il 1965 è l'approvazione della legge 30 maggio 1965, n. 574, che, modificando la legge Tupini — che pure ha proficuamente operato fin qui — consente di avviare decisamente un programma di costruzioni ospedaliere che, sanando situazioni dolorose di carenze, di insufficienze e di sperequazione tra Nord e Sud, costituisce il pilastro portante di qualsiasi riforma ospedaliera. Perchè è inutile parlare di riforma ospedaliera se prima non si risolve il problema fondamentale della disponibilità dei posti-letto.

È di questi giorni la buona nuova che il Ministero dei lavori pubblici, applicando per la prima volta la nuova legge sulla base di un piano elaborato da apposita Commissione interministeriale, ha disposto il finanziamento, per l'esercizio 1965-66, di ben 130 miliardi per costruzioni ospedaliere, di cui circa l'80 per cento nel Mezzogiorno. Se negli anni futuri saranno rinnovati, come è nei voti e nei propositi, gli stanziamenti nella stessa misura, sarà possibile in un certo arco di tempo risolvere l'annoso e — perchè no? — umiliante problema dei posti-letto.

Lo stanziamento richiamato di 130 miliardi consente di costruire in tutta Italia

30 mila posti-letto; se a questi si aggiungono i 10 mila in fase di costruzione ad opera della Cassa per il Mezzogiorno, per impegni assunti nel 1963-64 (41 miliardi per 63 nuovi ospedali nel Mezzogiorno), si ha un totale di 40 mila posti-letto, pari ad un terzo del fabbisogno generale nazionale di 120 mila, per portare il nostro Paese, unitariamente, alla percentuale di 6 posti-letto per 1000 abitanti indicata dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Indubbiamente siamo di fronte ad una decisa spinta in avanti, ma esprimiamo il rammarico che la Cassa per il Mezzogiorno, di nuova edizione, abbia abbandonato l'intervento nel settore ospedaliero, intervento che avrebbe consentito un più sollecito accorciamento delle distanze tra Nord e Sud. Altro elemento di successo è stato il decreto ministeriale 8 gennaio 1965 sulla ripartizione tra i medici ospedalieri dei compensi fissi mutualistici; decreto che aveva opportunamente ridotto le distanze — eccessive, bisogna riconoscerlo — tra i primari da una parte e gli aiuti e gli assistenti dall'altra. Il Consiglio di Stato (ne ignoriamo fino a questo momento i motivi) ha annullato tale decreto riportando negli ospedali motivi di contrasto tra chi cedeva qualche cosa e chi aveva qualche cosa di più, ma il concetto ispiratore del decreto rimane come un punto fermo da trasferire, signor Ministro, più opportunamente in un'apposita legge. Da diverse voci si afferma che la decisione del Consiglio di Stato è stata motivata dal fatto che il decreto-legge del 1938 — legge Petragliani — è stato modificato con un decreto ministeriale. Evidentemente ci vorrà una nuova legge che dovrà sanare la situazione riconfermando i concetti informativi del decreto richiamato.

A tale proposito ricordiamo che esiste davanti al Senato un disegno di legge numero 1299, dell'8 luglio 1965, che affronta la materia in maniera chiara ed organica. Basterà riprenderlo e mandarlo avanti. E qui vorrei fare una raccomandazione, signor Ministro, raccomandazione che ho fatto reiterate volte in Commissione. Accade spesso che, pur essendoci dei disegni di leg-

ge d'iniziativa parlamentare che talvolta centrano bene i problemi e che sono frutto di approfondito studio e di ancora più approfondite esperienze, tuttavia ad un certo momento si apre il frigorifero e vi si mettono dentro questi provvedimenti perchè, si dice, è in cammino un disegno di legge ministeriale che dovrà affrontare la materia; il cammino ministeriale evidentemente è molto lungo e difficile e le cose restano come sono, mortificando l'iniziativa parlamentare.

È da sottolineare peraltro che le norme impartite tempestivamente in questi giorni per la compilazione dei bilanci degli ospedali per il 1966 — finalmente norme chiare ed equitative — sono destinate a riportare la tranquillità nelle tormentate vicende della vita ospedaliera determinando il superamento, nel settore, dei contrasti con gli altri Ministeri. Finalmente, signor Ministro — e gliene rendo personalmente grazie a nome dell'organizzazione nazionale degli ospedali — finalmente quest'anno siamo in condizioni, nei termini di legge o poco più, di approvare i bilanci e le rette ospedaliere; cosa che negli anni passati abbiamo dovuto rimandare a giugno, luglio o addirittura alla fine dell'anno finanziario, sicchè il preventivo praticamente veniva ad accavallarsi al consuntivo.

Il successo ormai consolidato nella lotta contro la poliomielite, poi, ha dimostrato la capacità del Ministero che attraverso gli uffici provinciali e con tutti i mezzi ha saputo sensibilizzare l'opinione pubblica. Essere passati dai 3.000 casi circa del 1963 ai 200 del 1965 (almeno fino ad oggi) è un dato che non ha bisogno di commenti; la lotta deve continuare fino all'eradicazione totale del terribile male ed opportunamente nei prossimi giorni verrà all'esame della Commissione il disegno di legge governativo che rende obbligatoria la vaccinazione contro la poliomielite. Ma l'impiego del vaccino vivo ed attenuato di Sabin fa cadere molte prevenzioni ed apre la strada alla vaccinazione antitubercolare con vaccino vivo ed attenuato: il BCG che in fase di assai larga sperimentazione ha dato risultati veramente brillanti. In proposito, il

signor Ministro ha rivolto un fervido incoraggiamento ai medici provinciali perchè cerchino di diffondere la pratica della vaccinazione antitubercolare.

**BONADIES.** Non è pertinente questo, collega Perrino.

**PERRINO.** È pertinentissimo; ho detto che sono cadute le prevenzioni contro i vaccini vivi ed attenuati, vedi il caso Sabin; quindi non c'è motivo perchè anche in questo settore, dove abbiamo una sperimentazione larghissima che il collega professor Monaldi potrebbe illustrarci, con una casistica veramente impressionante, non si prenda in attenta considerazione anche questo problema.

**BONADIES.** Non tocca a noi prenderlo in considerazione, ma ad organi altamente tecnici.

**PERRINO.** Ho raccomandato di prendere il problema in attenta considerazione.

L'annunciato schema di disegno di legge sulla riforma ospedaliera — peraltro non ancora passato al concerto dei Ministri — ha scatenato una tempesta che ha investito medici, ospedali, mutue e lo stesso Ministero. Non intendiamo in questa fase entrare in un esame critico dello schema che contiene indubbiamente elementi positivi ma anche elementi negativi. Prendiamo atto delle reiterate assicurazioni del Ministro proponente di voler discutere, pronto ad accettare le rettifiche proposte che fossero compatibili col processo di rinnovamento del settore. Quando si discute e si ha di mira l'interesse della collettività e del servizio, è sempre possibile trovare un punto di intesa e superare prevenzioni ed allarmismi. Piace ricordare in proposito l'obiettivo atteggiamento della Federazione italiana degli ospedali che così si esprime: « Considerata l'assoluta, inderogabile necessità che i principi fondamentali riguardanti l'autonomia degli enti ospedalieri vengano adeguatamente codificati al fine di garantire, con una corretta esplicitazione dell'autogoverno locale, il più

efficiente svolgimento dell'attività assistenziale negli ospedali; rilevato che l'intendimento del Governo di attuare una riforma delle disposizioni vigenti in materia, tale da corrispondere alle esigenze presenti e future di una moderna assistenza ospedaliera pubblica, non può prescindere da taluni presupposti, soprattutto in ordine alle possibilità economiche che la collettività potrà assegnare al relativo pubblico servizio e alle relative tecniche di finanziamento, onde fronteggiare le esigenze derivanti dalle necessarie, importanti innovazioni strutturali e funzionali, ritiene che la futura legge ospedaliera debba necessariamente informarsi ai suddetti presupposti e principi fondamentali ». In tal senso la FIARO si è dichiarata prontissima a collaborare concretamente, in una visione generale ed obiettiva e quindi non settoriale — sia chiaro — del vitale problema del quale la collettività attende uno sollecita soluzione.

Connesso con il problema ospedaliero è il problema dell'istruzione professionale (devo spezzare una lancia a suo favore perchè il collega che mi ha preceduto vi ha fatto cenno). Si dice — e giustamente — che l'ospedale lo fanno i medici, che i medici sono la linea attaccante della *équipe* ospedaliera, ma è anche vero che la qualificazione professionale del personale è un elemento essenziale per l'ospedale. Ora, non vi è dubbio che in questo settore l'Italia è indietro. La scorsa estate ho avuto la ventura di percorrere la Scandinavia e di visitare l'organizzazione ospedaliera scandinava. Ebbene, il mio giudizio è che i migliori ospedali che abbiamo visitato non siano migliori dei migliori nostri ospedali di recente costruzione. Si tratta di un dato positivo che ci fa onore. In quel Paese, però, vi è una organizzazione, una strutturazione sul piano della qualificazione del personale che noi non abbiamo e che qualifica meglio quegli ospedali. Questa è la realtà. Pensate che in Svezia vi sono appena 7 mila medici e ben 35 mila infermiere professionali; se commisurate questo rapporto a quello dell'Italia, che è esattamente l'inverso, vi rendete conto del perchè quegli Stati hanno rag-

giunto una linea di avanguardia in fatto di organizzazione ospedaliera.

Ecco un punto che va centrato bene, quello cioè dell'istruzione professionale. So bene che non si tratta di un problema che possa ricadere esclusivamente sulle spalle del Ministero della sanità: qui bisogna arrivare una buona volta a far cadere le prevenzioni che esistono nel Ministero della pubblica istruzione. Onorevole Ministro, quando in Commissione ho sollevato questo problema e ho presentato un ordine del giorno, da lei accettato prontamente, ella ha raccomandato di intervenire pure presso il Ministero della pubblica istruzione. Posso dire che nei giorni prossimi il Consiglio superiore di sanità, del quale mi onoro di far parte, dovendo discutere lo « stato sanitario del Paese », dedicherà una seduta proprio all'istruzione professionale sanitaria. Penso che il problema verrà centrato e che si tratterà di una determinazione utile per i fini futuri, affinché, in collaborazione, Sanità e Pubblica istruzione affrontino il problema dell'istruzione professionale che riguarda tutto il settore delle professioni sanitarie e, vorrei aggiungere, anche delle arti ausiliarie sanitarie, sì da portare ordine nel bailamme che esiste nel nostro Paese.

Un discorso a parte meriterebbe l'assistenza sanitaria mutualistica in generale e quella dell'INAM in particolare. Dal bilancio consuntivo dell'INAM — il maggiore ente mutualistico — per il 1964 risulta che le spese annue per le varie forme di assistenza hanno raggiunto i 690 miliardi con un incremento di ben 138 miliardi rispetto al 1963. In particolare la spesa per l'assistenza generica erogata dai 42.298 sanitari di libera scelta ammonta a 125,4 miliardi con un incremento di 24 miliardi rispetto al 1963, mentre quella per le prestazioni ospedaliere, che hanno comportato oltre 38 milioni di giornate di degenza, ha raggiunto i 193,5 miliardi con una lievitazione di 29,5 miliardi. L'assistenza specialistica ambulatoriale erogata nei 6.394 presidi in gestione diretta ha comportato una spesa di 44 miliardi con un aumento di 9 miliardi e mezzo rispetto al 1963, alla quale vanno aggiunti 11 miliardi per le prestazioni erogate nei gabinetti specialisti-

ci privati convenzionati. Particolare consistenza ha poi assunto l'onere per l'assistenza farmaceutica, che ha raggiunto e superato i 200 miliardi con un incremento di 32 miliardi rispetto al 1963, assorbendo così da solo poco meno di un terzo del totale delle spese assistenziali. Risulta dal bilancio che al processo di espansione della spesa non ha corrisposto un analogo incremento delle entrate. Infatti lo squilibrio verificatosi nel 1963 (aumento del 33 per cento delle spese assistenziali contro un aumento del 26 per cento nel gettito contributivo) è perdurato nel 1964 in cui entrambe le voci hanno subito un aumento del 25 per cento. Le cause di questa stasi del gettito contributivo sono da ravvisare nei fenomeni congiunturali. Si aggiungono gli effetti della fiscalizzazione di alcune voci contributive che hanno ridotto il gettito di circa 9 miliardi.

C'è da chiedersi (ecco il punto): si tratta di uno squilibrio occasionale o di uno squilibrio cronico destinato a salire con un crescendo rossiniano? Si ritiene ormai che lo squilibrio si ripeterà, esasperato, per il 1965; ma allora dove si arriva e che cosa si può fare per contenere la spesa senza pregiudizio del servizio? Diciamo subito che la spesa ospedaliera potrebbe essere contenuta e forse compressa se si riuscisse a ridurre la durata media dei ricoveri. È vero che un progresso c'è stato in questi ultimi anni: si è passati dai 18-20 giorni ai 12-13; merito della migliore organizzazione degli ospedali ma anche dei nuovi medicinali e presidi che la scienza medica, in continuo divenire, mette a disposizione. Ma si potrebbe scendere alla media di 9-10 giorni se ci fosse un migliore coordinamento tra ambulatori INAM e ospedali, se cioè il mutuato entrando in ospedale portasse una documentazione di ambulatorio, facendo così risparmiare nuovi esami in ospedale e quindi tempo e denaro. Sotto questo aspetto — forse — il signor Ministro, nello schema di disegno di legge richiamato, ha visto la necessità di portare nell'ospedale o più vicino possibile all'ospedale la vastissima rete degli ambulatori mutualistici, perchè il risparmio di una giornata di ricovero signifi-

cherebbe risparmio di decine di miliardi all'anno.

Per quanto riguarda la spesa medica e farmaceutica, poi, siamo veramente sfasati rispetto a qualunque Paese del mondo. Il criterio del « tutto a tutti » provoca inevitabilmente enormi sprechi. Nei Paesi in cui si è voluti partire con questa impostazione (Inghilterra: riforma Beveridge-Bevan) si è fatto subito dopo macchina indietro perchè non si può non responsabilizzare il cittadino. Nell'Unione Sovietica l'assistenza domiciliare non esiste; il cittadino che vuole curarsi a casa è padrone di farlo ma a sue spese esclusive. C'è solo il ricovero ospedaliero che è assicurato a tutti gratuitamente. Così gli altri Stati dell'orbita sovietica. In tutti gli Stati democratici (Germania federale, Francia, Belgio, Inghilterra, eccetera) è stato introdotto, per ogni prescrizione farmaceutica, un *ticket* moderatore o una percentuale a carico del mutuato che così viene responsabilizzato. In Svezia — e così grosso modo negli altri Stati scandinavi — vi è una fascia di medicinali indispensabili per le cure di determinate forme morbose che vengono dati gratuitamente; tutto il resto viene dato sì, ma con partecipazione del 50 per cento da parte del mutuato.

Il sistema vigente in Italia e solo in Italia — siamo forse il Paese più progressista del mondo? — fa sì che, ad esempio, un *cachet* antinevralgico o un banale purgante, che qualunque cittadino paga in farmacia cinquanta lire, alla mutua costa 500 o 1.000 lire, a seconda se la ricetta, che presume sempre la visita medica, viene rilasciata nell'ambulatorio o a domicilio. Così si spiegano le 50-60 visite mediche che vengono fatte in ambulatorio in una sola ora dal medico.

Un dato assai significativo: nel 1964 il numero medio annuo delle visite per assicurato è stato in Gran Bretagna del 4,4; in Olanda del 4,3; in Svezia dell'1,1; in Italia del 7,14. Non vi pare che tutto questo denoti uno spreco e, vorrei dire, una allegra finanza da parte degli enti mutualistici?

Ecco perchè quando il suo predecessore, signor Ministro, accennò ad una riforma sanitaria e usò un termine che lasciò perplessi e increduli (una riforma senza spesa, disse)

voleva evidentemente dire che attraverso una adeguata a profonda riforma rivolta ad eliminare tutte queste sfasature potevano conseguirsi tali economie da consentire indubbiamente un miglior servizio senza aggravio di spesa.

Nel 1958, con la cosiddetta piccola riforma, l'INAM ha fatto un timido tentativo che può essere considerato una specie di sondaggio. Ma è venuto il tempo di spingere sulle posizioni delle Democrazie occidentali; è questa la riforma più urgente e risanatrice che bisogna coraggiosamente fare. Errore poi sarebbe, per quegli enti che la praticano, passare dalla forma di assistenza indiretta alla diretta; il risultato sarebbe fatalmente un'abnorme dilatazione della spesa medica e farmaceutica. Sotto questo aspetto ci sarebbe bisogno, più che di una nuova politica sanitaria, di un nuovo costume e di un maggiore senso di responsabilità.

Positivo è poi il fatto che dei poco più di 4 miliardi di maggiore stanziamento del Ministero (che passa dai 73 miliardi, in cifra tonda, del 1965 ai 77 del 1966) 760 milioni siano andati all'incremento dell'igiene pubblica e degli ospedali e 1 miliardo e 455 milioni per le malattie sociali; due capitoli che maggiormente caratterizzano l'attività del Ministero e dove più urgenti appaiono le necessità. Tutto il capitolo delle malattie sociali è condizionato da una intensa e capillare azione di educazione sanitaria svolta a tutti i livelli e con tutti i mezzi di propaganda a disposizione. L'educazione sanitaria — l'ho detto altre volte — è il fondamento della medicina preventiva che è la medicina del domani, la medicina che costa di meno e rende di più; e qui ritorna sempre il vecchio adagio della scuola medica salernitana fiorita nell'alto Medioevo, che « prevenire è meglio che curare ».

« Il capitolo della Croce Rossa Italiana — dice il senatore Caroli nella sua pregevole relazione — lascia perplessi perchè le maggiori richieste di soccorso e di trasporto di infortunati e malati impongono un deciso programma di sviluppo di tutti i servizi in uomini e mezzi ». Francamente, signor Ministro, riteniamo che è assai ambizioso, e nelle presenti circostanze forse utopistico, vo-

ler conferire alla Croce Rossa Italiana nuovi pesanti compiti. La Croce Rossa dovrebbe continuare a svolgere i suoi compiti tradizionali ed assumere la *leadership* dell'educazione sanitaria, un'attività che è più consona alle origini e alle finalità dell'istituzione, che in ogni caso non deve essere politicizzata. Queste cose le dico perchè so che è in gestazione un disegno di legge governativo per quanto riguarda la Croce Rossa Italiana e ritengo opportuno fare queste precisazioni. Un servizio autostradale (autostrade e strade nazionali) — a parte l'enorme dispendio — sarebbe in concorrenza inutile con gli ospedali che, ormai distribuiti capillarmente (e ancor più lo saranno domani) e facilitati da agevoli e rapide comunicazioni viarie, sono tutti forniti di autoambulanze, concesse peraltro generosamente dallo stesso Ministero. Vogliamo continuare la politica della dispersione dei pochi mezzi di cui disponiamo in tanti rivoli?

Si tratta, al più, di migliorare in questo campo i collegamenti. Lo stesso dicasi per il servizio trasfusionale, al quale giammai gli ospedali potrebbero rinunciare per gli innumerevoli vantaggi che essi ricavano dal servizio gestito direttamente.

Per i centri di medicina sociale si insiste sulla loro vitalizzazione e sull'opportunità di utilizzare non solo gli ospedali, ma i 500 dispensari cosiddetti antitubercolari affidando loro una funzione a carattere tetravalente (tubercolosi, tumori, cardio-reumatologie e malattie mentali).

Vi è poi da affrontare in pieno il problema del settore farmaceutico, lungo tutto l'arco, dalla produzione alla distribuzione. Anzitutto, brevettabilità, che deve impedire la proliferazione pappagallesca delle specialità, con tutto il disordine e le speculazioni incontrollate che ne derivano (siamo il solo Paese del MEC che non ha, nel settore, un'adeguata legislazione).

Occorre una legislazione farmaceutica nuova — si stagna in materia da una legislatura all'altra — che deve snellire l'exasperante procedura dei concorsi, introducendo fra l'altro il concorso per esame; che deve riconoscere il carattere patrimoniale della farmacia e, in conseguenza, adeguarsi alla tra-

sferibilità, con tutte le remore — anche drastiche — che sono necessarie; che deve impedire il cumulo di autorizzazioni, anche a titolo provvisorio; che deve assicurare il servizio farmaceutico di prima necessità in tutti i Comuni, garantendo l'intervento del Comune là dove l'iniziativa privata è tarda o è sorda; che deve introdurre il servizio del farmacista provinciale, cioè del farmacista nell'ambito gerarchico dell'ufficio del medico provinciale, per assicurare nell'immenso settore quel controllo e quella vigilanza che oggi praticamente non esistono, per cui tale settore va perciò alla deriva.

Potrei ricordare dei dati, signor Ministro; questo settore è completamente abbandonato da 30 anni. Il medico provinciale dovrebbe fare l'ispezione delle farmacie ogni due anni, secondo la legge; ma i medici provinciali, sopraffatti da tante incombenze, che ogni giorno crescono, non sono in condizioni di attendere a questo settore.

B O N A D I E S . Ci sono gli aggiunti. . .

P E R R I N O . Nè gli aggiunti nè i titolari possono farlo. Sono vent'anni, in media, che le farmacie non vengono visitate; in alcune regioni, sono trent'anni. Questa è la realtà.

E badate che, quando parlo del settore farmaceutico, mi riferisco a tutto l'immenso arco che va dalla produzione alla distribuzione. Chi controlla i laboratori di produzione? Ecco l'esigenza del farmacista nel quadro del medico provinciale; esigenza avvertita sin dal 1913 allorchè, discutendosi al Parlamento la legge che doveva essere poi conosciuta come la legge Giolitti, che modificò — alla luce di una triste esperienza fallimentare — la legge Crispi Pagliani del 1888, non pochi oratori, fra cui Giolitti e Macaggi (deputato repubblicano di Genova) auspicarono l'istituzione del farmacista provinciale. Ed erano tempi in cui le industrie farmaceutiche — oggi tra le più importanti ed attrezzate d'Europa — non esistevano o quasi!

La legislazione in materia deve assicurare il servizio farmaceutico presso gli ospedali di prima e seconda categoria, generali e specializzati, pubblici e privati. Il recente caso

di Bergamo dovrebbe pur insegnare qualche cosa. (*Commenti*).

Nel settore farmaceutico si inserisce anche la nuova farmacopea ufficiale, la cui settima edizione è stata pubblicata in questi giorni. I 30 anni che separano la sesta dalla settima edizione rappresentano invero il periodo che può essere considerato il più innovatore e rivoluzionario di tutta la storia dei farmaci e della terapia. Basti pensare che in quest'arco di tempo vi è stata l'introduzione dei sulfamidici, degli antibiotici, degli antitubercolari, delle vitamine e degli ormoni sintetici, degli antistaminici, tranquillanti, ipotensivi, diuretici selettivi, nuovi vaccini. Basti ricordare la caduta della mortalità infantile, delle epidemie, la riduzione delle cause di morte, la scomparsa di malattie, l'aumento della vita media. La nuova farmacopea colma, sia pure con tanta distanza di tempo, una grave lacuna nel nostro Paese e costituisce un codice prezioso e indispensabile per le farmacie, per l'industria e per gli organi di controllo.

Per quanto riguarda l'ONMI, perdura, signor Ministro, la situazione di crisi profonda che compromette la funzionalità del benefico Ente. Abbiamo altra volta sottolineato come, dopo quarant'anni, la legge fondamentale del 1925 abbia bisogno di essere riveduta per essere adeguata alle esigenze dei tempi. Ci sono, davanti ai due rami del Parlamento, diversi disegni di legge, dei quali alcuni intendono affrontare e risolvere *in toto* il problema nei suoi vari aspetti; altri invece lo affrontano settorialmente.

Ma nessuno di questi disegni di legge è stato posto in discussione, per dare il passo ad un disegno di legge governativo — di marca puramente settoriale — che mira soltanto a ricostituire gli organi direttivi provinciali. Ma, guarda caso, tale disegno di legge ricalca fedelmente la legge istitutiva di quarant'anni fa, quando si prevedeva che il presidente della Provincia e il podestà erano, di diritto, rispettivamente presidente della Federazione provinciale e del Comitato comunale.

È chiaro che, non accettando il principio più democratico dell'elezione diretta delle presidenze all'interno dei comitati, il disegno di legge in questione avrà un *iter* difficile e affannoso.

Abbiamo detto che ci troviamo di fronte ad un disegno di legge specificamente settoriale, che rinvia alle « calende greche » la soluzione dei problemi di fondo che condizionano la vita e lo sviluppo dell'Opera che rappresenta una insopprimibile ed insostituibile esigenza di un Paese civile, tanto da poter affermare che oggi, se l'ONMI non esistesse, bisognerebbe crearla.

E poichè esiste e svolge la sua benefica attività da un capo all'altro della Penisola attraverso una fitta rete capillare di istituzioni che sono state chiamate le avanguardie della civiltà, bisogna mettere l'Opera in condizioni di poter svolgere normalmente la sua attività e svilupparla ulteriormente poichè, se è vero che molto si è fatto, è anche vero che moltissimo resta da fare.

Esistono oggi in Italia 500 case ONMI (cioè centri assistenziali completi) in altrettanti Comuni, in genere con popolazione al di sopra dei 10 mila abitanti. E poichè i Comuni con popolazione superiore ai 10 mila abitanti sono circa un migliaio, è chiaro che, volendo limitare prioritariamente il problema a tali Comuni, occorre costruire altre 500 case ONMI. Che se poi, in un secondo tempo, si vorrà passare ai Comuni con popolazione tra i 5 e i 10 mila abitanti, il problema assume dimensioni assai vaste.

Si badi che gli asili-nido — incentrati nelle case ONMI — assistono i bambini entro i tre anni di età, lattanti e divezzati. E mentre si va largamente sviluppando l'assistenza ai bambini in età prescolastica, cioè tra i tre e i sei anni — attraverso la creazione di scuole materne — siamo ad un livello basso per quanto riguarda gli asili infantili.

Un campo di lavoro, dunque, che non ammette soste e che un Governo come l'attuale, di larga apertura sociale, deve coltivare intensamente. Ecco perchè l'attuale stan-

ziamento di 19 miliardi e mezzo — che in pratica costituisce l'unica fonte di finanziamento dell'ONMI — rappresenta una stagnazione nella vita dell'Ente che, per far funzionare le attuali istituzioni, ha bisogno di 25 miliardi, come del resto è stato riconosciuto attraverso oculate indagini compiute recentemente dai Dicasteri finanziari.

Si dice in sostanza: « stringete la cinghia ». In effetti l'ONMI si è coraggiosamente imposta una politica — certamente impopolare — di austerità, visto che austerità significa sospendere o addirittura sopprimere alcune attività. In questo quadro si sono dovuti rivedere, con conseguenze immaginabili, i criteri di ammissione dei bambini negli asilini, in ossequio alla legge istitutiva ed al relativo regolamento del 15 marzo 1926, numero 718, (articolo 137); in ossequio ai rilievi della Commissione di indagine nominata qualche tempo fa dal Ministero del tesoro, allo scopo di accertare i reali bisogni dell'Opera; e infine in ossequio al richiamo dello stesso Ministero della sanità che, con nota del 12 ottobre 1964 (protocollo 300) poneva in evidenza la necessità che l'Opera addivesse sollecitamente (punto 4) « alla determinazione di una quota giornaliera da porre a carico delle famiglie non indigenti per l'affidamento dei bimbi negli asili » (ne vengono ospitati 60 mila all'anno).

Il concetto di povertà va oggi inteso in senso relativo; povero non è solo quello che ha la tessera del Comune. Teniamo conto che man mano che si estende l'assistenza sanitaria mutualistica questi cittadini assistiti dal Comune passano sotto le grandi ali degli istituti mutualistici, e l'elenco dei poveri dovrebbe progressivamente ridursi, fino ad annullarsi, come è accaduto in qualche zona. Abbiamo rilevato dalle statistiche che vi sono regioni d'Italia in cui è registrato l'1 per cento della popolazione povera; in altre al massimo si ha il 7 per cento. Si ha cioè una media del 3-4 per cento; quindi non è detto che siano poveri soltanto quelli che hanno la tessera per circostanze varie, ma poveri vanno considerati anche coloro che vivono a modesto reddito fisso, senza beni di fortuna.

Comunque, meglio sarebbe non fare discriminazioni; e questa sappiamo essere l'intenzione del Ministro, intenzione che, però, non si concilia con la legge, al cui rispetto si è richiamati, come si è visto. *Dura lex, sed lex.*

Si danno i libri a tutti, indiscriminatamente; anche gli asili vanno aperti a tutti. Ma qui torniamo al *punctum dolens*: il finanziamento.

Però — consentitemi questa nota accorata — si trova il denaro (25 miliardi) per « la integrazione del contributo dello Stato al finanziamento dell'assistenza di malattia ai coltivatori diretti », ed è giusto, è giustissimo; e così si trovano 8 miliardi per soddisfare le impellenti esigenze degli invalidi civili, il che pure è giusto, giustissimo, ma è sommamente ingiusto che non si riesca a trovare i 5-6 miliardi che occorrono all'ONMI per svolgere normalmente la sua attività, e senza dover ricorrere a una politica di restrizione che pesa enormemente, specialmente nei quartieri intensamente popolati.

Tra tutti i vari settori e forme di assistenza, l'ONMI rappresenta veramente « un avanzamento » che ha richiamato e richiama l'attenzione di tutti i cultori di attività assistenziali.

La più recente riprova è data da una sorta di inchiesta fatta presso alcuni giornalisti di Paesi stranieri (Brasile, Israele, Egitto, Svezia, USA). Ad una voce, è stato riconosciuto che « una delle cose che maggiormente ha colpito è stata la sollecitudine nell'assistenza medico-sanitaria relativa alle madri ed ai bambini. L'Opera nazionale maternità e infanzia costituisce, in questo senso, un modello ».

E questo modello, che rappresenta motivo di soddisfazione e di onore per il nostro Paese, non deve essere trascurato o sciupato.

Ecco perchè il problema dell'ONMI va affrontato unitariamente ed organicamente; ecco perchè ci richiamiamo al disegno di legge n. 349, d'iniziativa di ben trenta senatori, che prevede, sì, il riordinamento degli organi direttivi centrali e periferici, ma precisa i com-

piti dell'Ente (facendo fra l'altro cessare la discriminazione iniqua tra legittimi ed illegittimi, discriminazione che è caduta all'estero da molti decenni) ed indica fonti di entrate dirette, in aggiunta al contributo statale che è statico e che mal si concilia col naturale dinamismo dell'Opera.

È questo l'errore fondamentale della legge istitutiva del 1925, che pure ha tanti pregi. Altri enti a carattere assistenziale, come l'ENAOI (che assiste gli orfani dei lavoratori) e l'ONPI (che assiste i pensionati) hanno da tempo risolto il problema del finanziamento diretto e sono in fase di rigogliosa attività ed espansione.

Perchè all'ONMI deve essere negato quello che è stato concesso ad altri? Perchè l'ONMI deve essere condannata a vivere in stato di permanente anemia, che rischia di diventare pernicioso?

È l'interrogativo accorato che sale da ogni angolo d'Italia, dove palpita un cuore di mamma e vibra la voce innocente di un bimbo.

Signor Ministro, onorevoli colleghi, possiamo concludere questa rassegna sintetica e pur panoramica del settore, nel quale abbiamo colto gli elementi di maggiore urgenza e perciò di maggiore attualità, esprimendo il convincimento che l'Italia, pur fra tante difficoltà e talvolta incomprensioni, si avvia verso una più moderna organizzazione di tutti i servizi, sospinta da una volontà nuova fatta di ansia e di progresso, rivolta a tutelare quel bene impagabile che è la salute e che ha arrovellato in ogni tempo la mente e il cuore di governanti, di uomini di scienza e di cittadini.

Abbiamo imboccato una strada nuova punteggiata di pietre miliari che segnano i nostri sforzi, progressivamente; ma in fondo ad essa vi è una società nuova in un mondo nuovo fatto di pace, di giustizia e di progresso. (*Vi vi applausi dal centro. Congratulazioni*).

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il senatore Maccarrone, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà l'ordine del giorno da lui presentato insieme ai senatori Za-

nardi, Cassese, Angiola Minella Molinari, Simonucci, Scotti e Tomasucci.

Si dia lettura dell'ordine del giorno.

**NENNI GIULIANA**, *Segretaria:*

« Il Senato,

constatate le gravi difficoltà funzionali degli ospedali, per la notevole carenza di posti-letto che, secondo recenti calcoli statistici, rivelano una media nazionale che oscilla intorno al 4,3 per cento, con punte, nel Meridione, inferiori all'1 per cento;

considerato che la media minima nazionale, indispensabile, dovrebbe non essere inferiore al 6 per cento;

rilevato che le disponibilità finanziarie di cui alla legge 30 maggio 1965, n. 574, sono insufficienti e inadeguate a far fronte alle necessità nazionali;

rilevato altresì che a tutt'oggi non risultano utilizzati i predetti fondi, nè sono stati determinati dai competenti organi i criteri di utilizzazione, aggravandosi così, con il ritardo, lo stato della rete ospedaliera italiana,

invita il Governo a rendersi consapevole della sopracitata situazione, che lo impegna ad adottare con ogni sollecitudine i provvedimenti idonei per eliminare la grave situazione rilevata ».

**PRESIDENTE.** Il senatore Maccarrone ha facoltà di parlare.

**MACCARRONE.** Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, sarò abbastanza breve anche perchè l'ordine del giorno da noi presentato ha avuto indirettamente l'onore dell'illustrazione, anche se con argomenti che noi non condividiamo completamente, da quasi tutti gli oratori che si sono succeduti nel dibattito sul bilancio della Sanità, perchè quasi tutti, anzi tutti gli oratori si sono soffermati sui problemi ospedalieri e sulla riforma ospedaliera.

## Presidenza del Vice Presidente ZELIOLI LANZINI

(Segue M A C C A R R O N E) . Del resto non poteva essere diversamente, onorevole Ministro, stando a quello che nel Paese da ogni parte è successo in questi ultimi mesi, in queste ultime settimane. Non poteva non trovare eco in Parlamento tutto ciò che è stato preordinato negli incontri, nei convegni, nelle prese di posizione, nelle dichiarazioni, spesso anche in quelle sollecitate da esponenti dello stesso Governo. E se vi è una validità nel dibattito attuale, onorevole Ministro, a mio giudizio essa è una validità critica nel senso che, premuti dalla necessità di dare una risposta ai numerosi interrogativi che la riforma ospedaliera ha acceso di fronte al Paese, abbiamo finito ancora una volta per discutere di un progetto di legge e non del bilancio della Sanità; bilancio che meritava e merita un'attenzione particolare da parte del Senato anche perchè a questo bilancio ella, onorevole Ministro, con la sua attività, ha saputo imprimere un dinamismo di cui le va dato atto anche da questa tribuna. Però nella discussione che ha preceduto l'illustrazione del nostro ordine del giorno noi abbiamo sentito ancora una volta un concerto di voci discordi: e questo concerto di voci discordi — « con sorpresa » qualcuno può osservare, ma per quel che mi riguarda senza sorpresa, ed ho avuto modo di spiegarne i motivi in Commissione parlando sul bilancio della Sanità — si è avuto e si ha nella stessa maggioranza che probabilmente esprimerà il voto favorevole al suo bilancio, onorevole Ministro, e darà l'appoggio alla sua politica; direi che in questo dibattito sono stati messi in evidenza accordi più rilevanti tra taluni esponenti della maggioranza ed esponenti dell'opposizione di destra di quanto non si siano ravvisati accordi fra i rappresentanti della maggioranza stessa che sostiene e appoggia il Governo.

Onorevole Ministro, noi chiediamo con il nostro ordine del giorno, partendo da alcune

premesse per la verità parziali e talune anche superate alla data odierna, che il Governo si renda consapevole di una situazione che diventa sempre più grave, anzi direi sempre più contraddittoria e sempre più difficile da affrontare correttamente, e chiediamo che il Governo, non solo il Ministro della sanità ma tutto il Governo, si impegni ad adottare con sollecitudine i provvedimenti idonei ad affrontare una situazione così complessa come quella che si è creata e a dare al Paese, anche in questo campo, una linea organica, una linea che potrà essere perfettibile, una linea che, però, tenga conto degli effettivi difetti, delle effettive lacune, delle effettive discrepanze e anche delle effettive contraddizioni che esistono nella società sotto questo aspetto.

Fino a questo momento, avendo ascoltato gli interventi dei colleghi, dovrei pensare che il mio ordine del giorno verrà votato all'unanimità, poichè sono tutti d'accordo sulla necessità di una riforma; ne hanno parlato tutti, da tutti i settori. Ma qual'è questa riforma? Quando ci troviamo di fronte a questa domanda — domanda che merita una sua replica, onorevole Ministro — i senatori, i rappresentanti dei Gruppi politici della maggioranza non fanno più quale riforma essi vogliano. Sappiamo ciò che essi non vogliono: sappiamo ad esempio che essi non vogliono la « legge Mariotti », cioè non vogliono lo schema di disegno di legge di riforma ospedaliera che porta, giustamente a mio avviso, il suo nome, onorevole Ministro, poichè, a mio avviso, giustamente si discosta da parecchi degli aspetti contraddittori e da parecchi degli aspetti illusori contenuti nella cosiddetta « relazione Dogliotti »; essi non vogliono questo schema e lo vogliono profondamente modificare. Mi domando e domando ai colleghi che respingono lo schema Mariotti come essi si comporteranno, non di fronte al progetto del Ministro della sanità, non di fronte alle formulazio-

ni attribuite allo stesso Ministro, ma di fronte ai primi 3 o 4 paragrafi del capitolo 7° del programma di sviluppo economico approvato da tutto il Governo; mi domando che cosa diranno del servizio sanitario nazionale, della necessità affermata nel capitolo 7° della riforma radicale della legge del 1890, della necessità di riformare profondamente la legge del 1938. Mi domando, cioè, che cosa essi diranno del programma del Governo. Credo che si potrà dire fin da ora che, almeno sul piano di sviluppo economico, si dichiarerà l'accordo dei rappresentanti della maggioranza; ma con la riserva mentale, onorevole Ministro, di cui abbiamo fatto esperienza in tutti questi anni: di affermare cioè a parole le cose che si sa non saranno fatte, e possiamo essere tutti buoni testimoni della diversità di comportamento e di atteggiamento che si è avuta anche da parte di coloro i quali, nei loro congressi — e mi riferisco alla FIARO — hanno sostenuto la necessità di una riforma ospedaliera, ma, nel momento stesso in cui tale riforma ha cominciato a prendere corpo, hanno adottato il *leit motiv* dei « ma », dei « se », dei « però », dei « vedremo », dei « bisogna studiare », dei « è necessario riflettere », dei « bisogna essere cauti ». Ma, senatore Perrino, la FIARO da molti anni, nel suo congresso di Catania se non vado errato, ha impostato il problema della riforma ospedaliera in termini che oggi si giudicherebbero estremamente rivoluzionari, confrontandoli con lo schema di disegno di « legge Mariotti ». Vero è che per circa 20 anni quel vino è stato annacquato, però bisogna fare i conti con la realtà del Paese e non soltanto con la volontà di gruppi ristretti di mantenere, di conservare, di cristallizzare le situazioni così come le abbiamo ereditate dal passato. Gli oppositori della riforma in sostanza dicono che non bisogna « nazionalizzare » gli ospedali, che bisogna conservare la loro autonomia e bisogna garantire l'intangibilità dei patrimoni, che non si deve fare una programmazione ospedaliera o che, se questa si deve fare, essa deve essere una specie di classificazione degli ospedali. Perchè modificare l'attuale schema degli ospedali in tre categorie? Perchè modificare la possibilità at-

tuale che ciascun ospedale si sviluppi sulla base delle sue forze interne, dei suoi criteri, sulla base delle sue determinazioni e possibilità economico-finanziarie? Essi non vogliono un coordinamento nazionale, non vogliono un fondo nazionale.

**P E R R I N O** . Ma no, non dica queste cose, per carità! Legga il disegno della FIARO del 1952. (*Interruzione del senatore Ferroni*).

**M A C C A R R O N E** . Non sto polemizzando soltanto con la FIARO. Mi riferisco a discorsi autorevolissimi che sono stati pronunziati anche dai senatori Di Grazia e D'Errico.

**P E R R I N O** . La FIARO è la più possibilista.

**M A C C A R R O N E** . La FIARO è proprio, direi, l'esponente massima dei « se » e dei « ma » in questo momento, cioè nel momento in cui si dovrebbe concludere. Comunque sono questi i punti emersi dalla discussione. Oggi però non è più il momento di dire che cosa non vogliamo, oggi è il momento di dire che cosa vogliamo, oggi è il momento di dire che cosa deve essere la riforma ospedaliera e non solo che cosa non deve essere. Per la verità nello schema di disegno di legge che credo di avere valutato con sufficiente attenzione, limitatamente alle mie possibilità, non ho scorto nè proposte di nazionalizzazioni nè pericoli di burocratizzazione dell'assistenza ospedaliera nè minacce di impiegateizzazione dei medici; anzi, se qualche critica è da rivolgere allo schema di riforma ospedaliera è da rivolgerla nel senso che su questi aspetti, che sono decisivi e discriminanti, proprio per il tipo di polemica sviluppatasi anche prima della sua presentazione, esso è stato poco chiaro nelle formulazioni, poco incisivo, ha finito con alimentare degli equivoci, non è stato preciso. Debbo dare atto ai colleghi della Democrazia cristiana, e prima di tutto al senatore Caroli, relatore di maggioranza, che ha fatto una pregevole relazione, ma anche al senatore Di Grazia, che,

se pure a titolo personale, essi hanno detto che cosa si vuole, però questo parlare a titolo personale va reso esplicito, perchè troppi membri della Democrazia cristiana parlano a titolo personale, secondo me: troppi per dare al Paese la garanzia che quegli impegni solenni che il Ministro va prendendo e che io sono d'accordo di appoggiare e sostenere (e di cui al Ministro do atto per il coraggio e la fermezza) abbiano un valore politico e possano tranquillizzare coloro che vogliono la riforma.

A mio giudizio è necessario che si arrivi di nuovo ad una diagnosi comune dello stesso tipo di quella che avevamo fatto in Italia da più parti politiche e da più angolature tecniche sul problema ospedaliero italiano, perchè se non partiamo da questa diagnosi non potremo trovare le soluzioni adeguate; se non ritorniamo a stabilire di che male soffre il sistema ospedaliero italiano, non possiamo trovare le soluzioni. Altrimenti continuiamo a ripetere delle parole demagogiche, continuiamo a parlare di incostituzionalità, riecheggiamo le parole di Bariatti che sono parole agitatorie per sobillare i medici contro una riforma e contro il progresso, continuiamo a ripetere delle sciocchezze sull'antigiuridicità di certe formulazioni.

Noi dobbiamo tornare a dire di che male soffre il sistema ospedaliero italiano: il sistema ospedaliero italiano soffre in primo luogo di un male che deve essere curato e che tutti eravamo d'accordo di curare, un male che si chiama « opera pia », si chiama legge del 1890, si chiama permanenza di tavole statutarie con vincoli privatistici su patrimoni, su possibilità, su indirizzi assistenziali che oggi devono essere invece armonizzati e utilizzati secondo un programma organico nazionale; soffre di un male che si chiama squilibrio tra ampiezza, possibilità, capacità di intervento di un ospedale e il suo territorio, sia in senso positivo che in senso negativo, sia nel senso della carenza di un ospedale efficiente in un territorio che si va sviluppando, sia per l'eccessivo peso di un grosso ospedale in un territorio che è tributariamente inadeguato ad

alimentare l'ospedale medesimo: ospedali molto vicini che si fanno la concorrenza tra di loro e zone dove per chilometri e chilometri non esiste un ospedale attrezzato.

Allo stato attuale non vi è la possibilità di un coordinamento istituzionale — onorevole Monni, ella ce lo insegna — perchè ciascuna di queste opere è autonoma e indipendente ed ha un vincolo soltanto molto indiretto con l'Amministrazione dello Stato attraverso quella legge del 1890 che attribuisce soltanto certe prerogative ai prefetti e certe altre ai comitati di assistenza e beneficenza che non intaccano nel fondo la natura giuridica e le possibilità di azione di questi enti. È superato anche il rapporto dei medici; il vecchio rapporto del medico ospedaliero basato soltanto sulla frequentazione da parte dei cosiddetti secondari e sulla acquisizione di certe funzioni da parte del cosiddetto primario è superato. Vigeva ancora limitatamente alle branche generali e solo ad alcuni aspetti di esse; nelle branche specialistiche il rapporto tra primario e secondario è diventato un rapporto di collaborazione e di corresponsabilità molto stretto: pensiamo al rapporto che si stabilisce in una sala operatoria tra il gruppo che opera, indipendentemente dal grado e dalla funzione che ognuno ricopre. Non esiste più la possibilità di mantenere un lavoro ospedaliero efficiente sulla base di un pagamento binomio o a volte addirittura trinomio, cioè con un piccolo stipendio, un cumulo di compartecipazioni e la possibilità di stabilire convenzionalmente rapporti esterni anche con enti pubblici per integrare i propri guadagni. Nell'ospedale oggi vi è sempre più la tendenza — e i secondari spingono giustamente in questo senso, perchè guardano al di là dei 65 anni, cioè al periodo in cui debbono andare a riposo e quindi debbono ricevere un trattamento di quiescenza — che questo trattamento trinomio diventi almeno binomio, cioè che sia fatto di stipendio e di possibilità di libera professione e non, come avviene attualmente, di un piccolo stipendio, che è un compenso e non è un trattamento corrispondente al lavoro, più una serie di altre ag-

giunte. Sono caduti, in definitiva, i vecchi concetti dell'assistenza.

Ora, una riforma che non affronti questi problemi, che non elimini questi ostacoli, della riforma ha soltanto il nome ma non modifica i fatti; modifica soltanto i nomi ma non modifica la sostanza. Ecco perchè noi riteniamo che si debba tornare a trovarsi d'accordo sulla diagnosi, che si debba tornare a guardare alla diagnosi che abbiamo più volte fatto per trovare la giusta terapia. Quello ospedaliero per me è un problema che dovrebbe storicamente ricollegarsi al dibattito che il Parlamento ha fatto subito dopo l'unità d'Italia sulla legge per le opere pie. Soltanto andando a vedere ciò che allora è successo, un Parlamento ed un Governo della Repubblica aderenti alla realtà storica di questo momento potranno formulare una terapia giusta.

E rivolgo, concludendo, un esplicito e (se mi è consentito) fermo invito all'onorevole Ministro.

Ella ha fatto molto bene, onorevole Ministro, a far conoscere le sue intenzioni all'opinione pubblica, che le ha largamente discusse, e ad assumere posizioni anche dissenzienti con quelle di suoi colleghi di Governo, al fine di sollecitare la discussione della questione. Ma ella sbaglierebbe, e sbaglierebbe storicamente davanti al Paese, se contrattasse il suo schema, se volesse mettere d'accordo interessi che non possono andare d'accordo perchè contraddittori e nati da situazioni contraddittorie. Se lei volesse cercare di limare questa e quell'altra norma per ridurre i punti di frizione, di resistenza, di opposizione, ella si logorerebbe in uno sforzo senza fine, e la quarta legislatura si concluderebbe, come già la terza, senza l'inizio di un dibattito su un progetto di riforma ospedaliera.

I suoi predecessori hanno già presentato al Parlamento schemi di riforma che niente avevano a che fare con il suo progetto, e che erano semplici adattamenti della legge del 1938; eppure nemmeno quelli furono varati, perchè si volle contrattare con le categorie, cercando di contemperare gli interessi dei grandi baroni in camice bianco con quelli dei giovani medici che vogliono

andare avanti, progredire, dedicarsi alla loro missione con passione ed abnegazione.

Se anche lei vorrà contrattare con gli interessi costituiti di conservatori chiusi, di gruppo, di settore, che purtroppo in questo campo vivono e prosperano, il Parlamento non affronterà — e questa volta per responsabilità sua e del suo Governo — una questione su cui il Governo si è impegnato e in ordine alla quale vive sono le attese del Paese.

Noi non staremo ad attendere che il Governo presenti le sue decisioni; ci auguriamo bensì che il Consiglio dei ministri possa approvare il progetto e autorizzare lei a presentarlo al più presto al Parlamento: ma, sentendo la nostra responsabilità, e come è nostro costume, assumendo il ruolo che a noi tocca in questa Assemblea, abbiamo presentato un nostro progetto di legge più generale, ma che riguarda anche la riforma ospedaliera, in collegamento ai vari aspetti della situazione sanitaria, così che sia reso più chiaro ed evidente ciò che vogliamo fare degli ospedali, dove vogliamo collocarli e come vogliamo raccordarli con il sistema sanitario generale del Paese. Noi daremo battaglia su questo punto; sappiamo che il progetto è di notevole impegno. Però chiediamo alla maggioranza di misurarsi, di confrontarsi con noi sulla base della nostra proposta di attuazione dell'articolo 32 della Costituzione per la istituzione di un servizio sanitario nazionale. Sinceramente ci auguriamo che questa proposta possa incontrarsi con una proposta del Governo, trovando il terreno per un confronto da cui tutti possano avvantaggiarsi. Ma voglio dirle, onorevole Ministro, che la sua contrattazione, la sua mediazione deve essere fatta in quest'Aula, dev'essere fatta nel Parlamento: non si deve fare fuori del Parlamento, con le categorie. Presenti il suo disegno di legge: questo è il nostro invito, questa è la nostra richiesta, direi che questa è l'esigenza che oggi più di ogni altra si sente da parte di coloro che vogliono la riforma e che guardano al Parlamento con grande fiducia, mentre guardano con sempre minor fiducia alle Commissioni interministeriali e ai concerti burocratici che

sono insidiati o dal segreto o dall'equivoco e non giungono mai a conclusioni.

Ecco perchè, onorevole Ministro, vorremmo che questo ordine del giorno fosse messo in votazione in quest'Aula.

**P R E S I D E N T E .** Non essendovi altri iscritti a parlare sugli articoli concernenti lo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, ha facoltà di parlare l'onorevole Ministro.

**M A R I O T T I ,** *Ministro della sanità.* Signor Presidente, onorevoli senatori, mi sia consentito anzitutto ringraziare cordialmente l'onorevole relatore per il pregevole documento che ebbi occasione di ascoltare in sede di Commissione, e di ringraziare anche tutti gli onorevoli colleghi che sono intervenuti in questo dibattito portando un valido contributo di pensiero e di esperienze veramente vissute.

È stato purtroppo un dibattito breve, che probabilmente non ha consentito agli onorevoli colleghi di illustrare i motivi per cui oggi il Ministero della sanità, su direttiva del Governo, ritiene necessario impostare un indirizzo organico di politica sanitaria generale. È difficile, infatti, poter dire che questo non va bene, che questo può essere accolto e quest'altro deve essere respinto, se non partiamo e non ci muoviamo da un'analisi profonda della società moderna e delle sue esigenze. Ove si prescindano da questo dato fondamentale, si può essere portati ad accogliere delle riforme che mirino esclusivamente a razionalizzare un determinato sistema sanitario, magari adeguandolo qua e là, ma si perdono di vista gli obiettivi di fondo che il Governo vuole perseguire e realizzare.

L'uomo moderno non può affidare il significato e il valore delle sue vicende unicamente ai beni dello spirito; anzi, nella società moderna, l'unica possibilità che l'uomo ha di sopravvivere è nella concreta affermazione delle sue capacità. A questa realizzazione incontra enormi ostacoli, fra cui l'arretratezza di un sistema assistenziale e previdenziale che non gli garantisce il diritto a un minimo decente di condizioni di

vita. E quando dico « diritto », e non spirito caritativo, nella elargizione di una pensione o di una indennità, parto dal concetto che l'uomo, nell'intero arco della sua esistenza, quando abbia consacrato tutte le sue energie al lavoro, contribuisce profondamente alla crescita della ricchezza nazionale di cui tutta la società si avvantaggia; e questa non può non essere debitrice di quest'uomo, non può non dargli, ad un certo momento, una pensione che gli consenta di poter serenamente vivere ad un certo livello, con un certo tenore di benessere.

Avviene oggi che un lavoratore ammalato non sempre abbia la possibilità di curarsi adeguatamente; sono molte le famiglie di lavoratori mandate in rovina da eventi di malattia; infatti, quando si tratta di malattie lunghe, una volta trascorsi i 180 giorni di assistenza concessi dalla mutua, tutto il nucleo familiare è travolto dalle ingenti spese necessarie, dai debiti, da una situazione disastrosa, che può portare a squilibri mentali, a un odio accanito verso la società così detta civile.

Io ritengo che oggi forse il compito principale di una democrazia e perciò di un Governo democratico sia quello di creare le condizioni perchè l'uomo possa risolvere adeguatamente i propri problemi nell'ambito della società in cui vive; affinché, attraverso una legislazione moderna e democratica, l'uomo finalmente si senta partecipe di questa società, lavori per essa e per se stesso al contempo, e quindi contribuisca senza scosse ad un ordinato e graduale sviluppo democratico, sociale ed economico del Paese.

Seguendo il dibattito di poco fa, io non potevo non avvertire una certa passione in coloro che sono intervenuti; perchè è molto difficile, parlando del settore sanitario, distaccarsi dalle profonde emozioni che si provano visitando i nostri ospedali civili, gli ospedali psichiatrici, gli ospedali per poliomielitici. Coloro che osservano il settore sanitario, preso globalmente, si trovano di fronte un quadro di sofferenti, di gente che aspetta dalla società di essere riportata alla speranza e alla vita, di essere reinserita nel ciclo produttivo. Noi abbiamo il dovere di corrispondere a queste esigenze.

È ovvio, senatore Maccarrone, che ben ci si rende conto dell'arretratezza di fronte a cui ci troviamo, quando noi pensiamo che gli ospedali psichiatrici ancora oggi sono regolati dalla legge del 1904, cioè di 61 anni fa; quando ancora abbiamo certe Opere pie che vivono la loro vita interna, che non può non avere proiezione anche all'esterno, sul binario delle vecchie leggi istitutive ultracentenarie. È causa per me di profondo compiacimento che finalmente il Governo si sia reso conto che il problema della tutela della salute pubblica non ha soltanto un fondamento sociale e umano, ma investe in realtà lo sviluppo generale del Paese. Io posso dirvi che nel 1964, solo nel settore degli infortuni sul lavoro, noi abbiamo perso ben 300 miliardi per giornate di lavoro perdute, per erogazioni di somme per assistenza, per terapia riabilitativa di coloro che sono stati colpiti; se voi collegate questa perdita enorme di reddito nazionale con altri aspetti del settore sanitario, che investe tutte le attività umane del Paese, vi rendete conto come la tutela della salute pubblica sia un problema di grande importanza che noi dobbiamo assolutamente affrontare e risolvere.

Quello che posso raccomandare agli onorevoli colleghi — io sono un uomo portato per formazione mentale a dire le cose così come sono — è che noi, a mio avviso, dobbiamo passare dalla fase dei discorsi alla fase dei fatti, ricordandoci che il Parlamento dispone non soltanto della possibilità di presentare proposte di legge ma anche interpellanze, interrogazioni ai vari Ministri; e forse l'unico modo con cui, a un certo punto, si possono affrontare problemi così ponderosi è che il Parlamento utilizzi queste sue facoltà per provocare, nei vari settori di competenza dei rispettivi Ministeri, tutta una serie di iniziative che, non fosse altro, sensibilizzano anche i rispettivi Ministri, compreso me, anzi cominciando da me. Se io dovessi, per esempio, esporre stasera ciò che è stato fatto da me in questo anno e mezzo di breve esperienza governativa, se dovessi illustrare e impostare i propositi che spero domani si trasformino in fatti concreti, dovrei parlare molte ore; natural-

mente — non vi impressionate — non lo farò. Ma, se la vita parlamentare fosse più densa di queste iniziative, anche il Ministro della sanità potrebbe dettagliatamente rendere conto, com'è suo dovere, agli onorevoli colleghi, ai due rami del Parlamento, di quello che è stato fatto, e di quello non è stato fatto. Allora si stabilirebbe effettivamente tra Governo e Parlamento un continuo dialogo che servirebbe non soltanto a sensibilizzare l'opinione pubblica sui problemi di fondo della società moderna ma che, secondo me, porterebbe sul terreno di un certo realismo anche determinate forze politiche di opposizione che pensano che tutto sia facile a conseguire, che sognano, impostano riforme senza tener conto di un punto di riferimento rappresentato dai mezzi finanziari del Paese. Un dialogo del genere consentirebbe a tutte le forze politiche qui rappresentate di porsi su un piano realistico di valutazione per dare un giudizio dell'attività del Governo, e ciascun Ministro avrebbe la possibilità di passare al filtro della critica del Parlamento. Mi è stato rimproverato, ad esempio — sia pure velatamente, attraverso gli interventi di qualche collega — che non ho seguito, per il disegno di legge sulla riforma ospedaliera, la consuetudine che caratterizza la presentazione dei disegni di legge da parte dei Ministri e che il progetto di riforma è stato portato a diretta conoscenza della opinione pubblica. Debbo dire che questo, in parte, è dipeso forse dalla mia inesperienza, non certamente da malafede, e in parte dal fatto che lo schema di legge, mentre veniva presentato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, dopo 4 o 5 giorni — caso strano — era pubblicato per esteso sul giornale della FNOM (Federazione nazionale degli ordini dei medici).

M A C C A R R O N E . E ancor prima su « 24 Ore », onorevole Ministro.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Evidentemente non è (e credo che gli onorevoli colleghi me ne daranno atto) che io abbia licenziato alla stampa o inviato alla Federazione nazionale degli ordini dei me-

dici un disegno di legge di così vasta portata e di così grande importanza; ma, a mio avviso, in fondo non tutto il male viene per nuocere. Oggi questa riforma ospedaliera, indipendentemente dalla mia volontà, dalla mia capacità e dalle mie iniziative, è all'ordine del giorno del Paese, per cui s'impone il dilemma, se farla o se rinunciarvi. Non è che si possa tornare indietro, non è che ci si possa sottrarre ad un giudizio. Personalmente sono convinto che tutte le forze politiche rappresentate nel Governo vogliono la riforma ospedaliera. Ora, come giustamente diceva il senatore Maccarrone, non si tratta di un disegno di legge che tende a razionalizzare un vecchio sistema o ad adattarlo ad alcune esigenze della società industriale di massa; no, a mio avviso, è uno strumento legislativo profondamente innovatore. Nei confronti di tale disegno di legge, anche all'interno della maggioranza parlamentare, non si può ovviare ad uno scontro di concezioni, non fosse altro che per le diverse interpretazioni delle leggi di sviluppo di un tipo di società interpretazioni che sono sempre soggettive.

B E R T O L I . Direi che sono di classe!

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Non parlo di classe, dico semplicemente che, se un gruppo di individui analizza le leggi di sviluppo della società moderna, quale è quella che si presenta nel nostro Paese, ovviamente risulteranno concezioni diverse, anche sullo stesso piano dell'analisi. Non si può assolutamente ovviare al fatto che una riforma che investe così grandi interessi dia adito a degli scontri o a dei punti di vista differenti. Essi però, secondo me, troveranno certamente una sintesi se si legano queste aspirazioni, queste ansie, queste concezioni contrastanti ad una volontà politica di profondo rinnovamento delle strutture della società e dello Stato; volontà politica che, checchè si dica, trova nel centro-sinistra la sua espressione più avanzata, per lo meno nell'attuale momento, visto e considerato che le altre forze politiche, onorevole Picardo, non sono state in condizione di offrire al Paese alternative per lo meno va-

lide che migliorassero la situazione attualmente esistente. Dicevo che la Sanità pubblica non deve essere soltanto vista come strumento di avanzamento e di progresso generale del Paese; essa contempla anche un aspetto per me molto importante, cioè l'umanizzazione dell'assistenza sanitaria, così come praticata dai vari enti, dei rapporti fra ente e malato, rapporti questi che poi, tra l'altro, per conseguenze o proiezioni assai ampie, cominciano a dare forma e vita a una relazione nuova tra cittadini, società e Stato. Porterò qualche esempio; discutendo infatti questa sera dell'indirizzo generale della politica sanitaria del Paese non possiamo prescindere da alcuni esempi, che, secondo me, sono eloquenti, e che, anche volendo considerarli con assoluta obiettività, sono l'espressione, la testimonianza inconfutabile di un certo andazzo, di una certa situazione di disagio che o democristiani o socialisti o comunisti o altre forze hanno il sacrosanto dovere di superare. Ultimo esempio dei tanti: l'altra sera all'una di notte ho ricevuto una telefonata per una neonata di sette giorni, agonizzante perchè, affetta da broncopolmonite, non si trovava un ospedale che la potesse ospitare; alla fine è stata ricoverata in un piccolo ospedale alla periferia di Firenze, con un padre disperato, maledicente medici, ospedali e tutta la società civile, quella società che non ha saputo mettersi in condizione di andare incontro alla legittima esigenza di un padre di far curare la propria bambina che era sul punto di morire. Di questi casi ne potrei citare molti nel corso di un mese. Vuol dire che qualcosa non va, vuol dire che bisogna mutare indirizzi, che bisogna veramente umanizzare questi rapporti e razionalizzarli introducendo elementi modificativi in modo che un uomo, quando si trovi in determinate situazioni, abbia la possibilità di veder soddisfare una sua aspirazione più che legittima, come cittadino, come contribuente e come membro di una società civile.

Strutture del Ministero della sanità: diversi sono i problemi che sono stati al riguardo accennati, impostati, illustrati, sviluppati, ma probabilmente, pur non mancando la volontà politica, essi si infrangono

talvolta contro l'attuale organizzazione del Ministero stesso, che porta i segni congeniti di una debolezza costituzionale.

Consentitemi, in questa occasione, di ringraziare i miei direttori generali, i miei funzionari, tutto il personale del Ministero della sanità, i miei più diretti collaboratori, perchè, se è stato possibile presentare tutta una serie di leggi, significa che il Ministero ha lavorato sodo, dall'ufficio legislativo ai direttori generali, al consulente di Gabinetto, a tutti. Io non voglio limitare l'attività di un anno e mezzo del Ministero soltanto alla legge ospedaliera, alla legge sulla riforma psichiatrica, a quella per l'Istituto superiore di sanità: ne sono state presentate e preparate molte altre. Al senatore Perrino, il quale accennava al caos esistente in molte attività sanitarie ausiliarie, io devo dire che si comincia ad affrontare anche questo problema, sia accogliendo alcune proposte di legge, per esempio quella del senatore Maccarrone sui tecnici di radiologia, che ha richiesto una lunga elaborazione in sede di Commissione, sia presentando al Consiglio dei ministri, come è stato fatto nell'ultima riunione, il provvedimento relativo all'arte dell'ottico, sia affrontando, dopo 10 anni di discordie, di attriti, di contrasti anche violenti, il problema degli odontotecnici in base ad un accordo intervenuto a suo tempo fra i medici dentisti e gli odontotecnici; certamente anche questo sarà un disegno di legge estremamente dibattuto. Stiamo affrontando anche il problema dei meccanici ortopedici; stiamo preparando la legge che dovrà innovare la lotta contro la tbc e contro i tumori, su cui mi intratterò poi brevemente; stiamo affrontando finalmente il problema di dare una nuova struttura alla Croce rossa italiana, di cui illustrerò i compiti e le finalità. Si è affrontato il problema dell'inquinamento atmosferico con la legge « anti-smog », che è già stata approvata in sede deliberante dalla Commissione igiene del Senato e nella prossima settimana sarà presa in esame dalla Camera dei deputati.

Sono state dunque presentate tutta una serie di leggi; forse troppe, come viene detto. Ma questo dimostra che il personale del

Ministero della sanità, e in particolare i più diretti collaboratori del Ministro, con la coscienza di assolvere dei compiti sociali di grande importanza, hanno lavorato per dotare il Paese di strumenti legislativi che comincino a dare un'impronta precisa ai servizi sociali ai quali lo Stato non si può sottrarre. A questo proposito debbo dare atto all'onorevole Volpe, Sottosegretario per la sanità, di aver ricevuto da lui un contributo di pensiero e di feconda collaborazione che ci ha portato a presentare in un anno e mezzo un bilancio consuntivo piuttosto positivo, a mio avviso, per lo meno sul piano della quantità, se lo si pone a confronto con l'attività che è stata svolta dal 1958 al 1962-63. Con questo non voglio certamente addossare delle colpe o fare il processo ai miei predecessori, che probabilmente si sono trovati ad impostare gli stessi problemi, ma con un'organizzazione più debole, e quindi non hanno avuto la possibilità di realizzare i loro propositi.

Si è parlato del bilancio: 4 miliardi in più sono pochi, molto pochi. Ma io debbo aggiungere che soltanto per la comprensione del collega del Tesoro onorevole Colombo ho potuto reperire questi 4 miliardi, di cui 1.300 milioni sono già stati assorbiti dalle spese per il personale. E qui bisogna fare una considerazione logica sui rapporti fra il bilancio della Sanità del 1966 e il piano quinquennale di sviluppo; cosa cui ha accennato, se non erro, il senatore Picardo. Debbo dire anzitutto che io credo nel piano quinquennale di sviluppo, nei suoi obiettivi di fondo, ma, per quel che intendo di economia, so che le previsioni quantitative vanno sempre soggette a profonde variazioni che sono il frutto della condotta dell'uomo, punto di riferimento del contesto economico. Nell'Unione Sovietica e negli altri Paesi che sono soliti programmare la economia e fare dei piani di sviluppo e di incremento del reddito nazionale, è spesso accaduto che determinati obiettivi non siano stati raggiunti per il comportamento del consumatore, diverso dal previsto. In sostanza, nelle organizzazioni economiche nazionali, di qualunque tipo esse siano, il comportamento del consumatore crea delle

realtà non corrispondenti quantitativamente alle previsioni iniziali.

La connessione fra bilancio della Sanità e piano quinquennale di sviluppo è da me vista in ordine alle riforme da noi presentate, in ragione delle quali il piano quinquennale di sviluppo ha una sua validità. Il piano infatti non è da commisurarsi con le spese correnti, in conto capitale o per investimenti, ma in ordine ad una serie di riforme extra bilancio che dovranno avere una propria copertura finanziaria. Questo è il piano quinquennale di sviluppo.

In un quadro congiunturale qual è quello che abbiamo vissuto e che stiamo ancora vivendo ( poichè non è del tutto superato) sarebbe estremamente difficile pensare di inserire nel bilancio dello Stato un capitolo di spesa qual è quello previsto per il Fondo nazionale ospedaliero; questa istituzione, pur venendosi a configurare giuridicamente nella legge da me presentata, non si sa ancora che dimensioni avrà dal punto di vista finanziario. A parte dunque il significato che quell'istituto assumerà nello ordinamento giuridico (significato che è molto chiaro) e a parte il relativo bilancio di previsione (che ha la sua importanza) quello che occorre prospettare ora sono le riforme che verranno man mano presentate dal Governo al Parlamento, perchè ad esse bisognerà assicurare una copertura extra bilancio adeguata alla natura e alla portata delle riforme.

E veniamo allora alla legge di riforma ospedaliera, alla legge di riforma psichiatrica, alla legge di riforma dell'Istituto superiore di sanità. Avrei preferito non parlare di tali argomenti, ma sin dall'inizio sapevo che non avrei potuto sottrarmi a questa discussione. Dirò con molta chiarezza, a proposito dei rapporti fra enti mutualistici e rete ospedaliera, che oggi ci troviamo di fronte ad una profonda crisi della mutualità. Con ciò non si dice che la mutualità debba essere soppressa; probabilmente ci vorrà molto tempo, forse anni, prima che la materia sia affrontata. Sin d'ora però mi sembra doveroso registrare il fatto, estremamente importante, che ogni anno il disavanzo degli enti mutualistici cresce, tan-

to da diventare una specie di voragine, di grandezze monetarie notevoli, una specie di palla di piombo per il bilancio dello Stato.

Nè tale disavanzo di gestione rappresenta una tendenza destinata un giorno o l'altro a cambiare indirizzo. Al proposito sono stati fatti alcuni calcoli per l'INAM, ad esempio. Non desidero parlare poi della Cassa dei coltivatori diretti o della Mutua artigiani, i cui disavanzi sono piuttosto pesanti e la cui assistenza sanitaria non può neppure definirsi decante, tanto che tutti si lamentano. Bisogna dunque ricercare le cause di fondo di tale tendenza.

Dipende da una cattiva gestione? Dipende da un gonfiamento di un assetto burocratico che bisogna liberare da certe vischiosità? Oppure, anche sul piano quantitativo, o in ordine alle tendenze di fondo della società moderna, l'assistenza sanitaria si va ormai allargando e diventa una esigenza sociale di fondo? (Prescindiamo qui dal fatto che ci possono essere attualmente dissonanze, discrasie, disorganizzazione dei servizi).

Credo che ricondurre i numerosi attuali enti mutualistici a due, tre, quattro e non più, sia un'esigenza sentita da tutti. Vi è una cattiva distribuzione delle forze di lavoro; signori, quando penso che, ad esempio, il Ministero della sanità manca del personale strettamente indispensabile e che i poveri medici provinciali, anche nella grandi città, devono fare i contabili e i dattilografi, mi viene da sorridere alla osservazione, sia pure giusta, del senatore Perrino circa il fatto che da venti anni non si ispezionano alcune farmacie. Se noi andiamo a visitare le sedi dei medici provinciali, i cui compiti in una società moderna si accrescono ogni giorno di più, vediamo che manca il personale amministrativo, mancano contabili, mancano dattilografe, eccetera; ora non si può assolutamente pretendere che il medico provinciale possa sopperire a tutte queste esigenze. È possibile poi che, nell'ambito di un certo sistema, anche i medici provinciali non siano abbastanza protetti e che qualche volta provino sentimenti reverenziali di fronte a determinati gruppi che ope-

rano nel settore sanitario, ma questa è una altra questione.

D'altra parte, mentre parliamo di efficienza del sistema produttivo come condizione essenziale per conseguire un alto livello di occupazione e per un rinnovo tecnologico degli impianti produttivi che consenta alla nostra economia di competere sul piano internazionale, vediamo che l'INAM, per esempio, avrà nel 1967, secondo le previsioni, 130 o 140 miliardi di disavanzo; non si può ammettere che vi siano degli enti che sono pozzi senza fondo e assorbono delle somme spaventose senza peraltro — lo ripeto — poter esercitare un'assistenza sanitaria che soddisfi le esigenze e i desideri della collettività nazionale.

E quindi, onorevoli colleghi, parliamo di competenze da ricondurre al Ministero della sanità. Ripeto: si vuole passare dalla fase dei discorsi a quella dei fatti? Il Parlamento ha una sua forza, una sua capacità di ricondurre a una certa logica e in un certo settore queste competenze? Perchè io vorrei proprio che gli onorevoli colleghi si rendessero conto di quali somme, ad esempio, sono conferite ad altri Ministeri per l'assistenza sanitaria: Ministero di grazia e giustizia, 91 milioni; Affari esteri, 11 milioni; Pubblica istruzione, 560 milioni; Interno, 1 miliardo e 660 milioni; Lavori pubblici, 28 miliardi; Trasporti e aviazione civile, 45 milioni; Difesa, 4 miliardi e 327 milioni; Lavoro e previdenza sociale, 22 miliardi e 330 milioni; Marina mercantile 30 milioni.

Se io avessi a disposizione somme proporzionate a queste, probabilmente tutta la problematica che nasce dall'esame di un bilancio della Sanità sarebbe assai più attenuata ed il Parlamento si troverebbe a discutere sul come ricondurre l'organizzazione sanitaria a unità omogenee e articolate fra loro sul piano territoriale, sotto una direzione che la controlli, la coordini e la programmi.

Di fronte a questo corpo così smembrato, così sfilacciato, devo dire che noi ci troviamo continuamente in contrapposizione ed in conflitto di competenza con altri enti, anche per quanto riguarda ad esempio gli scioperi dei medici, che molto spesso guar-

dano più a quello della Sanità come Ministero responsabile delle loro ansie e dei loro bisogni non soddisfatti che ad altri Ministeri, che dovrebbero esercitare attività più congeniali e lasciare l'assistenza sanitaria al Ministero più idoneo e nato (per così dire) proprio per occuparsi del settore sanitario.

Devo dichiarare, molto spregiudicatamente, che probabilmente la riforma ospedaliera non sarà operante, come è nelle aspirazioni e nei desideri di tutti, se non si arriva ad una profonda riforma degli enti mutualistici. Veniamo a quel famoso articolo 10 che ha reso inquieto il mondo sanitario, soprattutto i medici mutualistici ambulatoriali. Qui non si tratta di modificare sostanzialmente un processo che gradualmente, per forza di cose, porterà al trasferimento degli ambulatori sotto la direzione ed il controllo di un ente ospedaliero; ma poiché oggi le indennità che vengono corrisposte ai medici sono estremamente differenziate, il giorno che avverrà il trasferimento degli ambulatori mutualistici sotto l'ente ospedaliero, io quanto meno dovrei corrispondere al medico ospedaliero la punta più alta dell'indennità che viene corrisposta al medico ambulatoriale.

Oggi, pertanto, bisogna cominciare ad attuare una prima fase di coordinamento, perchè occorre assolutamente che dall'ospedale all'individuo in senso capillare si irradiano delle strutture sanitarie, cioè gli ambulatori, che possano servire come centri di medicina sociale; ed occorre anche provvedere per la specialistica (parliamo pure di queste cose, che sono molto interessanti e che hanno reso inquieti tanti medici).

Ho assistito proprio ieri, a Firenze, ad un convegno di medici ambulatoriali, i quali hanno convenuto con me; perchè vi sono delle tendenze, dei processi irreversibili che non si arrestano, e tutto ciò che concerne da un lato le strutture ospedaliere moderne, vale a dire ospedali a breve degenza e ad alta specializzazione, e dall'altro la cosiddetta medicina specialistica, che oggi si esercita negli ambulatori, viene pian piano unificandosi e convergendo nella struttura ospedaliera. Ma questo articolo 10 del progetto di legge per la riforma ospedaliera

non può contemplare il trasferimento *sic et simpliciter* di tutti gli ambulatori mutualistici all'ospedale fino a che non avverrà nella mutualità una profonda modificazione, una profonda riforma, e fino a che questo ente ospedaliero non viene configurandosi, anche nell'esperienza, come una struttura adatta sul piano territoriale e collocata in una economia programmata che anche nel settore sanitario deve esprimersi e deve concretizzarsi.

Di nuovo si è parlato, e si continua a parlare all'infinito, di una « nazionalizzazione » della medicina e di una « impiegatizzazione » dei medici. Bene, io ho letto una cosa estremamente interessante; negli Stati Uniti d'America una recente legge ha ritenuto di impostare un maggiore intervento dei pubblici poteri nel settore dell'assistenza sanitaria, cioè a dire nel finanziamento pubblico dell'assistenza e nella sua erogazione con strutture ospedaliere moderne. Ebbene, anche in America, dove pure si può dire che vi sia la più ampia e la più eloquente espressione di un'economia di mercato (anche se oggi l'intervento pubblico si fa sentire nei vari aspetti dell'organizzazione economica degli Stati Uniti) anche lì è stata denunciata dai conservatori e da molte associazioni di medici (si vede proprio che sotto questo profilo tutto il mondo è Paese!) una vera e propria nazionalizzazione della medicina. Invece non è assolutamente vero. Dobbiamo renderci conto che il problema drammatico della carenza dei posti-letto non nasce così per caso; nasce, direi, da condizioni obiettive della società italiana, da una società industriale di massa, la quale, occupando oggi la maggioranza dei componenti familiari nelle industrie e negli uffici, fa sì che un ammalato non può essere più assistito in casa. Infatti i familiari sono in gran parte occupati (i ragazzi a scuola e gli adulti al lavoro) perchè non si potrebbe assolutamente, oggi, mantenere un certo tenore di vita se non lavorassero più membri del nucleo familiare; è il coacervo dei redditi che consente di poter conseguire una somma complessiva per cui anche le famiglie dei lavoratori possono godere dei vantaggi che la società pone a loro disposizione. Pertanto

un ammalato, oggi, difficilmente può essere assistito in casa; di qui la crescente affluenza verso l'ospedale, da cui nasce la realtà drammatica del problema dei posti-letto. Oggi non si ha più, verso l'ospedale, quella atavica diffidenza di un tempo. Gli ospedali una volta erano luoghi squallidi; oggi, in alcune grandi città, gli ospedali moderni incominciano ad avere degli ambienti idonei, così da non determinare sul piano psicologico quelle riserve così diffuse una volta. Quindi, il problema dei posti-letto nasce da condizioni obiettive di sviluppo della società moderna, a cui nessuno può sottrarsi. Che cosa vuol dire allora nazionalizzazione, impiegatizzazione? Se vi è un momento in cui anche il medico è un burocrate, è proprio questo: il medico delle mutue ha talvolta 2.000-2.500 mutuati da curare e, tra l'altro, mi sono sempre domandato come faccia a fare in un giorno tante visite, poichè perde veramente delle ore nel riempire moduli gialli, rossi, turchini e di tutti i colori. Mi dovete spiegare voi medici come si possano curare tanti assistiti ogni giorno: ditemi se oggi veramente non vi è in atto un processo di impiegatizzazione del medico. Siamo franchi, onorevoli colleghi, oggi la professione del medico tende sempre più a identificarsi con la mutualità. In sostanza, quando il 98 per cento dei cittadini italiani è associato alle mutue, non vi è dubbio che la mutualità, in gran parte, coincide e si immedesima nella libera professione.

Il senatore Lombardi, soprattutto, ha parlato di questo terrore della « nazionalizzazione » della medicina; nazionalizzazione che non è prevista affatto. Ora, al senatore Lombardi, a proposito della temuta « impiegatizzazione » del medico ospedaliero, voglio dire che nel momento stesso in cui l'ente ospedaliero corrisponde un'indennità al medico, sorge nel medico l'obbligo di prestare la sua opera per un tempo definito per legge; non si tratta cioè di trasformare il medico in un impiegato, ma della necessità di definire contrattualmente obblighi reciproci — fa medico e ospedale, come fra medico ed ente mutualistico — che debbono essere fissati da contratti nazionali di lavoro.

L O M B A R I . Onorevole Ministro, ho parlato di « tempo definito », non « pieno ».

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Il « tempo definito » per me è « tempo pieno »; non penserà mica che si parli di 12 o 14 ore al giorno...

L O M B A R I . Il « tempo pieno » significa che si ha il dovere di operare esclusivamente negli ospedali e non fuori.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Senatore Lombardi, lei che è d'abitudine così ottimista è stato qui di un pessimismo terribile. Io voglio dire che il tempo definito per legge è « tempo pieno »: si tratterà di sei o sette ore, non so quante saranno; è un problema che bisogna studiare a fondo poichè mi rendo perfettamente conto che il medico deve avere anche il tempo materiale per esercitare la libera professione. Pertanto, cerchiamo di eliminare questi fantasmi, strumentalizzati politicamente, della nazionalizzazione della medicina e dell'impiegatizzazione del medico, poichè, in realtà, nella legge tutto questo non esiste; esiste soltanto un incontro di volontà tra l'ente erogatore di una somma, di una indennità al medico, e il medico stesso il quale ha l'obbligo di prestare la sua opera se vuole avere l'indennità pensionabile, che fisseremo nelle leggi delegate. Sul Fondo nazionale ospedaliero si sta sbizzarrendo la fantasia, l'immaginazione, non voglio dire la malafede, di certi gruppi politici ed anche di professionisti interessati. Si è già detto che se cresce il disavanzo per la mutualità, bisognerà per forza porvi riparo. Quando ci si rende conto che i prelievi di ricchezza che si fanno sul reddito dei lavoratori (per il 7-8 per cento) e sul reddito dei datori di lavoro (per il 14 per cento) da parte dell'ente mutualistico (e sono le percentuali più alte d'Europa) non bastano perchè si registrano dei disavanzi estremamente gravi, c'è allora da chiedersi se non occorra, se non sia indispensabile rovesciare su tutta la comunità nazionale, attraverso un'imposta da stabilire secondo la capacità contributiva dei cittadini, l'onere di

creare ed alimentare un fondo nazionale sanitario, che, ridistribuito sull'organizzazione sanitaria in senso programmato e razionalizzato, finalmente dovrebbe rispondere alle esigenze dei nostri tempi. Di qui non si esce, c'è poco da fare. La mutualità registra disavanzi sempre crescenti, e ciò vuol dire che i cospicui contributi che vengono dati dai lavoratori e dai datori di lavoro non sono sufficienti; quindi bisognerà trovare un altro mezzo di imposizione che colpisca l'intera collettività nazionale, la quale deve dare i mezzi necessari per questo determinato settore.

In alcune regioni sviluppate, nella Liguria, per esempio, in un raggio di 35 chilometri esistono 25 ospedali, uno accanto all'altro, quasi uno per chilometro. Si può andare avanti così? In realtà, poi, queste molteplici strutture sanitarie danno luogo ad inconvenienti che ci fanno vergognare, perchè quando si va ad affrontare il problema del pronto soccorso da parte della Croce Rossa o della pubblica assistenza o delle « Misericordie » che trasportano il malato all'ospedale, vediamo che qui si inseriscono i galoppini per portare il malato piuttosto in un ospedale che in un altro, con una propaganda simile a quella che si fa per i servizi funebri o cose simili. Dobbiamo porre fine a questa vergogna? Mi sembra di sì, e l'unico modo è di fare una programmazione seria della rete ospedaliera sul piano territoriale, in maniera che vi siano degli ospedali di base, affiancati da ospedali provinciali e regionali altamente qualificati che prescindano dalla competenza territoriale e che, collegati con gli ambulatori e con unità sanitarie locali, diventino finalmente delle unità omogenee dove l'assistenza sanitaria controllata possa sopperire alle esigenze dei nostri tempi. Non bisogna rimanere passivi di fronte ad un caos spaventoso nel settore ospedaliero, che in fondo si ritrova anche nelle forme di sviluppo urbanistico delle città. Perdonate questa digressione; non è per auspicare una legge punitiva in senso urbanistico. Ma guardiamo Roma alla periferia, guardiamo Firenze: là dove si è lasciato libero arbitrio ai costruttori, che cosa è venuto fuori? Forse delle città che

corrispondono alle esigenze dell'uomo moderno? E anche nel settore sanitario, dobbiamo essere passivi di fronte alle iniziative degli enti religiosi, degli enti mutualistici, di gruppi privati, magari di centri che servono strumentalmente a qualche clinico? Bisogna porre ordine, onorevoli senatori, perchè tutto ciò determina una emorragia di mezzi finanziari che non ha contropartita alcuna sul piano dell'efficienza dell'assistenza sanitaria. Attraverso la riforma occorre stabilire una programmazione per cui le strutture sanitarie, coordinate fra loro, rese omogenee territorialmente e ad alta specializzazione medica sul piano provinciale e regionale, ci consentano finalmente di impostare un indirizzo di politica sanitaria generale che asseconi il processo di sviluppo generale del Paese e della nostra democrazia.

Farò soltanto alcuni brevi accenni alla legge sugli ospedali psichiatrici che abbiamo presentato, riservandomi di dilungarmi maggiormente, se del caso, in sede di Commissione. Anche questa legge, la legge n. 1904, è di estrema importanza. Mi viene veramente da sorridere quando certi signori si scandalizzano perchè il Ministro della sanità si è permesso di parlare degli ospedali psichiatrici, non già definendoli « campi di sterminio » (non mi sono mai sognato di dire una simile sciocchezza), ma mettendo in rilievo che ci sono dei padiglioni in cui sono ricoverate 500, 600, anche 700 persone. Dall'ultima ispezione che ho fatto fare in due o tre ospedali psichiatrici è risultato che è in atto un grave aumento della omosessualità che non deriva, obiettivamente, dalla malattia, ma dal modo in cui i malati sono tenuti. E i medici non sono colpevoli ma sono vittime di un sistema, di una struttura che ormai dal 1904 è stata più che superata poichè si riferiva ad un mondo che non esiste più. Così, oggi non esiste più il concetto del malato di mente irrecuperabile. Una società civile, se vuole veramente avere la solidarietà dei suoi associati, deve pagare anche dei tributi in termini di servizi sociali e deve dare al cittadino, anche se malato, anche se presenta dei disturbi psi-

chici, la libertà — sia pure con le garanzie che si vogliono adottare — di non venire inserito nel casellario giudiziario come un reo comune. Proprio pochi giorni fa si è stata rinchiusa in un ospedale psichiatrico una povera donna ad opera della sua famiglia. I medici certamente non ne avranno colpa; ma il fatto è che quella donna, a causa di un patrimonio che doveva essere distribuito in un determinato modo, è stata chiusa in ospedale psichiatrico. Ora, la legge relativa agli ospedali psichiatrici deve dare adeguate garanzie agli ammalati. Bisogna creare un rapporto nuovo; ognuno è libero di disporre della propria vita. Deve esservi un'anagrafe psichiatrica, tenuta dall'ufficio del medico provinciale o da altre istituzioni, ma non dall'Autorità giudiziaria; occorre una registrazione che non accomuni il sofferente con chi si è macchiato di delitti, quando è solo colpito dalla malasorte, e spesso dovrà passare anni ed anni della propria esistenza in ambienti non certo accoglienti, dove si maledice la vita per le condizioni talvolta inumane con cui accade di venir trattati (a volte sono due i degeniti che dormono in un letto; a volte si dorme per terra, nelle corsie: questo è il quadro di certi ospedali psichiatrici)!

Cosa si aspetta per varare una riforma anche in questo settore? Una riforma deve essere varata, non solo per umanizzare e creare un diverso rapporto di assistenza, ma anche per arrivare a delle strutture che siano veramente il segno distintivo della civiltà di un popolo come il nostro.

Così per l'Istituto superiore di sanità. Non entro nel merito di alcuni episodi, ma affermo che quest'organo tecnico del Ministero della sanità ha una sua struttura particolare, che deve consentire la coesistenza dell'attività di ricerca e di quella di controllo. Ora l'Istituto superiore di sanità è in una condizione di stasi, dopo la celebrazione di certi processi; la sua organizzazione interna, inoltre, non risponde più alle esigenze di consulenza tecnica del Ministero della sanità, e di cui il Ministero ha bisogno a livello scientifico. Il Ministro non deve assolutamente essere esposto alla pos-

sibilità di errori tecnici, quali potrebbero inevitabilmente commettersi da funzionari del Ministero che non dispongono, fra l'altro, di apparecchiature ed attrezzature idonee per certi lavori di ricerca, lavori del resto diversi da quelli che debbono svolgere.

È un problema, questo dell'Istituto, che si inserisce in quello dei tecnici della Amministrazione statale in generale. Al concorso per 70 posti di medico provinciale sono state presentate 27 domande (è un fenomeno analogo a quello per cui i migliori ingegneri dell'ANAS passano alle industrie private). Occorre dunque rivedere carriere e stato giuridico. Ed anche questo problema deve essere affrontato in sede di riforma dell'Istituto superiore di sanità, se si vuole veramente che questa grande istituzione, patrimonio nazionale che nel tempo si è consolidato ed accresciuto sino ad ottenere pieni riconoscimenti in tutto il mondo, non perisca e venga meno alle sue funzioni di organo tecnico, quale deve essere, parte integrante del Ministero della sanità.

Ma l'Istituto superiore deve essere anche democratizzato, al livello degli organi direttivi individuali e collegiali, nell'esercizio dei vari incarichi e delle varie funzioni a tempo determinato; esso ha inoltre bisogno di una interna regolamentazione che superi la vischiosità amministrativa e burocratica che rende estremamente pesante e talvolta impossibile la sua stessa gestione.

Stiamo finalmente costituendo una Commissione per la riforma sanitaria di base; anche questa costituisce secondo me un problema di grande importanza. Noi riteniamo infatti che la medicina sociale, preventiva, di massa, debba essere messa in grado, attraverso adeguate strutture, di aggredire le malattie al loro insorgere, e non solo di prestare a tutti le cure occorrenti. È una struttura che ha urgente necessità di essere approntata. Certo, senza un'adeguata coscienza sanitaria, un tale sistema non potrà funzionare. Purtroppo il nostro popolo è ancora sprovvisto di un'adeguata coscienza sanitaria, come dimostrano le notevoli resistenze che incontriamo a proposito della diagnosi precoce, per esempio,

dei tumori uterini o di altri mali. Ecco perchè ci siamo rivolti alla televisione chiedendo una rubrica settimanale volta a diffondere appunto la coscienza sanitaria fra il popolo, la sola che possa rendere operante una struttura anche adeguata di medicina di massa.

A proposito, poi, delle unità sanitarie locali, vorrei tranquillizzare l'onorevole Casini: non vogliamo distruggere l'istituto della condotta. Certo, non abbiamo più il medico condotto tradizionale, con il suo mantello a ruota, questa figura familiare del passato che portava con sé un alone di simpatia e di rispetto e che era circondato dalla gratitudine del popolo per il bene che faceva anche senza retribuzione. Non ritorneremo certo al passato; ma l'unità sanitaria di base sarà un istituto che farà parte delle formazioni organizzative del settore sanitario con il compito di avvicinare finalmente l'individuo alle strutture sanitarie curative ed anche a quelle preventive e riabilitative, e all'interno di queste unità sanitarie locali anche il medico condotto avrà la possibilità di esercitare la sua funzione specifica.

Quindi non si tratta di distruggere l'istituto della condotta; vorrei anzi dire agli onorevoli colleghi che se il nostro Paese attuerà il programma previsto per il settore sanitario, sia pure gradualmente, ci troveremo di fronte ad una carenza quantitativa di medici, perchè occorreranno molti sanitari, mentre oggi siamo di fronte ad una curva decrescente del numero degli studenti della Facoltà di medicina e chirurgia.

Sul piano della medicina sociale, come è stato accennato dal senatore Perrino molto rapidamente, abbiamo costituito una Commissione per la lotta contro i tumori. Voi sapete che noi abbiamo tre istituti oncologici a Milano, a Roma e a Napoli. Abbiamo inoltre dei centri distribuiti in tutto il territorio: molto pochi ancora, non tutti bene finanziati e bene attrezzati. Secondo le statistiche l'Italia è il Paese che possiede il maggior numero di betatroni, più degli Stati Uniti d'America e della Gran Bretagna. Non si sa se questi impianti ad alta energia siano sorti talvolta per motivi politici, cioè

se siano stati installati più per motivi di prestigio che per reale necessità; ad ogni modo qualche cosa abbiamo fatto. Ma anche qui, per condurre una seria lotta contro i tumori, malattia che registra una curva sempre crescente e veramente impressionante, è indispensabile che intorno a questi tre Istituti pilota di Roma, Milano e Napoli (ed io penso che, per lo meno, anche in Sicilia e in Toscana debbano sorgere altri due) si possa articolare tutta una struttura di centri per lo studio e la terapia dei tumori, in modo che anche il nostro Paese possa veramente fare dei passi avanti anche in questo settore. È un'esigenza sentita da tutti.

Così pure abbiamo già presentato, per la tubercolosi, una legge per affidare ad un altro ente, in sostituzione dell'INPS, la lotta contro questa malattia. È vero che attualmente essa registra una mortalità minore che per il passato, ma la morbilità non è decrescente. Forse oggi si presenta sotto aspetti diversi, e può essere certamente curata in sede ambulatoriale; ma non c'è dubbio che anche questo è un problema che dobbiamo affrontare con una legge organica.

Non sto qui a parlare di ciò che è accaduto nei preventori INPS; ma noi per la lotta contro la tbc abbiamo già una organizzazione, i dispensari antitubercolari; abbiamo delle strutture che dobbiamo utilizzare; ma occorre una legge. Noi spendiamo 19 miliardi di lire per l'assistenza ai soggetti non assicurati dall'INPS, ma poi sulle prestazioni erogate non abbiamo un grande controllo. C'è poi la questione dei sussidi giornalieri che l'INPS concede agli assicurati, e che anche noi diamo in misura ridotta. Ma tutto il problema della tubercolosi va riveduto, perchè la tbc, nonostante sia in fase di regressione, costituisce ancora una malattia sociale di vasta portata, che dev'essere presa in seria considerazione.

A proposito della medicina sociale desidero dire un'ultima parola prima di concludere. È stato giustamente sottolineato e posto in evidenza l'indice di mortalità infantile; è stato detto che la media italiana è due volte superiore a quella dei Paesi so-

cialmente progrediti. Probabilmente ciò dipende in parte dall'alimentazione e dalle condizioni ambientali, in parte forse anche da una carenza di educazione sanitaria.

A questo punto, in tema di assistenza all'infanzia, mi sembra che sia opportuno parlare brevemente dell'ONMI. Chi è che non sente la necessità di una ristrutturazione dell'ONMI, adeguandola alle esigenze di una società industriale in pieno sviluppo, in cui la manodopera femminile viene impiegata nelle varie attività produttive?

Devo dire che, forse per mancanza di fondi, nell'Italia meridionale l'ONMI non ha un'organizzazione efficiente quale invece esiste in alcune zone sviluppate. E noi, invece, dobbiamo guardare proprio al sud perchè la mortalità infantile si registra con indici elevati nelle zone sottosviluppate del nostro Paese.

L'asilo-nido costituisce, per così dire, la struttura di base dell'ONMI; è lì che i bambini possono essere meglio sorvegliati e controllati nella più delicata fase di sviluppo.

Ebbene, onorevoli colleghi, io credo che il fatto che dopo tanti anni si riporti questa Opera ad un carattere democratico rappresenti un passo in avanti; i fondi stessi che noi diamo all'ONMI — si tratta di 18 o 19 miliardi — con una più razionale distribuzione potrebbero essere meglio utilizzati.

Certo, se per quanto riguarda l'ONMI tutte le innovazioni dovessero limitarsi alla legge che sarà discussa tra una decina di giorni alla Camera dei deputati — per la quale l'incarico della relazione è già stato affidato all'onorevole De Barberis — senza che si affronti una ristrutturazione completa e globale di questo Ente, non si otterrebbe certo un progresso radicale in questo settore.

Per quanto riguarda la medicina scolastica, cioè le visite periodiche agli alunni, la vaccinazione, la sorveglianza sui casi di malattie infettive, il servizio specialistico e così via, devo dire che questa competenza sfugge al Ministero della sanità. La Pubblica Istruzione — prescindendo qui dalla valutazione dell'opportunità del provvedimento — ha creato un Ispettorato per la medicina scolastica, con apposito capitolo di

spesa, ed ha anche dei propri medici. Così il Ministero della sanità, che in realtà avrebbe tutte le strutture e la qualificazione occorrenti per assolvere a questo compito estremamente importante, non potrà farlo finchè tra Pubblica istruzione e Ministero della sanità non si venga ad un accordo, che io spero possa realizzarsi al più presto, nell'interesse degli alunni e delle scuole.

Onorevoli colleghi, io non faccio ora un inventario degli obiettivi raggiunti in tema di vaccinazione antipolio; posso soltanto dire che siamo ormai vicini alla totale eradicazione del male e credo che questo sia un dato di fatto che onora il Paese. Voglio ricordare che si tratta di un male terribile, che solo qualche anno fa registrava dai 7 agli 8 mila casi, oggi ridotti a pochissime centinaia, ed io spero che, con l'introduzione della vaccinazione obbligatoria antipolio, finalmente potremo fra qualche anno constatare l'assoluta scomparsa della poliomielite nel nostro Paese.

Anche per la vaccinazione antidifterica e la vaccinazione antitetanica finalmente sono riuscito un po' a muovere la situazione e spero, lo dico per tranquillità del Presidente della Commissione di igiene e sanità del Senato, di poter notevolmente incrementare l'attuazione sistematica di queste importanti pratiche vaccinali.

A L B E R T I . Grazie, onorevole Ministro. Sono 11 anni che si attende.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Onorevoli colleghi, di un'ultima questione non posso assolutamente rinunciare a parlarvi: il problema dei medicinali. Noi affrontiamo decisamente questo problema; ora desideriamo provvedere per prima cosa al riordinamento della legislazione attualmente esistente per la registrazione delle specialità medicinali. Un sistema di registrazione c'è già, per cui non può dirsi che questo settore sfugga al controllo del Ministero, ma certamente dobbiamo creare un meccanismo più moderno, diverso; come pure noi non possiamo esimerci dal dare inizio ad una revisione delle specialità medicinali esistenti. Attualmente è in corso un

esame delle specialità registrate tra il 1928 e il 1935; bisogna dire che abbiamo veramente un numero infinito di specialità medicinali, che spesso differiscono tra loro solo per il colore della scatola e per il prezzo, ma in fondo hanno una composizione identica. Quindi si devono eliminare dal mercato molte specialità, per cui è necessario un accurato riesame di tutto questo « monte merci » o di questi scaffali farmaceutici che, a parte i grattacapi relativi che danno ai nostri farmacisti, rappresentano soprattutto un problema di fondo che va attaccato e risolto assolutamente. Così anche il Ministero sta affrontando il problema degli effetti secondari di tossicità dei farmaci; un centro di studio a latere del Ministero sarà costituito per operare in questo importante settore.

Per quanto concerne la fissazione dei prezzi delle specialità medicinali, è in corso la revisione del metodo finora impiegato. Abbiamo anche, diciamo pure, una pleora di industrie farmaceutiche; ma in futuro, attraverso la brevettabilità dei farmaci, tutto il settore della produzione dei medicinali subirà una radicale trasformazione. Voglio tranquillizzare gli onorevoli colleghi; anche questo grave problema dovrà essere assolutamente affrontato e adeguato alle esigenze della nostra società. Stiamo anche rielaborando una legge per gli ufficiali sanitari, e per dare un nuovo assetto ai laboratori provinciali di igiene e profilassi.

Resta poi il grave problema dell'inquinamento delle acque, ma vi confesso che è tuttora allo studio e oggi non sarei in condizioni di poter dare delle speranze che questo problema ponderoso possa essere risolto e portato rapidamente alla sua realizzazione.

Voi mi perdonerete di avervi fatto un'illustrazione un po' disorganica; veramente io mi ripromettevo, se ne avessi avuto il tempo, di coordinare meglio i singoli punti della mia esposizione, perchè voi, onorevoli colleghi, poteste avere ben presente il disegno di politica sanitaria del Ministero della sanità, ed anche per poter fare il punto della situazione nel settore sanitario del Paese.

Spero comunque di avere sufficientemente informato gli onorevoli colleghi degli intendimenti, dei propositi del Ministero della sanità. Mi auguro anche che le leggi di riforma presentate siano poste al più presto all'esame del Consiglio dei ministri. Se questi propositi in realtà diventeranno leggi dello Stato noi segneremo una grande svolta nell'assistenza sanitaria del nostro Paese. Ecco perchè io chiedo a voi un contributo, un fattivo aiuto, affinchè i nostri obiettivi di fondo, che rispondono a esigenze sociali del mondo moderno, possano diventare una realtà concreta che aprirà al nostro Paese le vie della giustizia sociale e del benessere. *(Vivissimi applausi dal centro, dal centro-sinistra e dalla sinistra).*

**PRESIDENTE.** Passiamo all'esame dell'ordine del giorno dei senatori Zanardi, Cassese ed altri.

**FERRONI.** Domando di parlare.

**PRESIDENTE.** Ne ha facoltà.

**FERRONI.** Vorrei dichiarare brevemente che, se il presentatore dell'ordine del giorno è disposto ad accettare un emendamento che suggerirò, mi associerò all'ordine del giorno stesso. Avrei voluto dire altre cose, signor Presidente, ma l'ora tarda e soprattutto l'intervento appassionato, coraggioso, spregiudicato dell'onorevole Ministro mi esimono dall'aggiungere altre parole. Voglio semplicemente constatare come, anche in questa occasione, si profili in realtà lo scontro di due mondi, di due concezioni. Il senatore Maccarrone si è meravigliato che alcuni membri della maggioranza governativa abbiano parlato nei confronti di un disegno di legge, che, per la verità, noi conosciamo attraverso indiscrezioni di stampa e del quale oggi si è parlato, pur non essendo l'argomento strettamente pertinente all'ordine del giorno; il che ha costretto l'onorevole Ministro a parlare anticipatamente di un disegno di legge che dovrà trovare formulazione vera e propria. Oggi si sono scontrati due modi di concepire il progresso:

da una parte coloro che intendono il progresso, il rinnovamento come volontà vera di incidere su taluni aspetti vergognosi di un sistema sociale duro a morire; di adoperare il bisturi, per restare nel clima che ci riguarda, per incidere taluni bubboni che l'onorevole Ministro spregiudicatamente, con un coraggio di cui gli va dato atto, ha questa sera denunciato; e dall'altra coloro che pensano che le riforme devono farsi all'uso di Tomasi di Lampedusa: si deve, cioè, « cambiare tutto perchè nulla sia mutato ». Ebbene, senatore Maccarrone, noi socialisti sappiamo che anche nell'ambito della maggioranza vi sono quelli che la pensano al modo del Gattopardo, ma noi lottiamo contro queste resistenze esterne ed interne alla maggioranza.

Onorevole Ministro, appassionato come sono del problema e non meno sensibile al soffrire ed al patire umano di quanto sia lei, che tanta prova ha dato di questa passione, mi limito a suggerire al presentatore dell'ordine del giorno il seguente emendamento: abolire il quarto capoverso dell'ordine del giorno, laddove si parla di fondi non utilizzati, poichè mi pare che in realtà questo non corrisponda alla situazione attuale; l'ultimo capoverso, inoltre, dovrebbe essere modificato in questo senso:

« invita il Governo a rendersi consapevole della grave, anacronistica situazione ospedaliera italiana e lo impegna ad adottare con ogni sollecitudine i provvedimenti idonei per eliminarla, dando pertanto in primo luogo sollecito avvio all'esame, da parte del Consiglio dei ministri, dello schema del disegno di legge del Ministro della sanità, per una conseguente rapida presentazione di un disegno di legge al Parlamento ».

In altri termini io sollecito che dal limbo dei fantasmi, dei discorsi, delle dicerie, delle imprecisioni si travasi al Parlamento, perchè possa esaminarlo nel modo che gli compete, con conoscenza assoluta della realtà di questo documento, il disegno di legge che oggi va sotto il nome di schema Mariotti. Ne sollecito la più pronta presentazione al Parlamento, e in questo senso approvo e mi

associa all'ordine del giorno dei senatori Zanardi, Cassese, Maccarrone ed altri.

**PRESIDENTE.** Invito l'onorevole Ministro della sanità ad esprimere l'avviso del Governo sull'ordine del giorno presentato dal senatore Maccarrone e da altri senatori e sulle modifiche proposte dal senatore Ferroni all'ordine del giorno stesso.

**MARIOTTI, Ministro della sanità.** Debbo dire al senatore Maccarrone che, certamente, se consideriamo lo stato attuale degli ospedali, il suo ordine del giorno dovrebbe essere accolto; ma debbo anche dirgli che non si può rimproverare al Governo di essere insensibile a questa situazione, e lo dimostra il fatto che si sono stanziati i fondi sul piano quinquennale per realizzare 80 mila nuovi posti-letto, il che porterà certamente ad un deciso miglioramento dei servizi ospedalieri. Dichiaro intanto che, per iniziativa del Governo, con la legge n. 3565 si dispone l'erogazione di mutui assistiti dal contributo statale, dei quali due terzi al Centro-Sud ed un terzo al Nord. Stando così le cose, non posso far altro che accettare l'ordine del giorno come raccomandazione, perchè esso non tiene conto del fatto che in effetti il Governo si è già mosso per il superamento delle difficoltà implicitamente denunciate nell'ordine del giorno stesso.

**PRESIDENTE.** Senatore Maccarrone, mantiene l'ordine del giorno?

**MACCARRONE.** Onorevole Presidente, sono d'accordo con gli emendamenti proposti dal senatore Ferroni, che sono pertinenti e corrispondono alla situazione venutasi a determinare nel dibattito odierno anche sull'ordine del giorno. Sono d'accordo che il quarto capoverso è superato. Sono d'accordo con il Ministro che il Governo ha messo a disposizione degli ospedali, con la legge 30 maggio 1965, mezzi finanziari; ma questa legge ha validità soltanto per due anni. Non si può ignorare che con questa legge, se non sarà rinnovata, le necessità degli ospedali non sono soddisfatte.

**PERRINO.** La legge è permanente; lo stanziamento si riferisce a due esercizi.

**PRESIDENTE.** Senatore Maccarrone, è soddisfatto dell'accettazione dell'ordine del giorno come raccomandazione da parte del Ministro della sanità?

**MACCARRONE.** No, insisto per la votazione. Sono d'accordo sulla soppressione del quarto capoverso, per la modificazione della parte dispositiva e do atto al Ministro che il problema è, sì, avviato a soluzione, ma, a mio parere, non è avviato in modo soddisfacente.

**FERRONI.** Domando di parlare.

**PRESIDENTE.** Ne ha facoltà.

**FERRONI.** Fermo restando quello che ho già detto ed il testo dei miei emendamenti, dichiaro che voterò l'ordine del giorno Maccarrone con gli emendamenti da me apportati.

**MARIOTTI, Ministro della sanità.** Domando di parlare.

**PRESIDENTE.** Ne ha facoltà.

**MARIOTTI, Ministro della sanità.** Prego vivamente il senatore Ferroni di non insistere sull'ordine del giorno anche se modificato, perchè ovviamente il Ministro della sanità si troverebbe in profondo disagio morale; infatti, se accettasse l'ordine del giorno taccerebbe implicitamente di insensibilità il Governo di cui fa parte. Siccome invece sono convinto che il Governo dovrà esaminare al più presto lo schema di disegno di legge cui è stato fatto riferimento, prego vivamente i proponenti di non insistere sulla richiesta di votazione dell'ordine del giorno e di accontentarsi dell'accettazione, da parte mia, dell'ordine del giorno come raccomandazione.

**FERRONI.** Domando di parlare.

**PRESIDENTE.** Ne ha facoltà.

FERRONI. Onorevole Ministro, la situazione sanitaria che conosciamo più o meno tutti (e maggiormente la conosce chi si occupa di Pubblica Amministrazione da anni), è drammatica; per chi conosca la catena che si è scatenata contro questo schema di disegno di legge ...

PRESIDENTE. Senatore Ferroni, la prego di concludere.

FERRONI. Concludo subito, signor Presidente.

Per chi conosca, dicevo, la resistenza che anche in seno alla maggioranza si è sentita qui inequivocabilmente manifestare, io debbo dire che, a costo di dare un dispiacere personale all'amico, oltre che al Ministro, insisto sull'esigenza di sollecitare con un ordine del giorno del Senato il Governo ad esaminare al più presto il problema e a presentare al più presto un disegno di legge, naturalmente elaborato in accordo con il Ministro della sanità, al Parlamento. È una dichiarazione che faccio a titolo personale e di cui assumo la responsabilità.

PRESIDENTE. Si dia allora lettura dell'ordine del giorno dei senatori Zannardi, Cassese, Maccarrone, Angiola Minella Molinari, Simonucci, Scotti e Tomasucci, con le modifiche suggerite dal senatore Ferroni ed accettate dai proponenti.

NENNI GIULIANA, Segretaria:

« Il Senato,

constatate le gravi difficoltà funzionali degli ospedali, per la notevole carenza di posti-letto che, secondo recenti calcoli statistici, rivelano una media nazionale che oscilla intorno al 4,3 per cento, con punte, nel Meridione, inferiori all'1 per cento;

considerato che la media minima nazionale, indispensabile, dovrebbe non essere inferiore al 6 per cento;

rilevato che le disponibilità finanziarie di cui alla legge 30 maggio 1965, n. 574, sono insufficienti e inadeguate a far fronte alle necessità nazionali;

invita il Governo a rendersi consapevole della grave, anacronistica situazione ospedaliera italiana e lo impegna ad adottare con ogni sollecitudine i provvedimenti idonei per eliminarla, dando pertanto, in primo luogo, sollecito avvio all'esame, da parte del Consiglio dei ministri, dello schema di disegno di legge del Ministro della sanità, per una conseguente rapida presentazione del disegno di legge al Parlamento ».

PRESIDENTE. Metto ai voti questo ordine del giorno, non accettato dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(Non è approvato).

Rinvio il seguito della discussione ad altra seduta.

#### Annunzio di interpellanze

PRESIDENTE. Si dia lettura delle interpellanze pervenute alla Presidenza.

NENNI GIULIANA, Segretaria:

Al Ministro della pubblica istruzione, per conoscere con urgenza quali provvedimenti intenda adottare in favore della numerosa massa di insegnanti tecnico-pratici fuori ruolo con inquadramento a tempo indeterminato, i quali, in virtù della riforma della scuola media unica, dopo molti anni di ininterrotto servizio di cattedra completa, si vedono costretti a subire o la riduzione delle ore settimanali di insegnamento, o la completa inattività o il cambio della loro qualifica, come, ad esempio, quella di addetti alle segreterie (386).

ALESSI

Al Ministro di grazia e giustizia, per conoscere quali siano i suoi intendimenti sulla situazione qui di seguito esposta.

Nonostante le ripetute proteste dei Consigli dell'Ordine degli avvocati e dei procuratori legali presso i Tribunali compresi nel distretto della Corte di appello di Caltanissetta; nonostante le pressanti segnalazioni delle Autorità locali e dei rappresentanti al

Parlamento; nonostante le esplicite, analoghe richieste della Commissione interparlamentare antimafia, tuttavia, perdura il gravissimo disagio negli Uffici giudiziari e negli organi giurisdizionali compresi nel Distretto di Caltanissetta.

Tale disagio si è deplorabilmente aggravato sino a definirsi come stato di vero e proprio abbandono, del quale si è fatto eco l'ordine del giorno 10 ottobre 1965 del Consiglio dell'Ordine degli avvocati e procuratori di Caltanissetta.

Risulta all'interpellante che la Corte celebra le sue udienze componendo il Collegio in via normale con magistrati del Tribunale e con Pretori, e che il Tribunale di Nicosia dispone di un solo giudice e perciò le sue udienze sono irrimediabilmente nulle.

La situazione della Corte risulta essere la seguente:

1) *Corte di appello:*

dei tre posti in organico di Presidente di Sezione, uno solo è coperto. Dei tredici posti di Consigliere, solo uno risulta stabilmente coperto;

2) *Procura generale presso la corte:*

l'Ufficio del Procuratore generale è assai spesso vacante, quando viene coperto, lo è per brevissimo tratto di tempo.

I tre posti in organico dei Sostituti procuratori generali non risultano essere stati mai integralmente coperti;

3) *Tribunale di Caltanissetta:*

dei tredici posti in organico dei Magistrati, il Tribunale, per tutte le sue funzioni penali e civili e per il giudicato di istruzione, dispone in effetti solo di sette giudici;

4) *Procura della Repubblica:*

manca il Titolare;

dei tre Sostituti solo due risultano applicati alle funzioni;

5) *Tribunale di Enna:*

risulta costantemente vacante il posto di Presidente di Sezione e mai integralmente coperto l'organico dei giudici;

6) *Tribunale di Nicosia:*

risulta vacante il posto di Presidente e di due dei quattro giudici assegnati;

7) *Preture comprese nella giurisdizione del Tribunale di Caltanissetta:*

a) *Pretura di Caltanissetta:*

costantemente vacante il posto del Pretore Dirigente; vacanti due dei tre posti dei Magistrati applicati;

b) *Preture di Butera, Riesi, Sommatino:*

mancano i Pretori;

c) *Gela:*

non coperto l'unico posto di Magistrato applicato;

8) *Preture comprese nella giurisdizione del Tribunale di Enna:*

a) *Aidone, Valguarnera, Villarosa:*

sedi vacanti;

b) *Enna:*

mai coperto il posto di primo Pretore;

c) *Piazza Armerina:*

vacante il posto di Uditore;

9) *Preture comprese nella giurisdizione del Tribunale di Nicosia:*

nelle Preture di Agira, Leonforte e Troina manca il Pretore.

Concludendo, i posti in organico di tutte le giurisdizioni del Distretto sono scoperti per assai oltre la metà, con grave nocimento del normale ritmo giudiziario, gravando tutto il carico sulle spalle di pochissimi Magistrati, le cui funzioni sono peraltro spesso incompatibili per le precedenti applicazioni di servizio (387).

ALESSI

**Annunzio di interrogazioni**

P R E S I D E N T E . Si dia lettura delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

N E N N I G I U L I A N A , Segretaria:

Al Ministro della marina mercantile, per conoscere se rispondano a verità le notizie,

confermate anche dalla Regione sarda, secondo cui sarebbe stato deciso di stanziare per i porti sardi, sui fondi di 75 miliardi, previsti dalla legge 27 ottobre 1965, n. 1200, soltanto la modesta quota di un miliardo e 900 milioni (1 miliardo e 500 milioni per Cagliari e 400 milioni per Olbia).

L'interrogante chiede, pertanto, di sapere se non ritenga opportuno promuovere un riesame della decisione presa, assegnando, sullo stanziamento dei 75 miliardi, una quota maggiore per i porti sardi, secondo un programma organico di interventi, quota che sia rapportata non soltanto agli indici del movimento attuale, ma alle necessità e alle prospettive di sviluppo economico e sociale della Sardegna, riconosciute dallo stesso Ministro nel recente convegno sui porti, svoltosi a Cagliari (1064).

PIRASTU

Al Ministro di grazia e giustizia, per sapere come mai la Pretura di Cirò, che è una delle più importanti tra quelle dipendenti dal Tribunale di Crotona, sia priva del Cancelliere titolare sin dal marzo 1964, e se risulti al Ministro che data questa situazione l'Ufficio giudiziario del quale si parla è totalmente inattivo, in quanto vi prestano servizio un pretore titolare ed un usciere che per giunta è anche sordo-muto!

Si chiede ancora se risulta al Ministro che il lavoro arretrato presso la Pretura di Cirò è enorme: non si tiene udienza civile dal marzo del 1964 e delle udienze penali non si può dare notizia migliore!

Si chiede, altresì, come mai per ben due volte i cancellieri che avrebbero dovuto prestare servizio a Cirò siano stati trasferiti prima ancora di raggiungere la sede a loro assegnata. E, infine, si chiede se il Ministro sia a conoscenza che gli avvocati di Cirò, i quali si sono rivolti anche al Presidente della Repubblica, hanno proclamato sciopero ad oltranza fino alla nomina del cancelliere titolare (1065).

GULLO

Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale, per conoscere se risponde a verità

la notizia secondo la quale alla riunione indetta presso il Ministero per il giorno 2 dicembre 1965, intesa a dirimere la vertenza sindacale in corso tra i medici dipendenti dagli Enti previdenziali e gli Enti stessi, sarebbero stati invitati solo quei sindacati che dispongano la cessazione dello sciopero in atto.

In caso affermativo l'interrogante desidera conoscere se il Ministro non ritenga che l'imposizione di determinate condizioni per la partecipazione a riunioni intese a comporre le vertenze sindacali nell'ambito ministeriale esuli dalla competenza di imparziale mediazione propria del suo Dicastero e che essa si risolva indirettamente in una limitazione del diritto di sciopero ed in una ingiustificata presa di posizione a favore di una delle parti contendenti. Inoltre nel caso concreto la condizione di sospendere lo sciopero per poter partecipare alla riunione di mediazione si risolve in una assurda discriminazione tra i diversi sindacati favorendo unicamente quello aderente alla CISL il quale, come è noto, non partecipa allo sciopero in atto (1066).

CATALDO

Al Ministro della sanità, per conoscere quali provvedimenti abbia adottato, a seguito dello sciopero dei medici dipendenti dagli Enti previdenziali, per accertare che negli ambulatori di tali Enti che tuttora svolgono la loro opera siano assicurate, con l'attività di medici qualificati, quelle garanzie sanitarie indispensabili al funzionamento degli ambulatori stessi (1067).

CATALDO

Al Ministro dei lavori pubblici, per conoscere quali provvedimenti intenda adottare in merito alla grave frana che minaccia l'abitato del comune di Campofranco in provincia di Caltanissetta e per cui già gravi danni hanno riportato le abitazioni di un intero quartiere cittadino.

Si desidera conoscere, altresì, se il Provveditore alle opere pubbliche di Palermo ha segnalato così grave stato di cose, giusta la segnalazione che fin dal settembre 1965 non

ha mancato di far pervenire l'ufficio del Genio civile di Caltanissetta (1068).

ALESSI

Al Ministro dell'interno, per conoscere quali provvedimenti intenda adottare in ordine all'approvazione del bilancio di previsione per l'anno 1964 dell'Amministrazione provinciale di Caltanissetta, la cui non conseguita approvazione determina gravi danni e disfunzioni amministrative per quell'Ente pubblico preposto ad un settore di vitale importanza per la pubblica Amministrazione (1069).

ALESSI

Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro degli affari esteri, per conoscere lo stato attuale delle relazioni tra la Italia e la Spagna e le linee a cui intende ispirarsi la politica del Governo in materia.

Atti e gesti recenti sembrano infatti indicare uno sviluppo delle relazioni politiche tra la Repubblica italiana e la Spagna franchista tale da suscitare il legittimo allarme e le vive proteste dell'opinione pubblica; questa considera che l'Italia repubblicana, nata dalla Resistenza antifascista, non può andare al di là delle semplici relazioni diplomatiche e commerciali con un regime che governa la Spagna solo in grazia dell'aiuto militare che Mussolini e Hitler hanno concesso a dei generali fedifraghi, un regime che ha collaborato con le potenze dell'Asse durante la seconda guerra mondiale, che ha ospitato e ospita criminali di guerra notori e ancora oggi priva il popolo spagnolo delle sue libertà politiche e sociali.

Gli interroganti desiderano sapere se il Governo non considera che gli atti e i gesti di amicizia verso il regime franchista e il fatto nuovo delle visite di Ministri spagnoli in Italia non solo suonano offesa ai sentimenti antifascisti del nostro popolo e della sua gioventù e offesa alle vittime che giacciono nelle prigioni di Franco o soffrono di un lungo esilio, ma hanno obiettivamente incoraggiato l'insolenza fascista e sciovinista esplosa nelle recenti manifestazioni anti-italiane in Spagna con l'aperto appoggio di

organizzazioni e personalità ufficiali di quel paese (1070).

PAJETTA Giuliano, TERRACINI, SCOTTI

### *Interrogazioni*

#### *con richiesta di risposta scritta*

Ai Ministri del lavoro e della previdenza sociale e delle finanze, per sapere se sono a conoscenza che l'Assicredito e l'Acri, malgrado le continue sollecitazioni, rifiutano l'invito loro rivolto dalla FIDAC e dalla FABI a trattare in merito alle seguenti rivendicazioni:

a) istituzione di un premio di rendimento pari ad una mensilità, comprensiva degli assegni familiari con un minimo garantito di lire 140.000;

b) rinnovo anticipato del contratto;

c) diritto a stipulare contratti integrativi aziendali.

Per sapere, inoltre, se risulta fondata la notizia circa la volontà delle predette associazioni padronali (Assicredito ed Acri) di disdire il congegno di scala mobile che, se attuata, si risolverebbe a solo grave danno di tutti i bancari.

L'interrogante chiede di conoscere, pertanto, quali urgenti provvedimenti intendano prendere perchè l'Assicredito e l'Acri rivedano la loro ingiustificata ed assurda presa di posizione nei confronti dei 120.000 dipendenti, sottoposti a ritmi intensi di lavoro, e che vengono retribuiti con stipendi insufficienti a fronteggiare l'aumento del costo della vita (3878).

MASCIALE

Al Ministro della difesa, per conoscere la reale portata dello scandalo scoppiato a Prato in materia di esoneri militari che venivano rilasciati fraudolentemente in cambio della corresponsione di un milione.

L'interrogante chiede sia chiarita non solo la posizione dell'impiegato distrettuale già arrestato, ma anche quella dei superiori, molto probabilmente carenti per lo meno per quanto concerne gli obblighi di controllo (3879).

ALBARELLO

Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni, per conoscere se gli siano note le condizioni di assoluta inadeguatezza dei locali e della organizzazione dei servizi postali nell'isola di Murano, centro industriale di primaria importanza, dove lavorano diverse migliaia di operai, con un forte movimento di corrispondenza, di pacchi e di vaglia postali.

L'interrogante segnala il grave disagio degli operatori economici e della numerosa popolazione che vive nell'isola e che da anni sollecita inutilmente le Autorità locali per la soluzione di questa insostenibile situazione e chiede al Ministro di voler provvedere con urgenza per sanare detta grave carenza del servizio postale a Murano (3880).

PASQUATO

Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro della marina mercantile, per conoscere gli orientamenti del Governo in merito alla ventilata soppressione della società Adriatica di navigazione, con sede a Venezia, che risulterebbe proposta dalla Commissione interministeriale, mediante assorbimento della Adriatica nelle altre Società di navigazione di preminente interesse nazionale.

L'interrogante richiama l'attenzione del Governo sulle considerazioni:

a) che non è necessario detto assorbimento in altre Società per poter realizzare eventuali economie di personale;

b) che togliendo a Venezia la sede della Società armatoriale si frustrerebbero le future prospettive per Venezia di centro naturale per i traffici con la media Europa, l'Africa e l'Oriente; funzione alla quale Venezia è particolarmente idonea per leggi naturali, come la più centralizzata e dotata dei collegamenti stradali, ferroviari, aerei;

c) che ne deriverebbero gravissimi danni per Venezia, città che già attraversa una difficile situazione, con un reddito *pro capite* inferiore ad altre città marinare, con particolari danni per i lavoratori portuali, gli spedizionieri, gli addetti ai rifornimenti delle navi, per i lavoratori delle piccole industrie

e artigiani che effettuano i lavori di ordinaria manutenzione delle navi nella sede della società armatrice, e infine per l'inevitabile esodo di gran parte dei funzionari amministrativi e del personale navigante della Adriatica e delle loro famiglie, che dovrebbero eventualmente spostarsi nella città sede della nuova Compagnia.

Si invocano dal Governo urgenti assicurazioni che valgano a tranquillizzare quanti hanno a cuore, con l'interesse nazionale, le sorti di Venezia e delle sue future prospettive di sviluppo, conservando a Venezia la sua tradizionale attività marittima, con sede della società armatoriale (3881).

PASQUATO

Al Ministro dell'interno, premesso che con decreto legislativo 5 gennaio 1948, numero 36, fu istituito presso il Ministero dell'interno un fondo annuale di lire 6 miliardi al fine di anticipare agli ospedali gli importi delle spedisizioni consunte dagli assistiti dai Comuni;

premessi che con successivi provvedimenti — l'ultimo dei quali la legge 30 gennaio 1963, n. 70 — tale fondo è stato aumentato a lire 15 miliardi;

considerato che con recente circolare del Ministero dell'interno è stato reso noto agli uffici periferici che detto fondo per l'anno 1965 è stato esaurito e, quindi, non si potrà dar luogo a nuove anticipazioni fino al termine del corrente anno;

considerato inoltre che tali anticipazioni sono state effettivamente concesse fino al primo semestre 1965, l'interrogante chiede di conoscere:

1) se si è reso conto della critica situazione in cui vengono a trovarsi gli ospedali italiani, peraltro creditori verso gli Enti mutualistici per ingenti somme e nel momento in cui a fine anno bisognerà far fronte alla doppia mensilità degli stipendi, al pagamento delle tasse, delle rate di mutuo e di quelle relative ai contributi previdenziali;

2) se e come intende venire incontro alle inderogabili esigenze delle Ammini-

strazioni ospedaliere che vedono paralizzata l'attività degli Enti amministrati (3882).

PERRINO

Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale, per sapere se corrisponde a verità e in che cosa veramente consista lo scandalo circa il rilascio delle pensioni da parte dell'INPS in vari centri del viterbese, scandalo di cui si interesserebbe l'autorità giudiziaria e di cui vari giornali hanno parlato (3883).

MORVIDI

Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri dei trasporti e dell'aviazione civile, del tesoro e delle finanze, per sapere se siano a conoscenza della critica situazione in cui si trovano le autolinee in concessione poste dalle norme attualmente vigenti in condizioni da non potere svolgere la propria attività in modo rispondente alle esigenze generali e idoneo al programma di sviluppo economico progettato per il quinquennio 1965-1969;

e per conoscere se e quali provvedimenti urgenti intendano adottare per superare le attuali difficoltà che non solo condizionano il desiderato sviluppo di così importanti ed essenziali servizi ma li rendono precari e stentati, in evidente contrasto con ogni prospettiva di progresso economico e sociale. Si confida in una confortante risposta, autorizzata dal fatto che l'attuale stato di crisi e la necessità di urgenti provvedimenti per superarlo sono stati ripetutamente messi in evidenza dai relatori ai bilanci e riconosciuti dallo stesso Ministro dei trasporti in ripetute occasioni.

Appare ovvio che in un programma di generale sviluppo economico si dia il dovuto peso al problema delle linee in concessione, specialmente nelle zone di particolare depressione e carenza ove lo sviluppo dei trasporti costituisce presupposto essenziale di miglioramento (3884).

MONNI, CAGNASSO, AZARA, VALSECHI Pasquale, FLORENA, ANGELILLI, CORBELLINI, CAROLI, CRESPELLANI, DI ROCCO

### Ordine del giorno

per le sedute di martedì 30 novembre 1965

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi domani martedì 30 novembre in due sedute pubbliche, la prima alle ore 9,30 e la seconda alle ore 17, con il seguente ordine del giorno:

#### I. Discussione del disegno di legge:

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 ottobre 1965, numero 1118, recante la sospensione della imposta di fabbricazione sui filati di lana e l'istituzione di una addizionale speciale all'imposta generale sull'entrata per le materie prime tessili di lana (1436) (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

#### II. Seguito della discussione del disegno di legge:

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 (1343).

#### III. Discussione dei disegni di legge:

1. PETRONE e FABIANI. — Modificazioni al testo unico 4 febbraio 1915, n. 148, in materia di ineleggibilità ed incompatibilità per la elezione del Presidente della Giunta provinciale e degli assessori provinciali (758).

Modificazioni alle norme sulla ineleggibilità alle cariche di assessore provinciale e di Presidente della Giunta provinciale (1060) (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

2. Ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra la Repubblica Italiana e la Repubblica Federale di Germania relativo alla protezione delle indicazioni di provenienza, delle denominazioni di origine e di altre denominazioni geografiche, concluso a Bonn il 23 luglio 1963 con annessi Protocollo in pari data e Scambio di Note effettuato a Bonn il 14 maggio 1964 (1229).

3. Approvazione ed esecuzione del terzo e quarto Protocollo di proroga dell'Accordo di Meyrin del 1° dicembre 1960, istitu-

tivo di una Commissione preparatoria per la collaborazione europea nel campo delle ricerche spaziali, firmati a Parigi rispettivamente il 21 giugno 1963 ed il 13 dicembre 1963 (1270) (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

4. Ratifica ed esecuzione della Convenzione concernente le misure da prendere dagli Stati membri dell'Unione dell'Europa occidentale per permettere all'Agenzia per il controllo degli armamenti di esercitare efficacemente il controllo e che stabilisce la garanzia d'ordine giurisdizionale prevista dal Protocollo n. 4 del Trattato di Bruxelles, modificato dai Protocolli di Parigi del 23 ottobre 1954, firmata a Parigi il 14 dicembre 1957 (1290-*Urgenza*).

5. Integrazione del contributo dello Stato al finanziamento dell'assistenza di malattia ai coltivatori diretti (1346).

6. Modificazioni alle norme sull'ammissione e l'avanzamento in carriera degli impiegati civili dello Stato contenute nel testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3 (1256).

7. Delega al Governo per l'emanazione di norme relative alla semplificazione dei controlli (1214).

8. CATALDO ed altri. — Rivalutazione delle pensioni del Fondo speciale di previdenza per il personale addetto alle gestioni delle imposte di consumo (635).

IV. Seguito della discussione del disegno di legge:

DISEGNO DI LEGGE COSTITUZIONALE. — Modificazioni all'articolo 135, alla disposizione transitoria VII della Costituzione e alla legge costituzionale 11 marzo 1953, n. 1 (201).

V. Discussione dei disegni di legge:

1. Disposizioni integrative della legge 11 marzo 1953, n. 87, sulla costituzione e sul funzionamento della Corte costituzionale (202).

2. Tutela delle novità vegetali (692).

3. Proroga della delega contenuta nell'articolo 26 della legge 26 febbraio 1963, n. 441, per l'unificazione dei servizi nel Ministero della sanità (588).

La seduta è tolta (ore 21,45).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari