

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

49^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 15 OTTOBRE 1963

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente MERZAGORA,
indi del Vice Presidente ZELIOLI LANZINI

INDICE

CONGEDI	Pag. 2467	ziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964 »	
DISEGNI DI LEGGE:		(51). Svolgimento dell'interpellanza n. 17	
Annunzio di presentazione	2467	e dell'interrogazione n. 61:	
Deferimento a Commissioni permanenti in			
sede deliberante	2467	D'ERRICO	Pag. 2475
Deferimento a Commissioni permanenti in		DI GRAZIA	2470
sede referente	2467	FERRONI	2504
Presentazione (nn. 199 e 200) e approva-		SAMEK LODOVICI	2492
zione di procedura d'urgenza	2503	SCOTTI	2481
Presentazione di relazioni	2468		
Discussione:		INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI:	
« Stato di previsione della spesa del Mi-		Svolgimento (vedi Disegni di legge)	
nistero della sanità per l'esercizio finan-			

Presidenza del Presidente MERZAGORA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 10).

Si dia lettura del processo verbale.

FENOALTEA, Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana dell'11 ottobre.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale si intende approvato.

Congedi

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il senatore Pecoraro per giorni 5.

Non essendovi osservazioni, questo congedo si intende concesso.

Annunzio di presentazione di disegni di legge

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

Bartolomei e Moneti:

« Integrazioni alla legge 18 ottobre 1961, n. 1048, relativa all'Ente autonomo per la irrigazione della Val di Chiana » (197);

Jannuzzi:

« Autorizzazione alla Cassa per il Mezzogiorno ad erogare la somma di lire 600 milioni, come contributo nella costruzione della nuova ferrovia Bari-Barletta » (198).

Annunzio di deferimento di disegni di legge a Commissioni permanenti in sede deliberante

PRESIDENTE. Comunico di aver deferito i seguenti disegni di legge in sede deliberante:

alla 1ª Commissione permanente (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno):

VALSECCHI Athos. — « Modifica dell'articolo 169 del regolamento per l'esecuzione del testo unico 18 giugno 1931, n. 773, delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con regio decreto 6 maggio 1940, n. 635 » (169), (previo parere della 9ª Commissione);

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

« Autorizzazione della spesa di lire due miliardi 800.000.000 per la sistemazione dei servizi di frontiera al valico di Brogeda (Ponte Chiasso-Como) » (167), (previo parere della 5ª Commissione);

alla 11ª Commissione permanente (Igiene e sanità):

PIGNATELLI ed altri. — « Concessione di un contributo straordinario di lire 50 milioni per la organizzazione in Roma del 5º Congresso internazionale di fisiopatologia tiroidea » (161), (previo parere della 5ª Commissione).

Annunzio di deferimento di disegni di legge a Commissioni permanenti in sede referente

PRESIDENTE. Comunico di aver deferito i seguenti disegni di legge in sede referente:

alla 5ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

CASSINI ed altri. — « Concessione di una pensione di guerra a tutti gli ex combattenti » (162), (previ pareri della 1ª, della 4ª e della 10ª Commissione);

alla 8ª Commissione permanente (Agricoltura e foreste):

BELLISARIO. — « Modificazioni alle norme sulla riforma fondiaria ed agraria nel territorio del Fucino » (176), (previ pareri della 2ª e della 5ª Commissione);

alla 9ª Commissione permanente (Industria, commercio interno ed estero, turismo):

MONGELLI. — « Modifica aggiuntiva all'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 27 agosto 1962, n. 1042, per il riordinamento delle aziende autonome di cura, soggiorno e turismo » (145), (previ pareri della 1ª e della 5ª Commissione);

alla 10ª Commissione permanente (Lavoro, emigrazione, previdenza sociale):

INIZIATIVA POPOLARE. — « Giusta valutazione della capacità lavorativa della donna contadina » (182), (previ pareri della 1ª, della 2ª e della 8ª Commissione);

alla 11ª Commissione permanente (Igiene e sanità):

SAMEK LODOVICI. — « Norme per l'istituzione obbligatoria della farmacia interna e per l'assunzione preferenziale dell'esercizio di farmacie di nuova apertura o resesi vacanti, da parte degli Istituti di cura pubblici » (163), (previ pareri della 1ª, della 2ª e della 9ª Commissione).

Annuncio di presentazione di relazioni

P R E S I D E N T E . Comunico che sono state presentate le seguenti relazioni:

a nome della 3ª Commissione permanente (Affari esteri), dal senatore Militerni sul disegno di legge: « Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra l'Italia e la Svizzera relativa alla sicurezza sociale con Protocollo

finale e Dichiarazioni comuni, conclusa a Roma il 14 dicembre 1962 » (129);

a nome della 7ª Commissione permanente (Lavori pubblici, trasporti, poste e telecomunicazioni e marina mercantile), dal senatore Garlato sul disegno di legge: « Stato di previsione della spesa del Ministero dei lavori pubblici per l'esercizio finanziario dal 1º luglio 1963 al 30 giugno 1964 » (156 e 156-bis);

a nome della 8ª Commissione permanente (Agricoltura e foreste), dal senatore Giuntoli Graziuccia sul disegno di legge:

SPEZZANO ed altri. — « Istituzione del Parco nazionale in Calabria » (87).

Discussione del disegno di legge: « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1º luglio 1963 al 30 giugno 1964 » (51) e svolgimento dell'interpellanza n. 17 e dell'interrogazione n. 61

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1º luglio 1963 al 30 giugno 1964 » e lo svolgimento della interpellanza n. 17 e della interrogazione n. 61.

Si dia lettura dell'interpellanza e dell'interrogazione.

F E N O A L T E A , *Segretario:*

« MINELLA MOLINARI Angiola (MACCARRONE, SCOTTI, FARNETI Ariella). — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere quali misure intenda prendere e quale indirizzo perseguire di fronte alle deficienze sempre più clamorose dell'assistenza alla maternità e all'infanzia in Italia e al continuo aggravarsi della situazione dell'O.N.M.I. di cui ha testimoniato qualche mese fa lo sciopero dei dipendenti ed ora la decisione della Federazione O.N.M.I. di Vicenza di chiudere per due mesi le Case Madri della provincia e ridurre fortemente l'attività consultoriale per la quale non vi sarebbero

più fondi, mentre anche da altre provincie giungono notizie estremamente preoccupanti.

In particolare gli interpellanti chiedono di sapere:

1) se il Ministro della sanità non ritenga necessario procedere ad un esame della situazione e dei programmi di attività della O.N.M.I. in ogni provincia e riferirne al Parlamento, presentando il bilancio completo dell'Ente, considerandovi non solo le entrate derivanti dal contributo statale, ma anche quelle provenienti dagli Enti locali e da altri Enti;

2) se non ritenga altresì necessario adeguarsi immediatamente alle decisioni ripetutamente adottate dal Consiglio di Stato su ricorso degli Enti locali per il ripristino della legalità nei Comitati provinciali e comunali delle Federazioni O.N.M.I.;

3) qual'è l'opinione del Governo, a prescindere dal ripristino immediato della legalità, sulla necessità e sull'urgenza che venga affrontato responsabilmente il problema dell'attribuzione dell'assistenza alla maternità e all'infanzia agli Enti locali sulla base di una organica riforma democratica di tutto il settore, riforma che il Senato ha richiesto con un ordine del giorno unanime fin dal 1956 ma che, nonostante la gravità della situazione esistente e le sollecitazioni da ogni parte espresse, il Governo non ha ancora oggi presentato » (17);

« PERRINO (LOMBARI, RUSSO, PIGNATELLI, SAMMEK LODOVICI, CRISCUOLI, AJROLDI, CAROLI, FERRARI Francesco, PICARDI, OLIVA, RUBINACCI, INDELLI, AGRIMI, SPAGNOLLI, CASSANO, ZONCA, RESTAGNO, LORENZI). — *Ai Ministri della sanità e del tesoro.* — Premesso che la O.N.M.I. trae i mezzi per la sua vasta e capillare attività esclusivamente dal contributo statale, che è rimasto rigorosamente ancorato allo stanziamento di 15 miliardi del 1960 — inferiore di ben 13 miliardi al contributo statale del 1938 rivalutato, tenuto conto del coefficiente di svalutazione monetaria e del numero delle istituzioni in atto — mentre l'Ente nel frattempo ha proseguito la sua naturale espansione incoraggiato anche dall'intervento governativo che, con legge 9 no-

vembre 1961, n. 1241, disponeva uno stanziamento straordinario di 3 miliardi ripartiti in tre esercizi finanziari, per lo sviluppo dei servizi dell'O.N.M.I. soprattutto nelle zone depresse d'Italia;

premessò inoltre che l'O.N.M.I. ha dovuto far fronte ai miglioramenti economici per il personale — parificato a quello statale — con un maggiore onere di circa 3 miliardi, per cui l'esercizio finanziario al 30 giugno 1963 presenta presuntivamente un disavanzo totale di 6 miliardi e mezzo di lire;

a conoscenza che la situazione dell'Ente è divenuta così precaria da lasciar prevedere a brevissima scadenza la paralisi completa di ogni attività sulle sue undicimila istituzioni,

gli interroganti chiedono di sapere se i Ministri siano conoscenza di tale situazione e se e come intendano provvedere a ripianare il disavanzo in questione e ad elevare adeguatamente il contributo statale al fine di assicurare il normale svolgimento delle attività del benefico Ente » (61).

P R E S I D E N T E . Dichiaro aperta la discussione generale.

È iscritto a parlare il senatore Di Grazia, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche i due ordini del giorno da lui presentati. Si dia lettura degli ordini del giorno.

F E N O A L T E A , *Segretario:*

« Il Senato,

considerate le difficoltà finanziarie in cui si trovano molti consorzi provinciali per l'assistenza ai tubercolotici, difficoltà dovute a diversi fattori, fra cui l'aumento delle rette e degli stipendi e salari al personale dipendente,

fa voti affinché il Ministro raddoppi, ai Consorzi suddetti, e fra questi, al Consorzio provinciale antitubercolare di Catania, il sussidio ministeriale, onde poter continuare a praticare proficuamente l'assistenza agli infermi in parola »;

« Il Senato,

considerata non giustificata la limitazione dell'età, dai 18 ai 30 anni, imposta per l'iscrizione presso le scuole convitto per infermiere professionali e capi-sala, ed alle scuole per infermiere ed infermieri abilitati,

fa voti a che il Ministro voglia, provvisoriamente, con circolare ministeriale, autorizzare le amministrazioni delle scuole sopradette, a poter ammettere, a loro discrezione, ai corsi di cui sopra, elementi sino all'età di anni 40, e ciò fino a quando non sarà stato varato un disegno di legge che renderà libero l'accesso alle scuole di cui sopra, indipendentemente dall'età degli aspiranti ».

P R E S I D E N T E . Il senatore Di Grazia ha facoltà di parlare.

D I G R A Z I A . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, per mantenere l'impegno e attenermi all'ora concessami, io non parlerò di alcuni dati statistici, che passerò agli stenografi.

Siamo già al sesto anno di vita del Ministero della sanità, e non possiamo non riconoscere che molta materia è stata disciplinata e regolata seguendo una politica profondamente sociale e di difesa della salute pubblica in modo veramente encomiabile. Tuttavia, nonostante gli sforzi e la volenterosa operosità dimostrata dai Ministri che si sono susseguiti, il Ministero della sanità, oggi, non può dirsi organicamente completo e conseguentemente del tutto funzionale.

Esistono ancora oggi delle interferenze da parte di altri Ministeri, interferenze che non soltanto non sono giustificabili, ma che creano delle sfasature nella funzionalità di un organismo così delicato ed importante qual è il Ministero della sanità.

In molte altre occasioni noi senatori, onorevole Ministro, abbiamo fatto rilevare, oltre all'insufficienza del bilancio, le varie lacune funzionali e ne abbiamo indicato le cause, ne abbiamo indicato i correttivi. Onorevole Ministro, non si tratta di voler fare il pessimista o il critico per predilezione. I nostri sfor-

zi critici, se così vogliono considerarsi, hanno l'obiettivo di convincere una volta per sempre noi stessi ed il Governo che il Ministero della sanità non può e non deve essere considerato l'ultimo gradino nei valori economico-sociali della vita nazionale. Il Ministero della sanità presiede a compiti così alti che, se non superano quelli dei più importanti Ministeri, certamente li eguagliano. Tuttavia ci si ostina ancora a non voler riconoscere in pieno tutte le prerogative cui ha diritto per specifica competenza.

Gli enti mutualistici, ad esempio, sono organismi che si occupano esclusivamente della sanità fisica del nostro popolo e dovrebbero, perciò, essere posti alla dipendenza del Ministero della sanità. E poichè non voglio sembrare retorico o verboso, ma soprattutto pratico, passo subito ad accennare a qualcuna di queste disfunzioni.

Onorevole Ministro, è in questi giorni sul tappeto della discussione il grave problema delle rette ospedaliere. Gli ospedali chiedono un aumento delle rette, aumento giustificato dal rincaro del costo delle materie necessarie alla vita funzionale degli ospedali ed all'aumento dei salari e degli stipendi al personale di assistenza ed amministrativo; aumento già riconosciuto equo e pertanto concordato. E tuttavia non si vuole riconoscere nella equa misura il corrispettivo aumento delle rette per sopperire e soddisfare questi nuovi oneri. Spetterebbe al suo Ministero soltanto la facoltà di vagliare e stabilire le rette attraverso i suoi organi periferici sufficientemente edotti ad accertare *in loco* la misura dell'aumento della retta, tenendo conto di tutti quei dati ambientali ed economici che concorrono a valutarne la richiesta misura.

Invece, qual è il procedimento adottato oggi per stabilire le rette ospedaliere? È stata costituita una Commissione interministeriale, nata, si dice, con l'obiettivo di studiare e dare indicazioni approssimative, mentre praticamente tale Commissione viene valutata al punto da far diventare definitive le indicazioni espresse della suddetta Commissione, la quale ancora per molti mesi avrà bisogno di riunirsi per sfornare verdetti e criteri valutativi quasi sempre contrastanti con la

vita economica degli ospedali. È doveroso che io ricordi a lei, onorevole Ministro, e ne informi anche gli onorevoli senatori, che la Commissione in parola ha voluto stabilire le rette ospedaliere modificando del tutto quelle già approvate dall'organo competente, cioè dai medici provinciali, e sulla base delle quali erano stati impostati i bilanci precedenti, passati ormai in fase consuntiva.

Dalla Commissione in parola sono state ridotte le rette già precedentemente approvate, dividendo gli ospedali in due categorie: categoria A, categoria B. A prescindere dal fatto che, legalmente, tale Commissione non può avere alcun riconoscimento da parte degli ospedali, che tuttora si regolano secondo leggi non modificate, non si spiegano questi nuovi metodi che si vogliono adottare se non con una sola giustificazione: quella cioè dell'opposizione sempre pronta da parte degli enti mutualistici, i quali vogliono, non solo imporsi, ma superare gli organi di controllo degli ospedali stessi. Questa loro azione la esprimono in un modo ormai risaputo, e cioè rifiutando di riconoscere l'aumento delle rette e contestandole regolarmente. Gli ospedali ne sono le vittime conseguenti.

Il problema delle rette ospedaliere ha poi assunto nella Regione siciliana un aspetto assai grave, in quanto gli ospedali hanno esteso il trattamento differenziato che l'Assemblea regionale ha concesso ai propri dipendenti, e che comporta un aumento di circa il 40 per cento dello stipendio base. Tale indennità, cosiddetta accessoria, è stata estesa, in seguito a richiesta sindacale, a tutti i dipendenti degli enti locali della Regione, e pertanto anche agli ospedalieri. La concessione in parola apportò un onere non indifferente per le amministrazioni ospedaliere, che furono costrette ad aumentare le rette di degenza, aumento che, del resto, fu legalmente concordato e convalidato dal Ministero della sanità attraverso i suoi organi periferici, e cioè dai medici provinciali.

Successivamente, intervenuti gli ultimi, nuovi, accordi salariali, in sede nazionale tra la F.I.A.R.O., i Ministeri competenti e i sindacati, le amministrazioni ospedaliere hanno chiesto un ulteriore aumento della retta per

far fronte ai nuovi oneri. L'aumento della retta, secondo la famosa Commissione, dovrebbe limitarsi al 21 od al massimo al 22 per cento della retta precedente da essa stabilita e ridotta in rapporto a quella che era normalmente.

Nella Regione siciliana, però, essendovi stato un precedente aumento di retta per sopperire agli oneri derivanti, come si è detto, dal soddisfacimento dell'indennità regionale, da parte del Ministero della sanità, e per suggerimento della Commissione interministeriale, l'aumento del 21 per cento si vuole concedere soltanto sulla base della retta precedente a quella concessa e ridotta per soddisfare gli oneri a carattere regionale. Ad essere più chiari e più brevi, non si vuole riconoscere in Sicilia l'aumento di retta praticato per soddisfare gli oneri dell'indennità regionale già precedentemente riconosciuti anche dai medici provinciali.

Si adduce la pretestuosa scusante che gli enti mutualistici non possono accettare diversità di rette, che nel caso in specie verrebbe a costituirsi tra la Sicilia ed il resto della Nazione. Alla preoccupazione espressa dalle amministrazioni ospedaliere siciliane, che tale mancato riconoscimento avrebbe posto queste ultime in condizioni di gravi difficoltà economica e funzionale, lei, onorevole Ministro, ha risposto che dovrà provvedere la Regione siciliana a sostenere quella quota di aumento di retta necessaria a soddisfare la indennità regionale.

Stando così le cose, onorevole Ministro, gli ospedali della Regione siciliana sono condannati tragicamente ad un crescente *deficit* finanziario incolmabile.

Io mi permetto di dubitare, onorevole Ministro, che la Regione siciliana possa trovare il sistema con cui venire incontro al pagamento dell'aumento della retta, per poter soddisfare l'indennità regionale, date le non lievi difficoltà che alla sua applicazione verrebbero a frapporsi. Potrei portare qualche esempio, chiaro ed evidente, ma per brevità preferisco non accennarvi.

In effetti, onorevole Ministro, allo stato attuale le amministrazioni ospedaliere siciliane, dal 1° gennaio dell'anno in corso, ver-

sano in condizioni ancora più disagiate che gli ospedali di tutto il resto d'Italia. Pertanto, rivolgo a lei, onorevole Ministro, l'invocazione delle varie amministrazioni ospedaliere siciliane, affinché risolva, nel modo più rapido e soddisfacente, tale situazione diventata, ormai, incresciosa e, sembra, incamminata in un vicolo cieco. Gli enti mutualistici, così facendo, vogliono forse mirare a distruggere l'autonomia degli ospedali, ergendosi a monopolizzatori della salute pubblica, non solo, ma a monopolizzatori delle capacità amministrative e direttive.

Non voglio fare qui azione critica alle loro capacità monopolizzatrici e di direzione amministrativa; mi limito solo a dire che carenze ve ne sono anche nella loro vita amministrativa e che gli ospedali non possono e non debbono essere un loro monopolio, perchè i compiti funzionali degli enti mutualistici sono del tutto diversi da quelli degli ospedali. L'ospedale potrà servire gli enti mutualistici, ma non potrà mai esserne dipendente. Questo principio sarà bene valutarlo fin da ora, se non vogliamo del tutto distruggere i valori professionali e scientifici del nostro Paese. Vorrei chiedere ai grandi enti assistenziali: quale valore professionale hanno gradualmente raggiunto, nel decorrere degli anni di esercizio professionale, i medici mutualistici, che rappresentano la loro più numerosa compagine professionale di prima assistenza?

Tranne pochi elementi che frequentano gli ospedali con incarichi ufficiali o da volontari, dove hanno la possibilità di affinare la loro cultura tecnico-professionale ed aggiornarsi in campo scientifico, la maggior parte dei medici mutualistici non ha la possibilità di migliorare la propria cultura professionale, perchè non ne ha il tempo necessario, in quanto l'attività mutualistica, remunerata assai male, li costringe a correre da un punto all'altro per sopperire alle richieste degli assistiti, mantenuti nel numero più alto possibile per riparare, con un super-lavoro, a volte massacrante, il modestissimo e direi, anzi, insignificante onorario per ogni visita. Ma l'attività mutualistica comporta, anche da parte del medico, una

attività burocratica che finisce per bloccare quel poco di tempo libero che potrebbe venire impiegato dal medico a potenziare la sua cultura. E vorrei ancora chiedere ai signori delle mutue: quale metodo viene adottato nell'esplicazione dell'esercizio professionale verso gli assistibili? Non mi soffermo oltre su questo interrogativo cui, con molta esperienza, potrei rispondere, ma temo di accusare i medici che a mio giudizio non hanno alcuna colpa, e, d'altra parte, potrei non valutare nel giusto senso il grande sforzo assistenziale a carattere sociale che compiono lo Stato e gli enti mutualistici stessi.

Quante azioni correttive non si effettuano negli ospedali sulle diagnosi e sugli indirizzi terapeutici già adottati nella cura degli assistibili prima del ricovero! Ciò non perchè i medici mutualistici siano meno colti degli ospedalieri, ma perchè negli ospedali vige la naturale serenità che è propria del medico curante. Nessuno, infatti, spinge il sanitario ospedaliero con la fretta del tempo che fugge, come invece accade per i mutualisti.

Il fattore economico in ospedale è, sì, valutato, ma prevale sopra ogni altra cosa il fattore sanità fisica del paziente. Una cura affrettata e, peggio ancora, standardizzata, in ospedale, non farebbe altro che devastare il progresso clinico-terapeutico che ancora oggi è sapientemente mantenuto e difeso negli ospedali e negli istituti universitari. Ciò non toglie, però, che anche negli ospedali non debbano essere modificate molte strutture del tutto superate sia dalle nuove tecniche scientifiche e dalle nuove terapie fondate su basi più strettamente aderenti alle visioni scientifico-sperimentali, sia dalla nuova concezione sociale di assistenza e di difesa della salute pubblica, della quale lo ospedale rappresenta il nucleo principale. Vorrei, a tal uopo, far rimarcare la necessità che i medici ospedalieri non siano distratti da altre attività professionali e cioè che si attui il « tempo pieno (o *full time*) »; ciò, però, può essere realizzato soltanto quando gli stipendi dei medici ospedalieri avranno raggiunto quelle quote che consentiranno loro una vita decorosa e che, senza l'assillo

del problema economico, daranno loro la possibilità di dedicarsi in pieno alla cura dei degenti ed alla ricerca scientifica. L'ospedale non dovrà essere soltanto luogo di ricovero per trattamento unicamente clinico, ma palestra di insegnamento anche scientifico per i medici ospedalieri e per tutti gli altri sanitari che, pur non facendo parte dell'organico dell'ospedale, ne ricevono, da volontari o da interni, tutto quel corredo di esperienza clinico-scientifica tanto necessaria per aggiornare e potenziare la loro cultura. Uno scadimento di essa comporterebbe grave danno a tutto il nostro Paese (se si volesse statizzare la professione medica, al che io sono contrario) che sino ad oggi ha saputo mantenere alto il prestigio scientifico-professionale, non certamente inferiore a quello delle Nazioni più progredite e più attrezzate scientificamente: tutto ciò in virtù dell'intelligenza e della volenterosa attività scientifica svolta nei nostri Atenei, pur tra mille difficoltà, specie di natura finanziaria, e negli ospedali, fonti di insegnamento pratico e di affinata ricerca diagnostica.

Pertanto, noi aspettiamo da lei, onorevole Ministro, un ordinamento nuovo degli ospedali, in modo da soddisfare, anche attraverso piani quinquennali o decennali, tutte le nuove esigenze imposte dall'assistenza sociale odierna.

Il Paese aspetta con ansia che il problema ospedaliero sia al più presto affrontato e risolto nella maniera più aderente alle realtà della nuova società.

Un'altra disfunzione che mi permetto di ricordare a lei, onorevole Ministro, è quella riguardante la cura della tbc.

Il Senato, nella seduta del 17 maggio 1962, fece rilevare, discutendo il disegno di legge n. 1636, d'iniziativa governativa, la necessità che la legge istitutiva dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi — regio decreto-legge 27 ottobre 1927, n. 2055 — venisse modificata ed inquadrata nell'assistenza sanitaria sociale generale, estendendola quanto più possibile, e cioè a circa 45 milioni di assicurati.

Una delle prime richieste fu quella di trasferire la gestione assistenziale di tutti i tu-

bercolotici dall'I.N.P.S. all'I.N.A.M., e ciò non perchè l'I.N.P.S. non avesse dato ottimi risultati, sia nel campo terapeutico, sia in quello organizzativo ed assistenziale, ma per facilitare soprattutto le pratiche burocratiche che, con la vecchia legge attualmente in vigore, comportano, come conseguenza, oltre a contrasti nella ricerca degli enti cui è devoluto il pagamento della retta, la lunga e penosa attesa perchè si perfezioni l'accettazione del diritto all'assistenza I.N.P.S., oppure a quella dei Consorzi antitubercolari provinciali.

Queste remore — è stato chiaramente dimostrato in quella discussione in Assemblea, attraverso l'illuminata relazione del senatore Monaldi — comportano un periodo di attesa che va da uno a tre mesi, durante i quali l'infermo, aspettando il giorno del ricovero, resta privo di cure, proprio nel momento più delicato e quindi più importante nel decorso della malattia, e cioè al suo inizio, mentre la malattia può essere facilmente vinta con i mezzi terapeutici odierni, proprio se aggredita al suo primo insorgere, cioè prima che si cronicizzi.

Su questo disegno di legge, che il Senato con tanta saggezza approvò, ma che, invece, non ebbe la fortuna dell'approvazione da parte della Camera, io ebbi ad intervenire, dando il mio modesto favorevole contributo.

Onorevole Ministro, a proposito dell'assistenza sociale alla tubercolosi, mi permetta di far rilevare la necessità di imporre certi correttivi che, se adeguatamente e con coscienza, saranno applicati, la tubercolosi, assai presto, potrà diventare una malattia, non soltanto dominabile, come, del resto, lo è oggi, ma di gran lunga assai ridotta.

Purtroppo in certi istituti di cura, privati o pubblici, per tubercolotici, si applicano metodi di cura non sempre fondati sulle coscienziose misure profilattiche, la cui mancanza si ripercuote, non soltanto sull'individuo ammalato, ma sull'intera collettività. Onorevole Ministro, in alcuni degli istituti di cura sopra citati, agli infermi affetti da tubercolosi aperta, viene concessa la facoltà di uscire e, molto spesso, di trascorrere la notte in famiglia, con gravissimo pregiudici-

zio per la salute dei familiari e di tutti coloro con i quali vengono a contatto!

Potrei indicarle moltissime e simili altre carenze terapeutiche e profilattiche, molto spesso dovute a poca vigilanza da parte degli organi preposti e, qualche volta, dovute a certe, direi quasi, incomprendimenti volute.

Onorevole Ministro, vi sono ancora degli istituti di cura che presumono di curare tale malattia con una retta giornaliera che va dalle 2 alle 3 mila lire! Si è mai domandato, lei, onorevole Ministro, o gli organi periferici del suo Dicastero, come sia mai possibile apprestare cure serie ed efficaci ad ammalati di tale infermità, che hanno bisogno, oltre ad un'iperalimentazione, di un presidio farmaceutico a vasta gamma e piuttosto costoso? È chiaro, pertanto, che molte di tali irregolarità hanno un fondamento economico che poi si ripercuote col ritardo della guarigione della malattia e, peggio ancora, col passaggio di essa allo stato cronico.

A tal proposito, onorevole Ministro, desidero farle notare che i Consorzi provinciali antitubercolari sono ridotti al lumicino, in molte provincie, per l'aumentato costo dell'assistenza ai pazienti ed il mancato aumento del contributo del suo Dicastero. Fra questi annovero il Consorzio provinciale di Catania, che è costretto ad assistere circa 350 degenze giornaliere, con il modestissimo sussidio ministeriale di circa 250 milioni. Chiedo pertanto a lei, onorevole Ministro, di raddoppiare il sussidio ministeriale a tutti quei Consorzi provinciali che si trovano in difficoltà finanziarie, ed in particolare al Consorzio provinciale di Catania.

A tal proposito ho presentato un ordine del giorno che spero vorrà accettare.

Avere, pertanto, tentato di rivedere ed aggiornare la legge sull'assistenza contro la tubercolosi, con l'approvazione da parte del Senato del disegno di legge suddetto, è stato non soltanto un atto di saggezza, a mio parere, ma soprattutto un atto di virile ed intelligente comprensione!

Poichè desidero essere breve, mentre la vastità della materia concernente il suo Ministero richiederebbe lunghe dissertazioni, mi limiterò ad accennare i punti su cui dis-

sento, nella relazione del collega Criscuoli, al quale rivolgo il mio sincero plauso per l'accurato lavoro che ha voluto prospettare con la sua vasta ed esauriente relazione.

Non condivido l'opinione secondo la quale è auspicabile il certificato pre-matrimoniale, in quanto contrasta con i più elementari diritti della libertà della persona umana e perchè esso contrasta apertamente con i principi cristiani.

C R I S C U O L I , *relatore*. Non lo puoi dire, non è così!

D I G R A Z I A . Se non ti garba, poi mi risponderai! Io parlo secondo il mio modo di vedere, e secondo il mio modo di vedere si può dire. Siccome sono un cristiano e un cattolico, io penso che questo sarebbe un costringere la volontà dei due contraenti...

C R I S C U O L I , *relatore*. Ma cristiano e cattolico lo sono anch'io!

D I G R A Z I A . Comunque, ognuno è padrone di avere la propria opinione.

Non comprendo, poi, quale possa essere il ponte che dovrebbe unire gli ospedali agli enti mutualistici.

Ho già detto all'inizio di questo mio intervento che l'ospedale deve mantenere la sua autonomia e che nessuna incomprensione e nessun contrasto può esservi tra gli ospedali e gli enti mutualistici, se questi ultimi vorranno una buona volta comprendere che le rette ospedaliere devono essere corrisposte nella misura equa, onde non impoverire ed immiserire la vita funzionale degli ospedali.

Se poi per ponte si vorrà intendere la partecipazione di un rappresentante, ad esempio dell'I.N.A.M., all'amministrazione degli ospedali, allora sono perfettamente d'accordo, in quanto questo concetto ho già avuto occasione di esprimerlo in occasione di un mio precedente intervento, sempre sul bilancio della Sanità.

A proposito, poi, delle scuole-convitto e di quelle per infermiere abilitate, desidero sottoporre alla sua attenzione, onorevole Mi-

nistro, la seguente mia proposta: non limitare il diritto alla iscrizione presso una di queste scuole soltanto ad allieve od allievi aventi una età compresa tra i 18 e i 30 anni, in quanto non è giustificabile il motivo di tale limitazione; penso infatti che ogni cittadino, a qualsiasi età, abbia il diritto di poter seguire dei corsi di studio, anche al semplice scopo di istruzione personale. Il limite di età, semmai, può ritenersi giustificabile per l'assunzione in servizio presso un ente pubblico, dopo aver conseguito il diploma professionale o di abilitazione.

A tal uopo ho presentato un altro ordine del giorno che spero vorrà approvare.

In quanto alle case di cura, sono d'accordo che queste devono essere gestite da personale tecnico che dia garanzia, ma non sono d'accordo sul concetto espresso da qualcuno secondo il quale queste rappresentano un reddito impiego di capitale.

A sminuire questo falso concetto, mi riporto ad un mio precedente intervento in cui ho validamente dimostrato che, ad eccezione di pochissimi privilegiati che ancora possono ricavare i loro guadagni professionali dalla clientela non assistita (guadagni molto spesso esosi) e cioè i clinici e qualche primario, la maggior parte delle case di cura vive in modo assai gramo perchè assiste, nella grande maggioranza dei casi, infermi assistiti dalle mutue, che pagano rette irrisorie e direi, oggi, moralmente ingiustificabili, e cioè, lire 1.700 o 1.800, omnecomprendivo, più lire 6.000 di compenso medico. Queste cifre, rapportate alla media di quelle di tutta l'Italia, oggi calcolata dalle 4 alle 5 mila lire, oltre i compensi medici, fanno apparire chiaro ed evidente lo sfruttamento attuato da parte degli enti mutualistici a danno delle case di cura; sarà bene pertanto, ed una buona volta per sempre, che si modifichi l'errato concetto secondo il quale le case di cura rappresentano un fruttuoso impiego di capitali ed esplicano un'azione di sfruttamento da parte dei medici. Si può fare eccezione, come dicevo, solo per quei pochissimi istituti in cui pochi sanitari privilegiati possono ancora imporre i loro esosi

onorari alla clientela privata non assistita, peraltro oggi limitata.

Onorevole Ministro, nel chiudere questo mio intervento faccio voti che il suo Ministero sia una buona volta inquadrato nei giusti limiti statutarî, onde eliminare quelle sfasature cui ho accennato sopra, e in questo mio augurio penso si uniranno tutti gli altri colleghi senatori cui sta profondamente a cuore la sanità del nostro popolo.

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore D'Errico, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato.

Si dia lettura dell'ordine del giorno.

F E N O A L T E A , Segretario:

« Il Senato,

rilevata l'assoluta carenza in Italia di una legislazione moderna ed adeguata per la lotta contro i tumori;

considerata l'inadeguatezza dei mezzi a disposizione per la profilassi, la diagnosi precoce e la cura tempestiva delle forme neoplastiche,

invita il Governo ad esaminare con urgenza il problema dello studio e della terapia dei tumori e dell'assistenza ai cancerosi ed alle loro famiglie, con l'adozione di provvedimenti di legge, i quali consentano di conseguire, nel campo dei tumori, quei brillanti risultati, che i relativi provvedimenti di legge, a suo tempo adottati, hanno fatto conseguire nel campo dell'a tubercolosi ».

P R E S I D E N T E . Il senatore D'Errico ha facoltà di parlare.

D ' E R R I C O . Onorevoli colleghi, signor Presidente, onorevole Ministro, essendo alla mia prima legislatura, per documentarmi adeguatamente sugli auspicati sviluppi del giovane Ministero della sanità, prima di prendere la parola davanti a sì alto consesso, mi sono sentito in dovere di consultare gli atti parlamentari del Senato e della Camera relativi ai passati bilanci.

Dalla consultazione di detti atti emergono alcune elementari considerazioni che accenno brevemente:

1) anzitutto l'estrema esiguità della somma stanziata ogni anno, a cominciare da quello della sua costituzione, per il Ministero della sanità, esiguità tanto più grave se si considerano gli enormi problemi che il Ministero è chiamato ad affrontare;

2) la frammentarietà delle idee, le sperequazioni esistenti tra le somme stanziate per le singole malattie o gruppi di malattie, la provvisorietà e l'inadeguatezza dei provvedimenti presi di anno in anno;

3) la grave, offensiva sperequazione esistente fra il bilancio del Ministero della sanità e il bilancio dei grossi enti mutualistici, e ciò per la ragione che al Ministero della sanità vengono usurpate, principalmente ad opera del Ministero del lavoro, gran parte di quelle attribuzioni che ad esso competerebbero.

Queste sono le considerazioni maggiori — ve ne sarebbero molte altre da fare — considerazioni che non sono, onorevole Ministro, frutto di critica preconcepita, fatta da un parlamentare di un Gruppo che è all'opposizione, ma sono del tutto uguali a quelle che sono state mosse, in tutte le discussioni sui bilanci degli anni precedenti, ad opera dei rappresentanti di tutti i partiti, indipendentemente dal colore politico e dall'appartenenza alla maggioranza o all'opposizione.

È evidente, dalla lettura degli atti parlamentari, che il Ministero della sanità, che era nato gracile, è stato mantenuto, volutamente, in una degradante condizione di infantilismo cronico. Da una parte, in questo nostro strano Paese, si pretende di voler attuare riforme sociali d'avanguardia, e dall'altra si finge di ignorare che il primo dovere verso tutte le classi sociali è quello della tutela della salute. L'articolo 32 della nostra Costituzione, peraltro, afferma testualmente: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ».

Ma possiamo noi dire, in coscienza, di attuare quanto previsto da detto articolo

della Costituzione? La risposta non può essere che totalmente negativa. Perché il Ministero del lavoro non trasferisce a quello della sanità quelle attribuzioni che ad esso usurpa? Perché non si aprono gli occhi davanti alla realtà, che fa del nostro Paese uno dei più arretrati, tra quelli civili, per quanto si riferisce all'assistenza sanitaria?

Ciò stabilito, però, va subito rilevato che il relatore, onorevole Criscuoli, non contribuisce di certo alla soluzione del problema assistenziale nel nostro Paese quando, a pagina 28 della sua relazione, scrive testualmente: « Ma perchè attendere ancora tanto e non anticipare i tempi onde risparmiare sofferenze e lutti al popolo che tutti amiamo e al cui benessere attendiamo tutti? Statizzando l'assistenza sanitaria si eliminerebbero le incongruenze istituzionali degli ospedali, eccetera ». E a pagina 35 scrive: « Perché si possa raggiungere il traguardo di una visione unitaria dell'assistenza, bisognerebbe statizzarla come in Inghilterra ». No, caro Criscuoli: affrontare in questi termini il problema sanitario del Paese significa complicarlo e non avviarlo a soluzione; significa aumentare la confusione, il disordine, i disservizi e non migliorare il deprecabile stato attuale delle cose.

In base agli accenni del relatore sui vantaggi che deriverebbero dalla statizzazione, creando un sistema analogo all'Health Service inglese, viene spontaneo chiedergli: ha egli studiato a fondo il sistema inglese? Sa quanto viene a costare annualmente alla pur ricca Inghilterra? Conosce le critiche che sono state fatte al sistema inglese fin da quando, 15 anni fa, fu introdotto dal Ministro laborista Aneurin Bevan, e che si fanno, oltre che in Inghilterra, in Francia e negli altri Paesi d'Europa, per non parlare dell'America? Ha approfondito gli inconvenienti del sistema inglese che, pure, si giova del fatto che viene applicato ad un popolo disciplinatissimo ed ossequiente al massimo verso lo Stato di diritto? Si rende conto che la statizzazione aggraverebbe enormemente le deficienze attuali del nostro sistema assistenziale e degraderebbe ulteriormente la medicina italiana? Sa, l'onorevole Criscuoli, che la grandissima maggioranza dei medici ita-

liani, e certamente tutti i più qualificati tra essi, avverserebbero, con ogni mezzo, qualsiasi tentativo di statizzazione nel campo sanitario?

Onorevole Criscuoli, io sono stato per otto mesi in Inghilterra subito dopo l'istituzione di quel sistema e ne ho studiato pregi e difetti. Successivamente ho sempre seguito gli sviluppi del sistema, per cui mi sento autorizzato a dire ad alta voce, in quest'Aula, che la statizzazione dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese, anzichè favorire la soluzione del problema sanitario, l'aggraverebbe. Senza dire che il costo di essa sarebbe tanto enorme da non poter essere sostenuto, non già dalle nostre scarse forze economiche attuali, ma nemmeno da quelle che avevamo nei tempi migliori del cosiddetto miracolo economico. Bando a queste idee utopistiche! Se vogliamo avviare a soluzione i nostri problemi sanitari, mettiamoci all'opera su un terreno di solida praticità, cercando di migliorare e di fondere gli enti mutualistici, di migliorare ed accrescere i nostri ospedali, di adeguare agli sviluppi della moderna medicina, in continuo progresso, la preparazione dei medici, di aumentare il numero e migliorare la qualità degli infermieri professionali e dei tecnici ospedalieri. In tal modo faremo i reali interessi dei poveri malati, creeremo agli ottimi medici italiani migliori condizioni di lavoro, assecondandoli nelle loro sacrosante aspirazioni, e riporteremo la nostra scuola medica agli antichi fastigi.

E qui torniamo alle nostre deficienze: i rilievi da fare sulle carenze del nostro sistema assistenziale sarebbero numerosissimi, ma io mi limiterò solo ad alcuni di essi. Il primo rilievo da fare è che l'aumento di un paio di miliardi tra le previsioni di bilancio per il 1963-64 e quelle per il 1962-63 è troppo esiguo; anzi, se si tiene conto della svalutazione della lira verificatasi nell'ultimo anno, si deve dedurre che la somma a disposizione per il bilancio in corso è inferiore a quella degli anni precedenti. Una delle carenze più sentite è quella delle scuole per infermiere, cui hanno accennato il relatore nella relazione e il collega Di Grazia

poco fa. In Italia, che è uno di quei Paesi, tra quelli civili, in cui minore è l'occupazione di mano d'opera femminile ed in cui la professione di infermiera sarebbe particolarmente congeniale al carattere della maggior parte delle nostre donne, esiste una grave penuria di infermiere diplomate. E ciò principalmente per la semplice ragione che mancano le scuole. Le scuole per infermiere, che possono giovare del corpo insegnante e del materiale didattico a disposizione degli ospedali, non sono molto costose. Io ritengo che, con un po' di buona volontà da parte del Ministero della sanità, magari d'intesa con quelli del lavoro e della pubblica istruzione, questo problema potrebbe essere risolto radicalmente.

Altra carenza, cui giustamente il relatore ha accennato, è quella dell'istruzione sanitaria. Io sono d'accordo con l'onorevole Criscuoli sulla necessità di inserire l'istruzione sanitaria come materia d'insegnamento nelle scuole, perchè sono fermamente convinto che l'acquisizione di moderne norme igieniche e la conoscenza di elementi di patologia, in rapporto con le malattie più frequenti e gravi, siano, nella vita, molto più utili di tante altre nozioni che si insegnano nelle varie discipline. Si tratta di studiare bene i programmi adeguandoli ai singoli ordini di scuole, e ciò potrebbe esser fatto da un'apposita Commissione nominata dal Ministero della sanità.

Altra necessità assoluta, se si vuole migliorare l'assistenza sanitaria nel nostro Paese, è l'unificazione delle Casse mutue per malattie. Da noi pullulano una quantità enorme di Casse mutue, sicchè si arriva all'assurdo che uno stesso operaio viene assistito da un ente di assistenza, l'I.N.A.I.L., se subisce un infortunio, e da un altro ente, l'I.N.A.M., se si ammala. E non è tutto; la cosa che colpisce ancora di più è che uno stesso ente mutualistico corrisponde rette differenziate di degenza, non solo a seconda della categoria dei vari ospedali — il che potrebbe trovare una giustificazione, peraltro non del tutto convincente, nella differenza del costo dell'ammalato — ma corrisponde rette differen-

ziate anche tra ospedali della stessa categoria, perfino in una stessa città.

Si ha quindi l'impressione che gli enti mutualistici, nell'erogare l'assistenza cui sono preposti, non si preoccupino tanto di assicurare i mezzi necessari alla cura dei poveri malati quanto di amministrare, con criteri e sistemi inadeguati e sperequativi, i loro ingenti proventi.

Accenno appena alla ben nota deficienza dei posti-letto, specie nell'Italia meridionale. Mi limito a mettere in evidenza che troppe persone ancora, in Italia, non vengono curate adeguatamente per le carenze quantitative e qualitative, in senso specialistico, dei nostri ospedali.

Sotto il profilo della carenza dei posti-letto va considerato il problema delle case di cura private, cui ha accennato, poco fa, il collega Di Grazia. Io sono d'accordo col relatore che è necessario « predisporre una legge regolamentatrice » — sono parole del relatore — « per le case di cura private affinché diano garanzia di adeguatezza di locali, completezza delle attrezzature e competenza del personale, sia sanitario che infermieristico ».

È indispensabile, in effetti, che, prima di rilasciare una licenza di esercizio a una casa di cura, le autorità sanitarie si sincerino della efficienza dei singoli servizi e della qualità dei medici preposti, sicchè le case di cura non siano mai ad un livello inferiore a quello degli ospedali.

Ciò stabilito, però, se si riconosce, come si deve riconoscere, alle case di cura un valore integrativo rispetto agli ospedali, i quali, specie nell'Italia meridionale, sono tanto deficienti quantitativamente, bisogna anche riconoscere che non è ammissibile che le Casse mutue usino, per le rette di degenza, un trattamento tanto sperequativo tra ospedali e case di cura. Quando una Cassa mutua corrisponde ad una casa di cura una retta che è la metà, e talvolta anche meno, di quella che dà ad un ospedale, fa i suoi interessi ma non certo quelli degli ammalati. Delle due l'una: o la casa di cura è all'altezza del suo compito, ed allora le si dia la convenzione, corrispondendo rette di de-

genza uguali a quelle degli ospedali, oppure la casa di cura non è all'altezza del compito che le compete, e allora, nell'interesse supremo dell'ammalato, occorre non concedere la convenzione, anzichè concedergliela ad una retta tanto bassa da non consentire per la sua stessa esiguità, una assistenza adeguata.

A proposito, poi, dei nostri ospedali, mi sembra utile richiamare l'attenzione dell'Assemblea e dell'onorevole Ministro sui gravi danni che la politicizzazione delle amministrazioni arreca al buon funzionamento dei nostri ospedali. Troppi ospedali in Italia vengono considerati, da questo o quel partito politico, come centri di potere in funzione clientelistica ed elettorale. Accanto ad amministrazioni serie, rette da uomini che fanno una missione del loro mandato amministrativo in ospedale, ve ne sono molte in cui uomini di parte perseguono lo scopo di sistemare in ospedale loro creature, siano esse medici, infermieri o impiegati, senza tenere conto dei reali interessi dell'ospedale e dell'ammalato, ma tenendo conto degli interessi personali o di partito.

Altro problema spinoso, che richiede una soluzione urgente, è quello che riguarda la carriera dei medici ospedalieri. Occorre incoraggiare i giovani ad entrare negli ospedali creando ad essi prospettive di carriera, di ricerca e di studio corrispondenti a quelle che si hanno per la carriera universitaria. Non v'è ragione valida, per esempio, per mantenere l'attuale stato di cose, per cui un primario-ospedaliero, per passare da un ospedale all'altro, deve superare un nuovo concorso — la qual cosa, oltre tutto, è molto dispendiosa — mentre un professore universitario può essere trasferito da una facoltà medica all'altra per semplice chiamata, senza concorso. I giovani assistenti, che abbiano superato il relativo concorso, debbono avere non solo la stabilità di carriera, ma anche le più ampie possibilità di una carriera luminosa e brillante. A tale scopo, però, occorre evitare che il posto conseguito diventi una specie di canonicato fine a se stesso, lesivo degli interessi degli stessi assistenti ed aiuti, già in carriera, e dei neo-laureati,

ai quali occorre assicurare il diritto e la possibilità di accedere alla carriera ospedaliera, e soprattutto lesivo sia degli interessi supremi del malato, al quale bisogna assicurare un corpo sanitario sempre aggiornato e sempre meglio qualificato, sia del progresso nel campo della scienza e della pratica medica.

Per mancanza di tempo non mi dilungo a lusingare questi spunti ai quali ho accennato. Due parole per il cosiddetto « tempo pieno », cui anche il relatore ha fatto cenno.

Ritengo anch'io che il sanitario ospedaliero, che dedica tutto il suo tempo all'ospedale, renda di più e tragga maggiori soddisfazioni e vantaggi personali. Due condizioni, però, sono indispensabili per la realizzazione del « tempo pieno » in ospedale. La prima condizione, cui ha accennato il collega Di Grazia, è che ai medici vengano corrisposti compensi adeguati alla qualità ed all'importanza del loro lavoro; la seconda condizione è che gli ospedali vengano attrezzati in modo tale da consentire al medico di espletare, dentro di essi, la sua attività professionale: mi riferisco alla libera attività professionale (ambulatoriale, operatoria, eccetera). Questa seconda condizione è indispensabile nell'interesse sia del medico sia dell'amministrazione ospedaliera, che ricava una percentuale dalle prestazioni a pagamento del sanitario, sia ancora, e soprattutto, dei pazienti, i quali vedrebbero così rispettato il principio della libera scelta nell'ambito stesso dell'ospedale.

E qui mi piace ricordare quello che il presidente Leone ha detto a Napoli, nello scorso mese di marzo, a proposito della libertà professionale, che noi dobbiamo tutelare a tutti i costi. Ha affermato, in quell'epoca, il presidente Leone: « La libertà professionale deve essere intesa come diritto di scelta, da parte del cliente, del proprio medico. Il medico imposto costituisce la più grave ed inammissibile ferita di questo che è un diritto naturale del paziente ». Ed aggiungeva: « La libera scelta è garanzia altresì del medico; ed è garanzia non solo e non tanto economica, quanto morale. Si tratta di un problema di dignità e di prestigio,

che va visto sotto due aspetti diversi ma concorrenti, giacchè non è questione solo di dignità per chi è stato escluso dalla designazione, ma è questione di dignità anche per chi è stato designato, essendo indubbiamente mortificante prestare la propria opera a favore di chi non l'ha richiesta ». Sono parole che io mi sento di sottoscrivere perfettamente.

Accennerò, infine, alle gravissime deficienze esistenti in Italia nel campo della profilassi e della cura dei tumori. Da questo punto di vista, caro collega Criscuoli, la sua relazione, pregevole per altri aspetti, mi ha deluso, per l'esiguità dello spazio e degli argomenti dedicati ad un problema così grave. Ella penserà che la mia critica sia dovuta al fatto che io mi occupo, professionalmente, in particolar modo dei tumori; ma ritengo che non sia questa mia prevalente occupazione a farmi vedere in una luce tanto misera l'assistenza ai cancerosi nel nostro Paese.

Se il Ministero della sanità, che per importanza sociale dovrebbe essere il primo, è invece la cenerentola dei Ministeri, il cancro, che è la malattia più grave, è certamente la più trascurata dal nostro sistema assistenziale. Ritengo sia giunto il momento in cui il Parlamento debba guardare in faccia la tragica realtà del problema del cancro nel nostro Paese. Di fronte alle sofferenze e alla desolazione che tale malattia semina in tante famiglie, sta l'indifferenza colpevole del Parlamento e delle autorità responsabili. E non ci si conforti con l'ipocrita scusa che non vi sono i mezzi finanziari, giacchè mezzi di cura e di previdenza assistenziali di ogni genere si sono sempre trovati e si continuano a trovare per altre malattie.

Per lusingare tanta sperequazione, basti considerare l'enorme differenza tra legislazione e previdenze sociali esistenti in Italia a favore della tubercolosi e quelle a favore del cancro. Per la tubercolosi, leggi e previdenze di tutti i generi. Durante la presente legislatura il senatore Monaldi ha presentato, in data 3 e 6 luglio 1963, due disegni di legge per miglioramenti delle prestazioni economiche ai tubercolotici assistiti, rispettivamente, dai Consorzi antitubercolari e dall'I.N.P.S. Anche alla Camera dei deputati so

no state presentate alcune proposte di legge a favore dei tubercolotici e dei loro familiari. Io sono a conoscenza di quattro di queste proposte, tutte presentate in data 26 luglio 1963, per iniziativa dei deputati Lama e Santi, Berlinguer ed altri, Bianchi Fortunato ed altri. Infine, in data 9 ottobre 1963, è stato presentato dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale, con procedura d'urgenza, un disegno di legge sull'aumento delle prestazioni economiche ai tubercolotici assistiti dall'Assicurazione contro la tubercolosi; e ciò mentre in Italia, come negli altri Paesi civili, la tubercolosi è in rapido declino, laddove il cancro è in costante progresso.

In una recente pubblicazione dell'Ufficio inglese di economia sanitaria sull'andamento della tubercolosi in Inghilterra si afferma che, se l'attuale diminuzione della malattia continuerà, nel 1965 la tubercolosi, come causa di morte, sarà eliminata.

Qual è, invece, la situazione del cancro? I 73.000 morti di cancro, in Italia, nel 1960 saranno notevolmente superati nel corrente anno, giacchè nel quadrimestre gennaio-aprile ne sono già morti oltre 27.000. Inoltre va aggiunto che, dal rendiconto ufficiale del 1961 della gestione per la tubercolosi dell'I.N.P.S., risulta un avanzo di gestione di circa 55 miliardi — pari, quindi, presso a poco, al bilancio del Ministero della sanità — depositati in conto corrente bancario; senza considerare il fondo riserva di rischio di circa 16 miliardi. Di fronte a tanti miliardi, che residuano dalla gestione di una malattia in declino, qual è la tubercolosi, quali sono le somme a disposizione per combattere una malattia gravissima, ancora quasi tutta da studiare ed in continuo progresso, qual è il cancro? Vi è ben poco, onorevoli colleghi. Nel bilancio di previsione del Ministero della sanità per il 1963-64 figurano, come per gli anni precedenti, 50 poveri milioni a favore dell'Istituto Regina Elena di Roma. Nulla per gli altri Istituti similari, l'Istituto nazionale dei tumori di Milano e l'Istituto per lo studio e la cura dei tumori di Napoli. Sporadiche concessioni soltanto vengono accordate a favore di questi Istituti e dei Centri di diagnosi creati presso ospedali provinciali, o di altro genere.

La legislazione a favore dei cancerosi è prossocchè inesistente, come fu giustamente messo in evidenza dal senatore Monaldi nel suo intervento del 20 giugno 1961 davanti a questa Assemblea. È urgente riparare a tale carenza con una legislazione moderna, che garantisca ai cancerosi un numero di letti sufficiente. È imperdonabile ed avvilente, al tempo stesso, dover differire i ricoveri dei portatori di cancro per mancanza di posti-letto, laddove è noto a tutti che il risultato terapeutico è strettamente legato alla prontezza della diagnosi e della cura. Occorre che gli Istituti del cancro di Napoli, Roma e Milano vengano ingranditi e potenziati in tutti i sensi, assegnando ad essi il compito di agire da centri pilota nella lotta contro il cancro nel Paese. A tale proposito debbo dichiarare che Napoli e il Mezzogiorno hanno appreso con particolare soddisfazione la recente decisione del Governo di assegnare un miliardo all'Istituto per lo studio e la cura dei tumori di Napoli. Mentre ringraziamo di ciò il Presidente Leone e l'onorevole ministro Jervolino, dichiariamo che è necessario fare molto di più. Occorre apprestare ospedali adatti per i cancerosi cronici non guaribili; questi infelici, che non perdono mai la speranza di guarire, non debbono essere abbandonati a se stessi. Dopo il periodo di cura attiva, trascorso negli istituti e nei centri specializzati, essi non debbono tornare in seno alle famiglie con il triste bagaglio delle loro sofferenze, ma debbono essere ricoverati in nosocomi appositamente attrezzati. Canceroso inguaribile non significa incurabile. Troppo spesso non si guarisce di cancro, ma ciò non deve autorizzare a non curare questi poveri pazienti che hanno, invece, estremo bisogno di cure palliative e sintomatiche.

Occorre, poi, provvedere ai cancerosi trattati e forse guariti; sono, questi, soggetti che hanno bisogno di frequenti controlli clinici, radiologici e di laboratorio, soggetti i quali, per la insicurezza stessa della loro guarigione, non possono tornare alla piena attività lavorativa. Una legislazione moderna e socialmente progredita deve consentire di dare a questi soggetti assistenza medica ed

aiuti economici. Lo stesso dicasi per i cancerosi guariti definitivamente, ma con mutilazioni e menomazioni.

E qui concludo accennando appena, per mancanza di tempo, ad altri gravi aspetti del problema del cancro in Italia. Per esempio: come si esprime la nostra solidarietà nazionale per le famiglie colpite dal cancro, talvolta in più membri?

Cosa si fa per impedire la diffusione, attraverso la stampa, di notizie su farmaci miracolistici i quali, in genere, non arrecano sollievo alla malattia, ma solo sperpero inutile di denaro e dolorose delusioni? In Inghilterra vigono disposizioni, le quali vietano ogni forma di pubblicità a metodi o mezzi che promettano la guarigione del

cancro. E ciò, si noti bene, proprio in un Paese in cui la stampa gode delle più ampie libertà. Nella stessa Inghilterra, invece, le autorità sanitarie si preoccupano di emanare per il pubblico istruzioni elementari ed utili sul cancro e sui numerosi problemi ad esso connessi.

Cosa si fa in Italia per aggiornare i medici condotti, i generici ed i mutualisti sugli aspetti ed i mezzi della diagnosi precoce del cancro? Perché non si favorisce la creazione e la diffusione di ambulatori qualificati per la diagnosi precoce?

Col mio breve intervento ho creduto, onorevoli colleghi, di accennare appena ad alcuni degli aspetti più gravi della nostra assoluta carenza in fatto di assistenza ai cancerosi.

Presidenza del Vice Presidente ZELIOLI LANZINI

(Segue D'ERRICO). La deficienza di mezzi non può giustificare l'attuale deplorabile disinteresse. Occorre agire presto ed in profondità. La gente che soffre e che muore per l'incuria di tutti noi non può ulteriormente aspettare. Il problema del cancro è al centro dell'attenzione di ogni famiglia, per cui sono certo che tutti i cittadini darebbero un aiuto, ciascuno nell'ambito delle proprie possibilità, per migliorare l'assistenza ai cancerosi.

Occorre creare le leggi che ci diano i mezzi per la lotta: il contribuente italiano non negherà il suo aiuto per combattere un male gravissimo, che busca alla porta di tante famiglie. La stampa e la R.A.I.-TV si prodighino, con l'enorme possibilità di cui dispongono, per condurre una campagna intelligente ed efficace di istruzione per il grosso pubblico, giovandosi, a tale scopo, dell' collaborazione dei cultori del problema, che in Italia non mancano.

La gente deve sapere, tra l'altro, che il cancro non è malattia fatalmente mortale,

ma che può guarire e guarisce, purché diagnosticata tempestivamente e curata prontamente ed adeguatamente.

In tutti i Paesi civili si è ingaggiata una battaglia senza quartiere, all'insegna della fratellanza umana, per debellare un male che minaccia gravemente il genere umano. L'Italia, che ha tradizioni luminose in tutti i campi della scienza e della fede, non può rimanere indietro a nessuno in questa lotta, che ci accomuna tutti, nella speranza di preparare ai nostri figli una vita più serena, senza lo spettro del grande male in agguato. (Vivi applausi dal centro-destra. Congratulazioni).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Scotti. Ne ha facoltà.

SCOTTI. Debbo confessare, signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, che avevo deciso di non intervenire nella discussione del bilancio della sanità oggi al nostro esame, desideroso di sottrarmi, una

volta, ad un rituale che ritenevo, forse a torto, superato e senza risultati pratici, tangibili — almeno in sede di bilancio — ai fini dell'avviamento a soluzione dei gravi problemi attinenti alla riforma sanitaria e alla sicurezza sociale. Avrebbe invece dovuto trattare a fondo la materia il collega Maccarrone, il quale ne è un ottimo conoscitore e un appassionato cultore. Purtroppo, circa una settimana fa, il nostro collega è stato colpito da un infarto del miocardio, ed anche se notizie recenti danno le sue condizioni leggermente migliorate, non può evidentemente essere qui tra noi ad esporre quanto aveva già preannunciato in Commissione, parlando sulla relazione Criscuoli.

Desidero rinnovare al collega Maccarrone i vivissimi affettuosi auguri per una pronta guarigione, certo di interpretare il sentimento di tutti gli altri colleghi. (*Cenni di consenso*).

P R E S I D E N T E . La Presidenza si associa, con i migliori auguri per il nostro collega.

J E R V O L I N O , *Ministro della sanità.* Anche il Governo si associa.

S C O T T I . Sarebbe mio intendimento limitarmi ad alcune considerazioni generali sulla ormai universalmente tanto auspicata riforma sanitaria, con particolare riferimento a quella degli ospedali. Mi auguro che ognuno di voi voglia ascoltare senza prevenzioni quanto verrà esposto da parti diverse, anche se naturalmente non tutto verrà condiviso, con la sola preoccupazione di trovare insieme (se non tutti, almeno in gran maggioranza) la strada buona per risanare il più rapidamente e stabilmente possibile la nostra medicina, ancora alquanto malata.

Il dibattito sul bilancio della sanità per il 1963-64 si svolge già qui, e specialmente si è svolto nella nostra 11ª Commissione, in modo molto critico; e la critica non viene solo dal nostro settore, ma anche dal settore che sostiene il Governo. Critica, nella sua impostazione, è la relazione del collega Criscuoli, che desideriamo ringraziare, anche se non possiamo essere d'accordo con lui su molti punti,

per avere offerto al Senato un'ampia, seppure incompleta, rassegna dei capisaldi della politica sanitaria del nostro Paese.

Del resto, onorevoli colleghi, questa non è una novità che può essere spiegata dalla stagione politica nella quale viviamo, per essere il Governo praticamente dimissionario e, sotto certi profili, anche irresponsabile della previsione di spesa che stiamo discutendo. Anche nella passata legislatura non sono mancate critiche forti, e denunce dello stato di grave disagio e dell'urgenza di provvedere in modo adeguato.

Le richieste di riforma sono echeggiate più volte nelle relazioni, nei discorsi, negli ordini del giorno. A mio avviso, è molto interessante e istruttivo fare oggi un raffronto tra alcune considerazioni contenute nella pregevole relazione del collega Criscuoli al bilancio della sanità 1961-62 con altre che leggiamo nella relazione odierna. Scriveva Criscuoli nel 1961: « L'esiguo stanziamento a disposizione del Ministero della sanità quasi immutato per il prossimo anno, appena 1 miliardo 693 milioni in più, non consente, purtroppo, alcun miglioramento o innovazione, e costringe all'immobilismo la politica sanitaria del Paese ». E più avanti: « Ancora oggi si discute sulla interpretazione della legge istitutiva del Ministero della sanità e molte specifiche competenze non gli sono ancora riconosciute... È un organismo malato con ipoplasie e paresi, causate, forse, da una lunga gestazione e da un parto distocico ». Ed infine diceva: « La disorganizzazione sanitaria rappresenta veramente un neo nella nostra democrazia... Per rimuoverlo basterebbe forse solo uno sforzo di volontà compiuto con sentita convinzione ».

E sentiamo cosa scrive oggi il collega Criscuoli nella sua interessante relazione: « Il bilancio in esame... è espressione di una politica sanitaria dimostratasi superata ed inefficiente. Ma quello che purtroppo è mancato e manca tuttora nello spirito della politica italiana è una visione chiara della funzione del Ministero della sanità; si direbbe lo si consideri ancora un pleonasma, un Ministero che è considerato tale, solo perchè fa parte dell'ordinamento dello Stato ».

« Questo spiegherebbe, » continua Criscuoli », perchè ancora non lo si liberi dai limiti istituzionali e gli si concedano irrisori stanziamenti, tanto inferiori a quelli degli altri Ministeri, tenendolo in un persistente stato di dannoso infantilismo ». E la prova, difatti, è nello stanziamento di questo bilancio, inferiore a quello del 1962-63 di 850 milioni per la svalutazione della moneta, e, si potrebbe dire, persino di 1 miliardo e 850 milioni se teniamo conto del miliardo destinato a coprire il passivo dell'O.N.M.I. Così conclude l'onorevole Criscuoli: « La politica sanitaria, avendo quindi minori possibilità economiche dello scorso anno, sarà costretta ad un forzato immobilismo, se non interverranno fatti nuovi e straordinari. Un fatto dunque è certo, che l'attuale organizzazione sanitaria italiana non soddisfa più, ha fatto il suo tempo, è superata e va quindi spinta verso nuove vie ».

Scusate, onorevoli colleghi, le lunghe citazioni, molto pertinenti a mio avviso, che dovrebbero logicamente portare ad invitare il Senato a non approvare il bilancio. Ma logici saremo, forse, ancora una volta, soltanto noi comunisti. Devo subito comunque dare atto al collega Criscuoli di aver fatto un passo avanti dal 1961, proponendo con forza la statizzazione dell'assistenza sanitaria; proposta importante che ha già sollevato un vespaio, e che deve essere esaminata a fondo nei suoi vari aspetti, ciò che mi sforzerò di fare. Perchè, dunque, onorevoli colleghi, nonostante l'accordo sulla diagnosi, non si è provveduto e non si provvede? La realtà è che ogni cosa rimane allo stato di semplice e facile enunciazione, di generica lagnanza, di episodica denuncia. Alla base, però, vi è un rifiuto di affrontare in modo organico i problemi di questo settore. La realtà è che la soluzione dei problemi che andiamo dibattendo richiede un indirizzo politico nuovo che la maggioranza rifiuta. E ciò, nonostante che un tale nuovo indirizzo, anzi un rinnovamento profondo e sostanziale degli indirizzi politici, economici e sociali, sia richiesto e sia validamente appoggiato dalle grandi masse della nostra popolazione.

È dunque partendo da ciò che noi intendiamo discutere il bilancio sottoposto al nostro esame.

A proposito della ristrettezza finanziaria, per esempio, si lamenta da ogni parte l'insufficienza del bilancio della sanità, e su questo noi siamo perfettamente d'accordo. Ma riteniamo proprio che sia questo il problema centrale? Sono convinto che anche se al Ministero venissero dati i fondi richiesti, la situazione non migliorerebbe di molto. Comunque, non mi sembra giusto che la responsabilità di queste insufficienze finanziarie venga fatta ricadere su altri. Il Ministro ha richiesto fondi pari, se non erro, al doppio di quanto ha ottenuto; ma perchè si è accontentato? Si può andare avanti con i fondi assegnati? In caso affermativo, non si devono respingere le critiche perchè i fondi non sono sufficienti; in caso negativo, si ha il dovere di non sottoscrivere e sostenere il bilancio di fronte al Parlamento. Questa, a mio avviso, è pura logica.

Per noi, però, non si tratta principalmente di insufficienza di fondi, ma si tratta soprattutto di inadeguatezza degli istituti e di non rispondenza degli indirizzi. Tutto il settore è in crisi, onorevoli colleghi; non c'è congresso di associazione medica, non c'è sindacato di categoria sanitaria che, nei suoi dibattiti scientifici e nella sua azione sindacale, non denunci l'arretratezza, l'inadeguatezza, la caoticità del nostro sistema sanitario, non denunci la crisi del sistema.

Non vorrei fare un quadro troppo nero, ma desidero soltanto enunciare la situazione. È in crisi la professione medica, sono in crisi gli ospedali, è in crisi la condotta medica, è critica la situazione dell'organizzazione igienico-sanitaria periferica, è nel caos più spaventoso il settore farmaceutico, critica è la organizzazione sanitaria del settore mutualistico, inesistenti o quasi sono i servizi di medicina del lavoro, risibile è l'organizzazione di prevenzione degli infortuni, critica è la situazione della assistenza all'infanzia.

È possibile in questa situazione, se riteniamo veramente che tale sia — e vorrei che qualche collega lo smentisse — pensare ad un assetto parziale in questo o quest'altro settore?

Molti di noi — cioè noi di questa parte e anche parecchi dei colleghi della maggioranza — pensano che non è possibile, e sono

convinti della necessità e della possibilità di un'urgente, radicale riforma sanitaria.

Il Ministero è sorto sei anni fa con una legge sotto molti profili imperfetta; ma che cosa ha fatto in questi sei anni per la tanto necessaria e auspicata riforma? Quali studi ha promosso, quali iniziative ha sostenuto, quali movimenti ha creato per dare al legislatore e al Paese il materiale necessario per operare? Il testo unico è del 1934, lo sappiamo; ma sappiamo anche che i principi in esso contenuti sono ancora quelli della legge Crispi.

Mi sia consentito dire che il Ministero talvolta sonnecchia, senza con ciò disconoscere l'impegno lodevole, ma spesso sterile, di ottimi funzionari.

Caro collega Criscuoli, forse la « bomba » della statizzazione da te lanciata ha posto fine al letargo di qualche tranquillo signore. Ho già detto all'inizio che tale proposta costituisce un passo avanti, anche se la nostra posizione in fatto di riforma sanitaria è un po', anzi, direi, alquanto diversa. La nostra posizione è nota; in molti convegni, dichiarazioni e articoli di giornali e riviste è stata illustrata ampiamente. Quindi permettetemi di riassumerne i termini.

Allo stato attuale delle cose — tenuto conto, cioè, dello sviluppo e del carattere nuovo dell'assistenza sanitaria, del progresso scientifico e tecnico, della maggiore sensibilità delle categorie interessate, dei medici e di una parte notevole dei sindacati e dei lavoratori, nell'ambito di una maggiore sensibilizzazione dell'opinione pubblica, e tenuto conto altresì delle carenze cui ho accennato — allo stato attuale delle cose, dicevo, noi riteniamo necessario e possibile che si realizzi a scadenze ravvicinate un servizio sanitario nazionale che assicuri gratuitamente a tutta la popolazione, mediante un finanziamento basato su imposizioni progressive in rapporto al reddito, una protezione sanitaria completa. Ciò implica l'impiego organico delle moderne tecniche di prevenzione, cura e recupero; lo sviluppo di attrezzature ospedaliere, ambulatoriali ed igieniche estese a tutto il territorio nazionale; l'accentuazione del carattere preventivo dell'intervento sanitario, al fine di

ridurre l'incidenza delle malattie di maggiore interesse sociale e di sradicare per sempre alcune di esse, di ridurre la mortalità infantile e le altre morti precoci e premature. Ciò implica il superamento del principio assicurativo e l'attribuzione delle attrezzature e delle prestazioni sanitarie allo Stato, attraverso il Ministero della sanità, le Regioni, le Provincie, i Comuni.

A proposito proprio delle competenze dell'ente Regione, volute tra l'altro dall'articolo 117 della Costituzione, sta la differenza tra il nostro pensiero e le vedute del collega relatore Criscuoli, a meno che egli non ci spieghi meglio il significato di quel periodo, contenuto a pagina 27 della sua relazione, nel quale dice: « Con ciò non si vuol sostenere la politica di uno Stato accentratore, ritenendosi, al contrario, la necessità del decentramento amministrativo per gli enormi vantaggi che derivano al cittadino da un'economia più agile, e da una burocrazia snellita; ma certi servizi base, istruzione e sanità, le cui manchevolezze hanno riflessi molto gravi per i singoli e per la società, non possono essere lasciati all'iniziativa di privati o di enti ». Se per « enti » egli intende gli enti assistenziali, siamo d'accordo; se intende invece le Regioni ed i Comuni, allora non siamo d'accordo.

A noi pare anche più appropriato parlare di servizio sanitario nazionale, piuttosto che di « statizzazione » dell'assistenza sanitaria.

Onorevoli colleghi, proponendo un servizio sanitario nazionale come l'ho brevemente riassunto nei suoi termini essenziali, mi rendo ben conto che attuare tale riforma è un compito non facile. Quali saranno gli strumenti di attuazione? Quale la spesa e quali le fonti di finanziamento? È evidente che non si tratta soltanto di un problema tecnico o di uomini; anzi, a mio avviso, si tratta di un problema squisitamente politico. Si tratta di fare una scelta a favore della salute e della forza dei cittadini, che sono dei beni inestimabili. Non dobbiamo lasciarci spaventare da quanto diceva il collega D'Errico, il quale osserva: « Ma sapete quanto ci vorrà? » Non lo so quanto ci vorrà; però sappiamo già, se la memoria non mi inganna, che per

la salute pubblica degli italiani oggi si impongono circa mille miliardi . . .

A L B E R T I . Cinquanta non bastano per sorvegliarla!

S C O T T I . Comunque, i soldi si trovano quando si vogliono trovare; ed allora, per la salute degli italiani li dobbiamo trovare. A noi i tempi sembrano maturi per tale scelta. Dopo le note proposte in materia della Confederazione generale italiana del lavoro, anche la C.I.S.L., per esempio, in un suo documento programmatico recente — alla vigilia delle ultime elezioni politiche — sostiene « che sia maturo ormai il tempo per il passaggio definitivo da un sistema di assicurazione ad un sistema di sicurezza sociale, finanziato da tutti i cittadini, per tutte le prestazioni essenziali, in favore di tutti i cittadini ».

Ecco inoltre il parere in proposito dei professori Fuà e Sylos Labini, i quali, nell'importante studio: « Idee per la programmazione economica », una anticipazione, in certo qual modo, delle elaborazioni della « Commissione nazionale per la programmazione economica », così si esprimono: « È necessaria la istituzione di un servizio sanitario nazionale, che assicuri una protezione sanitaria completa e gratuita a tutta la popolazione e un adeguato sviluppo in tutto il paese di attrezzature sanitarie ed igieniche... Ciò comporta il superamento del principio assicurativo e l'istituzione di un servizio sanitario gratuito a carattere nazionale, finanziato da tutti i cittadini attraverso le imposte, e gestito da un unico ente pubblico, che faccia capo al Ministero della sanità ed operi a livello locale attraverso le regioni, le provincie ed i comuni ».

« Il movimento di Ordini dei medici per la riforma sanitaria », al quale già aderiscono gli ordini dei medici di Aosta, Bologna, Caserta, Cosenza, La Spezia, Mantova, Massa Carrara, Palermo, Perugia, Siena, Salerno e Terni; gli assessori alla sanità delle quattro Regioni a statuto speciale nei Convegni di Saint Vincent del settembre 1962 e di Alghero-Cagliari nel marzo di quest'anno, si sono apertamente dichiarati a favore di una ri-

forma sanitaria e ospedaliera uguale o molto simile a quella da noi proposta.

È scontato che l'attuazione di una simile riforma incontrerà non poche resistenze, specialmente da parte dei datori di lavoro, del Governo e delle direzioni degli enti previdenziali, per vari motivi che è superfluo qui illustrare. Credo di non peccare di eccessivo ottimismo se penso però che, unitamente al consenso ed all'appoggio della popolazione lavoratrice, la riforma sanitaria basata sulla costituzione di un servizio sanitario nazionale, troverà, come già riscuote, anche il consenso e l'appoggio di moltissimi medici, anzi, forse, della maggior parte di essi.

A molti colleghi è noto quali e quanti vincoli, lontani e recenti, mi uniscano alla nobile categoria dei medici, anche se non faccio parte integrante della loro famiglia, e me ne duole. Ma le nostalgie non servono, dopo che i tribunali speciali fascisti, reclusione, esilio e guerre mi hanno bloccato definitivamente alla soglia della laurea in medicina. Ma vivo tra loro e credo di conoscere abbastanza i loro problemi, le loro tribolazioni, le loro speranze e le loro aspirazioni. Mi sia pertanto consentito di rivolgermi a loro e di esprimere la mia opinione circa la libertà professionale dei medici, la libera scelta del malato, per difendere le quali dalla minaccia ventilata nella relazione Criscuoli alcuni medici, specialmente di Roma, sono partiti a lancia in resta per difendersi ad ogni costo in una battaglia ad oltranza, come hanno dichiarato. Sono convinto che la ragione prevarrà se si discuterà serenamente, pacatamente, tenendo presente, bensì, l'interesse morale e materiale dei medici, ma anche, prevalentemente, quello dei cittadini, sani o malati che siano. Si tratta, cioè, di assicurare un sempre migliore e più efficiente servizio sanitario.

Talvolta leggiamo o sentiamo dire che una medicina nazionalizzata distrugge i rapporti umani tra medico e assistito; che calpesta i secolari principi della libera professione, il decoro e la dignità del medico. A parte il fatto che di secolari principi, intesi come eterni, della libera professione non si dovrebbe parlare, perchè prima della Rivoluzione francese, per esempio, esisteva il medico di Corte

che talvolta godeva di prestigio, ma non sempre di libertà; ed anche il medico di famiglia, satireggiato da Voltaire, era in sostanza un dipendente del nobile o del nuovo arricchito; ed anche nel più remoto passato la medicina, quando era sacerdotale, non aveva alcuna base scientifica, nè il suo esercizio era libero.

A parte ciò, dicevo, forse che i medici condotti, i medici provinciali, i medici militari e i medici impiegati nei vari enti statali e parastatali, per il solo fatto di essere impiegati, non sentono i rapporti umani tra medico ed assistito e hanno perduto la dignità, il decoro, la libertà? Un'autorevole personalità politica ha indecorosamente affermato di recente che l'unico incentivo che vi possa essere per il miglioramento professionale è il guadagno. Noi proponiamo nuovi incentivi, un nuovo spirito della professione medica, in cui il guadagno sia collegato alla qualificazione, alle esigenze del lavoro sociale, opera del medico. Noi proponiamo anche un nuovo spirito della medicina sul piano scientifico, uno spirito, direi, « laico ».

Alcuni difensori della dignità del medico, minacciata dalla diabolica proposta di « stanziazione » avanzata dal collega Criscuoli, fanno pensare che alla radice dei loro discorsi ci sia una concezione sacerdotale dell'opera del medico. Credo non sia male per nessuno eliminare questo residuo di superstizione ed impostare il discorso su una base scientifica, perchè soltanto questa può valorizzare l'opera del medico e può dare ad essa un suo contenuto nuovo, più efficace e più umano. Insomma, il medico non è un mago, come alcuni pretendono ancora, ed il malato non è un oggetto passivo dell'opera di questo mago.

Penso che gradualità, tappe intermedie ci guideranno verso il servizio sanitario nazionale. Il medico potrà anche scegliere fra « libera professione » e servizio nazionale, prestando la sua opera nel quale dovrà trovare assicurata una giusta e dignitosa retribuzione, la possibilità di studio e di perfezionamento, un orario di impiego adeguato, le ferie e la pensione, ciò che non esiste oggi per la stragrande maggioranza dei medici.

Penso anche che alcune proteste di medici, riluttanze e sospetti nei riguardi di un servi-

zio sanitario nazionale, della così detta stanziazione, siano dovute al giudizio severo, quasi sempre giustificato, che si dà sullo Stato come è oggi, accentratore e burocratico, antiquato. Ma noi pensiamo — dispiace ripetermi, ma può essere utile — allo Stato previsto dalla Costituzione repubblicana, articolato in centri regionali, provinciali e comunali, capaci di attività e di iniziative proprie. Noi pensiamo cioè ad uno Stato profondamente democratico, in cui il cittadino e le assemblee locali elettive siano gestori diretti della Pubblica Amministrazione.

Ecco perchè, oltre che per altri motivi, riteniamo che la maggioranza dei medici, insieme con tutti i lavoratori, si adopererà per l'attuazione di questo servizio sanitario nazionale, prima tappa, uno dei temi essenziali per la soluzione dei problemi di una completa sicurezza sociale.

In questo quadro uno dei momenti fondamentali è costituito dalla riforma ospedaliera. È stata presentata nell'altro ramo del Parlamento, circa un mese fa, una proposta di legge dell'onorevole Longo e di altri colleghi, che tratta delle « norme generali per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario ». Vi si ritrovano, con opportuni aggiornamenti e perfezionamenti — frutto di convegni, di conferenze e di consultazioni recentissime nel campo sanitario — le nostre ben note posizioni in materia. Mi si consenta perciò di fare in proposito soltanto alcune brevi considerazioni. Credo si possa essere d'accordo sul fatto che l'articolo 38 della Costituzione non sia nè possa essere, senza profonde riforme, correttamente applicato. La tutela della salute dei cittadini, come diritto dell'individuo ed interesse della collettività è, allo stato attuale, un'affermazione alquanto astratta.

Lo Stato non ha gli strumenti per raggiungere un siffatto obiettivo. La riforma ospedaliera che noi proponiamo mira a questo scopo: il suo obiettivo è quello di fornire alla società nazionale ed ai pubblici poteri i mezzi per tutelare la salute dei cittadini, per consentire un pieno ed efficace esercizio del diritto che a ciascuno attribuisce la Costituzio-

ne per tutelare questo fondamentale interesse della collettività.

È pacifico, ormai, il riconoscimento che l'ospedale è il centro naturale di cura degli ammalati, il servizio sanitario più completo e più efficiente, — o dovrebbe, naturalmente, essere il servizio più completo e più efficiente — il luogo ove medico ed ammalato trovano il terreno più adatto per il reciproco incontro e per stabilire il necessario rapporto di fiducia, condizione per il successo delle terapie, per giovare delle scoperte scientifiche e dei mezzi tecnici più efficaci e più recenti, per godere di una assistenza completa senza aggravamenti economici supplementari.

Ma quale ospedale? L'esperienza del nostro Paese ci mostra un tipo di ospedale nel quale ben poco esiste, in troppi casi, questo terreno ideale.

Nel tipo di ospedale più diffuso nel nostro Paese, purtroppo, l'ammalato trova grandi cameroni ove si ammassano i letti in modo disordinato, divisioni che costituiscono un campionario di tutta la patologia, laboratori di ricerca inesistenti o arretrati, servizi diagnostici incompleti, servizi dietetici inesistenti, infermieri non qualificati e mal pagati, medici spesso frettolosi, distratti da mille occupazioni, spinti, dall'instabilità della carriera e dalla irrisorietà delle retribuzioni, a cercare, nella professione privata e nelle altre attività mutualistiche all'esterno dello ospedale, i mezzi per vivere.

Ciascuno di questi ospedali, poi, costituisce una entità a sè stante, senza rapporti, talvolta, con l'ambiente, senza collegamenti con altri ospedali e con i servizi sanitari esistenti.

Alla direzione di essi è spesso un funzionario amministrativo che da solo, o con il consiglio di primari animati di buona volontà, provvede a tutto. In altri casi, accanto a questo tipo di dirigente, e subordinato ad esso, si trova un direttore sanitario, che, come molti degli addetti all'organizzazione sanitaria, è giunto alla scelta della sua carriera dopo avere tentato inutilmente la via del successo in altre branche dell'attività medica, o perchè stanco e sfiduciato per la lunga attesa nella « corte » di qualche cattedratico.

L'amministrazione è regolata da disposizioni emanate 73 anni fa, cioè dieci anni

prima dell'inizio di questo secolo! L'organizzazione interna è disciplinata dalla legge del 1938. Il progresso della scienza, le grandi scoperte della biologia e della chimica e le conseguenti applicazioni terapeutiche, l'evoluzione della tecnica operatoria, gli sviluppi dell'ingegneria sanitaria, tutto questo in troppi casi è passato sopra gli ospedali come un racconto di fantascienza.

La classe dirigente considera ancora l'ospedale come un'area di sottogoverno, per esercitare il potere in modo paternalistico, per creare o consolidare clientele, per collocare convenientemente notabili di provincia ai quali la presidenza dell'ospedale, come la croce di cavaliere, serve a conferire lustro e prestigio.

È chiaro a tutti che questo tipo di ospedale non serve per una moderna ed efficace politica sanitaria e non può rappresentare, così come è, il naturale centro di cura degli ammalati. Occorre un tipo nuovo di ospedale, che sia prima di tutto un ambiente qualitativamente diverso per l'esercizio dell'attività diagnostica e terapeutica del medico e uno strumento di qualificazione e di promozione dell'azione sanitaria.

L'aggiunta di altri letti a quelli esistenti, il miglioramento degli ambienti con rifacimenti e ritocchi negli ospedali secolari, l'acquisto di attrezzature moderne, non sono misure sufficienti a creare quella situazione nuova che si ritiene necessaria.

Certo, in alcune regioni del Paese la necessità di letti, di attrezzature, di strumenti scientifici è grandissima. In Calabria, in Basilicata, nelle Puglie, in Sicilia, in Sardegna, mancano migliaia di posti letto per raggiungere la media nazionale che, come è noto, è inferiore al limite necessario fissato dalla Organizzazione mondiale della sanità. In alcune regioni non esiste un ospedale di prima categoria od un ospedale specializzato. In altre la distribuzione territoriale degli ospedali esistenti non risponde più alle mutazioni che nei decenni ha subito la distribuzione e la composizione della popolazione.

L'esplosione della città, per esempio, ha reso quasi ovunque insufficienti gli ospedali, mentre lo spopolamento della collina alta e delle montagne, le difficoltà di comunicazio-

ne hanno ridotto fortemente la possibilità di utilizzazione di numerosi centri ospedalieri.

Ma il problema principale da risolvere, a mio avviso, anche se non si deve trascurare il resto, rimane quello istituzionale. Occorre in primo luogo definire la funzione e l'organizzazione dell'ospedale, regolarne la gestione ed assicurarne il finanziamento; collegare gli ospedali tra di loro, per gradi e funzioni, in una rete continua ed interdependente, strettamente connessa agli altri servizi sanitari esistenti nella zona di gravitazione dell'ospedale; dare stabilità di impiego e sicurezza di carriera a tutto il personale medico (d'accordissimo quindi con il tempo pieno); fissare una retribuzione adeguata che consenta ai medici ospedalieri di dedicarsi esclusivamente al lavoro ospedaliero; migliorare le retribuzioni, le qualifiche e la preparazione professionale del personale infermieristico.

Occorre cioè una nuova legge ospedaliera che abbia alla sua base una concezione nuova del servizio ospedaliero e definisca una collocazione nuova degli ospedali nel quadro dei servizi sanitari del Paese.

Si tratta, dunque, onorevoli colleghi, di operare una profonda riforma. Ma in che senso, secondo quali scelte, con quali profili? Il tipo di ospedale del quale abbiamo bisogno è un ospedale pubblico, sottoposto alle direttive e alle determinazioni dei pubblici poteri, inserito in un sistema nel quale lo Stato, direttamente, quale garante del diritto del singolo e dell'interesse della collettività nazionale, ne assuma in prima persona la responsabilità. Si tratta cioè di creare una rete continua, a maglie strettamente armonizzate alle esigenze della popolazione, alle caratteristiche nosologiche delle varie parti del Paese, alla diversità degli ambienti economico-sociali, alle difformità orografiche.

Anche su questo punto l'accordo esiste nel Paese, in mezzo agli studiosi, alle categorie interessate e alle forze politiche, a me sembra abbastanza vasto. Esiste però dissenso sul modo di regolare l'organizzazione nazionale degli ospedali. Vi è chi propone la costituzione di un ente nazionale (come fece, mi sembra, l'anno scorso il collega Bonadies), ente nazionale articolato a

diversi livelli tecnici e controllato, regolato, indirizzato dall'Esecutivo centrale, cioè dal Governo a mezzo del Ministero della sanità.

Di recente la F.I.A.R.O. ha preso posizione contro la cosiddetta statizzazione degli ospedali. Per noi si tratta, anche in questo campo, di dare attuazione alla Costituzione repubblicana; proponiamo quindi la realizzazione di una rete ospedaliera nazionale; ma siamo dell'avviso che tale realizzazione debba avvenire nel rispetto della lettera e dello spirito della Costituzione, la quale prescrive tassativamente la salvaguardia, il potenziamento, la promozione delle autonomie locali e l'attuazione del più ampio decentramento amministrativo nell'organizzazione dei servizi dello Stato, come recita l'articolo 5 della Costituzione.

Questo principio, valido per tutti i servizi e le attività dello Stato, è per noi ancora più valido per i servizi sanitari in genere e gli ospedali in specie.

Credo superfluo richiamare ancora una volta l'articolo 117 della Costituzione che assegna alle Regioni funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. È interessante anche ricordare in proposito uno dei primi progetti di riforma dell'ordinamento sanitario italiano, presentato da una Commissione di cui facevano parte i professori Giovannardi, Graziani, Loria e Meneghetti, pubblicato nel 1945. In esso si afferma che « nella Regione, solo nella Regione, si ravvisa un'unità che possa esprimere un organo capace di autorità e competenza, dal punto di vista amministrativo e tecnico, necessario e sufficiente per effettuare il decentramento ». La Regione, intesa come dimensione geografica e umana, è considerata quasi univocamente — credo che non ci siano molte divergenze su questo — l'articolazione ottimale della rete ospedaliera nazionale, anche se a tale articolazione da taluni viene attribuito un significato tecnico variamente qualificato e solo in certi casi una caratterizzazione politica.

Ebbene, onorevoli colleghi, poichè la regione geografica è riconosciuta come l'articolazione ottimale della rete, per la connessione delle singole unità, per la regolazione dei livelli qualitativi dei servizi e per la ne-

cessaria specializzazione; e poichè nel nostro ordinamento costituzionale esiste l'Ente regione come qualificata articolazione della Repubblica, cioè dello Stato, non si vede come, senza cadere nell'artificio, si possa rifiutare il rapporto tra articolazione tecnica e articolazione politica, e quindi prescindere da questa, ponendo l'accento solo sugli aspetti tecnici del problema, ignorando peraltro che un'articolazione tecnica, priva dell'essenziale supporto democratico, rischia di ridurre fortemente i vantaggi della riforma stessa. Articolazione decentrata e articolazione democratica debbono coincidere, se si vuole trasformare effettivamente il sistema vigente. Per questo noi sosteniamo la creazione di una rete ospedaliera nazionale come la risultante, coordinata centralmente dal Parlamento e dal Governo, di organizzazioni ospedaliere regionali, composte da singole unità ospedaliere a gestione autonoma, collegate territorialmente secondo un piano regolatore che fissi le caratteristiche e i comprensori d'influenza per ciascuna di esse, amministrate, controllate e dirette dagli organi della Regione, anche a mezzo del decentramento provinciale e regolate, nel quadro di una legge regionale, dalle norme legislative approvate dai Consigli regionali.

A coloro che, pur concordando con questa impostazione, ci dicono che però le Regioni non ci sono ancora e chissà quando ci saranno, mentre la riforma ospedaliera è urgente e fattibile, noi rispondiamo che anche l'attuazione dell'ordinamento regionale è urgente e fattibile, e che il Parlamento esiste proprio per fare le leggi necessarie per entrambe le riforme. Se si riconosce che la riforma ospedaliera, come la concepiamo noi, è buona cosa, invece di mettere tutto in mora perchè mancano le Regioni, ebbene, signor Ministro, si attuino le Regioni.

E mi avvio alla conclusione, onorevoli colleghi. Mi consenta, signor Ministro, di dire che la creazione del Ministero della sanità, i suoi ormai compiuti cinque anni di vita, non hanno segnato quella svolta da tutti auspicata ed attesa. Dopo la sua costituzione, il Ministero ha teso a modellarsi secondo le linee di tutta l'organizzazione statale del

Paese, accentuando l'accentramento e la burocratizzazione, che sono i mali più radicati della nostra organizzazione statale. Per una sana politica sanitaria su cosa si deve agire innanzitutto? Sulla salute, attuando il principio costituzionale. Non si può più considerare la salute un bene soltanto personale da conservare individualmente: la Costituzione stabilisce il diritto alla tutela sanitaria, definisce la salute del cittadino « un interesse della collettività nazionale » e attribuisce allo Stato il dovere di tutelarla.

Questo principio resta inattuato; lo strumento per assolvere a questo dovere fondamentale è inefficace. Si pensi al fatto che la stragrande maggioranza dei cittadini sono assicurati contro il rischio di malattia e hanno il diritto di ricevere l'assistenza economica e sanitaria nel caso in cui sono colpiti da malattia. La politica di queste istituzioni, che sono sanitarie e che svolgono nel Paese la parte di gran lunga più importante delle attività sanitarie, non rientra affatto tra i doveri delle autorità sanitarie. Di conseguenza la parte più importante del reddito nazionale, destinata alla tutela della salute attraverso il sistema previdenziale, viene impiegata irrazionalmente, senza un diretto controllo degli organi responsabili della sanità, fuori di qualsiasi organico disegno di politica sanitaria.

So, onorevole Ministro, che lei, in proposito, è d'accordo sulla necessità che le cose cambino. Ma le cose devono cambiare presto, perchè sono anni che lo stiamo dicendo.

E da ricordare che oggi nella politica sanitaria dei diversi Paesi su scala mondiale, negli orientamenti e nelle deliberazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, l'accento è posto sulla prevenzione anzichè sulla cura della malattia. Non vi è chi non veda come giusto un indirizzo, oggi scientificamente possibile, che consenta l'intervento sanitario per la conservazione, il potenziamento, l'arricchimento dello stato di salute, invece dell'intervento che ha luogo solo quando la malattia si è instaurata e ha determinato una temporanea invalidità e una riduzione o un arresto dell'attività produttiva e sociale dell'individuo. Non vi è chi non veda come conquiste universali e va-

lide sulla via del benessere le tappe raggiunte dalla scienza nel campo della difesa dell'uomo dalle malattie infettive, della eradicazione di forme morbose endemiche, della prevenzione di stati morbosi della più varia natura: dalle forme degenerative alle discrasiche e alle disendocrine. Non v'è chi non veda come oggi non sia più ammissibile avvicinarsi all'individuo solo al letto dell'ospedale, ma occorra seguirlo, controllarlo, aiutarlo nella sua piena attività, a scuola, nell'attività produttiva, nella vita sociale, nei momenti in cui è apparentemente nella pienezza della sua attività intellettuale e fisica, in modo da poter cogliere, fin dal suo sorgere, ogni piccolo segno premonitore e da consigliarlo e indirizzarlo verso una vita igienica capace di assicurare il perdurare del suo stato.

I pubblici poteri, le autorità sanitarie, i mezzi della società devono essere orientati verso una siffatta politica se si vogliono raggiungere i maggiori e i migliori risultati, con l'impiego più giusto delle risorse economiche e delle conquiste scientifiche. Non sembra proprio che questo sia l'indirizzo del nostro Paese, voglio dire degli organismi dirigenti attuali; anzi da noi, spesso, si va in una direzione opposta.

E mi duole, collega Criscuoli, che nell'economia della sua relazione lei non abbia trovato spazio per le malattie professionali e per una doverosa solenne denuncia dell'allarmante deterioramento dell'ambiente in cui l'uomo vive, e che lei non abbia messo in rilievo la carenza quasi assoluta del Ministero della sanità in materia di intervento per il risanamento dell'ambiente in cui viviamo.

Il Ministero della sanità si ostina a non elaborare, a non promuovere strumenti legislativi per far fronte, per esempio, al daninosissimo, e in costante aumento, inquinamento atmosferico e delle acque marine e fluviali; e a non affrontare parimenti i problemi legati alle acque di scarico industriale e al rapido grave esaurimento del rifornimento idrico delle grandi città. L'allarme è vivo nelle più grandi città: se non si provvede, fra pochi anni grandi città come Milano resteranno senza acqua.

Una prova, tra le molte altre, dell'assoluto immobilismo governativo in materia è data dall'inerzia nei riguardi dell'inquinamento atmosferico. I colleghi senatori della passata legislatura già conoscono la curiosa vicenda di un disegno di legge contenente: « Provvedimenti contro l'inquinamento atmosferico » da me, con altri colleghi, presentato una prima volta alla Camera nel 1957 e ripresentato al Senato nel 1958. Modesto disegno di legge, limitato a poche norme essenziali, avente lo scopo dichiarato di stimolare il Governo a emanare un *corpus legis ad hoc* il più completo possibile. Dopo discussioni nell'11ª Commissione in sede deliberante e vari rinvii, nell'aprile del 1962, mentre stava per riprendere la discussione, il ministro Jervolino chiese un ulteriore rinvio perchè, a suo dire, il disegno di legge si trovava ancora all'esame di un'apposita Commissione costituita non ricordo bene presso quale Ministero, (Industria e commercio, forse) con rappresentanti della presidenza del Consiglio e di ben altri sette Ministeri. Sia detto tra parentesi che perfino la Confindustria si era scomodata per mettere il suo bastone fra le ruote. Se qualche collega vuole divertirsi, può leggere in proposito le discussioni sul bilancio della Sanità 1960-61, 1961-62 e i miei interventi su questo argomento.

Orbene, dopo tali vicende stiamo ancora oggi aspettando un segno di vita del Ministero della sanità sulle norme legislative indispensabili da dare al Paese, per combattere in modo unitario gli inquinamenti atmosferici e delle acque, che causano danni assai rilevanti alla salute pubblica dei nostri concittadini. I lodevoli sforzi di amministrazioni comunali e provinciali di alcune grandi città non sono sufficienti: i regolamenti d'igiene locali servono solo parzialmente. Si chiede insistentemente da tutte le parti un provvedimento legislativo: compito non facile, non lo nego. Ma allora, a che servirebbe un Ministero della sanità? Sarei grato al ministro Jervolino se mi potesse preannunciare prossima la presentazione di un disegno di legge governativo in materia; eviterei così di ripresentare il mio, aggiornato ed ampliato

E non mi ha certo lusingato il fatto che quest'anno, una pregevolissima relazione dell'Istituto per la scienza dell'amministrazione pubblica sugli inquinamenti atmosferici, riporti per esteso leggi di molti Stati, assai elaborate contro l'inquinamento atmosferico e per la purità dell'aria, mentre per il nostro Paese abbia potuto indicare solo il testo unico di pubblica sicurezza, il testo unico della sanità, regolamenti sanitari superati, regolamenti d'igiene comunali, e come unico, modesto tentativo di regolamentazione legislativa — me ne vergogno — il mio disegno di legge. Chiedo scusa di questa divagazione e del riferimento personale; ma ritenevo l'episodio molto indicativo della pigrizia ministeriale.

Tornando al tema generale, onorevoli colleghi, dicevo che di fatto la situazione è andata deteriorandosi, nel senso che le risorse e i mezzi pubblici — risorse e mezzi sempre più scarsi e relativamente in diminuzione — sono destinati alla prevenzione, mentre gli interventi sanitari in caso di malattia sono lasciati alla cura privata del cittadino isolato o inserito nell'organizzazione mutualistica. La disciplina di questi due settori spetta a differenti poteri. Ove occorre unitarietà, vi è divisione; ove occorre coordinamento, vi è contrapposizione; ove occorre organicità non solo vi è disparità di indirizzi e di programmi, ma spesso lacune gravi e omissioni per difetto di attribuzioni e di competenze.

Da queste sommarie considerazioni discendono, a nostro parere, i compiti che stanno di fronte alla quarta legislatura. Primo: ricondurre sotto la competenza delle autorità sanitarie le attività e le istituzioni sanitarie del Paese. Secondo: dare alla legislazione sanitaria un indirizzo nuovo, che tenga conto dei principi costituzionali. Terzo: indirizzare la politica sanitaria in modo che la salute dell'uomo sia considerata un interesse della collettività e ad essa si provveda con i mezzi necessari per raggiungere l'obiettivo della conservazione e del potenziamento dello stato di salute. Urgente perciò l'attuazione del servizio sanitario nazionale, le caratteristiche fondamentali del quale ho esposto nella prima parte del mio intervento: non più assistenza sanitaria e previdenza sanita-

ria, ma sicurezza sanitaria, cioè una tutela completa del cittadino, attuata a spese della collettività ad opera dei pubblici poteri, in modo uguale per tutti.

Per questo è necessario riformare l'istituto mutualistico mediante un'unificazione di tutte le forme e gli Enti di previdenza di malattia in un unico Ente, al quale siano attribuiti i compiti della tutela economica del lavoratore colpito dallo stato di malattia.

È necessario, onorevoli colleghi, parallelamente tenere distinti, attribuendoli allo Stato, gli interventi sanitari per il ripristino dello stato di salute e per la completa riabilitazione. L'attribuzione allo Stato, il che vuol dire Ministero della sanità, Regioni, Province e Comuni, di questi compiti, consente un intervento globale sulla salute e riconduce l'attività diagnostica, terapeutica e di recupero ad un « momento » anche se il più delicato e rilevante, di una completa linea di politica sanitaria, che ritrova nel momento della prevenzione il più diffuso e rigoroso impegno di tutto il sistema.

Ho veramente finito, onorevoli colleghi. Chiedo venia per avervi rubato troppo tempo e ringrazio coloro che hanno avuto la cortesia e la pazienza di ascoltarmi.

Il nostro voto contrario al bilancio in esame vuole non solo sottolineare la critica alle troppe cose che non vanno bene, ma porre in rilievo specialmente l'impegno di noi comunisti ad operare con tenacia e slancio crescenti, affinché il Paese abbia un servizio sanitario veramente moderno ed efficiente, e l'impegno a collaborare con tutti coloro che vogliono veramente dedicarsi alla difesa della salute degli italiani. (*Vivi applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni.*)

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Samek Lodovici, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche i due ordini del giorno da lui presentati insieme con altri senatori. Si dia lettura degli ordini del giorno.

F E N O A L T E A , Segretario :

« Il Senato,

convinto che la preparazione del personale di sanità pubblica è fra i fattori essen-

ziali e fondamentali per l'adeguamento dell'organizzazione sanitaria italiana ai bisogni attuali del Paese e al progresso della scienza e della pratica dell'igiene pubblica;

rilevato altresì che la disponibilità di personale specificamente preparato è notevolmente inferiore al fabbisogno,

mentre fa voti perchè venga incoraggiato con tutti gli opportuni provvedimenti l'avvio dei giovani laureati alla nobile carriera della sanità pubblica,

invita il Ministro della sanità a farsi promotore della ricostituzione in veste moderna, della gloriosa Scuola di sanità creata nel 1889 da L. Pagliani, dove tutti i funzionari di sanità pubblica, tecnici ed amministrativi, possano compiere la loro preparazione e formazione secondo un organico piano di studi.

SAMEK LODOVICI, LORENZI,
CORNAGGIA MEDICI »;

« Il Senato,

constatato che i servizi della C.R.I. in fatto di trasporto infermi e di pronto soccorso in genere vengono, specialmente nelle sedi più periferiche, integrati da tempo dalle organizzazioni che fanno capo alla Federazione nazionale delle Associazioni di pubblica assistenza e soccorso,

invita il Governo a disporre per adeguati aiuti finanziari atti ad impedire la cessazione di attività altamente benemerite, sentite dalle popolazioni, e di crescente necessità.

SAMEK LODOVICI, SELLITTI, INDELLI, FARNETI Ariella, PIGNATELLI, SCHIAVONE, CORNAGGIA MEDICI, ARTOM ».

PRESIDENTE. Il senatore Samek Lodovici ha facoltà di parlare.

SAMEK LODOVICI. Onorevole Presidente, signor Ministro, cari colleghi, non meravigliamoci troppo del nostro sistema sanitario. Esso è storicamente il portato della mancanza di una base di partenza e di

un piano di sviluppo logici all'origine, e della improvvisazione riconosciuta con la quale sono stati affrontati più recentemente i problemi dell'assistenza.

La nostra prima legge sanitaria, del 20 marzo 1865, il Regno la ereditò dallo Stato sardo, che faceva del servizio sanitario una attribuzione dell'autorità amministrativa: il Sindaco, al di sopra i Vice-Prefetti e il Prefetto, all'apice della piramide il Ministro dell'interno con l'ausilio consultivo, accanto all'autorità amministrativa, di Consigli di tecnici. Nel 1888 si fece un piccolo passo avanti. I medici condotti furono investiti del carattere di ufficiali sanitari governativi; nella Provincia furono istituiti medici provinciali, assistiti da un Consiglio di sanità; al centro fu costituito un Consiglio superiore di sanità.

Ma l'autorità sanitaria, che l'ispiratore della riforma, Agostino Bertani, voleva tecnica ed autonoma, rimase al Sindaco, al Prefetto, al Ministro dell'interno, come prima. Nel 1902 venne istituita la Direzione generale di sanità, ma sempre come organo del Ministero dell'interno; e questa struttura insufficiente, subordinata, essenzialmente amministrativa più che tecnica, è rimasta praticamente invariata fino alla costituzione dell'Alto Commissariato, sebbene già dopo la prima guerra mondiale si facesse sentire la necessità di una riorganizzazione sanitaria nel senso dell'autonomia e la vicina Francia ce ne avesse dato un esempio creando nel 1920 un Ministero dell'igiene e della previdenza. Da noi prevalsero invece il quietismo e l'arrendevolezza, bollati dal Petragliani, dei preposti di allora alla Sanità pubblica, e tutto rimase immobile, mentre i tempi mutavano e reclamavano adeguamenti nelle strutture e soprattutto nello spirito.

Col testo unico delle leggi sanitarie, nel 1934, pur rimanendo invariate le strutture dell'ordinamento sanitario, ebbe inizio tuttavia anche da noi una politica sanitaria volta a combattere, oltre le malattie infettive, quelle definite sociali; vi fu, cioè, un adeguamento al progresso dell'igiene e della medicina anche nella nostra politica sanitaria. Ma, bisogna rilevarlo per spiegarci la genesi meno remota dello stato attuale, per quanto

riguarda il settore sempre più vasto della cura delle malattie e del recupero della salute, la nostra Amministrazione sanitaria ne è rimasta sempre estranea. E ne è rimasta fuori, completamente avulsa, anche quando, sotto il pungolo della crescente impossibilità dei singoli di far fronte da soli alle conseguenze dell'evento morboso e sotto l'imperio stesso delle nuove necessità politiche e sociali create dalle grandi guerre, incominciò a sorgere l'assistenza sanitaria basata sulla previdenza e sulla mutualità e, accanto ad una miriade di enti mutualistici minori, si costituivano i grandi giganti parastatali, la Previdenza sociale, gli Infortuni sul lavoro, l'I.N.A.M., eccetera. Così, quando nei nuovi tempi e con nuove vedute dello Stato sui propri compiti in materia di salute individuale e collettiva, nacque l'A.C.I.S., i grandi enti dell'assistenza e della previdenza, che ho detto, erano già da tempo sotto la tutela di altri Ministeri, il Lavoro e l'Interno, e rimasero purtroppo completamente quanto illogicamente fuori dalla giurisdizione della Sanità pubblica. Ed invano si sforzarono di ricondurveli i presentatori del faticoso disegno di legge di iniziativa parlamentare, che portò nel 1958 all'attuale Ministero della sanità, un Ministero affetto da una congenita debolezza di costituzione, assolutamente incompatibile con i doveri e le competenze di una Sanità pubblica modernamente intesa, la quale miri alla tutela integrale della salute, non concepita come assenza di malattie, ma come un livello, uno stato di benessere fisico e psichico del singolo cittadino e, pertanto, della collettività.

Cinque anni di esperienza e di faticosa vita, di inconvenienti per i limiti istituzionali, nei quali la Sanità pubblica è costretta ad agire, ma soprattutto la spinta che viene dalla situazione attuale dell'assistenza, che non ho il tempo di analizzare, ma che tutti possiamo riconoscere per diversi aspetti non certo tragica ma insoddisfacente, reclamano, anche se sulla terapia le idee non sembrano affatto sufficientemente concordi e chiare, senatore Scotti, che lo Stato e, logicamente, il suo organo competente per definizione, il Ministero della sanità, si interessino di tutto il settore della sanità, della

prevenzione, dell'assistenza, del recupero della salute, eccetera. E veramente dovremmo, senza ulteriori indugi, riordinare le strutture del nostro ordinamento sanitario, cercare di coordinare, armonizzare, concentrare, supplire finanziariamente, gerarchizzare. È questa, d'accordo, una musica che dura da tempo e talora con frastuono a tutti i livelli. Ma, a mio parere, sarebbe un grave errore di superficialità il credere che il ritardo, le remore nell'opera di riforma dipendano essenzialmente dalle resistenze delle strutture vecchie e più recenti, dalle posizioni precostituite, da gelosie ed egoismi anche umani o, peggio, dipendano da inerzia, inettitudine e carenza di volontà dei Governi transeunti, o da tutto questo insieme.

In realtà, e non dobbiamo dimenticarlo, nè tacerlo per onestà, siamo di fronte ad un problema di vastità e di complessità eccezionale e, oltre alle difficoltà finanziarie che devono essere vinte data la posta in gioco, ma che non possono essere sottovalutate, c'è, e pregiudiziale, il problema del come, di quali riforme si devono attuare e attuare per prime. Ci si deve infatti guardare intanto dall'autolesionismo, che è un po' di moda, mentre molti degli inconvenienti lamentati sono in parte esagerati e conseguenza anche dello immenso aumento del consumo sanitario, che è indice di un mutamento in meglio della nostra mentalità. Ma soprattutto dobbiamo guardarci dalla suggestione di quanto è stato fatto altrove, in Russia e in Inghilterra, in condizioni storiche, politiche, etniche, assolutamente diverse dalle nostre.

Dobbiamo guardarci dall'attribuire, nei nostri mali, una virtù taumaturgica alla statizzazione o nazionalizzazione della medicina! Non è vero che in Inghilterra, che in Russia, tutto vada bene o per il meglio, che sia stata trovata la formula matematica risoltrice, una qualche equazione dei campi unificati di Heisenberg, il grandissimo fisico, e che anche da noi in Italia tutto sia, almeno teoricamente, già ben definito e basti quindi, non manchi cioè, che la volontà politica, per avviare ed arrivare, sia pure gradualmente, ad una riforma radicale, se non perfetta, positiva!

Non mi sembra che sia così! Di sicuro, di unanime, vi è solo la convinzione che il presente stato di cose non deve continuare e reclama notevoli correzioni ed adeguamenti.

Un monito, senatore Scotti, un invito alla serietà ed alla prudenza mi sembra proprio che si possa interpretare anche quanto detto dal Giovanardi, da lei citato, al Convegno di igienisti, a S. Pellegrino, nel luglio di quest'anno.

Il professor Giovanardi, lamentando che in Italia, a venti anni dal conflitto, la situazione dell'organizzazione sanitaria non è sostanzialmente mutata, faceva risalire tale mancato rinnovamento, tra l'altro, alla impreparazione con cui sono state affrontate da noi le riforme dei servizi di vigilanza igienica e dell'assistenza sanitaria, cioè senza alcuno studio preliminare, senza un rilevamento di uno stato di fatto, senza un corredo sufficientemente ampio di dati e informazioni tecniche obiettive.

È noto che la vastità e la complessità dei problemi è tale che in alcuni Paesi, ad esempio in Grecia, nella Finlandia, nella Spagna, per iniziativa della Organizzazione mondiale della sanità, sono addirittura in atto delle zone sanitarie sperimentali pilota, per ottenere degli indirizzi sufficienti.

Se è vero che dobbiamo muoverci, ma muoverci senza preconcetti aprioristici e mirando a riforme che rimedino almeno ai più grossi degli inconvenienti lamentati, evitando con sicurezza di crearne per avventura di nuovi e più gravi; se dobbiamo mirare ad una riforma, cioè, che rappresenti un vero progresso verso il raggiungimento della finalità etica e costituzionale della prevenzione migliore e della cura ottimale, della preservazione, del recupero, della creazione del benessere fisico e psichico del cittadino, obiettivamente sembra a me che non si sia giunti ancora a conclusioni probanti, ma, semmai, invece, esclusive di una grande riforma rivoluzionaria del tipo « statizzazione della medicina » nel nostro Paese.

Permettetemi, oltre la mia modestissima, di accennare a qualche opinione ben più autorevole. Tra i politici, a sostegno di una insufficienza dei dati e dei rilievi obiettivi necessari per decisioni operative, mi basti

ricordare la proposta di inchiesta parlamentare sull'assistenza, presentata alla Camera dei deputati dall'onorevole Vigorelli. Tra i medici, Villa, clinico insigne e studioso appassionato del problema, e certo non sospetto di preoccupazioni personali professionali, si dichiara contrario ad una nazionalizzazione della medicina di tipo inglese, preoccupato non a torto, a parte la considerazione dell'enorme costo, di un ulteriore scadimento della qualità della prestazione medica — e Villa può ben giudicarlo autorevolmente, con la sua esperienza di consulente e di insegnante — scadimento che si avrebbe sicuramente con un'assistenza organizzata pagata dallo Stato, senza limiti né condizioni di sorta, per tutti indistintamente. E dello stesso parere è un esperto del ramo e sociologo del valore del Savoini che in una lezione di diritto sanitario alla Università di Bologna nel 1962 scrive: « Se bastasse affermare il bisogno per far ricadere su un solo responsabile l'obbligo di provvedere e questo soggetto unico del dovere fosse lo Stato, noi non potremmo credere alla vitalità del sistema. Da un lato ci sono le individuazioni e gli apprezzamenti soggettivi del bisogno, dall'altro le valutazioni oggettive generalizzate. Il conflitto diverrebbe, in tal guisa, immanente e continuo: da una parte lo schieramento di tutti i cittadini, poichè tutti sosterebbero, dalla gamma dei bisogni personali, familiari, i diritti propri senza doveri, dall'altra parte lo Stato cui incomberebbe tutto l'obbligo per una protezione senza confini, mancando corresponsabilità tra uomo e società nel perseguire il bene comune ».

E Savoini cita il Vilhelm il quale afferma: « È fatale che con un simile costruito si arrivi al punto critico che prende inizio da una maligna reazione a catena, quella in cui lo Stato-providenza indebolisce con un regime di assistenza in tutto coattivo la volontà dei singoli di agire sotto propria responsabilità e sensibilmente riduce con eccessivi gravami fiscali la idoneità dei singoli a provvedere a se stessi, mentre d'altro canto proprio questa rende l'individuo dipendente dall'assistenza coattiva dello Stato

e aumenta le loro pretese verso di esso ». È la fine della libertà!

Ma per obiettività debbo ricordare anche il Pequignot che nel suo classico studio «Elementi di politica e amministrazione sanitaria», uscito nel 1954 a Parigi, giudica, invece, il sistema inglese di nazionalizzazione della medicina preventiva, assai lodevole e tale da permettere la pianificazione del sistema di prevenzione delle malattie, il quale deve esplicitarsi — e sono d'accordo — in modo omogeneo per tutti i cittadini e non essere lasciato all'iniziativa di organizzazioni locali (le stesse cure evidentemente per la prevenzione della rabbia, del vaiolo, eccetera). E rispondente a ragioni tecniche gli appare anche la nazionalizzazione degli ospedali come è stata realizzata dal servizio inglese perchè — ed ecco il segreto pensiero del Pequignot la rivelazione della sua fondamentale ragione — permette una sana politica ospedaliera di costruzioni di stabilimenti di cura nel modo più economico possibile.

È in fondo la vera preoccupazione, mi sembra, viva e legittima del nostro relatore, senatore Criscuoli, che si è dichiarato, e a ragione, di essere figlio del sud e pertanto è preoccupato, giustamente, di carenze ospedaliere, quelle del Mezzogiorno soprattutto, che non possono risolversi senza un intervento massivo dello Stato, sull'esempio da lui ampiamente citato della benemerita Cassa per il Mezzogiorno.

Non dimentichiamoci però che il Pequignot scriveva nel 1953, prima, senatore D'Errico, prima, onorevoli colleghi, che emergessero maggiormente i tanti inconvenienti del servizio sanitario inglese. Anche per il Pequignot, se l'opera di prevenzione delle malattie e la gestione e pianificazione degli ospedali rappresentano compiti dello Stato, assai discutibile gli appare, già allora, la nazionalizzazione degli ambulatori privati, della medicina pratica, poichè il sistema costa più caro di quello della medicina preventiva e dell'organizzazione ospedaliera, e soprattutto perchè l'organizzazione della medicina curativa non può diminuire nè l'entità delle spese sanitarie, nè migliorare — ed è il punto essenziale — la qualità del-

la medicina, della prestazione sanitaria. Ed anche egli esclude che rappresenti l'ideale di una saggia politica sanitaria, senatore Scotti, la soppressione totale del bilancio personale, come in Russia, come in Inghilterra, essendo per lui necessario far partecipare, sia pure in minima parte, il malato alla sua guarigione. E conclude esser necessario che lo Stato faccia una distinzione formale, fra i bilanci di prevenzione e di equipaggiamento sanitario da una parte e tutto ciò che riguarda il bilancio della cura delle malattie dall'altra. Mi sembra, pertanto, che anche per Pequignot, in ultima analisi, l'essenziale è che lo Stato intervenga con norme e fondi adeguati per la costruzione economica pianificata degli ospedali, per le attrezzature e per la prevenzione. Da noi, se si tiene conto che la mutualità copre ormai la quasi totalità della popolazione e andrà verosimilmente estendendosi alla piccola parte che ne è rimasta fuori, una nazionalizzazione degli ospedali, a parte i suoi gravi inconvenienti, perlomeno appare del tutto superflua, una volta che lo Stato intervenga con gli aiuti necessari per le costruzioni e dia, tramite gli organi competenti, cioè tramite il Ministero della sanità e i suoi organi periferici, norme tecniche adeguate per il loro funzionamento e il loro coordinamento, e infine anche per la riorganizzazione, su basi più logiche, dell'assistenza mutualistica. Una nazionalizzazione degli ospedali, che personalmente e con molti commissari, almeno della mia parte politica, reputo pericolosa e dannosa, è comunque, caro amico ed illustre senatore Ajroldi — tu sei stato Presidente degli Istituti clinici di perfezionamento di Milano — è comunque assolutamente contrastante col nostro clima psicologico, con l'interesse, anzi con l'amore dei cittadini per « il loro » ospedale, nonchè in contrasto con la stessa divisata programmazione regionale ai sensi della Costituzione. Gli ospedali devono continuare a godere di una illuminata autonomia e sono lieto che anche il senatore Scotti riconosca la necessità della gestione autonoma degli ospedali; è del resto, non è il caso che lo dica, anche la linea della Democrazia cristiana alla quale ho l'onore di appartenere. Ma se questa nostra secolare,

splendida tradizione ospedaliera, che è una realtà umana ed anche un luminoso patrimonio morale, non va mortificata nè paralizzata, questo non esclude che da tempo si senta viva la necessità di interventi normativi e finanziari dello Stato, non potendo più, in genere, gli ospedali sopperire ai tanto accresciuti bisogni con le risorse locali, con i patrimoni depauperati degli enti e neppure con i proventi della privata beneficenza, che va tuttavia incoraggiata e riconosciuta per la sua utilità e per l'alto insegnamento morale, non perituro, che ne consegue.

Concludendo, costretto come sono ad una rapidissima sintesi per mancanza di tempo, a parte il giudizio negativo circa una nazionalizzazione in senso stretto degli ospedali, io ritengo che qualsiasi riforma sanitaria che voglia portare ad un miglioramento della qualità della prestazione medica, che è l'essenziale nell'assistenza, dovrà comunque sforzarsi di rispettare il massimo possibile di libertà e responsabilità del cittadino malato, salvaguardare le esigenze intrinseche dell'atto medico, che è per se stesso un rapporto individualistico, ed anche, amico Alberti, sollecitare e assicurarsi la convinta collaborazione dell'*homo medicus*, dei medici, i quali nella loro totalità chiedono per sé e per i malati una medicina più umana, più medicina, meno burocratizzata, più dignitosa, cioè — riconosciamolo — tutto il contrario delle conseguenze inevitabili di una nazionalizzazione.

E vengo ora, onorevole Ministro, ad alcune piccole cose concrete, frutto anche della mia lunga riflessione ed esperienza di medico a tutti i livelli, da medico condotto a libero docente a primario direttore d'ospedale, sulle quali mi sembra che tutti, senatore Scotti, dovremmo essere d'accordo e che dovrebbero essere fatte al più presto, perchè non solo non pregiudicano gli ordinamenti futuri, ma sembrano essenziali, indispensabili, prioritarie per ogni sano ed efficiente ordinamento sanitario.

Prima di tutto, onorevole Ministro — e scusatemi se è un *leit motif* e vi insisto ancora dopo l'intervento sul bilancio della Sanità del 1962 — bisogna rimediare all'insufficienza strutturale del Ministero. Essa

è stata messa ininterrottamente in luce da una serie di studiosi, dal Carapelle, già al suo sorgere, al Rabaglietti, consigliere d'Appello e professore di diritto sanitario a Bologna. Non posso dilungarmi ma, in breve, ha fatto bene, molto bene, onorevole Ministro, a creare una Direzione generale della alimentazione, e farà benissimo a renderla anche più efficiente. Ma per un migliore espletamento dei compiti del Dicastero della sanità, alle attuali Direzioni generali si sarebbero dovute aggiungere da tempo le seguenti: una Direzione generale dell'assistenza ospedaliera, distinguendola da quella attuale, così gravosa, dell'igiene pubblica ed ospedali; una Direzione generale dei servizi dell'assistenza sanitaria, in quanto la regolamentazione dell'assistenza richiede in sommo grado competenza tecnica; una Direzione generale per i servizi di produzione e commercio dei farmaci, distinta dunque da quella del servizio farmaceutico, data l'importanza enorme che ha nell'assistenza sanitaria la produzione e il commercio dei farmaci con tutti i suoi complessi problemi: l'efficacia, la serietà, la brevettabilità, il prezzo dei medicamenti eccetera. Recenti avvenimenti scandalistici, da me previsti (perdonate le continue citazioni) in una relazione inascoltata, anzi contrariata assai, del 1950 mi dispensano dal sottolineare ulteriormente la questione in questo momento.

Si può in sintesi affermare che le attuali Direzioni generali del Ministero della sanità, quali furono previste dalla legge istitutiva, hanno in realtà concentrato nelle mani di un solo dirigente servizi importantissimi, ma, purtroppo, troppo diversi per la loro natura per potervi sopperire speditamente e senza difficoltà, anche quando ne siano a capo funzionari di prim'ordine.

Secondo il Carapelle ottima cosa sarebbe stata anche la creazione di un « Segretario generale per coordinare l'azione di tutte le varie Direzioni generali, vigilarne l'andamento, interloquire negli affari d'importanza di ciascuna; in una parola, esso dovrebbe essere, nello stesso tempo, il maggiore più immediato collaboratore del Ministro sotto il punto di vista degli studi, della legislazione

e del contenzioso, nonchè l'esecutore illuminato della volontà e dell'indirizzo politico di tutti gli affari del Ministero». Mi sembra, questa, un'esigenza estremamente valida ed attuale. I Segretari generali sono infatti una necessità in tutti i Ministeri, come nelle Camere, ed è evidente che si richiedono uomini particolarmente capaci e preparati da ogni punto di vista, come ne abbiamo un esempio qui al Senato.

È poi urgente fissare i limiti di azione del Ministero, non sufficientemente definiti dalla legge istitutiva, ampliarli quanto necessario, porre fine alle incongruenze in modo che vi sia un solo Ministero a regolare, promuovere e controllare quanto concerne la Sanità, almeno, e sottolineo, nel contenuto tecnico; e non costringere o pretendere che l'energia di un Ministro, come nel caso del senatore Jervolino, supplisca alle deficienze della legge, che non gliene dà i poteri.

Lei, onorevole Ministro, ha proposto da tempo una riforma in questo senso, per cui le rinnovo le mie lodi. Una riforma che prova la sua alta sensibilità e il pieno centramento, da parte sua, del problema fondamentale; ma, poichè mi sembra che non sia riuscito a vincere gli ostacoli, penso che dovrà intervenire l'iniziativa parlamentare; e mi auguro che proprio all'11ª Commissione del Senato, che fu col senatore Silvestrini l'iniziatrice della legge istitutiva, mutilata poi nel suo faticoso *iter*, parta una proposta di legge per la sua piena integrazione.

Passando all'organizzazione periferica, bisogna: in primo luogo, riformare le strutture periferiche, in modo che gli uffici sanitari provinciali e comunali divengano organi esclusivi del Ministero della sanità, chiarendo e integrando la portata dell'articolo 4 della legge istitutiva, e ponendo fine ad interferenze, confusioni di poteri, diarchie.

DE LUCA LUCA. Soprattutto per quanto riguarda i Consigli provinciali della sanità!

SAMEK LODOVICI. In secondo luogo, bisogna stabilire l'obbligo della presenza di un ufficiale sanitario di carriera in

ogni Comune, ampliando e chiarendo le sue funzioni. E poi, onorevole Ministro, questo personale bisogna anche valorizzarlo moralmente ed economicamente, e non mortificarlo burocraticamente: bisogna invece invogliarlo, renderlo volenterosamente responsabile del suo altissimo compito autonomo, ed anche prepararvelo bene. Secondo il Maccolini solo il 50 per cento della popolazione italiana è fornito dei servizi di sanità pubblica ritenuti indispensabili dalla sanità moderna: i servizi di statistica demografica ambientale, di profilassi delle malattie infettive, di igiene del lavoro, di vigilanza igienica sugli alimenti e sulle bevande, di medicina scolastica, di assistenza alla maternità e infanzia. E bisogna giustamente, come hanno ricordato il collega Scotti, il professor Ragazzi ed altri prima di lui, tener conto anche delle nuove esigenze dell'igiene ambientale, che non possono più fare assegnamento sulle capacità naturali di recupero dell'aria, dell'acqua, del suolo, ma postulano nuove organizzazioni efficienti per il controllo delle condizioni effettive degli elementi naturali: ad esempio, l'inquinamento radio-attivo. Devo dire la verità, al Convegno medico di Saint Vincent appresi che in Russia gli studi in merito e la legislazione sono assai avanzati.

Per la popolazione dei piccoli centri, che è la più carente in fatto di servizi di sanità, bisogna provvedere creando consorzi di aree contigue di governo amministrativo.

In terzo luogo, bisogna dare una nuova struttura alla condotta medica, che non va soppressa, amico Pignatelli, per semplicistici calcoli finanziari, ma mantenuta adeguandola ai nuovi compiti.

SPEZZANO. E continuando a pagare una visita medica 150.000 lire!

SAMEK LODOVICI. Non posso entrare in discussioni particolari!

SPEZZANO. Non è un particolare: è un dato di fondo! E pagando per un parto 5 milioni e mezzo! Un parto di una povera è costato 5 milioni e mezzo!

S A M E K L O D O V I C I . I medici condotti, categoria tanto benemerita, sono indispensabili per un'azione capillare igienico-preventiva-curativa, per il riadattamento dei guariti all'ambiente sociale e di lavoro. Nessuno più di essi è a contatto con le esigenze delle popolazioni; e non mi vela il fatto di essere stato medico condotto nell'alta Versilia. Devono essi diventare i grandi collaboratori del Ministero della sanità, con due poli di orientamento: l'ufficio di igiene e l'ospedale.

In quarto luogo, bisogna definire meglio i compiti dei laboratori di igiene e profilassi, renderli più efficienti, chiarire i rapporti tra essi e il medico provinciale. E non c'è dubbio, onorevole Ministro, che occorrono oggi anche laboratori altamente specializzati di virologia. Ma soprattutto una cosa è urgente: aprire anche per i laboratori la carriera ai più meritevoli, eliminando definitivamente i sistemi dei canonicati, e sostituire alle promozioni per esami interni i pubblici concorsi; è una riforma che si sta trascinando da anni.

In quinto luogo, bisogna perfezionare la disciplina delle professioni sanitarie e delle arti ausiliarie. Più scuole per tecnici, per infermieri maschi e femmine, eccetera; non posso dilungarmi ora su questi aspetti.

Bisognerà anche curare, in sesto luogo, che la futura legge-quadro della sanità, poiché di questa si tratta e di questa abbiamo bisogno, non abbia carattere regolamentare come invece è avvenuto con il testo unico del 1934 che appare, amico senatore Alberti, più una legge di polizia che un Codice di prevenzione della salute.

E veramente, scusatemi la parentesi, non mi sembrano del tutto ingiusti, anche se mi toccano come parlamentare, i rilievi relativi non solo a proposito di un certo caos legislativo, ma anche della tecnicità delle nostre leggi sanitarie, mossi dal Rabaglietti. Bisogna finirla con la mania di tutto definire, per cui il giurista viene sempre più estraniato nella formazione delle norme giuridiche e si vede sempre più sostituito dal funzionario o dal politico, con la ovvia conseguenza di fare acquistare alle leggi un carattere contingente, utilitario, transitorio, come è accaduto

anche con la legge 30 aprile 1962, n. 283, per l'igiene degli alimenti e bevande e come avverrà con la successiva del 26 febbraio 1963, n. 441, che l'ha modificata ma, a mio sommesso parere, non in meglio. Infatti questa legge ha rafforzato, sì, tutte le sanzioni penali, ma ha, tra l'altro, procrastinato ancora una volta l'entrata in vigore degli istituti fondamentali della legge n. 283, i provvedimenti, cioè, in merito agli additivi consentiti, ai coloranti che si possono impiegare, in merito alla pubblicazione degli indispensabili metodi ufficiali di analisi, i provvedimenti che avevano messo un limite allo smercio dei prodotti confezionati in modo contrario alle leggi vigenti.

Sulla esigenza di dare adeguata veste giuridica alle nostre leggi ha insistito, del resto, a S. Pellegrino, anche il giudice costituzionale Papaldo, riconoscendo, e ci fa piacere, che l'organizzazione sanitaria deve essere basata su criteri rispondenti alle acquisizioni della scienza medica, ma sottolineando che il provvedimento, ispirato dalla tecnica, per essere tradotto in pratica attuazione nell'ambito della Pubblica Amministrazione ed entrare a far parte delle leggi dello Stato, ha bisogno di assumere adeguata veste giuridica; una veste giuridica dei problemi sanitari che è anche essa espressione di una tecnica dalla quale, ha ammonito, non si può prescindere.

È pertanto di fondamentale importanza, oltre il reclutamento, anche la preparazione tecnica ed anche giuridica del personale destinato a formare i quadri dell'Amministrazione sanitaria. Quanto al reclutamento, è ora di dire anche in sede parlamentare che, specialmente oggi, con l'assillo della rapida sistemazione e certi esempi più redditizi, la carriera dei medici provinciali, degli ufficiali sanitari, particolarmente nei piccoli centri, è una carriera spesso anche economicamente non allettante, povera, burocratizzata troppo, senza soddisfazioni, e talora anche deteriormente, politicamente succube, certo non molto appetita, mentre avremmo bisogno di funzionari soddisfatti, ben preparati, coscienti di rappresentare lo Stato ed una della sue prime esigenze: la salvaguardia della salute della collettività.

L'esigenza della preparazione è stata messa in solare evidenza, nel suo primo rapporto, dal Comitato degli esperti dell'O.M.S. Ne deriva la conferma dell'opportunità, anche nel nostro Paese, di creare, o più esattamente di ricostituire in veste moderna, la Scuola di sanità fondata nel 1889 da Luigi Pagliani per la formazione superiore del personale addetto alla Sanità, dalla quale sono usciti i nostri migliori igienisti del passato. Tale esigenza io illustrai il 20 giugno 1961 in un ordine del giorno, accettato dal Governo, ma che non ha avuto seguito, onde lo ripresento, convinto come sono dell'utilità di questa scuola. In questa scuola, parte dell'insegnamento dovrà anche darsi al diritto sanitario che da noi per ora, ma da poco, si insegna per illuminata iniziativa di quella Università, incoraggiata (bisogna dirlo) dal Ministero della sanità, solo a Bologna.

E vengo ora ad altri problemi pratici, di immediata attualità, che mi sembrano risolvibili senza eccessive perplessità di indirizzo.

Ospedali. Accenno soltanto al problema grosso della riforma degli statuti antiquati degli enti. Me ne sono occupato discutendosi il bilancio della Sanità del 1960, presentando anche un ordine del giorno che fu votato ed approvato dal Senato, il quale invitava: a) il Ministro della sanità a studiare, promuovere, predisporre, di concerto con il Ministro dell'interno, una revisione generale degli statuti ospedalieri e a stabilire, nel rispetto delle tradizioni locali e con tutte le cautele necessarie per incoraggiare la pubblica e privata beneficenza, norme aggiornate, fondamentali, comuni, per la composizione, le nomine, la competenza e il funzionamento dei Consigli di amministrazione ospedaliera; b) una partecipazione più responsabile dei direttori sanitari alle deliberazioni dei Consigli di amministrazione; c) la inclusione di diritto nei Consigli stessi di un rappresentante della Sanità, dell'ufficiale sanitario locale, magari, come tecnico ed organo del Ministero della sanità e tramite immediato tra l'ospedale e l'autorità sanitaria provinciale, anche al fine dell'auspicabile generale coordinamento delle attività dei vari ospedali.

Non le sfuggirà, onorevole Ministro, l'attualità di queste due ultime richieste e, almeno per esse, la fattibilità. L'inclusione di un rappresentante della sanità pubblica è chiaro che, mentre interpreta l'istanza del coordinamento tra ospedali e Amministrazione sanitaria ed anche tra ospedali ed ospedali, assicurerebbe e faciliterebbe nel modo più semplice un apporto di competenza equilibratrice.

Vi è il problema dei rapporti fra ospedali ed enti mutualistici. Prima di pensare a fusioni — non sono d'accordo neppure con questa subordinata della relazione — riterrei utile accedere ad una già vecchia proposta, quella di includere un rappresentante degli enti mutualistici nei Consigli d'amministrazione degli ospedali. Per questo basterebbe una leggina, forse anche una semplice circolare, attuata di concerto fra il Ministero della sanità, del lavoro e dell'interno. Questo sarebbe già, a mio modo di vedere, un passo importante nella volontà di studiare i problemi inerenti e di migliorare i rapporti tra mutue e ospedali.

Vi è poi il problema numero uno, quello della tranquillità del personale tutto, ma in particolare di quello sanitario, che ha un triplice aspetto: stato giuridico, stato economico, concorsi. Sono d'accordo con l'illustre professor Cassano che sarebbe meglio che vi fosse una diversa attitudine psicologica riguardo alla stabilità, ma osservo che la lamentata tendenza alla stabilità dell'impiego nel nostro Paese esiste; è un fatto dal quale non si può prescindere: ci tengono tutti, dai professori universitari all'ultimo impiegato dello Stato. Io ritengo indispensabile ed urgente prolungare adeguatamente la durata di servizio degli assistenti e degli aiuti, in modo che, successivamente, con le due qualifiche possano raggiungere adeguata serenità e stabilità. Reputo anche inutile formalizzarsi e negare ai primari, come è avvenuto fin qui, di permanere in servizio fino al raggiungimento dei settanta anni. A parte tante ragioni di equità comparativa ed anche di indole sociologica, attinenti all'invecchiamento della popolazione ed al ritardo con il quale ormai si entra nel lavoro, onde la necessità sociale di utilizzare maggiormente gli anziani per tutta la durata della

capacità lavorativa, il vero problema è quello di creare anche per i medici un maggior numero di posti di lavoro e, nel caso considerato degli ospedali, provvedervi sia costruendo quelli che mancano, sia istituendo i necessari posti di primario, di aiuto, di assistente delle grandi specialità come l'ostetricia, l'urologia, l'ortopedia, la pediatria, eccetera, che sono ancora oggi, in troppi ospedali, irrazionalmente e inadeguatamente esercitate dai primari rispettivamente medico e chirurgo.

Di grande utilità pratica sarebbe anche dare corso ad una norma per l'internato obbligatorio, con vitto e alloggio gratuiti, di giovani laureati in ospedali, prima dell'esame di Stato e per almeno un anno.

Si tratta di piccole eppure grandi riforme pratiche, fattibili, purchè si voglia, anche al di fuori di grandi riforme, e che non escludono d'altra parte neppure quella maggiore magnifica cosa che potrà essere una riforma degli studi di medicina nel senso auspicato dal senatore Cassano, riforma importante ma che fatalmente richiederà discussioni e tempo.

Per il trattamento economico del personale sanitario, specie subalterno, accenno solo all'istituzione del « tempo pieno », desiderato da molti, ma problema certamente complesso e condizionato, da noi, da circostanze di più difficile realizzazione, non solo quelle importantissime finanziarie, ma anche di ordine psicologico.

Per i concorsi sanitari, che devono essere aperti a tutti, ospedalieri o universitari, si tratta essenzialmente di un problema di moralizzazione, sul quale ho insistito già nella prima legislatura, il cui esempio, mi si perdoni, deve venire primamente dai clinici e dalle amministrazioni. Ottima cosa sarebbe, comunque, per sottrarli al massimo alle influenze deteriori, raggrupparli in sede nazionale o regionale, con nomine a sorte delle commissioni giudicatrici, esclusione da esse di commissari non tecnici, *unicuique suum*, tranne la presidenza, da affidarsi ad alti magistrati. Essi dovrebbero portare a graduatorie di idonei, con diritto a scelta preferenziale dei posti in concorso; l'amministrazione ospedaliera deve poi valersi del

periodo di prova, per il giudizio di conferma o meno.

Vi è infine il problema dei posti letto. In verità, io non so proprio e non l'ho capito bene...

DE LUCA LUCA. In Calabria, nei reparti ostetrici e ginecologici, le donne sono ricoverate in due in un letto!

SAMEK LODOVICI. Non so bene se il fabbisogno sia stato valutato, non soltanto citando un esempio, ma con rilievi precisi e obiettivi, che sono, senatore De Luca, evidentemente pregiudiziali per una terapia proporzionata, senza sprechi e soprattutto giusta!

Si deve, ad esempio, — e ne ha parlato D'Errico, citando gli studi inglesi — tener presente anche l'auspicio di una smobilitazione di molti sanatori per tubercolotici e la loro possibile diversa utilizzazione, naturalmente non oggi, ma nel 1965, nel 1970! Comunque, una cosa è certa: se gli enti ospedalieri o locali non possono provvedere nè a costruire nuovi ospedali, nè ad ampliare convenientemente gli esistenti, dove necessiti, è evidente che il problema finanziario non può essere risolto che da contribuzioni più o meno massicce dello Stato, giustamente invocate — ed è la vera *mens*, io credo della sua relazione — dal senatore Criscuoli, senza che questo debba implicare di per sè una statizzazione che appare del tutto superflua e secondaria.

È problema, quindi, di possibilità finanziarie del Paese, di scelte prioritarie nella spesa pubblica! È essenziale, invece, mi sembra, che nei rifacimenti ed ammodernamenti, come nelle nuove costruzioni ed anche per le attrezzature, si seguano direttive tecniche generali, unitarie, anche per evitare megalomanie locali, più o meno imperiali, direttive che non possono essere compito, onorevole Ministro, che del Ministero della sanità e dei suoi organi periferici.

La approvazione dell'autorità sanitaria dovrebbe essere *conditio sine qua non* per ottenere apporti finanziari qualsiasi dello Stato, e deve trattarsi di una approvazione non formale, ma a seguito di esami competenti e so-

prattutto solleciti; deve riguardare la scelta della località adatta, la forza dei letti, il tipo di ospedale che si vuol creare, medico-chirurgico, di alta specializzazione e così via, il funzionamento previsto, eccetera. Tutto questo, evidentemente, in base anche alle esigenze di un piano nazionale o regionale, che mi auguro sia già stato studiato.

Importantissimo è anche il problema della migliore, massima utilizzazione delle attrezzature ambulatoriali polispecialistiche esistenti degli ospedali, che sono state messe in crisi da una certa indiscriminata politica autarchica dell'I.N.A.M., in questi anni.

Non sono indispensabili fusioni mutue-ospedali; un accordo che intervenisse subito tra i Ministeri, faciliterebbe subito, con reciproco vantaggio di tutti, degli enti per reali economie — ad esempio di esami radiografici a pazienti già esaminati ambulatorialmente e poi ospedalizzati — e degli specialisti medici stessi della mutua, ma soprattutto degli assistiti, l'utilizzazione mutualistica dei più attrezzati poliambulatori ospedalieri, evitando agli assistiti affollamenti deleteri in ambulatori spesso angusti e improvvisati, senza contare la possibilità di indagini più accurate, per maggiore comodità e così via.

Ed ora, per il tempo che mi è consentito, mi permetta, signor Ministro, qualche piccola domanda con tutta deferenza. A che punto siamo con la vaccinazione anti-polio, col vaccino vivo attenuato, secondo Sabin? Lo accenno solo perchè ho presentato in merito un'interrogazione, ma non posso non esprimere la mia viva preoccupazione di cittadino e di medico, perchè non vedo alcun preparativo e soprattutto perchè non vedo e non sento la propaganda preparatoria, audio-visiva, scolastica, sulla stampa, indispensabile per una campagna di vaccinazione massiva, concentrata nel tempo, qual è necessaria per ottenere anche gli effetti epidemiologici desiderati.

E che la propaganda sia indispensabile, con tutti i mezzi, risulta anche dalle considerazioni del relatore, il quale lamenta la non sufficiente sensibilità, al problema, della popolazione, e purtroppo, onorevoli senatori, da tre anni nel nostro Paese la morbosità per poliomielite è stazionaria sui 3300, 3400 casi.

A che punto siamo con la bonifica sanitaria del bestiame? Ho letto con viva soddisfazione sulla stampa dei provvedimenti a favore della zootecnia recentemente deliberati dal Consiglio dei ministri. Si parla di 20 miliardi; se effettivamente si tratta di questa cifra essa rappresenta qualcosa, ma è indispensabile soprattutto che intervenga il Ministero della sanità e che insista per un piano di bonifica integrale del bestiame, dalla tubercolosi, dalla brucellosi che, come ho qui in altro momento a lungo illustrato, è di fondamentale importanza sul piano tecnico per non spendere inutilmente denaro con provvedimenti a scacchiera, e sul piano generale per la difesa della salute umana, oltre che per l'avvenire della nostra agricoltura.

Colgo l'occasione per compiacermi vivamente col servizio veterinario, in particolare coi professori Ademollo, Mirri e Rosati, per gli studi sulla infezione rabida delle volpi in Sicilia, e per la campagna antirabbica ivi condotta con successo mediante uccisione delle volpi e vaccinazione massiva dei bovini e dei cani col nuovo vaccino avianizzato secondo Fleury Hep.

Raccomando vivamente di fare qualche cosa anche per il grave problema della idatidiosi. Si valuta ad oltre un miliardo all'anno il danno provocato alle persone per spedalizzazioni e perdita di vite umane. Il professor Patrizi, direttore del macello di Roma, valuta in oltre 200 milioni i danni al bestiame nella sola campagna romana e il professor Tenda, direttore del macello di Sassari, li fa ascendere a 2 miliardi per la Sardegna. Lei sa, onorevole Ministro, che l'idatidiosi, se è massima in Sardegna, è diffusa anche in Basilicata, nelle Puglie, nella Calabria, in Abruzzo.

E un'altra domanda, onorevole Ministro: quando avremo un aggiornamento, evidentemente urgente, delle superate norme per la vigilanza e l'igiene della produzione, del trasporto del latte e per la sua classificazione secondo i criteri tecnici del valore nutritivo e della sua purezza biologica? Non insisto perchè c'è un'interpellanza e avremo tempo di svolgere l'argomento in quella sede.

Avviandomi alla fine, mi è doveroso dire che la relazione del collega Criscuoli, ricca

di dati, di proposte, è pervasa da una grande passione per la sanità, e lo ringrazio. Sono spiacente di non aver potuto condividere le preferenze del relatore per una nazionalizzazione degli ospedali. Sono invece d'accordo pienamente sull'importanza dell'educazione sanitaria, giustamente sottolineata dal relatore. Non si può non essere d'accordo.

Dal Di Vestea in poi, fino più recentemente al Ragazzi, tutti gli igienisti hanno insistito sulla fondamentale importanza dell'educazione sanitaria per la creazione di una coscienza igienica, di un abito di collaborazione istintiva della popolazione al mantenimento della salute, e ne hanno propugnato la diffusione, soprattutto mediante l'impiego, oggi, di personale sanitario ispettivo, come i medici igienisti e le assistenti sanitarie vigilatrici.

Il riordino in senso preventivo della sanità italiana può certo molto giovare dell'educazione sanitaria al livello scolastico, senatore Criscuoli; penso però che in questo compito, specie nei piccoli Comuni, dovranno essere largamente impiegati anche i medici condotti, che non vanno disattesi e potranno essere sempre più utili, ai fini della moderna sanità, se opportunamente aggiornati, incoraggiati, aiutati. A proposito dei compiti della scuola non posso fare a meno di spezzare una lancia anche per l'educazione stradale, soprattutto pratica, pur essendo al corrente delle difficoltà che vi si frappongono. Ma essa già si pratica correntemente in Francia, in Austria, in Belgio, negli Stati Uniti e anche questa educazione rientra indubbiamente nella profilassi, e purtroppo quale profilassi! Sono d'accordo sull'importanza di accurati esami psicotecnici per il rilascio delle patenti ai conducenti di automezzi e sull'utilità di una maggiore estensione volontaria dell'esame gratuito per la conoscenza del proprio gruppo sanguigno. Plaudo alle benemerite della Croce Rossa Italiana per il servizio di pronto soccorso stradale che è opera anche tecnicamente delicata (prof. G. L. Lorenzi) ma mi duole che la relazione abbia ommesso di ricordare il contributo delle varie Assistenze e Croci e Misericordie locali che, per il volontariato che le distingue, con carattere inconfondibile di nobiltà e per le profonde radici sentimentali e storiche, vanno non soppres-

se ma in ogni modo incoraggiate. (*Applausi del senatore Cornaggia Medici*). Ed è una necessità obiettiva; basti pensare che in un anno più di 300 mila sono stati i servizi svolti localmente dalle pubbliche assistenze e più di 300 mila le persone assistite. È una necessità assolutamente imprescindibile il tener presente questi corpi e aiutarli convenientemente. E in un ordine del giorno, che ha avuto l'onore di sottoscrizioni autorevoli, lo stiamo sostenendo.

CORNAGGIA MEDICI. La ringrazio, onorevole Samek.

SAMEK LODOVICI. Condivido la relazione del senatore Criscuoli sull'importanza del *dépistage* e dell'educazione sessuale per la profilassi delle malattie veneree, ma non sono d'accordo col collega senatore Criscuoli sulla necessità da lui prospettata di una neoregolamentazione della prostituzione, problema questo che naturalmente non ha nulla a che fare, come spesso si confonde, con le auspicabili misure d'ordine pubblico, contro l'adescamento. E colgo l'occasione per sottolineare che l'aumento della lue in questi ultimi anni non è un fenomeno italiano, ma riguarda tutto il mondo (Vilcox di Londra, De Lacretaz di Losanna, Franklyn R. Ficht di Chicago). La maggior diffusione si nota purtroppo nella gioventù, ma non sembra che la prostituzione ne sia un fattore molto importante, poiché i giovani tendono ad avere contatti sessuali con i loro coetanei piuttosto che con prostitute, ad esempio nei *sex-clubs*. Scrive Ficht: « È la ribellione alla morale tradizionale con le sue gravissime conseguenze per la salute pubblica. L'educazione sessuale, l'autocontrollo, sono ancor oggi la profilassi migliore ».

Pieno è il mio assenso sull'utilità della visita prematrimoniale, però spontanea, e naturalmente non obbligatoria. Mi permetto ricordare che io ho proposto fin dalla prima legislatura, in una relazione di minoranza al disegno di legge Monaldi, d'incoraggiare con opportuni incentivi, cioè con premi a sorte di nuzialità, per la salute della famiglia, i nu-

bendi che sentono il grande dovere di questa visita e presenterò un disegno di legge.

E sono d'accordo anche nella sintesi: la necessità di assegnazione di fondi maggiori al Ministero della sanità — che non sono tutto ma, onorevole Scotti, sono di fondamentale importanza — e la necessità del massimo sforzo (e non è detto che lei non lo faccia, onorevole Ministro) a tutti i livelli nel settore preventivo. Condivido un po' meno la speranza del relatore — una speranza forse solo propiziatrice — di arrivare a possibili economie finanziarie con una intensificazione della prevenzione. In verità i vantaggi ci sono, e grandi, ma di altro genere, non finanziari.

Le spese sanitarie di ogni Paese civile sono fatalmente destinate sempre ad aumentare (e di questo devono convincersi i politici).

C R I S C U O L I, *relatore*. Ma non in quel senso.

S A M E K L O D O V I C I . . . indipendentemente dalle condizioni sociali e politiche di una popolazione, dai disservizi e dagli abusi che si devono combattere. Bisogna che l'opinione pubblica a tutti i livelli, e soprattutto di Governo, si persuada di questa fatalità.

Come ha dimostrato il già citato Pequignot, questa spesa crescente dipende da un complesso di fattori, intrinseci ed estrinseci, non sopprimibili. In primo luogo dal progresso scientifico della medicina, la quale permette oggi, grazie a Dio, ma solo a prezzo di grandi spese, per terapie prima impensabili e per degenze prolungate, o in particolari istituti di cura, il salvataggio di vite umane che una volta erano condannate sicuramente a morte, ad esempio per meningite tubercolare, per stenosi mitraliche e in genere per tutte le cardiopatie suscettibili di cura chirurgica, eccetera. Dipende inoltre dal desiderio sempre più diffuso dell'individuo di preservare la propria salute e quindi di curarsi, come di avere maggiori agi in caso di ricovero ospedaliero (oggi nessuno vuole più il camerone negli ospedali, ma tutti tendono, e giustamente, ad avere una camera separata, e questo è segno di una grande evoluzione nella ci-

viltà del nostro Paese); dipende dalla necessità, per la sanità pubblica, di lottare contro le sempre nuove insidie ambientali, non solo biologiche ma chimico-fisiche, che la civilizzazione porta con sé, mentre d'altra parte essa è costretta a tenere sempre sotto osservazione e dominio vecchi nemici già vinti (ad esempio il vaiolo, la malaria, eccetera) ma non scomparsi e purtroppo sempre pronti ad esplosioni ribelli.

Si deve inoltre considerare che il grande successo della medicina (non ce lo vorrete negare), rappresentato dal prolungamento della media della vita umana da essa ottenuto, ha anche un rovescio; comporta, cioè, un maggior numero di valetudinari, di deboli, di cronici, di vecchi, consumatori tutti di medicine e bisognosi di provvidenze.

Queste sono, molto rapidamente, le vere, principali ragioni dell'aumento incessante delle spese sanitarie.

Da loro, dalla sanità pubblica, dipende però in ultima analisi il prolungamento, in efficienza fisica e psichica, della vita dei cittadini, la longevità, la sanità, la produttività di un popolo, cioè i presupposti fisici della sua felicità terrena.

Abbiamo quindi, noi medici, ragione di chiedere che queste spese siano affrontate con spirito e in modo prioritario. (*Vivi applausi dal centro. Congratulazioni*).

Presentazione di disegni di legge (nn. 199 e 200) e approvazione di procedura d'urgenza

T O G N I, *Ministro dell'industria e del commercio*. Domando di parlare.

P R E S I D E N T E. Ne ha facoltà.

T O G N I, *Ministro dell'industria e del commercio*. Ho l'onore di presentare al Senato i seguenti disegni di legge:

« Proroga ed integrazione della legge 16 settembre 1960, n. 1016, concernente finanziamenti a medio termine al commercio » (199);

« Autorizzazione della spesa di lire 3 miliardi annui per gli scopi di cui alla legge »

30 luglio 1959, n. 623, concernente nuovi incentivi a favore delle medie e piccole industrie » (200).

Chiedo che per entrambi questi disegni di legge sia adottata la procedura d'urgenza.

P R E S I D E N T E . Do atto all'onorevole Ministro dell'industria e del commercio della presentazione dei predetti disegni di legge.

Per tali disegni di legge è stata richiesta l'adozione della procedura d'urgenza.

Poichè non si fanno osservazioni, la richiesta s'intende approvata.

Ripresa della discussione

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Ferroni, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato insieme con i senatori Simone Gatto e Alberti. Si dia lettura dell'ordine del giorno.

F E N O A L T E A , *Segretario:*

« Il Senato,

considerato che pure nella inadeguatezza dei mezzi a disposizione della Sanità, particolarmente al capitolo 85 del Bilancio di previsione di detto Ministero, quest'ultimo debba proporsi ed attuare una organica, metodica, razionale azione di educazione sanitaria rivolta in modo particolare all'infanzia e alla gioventù;

ritenuto che i mezzi d'informazione radio televisivi possono assumere anche in questo campo dignità e importanza di mezzo educativo,

ritenuto che gli uffici specializzati del Ministero della sanità siano i più idonei a elaborare e coordinare tali mezzi in accordo e con la collaborazione di organi specializzati come la Croce Rossa Giovanile,

ritenuto altresì che la Rai-TV ha già dato in varie occasioni ottima misura di sè nel

campo dell'informazione pubblica su argomenti igienico-sanitari e che tale organismo offre ogni possibilità di utilizzazione con vari mezzi non esclusi quelli sceneggiati specialmente per quanto attiene alla terapeutica dedicata alla fanciullezza e all'infanzia e alla prevenzione delle più temibili malattie sociali,

invita il Governo a integrare gli esigui fondi a disposizione del capitolo 85 del Bilancio ed invita gli organi specializzati del Ministero della sanità a sollecitare accordi con gli uffici tecnico-artistici della Rai-TV per la sollecita elaborazione di un programma di propaganda sanitaria di ordine generale e particolarmente per la TV delle scuole e per le rubriche dedicate alla gioventù ».

P R E S I D E N T E . Il senatore Ferroni ha facoltà di parlare.

F E R R O N I . Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, signor Ministro, l'ora tarda m'impone una brevità anche maggiore che mi sarei, del resto, imposto spontaneamente. Quindi, a differenza dei colleghi che sono intervenuti sul bilancio della Sanità e che hanno parlato autorevolmente tutti, di tutti i problemi della sanità, io mi limiterò ad illustrare brevemente l'ordine del giorno.

Mi sono chiesto se valesse la pena di presentare quest'ordine del giorno. Me lo sono chiesto perchè, ascoltando diligentemente i numerosi interventi sui bilanci sia qui discussi, ho visto che da ogni parte politica, anche da parte di coloro in ogni caso vincolati all'approvazione, sono state formulate, sia pure con accenti diversi, tali e tante richieste che, sommate e tradotte in cifre, vedrebbero dilatato il bilancio globale delle spese, se non proprio del doppio, giù di lì.

Se ne ricava questa considerazione, a mio parere: che, o c'è una miopia grave nella formulazione e nella concezione dei bilanci dello Stato o c'è una realtà che non consente, o che non si vuole possa consentire, un reperimento maggiore di entrate per una meno miopia valutazione delle spese necessarie. Comunque, allo stato attuale delle cose, s'impongono pur sempre delle scelte: scelte che

tengano conto in qualche misura delle indicazioni e delle richieste scaturite dal dibattito. E per questo, quindi, ho colto l'invito di taluni autorevoli miei colleghi di Gruppo a presentare quest'ordine del giorno, sperando che esso non debba finire in quell'« archivio-cimitero degli ordini del giorno » che deve pur esistere in qualche angolo di tutti i Ministeri.

Il tema che mi propongo è quello dell'educazione sanitaria. In questo campo si è fatto poco, ed anche dalla lettura del bilancio si prevede che si farà troppo poco. Il capitolo 85 del bilancio prevede, sì, a questo titolo una certa cifra, ma è certo che questa cifra sarà interamente assorbita dalla partecipazione a convegni scientifici, congressi eccetera, utilissimi senza dubbio e indispensabili, ma che non assolvono a quella funzione di propaganda popolare, di propaganda elementare, pur tanto necessaria: necessaria soprattutto per le nuove generazioni alla cui educazione dobbiamo provvedere con tutti i mezzi che la tecnica e la scienza oggi ci offrono come non mai in passato.

Direi che se per il recupero degli analfabeti si sono istituiti corsi anche radiotelevisivi di insegnamento, coniando il motto: « Non è mai troppo tardi! » nel campo della educazione sanitaria, rivolta a tutti, certamente, ma particolarmente ai ragazzi, andrebbe detto: « Non è mai troppo presto! ».

La relazione del senatore Criscuoli, alla cui lettura mi ero accinto, lo confesso, con una certa diffidenza (ed i motivi sono ovvi) è, anche su questo argomento, ricca di considerazioni, di indicazioni, di suggerimenti; e del resto non solo su questo argomento, ma in tutta la vasta diagnosi della situazione sanitaria, previdenziale, assistenziale del nostro Paese. Io sono lieto di potergliene dare atto; ma direi che meno indicativa la relazione è sulla terapia da adottare per sanare i tanti mali, diagnosticati da un occhio indubbiamente attento di uomo in cui la coscienza morale, sociale e professionale non è stata inaridita dal cinismo politico. Quindi non mi soffermerò, ripeto, sulle cose scritte dal senatore Criscuoli, che tutti in quest'Aula conoscono e che forse, ripetute da me, potrebbero

essere sciupate nel loro contenuto, non essendo io un esperto in questo campo, anche se i lunghi anni di esperienza negli enti locali mi hanno valso, da parte di un faceto medico dell'Amministrazione provinciale di Venezia, l'appellativo di *apprenti sorcier* della tubercolosi, allorchè mi occupavo di quello e di altri problemi in campo sanitario.

Io mi limito dunque a chiedere che, con uno storno di fondi da attingere appunto al fondo di accantonamento di 1.050 milioni del bilancio, o con una integrazione del bilancio di qualche diecina di milioni, si possa garantire al Ministero della sanità una disponibilità di mezzi da destinare esclusivamente alla propaganda sanitaria. Dicevo che la mia esperienza di amministratore in enti locali — esperienza, del resto, comune a molti colleghi — mi ha dato la misura di quanto sia diffuso questa specie di analfabetismo igienico-sanitario; ed avrei una casistica vastissima e probante da portare qui ma ve la risparmio per molte ragioni, e soprattutto per economia della vostra pazienza e del tempo a disposizione.

Col mio ordine del giorno ho suggerito un mezzo da aggiungere, signor Ministro, a quelli tradizionali delle conferenze, dei manifesti, dei *dépliants*, e simili: il mezzo televisivo e radiofonico, ma specialmente il primo, con il suo enorme potere di suggestione, con la sua enorme possibilità di colpire la fantasia dei ragazzi e di imprimere quindi nella loro mente quanto si vuole rimanga in essi di istruttivo e di educativo in questo campo. Ricorriamo dunque a sceneggiatori, professionisti o no, mettiamo a disposizione della Rai medici ed esperti sanitari capaci di suggerire temi specifici e di tradurre il tutto in formule anche sceniche, adatte all'infanzia, ed otterremo sicuramente, signor Ministro, risultati incredibilmente positivi.

Questo è tutto. Lascio all'onorevole Ministro ed ai suoi collaboratori il considerare la validità della proposta contenuta nel mio ordine del giorno, che mi lusingo sia accolto dall'onorevole Presidente e dall'intera 11ª Commissione.

A L B E R T I . Siamo tutti d'accordo.

F E R R O N I . Qui finisco, signor Presidente, anche se avevo in animo di introdurre un discorso che ho sentito stamane portare in aula da un altro collega; un discorso grave, che non può non lasciare preoccupato il Ministero della sanità: quello dell'inquinamento delle acque — e mi riferisco in modo particolare alle acque della laguna veneta, che, per essere circonscritte e chiuse, soffrono maggiormente di questo pericolo — e soprattutto dell'inquinamento atmosferico. Esso è di due tipi. Il primo tipo è rappresentato dall'inquinamento prodotto dall'esalazione di anidride solforosa proveniente dalle case di abitazione, dai grandi agglomerati cittadini, dalle auto, dai mezzi di trasporto.

(L'altro giorno passavo a Roma sotto la galleria del Tritone e ho notato l'esistenza di un'aria bluastro. Credo che se al centro della galleria vi fosse stata una cavia un uccellino, sarebbe morto nel giro di pochi minuti. Trascurò il fatto che in altri Paesi sono installati strumenti per mezzo dei quali, quando l'inquinamento raggiunge un certo limite, scattano dispositivi speciali che fermano la circolazione, la quale non viene ripresa fino a quando la galleria non è stata areata e il pericolo immediato è scomparso). Riconosco che esistono anche difficoltà obiettive a provvedere, perchè gli strumenti per l'abbattimento dell'anidride solforosa richiedono un impiego di acqua, che scarseggia sempre più nelle nostre città.

Vi è poi il problema dell'inquinamento dei grandi agglomerati industriali. Anche in questo caso il problema sorge quasi sempre a causa dei materiali combustibili. Per economia s'impiegano materiali, come la nafta, con un tasso del 5 e spesso del dieci per cento di anidride solforosa. Io non voglio dilungarmi su questo problema per l'ora tarda anche se mi riservo di parlarne più ampiamente in un'altra occasione. Lamento però che nel bilancio della Sanità non sia previsto almeno lo studio del problema stesso per giungere in

prospettiva ad una serie di leggi organiche, valide per tutto il territorio nazionale, così da aiutare l'iniziativa dei singoli Comuni. In sede locale, la Valle d'Aosta ha fatto in questo senso qualche cosa, come anche Venezia, che ha in corso degli studi dovuti ad una Commissione scientifica di cattedratici di Padova e Bologna. Io sono però certo che, quando anche i risultati di questa Commissione saranno tali da poter essere messi in pratica, i Comuni, le Province non avranno i mezzi legislativi per intervenire.

Abbiamo il testo unico delle leggi sanitarie decisamente insufficiente; saremo, come amministratori locali, impotenti ad intervenire seriamente.

Quindi auspico che il Ministero della sanità metta allo studio questo problema in senso nazionale e tale da predisporre una serie di leggi e di condizioni che possano portare a lenire il grave malanno, il grave danno per la salute pubblica dovuto all'inquinamento atmosferico; perchè l'aria è un patrimonio comune e non può essere rubata ai cittadini, a danno della loro salute. Per cui auspico che lo Stato abbia la volontà e che il Ministero della sanità disponga dei mezzi per addivenire alle necessarie ricerche ed alla soluzione anche di questo problema.

Chiedo scusa se mi sono prolungato oltre il tempo concessomi. (*Applausi dalla sinistra*).

P R E S I D E N T E . Rinvio il seguito della discussione ad altra seduta.

Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica oggi, alle ore 17, con l'ordine del giorno già stampato e distribuito.

La seduta è tolta (*ore 13,20*).

DOTT. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari