

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

51^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 16 OTTOBRE 1963

(Antimeridiana)

Presidenza del Vice Presidente SPATARO,
indi del Vice Presidente TIBALDI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione	Pag. 2567
Annunzio di ritiro	2567
Deferimento a Commissione permanente in sede deliberante	2567

Seguito della discussione:

« Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964 »

(51). Seguito dello svolgimento dell'interpellanza n. 17 e dell'interrogazione n. 61:

CASSINI	Pag. 2585
FARNETI Ariella	2568
GATTO Simone	2602
INDELLI	2579
PERRINO	2593
PICARDO	2574

INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI

Seguito dello svolgimento (*vedi* Disegni di legge).

Presidenza del Vice Presidente SPATARO

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 9,30).

Si dia lettura del processo verbale.

FENOALTEA, Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del giorno precedente.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale s'intende approvato.

Annunzio di presentazione di disegni di legge

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

Pace:

« Integrazione del regio decreto-legge 2 settembre 1919, n. 1598, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473, sull'Istituto nazionale di previdenza e mutualità tra i magistrati italiani » (205);

FrancaVilla, Montagnani Marelli, Bertoli, Secci, Audisio, Cerreti, Carubia, D'Angelosante e Vacchetta:

« Istituzione di una Commissione parlamentare per l'energia » (206).

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

PRESIDENTE. Comunico che il Presidente del Senato ha deferito i seguenti disegni di legge in sede deliberante:

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

« Proroga ed integrazione della legge 16 settembre 1960, n. 1016, concernente finanziamenti a medio termine al commercio » (199-Urgenza), (previo parere della 5ª Commissione);

« 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-Urgenza), (previo parere della 5ª Commissione).

Annunzio di ritiro di disegno di legge

PRESIDENTE. Comunico che i senatori Merlin e Limoni hanno dichiarato di ritirare il seguente disegno di legge:

« Abrogazione del diritto erariale sul mellaio destinato alla fabbricazione dello zucchero » (62).

Seguito della 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 dello svolgimento dell'interpellanza n. 17 e dell'interrogazione n. 61

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della 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 dello svolgimento della interpellanza n. 17 e della interrogazione n. 61.

È iscritta a parlare l'onorevole Ariella Farneti. Ne ha facoltà.

FARNETI ARIELLA. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, in questo mio breve intervento intendo cogliere ed affrontare un aspetto particolare del bilancio della Sanità e precisamente il problema dell'O.N.M.I., il problema cioè dell'assistenza alla maternità e all'infanzia. Intendo inoltre illustrare anche l'interpellanza che è stata posta all'ordine del giorno e firmata anche dai colleghi Minella Molinari Angiola, Maccarrone e Scotti.

Il relatore senatore Criscuoli, nella sua elaborata ed interessante relazione, ha affermato, nel capitolo « Educazione sanitaria », che: « è obbligo dello Stato mettere in opera ogni sua facoltà per assicurare al cittadino la salute, la condizione cioè di benessere fisico e mentale, attraverso una serie di attività che prevenga gli agenti morbosi, elevi il livello igienico e sanitario e ne sviluppi le qualità psicosomatiche ».

Ha sottolineato, quindi, che deve « collocarsi tutto in un sistema di medicina preventiva, che accompagni l'individuo dalla nascita fino all'età matura ». Su questo punto e su queste questioni mi trova perfettamente d'accordo.

Ma poi il relatore afferma che « nel sistema di assistenza e formazione del bambino nell'età pre-scolastica, massima parte dovrà avere l'O.N.M.I. che, per il suo indirizzo propriamente medico-scientifico, può assolvere compiti che non possono essere demandati alla famiglia »; e rileva che « alla necessità che l'O.N.M.I. svolga una azione più capillare si oppongono le pessime condizioni dell'Ente ».

Ebbene, pur rilevando le indubbie difficoltà finanziarie dell'O.N.M.I., noi riteniamo che non è solo la mancanza di mezzi economici che impedisce all'O.N.M.I. di svolgere una adeguata funzione nel campo della assistenza della maternità e dell'infanzia.

Il problema della difesa della maternità e dell'infanzia non è, infatti, soltanto il problema dell'O.N.M.I., del suo funzionamento, dell'entità del contributo statale da ero-

gare all'Ente. È il problema di come questo importante settore assistenziale, sanitario e sociale viene affrontato. Con quali mezzi, con quali indirizzi, con quale metodo si intende, cioè, realizzare una reale e concreta assistenza alla maternità e all'infanzia.

L'attuale organizzazione assistenziale dei fanciulli e delle madri, rivela una incredibile confusione di organi e di funzioni. Tutto ciò dà luogo ad interferenze, dispersioni, sovrapposizioni ed anche a conflitti. È veramente un caos estremamente dannoso.

Io vorrei qui citare alcuni esempi, esempi anche clamorosi. Basti pensare alla divisione dei servizi tra legittimi e cosiddetti illegittimi; dico cosiddetti perchè sarebbe ora di abolire anche questa parola tanto brutta! I primi sono affidati all'O.N.M.I., i secondi alle Amministrazioni provinciali fino ai 14 anni, e poi all'O.N.M.I. fino ai 18 anni. Quindi, ecco già un paradosso!

Eliminare questa assurda ed anormale divisione è, pertanto, per tutti noi, un dovere, non solo perchè così vuole la Costituzione, ma anche perchè non è più moralmente tollerabile questa artificiosa divisione.

Esistono, inoltre, una varietà indefinita di organizzazioni che spesso si estendono dal centro alla periferia, rivolte tutte all'assistenza all'infanzia e alle madri; ma provocano, oltre che confusione e caos, dispersione dei mezzi finanziari destinati dallo Stato all'assistenza ed ostacolano una democratica programmazione dei servizi.

In questa situazione ogni tentativo di introdurre modificazioni e miglioramenti parziali, perfezionamenti tecnici e più moderni indirizzi assistenziali, è sempre frustrato ed ostacolato. Ciò dimostra la necessità di affrontare con urgenza il problema di una riforma generale degli indirizzi e delle strutture della assistenza alla maternità e all'infanzia. Ciò dimostra, inoltre, la necessità di adeguare i servizi e i criteri assistenziali alle nuove esigenze che si manifestano in tutti gli strati della popolazione, nelle città e nelle campagne, al Nord e al Sud.

Il concetto di assistenza, per poter rispondere alle esigenze di una società moderna, deve liberarsi da ogni residuo carattere be-

neficio e facoltativo, per divenire un diritto del cittadino.

L'assistenza alla maternità e all'infanzia non riguarda solo la persona, la famiglia, ma interessa tutta la società e ne implica una particolare responsabilità ed intervento.

Ciò è affermato a piene lettere nell'articolo 31 della nostra Costituzione.

Si impone, pertanto, con urgenza un adeguamento del sistema assistenziale, onde assicurare a tutte le madri e a tutti i bambini costanti cure di ordine sanitario e sociale. Ho voluto porre l'accento sulla parola « tutti », perchè oggi l'O.N.M.I. non può affrontare, anche per la sua particolare legge istitutiva, il problema rivolgendosi a tutti in generale. Infatti l'O.N.M.I. non è in grado di far fronte alle pressanti e nuove esigenze. Basta riferirsi alla sua data di nascita, il 1925, per comprendere come la legge istitutiva dell'O.N.M.I. non possa essere in armonia con la nostra Costituzione.

Ciò del resto sarebbe anche troppo semplicistico. Se andiamo poi a vedere quali compiti la legge fissava all'O.N.M.I., constatiamo che essa doveva provvedere alla protezione e all'assistenza delle gestanti e delle madri bisognose e abbandonate; dei bambini lattanti e divezzati fino al quinto anno, appartenenti a famiglie che non possano prestare loro tutte le necessarie cure per un razionale allevamento; dei fanciulli di qualsiasi età appartenenti a famiglie bisognose e dei minorenni fisicamente e psichicamente anormali, oppure materialmente o moralmente abbandonati, travati e delinquenti, fino all'età di diciotto anni compiuti. Sono questi compiti sufficienti per attuare una assistenza che sia, come dice la Costituzione, un diritto per tutti i cittadini e non soltanto un intervento straordinario per i più bisognosi e tali da assicurare alle famiglie tranquillità e da agevolare l'inserimento della donna nella vita sociale e produttiva? Ben altri intendimenti ed obiettivi perseguiva nel 1925 il legislatore.

Questo si legge anche nella relazione ad una proposta di legge presentata alla Camera dei deputati il 24 luglio 1959 dall'onorevole Maria Pia Dal Canton. Vi si afferma che

« al fascismo non è mancata la possibilità di orientare l'Opera verso le finalità proprie di quella politica demografica e totalitaria », vi si legge ancora che l'O.N.M.I. ha « una impostazione autoritaria e paternalistica ». È quindi l'O.N.M.I., così com'è strutturata, con questi gravi difetti di origine, è in grado di affrontare i molteplici compiti di carattere educativo, sanitario e sociale propri dell'assistenza alla maternità e all'infanzia?

La legge istitutiva dell'O.N.M.I. e l'O.N.M.I. stessa sono oggi superate. Non è quindi solo ed esclusivamente un problema di mezzi economici da elargire all'O.N.M.I., ma è un problema di sistema, di metodo, di compiti che vanno sollecitamente affrontati e precisati attraverso un'organica riforma. Non basta infatti elencare il numero dei consultori materni e pediatrici aperti dall'O.N.M.I., anche se questi sono indubbiamente in numero considerevole, per poter affermare che in materia sanitaria le cose vanno bene, come si è affermato da alcune parti. I consultori, pur essendo numerosi, sono ancora insufficienti e mancano in misura adeguata proprio nelle zone più arretrate e depresse. Quel che è più grave è il modo come funzionano, che non può farci ritenere soddisfatti. Mancano spesso di personale specializzato e vengono pertanto affidati a medici generici, ed io ne ho esperienza direttamente come amministratrice di un Comune dove i consultori dell'O.N.M.I. sono stati affidati per un certo periodo di tempo ad un medico condotto.

Le assistenti sanitarie sono in numero insufficiente, prive di adeguati mezzi anche di trasporto, per cui sono ostacolate nel lavoro presso le famiglie; e ciò particolarmente nelle zone di campagna, della collina e della montagna, dove più urgente sarebbe l'opera di educazione e di assistenza. Gli ambulatori, proprio nelle zone periferiche della collina e della montagna, sono spesso aperti solo un'ora o due ogni dieci o quindici giorni, ed ospitati, non sempre, in locali idonei ed attrezzati. Eppure l'onorevole relatore ha dato un particolare rilievo nella relazione all'educazione sanitaria ed alla medicina preventiva! Ma non sono certo i

consultori dell'O.N.M.I., così come oggi in molte zone funzionano, in grado di affrontare questo importante e basilare compito.

Queste cose le affermiamo soltanto noi, e non sono qui dette per compiere opera di demolizione. Un giudizio assai severo in questa direzione è stato formulato anche di recente al Congresso nazionale della Società di ostetricia e ginecologia. È un giudizio di fallimento dell'O.N.M.I. come organizzazione sanitaria; giudizio che viene da una sede molto qualificata. L'onorevole Gotelli, presente al Congresso, ha tentato — almeno ci risulta — una giustificazione attraverso la denuncia dei debiti, della pesantezza della situazione finanziaria. Ma quel che è interessante è che ha dovuto riconoscere che l'O.N.M.I., così com'è, non può più andare, che deve essere pertanto modificata, ed ha proposto una maggiore caratterizzazione dell'O.N.M.I. nelle sue funzioni sanitarie e parasanitarie, affidando ad altri enti le attività sociali, quindi, gli asili nido, le scuole materne, le colonie, i refettori materni eccetera. È questo un tentativo di giustificare l'inadeguatezza dell'O.N.M.I. nel campo sanitario col fatto che l'O.N.M.I. deve occuparsi anche dell'assistenza sociale? Ma anche in questo caso, proprio nel campo dell'assistenza sociale, l'attività dell'O.N.M.I. è assolutamente inadeguata soprattutto in rapporto alle esigenze sociali che le sempre maggiori funzioni di responsabilità pubblica assunte dalla donna hanno determinato.

Le donne che compiono un lavoro extra-domestico sono oggi in Italia numerose, e le coniugate rappresentano il 42 per cento delle donne inserite nella produzione, nell'attività extra-domestica. Questo fatto indubbiamente ha determinato il sorgere di problemi nuovi e complessi, che esigono, come sancisce la Costituzione, un intervento pubblico adeguato. È inutile, perchè è stato più volte affermato da autorevoli colleghi anche nelle passate legislature, che io vi intrattenga per dirvi a quanti gravi sacrifici e a quante pene siano sottoposte le lavoratrici madri; l'angoscia, la preoccupazione di dover abbandonare i loro piccoli per affidarli a persone non preparate, non in grado di

assolvere un compito tanto delicato. Sono queste persone, molto spesso, vecchie donne pensionate, o casalinghe senza pensione, che cercano con questo mezzo o di arrotondare la magra pensione della Previdenza sociale o di guadagnare qualche migliaio di lire per non morire di fame. Sono senza dubbio animate da buona volontà. Ma quale competenza, quale preparazione in materia di igiene, di alimentazione della prima infanzia esse possono avere? E quindi a quanti rischi vanno incontro questi bambini delle lavoratrici senza adeguate istituzioni che affrontino con serietà questo problema?

L'O.N.M.I. gestisce — si legge nella relazione — 514 asili nido che possono ospitare noi pensiamo al massimo ventimila bambini. Se si considera che i bimbi da 0 a 3 anni sono tre milioni e i figli delle lavoratrici circa un milione e mezzo, balza chiaro l'abissale divario che vi è fra bisogni e realtà. Di qui il malcontento, la pressione delle masse femminili perchè si affronti e risolva questo importante problema.

Gli asili-nido sono quindi in numero assolutamente insufficiente. È inoltre da criticare, per quelli che esistono, l'ubicazione: concentrati nelle regioni più progredite e nei centri cittadini, inesistenti alla periferia dove in maggior numero abitano le lavoratrici, inesistenti soprattutto nei piccoli comuni e nelle campagne. Il loro funzionamento, inoltre, lascia molto perplessi. L'orario di apertura, nella quasi generalità, è alle ore 9 ed impone alle lavoratrici di affidare i propri piccoli alla vecchia madre o alla figlia maggiore o alla vicina perchè li conducano all'asilo-nido. Ciò limita ed ostacola la frequenza.

Inoltre gli indirizzi psico-pedagogici e la struttura degli edifici non sempre sono rispondenti alle necessità fisiche e psichiche del bambino e ai moderni criteri dell'architettura e dell'urbanistica. Per cui si pone con urgenza la necessità di creare una rete capillare di asili-nido che raggiunga ogni abitato della città e della campagna, e di preparare il personale in numero sufficiente con criteri veramente moderni e scientifici.

Può l'O.N.M.I. affrontare questa esigenza della società moderna? Ebbene, noi rispondiamo no. L'O.N.M.I., si è detto, non può per motivi di ordine finanziario. Infatti si è verificata nei mesi scorsi la chiusura di asili-nido in alcune provincie, creando allarme e preoccupazione tra il personale dipendente e fra le madri lavoratrici. La stessa onorevole Gotelli, inoltre, come ho già affermato, dichiara che se l'O.N.M.I. deve potenziare e migliorare la propria attività sanitaria e parasanitaria, dovrà abbandonare l'attività sociale.

Onorevole Ministro, lei è a conoscenza di questi intendimenti? Si è discusso in questo senso? Che cosa ne pensa? Questi sono interrogativi che si pongono e per i quali sollecitiamo una risposta dall'onorevole Ministro della sanità.

Può comunque l'attività sanitaria, parasanitaria, di prevenzione attuarsi disgiungendosi, estraniandosi completamente dalla attività sociale, particolarmente nel campo della maternità e dell'infanzia? Ebbene, anche in questo caso noi rispondiamo: no. Ecco quindi che si pone con evidenza e con forza il problema di un cambiamento radicale della situazione, di una riforma ampia e completa del settore dell'assistenza alla maternità e all'infanzia.

E non siamo solo noi, onorevoli colleghi, a chiedere una riforma. Fin dal lontano 1956 il Senato, con un ordine del giorno approvato all'unanimità, si è pronunciato in favore della riforma ed ha sollecitato in tal senso il Governo; ma nulla è stato fatto. In questa direzione si è espressa più volte l'Unione provincie d'Italia. Sono state presentate proposte di legge da parte di parlamentari di diversi gruppi, compreso il gruppo di maggioranza relativa. Ma, malgrado queste sollecitazioni, nulla si è fatto in questa direzione.

È vero che vi sono pareri discordi circa il modo di fare la riforma. C'è chi chiede solo una riforma di struttura dell'Ente ed il suo potenziamento, c'è invece, come noi, chi chiede una riforma generale e democratica che affidi, così come afferma la Costituzione, alle Regioni, alle Provincie, ai Comuni,

col coordinamento del Ministero della sanità, la gestione di un servizio nazionale per la tutela della maternità e dell'infanzia che comprenda l'aspetto parasanitario, sanitario e sociale.

Sono gli articoli 5 e 117 della Costituzione che ci indicano questa strada, che noi non potremmo non scegliere se non contravvenendo ai dettami specifici della Costituzione.

Inoltre, onorevoli colleghi, nessuno di noi può disconoscere il fatto che il Comune per sua natura, nel modo più diretto e fisicamente concreto, rappresenta la comunità sociale. Nel costume e nella coscienza popolare il Comune è l'espressione quasi personificata della collettività a cui si appartiene e a cui ogni cittadino spontaneamente si rivolge per la soluzione di molti suoi problemi individuali e familiari.

I Comuni, le Provincie e le Regioni, quando saranno costituite e noi ci auguriamo molto presto, in quanto enti democraticamente eletti, sono quelli che possono offrire il massimo controllo amministrativo e politico, che possono permettere la massima collaborazione delle popolazioni nell'opera assistenziale, specie nell'attività di educazione sanitaria; sono quelli che possono agire, purché si garantiscano loro mezzi finanziari sufficienti, sono quelli, dicevo, che possono agire con maggiore agilità, con maggiore rapidità, con maggiore aderenza alla realtà dell'ambiente e alle sue necessità.

Alle Provincie e ai Comuni sono inoltre già affidati numerosi compiti di carattere assistenziale, in senso generale e in direzione dell'infanzia in particolare.

Anche qui vorrei portare alcuni esempi. Dicevo prima che l'assistenza agli infanti cosiddetti illegittimi è oggi affidata alle Provincie. Molte colonie estive marine e montane sono gestite dai Comuni singoli, da loro consorzi e dalle Provincie. Numerose sono le scuole materne comunali.

Inoltre molte Provincie, tra le quali la mia, quella di Forlì, hanno istituito ambulatori medico-psicopedagogici. Altrettanto dicasi per le scuole, gli istituti per sordi, sordastri e ciechi e per l'istituzione di centri audiologici e foniatrici.

Già la legge affida ai Comuni la medicina scolastica. È vero che nella relazione dell'onorevole Criscuoli, sono espresse critiche in questa direzione. Ma io vorrei chiedere in quale misura i Comuni sono stati aiutati finanziariamente affinché potessero affrontare con serietà questo importante compito.

Nella discussione sul bilancio del Ministero dell'interno è stato detto molto chiaramente qual è la situazione deficitaria dei bilanci comunali, situazione non certo imputabile agli amministratori.

Nella mia Regione, inoltre, è in atto una interessante esperienza per la costituzione di « unità sanitarie locali », costituite e da costituirsi in media una ogni 15-20 mila abitanti nelle zone rurali della montagna, una dai 20 ai 25 mila nelle zone rurali della collina, una dai 25 ai 30 mila nelle zone rurali di pianura, una ogni 40-50 mila abitanti nei centri cittadini. Ogni unità sanitaria locale svolge attività sanitaria e igienica ed ha a propria disposizione un igienista ed un pediatra.

Già questo è realtà per diverse zone delle provincie di Modena, di Reggio Emilia e di Bologna.

Agli enti locali, quindi, più solerti, più vicini ai bisogni ed alle sollecitazioni delle popolazioni amministrate, e che già egregiamente, pur tra innumerevoli ostacoli di ordine finanziario da una parte, di ordine burocratico dall'altra (soprattutto da parte delle Prefetture) stanno operando, come ho avuto modo di dimostrare, devono essere affidati i compiti dell'assistenza alla maternità e all'infanzia.

In questa direzione noi pensiamo ci si debba muovere, se si vuole affrontare con serietà ed impegno il problema della riforma. Ed anche su questo specifico problema, sulla necessità e sull'urgenza cioè di affrontare in modo responsabile il problema della riforma dell'assistenza alla maternità e all'infanzia, noi sollecitiamo l'onorevole Ministro ad esprimere la sua autorevole opinione.

Comunque, in attesa della riforma generale, per la quale chiediamo che una proposta di legge venga sollecitamente appronta-

ta, presentata e discussa, perchè possa diventare operante entro il limite massimo di un anno, noi riteniamo sia necessario affrontare e risolvere subito con urgenza alcune questioni indilazionabili.

Onorevole Ministro, necessita ripristinare immediatamente la legalità nell'O.N.M.I. Gli articoli 8, 11 e 12 del testo unico del 1934 dicono chiaramente che i Comitati provinciali e i Comitati di patronato comunali debbono di diritto essere presieduti rispettivamente dai Presidenti delle Amministrazioni provinciali e dai Sindaci. Da anni invece vigono le gestioni commissariali. Numerose sentenze del Consiglio di Stato hanno definito illegale e arbitraria l'azione del Governo. Il Consiglio di Stato ha dato ragione a noi e agli amministratori democratici degli enti locali che da anni si battono per la cessazione del regime commissariale e per il ripristino della legalità. Attendiamo ora un impegno a provvedere, onorevole Ministro.

La seconda questione immediata da affrontare riguarda il finanziamento dell'O.N.M.I. Nel bilancio del Ministero della sanità sono stanziati 15 miliardi; da anni è invalsa l'abitudine, non certo lodevole, di presentare proposte di legge per la concessione di contributi straordinari, e ciò al fine, si dice, di ripianare i *deficit* dei bilanci. Anche quest'anno è stata presentata una proposta di legge per la concessione di un contributo straordinario di 6 miliardi, cifra non certo modesta in rapporto a quella del contributo ordinario che, ripeto, è di 15 miliardi.

Sa l'onorevole Ministro il costo complessivo del servizio gestito dall'O.N.M.I.? Perchè, io ritengo, oltre al contributo dello Stato c'è da considerare anche il contributo degli enti pubblici locali, contributo in impiegati, in locali, in attrezzature, oltre a contributi straordinari di ogni genere ed elargiti in ogni momento. Se l'onorevole Ministro conosce — come non metto in dubbio conosca — il bilancio complessivo dell'O.N.M.I., che tenga conto di tutte le entrate, da qualsiasi fonte provengano e a qualsiasi titolo

concesse, noi lo invitiamo a mettere anche il Parlamento in condizioni di conoscerlo.

C'è da rilevare, a proposito del bilancio dell'O.N.M.I., che la Corte dei conti, nella relazione al Parlamento sul controllo degli enti sovvenzionati dallo Stato, ha comunicato alla Presidenza del Senato, in data 18 gennaio 1962, quanto segue: « L'ordinamento dell'Opera si rivela ormai inadeguato e inattuale, sì da richiedere una radicale riforma legislativa. In tale sede possono trovare soluzione alcune questioni che attualmente danno luogo a casi di illegittimità nella gestione: tale la retribuzione degli organi sociali compiuta attraverso l'accorgimento contabile del « rimborso spese » che tuttavia, per la sua congruità e continuità, in sostanza rappresenta una forma retributiva in elusione alla norma che sancisce la gratuità delle cariche sociali ».

« Occorre che la gestione sia programmata », dice ancora la Corte dei conti; e poi aggiunge: « La gestione dell'Ente non è stata esente da rilievi che già hanno formato oggetto di segnalazione ». E prosegue: « È infine da rilevare che l'autorità di vigilanza ha provveduto soltanto nel 1959 all'approvazione dei rendiconti degli esercizi dal 1952-53 al 1955-56, e ancora non ha approvato i successivi, nè ha approvato il preventivo dell'esercizio 1955-56, pur autorizzandone le successive variazioni ».

Queste osservazioni della Corte dei conti non hanno bisogno di commento, si commentano da sole e parlano da sole della gravità della situazione. Ecco perchè noi chiediamo esplicitamente, signor Ministro, che venga presentato al Parlamento il bilancio dell'O.N.M.I. nonchè il programma e gli indirizzi che l'Ente intende affrontare; che possa aprirsi in Parlamento un dibattito attorno a questo importante problema e che ogni parlamentare sia messo in grado di intervenire ed esprimere il proprio parere su documenti precisi ed ufficiali.

Queste richieste, onorevoli colleghi, ci sono dettate dalla preoccupazione viva in noi, e non soltanto in noi, ma anche tra le donne lavoratrici, le madri, i medici, il personale sanitario ed educativo e di ogni grado

dell'O.N.M.I., preoccupazione che deriva dalla grave situazione in cui questo importante settore della nostra attività è lasciato. Preoccupazione che è espressa anche, mi pare, dall'onorevole Perrino e da altri colleghi, quando nella loro interrogazione affermano che « la situazione dell'Ente è divenuta così precaria da lasciar prevedere a brevissima scadenza la paralisi completa di ogni attività delle sue 11.000 istituzioni ».

Noi comunque non siamo d'accordo che il problema si affronti soltanto sotto l'aspetto dell'elargizione di altri contributi, senza prima affrontare un esame completo di tutta la questione. Non siamo d'accordo non perchè vogliamo a tutti i costi la fine dell'O.N.M.I.; lungi da noi questa idea prima che si sia costruito qualche cosa di nuovo e di più efficiente che la sostituisca nei compiti che oggi ad essa sono affidati.

Ci rendiamo conto delle difficoltà, del disagio del personale e delle sue giuste e sacrosante richieste di carattere economico-salariale. Anzi, esprimiamo ai medici, alle assistenti sociali, al personale sanitario la nostra più viva solidarietà e siamo consapevoli delle gravi difficoltà in cui si trova, da una parte pressato dalle popolazioni, dalle madri che protestano per le mancate od insufficienti prestazioni, dall'altra invitato dalla Direzione centrale a fare economia per mancanza di fondi.

Noi chiediamo, onorevole Ministro, così come abbiamo scritto nella nostra interpellanza, in forma assolutamente prioritaria: primo, un esame della situazione e dei programmi di attività dell'O.N.M.I. da parte del Parlamento; secondo, il ripristino della legalità nei Comitati provinciali e comunali; terzo, l'impegno allo studio organico di una riforma democratica che attribuisca agli enti locali l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

E mi auguro, onorevole Ministro, di poter avere una soddisfacente risposta in questo senso. (*Vivi applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

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

P I C A R D O . Signor Presidente, onorevoli senatori, signor Ministro; era doveroso che, prima che io iniziassi le mie considerazioni sul bilancio della Sanità, prendessi nota di quanto fino ad oggi è stato detto e ripetuto in quest'Aula, sui problemi della salute pubblica. Inutile negare che anche la semplice lettura delle esaurienti discussioni e delle reiterate proteste, che da sei anni a questa parte si sono fatte sul bilancio della Sanità, dà luogo a legittime perplessità circa l'effettiva azione di Governo in tale settore.

Infatti, nei numerosi dibattiti sostenuti in questa sede, la nota dominante e concorde è quella della scarsità dei mezzi, assolutamente sproporzionati alla vastità degli obblighi.

Abbiamo appreso dallo stesso onorevole relatore, che disegni di legge opportunamente preparati « come era prevedibile », non giunsero in tempo a percorrere l'iter parlamentare nella passata legislatura; sappiamo che numerose proposte, suggerimenti e piani di riforma giacciono da anni insabbiati, mentre la gran parte dei problemi sanitari rimane insoluta o mal risolta.

A questo punto è lecito chiedersi quale concreto valore possano avere le nostre parole, quale sostanziale apporto alla risoluzione di problemi tanto annosi e dibattuti, possa dare la nostra esperienza, se altri numerosi tentativi sono caduti nel nulla e se ad ogni legislatura si deve ereditare dalla precedente un così malinconico retaggio di cose ridette e di situazioni ripetute.

Alla base di tutto ciò sta l'immobilismo politico, unico apprezzabile risultato della politica di compromesso tra i partiti di maggioranza; mentre fuori di quest'Aula il popolo, che attende da noi una effettiva azione risanatrice, si chiede a chi giovi questo lungo rimbalsare di responsabilità da una legislatura all'altra.

Che si tratti di un difetto di metodo lo dimostra il fatto che, dopo sei lunghi e faticosi anni di discussioni a vari livelli, competenze ed attribuzioni del Ministero della sanità rimangono ancora allo stato nebuloso. E ciò non tanto per difetto di strumenti legislativi o per scarsità di mezzi finanzia-

ri, quanto per una incredibile rivalità di vari Dicasteri, in conflitto di competenza tra loro.

Ora, se da un punto di vista strettamente tecnico è inammissibile che le attività sanitarie sfuggano al controllo di organi competenti preposti al settore specifico, dal punto di vista politico è del tutto assurdo parlare di politica sanitaria ed affrettarsi a specificarne le applicazioni nel campo scolastico, sociale, ospedaliero, e discutere se essa debba essere di natura preventiva o curativa, senza riuscire nel frattempo ad organizzare la vita e le funzioni del naturale strumento attraverso cui tale politica dovrebbe realizzarsi, ossia il Ministero della sanità.

Ogni Governo socialmente impegnato non può disconoscere che la politica sanitaria è un presupposto di ogni altra politica, in quanto l'azione politica pone, come suo soggetto-oggetto, un dato concreto che è l'uomo nella sua realtà fisica e morale. Invece, il riproporre per sei volte un bilancio di previsione, quasi negli stessi termini e con le medesime deficienze, dimostra che in effetti non esiste una coscienza sanitaria nella politica degli uomini che si sono succeduti al Governo, condannando ad una inesorabile, cronica insufficienza il Ministero della sanità. Lo stesso senatore Criscuoli ha avvertito il disagio morale di questo fatto, quando ammette di aver incontrato maggiori difficoltà nella compilazione della relazione di maggioranza per il bilancio di previsione di questo anno rispetto a quello del 1961-62. Ma pur dando atto all'onorevole Ministro della sua buona volontà di risolvere i vari problemi della Sanità, non si è purtroppo riusciti a sensibilizzare il Governo sui problemi della salute pubblica. Basterebbe da solo tale atteggiamento di agnosticismo e di indifferenza per dare un giudizio negativo su un programma politico e per giustificare l'opposizione ad un Governo così restio a risolvere le più reali esigenze dei cittadini.

Nella pratica professionale ho appreso che *repetita iuvant* ed è per questo che ci accingiamo a fare alcune proposte, nella speranza di qualche risultato concreto. In con-

siderazione anche dell'inguaribile ristrettezza dei fondi a disposizione del Ministero della sanità, io penso che anzitutto si debba guardare i problemi e cercare di affrontare e risolvere quelli più urgenti e più gravi. Bisognerebbe soprattutto fare una graduazione di necessità. A mio modo di vedere, prima fondamentale questione da affrontare è quella ospedaliera attorno a cui gravitano altri problemi connessi che potrebbero trovare una via d'uscita attraverso la risoluzione del problema base. Penso quindi che il Ministero della sanità deve rivolgere ogni sua cura alla riforma della struttura organizzativa, amministrativa e giuridica degli ospedali. Per la risoluzione di tale problema esistono presupposti teorici e pratici, in quanto alcuni complessi ospedalieri funzionanti potrebbero essere resi più efficienti, mentre altri dovrebbero essere costruiti *ex novo*. Naturalmente ogni riforma deve avere un programma e perciò per un piano ospedaliero organico sono indispensabili questi punti programmatici: aumento di posti-letto; loro distribuzione nel territorio nazionale; ammodernamento delle attrezzature; carriera del personale sanitario e, prima di tutto, assorbimento degli ospedali nella sfera di competenza del Ministero della sanità. È assolutamente necessario, infatti, coordinare le attività ospedaliere, oggi ancora disperse, in una visione nuova e in un concetto migliore della funzione dell'ospedale. Un ospedale che voglia rispondere alle esigenze della società contemporanea deve infatti essere considerato non più lo squalido nosocomio dove si andava una volta a soffrire o a morire, ma una cellula attiva e un centro di propulsione dell'attività economica e sociale del cittadino. L'ospedale, infatti, è un organismo che deve assolvere funzioni di terapia e profilassi; è una scuola di esperienza e un istituto di ricerca; è una comunità attiva che non si limita al recupero fisico e morale dei pazienti, ma provvede contemporaneamente all'educazione della coscienza popolare e alla diffusione di un costume sanitario. L'ospedale, in sintesi, è lo strumento unico e insostituibile della salute pubblica. Da questo rinnovato cri-

terio nasce la necessità di una larga distribuzione di centri ospedalieri fino all'estrema periferia del territorio nazionale e l'esigenza di un ammodernamento delle attrezzature e di una migliore qualificazione del personale sanitario, che ne elevi il livello di prestazioni e di rendimento. A questo fine, forse, potrebbe rispondere la pianificazione degli ospedali secondo un sistema detto planetario, creando nei grandi capoluoghi di provincia il grande ospedale e ospedali di proporzioni più modeste nei centri minori. Questo sistema, a mio avviso, permetterebbe la centralizzazione e decentralizzazione degli infermi a seconda delle necessità, la sistematizzazione piramidale dei servizi e delle relative attrezzature e, inoltre, consentirebbe un piano di edilizia ospedaliera con la costruzione di unità-tipo eguali, realizzabili su progetti di provenienza ministeriale. Si riuscirebbe, così, a snellire tutta la prassi burocratica, tutto quell'*iter* procedurale non necessario, con maggiore economia di tempo e di denaro.

Si dovrebbe altresì risolvere la questione della carriera del personale sanitario: non si può pretendere che un medico dedichi la sua attività quotidiana all'ospedale senza riceverne un adeguato compenso e una garanzia di stabilità; anche perchè oggi diviene necessario invogliare i giovani a venire negli ospedali, offrendo loro possibilità di successo, per evitare che le migliori intelligenze dirottino verso professioni più redditizie.

Parallelamente a questo si deve risolvere il problema della preparazione del personale ausiliario, con l'apertura di scuole per qualificare e riqualificare gli infermieri e soprattutto scuole per tecnici ospedalieri. Infine — ed è questo il punto dolente — bisogna assolutamente ridimensionare i rapporti tra ospedali e enti mutualistici, che oggi interferiscono tra loro in quanto sono termini inconciliabili di un'annosa controversia e lo resteranno finchè continueranno a dipendere da Ministeri diversi. Al contrario, concentrando tutte le attività assistenziali nell'orbita del Ministero della sanità, tale conflitto, certamente, troverebbe una soluzione naturale, con vantaggio soprattutto de-

gli assistiti. Ciò ovviamente presuppone un piano d'intesa e una volontà di collaborazione tra i vari Ministeri oggi preposti al funzionamento degli ospedali; mentre, a quanto è detto nella stessa relazione di maggioranza, « un malinteso senso di prestigio » di alcuni Ministeri impedisce, a sei anni dalla costituzione del Ministero della sanità, che gli vengano restituite alcune delle attribuzioni di sua specifica competenza, « provocando disorganizzazione, dispendio, malcontenti e ritardi nell'azione sanitaria del Paese. Così, mentre due o tre Ministeri si barriano dietro trincee di carta e sollevano sottili questione di preminenza, negli ospedali italiani la gente contende il proprio posto-letto ad altri infermi o, peggio, lo divide con essi, in promiscuità di affezioni e di età, contro ogni elementare rispetto della libertà e della dignità dell'uomo. Eppure tutti sappiamo che « democrazia » significa lo Stato concepito in funzione del cittadino e non viceversa, e che il potere esecutivo deve eseguire e non eludere le leggi.

Altra osservazione, signor Ministro, va fatta per il pronto soccorso stradale. Ottima iniziativa, senza dubbio, però limitata, attualmente, alle strade del Nord. Ma le statistiche ci dicono chiaramente che anche nel Mezzogiorno e nelle Isole gli incidenti sono purtroppo numerosi e siccome gli italiani del Sud, così come hanno gli stessi doveri, hanno anche gli stessi diritti di quelli del Nord, sarebbe desiderabile che questo servizio di assistenza stradale si svolgesse là dove esiste un maggior bisogno, là dove maggiore è la difficoltà di raggiungere un ospedale, là dove il traffico è meno sicuro. Senza dire che tali automezzi sanitari particolarmente attrezzati, oltre che adempiere ad un servizio di pronto soccorso stradale, potrebbero alleviare la difficoltà di comunicazione e, in occasione di calamità o di incidenti gravi, potrebbero essere impiegati con successo per portare un aiuto consistente ai centri colpiti.

Mi sia consentito di far notare qualche altra cosa. Nella relazione di maggioranza, a proposito di medicina sociale, non si fa cenno delle malattie professionali. Io credo che

questo oggi sia un problema particolarmente interessante. Il relatore in questo momento mi dice che è problema di competenza del Ministero del lavoro. Ma è proprio questa dispersione di forze che io combatto, nella convinzione che qualunque forma di assistenza sanitaria debba rientrare nelle competenze del Ministero della sanità. Sempre nel settore della medicina sociale bisogna rilevare alcune deficienze del Potere esecutivo. Lamentiamo una certa mancanza di organizzazione e, soprattutto, la carenza di regolamentazione per l'attuazione di numerose leggi.

Citerò qui alcuni casi di maggior gravità. La legge n. 1062 del 12 febbraio 1962, già in vigore, prescrive l'obbligo dell'indicazione del gruppo sanguigno nelle patenti di guida. Non si sa però quale laboratorio debba praticare questo esame e se il relativo onere debba ricadere sul cittadino o sullo Stato. Si era promessa l'emanazione di un regolamento che a tutt'oggi non è stato emanato.

Altro caso è la legge n. 83 del 15 febbraio 1961, la quale prevede, al terzo comma, che il medico provinciale può disporre il riscontro diagnostico sui cadaveri, quando vi siano dubbi sulla causa di morte o sospetto di malattie infettive. Ma la legge non dice affatto quale ente debba accollarsi l'onere di questo esame, ciò che rende praticamente inoperante la legge. Ancora si attende un regolamento o qualche circolare che illustri ai medici provinciali questo problema.

Vi è poi la legge n. 837 del 27 luglio 1963, che prescrive l'obbligatorietà dell'esame sierologico del sangue e sancisce, nell'articolo 7, che chiunque deve esibire un certificato di sana e robusta costituzione fisica deve sottoporsi all'accertamento sierologico del sangue per la lue. A prescindere dalla considerazione che non tutti gli organismi possono essere sottoposti a questo prelievo di sangue senza conseguenze, molti sostengono che la norma in se stessa è incostituzionale, in quanto contrasta con il disposto del secondo comma dell'articolo 32 della Costituzione, che dice: « Nessuno può essere obbligato ad un determinato tratta-

mento sanitario se non per disposizione di legge ». L'esame sierologico è un accertamento diagnostico, ma non si può, a rigore, considerare un trattamento sanitario, come sono invece indubbiamente le vaccinazioni obbligatorie. Se deve intendersi, per « trattamento sanitario », un accertamento diagnostico come l'esame sierologico di massa per la ricerca sistematica della lue o la schermografia di massa o la indagine tubercolonica di massa, allora l'esame sierologico in questione va eseguito perchè voluto da una precisa disposizione di legge, ed è illegittimo il rifiuto del cittadino a sottoporsi a tale esame. Ma se tali indagini diagnostiche non possono inquadrarsi tra i trattamenti sanitari, allora si deve porre in dubbio la legittimità costituzionale dell'articolo 7 su ricordato.

E ancora: la legge 5 marzo 1963, n. 292, prescrive all'articolo 2 che la vaccinazione antitetanica sia estesa anche ai bambini della prima infanzia, senza peraltro chiarire quale ente abbia l'obbligo di fornire il siero, mentre le altre vaccinazioni vengono praticate con vaccini forniti dai Comuni o dalle Amministrazioni provinciali.

Eppure l'articolo 4 della legge n. 292 prescriveva che, entro sei mesi dalla pubblicazione, sarebbe stato emanato il regolamento per stabilire le modalità di esecuzione della vaccinazione e della rivaccinazione. Tale termine, però, è trascorso senza che il regolamento abbia visto la luce. Positivo, invece, è stato l'intervento del Ministero della sanità

per la vaccinazione antipolio, con l'addossarsi l'onere della fornitura del vaccino, il che ne ha consentito l'immediata somministrazione. È auspicabile quindi che il Ministero provveda alla fornitura di tutti gli altri vaccini destinati alle vaccinazioni obbligatorie.

È necessario aggiornare e migliorare la regolamentazione della trasfusione del sangue; occorre poi emanare norme legislative circa l'utilizzazione delle acque reflue a scopo irriguo: mancanza grave, questa, purtroppo, per il Mezzogiorno e le Isole, dove tale fenomeno è particolarmente esteso, con grave pregiudizio della salute pubblica.

L'onorevole relatore Criscuoli, nella sua esposizione, parlò anche di educazione sanitaria, in Italia ridotta ad una scarsa ed inefficace propaganda, e sostiene che soltanto con l'insegnamento scolastico si possono ottenere dei risultati soddisfacenti. Anch'io condivido pienamente questa tesi, perchè sono assolutamente convinto che gli insegnamenti inoculati ai giovani nella prima infanzia possono dare risultati positivi. E qui basterebbe stabilire, di concerto col Ministero della pubblica istruzione, delle norme tecniche per introdurre l'insegnamento, nella scuola d'obbligo, di norme d'igiene, di pronto soccorso e di tutto ciò che possa essere utile alla salute pubblica.

Fatto quanto mai doloroso, che ci presenta l'onorevole relatore, è quello di vedere che molti centri medico-diagnostici, i quali già un paio d'anni fa mancavano in alcune città, ancora non sono stati realizzati.

Presidenza del Vice Presidente TIBALDI

(Segue P I C A R D O). Specialmente nelle zone più depresse, si avverte maggiormente il bisogno di questi centri, nei capoluoghi di provincia perchè la carenza del reddito economico talvolta non consente all'ammalato di trasferirsi da un centro all'altro: è evidente, allora, la necessità della costituzione di questi centri per la ricerca dei

tumori e di tutte le malattie cardio-reumatiche in ogni capoluogo di provincia.

Prima di fare una propaganda sanitaria, di spendere delle somme per questa attività certamente bella ed utile, signor Ministro, io penso che sia necessario creare più centri medico-diagnostici e più posti-letto, perchè, quando noi avremo fatto una propagan-

da più o meno efficace e il cittadino avrà acquisito una determinata coscienza sanitaria, accadrà che l'ammalato, nel cercare uno di quei centri o un ricovero in ospedale, si sentirà dire che il centro non esiste, e il posto-letto manca. Data la ristrettezza di bilancio e l'organizzazione attuale, non so davvero che cosa possa produrre efficacemente una propaganda sanitaria realizzata con cartelloni e manifesti.

A questo punto mi consenta, signor Ministro, di richiamare la sua attenzione sulla situazione ospedaliera della provincia di Caltanissetta, che mi sta particolarmente a cuore come medico e come parlamentare; tale provincia è al centro geografico di un bacino minerario; pertanto, oltre alla normale incidenza degli infermi bisognevoli di ricovero, bisogna aggiungere il numero non indifferente dei traumatizzati per infortuni sul lavoro. Siamo carenti di ospedali, carentissimi; abbiamo da tanto tempo sognato, sperato ed auspicato che venisse realizzato un nuovo ospedale. È una necessità inderogabile ed urgente. Purtroppo ho dovuto leggere, nella ripartizione delle somme stanziare, che per Caltanissetta si prevedono cento posti-letto per completamento ospedale. Mi consenta di dirle che tale intervento è del tutto inadeguato. È necessario un provvedimento più risolutivo, ed io mi permetto di sollecitarla, onorevole Ministro, affinché voglia esaminare attentamente questo problema, perchè, malgrado gli sforzi ammirevoli dell'Amministrazione e malgrado l'impegno e lo spirito di sacrificio del personale sanitario, è ormai veramente impossibile colmare le gravissime deficienze dell'attuale stato di cose.

Avviandomi alla conclusione, vorrei osservare che il relatore di maggioranza, forse per carità di partito, ha definito « veramente strano, da parte di uomini di alta capacità politica ed amministrativa, che hanno saputo guidare l'Italia distrutta dalla guerra verso il miracolo economico », tale atteggiamento...

CRISCUOLI, *relatore*. È la verità!

P I C A R D O. E gliene do atto, onorevole Criscuoli! Ma noi definiamo colpevole e peccaminoso tale atteggiamento, tanto più che esso non è mutato affatto, nonostante il variare delle condizioni politico-economico-sociali del nostro Paese in questi ultimi sei anni. Le do atto, onorevole Criscuoli, del coraggio e dell'intelligenza che ha profuso nella relazione. Lei ha fatto un'anamnesi e una diagnosi e ha fissato una terapia per un così illustre malato qual è il Ministero della sanità; a noi non rimane che fare una prognosi. La prognosi purtroppo non può essere che infausta sul decorso e sull'esito di tale affezione ormai cronica perchè, fino a quando non ci sarà un Governo particolarmente sensibile ai problemi della salute pubblica, i problemi non potranno essere risolti.

E poichè siamo convinti che un Governo assolve la sua funzione etica se tutela e difende, prima che ogni altro, il diritto dei cittadini all'integrità fisica, non avendo, a nostro giudizio, questo Governo adempiuto a tale imperativo morale, noi voteremo contro il bilancio del Ministero della sanità, ritenendolo manifesta espressione di una politica negativa e improduttiva. (*Applausi dall'estrema destra*).

P R E S I D E N T E. È iscritto a parlare il senatore Indelli, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche i tre 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,

considerata la rilevante importanza della odontoiatria preventiva;

constatata la grave carenza organizzativa nel settore specifico, talchè, su circa 9000 Comuni, esistono appena 478 ambulatori odontoiatrici per l'assistenza agli alunni delle scuole primarie,

invita il Governo ad istituire presso il Ministero della sanità un Centro nazionale

per la prevenzione della carie, che abbia il compito di:

a) organizzare la profilassi in tutte le comunità scolastiche della Nazione, attraverso gli uffici di igiene regionali e provinciali;

b) provvedere alla diffusione della educazione igienica orale individuale nelle scuole di ogni tipo, con mezzi adeguati (tavole, manifesti, opuscoli, films di propaganda, TV), valorizzando la Giornata stomatologica;

c) distribuire i mezzi finanziari occorrenti ai servizi profilattici degli uffici di igiene periferici;

d) fissare una direttiva unica per il rilievo dei dati statistici, riferentisi alla diffusione della carie ed ai progressi che via via saranno realizzati dai servizi di profilassi »;

« Il Senato,

considerata la grave incidenza delle malattie sociali sulla situazione sanitaria del nostro Paese;

constatate la elevata percentuale della mortalità infantile e l'accentuata diffusione di alcune malattie sociali,

invita il Governo a voler istituire, presso il Ministero della sanità, una Direzione generale per la profilassi e per una adeguata e razionale assistenza sanitaria nel settore della medicina sociale »;

« Il Senato,

considerato che il problema sanitario investe i più disparati settori della vita e dell'attività del Paese;

constatato che non sempre esistono gli strumenti legislativi e i mezzi finanziari adeguati per gli interventi opportuni o necessari,

invita il Governo a istituire un Comitato di Ministri per la sanità pubblica, composto dai Ministri della sanità, del tesoro, della pubblica istruzione, dell'interno, del lavoro e della previdenza sociale e dei lavori pubblici, per lo studio organico di tutti

i problemi sanitari, in attesa dell'auspicata unificazione dei servizi mutuo-assistenziali sotto la competenza del Ministero della sanità ».

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

I N D E L L I . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, desidero innanzi tutto rivolgere un vivo ed ammirato plauso al relatore senatore Criscuoli che, con la dottrina dello studioso di problemi sanitari, con l'animo cosciente e responsabile del medico, con l'appassionata sensibilità dell'uomo e del politico, ha trattato, in una profonda ed esauriente esposizione, tutta la problematica che si pone alla politica sanitaria del nostro Paese.

Nella brevità del tempo concesso, mi sia consentito richiamare l'attenzione di questa onorevole Assemblea su alcuni aspetti, particolarmente delicati e importanti, per una efficiente politica sanitaria in un Paese civile, come il nostro.

La constatazione della lentezza nella soluzione di alcuni problemi sanitari, come l'attrezzatura ospedaliera, l'assistenza sanitaria alla popolazione scolastica, il coordinamento dei servizi sanitari e assistenziali, mi induce a chiedere la costituzione di un Comitato di ministri, composto dagli onorevoli Ministri della sanità, del tesoro, della pubblica istruzione, dei lavori pubblici, del lavoro e previdenza sociale e della Cassa per il Mezzogiorno (limitatamente alle questioni riguardanti il Meridione), per consentire uno studio organico, coordinato, radicale di tutti quei problemi sanitari, che, da troppi anni, attendono una soluzione adeguata.

L'auspicato Comitato dei ministri eliminerebbe ogni conflitto di competenza, ogni inutile perdita di tempo, ogni spreco nell'assegnazione dei fondi disponibili, per il criterio armonico e unitario che assumerebbe l'iniziativa governativa nel settore della sanità pubblica.

In uno Stato moderno, con visioni nuove e ampie, miranti a una saggia organizzazione sanitaria, non può essere tollerata e per-

petuata la mortificante distinzione tra povero e ricco, tra assicurato e non assicurato, tra assistibile e non assistibile, nè la difformità di intervento a discrezione degli enti assistenziali e previdenziali, ognuno dei quali si orienta, nel settore di propria competenza, considerando l'organismo umano diviso in una serie di parti anatomiche e non nella sua armonica unità e funzionalità.

Il Comitato dei ministri potrebbe risultare un organo utile anche dopo l'auspicata unificazione dei servizi sanitari e assistenziali nella sfera di competenza del Ministero della sanità, per le dimensioni che deve assumere il problema dell'integrità fisica dei cittadini in un Paese civile e democratico come il nostro. In tema di unificazione dei servizi, condivido il voto rivolto all'onorevole Ministro della sanità dal relatore senatore Criscuoli perchè sia, al più presto, presentato al giudizio del Consiglio dei ministri la proposta di legge, già preparata nella decorsa legislatura e decaduta per lo scioglimento del Parlamento.

Dalla relazione del senatore Criscuoli emerge evidente la carenza ancora esistente nel settore ospedaliero, in ispecie nel Meridione.

Pur riconoscendo l'opera meritoria della Cassa per il Mezzogiorno, che ai sensi della legge n. 1462 del 29 settembre 1962 ha stanziato 28 miliardi per le opere ospedaliere, e quella del Ministero dei lavori pubblici che, se pur con gli interventi consentiti dalle disponibilità di bilancio, ha voluto conferire efficacia alla legge 589 del 3 agosto 1949, bisogna però non tralasciare l'aspetto quantitativo e qualitativo del settore. I posti-letto nel Sud sono di gran lunga inferiori a quelli esistenti in altre regioni d'Italia.

L'arida eloquenza delle statistiche, come ho ripetutamente affermato in quest'Aula, non esprime, in tutta la sua gravità e drammaticità, l'insufficienza delle attrezzature ospedaliere del Meridione e pertanto, al di là delle cifre, è doveroso considerare alcuni elementi, per poter comprendere il tormentoso disagio delle popolazioni, nell'attuale carente assistenza sanitaria.

Infatti gli ospedali esistenti nel Sud sono dislocati o meglio accentrati in un ristretto numero di grandi o medi centri, i quali, nella maggior parte dei casi, sono distanti o irraggiungibili dalle zone periferiche. Conseguentemente, la percentuale del 2,30 per mille, di per se stessa bassissima, diviene nulla per determinate popolazioni. La configurazione geografica e la deficienza di vie e di mezzi di comunicazione rendono problematici, se non impossibili, i ricoveri ospedalieri ai pazienti, abitanti in zone isolate o accidentate, soprattutto nei casi gravi ed urgenti.

Se, quindi, si considera la bassa percentuale di posti-letto attuale, anche in relazione al maggior bisogno, derivante dalla configurazione orografica, influente su quella etnografica nel determinare densità minime di abitanti, lo sfasamento tra esigenze e disponibilità appare veramente impressionante. Inoltre le condizioni igienico-sanitarie generali, lo stato di bisogno derivante dai bassi redditi, le deficienze dell'edilizia popolare rendono urgente e necessario il ricovero ospedaliero, anche per casi che, in condizioni diverse di vita, potrebbero risolversi con le cure domiciliari. Il diritto alla vita è inalienabile, sia sotto l'aspetto etico-religioso sia sotto quello giuridico, e la società ha il dovere di tutelare questo diritto. Il problema ospedaliero manca di un piano, di un'appropriata legge, di mezzi sufficienti e deve essere guardato con una visione larga, non soltanto nel rapporto posti-letto-spesa, ma soprattutto nella distribuzione, nella dislocazione e nella coordinazione degli interventi.

La scienza e i mezzi debbono, pertanto, trovare la loro armonica sintesi, proprio nell'organizzazione ospedaliera, articolandosi sul binomio « ospedale e personale ». Questi principi devono ispirare la politica ospedaliera del Governo, in tutta la sua estensione: dagli ospedali per cronici a quelli per convalescenti, dagli ospedali psichiatrici a quelli per minorati psichici, ai rurali a quelli dei centri provinciali, dai regionali a quelli funzionanti nelle sedi universitarie, con la duplice funzione curativa e formativa degli studenti e dei giovani medici, perchè, in

medicina, non esistono malattie, ma ammalati, che sono i veri formatori del medico, il quale si deve inserire nella vita sociale, degnamente, forte di mente e di cuore, per poter espletare la sua nobile missione.

Necessitano ospedali e più posti-letto, ma occorre anche pensare alla tutela della carriera medica. La vocazione, comune alla coscienza del medico, non sia stroncata dalle imprescindibili esigenze della vita: il legislatore deve operare in modo da ricondurre sul piano giuridico-economico-morale la preminente funzione del medico ospedaliero.

La medicina, la diagnostica, la terapia medica e chirurgica, essendo scienze in evoluzione, subiscono continue e profonde trasformazioni, estendendo, con ritmo costante, la sfera del loro intervento, per cui si rende importante e preoccupante anche il problema di quel personale che, coadiuvando l'opera del medico, costituisce il fattore essenziale per ogni forma assistenziale.

Già nel 1956 la Commissione di esperti dell'O.M.S. dichiarava: « La penuria di infermiere qualificate, in possesso di una formazione conforme alle esigenze della moderna scienza medica, è uno degli ostacoli, che impediscono l'applicazione e lo sviluppo dei vasti programmi sanitari, che, soli, potrebbero evitare e guarire tante malattie di cui una larga parte della famiglia umana è ancora vittima. Le infermiere e le assistenti sanitarie sono considerate, oggi, in tutti i Paesi civili, cardini dei servizi sanitari, e si è giunti ad asserire che nei Paesi, in cui l'assistenza infermieristica non segue di pari passo il progresso della medicina, quest'ultimo non si riflette nelle condizioni sanitarie della popolazione ».

Occorre, pertanto, sopperire anche alla crisi delle infermiere professionali e generiche, potenziando e valorizzando le scuole-convitto, che possano soddisfare le esigenze presenti e future di una efficiente organizzazione ospedaliera.

Le leggi del 1925 e del 1938, con cui si riconosceva l'urgente necessità di fornire gli ospedali di personale specializzato, solerte ed efficace collaboratore del medico, e l'ob-

bligato agli ospedali di 1ª categoria di attive scuole-convitto per infermiere professionali, debbono oggi essere sostituite da una legge, con visioni panoramiche più vaste. Anzitutto bisogna assicurare alle aspiranti infermiere, nel periodo di frequenza dei corsi, un compenso adeguato al loro lavoro, onde evitare che il numero delle giovani, orientate verso l'attività di infermiere, si faccia sempre più esiguo.

Appare, quindi, evidente che, per allineare la nostra Nazione sulle posizioni di altri Paesi, nel settore specifico dell'organizzazione ospedaliera, occorrono provvedimenti legislativi radicali e razionali. In linea provvisoria e nell'attuale stato carente del bilancio del Ministero della sanità, sarebbe opportuno che i corsi per la preparazione tecnico-professionale del personale ospedaliero fossero finanziati dal Ministero della pubblica istruzione o anche dal Ministero del lavoro o dalla Cassa per il Mezzogiorno, nelle zone di sua competenza.

Nelle more, è opportuno che, per ciò che concerne il Sud, la Cassa per il Mezzogiorno, nelle sue prospettive presenti e future, continui il suo efficace intervento anche nel settore ospedaliero, onde poter soddisfare le esigenze di molte zone depresse, le cui popolazioni reclamano assistenza tempestiva ed efficace, mentre sarebbe auspicabile che il Ministero dei lavori pubblici rendesse più operante la legge n. 589, concedendo agli enti locali contributi, garantiti dallo Stato oppure dalla Cassa per il Mezzogiorno, come avviene per altri settori.

Medicina sociale.

La mortalità infantile in Italia è ancora oggi una delle più elevate in Europa. La salvaguardia della salute e della vita dei futuri cittadini rappresenta il fondamento del concetto previdenziale, che deve tempestivamente rivolgersi, fin dalla nascita, al bambino, perchè possa divenire speranza di benessere individuale e collettivo. Mi sia consentito di accennare a qualcuna di queste malattie a carattere sociale, che una efficiente medicina preventiva potrebbe contenere entro modesti limiti.

La tubercolosi provoca, in confronto al passato, un numero minore di vittime ma la morbosità non è affatto diminuita, in quanto ogni anno circa 60.000 nuovi ammalati vengono accertati presso i vari dispensari. Nel mondo la tbc continua a costituire una grave minaccia! Nel nostro Paese i fenomeni emigratori e immigratori, con un nefasto urbanesimo, non regolato da provvedimenti atti a rendere igienica la vita, sono fattori determinanti dell'aumento e della diffusione di questo flagello, cui ancora tante vite umane pagano il loro triste tributo. E che dire dei tumori? È opportuno bandire nella nostra Italia una crociata per prevenire un sì terribile male, che falciava oltre 80.000 persone all'anno. Ai tre Centri di studio per la cura dei tumori di Milano, di Roma e di Napoli bisogna affiancare l'opera preziosa dei centri e dei consorzi provinciali, numericamente impari alle esigenze presenti e future. I centri profilattici precancerosi e la profilassi precoce debbono costituire il binomio su cui poggiare la lotta da ingaggiare in difesa dell'umanità sofferente. Nè vanno ignorati i reumatismi, le cardiopatie che, per la loro diffusione, incidono profondamente sulla salute e sull'economia del Paese.

Assistenza ai sub-normali e ai minorati fisici. Circa un milione di ipodotati sono assistiti da leggi (1904 e 1925), ormai anacronistiche e superate, in quanto si limitano ad affidare alle Provincie, ai Comuni e all'Opera nazionale per la maternità e l'infanzia (O.N.M.I.) il compito, poco gradito, di custodire e curare i fanciulli sub-normali. Limitazioni ed esclusioni, spesso per mancanza di mezzi finanziari, determinano un'azione disarmonica, che non consente un intervento tempestivo e opportuno, idoneo ad evitare una definitiva irrecuperabilità dei soggetti.

E infatti l'O.N.M.I., in virtù della legge 1925, deve assicurare l'assistenza ai minori fino ai 18 anni, le cui spese anticipate devono essere rimborsate dalle Provincie, mentre i Comuni hanno il compito di assistere gli irrecuperabili.

Siamo di fronte a una evidente carenza legislativa, a una mancanza di chiarezza di norme, che determinano un profondo divario tra la situazione reale e i principi sanciti nell'articolo 38 della Costituzione: diritto d'assistenza al cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi per vivere; diritto alla educazione, all'avviamento professionale, alla riabilitazione per ogni soggetto recuperabile, che, quindi, dev'essere reso idoneo all'inserimento nella vita sociale.

Alle poche iniziative private, talvolta imperfette, deve aggiungersi tutta la premura della Nazione intera verso questi nostri fratelli, per i quali la natura è stata poco benefica. Essi sono assetati non di pietà che offende e umilia, ma dell'amore, che sa trasformare il male in bene e donare serenità alle numerose famiglie, turbate e sconvolte dalla disgrazia e dal dolore.

È necessaria, quindi, non una compassione superficiale, non una sterile pietà, ma una visione profonda, responsabile e lucida del problema, per inserirlo in un organico programma, che possa realizzare il recupero di queste forze potenziali nel ciclo vitale della Nazione.

Al pietoso ricovero occorre sostituire una educazione atta a rendere questi soggetti capaci di lavorare, di vivere nel pieno godimento della « dignità umana ». Dicevo che i soggetti irregolari, ipodotati, caratteriali, in Italia sono un milione, ma quasi tutti recuperabili a una normale vita sociale, e precisamente: cinquantamila sono irrecuperabili, duecentomila hanno un quoziente intellettuale tra il 25 e il 50 per cento (parzialmente recuperabili); 750.000 sono affetti da debolezze mentali che, però, con appropriata, efficace rieducazione possono conseguire autonomia economica e sociale.

Purtroppo disponiamo appena di 38 istituti di ricovero, distribuiti in 38 Provincie: 23 del Nord, 10 del Centro, 4 del Meridione, 1 della Sicilia, mentre le altre 65 risultano ancora completamente sprovviste.

Gli ipodotati ricoverati sono 4.526, a cui si uniscono 4.191 accolti in orfanotrofi, in brefotrofi, ecc. e 5.000 ospitati nelle case di rieducazione del Ministero di grazia e giu-

stizia, in seguito a provvedimenti del Tribunale per minorenni. Da tali dati statistici si evince che appena 13.717 sub-normali sono parzialmente o regolarmente assistiti e curati.

Il Mezzogiorno, e in particolare le campagne, ospitano una massa non indifferente di questi fratelli! All'assistenza e al trattamento terapeutico dei centri medico-psicopedagogici, dei dispensari di igiene mentale o dei centri di osservazione (117, gestiti dall'O.N.M.I., dall'Ente protezione morale del fanciullo, dai Provveditorati agli studi, da Amministrazioni locali) bisogna sostituire interventi che armonizzino gli aspetti etico-sociale ed economico del problema.

Il nostro Paese si allinei alla Danimarca, all'Olanda, alla Svezia, all'Inghilterra, alla Svizzera e si accinga a praticare provvidenze nuove, su basi moderne e realistiche, in quanto la società organizzata e industrializzata non può accettare e tollerare, con rassegnazione, uno stato di carenza nell'attuazione dell'ideale di vita, che ci deve unire soprattutto nell'avversa fortuna. Risulta che i sub-normali sotto la guida paziente e premurosa di educatori vengono posti in condizione di essere immessi nel ciclo produttivo della società.

Occorre, pertanto, istituire delle scuole speciali fornite eventualmente di laboratori, perchè i progressi della medicina e della psico-pedagogia assicurino la riabilitazione per soggetti, considerati irrecuperabili e perchè si possa seguire l'insegnamento del grande maestro Sante De Sanctis, il quale affermava che è indispensabile insegnare ai fanciulli anormali a fare qualche cosa (almeno, sosteneva l'insigne psicologo, essi debbono saper piantare un chiodo o cucire un bottone). Le considerazioni su esposte si devono estendere anche al problema della cura, dell'assistenza e della rieducazione dei minorati fisici, la cui entità numerica fa assumere alla questione un aspetto sociale e sensibilmente umano. Anche qui siamo carenti ed io ho presentato un'apposita interrogazione in merito, specialmente per i malformati.

Assistenza medico-psicologica. Non meno rilevante appare il problema dell'assistenza

alla fanciullezza normale, in età scolastica. Infatti l'infanzia, la fanciullezza e la giovinezza costituiscono di per se stesse il periodo critico per l'uomo, in quanto l'organismo è esposto, in uno stato di minore resistenza, agli agenti esogeni ed endogeni, che possono minarlo profondamente e in modo irreparabile, con riflessi immediati di ordine psicologico, per l'innegabile relazione esistente tra lo spirito e il fisico, che rappresenta il mezzo di espressione degli stati dell'animo, e mediati, di ordine sociale, per l'evidente danno che il minorato arreca alla collettività.

Le predette età evolutive della vita del fanciullo non sono meno critiche se si osservano dal punto di vista psicologico, perchè coincidono con la formazione del carattere e della personalità. Pertanto la scarsa cura nel diagnosticare e prevenire le anomalie psichiche rende non solo impossibile la eliminazione delle forme patologiche della psiche, ma spesso contribuisce ad accentuarle o, peggio, a generarle. I riflessi di una insufficiente o inadeguata assistenza psichica della gioventù non sono meno gravi di quelli di ordine fisiologico, sia rispetto al soggetto che nei riguardi della collettività.

È doveroso precisare che la tutela della salute, della sanità fisio-psicologica della nostra gioventù, per la sua importanza, deve costituire la costante preoccupazione del legislatore, che ha il compito di trasformare in provvidenze — concrete ed efficaci — tutte le indicazioni, i suggerimenti, gli ammonimenti, che provengono dalla medicina, dalla psicologia, dalla sociologia. Si deve, purtroppo, osservare che ogni iniziativa tesa a creare una medicina preventiva si fatta, non presenta un carattere di organicità e i risultati non inducono all'ottimismo. Gli enti locali, ai quali è devoluto l'onere e il compito dell'istituzione di centri medico-psicologici e di orientamento scolastico e professionale per la diagnosi e la cura preventiva di tutte le forme morbose, lo studio dello stato intellettuale, caratterologico e attitudinale, e infine, lo studio di quelle anomalie psichiche, che si presentano nell'età scolastica, non sempre hanno le disponibilità economiche per far fronte alle spese; senza voler

considerare che, spesso, non attribuiscono l'esatta importanza a questo enorme compito, riducendolo a un atto formale di ordinaria amministrazione. La mia esperienza professionale, amministrativa e politica ha consentito di constatare, con tristezza, che l'assistenza è fin troppo trascurata, malgrado l'innegabile verità, che la vita umana costituisce il più grande patrimonio della Nazione. La persona umana, totale e unitaria, dev'essere scientificamente indagata, con tutti i mezzi moderni, onde assicurare la piena sanità alla totalità biopsichica, che è meravigliosa unità di spirito e di energia fisica.

Tale finalità può realizzarsi soprattutto nella scuola che, in ogni tempo, ha saputo costruire anime e personalità, in armonia e non in disarmonia col fisico (*mens sana in corpore sano*).

In questa prima società umana l'educatore e il medico scolastico devono studiare, indagare, curare la poliedrica personalità.

Il decreto 11 febbraio 1961, n. 264, che disciplina i servizi di medicina scolastica, in virtù dell'articolo 77 della Costituzione, ha perduto la sua efficacia, perchè non è stato trasformato in legge nei 60 giorni prescritti e deve essere sostituito da un disposto legislativo, che consenta il superamento di ogni difficoltà tecnica ed economica, per la conoscenza dello stato sanitario della popolazione, specie di quella scolastica, che allo stato delle cose non abbiamo, mentre oggi giorno l'uomo è un vero atomo, inserito in un Universo, pregno di pericolo.

Perchè il nostro Paese, quindi, possa realizzare un effettivo progresso nel campo della medicina scolastica è necessario un intervento organico, razionale e uniforme dello Stato, come centro coordinatore degli sforzi, compiuti dagli enti periferici, ad evitare soprattutto la disparità di efficaci interventi, a seconda delle condizioni economiche degli enti locali.

In questo quadro assistenziale ritengo opportuna la trattazione specifica di uno dei più gravi problemi di profilassi a favore della popolazione scolastica. Considerato che la diffusione della carie dentaria, delle ma-

lattie della bocca fra gli essere umani è circa del 90 per cento e che l'85 per cento delle malattie hanno origine dalla bocca e dagli organi annessi (tonsille, adenoidi, eccetera) e che infine le anomalie di sviluppo, congenite o acquisite, dell'apparato maxillo-dentale determinano anomalie di occlusione dell'arcata dentaria, emerge l'urgente necessità di predisporre un provvedimento profilattico, in sì delicato settore odontostomatologico.

Diagnosi e terapia precoci delle malattie dentarie, diffusissime soprattutto nell'infanzia, correzione tempestiva dei disquilibri nello sviluppo delle arcate mascellari e delle conseguenti malformazioni, sono tra i problemi più urgenti e indifferibili, che debbono essere risolti nel periodo prescolastico.

La prevenzione della carie si basa non solo sulla diagnostica e sulla profilassi ma anche e ancora più sui fattori collaterali.

Le cause della generalizzazione di tale malattia sono interne ed esterne: la prima è rappresentata da fattori costituzionali, trasmissibili ereditariamente dai genitori ai figli, da fattori di disquilibri endocrini, neurotrofici, eccetera; le seconde sono invece rappresentate da fattori alimentari, ambientali, chimici, parassitari, enzimatici.

Invero talune alimentazioni, povere di sali minerali (calcio, fosforo), di vitamine (D e C), talune diete unilaterali, costituite, cioè da singoli principi alimentari (carboidrati, proteine, grassi) possono predisporre all'insorgenza di difetti strutturali precariosi dei denti (ipoplasie, fessure dello smalto). Il problema, pertanto, investe la medicina generale e l'assistenza all'infanzia.

Infatti il corpo umano non ha compartimenti stagni e i denti sono collegati con tutti gli altri organi attraverso il circolo linfatico-sanguigno, per cui non si possono ignorare e sottovalutare le correlazioni, esistenti tra le malattie della bocca e quelle dell'intero organismo. Domina il grande concetto antico-moderno dell'infezione focale (teorie del Rosenow, dello Schottmuller, del Frugoni, del Chini).

I processi flogistici dentali e parodontali inondano l'organismo di germi, di tossine,

di virus per localizzarsi nei vari organi (organotropismo) e determinare malattie reumatiche sia a carico di articolazioni, di muscoli, di nervi periferici che a carico dell'apparato circolatorio (cardiovascolari, endocarditi, miocarditi, pericarditi, tromboflebiti, arteriti); nefriti, gastriti, coliti, appendicitis, epatiti, ascessi polmonari e cerebrali, tbc, eccetera.

Per la bocca quindi spesse volte entra la morte, per cui è doveroso che per essa entri la salute e quindi la vita.

Anche in questi settori non è ammissibile inerzia o carenza, per cui la profilassi e l'assistenza odontoiatrica devono essere rese obbligatorie a tutti gli scolari delle scuole primarie e secondarie, attraverso ambulatori e servizi da istituirsi in ogni comunità scolastica.

L'imperativo categorico impone la formazione di una coscienza igienico-sanitaria della gioventù nelle scuole, per prevenire e ridurre l'incidenza delle malattie.

Reputo opportuno, quindi, l'istituzione di un Centro nazionale per l'igiene dentale scolastica presso il Ministero della sanità, che si deve articolare su sezioni regionali, provinciali e comunali, il cui finanziamento dev'essere assicurato dallo Stato e dagli enti mutuo-assistenziali, i quali, in ultima analisi, verrebbero a conseguire un beneficio economico di oltre quattrocento miliardi (giornate lavorative perdute, cure e protesi da praticare) da una cura preventiva, idonea a contenere le cause di malattie, che potranno insorgere nel corso della vita degli assistiti.

Il nostro Paese non voglia, pertanto, essere secondo ad altri, che già da decenni praticano, con brillanti risultati, la prevenzione in tale delicato settore.

Onorevole Presidente, onorevoli Ministri, onorevoli colleghi, la rilevante importanza, sia sotto il profilo medico sia sotto quello umano e sociale, dei problemi ai quali ho accennato, mi ha indotto a sottoporre alla considerazione di questo onorevole Consesso alcuni ordini del giorno, nella speranza che le proposte in essi formulate possano dive-

nire provvedimenti operanti nell'interesse della Nazione tutta. (*Applausi*).

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

C A S S I N I . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, il relatore al bilancio della Sanità, senatore Criscuoli, a cui do pieno atto della pregevole opera compiuta con la compilazione di una relazione documentata, ricca di dati statistici, ha affermato che la politica sanitaria del nostro Paese sarà costretta ad un forzato immobilismo, se non interverranno nuove leggi e nuovi stanziamenti, ed ha osservato il contrasto tra questo immobilismo, che naturalmente deve essere inteso nel quadro generale della politica sanitaria del nostro Paese, e le attese dell'opinione pubblica, del Parlamento e della stampa, che auspicano riforme ed innovazioni dell'attuale sistema di assistenza sanitaria, per renderlo più rispondente alle esigenze della sicurezza sociale.

Condivido pienamente che la politica sanitaria del nostro Paese si trova in uno stato di immobilismo per cui si devono analizzare le ragioni, specialmente per indagare quali realmente siano i motivi di tale stato di cose e se questi possono essere eliminati.

Il Senato nella trascorsa legislatura, in occasione della discussione sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1962-63, si rese conto che il mezzo più idoneo per provvedere alla migliore tutela della salute pubblica è il coordinamento da parte del Ministero della sanità di tutta la materia sanitaria che oggi spetta ancora ben a quindici Ministeri.

Con un ordine del giorno del senatore Lombardi e di altri senatori invitò il Ministero della sanità a presentare un progetto di legge esso stesso, per l'unificazione nel Ministero della sanità di tutte le competenze spettanti ancora ad altri Ministeri. Sembra che questo disegno di legge abbia trovato il consenso di tutti i Ministeri, tranne di quello del lavoro e della previdenza sociale. Sebbene siano comprensibili le ragioni di

questa resistenza, anzi di questa opposizione da parte del Ministero del lavoro, confido, onorevole Ministro, che ella persista decisamente nell'azione intrapresa. Sostengo però che al Ministero della sanità spetti comunque, anche allo stato attuale della legislazione, di interessarsi a tutti i problemi sanitari, anche se riguardanti gli enti che si occupano di assistenza sanitaria e di previdenza e che sono sottoposti per legge al controllo del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Questo diritto e dovere del Ministero della sanità noi lo rivendichiamo proprio in base alla legge istitutiva del Ministero stesso: alla discussa legge del 13 marzo 1958. Mi consenta, onorevole Ministro, alcune osservazioni in merito alla lettera ed allo spirito di questa legge. È vero che l'articolo 5 di questa legge dice testualmente: « Sono sottoposti a vigilanza e tutela del Ministero della sanità, in conformità delle leggi vigenti, tutti gli enti a carattere nazionale che svolgono esclusivamente o prevalentemente compiti di assistenza sanitaria, salvo quelli aventi carattere previdenziale ed assistenziale sottoposti per legge al controllo del Ministero del lavoro e della previdenza sociale ». Ma il secondo comma dello stesso articolo dice che il Ministero della sanità concorre alla vigilanza degli stessi enti limitatamente all'organizzazione ed alle attività sanitarie. E dice ancora che questa sua compartecipazione è tale che il Ministero della sanità « può promuovere inchieste, ispezioni, facendovi partecipare anche propri impiegati, e chiedere le informazioni, attinenti ai servizi di competenza, che si ritengono necessarie ». L'ultimo comma, poi, dello stesso articolo 5 precisa ancora che « i provvedimenti del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, nell'esercizio dei suoi poteri di controllo sugli enti predetti, sono adottati, in materia di organizzazione e di attività sanitaria, di concerto col Ministero della sanità ».

In conclusione, al Ministero della sanità spetta la compartecipazione alla vigilanza sui problemi degli enti sottoposti per legge al controllo del Ministero del lavoro e della previdenza sociale. Per queste ragioni mi sia

consentito di contestare l'affermazione autorevole che è stata fatta nella trascorsa legislatura, secondo cui al Ministero della sanità sfuggono completamente le attività sanitarie di altri Ministeri, ed in particolare il settore dell'assistenza mutualistica. E così pure, quando l'onorevole relatore afferma che gli enti mutualistici non dovrebbero essere argomento di trattazione, perchè fanno capo al Ministero del lavoro, io non sono d'accordo con lui. Nonostante questa affermazione, il senatore Criscuoli è entrato poi in argomento nel settore mutualistico, ed anzi ha accennato anche a soluzioni come quella della statizzazione del servizio sanitario a somiglianza del servizio inglese nazionale, provocando naturalmente consensi e dissensi.

Mi vogliano scusare l'onorevole Ministro e l'onorevole relatore per questa mia contestazione, che non vuole avere un significato polemico, ma a cui non si può negare un certo valore. Infatti una delle cause principali dell'immobilismo denunciato nella politica sanitaria del nostro Paese consiste proprio nel mancato o inadeguato riconoscimento, da parte del Ministero della sanità, di tutte le sue competenze sui problemi dell'assistenza sanitaria. Consiste, questo immobilismo, in sostanza — mi sia consentito dirlo — in una certa carenza di quella particolare attenzione che sarebbe dovuta e nella conseguente mancanza di provvedimenti nel settore dell'assistenza mutualistica da parte del Ministero della sanità.

Ad avvalorare la tesi della necessità di una maggiore attenzione nei riguardi di questo settore, è da aggiungere che il Ministero della sanità è il solo, tra tutti i 15 Ministeri che si occupano di materia sanitaria, che è stato istituito con il compito specifico della tutela della salute pubblica. È proprio per questo compito istitutivo che il Ministero della sanità deve avere l'onore e l'onere di essere il Ministero propulsore e di guida per tutto quanto si riferisce alla struttura e al funzionamento dell'assistenza sanitaria.

Premesse queste precisazioni, spero mi sarà consentito di occuparmi, in questa Assemblea e in questa circostanza, dei proble-

mi del settore dell'assistenza sanitaria mutualistica, che sino ad oggi si è creduto sfuggano completamente al Ministero della sanità o che non debbano essere argomento di trattazione. Mi limiterò ad osservazioni di carattere generale, ad affermazioni di principio, che sono comunque essenziali e da tener sempre presenti se si vuole realmente provvedere ad un riordinamento dell'assistenza sanitaria. Mi fermerò invece in modo particolare, anche se unicamente, sul vigente sistema dell'assistenza sanitaria generica per presentare alcune proposte decisive in questo importante campo della tutela della salute pubblica.

Si impone la necessità di riordinare questo sistema per completarlo, per adeguarlo alle odierne esigenze scientifico-sociali. Le nostre proposte sono tali da consentire la trasformazione dell'attuale sistema di assistenza sanitaria in un moderno sistema di sicurezza sociale in un modo abbastanza facile e senza eccessive scosse di ordine finanziario.

Gli istituti mutualistici vanno sempre aumentando nel nostro Paese; si moltiplicano e talora si sovrappongono. Il più delle volte nel sistema dell'erogazione dell'assistenza sanitaria restano molto difformi tra di loro. Tutti però presentano, più o meno, la congenita caratteristica di essere ancorati al concetto assicurativo. Ciò porta a criteri limitativi dell'assistenza sanitaria, con conseguenti sperequazioni e situazioni di ingiustizia sociale. Mentre, ad esempio, i lavoratori dell'industria, che hanno occupazioni di lavoro più continuativo, hanno un'assistenza sanitaria integrale in ogni settore per sé e per i familiari, altri lavoratori, come quelli dell'agricoltura, assicurati allo stesso Ente (I.N.A.M.), sino al 1° luglio del corrente anno hanno avuto una assistenza sanitaria con limitazioni notevoli, che aumentavano in diretta proporzione della sottoccupazione. Queste limitazioni, sebbene siano oggi diminuite, persistono tuttora. L'assistenza farmaceutica, ad esempio, è ancora esclusa per i familiari dei braccianti e dei compartecipanti occasionali ed eccezionali.

I coltivatori diretti, e tra questi ce ne sono molti a scarso reddito, non hanno l'assistenza farmaceutica. Vi sono istituti che erogano soltanto l'assistenza ospedaliera e quella specialistica, non la generica ambulatoriale e domiciliare, nè la farmaceutica. Ve ne sono altri che erogano l'assistenza unicamente a rimborso, ma con pratiche burocratiche tali e in tali condizioni che spesso l'assistibile rinuncia ai suoi diritti e provvede con i propri mezzi. Tutti gli istituti mutualistici cessano di erogare l'assistenza sanitaria dopo 180 giorni di invalidità, anche se la malattia persiste, e così è per i disoccupati dopo 6 mesi dall'interruzione del lavoro; cosicchè, nell'attuale sistema di assistenza sanitaria, al maggiore disagio economico corrisponde spesso una minore assistenza.

Si aggiunga inoltre il disordine nelle installazioni, nelle attrezzature sanitarie e nella loro utilizzazione, con dispersione di mezzi e di ricchezza. Le spese per l'assistenza farmaceutica, che spesso manca, ed è insufficiente in taluni settori, invece sono sempre in aumento. L'I.N.A.M., nel 1961, ha speso 112 miliardi per l'assistenza farmaceutica; ne ha spesi 116 nel 1962 e, nel 1963, ne ha preventivati 150.

Così pure, mentre l'assistenza generica in taluni settori non viene elargita, in altri le visite mediche risultano eccessive e questo fatto, il più delle volte, è da attribuirsi piuttosto al sistema dell'assistenza sanitaria che a personale responsabilità.

Regna in tutto il campo dell'assistenza sanitaria mutualistica una grande confusione, e sorgono spesso dei conflitti di competenza di fronte a spese per assistenze già elargite o da elargire. Ne derivano carenze assistenziali o inadempienze, e le amministrazioni ospedaliere ne sono spesso le vittime, che turbano, disorientano medici, sindaci, medici provinciali ed anche prefetti, che umiliano ed esasperano i cittadini più bisognosi e provocano grave disappunto in tutti coloro che ne vengono a conoscenza.

Pertanto, nel campo della tutela della salute pubblica, dove il cittadino dovrebbe maggiormente sentire la benefica presenza

dello Stato e quello spirito di solidarietà umana che caratterizza le Nazioni socialmente più progredite, regna purtroppo uno stato di cose che genera il malumore generale.

Orbene, bisogna fare il possibile per correggere la situazione di confusione dell'attuale sistema di assistenza sanitaria.

Onorevole Ministro, onorevoli senatori, sappiamo che esistono diversi progetti elaborati per assolvere il compito della tutela della salute pubblica, secondo le esigenze della vagheggiata sicurezza sociale. Per raggiungere questo scopo noi non siamo d'avviso che si debba oggi senz'altro annullare tutto l'ordinamento sanitario del nostro Paese, istituire un nuovo sistema di assistenza sanitaria. È meglio completare, perfezionare con riforme, anche sostanziali, un sistema noto di cui si conoscono pregi e difetti, che crearne un altro. Se si renderà necessario, avremo sempre tempo di realizzare uno dei progetti, il migliore di questi, per giungere ad una sicurezza sociale.

Un nuovo sistema porta con sé sempre dei difetti originari, per la cui correzione occorrono delle esperienze che spesso si conseguono con immancabili svantaggi.

Per il riordinamento del vigente sistema assistenziale sanitario, per la sua progressiva trasformazione nel sistema di sicurezza sociale, il primo obiettivo da raggiungere dovrebbe essere quello della uniformità delle prestazioni sanitarie e del modo di erogarle.

Nell'assistenza sanitaria, la diversità di forme e di estensione crea sperequazioni ed ingiustizie sociali che vengono criticate e deprecate dalla generalità degli assistibili. Questo provvedimento è maturo per essere sollecitamente realizzato, perchè tutti gli interessati oggi concordano nella sua attuazione. Lo auspicano gli assistibili, perchè non possono ammettere che ad eguale bisogno non corrisponda un eguale trattamento; lo sollecitano i medici, non solo perchè rivendicano, e giustamente, un eguale compenso per una eguale prestazione, ma anche perchè la loro opera è posta oggi in notevole disagio dalla eccessività e dalla diversità delle pratiche burocratiche; sembra l'accettino an-

che i dirigenti degli enti sanitari mutualistici, se lo possiamo dedurre dalle dichiarazioni fatte dal professor Mario Coppini, Presidente dell'I.N.A.M., ad una rivista, che sono state pubblicate il 30 maggio ultimo scorso.

Nell'attuazione del provvedimento della uniformità, per tutti gli enti, delle prestazioni sanitarie, se si vogliono compiere dei passi celeri verso la sicurezza sociale, bisogna tenere presente che questa uniformità va riferita a tutti i settori; nel contempo bisogna provvedere al miglioramento costante e progressivo di tutte le prestazioni di assistenza sanitaria. Il compito sarà agevolato tenendo conto delle esigenze degli assistiti in primo luogo, degli Enti che erogano l'assistenza e di coloro che la forniscono, cioè dei medici, facendo tesoro di tutte le esperienze, di quelle della nostra Nazione e di quelle delle altre Nazioni, il cui sistema assistenziale ha già rivelato i pregi e i difetti, e utilizzando tutte le competenze senza alcuna discriminazione nè tecnica nè politica.

Non esitiamo ad affermare che la competenza dei medici è preziosa perchè è specifica in materia sanitaria. Non si deve ritenere che i medici nei loro giudizi siano unicamente ispirati dal proprio egoistico interesse, senza offendere il loro senso di civismo, senza menomare quel senso di solidarietà umana che il contatto continuo con le sofferenze del prossimo non assopisce ma invece sviluppa ed approfondisce. Quando i rappresentanti dei medici chiedono la riqualificazione della professione medica non è da credere che essi rivendichino soltanto la rivalutazione del loro compenso: c'è in essi la sincera volontà di rivalorizzare la dignità della professione affinché questa possa esplicarsi in condizioni corrispondenti alla piena consapevolezza del delicato compito e della funzione sociale che assolve, della grave responsabilità di fronte all'esistenza di vite umane, della competenza tecnico-scientifica. C'è nei medici quella fervida volontà di ripristinare la vera fiducia tra medici ed infermi che è un elemento essenziale ai fini terapeutici, quella vera fiducia che non si può realizzare con la formale designazione allo sportello di un ufficio mutualistico di un no-

minativo di un medico che si conosce poco o non si conosce affatto.

Onorevole Ministro, onorevoli senatori, mi sia consentito di affermare che la carenza di un particolare interessamento da parte del Ministero della sanità al settore mutualistico ha approfondito la credenza che gli unici competenti responsabili dell'assistenza sanitaria mutualistica debbono essere gli enti erogatori della stessa. È questa una pretesa che ha preso profonde radici nel nostro Paese perchè il settore mutualistico risente dei criteri informativi della legge che ha istituito il primo ente mutualistico di assistenza sanitaria, sorto in Italia durante il regime fascista.

Ciò non vuol dire che la competenza dei dirigenti degli enti mutualistici non sia preziosa e che non debba essere utilizzata.

Raggiunto il primo obiettivo, quello dell'uniformità delle prestazioni sanitarie e del modo di erogarlo, dovrebbe far seguito, come tappa ulteriore, il provvedimento dell'unificazione dei diversi enti di assistenza in un unico ente. La concentrazione in un unico ente di tutta l'assistenza sanitaria costituirebbe un passo decisivo verso il sistema della sicurezza sociale. Riteniamo che questo provvedimento potrebbe determinare notevoli economie nella gestione perchè eliminerebbe le sovrapposizioni, perchè semplificherebbe ed utilizzerebbe meglio le attrezzature sanitarie, perchè consentirebbe una più semplice organizzazione ed amministrazione. Le maggiori economie potrebbero compensare, in parte almeno, le maggiori spese per una più completa assistenza sanitaria e per la sua estensione ad altri assistibili ancora esclusi parzialmente o totalmente dalle provvidenze assicurative.

Siamo autorizzati a sperare che ciò possa avvenire ricordando che in Inghilterra, dove l'assistenza gratuita è la più vasta e dove c'è un'unica organizzazione del servizio sanitario, questa in proporzione viene a costare assai meno che in Italia.

Agli eventuali nuovi oneri di natura finanziaria si potrebbe far fronte anche con compensazioni tra le diverse categorie, mezzo a cui già ricorre l'I.N.A.M., coprendo circa un

terzo della spesa per i lavoratori dell'Italia meridionale con contribuzioni provenienti dagli assicurati di altre regioni.

Non dovrebbe peraltro restare esclusa una integrazione da parte dello Stato.

Il provvedimento dell'unificazione dell'assistenza sanitaria in un unico ente trova il consenso anche del professor Mario Coppini, Presidente dell'I.N.A.M.

L'unificazione dell'assistenza sanitaria non dovrebbe incontrare molte difficoltà. Infatti, la spesa media individuale annua per l'assistenza sanitaria a 26 milioni 600 mila lavoratori dipendenti da aziende private e pubbliche è di lire 14 mila 300; quella di 5 milioni 200 mila dipendenti pubblici dello Stato e degli enti locali è di 13 mila 800 lire.

Una notevole differenza esiste per i 10 milioni 500 mila lavoratori autonomi (coltivatori diretti, artigiani, commercianti) i quali attualmente hanno una assistenza sanitaria limitata. Con semplice conto, si potrebbe calcolare in 110 miliardi circa la somma mancante per dare l'assistenza sanitaria integrale agli attuali assistiti da tutti gli istituti mutualistici, che rappresentano oltre l'87 per cento della popolazione totale.

La cifra di 110 miliardi, se si tiene conto che in Italia attualmente la spesa per l'assistenza mutualistica è di circa 1.100 miliardi annui, non è eccessiva.

Noi riteniamo che non dovrebbe restare esclusa una integrazione da parte dello Stato; se comunque restassero esclusi dei lavoratori dall'assistenza sanitaria, per disposizioni regolamentari di istituti mutualistici, ci sarà sempre il modo di provvedere alla loro assistenza.

Si poteva in passato, e si può tuttora provvedere col trasferire all'assistenza della condotta medica tutti coloro che, per un motivo qualsiasi, restano esclusi temporaneamente o definitivamente, per ragioni di regolamento, dall'assistenza sanitaria mutualistica.

Si va spesso affermando, da osservatori che io mi permetto di giudicare alquanto superficiali, che l'avvento del mutualismo segna la fine della condotta medica, perchè il numero dei cosiddetti poveri va decrescendo negli elenchi compilati dai Comuni. Ma chi è

più povero, onorevole Ministro e onorevoli senatori, di chi, con il proprio lavoro, deve provvedere a se stesso e alla propria famiglia e viene a trovarsi in stato di sottoccupazione o di disoccupazione, oppure viene ad essere affetto da infermità che si protrae oltre i 180 giorni?

A noi sembra che in passato, ed ancor oggi, non siano state valutate adeguatamente le insufficienze e le limitazioni dell'assistenza sanitaria mutualistica e che, d'altra parte, non siano state sufficientemente curate le inclusioni negli elenchi dei poveri; perchè a tanti amministratori, assillati dal bilancio dei Comuni dissestati, la presenza degli istituti mutualistici ha fornito il pretesto di una assistenza sanitaria completa, che in realtà non era tale.

Poichè siamo in argomento, mi sia consentito, onorevole Ministro e onorevoli senatori, di parlare della condotta medica. Spesso, accanto a dichiarazioni anche autorevoli, secondo cui la condotta medica non verrà soppressa, si levano delle voci isolate, abbastanza frequenti, secondo cui l'abolizione della condotta medica sembrerebbe ormai scontata e, peggio, si assiste sovente a richieste di abolizione di singole condotte.

A questo proposito, colgo l'occasione per esprimere il mio compiacimento al senatore Samek Lodovici, che ieri, durante il suo intervento, di notevole importanza, ha difeso la condotta medica. A lui esprimo il mio ringraziamento — perchè ho l'alto onore di appartenere alla categoria dei medici condotti — anche a nome di tutti i medici condotti di Italia. Chi ha fatto il medico condotto, anche se non per molto tempo, ha avuto modo di conoscere l'importanza del servizio della condotta medica ed ha avuto modo di conoscere le condizioni e lo spirito di abnegazione dei medici condotti d'Italia.

Allora, mi sia consentito di vagliare gli attuali compiti assolti dalla condotta medica, per giudicare se il medico mutualistico possa oggi sostituire il medico condotto, o se lo potrà in avvenire, quando sarà attuata — e se verrà attuata — la sicurezza sociale in campo sanitario.

L'obbligo della residenza e della reperibilità sono due disposizioni regolamentari, che caratterizzano la condotta medica, già sufficienti di per se stesse a dimostrare la sua insostituibilità.

Per tali disposizioni il medico condotto garantisce un'assistenza sanitaria generica e pronta a tutta quanta la popolazione, in ogni circostanza di tempo e luogo, nei centri abitati o nelle case sparse delle nostre valli e dei nostri monti ed anche nei rioni delle città, ove spesso circostanze varie della vita cittadina interferiscono lasciando insoddisfatti i bisogni più elementari della popolazione più umile e più misera, e determinando qualche volta situazioni drammatiche, come è successo recentemente in una grande città d'Italia, dove di fronte ad un caso di malattia rapidamente mortale non si è trovato un medico e non si è neppure pensato al medico condotto che sarebbe potuto intervenire. E questo è un segno della campagna di svalutazione della condotta medica che in certi centri si persegue. Questa garanzia, onorevole Ministro, onorevoli senatori, assume un aspetto fondamentale e caratterizza un servizio importante quanto quello dell'assistenza gratuita ai poveri degli elenchi comunali o comunque presenti e di passaggio nel territorio comunale. Il medico condotto è la sentinella avanzata dell'assistenza sanitaria; è il medico di guardia per la generalità delle popolazioni. Nei 4.500 Comuni rurali, ove risiede un unico medico e questo è il condotto, con l'abolizione della condotta medica potremmo avere la garanzia della residenza di un medico della mutualità senza un compenso aggiuntivo adeguato? La soppressione della condotta medica equivarrebbe alla soppressione del medico di guardia negli ospedali ove questa eventualità non viene neppure prospettata nonostante la presenza di molti altri sanitari ospedalieri. Una delle lacune del servizio di assistenza sanitaria, della sicurezza sociale in Inghilterra, già rilevato e lamentato da osservatori tecnico-sociali è proprio quella della mancante reperibilità dei medici inglesi nelle ore notturne e durante il *week-end*.

Ma quanti sono gli ulteriori compiti assolti dalla condotta? La condotta medica ha compiti igienici e di prevenzione sociale. I 4500 medici condotti rurali disimpegnano tutto l'incarico di ufficiale sanitario. La loro funzione di prevenzione e profilassi è la più tempestiva, la più pronta. E qui dissento alquanto, mi spiace dirlo, dall'onorevole Samek che consiglia la nomina di un ufficiale sanitario in ogni Comune d'Italia. Non lo ritengo opportuno anche per motivi economici.

In quanto all'affermazione che il medico condotto, nel suo incarico di ufficiale sanitario, è costretto a controllare se stesso, noi affermiamo che è sufficiente il controllo del sindaco e del medico provinciale. E ciò è confermato, del resto, dal fatto che i medici condotti rurali assolvono questo servizio lodevolmente da molti decenni. Ma oggi ai medici condotti è stato affidato anche l'incarico di medico scolastico, con la funzione della prevenzione delle malattie, e della vigilanza per il sano sviluppo delle giovani generazioni.

Ove questi incarichi non vengono assunti direttamente dal medico condotto, questi è comunque il primo collaboratore nelle mansioni inerenti alla profilassi e alla prevenzione delle malattie. La condotta medica è inoltre sempre disponibile per ogni ulteriore incarico che può essere suggerito dallo sviluppo della scienza e delle nuove esigenze sociali. Questa disponibilità è stata utilizzata per le vaccinazioni contro la poliomielite, contro la difterite, contro il tetano, nonché per le cure gratuite da parte dei medici condotti agli infermi di malattie veneree, dopo che se ne è constatata la recrudescenza. Il medico condotto deve disimpegnare inoltre il servizio necroscopico.

Ma tralascio di elencare gli altri compiti della condotta medica e chiedo: tutti questi compiti possono essere affidati oggi al medico mutualista senza alcun compenso? Il medico mutualista oggi non ha alcun rapporto di impiego con gli Istituti mutualistici, che lo obblighi ad un'assistenza permanente o per un determinato periodo. Egli può interrompere, sospendere, anche improvvisamente e quando vuole, la sua attività sanitaria.

Se questo compito in avvenire non potrà venire assunto dall'assistenza mutualistica, con la scomparsa della condotta medica, avremo, come ha affermato un profondo studioso di problemi sociali-sanitari, Alberto Liscia, il deserto sanitario in tante plaghe della penisola.

Se invece le mansioni particolari del medico condotto verranno assegnate tutte ai medici del servizio sanitario mutualistico, è ovvio che si impone per essi una maggiorazione di compensi. Il congruo e doveroso compenso aggiuntivo renderebbe inutile la abolizione della condotta medica per dei motivi di economia. Comunque agli incauti sostenitori dell'abolizione della condotta medica noi diciamo che in tal caso questo provvedimento significherebbe il trionfo della condotta medica, perchè tutti i medici mutualistici od una parte di essi diverrebbero sostanzialmente dei medici condotti.

Onorevole Ministro, dalle sue dichiarazioni fatte nell'altro ramo del Parlamento, nella trascorsa legislatura, abbiamo appreso in quale alto conto ella tenga la condotta medica e l'opera dei medici condotti.

Cionondimeno rivolgiamo ugualmente un vivo invito a quanti si occupano della tutela della salute pubblica, a rivalutare per la migliore assistenza sanitaria, nel presente momento e nel futuro, con profonda obiettività, senza preconcetti e preclusioni, il problema della conservazione dell'istituto della condotta medica.

Noi abbiamo l'assoluta convinzione che la condotta medica, aggiornata col progresso della scienza medica e colle nuove esigenze sociali, oggi colma le lacune dell'assistenza sanitaria mutualistica ed in avvenire potrà essere inserita, con immensi vantaggi, nel futuro sistema di sicurezza sociale.

È proprio in virtù di questa certezza che noi, pure a conoscenza delle circolari già emanate del Ministero dell'interno contro la soppressione di condotte mediche, auspichiamo un'azione ancora più decisa, con disposizioni più rigorose, ed eventualmente di legge, contro quelle residue amministrazioni locali che, per erronea interpretazione del principio dell'autonomia locale, persistono nel credere

di aver facoltà di non tenere alcun conto delle circolari emanate. Ciò che è in contrasto anche, secondo noi, con i principi della legittimità.

L'autonomia degli enti locali non può mai essere assoluta. In materia di assistenza sanitaria, ad esempio, secondo l'articolo 117 della Costituzione della Repubblica, « l'autonomia esiste nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ». E lo Stato che, per l'articolo 32 della Costituzione, ha il dovere di provvedere alla tutela della salute dei cittadini, che ne hanno il diritto, può imporre dei limiti alle autonomie locali, specie quando si cerca di infrangere i pilastri della vigente organizzazione per l'assistenza sanitaria del nostro Paese. Una norma che conferma questi suoi poteri la troviamo nella stessa legge costitutiva del Ministero della sanità, al n. 3 dell'articolo primo che, elencate le sue attribuzioni, stabilisce testualmente che « il Ministero della sanità può emanare, per la tutela della salute pubblica, istruzioni obbligatorie per tutte le amministrazioni pubbliche che provvedono a servizi sanitari ».

Non si può però non tenere conto almeno del reale movente che induce talune amministrazioni a chiedere la soppressione di condotte mediche. Escluse le altre motivazioni, non ritenute valide ad una serena e competente valutazione, sono le ristrettezze finanziarie di bilancio dei Comuni, specie rurali, che debbono essere opportunamente prese in considerazione.

L'intervento dello Stato nella spesa per la assistenza sanitaria della popolazione, anche nella forma rappresentata dalla condotta medica, teoricamente non può essere respinto. Del resto il principio del concorso dello Stato nell'assistenza sanitaria ha dei precedenti nei vari contributi già concessi ad enti ed assistibili.

Con i nuovi compiti da assegnare alla condotta medica, come il trasferimento alla sua assistenza sanitaria di tutti coloro che restano esclusi parzialmente od integralmente da quella degli istituti mutualistici, perchè non dovrebbe prospettarsi la possibilità di un contributo di spesa dello Stato?

I compiti igienico-assistenziali, assolti dalla condotta medica, che vengono imposti dalle vecchie e dalle nuove esigenze, d'altra parte non giovano solo alla popolazione del comune, ma anche alla generalità della popolazione della Nazione. Riteniamo, pertanto, che un eventuale contributo, assegnato dallo Stato a 4.500 Comuni rurali aventi il solo medico condotto, sarebbe giustificato e per di più non darebbe luogo ad una spesa eccessiva.

Tanto per farci un'idea approssimativa dell'eventuale spesa che potrebbe essere accolta al Ministero della sanità competente, destinando anche solo 200 mila lire annue a ciascuno dei 4.500 Comuni rurali ove esiste il solo medico condotto, la spesa sarebbe di 900 milioni annui; destinando un contributo doppio, e cioè un miliardo e 800 milioni, se ne assegnerebbero 400 mila annue, ciò che corrisponde alla metà dell'attuale stipendio minimo fissato per legge ai medici condotti. Valuti, onorevole Ministro, queste cifre nel confronto di quelle destinate in passato e recentemente per un altro importante servizio di assistenza sanitaria e vigilanza, e si vedrà quanta distanza esiste con queste che propongo. Questi provvedimenti alleggerirebbero i bilanci dei Comuni rurali per un servizio che non è meno importante di tanti altri per cui si versano contributi cospicui: ciò costituirebbe certo un rafforzamento dell'istituto della condotta medica, già esaltato e vantato come istituzione originale italiana, e che, adeguato ai progressi della scienza e delle esigenze sociali, potrebbe essere inserito nel futuro sistema di sicurezza sociale, apportando così un vantaggio nell'assistenza sanitaria generica del nostro Paese, tale da reggere il confronto con quella di qualsiasi altra Nazione più progredita socialmente.

Onorevole Ministro, onorevoli senatori, rivendicando al Ministero della sanità la competenza che gli spetta su tutti i problemi sanitari e i compiti sfuggiti sinora alla sua attenzione, penso di aver creato le condizioni per rimuovere tutta la politica sanitaria del nostro Paese dall'immobilismo, per provvedere ad un riordinamento profondo dell'assistenza sanitaria ed avviarla decisamente verso un sistema di sicurezza sociale.

Da parte mia ho iniziato la discussione per questa finalità, limitando le mie osservazioni al campo dell'assistenza sanitaria generica, per la quale ho fissato tre punti fondamentali che migliorano sicuramente il vigente sistema sanitario assistenziale, che l'adeguano alle odierne esigenze scientifico-sociali, in modo tale da raggiungere celermente e con minore spesa una sicurezza sociale per almeno il 90 per cento della popolazione italiana, senza dover ricorrere ad un sistema fiscale in aggiunta od in sostituzione dell'attuale sistema assicurativo. E questi tre punti fondamentali, lo ripeto, sono: uniformità delle prestazioni sanitarie per gli stessi bisogni assistenziali; unificazione di tutti gli enti mutualistici assicurativi; conservazione della condotta medica, adeguata alle odierne esigenze, come istituzione complementare integrante l'assistenza sanitaria mutualistica, come istituzione garante dell'assistenza a tutta la popolazione, e sempre disponibile per le presenti e future esigenze igienico-sociali.

È certo che non possiamo attendere, nel campo della tutela della salute pubblica, dei progressi sostanziali da questo Governo, che dovrebbe avere le settimane contate. Per ottenere profonde innovazioni noi riponiamo le nostre speranze su di un prossimo Governo a più larga, più solida, più stabile base parlamentare, che consenta prospettive di una più lunga azione di governo, ispirata ad un programma più vasto e a più forte impegno politico-sociale.

Noi socialisti democratici, anche per il riordinamento sanitario assistenziale, che fa parte del programma di prossima attuazione del nostro partito, contiamo su di un Governo di centro-sinistra, che auspichiamo sempre con rinnovato vigore perchè lo consideriamo particolarmente sensibile ai bisogni sociali del popolo italiano e il più idoneo a soddisfare le esigenze nel presente momento politico italiano.

Spero che questo mio modesto ed onesto contributo ai problemi dell'assistenza sanitaria generica trovi in voi, onorevole Ministro ed onorevoli senatori, attenta considerazione e serena valutazione. (*Vivi applausi dal centro-sinistra. Molte congratulazioni.*)

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

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

« Il Senato,

rilevato che "l'Organizzazione mutualistica" ha acquisito meriti per la possibilità che ha dato ai lavoratori di poter curare le proprie malattie;

considerati taluni inconvenienti del sistema che si verificano e che "a causa della molteplicità degli Enti i quali agiscono senza collegamenti tra loro quasi ignorandosi e talvolta in concorrenza" risultano molto elevate le spese generali;

rilevata la pluralità di uffici e di poliambulatori sorgenti anche in zone dove l'assistenza ospedaliera è largamente assicurata,

auspica la unificazione degli Enti mutualistici ed intanto

auspica almeno la unificazione della normativa, al fine di assicurare a tutti i lavoratori lo stesso tipo di assistenza e come primo passo verso la unificazione delle mutue ».

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

P E R R I N O . Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, la vastità degli argomenti trattati nella relazione Criscuoli e la castigatezza del tempo assegnatomi non consentono di spaziare nella vasta, complessa e polivalente materia. Ed allora, scegliendo fior da fiore, incentrerò il mio intervento su due argomenti, che costituiscono peraltro pilastri portanti dell'edificio sanitario: mi riferisco agli ospedali e all'Opera nazionale maternità e infanzia.

Però, mi sia consentito fare prima una breve digressione. Nella relazione del collega Criscuoli è messo in luce come le attribuzioni del Ministero della sanità siano riparti-

te tra quindici Dicasteri. Potrebbe ricorrere proprio il vecchio « *et diviserunt vestimenta mea* ». Queste *vestimenta* divise tra ben 15 Ministeri giustificano, in un certo senso, l'insoddisfazione che vi è nell'opinione pubblica nei confronti del Ministero della sanità, benchè si apprezzi l'opera sagace e intelligente dei Ministri che si sono succeduti nel tempo e di tutti i funzionari, di ogni ordine e grado, che si prodigano con vero amore nell'interesse della salute pubblica.

Io mi rendo conto, onorevole Ministro, delle angustie e delle tribolazioni che lei ogni giorno è costretto a vivere quando, trovandosi di fronte ad un argomento che viene sottoposto alla sua attenzione, deve fare un esame preliminare per accertare di chi è la competenza di quel provvedimento.

Evidentemente le attese e le speranze che la costituzione del Ministero, nel 1958, ebbe a suscitare nell'opinione pubblica non sono state a tutt'oggi soddisfatte. Nel 1958, diciamo pure, questo Dicastero nacque tra tanti contrasti e tra tante opposizioni, e va data lode, in un certo senso, al Governo e ai colleghi che, volendolo far sorgere, non trovarono altro modo che quello di sollevare l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità, con tutte le sue attribuzioni, al livello di Ministero, per far sì che il capo della sanità, invece di restare fuori della porta del Consiglio dei ministri, potesse parteciparvi, *par inter pares*, nella prospettiva che, col passare del tempo, fosse possibile portare sotto il grande ombrello del Ministero della sanità tutte le attività, tutte le 15 parti di *vestimenta* che sono ripartite fra altrettanti Ministeri.

A L B E R T I . *Felix culpa* del Senato, anche...

P E R R I N O . A questo punto bisognerebbe fare una considerazione. Se coloro che ci hanno preceduto avessero potuto prevedere questa situazione, avrebbero preferito certo ricalcare le orme di altri Stati europei, come la Francia, il Belgio, eccetera che, invece di costituire un Ministero *ad hoc*, costituirono il Ministero della sanità e della popolazione o della famiglia.

Ma chiudo la digressione e passo al problema degli ospedali. Con la nuova legislatura sono tornate a fiorire le speranze per una nuova legislazione ospedaliera che, facendo leva sull'esperienza passata, tenga conto delle esigenze maturate sotto la spinta di avvenimenti che caratterizzano il nostro tempo e che sono in armonia con i dettami della Costituzione repubblicana.

Un luogo comune largamente diffuso è che il nostro Paese in tutti questi anni di ripresa democratica non ha avuto una chiara politica sanitaria, ed ospedaliera in particolare. È un fatto, però, che sotto la spinta della opinione pubblica, sensibilizzata da una lunga e non sempre serena campagna di stampa, da una presa di posizione dei vari partiti — che in effetti in un primo tempo avevano ignorato il problema — e da una nutrita serie di congressi e convegni, la passata legislatura ha clamorosamente affermato la necessità e l'urgenza della riforma ospedaliera. Ma a questo punto è da precisare che una completa riforma ospedaliera deve tenere conto di due aspetti: l'uno che riguarda l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario, l'altro che riguarda l'ordinamento giuridico-amministrativo degli ospedali.

Quest'ultimo, però, è evidentemente legato all'ordinamento regionale dello Stato e perciò non strettamente contingente, a mio parere. Le polemiche aperte sulla nazionalizzazione degli ospedali, sugli enti di gestione, sulla « inamizzazione » non hanno senso oggi perchè la Costituzione ha già sancito, ai richiamati articoli 117 e 118, che la materia sanitaria è di pertinenza della Regione. Questo bisogna che lo precisiamo. Che oggi comincino a muoversi delle idee per preparare l'ambiente ad una riforma futura, questo è pacifico, ma io sostengo che noi dobbiamo occuparci oggi — come primo tempo — dell'ordinamento sanitario e del servizio sanitario degli ospedali, non potendo risolvere con un colpo d'ala tutto il problema nella sua interezza. (*Interruzione del senatore Criscuoli*). Io dico che, se vogliamo risolvere il problema *in toto*, evidentemente dobbiamo aspettare ancora molti anni, mentre ritengo

che, con una certa gradualità, si può risolvere quello che pure è un aspetto fondamentale della questione, e riportare la pace negli ospedali stessi.

Se per nazionalizzazione si vuole intendere che lo Stato possa (e io dico debba) intervenire per la costruzione di un certo numero di ospedali-tipo o ospedali-campione, allora auspicherei che se ne creasse almeno uno per regione, ad un certo livello, come del resto è stato fatto negli Stati scandinavi, dove gli ospedali sono autonomi, ma ce ne sono alcuni di Stato, ed io ho avuto occasione di visitare qualche anno fa quello di Golstrup, che è veramente un modello.

In questo senso intendo la statizzazione, perchè, se nazionalizzazione dovesse significare ferire l'autonomia degli ospedali (*interruzione del senatore Criscuoli*) allora debbo dire qui, con bella sincerità — e vi parlo a nome di 1.800 ospedali e di 10 mila amministratori ospedalieri — che siamo su posizioni diametralmente opposte perchè gli ospedali difendono alacremente la loro autonomia, che poggia su una tradizione che affonda le sue radici nella notte dei tempi.

C R I S C U O L I, *relatore*. Si tratta di vedere che tipo di autonomia.

P E R R I N O. Non possiamo in questa sede scendere in particolari; ed io sto affermando dei principi.

Ma poichè si è parlato nella relazione anche di « inamizzazione », io desidero dire, a proposito di mutue — riallacciandomi all'intervento ben dosato del collega Cassini — che non si tratta tanto di unificare gli enti mutualistici, perchè questo sarebbe forse un compito più grande di noi e comunque è questione che non è ancora venuta a maturazione. Voi sapete che quando un Ministro, ha voluto saggiare il terreno, ai fini dell'unificazione cominciando dall'assorbimento di alcune mutue aziendali, queste hanno decisamente rifiutato. Noi possiamo auspicare finchè vogliamo l'unificazione ma, ripeto, oggi come oggi, il problema non è maturo.

Però noi possiamo fare qualcosa come avvio all'unificazione delle mutue, cioè possiamo promuovere l'unificazione della normati-

va, e so, dicendo questo, di corrispondere ad una vecchia aspirazione dei medici, e non solo dei medici, che oggi portano nella borsa una vera biblioteca di moduli e moduletti da riempire, uno diverso dall'altro. Ma questa è una torre di Babele! Qui sì che si può intervenire e provvedere perchè in uno Stato che considera cittadini tutti i suoi figli non si può ammettere che vi siano tanti tipi di assistenza. L'assistenza deve essere uguale per tutti. Io ritengo pertanto che l'unificazione della normativa è possibile e rappresenterebbe il primo tempo della unificazione degli istituti mutualistici.

Tornando all'argomento principale, io ho precisato che il Paese attende di veder trattato e risolto il problema dell'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario. Io sono un sanitario e seguo la politica del *pro dose o del pro die*, cioè mi contento di qualcosa per volta, non ritenendo che si possa fare, nella nostra economia, tutte le cose nello stesso tempo.

Il disegno di legge n. 2509 del Ministero della sanità, approvato soltanto dalla XIV Commissione igiene e sanità della Camera nella seduta del 21 gennaio 1963, si richiama allo studio compiuto da una apposita Commissione ad alto livello che, presieduta dallo stesso Ministro *pro tempore* e composta da docenti universitari — alcuni siedono in questa Assemblea — tecnici ministeriali al livello di direttori generali e rappresentanti della F.I.A.R.O. e della C.I.M.O. — l'organizzazione medica una e trina perchè raccoglie primari, aiuti e assistenti — lavorò per 8 sedute con largo spirito di comprensione e collaborazione. Vorrei aggiungere che quella Commissione lavorò con tanta obiettività che ne sortì uno schema di orientamento con il pieno accordo di tutti. Ognuno fece delle concessioni e tra l'altro si stabilì, per esempio, di non concedere i 70 anni ai primari, e dare agli aiuti e agli assistenti la possibilità della pensionabilità, trattenendo in servizio, attraverso una serie di esami periodici pro forma, gli assistenti fino ai 45 anni, gli aiuti fino ai 55, per cui, prevedendo il riscatto degli anni universitari, si poteva arrivare alla pensionabilità.

Comunque quella Commissione fu unanime nel ritenere che bisognava ripudiare il concetto dei 70 anni per i primari. (*Commenti*). Io non sono medico, però ho macerato la mia esperienza in 20 anni di amministrazione ospedaliera, e non invano. Vi fareste forse operare, onorevoli colleghi, da un chirurgo oculista di 70 anni? Come potete dire che una persona a 70 anni possa avere la completezza e la prontezza di tutti i riflessi in una professione così delicata? È vero che ci sono le eccezioni, come Raffaele Bastianelli che ha pontificato ed ha operato da par suo fino ad 85 anni, ma è una *rara avis*...

S A M E K L O D O V I C I . Ce ne sono anche qui in Senato.

P E R R I N O . D'accordo. Comunque non intendo recar dispiacere a nessuno: mi metto soltanto su un piano pratico e dico che, in un campo così delicato, è difficile trovare una persona che mantenga a 70 anni la necessaria completezza e prontezza di riflessi. D'altra parte la tesi degli ospedali è questa, e non si possono ferire gli ospedali perchè questo sarebbe un modo per danneggiarli a vantaggio delle case di cura private. (*Commenti*). Specialmente nei medi e nei piccoli ospedali non si può dire, come si dice a livello universitario, « opererà il mio assistente o il mio aiuto »: il primario, medico o chirurgo, è tutto. Questa è la realtà per coloro che vivono in periferia.

Il disegno di legge che tante e vivaci polemiche ebbe a suscitare nel campo medico non passò all'esame dell'altro ramo del Parlamento per fine legislatura. A questo proposito debbo dirvi che quell'accordo fu così sentito che due mesi dopo, tardando il Ministero a trasformare in articoli quegli orientamenti, la C.I.M.O organizzò uno sciopero generale. Ci fu una sfilata di medici per Roma, e assistemmo a questo fatto strano e contraddittorio: i primari che volevano i 70 anni, ma non volevano la stabilità degli aiuti e degli assistenti, marciavano accanto a questi, i quali a loro volta non volevano i 70 anni per i primari, perchè ciò oltretutto ritardava lo sviluppo della loro carriera.

Ora, mi domando: questo disegno di legge verrà ripresentato?

Le linee fondamentali sono: classifica e piano regolatore degli ospedali, a livello regionale e provinciale; dislocazione dei servizi; stabilità del personale sanitario; funzioni didattiche; internato medico; personale di assistenza; determinazione delle rette, e così via. Vedete, è una materia così vasta, così palpitante, così importante che merita di essere affrontata subito!

Provvedimenti per l'edilizia ospedaliera. Questo rimane il *punctum dolens* di tutto il problema ospedaliero. È nota la grave sperequazione di posti-letto esistente tra il nord, centro e sud, sperequazione che si concreta rispettivamente nel rapporto di 6 a 4 e a 2 posti-letto per ogni mille abitanti. Malgrado gli sforzi fatti in questi ultimi quindici anni, non si è verificato nemmeno l'auspicato accorciamento delle distanze!

Ha progredito, sì, il sud, ma ha progredito ancora di più il nord, perchè mentre il sud ha potuto attingere soltanto — in modesta misura — alla nota legge Tupini, il nord ha potuto anche contare su finanziamenti diretti, rivenienti da alienazioni di beni patrimoniali o da generose elargizioni.

La disparità con il sud è spaventosa, signor Presidente e signor Ministro! Anche in questo il sud è stato disgraziato! Il nord ha avuto anche santi al livello di S. Luigi Gonzaga e di S. Carlo Borromeo, che hanno profuso i tesori delle loro casate per costruire opere ospedaliere che hanno sfidato il tempo; i santi del Mezzogiorno si chiamano e sono sul modello di S. Francesco d'Assisi, espressione della povertà!

Genova, tanto per citare un esempio, ha recentemente costruito ed attrezzato, per una spesa di varie centinaia di milioni, un modernissimo pronto soccorso, ove non manca nemmeno l'eliporto!

E voi conoscete la storia dell'Ospedale maggiore di Milano e del patrimonio che ha; questo ospedale attraverso la Pinacoteca, nella quale sono collocati i ritratti dei benefattori da 20 milioni, arricchisce il suo bilancio di varie centinaia di milioni all'anno.

Nel Sud tutto questo non c'è; ecco perchè parlo con l'animo, in un certo senso, amareggiato!

E si badi che il traguardo del 6 per mille — per gli ospedali generali — considerato *optimum* dall'Organizzazione mondiale della sanità molti anni fa, è invece oggi da considerare *minimum*. Molti Paesi sono da parecchio tempo al di là del 6 per mille, senza che per questo si sia verificata inflazione di posti letto, tanto è irresistibile la marcia verso traguardi più alti che hanno per presupposto la dilatazione dell'assistenza ospedaliera in atto.

Ricordatelo, onorevoli colleghi, tra non molti anni, non ci sarà più malato che si curerà in casa!

Comunque, per raggiungere in Italia il traguardo del 6 per mille — e parliamo sempre di ospedali generali — occorre costruire ben 100 mila posti-letto, di cui almeno 60 mila riguardano l'Italia meridionale. Problema grosso, dunque, da piano pluriennale, per una spesa di circa 500 miliardi.

In questa situazione stagnante, grandi speranze ha suscitato il disegno di legge Fanfani, n. 2291, approvato dal Consiglio dei ministri nella seduta del 16 novembre 1962, disegno di legge che prevede lo smobilizzo e l'alienazione di demanio dello Stato, il cui ricavato va destinato per nuove costruzioni ospedaliere.

Via lunga e difficile (e chi è pratico di sdemanializzazione lo sa) anche se per accelerare i tempi si provvede a creare l'Istituto nazionale finanziario (I.N.F.) — collegato con l'I.N.A. — con il compito di procedere alla vendita di beni del patrimonio disponibile dello Stato.

L'intervento dello Stato si concreta poi in un contributo che può arrivare anche fino all'80 per cento della spesa. Il residuo 20 per cento può essere dato: dalla Cassa per il Mezzogiorno, dagli enti ospedalieri in relazione alle disponibilità di bilancio e dagli enti ospedalieri con i proventi di esercizio. Qui il discorso sarebbe lungo!

Mi riporto a quello che dicevo l'altro giorno in tema di discussione sul bilancio del turismo e dello spettacolo. Qui siamo nell'ordine di centinaia di milioni; un posto

letto oggi costa 4 milioni. Ora, gli ospedali del Mezzogiorno che sono gli ospedali di S. Francesco, come volete che possano di sporre di questo 20 per cento quando non hanno niente da garantire? E allora bisogna trovare una soluzione, altrimenti gli ospedali del Nord avranno la possibilità di fruire di questi benefici e gli ospedali del Sud resteranno nelle stesse condizioni. Si verificherà, cioè nè più nè meno quello che si è verificato per il credito sportivo di cui hanno fruito moltissimo i Comuni del Nord mentre nel Sud ne hanno beneficiato solo un Comune della Calabria e due Comuni della Lucania, in tre anni. Ma allora a cosa serve fare le leggi se poi esse non trovano applicazione? Ecco la necessità di rendere operante questa legge facendo assumere la garanzia allo Stato o comunque trovando altri fondi per assicurare benefici uguali per tutti. A parte l'intervento della Cassa del Mezzogiorno riferibile se mai dal 1966 in poi se la Cassa sopravviverà al 1965, non si vede come gli ospedali potrebbero far fronte a questo 20 per cento. Comunque si tratta di un disegno di legge che vuole rappresentare un primo, concreto e massiccio contributo alla soluzione dell'annoso problema; disegno di legge che peraltro allinea finalmente l'Italia sulla posizione di altri Paesi, come la Germania occidentale e la Svizzera, ove i governi federali e cantonali intervengono in misura anche maggiore. Nell'attesa però il Ministro dei lavori pubblici deve togliere il catenaccio che all'annuncio del disegno di legge Fanfani ha praticamente posto alla legge Tupini n. 589, che, almeno fin quando non intervengono nuove leggi, rimane la sola possibilità di intervento da parte dello Stato.

E poi, oggi che siamo alla vigilia di una nuova proroga del benemerito ente Cassa del Mezzogiorno, non possiamo che auspicare un più sostanziale intervento a favore degli ospedali.

Terzo provvedimento è quello per l'attrezzatura ospedaliera; anche questo è un settore di capitale importanza fin qui trascurato, se non del tutto ignorato. Non basta creare l'ospedale se poi non se ne segue lo sviluppo in armonia con le tecniche più recen-

ti e tenendo conto dell'usura inesorabile delle attrezzature di ogni genere. L'ospedale non può regredire ma deve migliorare. Di questa necessità, di evidenza lapalissiana, si rese interprete il Ministro della sanità quando ebbe a presentare un disegno di legge inteso a utilizzare, in un piano pluriennale, il finanziamento di 30 miliardi. Anche questo, un tentativo coraggioso. Andrà ripreso?

Da tutto quanto sinteticamente esposto appare giustificata l'ottimistica previsione che il canovaccio legislativo imbastito nella passata legislatura sarà ripreso e condotto fino in fondo perchè finalmente possa essere scritto il primo libro del « piano bianco » soddisfacendo le attese della società moderna che considera gli ospedali come « fiori del suo giardino ».

Ma qui, a proposito, non posso non ricordare, signor Ministro, il personale di assistenza ausiliaria. L'ospedale non lo fanno gli amministratori soltanto. Sono un amministratore da venti anni, ma io faccio il centro sostegno della squadra di calcio; io imbastisco le azioni, passo i palloni. Chi dà il nome all'ospedale, chi lo illustra, sono i medici, ed il personale di assistenza. Dov'è questo personale di assistenza? Che cosa si fa per favorire l'istruzione tecnica professionale sanitaria? In fatto di scuole-convitto per infermiere professionali e assistenti sanitarie, il rapporto tra il Nord e il Sud è da dieci a uno; per ogni dieci scuole che esistono nel Nord ne esiste una nel Sud. Questo perchè queste scuole devono vivere solo con i mezzi dell'ospedale. È vero che c'è un decreto istitutivo della scuola che porta le riverite firme del Ministro della sanità e del Ministro della pubblica istruzione, però quest'ultimo, specialmente, dopo aver firmato, fa come Ponzio Pilato, si lava le mani e dice: non è campo che mi riguarda. Il Ministro della sanità non fa proprio come Ponzio Pilato gliene diamo atto — dà delle borse di studio parziali. È già qualche cosa, ma evidentemente di più non può fare con la castigatezza di mezzi di cui dispone. La Cassa per il Mezzogiorno — e rivendico l'onore di averne provocato l'intervento nel settore ospedaliero e nel settore dell'istruzione professionale sanita-

ria — interviene per la costruzione di edifici per dette scuole e per l'arredamento, ma oltre non va, nè può andare. Onorevole Ministro, ella mi dirà che non è sua competenza. Ma io parlo a nuora perchè suocera intenda, affinché cioè il Ministero della pubblica istruzione intervenga anche in questo settore, che non può essere ignorato.

Quando avremo creato cento-centoventi mila posti letto, tenendo anche conto della proposta che prevede l'abbassamento (da 30 a 20) del rapporto tra i ricoverati ed il personale di assistenza, avremo bisogno di cinquanta sessantamila infermiere professionali. Dove le troveremo? Dove sono le scuole?

Per finire su questo argomento: c'è il problema delle rette. Lei, signor Ministro, allarga le braccia più di me. Io la comprendo. È una storia questa che ha determinato una guerra permanente tra gli ospedali e gli istituti mutualistici, una guerra che dura da molti anni. È immaginabile, onorevoli colleghi, che rispettare la legge e chiedere che sia rispettata costituisca un qualcosa di assurdo? Le rette si fanno secondo la legge: le determina il Consiglio di amministrazione, le approva il medico provincia le sentito il Comitato provinciale di assistenza e beneficenza affiancato da una apposita commissione nella quale sono anche i rappresentanti degli enti mutualistici. Ma, quando la retta è stata approvata, vi sentite rispondere dagli enti mutualistici: non la riconosciamo, e perciò non paghiamo. Ora, se questa legge non va, fatene un'altra.

È vero o non è vero che attualmente gli ospedali sono creditori per differenze-rette verso un determinato istituto di qualche cosa come venti miliardi circa e che gli ospedali ogni anno devono pagare interessi passivi enormi? Dove si vuole arrivare?

Si contestano le rette a qualunque livello, per sistema. Si contesta la retta di cinque o seimila, ma anche quella di mille lire, per il gusto di contestare e di mantenere questo stato d'incertezza e di difficoltà negli ospedali, i quali non possono fare i binanci. Sanno i senatori che oggi, alla fine del 1963, gran parte degli ospedali non sono stati in grado di redigere il bilancio pre-

ventivo, perchè non si conosce qual è l'importo effettivo delle rette?

So quanta buona volontà, signor Ministro, lei pone e quanto soffre per tale situazione, che si ricollega all'osservazione preliminare da me fatta sulla competenza dei vari Ministeri. Ad un certo momento gli ospedali si sono rivolti all'arbitrato del Presidente del Consiglio, ma evidentemente vi è una parte che è più forte dello stesso Presidente del Consiglio! Io denunzio questa situazione a nome degli ospedali italiani.

O.N.M.I. La legge istitutiva dell'O.N.M.I. che risale al lontano 1925 e poté giovare delle esperienze di altri Stati europei, che prima dell'Italia avevano posto su basi nazionali nuove e concrete il problema della protezione e dell'assistenza della madre e del bambino, rappresentò un evento di eccezionale portata ed aprì larghe prospettive di graduale costante sviluppo. Ancora attuale rimane quella legge nelle sue linee fondamentali, anche se concepita in un clima di accentramento burocratico, perchè seppe temperare l'accentramento del comando con il decentramento più largo dell'azione esecutiva, fedele ad un principio universale e perciò valido in ogni tempo: che, cioè, l'assistenza per essere efficace deve essere pronta e rapida. Tuttavia, detta legge ha sempre presentato un punto debole che comunque ha resistito alle critiche ed ai pressanti appelli provenienti da ogni parte del Paese, che guarda all'O.N.M.I. con fiducia e simpatia.

Il punto debole è il finanziamento che, per essere legato quasi interamente al contributo dello Stato, va soggetto ad una staticità che mal si concilia col dinamismo dell'Opera, che peraltro ha davanti un campo vastissimo di espansione.

Per la staticità del contributo statale, l'Opera ha dovuto incentrare la sua azione d'intervento in settori determinati, curando poco altri settori che pur rientrano nel campo della sua specifica competenza. Da ciò la facile e più o meno interessata accusa di immobilismo dell'Opera, che dietro una facciata lucida e abbagliante nasconde un vuoto ampio e buio. È questo un

aspetto della critica mossa alla Camera in occasione della discussione del bilancio del Ministero della sanità, l'anno scorso. Da ciò l'iniziativa parlamentare — piuttosto massiccia — di un disegno di legge inteso a dividere in una specie di mezzadria il campo dell'assistenza all'infanzia, limitando all'O.N.M.I. il settore fino a sei anni d'età, e ad un nuovo ente — nuovo di fatto se non di nome — il settore al di là dei sei anni.

Strano sistema — diffuso in Italia — quello di voler risolvere certi problemi con una specie di magia e piuttosto ciarlatanesca ricetta, creando cioè duplicati di enti esistenti, col risultato pratico di dar vita a nuovi uffici, a nuova burocrazia, a nuove e pesanti spese di organizzazione e di gestione e, quindi, anche di disperdere in tanti rivoli inutili il poco denaro di cui si dispone.

Se è vero che ci sono voluti ben 38 anni per creare 450 Case O.N.M.I. in quasi al trentantenni Comuni, ci si domanda se bisogna attendere altri 38 anni per creare le altre 450 Case O.N.M.I., — cioè centri assistenziali tipo, con consultori pediatrici, materni, dermosifilopatici, refettori, asili nido — per soddisfare l'esigenza almeno di tutti i Comuni con popolazione superiore a 10 mila abitanti. Ed in questo quadro il Mezzogiorno è notevolmente carente.

Pur apprezzando gli sforzi che il Tesoro ha compiuto in questi ultimi dieci anni, sta di fatto che i mezzi a disposizione sono insufficienti a coprire le normali esigenze di vita dell'O.N.M.I., che pure, ripetiamo, si è vista costretta a restringere il campo d'attività, ed escludono la possibilità dell'ulteriore espansione proprio mentre si vuole allargare l'orizzonte per il traguardo che è ancora molto lontano. Ci si domanda: bisogna fermarsi e ridimensionarsi?

A tale proposito, viene spesso ricordato che l'O.N.M.I. ha dato certamente un notevole contributo alla riduzione della morbidità e della mortalità infantile.

I bilanci di previsione dell'O.N.M.I. in questi ultimi anni ripetono il contributo ordinario statale di 15 miliardi oltre il contributo straordinario di un miliardo (di cui alla legge 9 novembre 1961, n. 1241), e un

miliardo riferibile — per meno della metà — a proventi previsti dalla legge (imposta di soggiorno, fondi dovuti alle istituzioni di assistenza e beneficenza, lotterie).

In totale, quindi, 17 miliardi di entrata in cifra tonda, con i quali far fronte ad una attività che si esplica da un capo all'altro della Penisola e che si concreta nella cifra imponente di ben 11.350 istituzioni. In questo quadro, il contributo statale rappresenta il 92,18 per cento delle entrate complessive di bilancio.

È increscioso constatare che l'attuale contributo statale è perfino inferiore a quello del 1938. Infatti, prendendo a base il numero di allora delle Case della madre e del bambino complete — quali istituzioni tipiche dell'Opera intorno a cui si ricollegano e su cui gravitano tutte le altre forme di assistenza — e la consistenza attuale, e tenendo conto, beninteso, del mutato valore della moneta (80 volte), si ha che di fronte a 162 istituzioni ed ai 108 milioni di contributo ordinario del 1938, oggi, in base alle 450 Case attuali, il finanziamento statale dovrebbe essere proporzionalmente di circa 25 miliardi.

E tutto ciò, si badi bene, senza tener conto, poi, di altri non trascurabili elementi, come la maggiorazione derivante dall'aumento demografico conseguito nel Paese dal 1938 ad oggi, dal maggiore costo dei servizi in dipendenza del loro miglioramento qualitativo, nonchè dai maggiori interventi dell'Opera per una più approfondita applicazione delle disposizioni di legge, eccetera.

Questo raffronto potrà essere tacciato di empirismo, ma non può essere privo di fondatezza per cui anche sotto questo aspetto, non dovrebbe esserci alcun dubbio sui provvedimenti da adottare in favore dell'Opera da parte del Parlamento che si accinge ora a risolvere il problema della priorità in materia di spese pubbliche.

Stando così le cose, la situazione richiede una improrogabile e radicale soluzione in base a questa alternativa: o un finanziamento consono all'attrezzatura già raggiunta ed a quella ulteriore occorrente per l'integrale applicazione delle disposizioni di leg-

ge, oppure la riduzione dell'assistenza al fine di adeguare gli oneri relativi alle rigide esigenze del bilancio.

Il Consiglio centrale dell'O.N.M.I. ha ancora una volta rappresentato questa drammatica situazione al Ministero della Sanità, chiedendo che il contributo statale sia adeguato al fabbisogno finanziario dell'Opera nella cifra complessiva di 25 miliardi, di cui 20 nella parte ordinaria e 5 in quella straordinaria, facendo presente che esso costituiva il minimo indispensabile per l'assorbimento dei molteplici compiti di istituto. (Mi corre l'obbligo di sottolineare come il ministro Jervolino, particolarmente sensibile a questo problema, nella fase di preparazione dei bilanci avesse richiesto al Tesoro uno stanziamento di 25 miliardi, che tuttavia il Tesoro ha mantenuto nella misura di 15 miliardi).

In quell'occasione si accennò anche al profilarsi di un notevole disavanzo della gestione in corso, in dipendenza della troppo esigua assegnazione dello Stato (15 miliardi) in rapporto all'attuale organizzazione strutturale dell'Ente, incoraggiata peraltro dallo Stato anche con l'assegnazione di 3 miliardi divisa nei tre esercizi dal 1960-61 al 1962-63 per l'attrezzatura nelle zone depresse, specialmente nel Mezzogiorno.

Di fronte alla inalterata misura del contributo statale, l'O.N.M.I. ha rinnovato la richiesta della concessione sia di una sovvenzione straordinaria di 6 miliardi a ripiano dei disavanzi degli esercizi al 30 giugno 1963, — ed è stato già provveduto col disegno di legge governativo in corso di approvazione, — sia di una nota di variazione che elevi il contributo ordinario statale da 15 a 25 miliardi.

A nostro avviso, il problema è quello di adeguare il contributo statale alle esigenze dell'O.N.M.I., e non già le esigenze della O.N.M.I. al contributo statale, concetto questo già espresso tre anni or sono dall'allora Capo dello Stato. Abbiamo già detto che il contributo statale è per se stesso tendenzialmente statico, ed è questo, ripetiamo, l'errore della legge istitutiva. I casi sono due: o si aggancia al contributo statale una entrata dinamica, o il contributo statale

viene sostituito integralmente da una entrata dinamica con eventuale intervento dello Stato a pareggio del bilancio. La legge vigente si riferisce al primo caso quando richiama la tassa di soggiorno, lotterie, istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza che peraltro — come abbiamo visto — danno un gettito irrilevante.

L'esigenza fondamentale e improcrastinabile sarebbe che, accanto al contributo statale, vi fosse un'entrata dinamica consistente e perciò legata a parametri in costante o graduale evoluzione, come una percentuale sugli introiti della vendita dei tabacchi (proposta invero più volte avanzata in passato); un contributo dell'I.N.P.S. dovuto dai datori di lavoro da calcolarsi in determinata misura sugli elementi di contribuzione costituenti la base imponibile ai fini della determinazione dei contributi dovuti per le assicurazioni sociali obbligatorie un contributo degli enti di assicurazione malattia, per i motivi già esposti (se è vero che l'O.N.M.I. fa della medicina preventiva, è chiaro che dà i suoi fecondi risultati a distanza); una più consistente percentuale sulle lotterie nazionali e sugli utili netti degli Istituti di credito; una percentuale sulla tassa di successione che in Italia ha aliquote più basse di quelle dell'Inghilterra, ove vengono considerate addirittura confiscatorie a mano a mano che si allenta il vincolo del sangue.

Non a caso poi facciamo riferimento alla strutturazione di altri enti assistenziali, come l'Opera nazionale pensionati d'Italia (O.N.P.I.) e l'Ente nazionale assistenza orfani lavoratori italiani (E.N.A.O.L.I.) che attingono i finanziamenti per le attività assistenziali istituzionali — che invero praticano su vasta misura e che hanno una dinamica di sviluppo veramente apprezzabile — a percentuale sui premi di assicurazione nell'industria come nell'agricoltura o sul fondo adeguamento pensioni.

Questi parametri vanno presi in attenta considerazione, e perciò reiteriamo l'appello di voler regolare la materia con l'urgenza e l'ampiezza di vedute che la materia stessa merita. È il Paese che attende.

Le recenti convulsioni interne con la chiusura delle nostre istituzioni hanno provocato un tale e grave stato di disagio tra la popolazione, da dare la misura di quanto utile, indispensabile e prezioso sia l'intervento dell'O.N.M.I. attraverso la sua fitta rete capillare per cui ha meritato l'appellativo di « avanguardia della civiltà ».

In definitiva, è da auspicare che l'Opera venga comunque messa in condizione di poter assolvere compiutamente i suoi compiti istituzionali, che derivano non solo dalla legge istitutiva, ma soprattutto dalla norma costituzionale — che non può rimanere una affermazione teorica — nel quadro di una politica sanitaria destinata fatalmente a fare leva sulla tutela fisica (ma non solo fisica) dell'infanzia. E l'Opera richiede conoscenza e comprensione da parte di coloro che ritengono « improduttiva » la spesa dell'O.N.M.I., dimenticando che l'O.N.M.I. produce un bene che è la somma di tutti i beni: la salute.

Affido queste considerazioni, frutto di maturata lunga esperienza, all'attenzione ed alla sensibilità del Ministro, e quindi del Governo, perchè siano avviati a soluzione questi due fondamentali problemi del mondo sanitario: ospedali ed O.N.M.I.

E confido che le attese del Paese non andranno deluse.

Salus suprema lex. (Applausi dal centro).

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

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

« Il Senato,

attesa l'importanza scientifica e nel campo nazionale e in quello internazionale raggiunta da anni dall'Istituto Superiore di Sanità;

considerato il doppio ordine di finalità che l'Istituto persegue, le une attinenti alla ricerca scientifica, le altre pertinenti alle applicazioni pratiche, specialmente per ciò che

riguarda il controllo, in sede di revisione, dell'opera dei Laboratori provinciali d'Igiene e Sanità;

considerato altresì che l'Istituto Superiore adempie a specialissima funzione didattica al più elevato livello, come sin qui riconosciuto con plauso dagli ambienti scientifici internazionali,

invita il Governo a istituire nell'Istituto un Comitato di coordinazione superiore che ne coadiuvi gli organi direttivi per il raggiungimento delle finalità dianzi esposte; ciò con urgenza, in attesa di una legge organica che determini i nuovi compiti coordinati e cospiranti dell'Istituto Superiore di Sanità nel quadro della generale sistemazione della ricerca scientifica in Italia, in sede pura ed applicativa ».

PRESIDENTE. Il senatore Simone Gatto ha facoltà di parlare.

GATTO SIMONE. Onorevoli colleghi, è stato già rilevato da altri intervenuti nel corso di questa discussione, il ricorrente carattere critico che hanno assunto in questi anni le relazioni al bilancio della Sanità. Non potrò fare a meno anch'io di riferirmi a tale caratteristica inconsueta nelle relazioni di maggioranza, aggiungendo che essa trova anche riscontro in quasi tutte le dichiarazioni che i Ministri della sanità hanno reso al termine delle annuali discussioni.

Al riserbo della maggioranza sulla situazione della sanità pubblica in Italia si sono dunque aggiunti lo scontento, che lo stesso rappresentante dell'Esecutivo ha ripetutamente espresso, per l'inadeguata posizione finora assegnata alla sanità pubblica nel contesto della vita politica e amministrativa nazionale, e una più o meno velata rampogna per la scarsa considerazione che i Governi hanno fino ad oggi dimostrato, almeno dal punto di vista finanziario, per questa branca dell'attività di Governo.

Si è venuta così determinando una situazione del tutto particolare per cui il Parlamento, preso nel suo insieme, non è stato al tempo stesso nè in una situazione di

pieno consenso nè in una situazione di decisa opposizione, il che, a mio modo di vedere, è lungi dal costituire un elemento positivo, non essendo nulla di più che una conferma della mancanza di una vera e propria politica sanitaria.

Non si può essere assolutamente a favore o assolutamente contro qualche cosa di cui non si intravedono neanche i lineamenti. Un chiaro schieramento si è cominciato a profilare solamente quando si sono affrontati temi decisivi: unico esempio forse, nella scorsa legislatura, quello relativo alla legge sulle adulterazioni alimentari. Non altrettanto, purtroppo, è avvenuto di fronte alle altre due leggi di cui la passata legislatura è rimasta debitrice al Paese, quella sugli ospedali e quella sulle farmacie.

Tali disegni di legge pervennero alla discussione conclusiva nel periodo certamente meno adatto, quello in cui pressioni senza precedenti e contraddittorie si esercitarono sul Parlamento, particolarmente su questo ramo del Parlamento, con le conseguenze che ognuno di noi ricorda.

Si parla anche, da parte del relatore, delle limitate attribuzioni del Ministero della sanità e della sua recente nascita come cause fondamentali della mancanza di una politica sanitaria e come cause dell'assoluta insufficienza degli stanziamenti. Si è più nel giusto, a mio modesto avviso, vedendo le cose in altro modo. Una politica sanitaria può nascere solo da una volontà politica di modificare profondamente situazioni di carenza e anche di arretratezza nel nostro Paese, e di modificarle in un determinato senso. Non può essere solo la politica del Ministero o del Ministro della sanità, ma deve essere la risultante dell'impostazione di più branche di Governo, quelle stesse che il relatore, peraltro, enumera a comprova della sua opposta tesi. È quello che si andrà realizzando in ogni campo che interessi più o meno strettamente la sanità, che darà più attribuzioni e quindi necessariamente più mezzi al Ministero della sanità, anche se qualcosa, non facciamoci illusioni, è destinata a rimanere sempre fuori, perchè investite settori dell'attività di Governo che non potremo considerare forse mai come

primari per questa specifica branca di attività.

Voglio citare solo qualche esempio. In Francia è ancora aperta la questione sull'attribuzione della medicina scolastica al Ministero della sanità o a quello dell'istruzione. Ma, nonostante ciò, quale enorme progresso ha realizzato tale forma di medicina sociale nello stesso Paese!

E volendo trasportarci più vicino a noi, come possiamo immaginare che passino alla competenza del Ministero della sanità opere igieniche di primaria importanza come le fognature, alla cui realizzazione organica e razionale pur tuttavia, in un vero e proprio piano di opere igieniche, il Ministero della sanità deve essere chiamato come elemento di decisione e di scelta?

Rileveremo quindi dalla parte generale della relazione un solo punto, concordando in pieno su di esso: quello in cui testualmente si afferma che « l'organizzazione sanitaria italiana non soddisfa più, ha fatto il suo tempo, è superata e va quindi spinta verso nuove vie ». Queste vie occorrerà affrontarle con decisione e sulla base di una scelta, che può provenire soltanto dall'esame della realtà, sulla priorità da assegnare alla risoluzione dei vari problemi, pur in una visione organica di essi, sul modo in cui si intende risolverli.

Ne risulterà allora, finalmente, una vera politica sanitaria; e non sarà la prima volta che l'Italia ha una politica sanitaria, perchè lo Stato unitario nella fase di crescita ne ebbe una, che oggi naturalmente è di gran lunga sorpassata, anche se formalmente continua a dirigere l'attività sanitaria pubblica in Italia. Avremo allora una politica sanitaria che si proponga almeno di essere idonea all'Italia del 1963, assicurando nel contempo a se stessa un periodo di coerente sviluppo per alcuni decenni.

Da tale punto di vista è, secondo me, giustificato il fatto che la relazione, più che fare un esame della situazione sanitaria del Paese, sia impostata in prospettiva. Pur con tutti i giudizi positivi e negativi che noi possiamo dare su di essa, tuttavia ha avuto il coraggio di affrontare un problema di prospettiva, in parte immediata, in parte a più

lunga scadenza, cioè in particolare il tema delle riforme. Essa apre infatti la discussione su alcune delle riforme di cui il Paese ha bisogno in campo sanitario. Ed io vorrò soffermarmi quasi esclusivamente sulle prospettive additate dalla relazione che, come dicevo, dobbiamo considerare positiva perchè ha il merito di aprire una discussione: l'apre nel Parlamento nel suo insieme, tra settore e settore, l'apre, come abbiamo visto, all'interno degli stessi settori del Parlamento.

Per cominciare dal terreno che sembra più sgombro, magari soltanto apparentemente, perchè non siamo ancora alla fase delle proposte concrete, accenneremo innanzi tutto alle riforme che vengono prospettate nel campo dell'assistenza mutualistica. Io ritengo che il relatore, se avesse seguito questo metodo nel presentare la realtà nei suoi aspetti più maturi per una soluzione, non sarebbe incorso in quella specie di polemica interna e in quella critica che è provenuta anche dall'esterno da parte di chi non ha attentamente considerato l'essenza vera, reale dei problemi che venivano prospettati, di chi non ha sentito nemmeno il bisogno di contrapporre delle alternative altrettanto efficaci almeno per la soluzione di quegli stessi problemi.

Anche da parte del senatore Cassini è stato affermato che sono ormai maturi non soltanto i tempi, ma anche le convinzioni per affrontare il problema dell'unificazione dell'assistenza sanitaria mutualistica, problema ormai sentito e dai malati e dai medici; problema che ci trova molto arretrati rispetto ai passi che i Paesi europei hanno compiuto all'indomani del secondo conflitto mondiale e che, nella maggior parte di essi, hanno condotto alla istituzione di quel servizio di sicurezza sociale che è, anzitutto, servizio di sicurezza contro la malattia. Molti medici stranieri si stupiscono della proliferazione enorme che si è avuta in Italia nel campo dell'assistenza mutualistica, per cui ad un aumento quantitativo, ed anche ad un certo miglioramento qualitativo, si è accompagnato un frazionamento che impedisce nella realtà di avere un quadro

d'insieme della situazione reale di tale forma di assistenza in Italia.

Il relatore ha voluto citare anche le 208 Casse mutue che non si sono lasciate assorbire dall'I.N.A.M. Ma vi è il problema dei più grossi Istituti — come l'I.N.A.D.E.L., come l'E.N.P.A.S., come la Cassa per i dipendenti degli Enti locali — che ormai hanno raggiunto una dimensione tale per cui i problemi che insorgono, con troppa e giustificata frequenza, nel campo dell'assistenza mutualistica di malattia, incontrano innanzitutto un primo ostacolo, un primo gradino da superare; quello del confronto tra le forme di assistenza erogate da un Istituto e le forme di assistenza erogate dall'altro.

Se questo problema, come è nella convinzione ormai di quanti se ne occupano, si ritiene maturo, è il caso veramente di affrontarlo.

E il richiamo — che peraltro non rientra del tutto nella consuetudine parlamentare — che il relatore ha voluto fare al disegno di legge che il Ministro della sanità aveva preparato nel corso della precedente legislatura e che incontrò opposizione in seno allo stesso Consiglio dei ministri, non è questa volta per nulla un richiamo inopportuno.

Sarebbe troppo semplicistica soluzione quella di dire: il Ministro della sanità riproponga quello stesso disegno di legge nel Consiglio dei ministri, cerchi di farlo arrivare all'esame del Parlamento.

Dico ciò perchè il tempo è trascorso e perchè, parallelamente al problema della unificazione dell'assistenza mutualistica, un altro più grosso problema si è imposto all'attenzione del Paese: quello dell'avvio ad una vera e propria forma di sicurezza sociale.

Noi non potremo mai scindere minimamente — se vogliamo cominciare a considerare le cose da tale punto di vista — l'assistenza dalla previdenza; non potremo provvedere isolatamente alla pure necessaria unificazione degli Istituti mutualistici se non avremo creato un legame di natura diversa da quello oggi esistente tra attività previdenziale ed attività assistenziale, tale da unificarle nel concetto di sicurezza sociale.

Tuttavia io credo che questo ramo del Parlamento debba ritenere acquisito che ormai una maturazione largamente sufficiente è intervenuta, almeno per questo aspetto del problema. Che esso venga posto in discussione nel Paese, nelle categorie interessate, a cominciare da quelle dei lavoratori e non trascurando quelle dei medici, perchè finalmente si sappia cosa vuole l'enorme massa di cittadini interessati alla sua risoluzione, considerando in tutte le articolazioni questo insieme di cittadini che reclamano l'attuazione effettiva di un disposto della Costituzione!

L'unificazione dell'assistenza mutualistica può tener conto delle strutture esistenti, deve tener conto di alcune strutture superate. Può, una forma unificata di assistenza mutualistica di malattia, lasciare in piedi anche forme particolari, come avviene negli stessi Paesi che hanno dato luogo alla *social security*, dove intanto il *plafond*, il minimo, è assicurato per tutti i cittadini e, indipendentemente da ciò, alla loro iniziativa, alla loro capacità di incidere in proprio favore sul processo produttivo viene lasciata la possibilità anche di forme mutualistiche di fabbrica, che integrano quel minimo che lo Stato deve assicurare a tutti.

È stato accennato ad alcuni aspetti marginali, ad alcuni aspetti esteriori degli inconvenienti che derivano dalla pluralità dell'assistenza mutualistica: il medico che deve camminare con le tasche imbottite di moduli diversi, l'assistito che passa, talvolta contro la sua volontà, da una forma di assistenza all'altra, l'infinita gamma di sfumature che, soprattutto nel campo dell'agricoltura, fa sì che nessuno sappia mai se ha diritto all'assistenza completa, se ha diritto all'assistenza ospedaliera o a quella familiare o a quella specialistica o a quella farmaceutica. E diciamo pure che è nel campo degli assistiti in agricoltura che bisognerebbe disciplinare in forma definitiva, evitando queste infinite differenziazioni, questa polverizzazione per cui taluni sono portati talora a rinunciare a forme di assistenza a cui avrebbero diritto. Taluno è portato addirittura a scegliere un declas-

samento del proprio lavoro per essere meglio assistito, lui e tutta la famiglia, in ogni evenienza di carattere sanitario che possa presentarsi nel corso della vita familiare.

Si è parlato esplicitamente, con riferimento diretto, del sistema attuato in Inghilterra, il primo Paese che ha dato un assetto unitario, nell'Occidente, all'assistenza sanitaria. Io ritengo che una maggiore conoscenza si imponga, non solamente al legislatore ma anche alle categorie interessate (mi riferisco alle categorie sanitarie) di quello che altrove si è fatto; dell'esperienza intercorra ormai da oltre un decennio; di quello che si è realizzato, delle scelte inevitabili che si pongono agli stessi medici, che non possono volere i vantaggi di ogni cosa, ma devono essi stessi promuovere quelle forme di assistenza che valorizzino di più la dignità del medico, anche nei confronti dell'assistito. Perché è lì veramente che la dignità del medico, la funzione insostituibile della qualificazione medica nell'assistenza mutualistica si rivela. Il medico che viene posto nella condizione di dover, nel giro di un'ora, visitare 15 malati, squalifica se stesso, ma si squalifica soprattutto agli occhi di questi stessi 15 malati.

La prima facoltà che si dovrebbe pertanto mettere in atto è proprio la facoltà normativa in materia mutualistica a cui si riferiva il collega Perrino. Possiamo quindi parlare di nazionalizzazione dell'assistenza mutualistica, senza che il termine faccia inalberare qualcuno, in quanto è lo Stato che, legato ai dettami della Costituzione, deve anche preoccuparsi delle forme esecutive in cui si realizzano i dettami stessi. Io ritengo — mi permetto di prospettarlo, qui, come tema esclusivamente politico — che l'unificazione dell'assistenza mutualistica darebbe anche un contributo assai tangibile, che sarebbe apprezzato come tale, all'eliminazione dei mali del sottogoverno, che non possiamo tacere a noi stessi quando parliamo di necessità della moralizzazione della vita pubblica.

Io ritengo che uno sforzo in tal senso dovrebbe essere fatto da ogni gruppo politico che abbia interesse a muoversi su un terreno che venga il più possibile mondato dagli sterpi e dalle erbacce, più o meno spi-

nose, in cui si finisce talora per rimanere impigliati. Da tale punto di vista un processo di unificazione dell'assistenza mutualistica può rappresentare un'assai importante risposta alle attese del Paese.

Al problema dell'assistenza mutualistica si è voluto collegare, non senza ragione, quello della condotta medica. Ho potuto per parte mia rilevare che, nonostante quello che temevo, non si è ricorsi alla retorica, se non di volata, per ritenere il problema non esistente e come tale non abbisognevole di un intervento decisivo.

È stato fatto presente che la funzione del medico condotto, che anche oggi resiste, consiste nella garanzia, che ogni Comune offre, che vi sia un medico anche in una sperduta frazione. Ma, all'infuori di ciò, io ritengo che resterebbe ben poco, se non volessimo affrontare il problema dei compiti nuovi a cui è chiamata la condotta medica (non soltanto il compito dell'assistenza sanitaria, ma anche quello dell'organica azione sanitaria, che ogni Comune deve promuovere) se non volessimo affrontare il problema del collegamento della funzione della condotta con la funzione dell'assistenza mutualistica.

Si è detto giustamente che l'assistenza mutualistica da sola non garantisce la presenza stabile del medico. Ciò però non esclude che il Comune, aggiungendo nuove garanzie a quelle che istituzionalmente era chiamato a dare in materia sanitaria, possa farsi promotore di questa condizione base della permanenza del medico *in loco*.

Non è affatto fuori luogo prevedere una stretta integrazione tra l'assistenza di malattia e l'assistenza farmaceutica dei Comuni e l'assistenza mutualistica. Noi sappiamo che cosa — soprattutto nelle regioni meridionali, ma non soltanto in esse — rappresenti per il Comune, non solo dal punto di vista finanziario, l'assistenza farmaceutica. Essa purtroppo è diventata spesso un elemento di discriminazione, e pone non soltanto gli amministratori ma lo stesso medico condotto nella necessità di dover coartare la propria coscienza di medico in più occasioni. Un'intesa tra Comuni ed enti mutualistici potrebbe portare ogni cittadino, non assistito già dall'organismo mutualisti-

co, a godere della stessa assistenza farmaceutica di cui gode il mutuato, stabilendo una quota a carico del Comune per mezzo della quale chiunque, iscritto o non iscritto nell'elenco dei poveri, si trovi nella condizione anche temporanea di non godere dell'assistenza mutualistica e si presenti al medico condotto, abbia assistenza sanitaria e, presentandosi alla mutua, abbia assistenza farmaceutica.

Problemi quindi strettamente collegati, sì, ma non al punto da indurci a negare che esista in Italia un problema della condotta medica e dei compiti nuovi da attribuirle. A questo riguardo io mi permetterei di dissentire con chi ha affermato che, tra i compiti da assegnare alla condotta medica, c'è quello della medicina scolastica. La medicina scolastica è la forma più differenziata, qualificata e specializzata della medicina sociale. (*Interruzione dalla sinistra*). È assegnata alla condotta, ma sappiamo tutti con quali risultati.

La medicina scolastica, che è ancora regolata da una legge sorpassata, o si pone sul terreno di una netta specializzazione, cominciando dai titoli obbligatori richiesti a chi deve ricoprire un incarico di medico scolastico, o si perde nell'insieme delle prestazioni generiche che ogni Comune, come può, coi mezzi che ha, dà in qualità di servizi alla propria popolazione. (*Interruzione del senatore Fabiani*). Alcune Provincie hanno fatto abbastanza per conto loro, benemeritamente; il che è una comprova del fatto che una nuova legge deve prevedere queste possibilità per Provincie, per Regioni, deve dare la possibilità, se non l'obbligo, ai Comuni minori di consorzarsi per un servizio comune di medicina scolastica.

F A B I A N I . Infatti sorgono già dei consorzi.

G A T T O S I M O N E . Sono sorti spontaneamente; ora si tratta di passare ad una fase più imperativa della legge. La norma oggi non è imperativa: dà una facoltà.

F A B I A N I . Ci sono i prefetti che non la vogliono!

G A T T O S I M O N E . Quando la norma diventa imperativa, non c'è volontà di prefetto che valga. Ma tornerò più avanti brevemente su altri aspetti di questo problema .

Il relatore, dopo questo problema di prospettiva, ha affrontato direttamente l'altro grosso problema: quello degli ospedali. Il problema degli ospedali va visto intanto nei suoi aspetti obiettivi che consistono, anzitutto, nel quoziente nazionale dei posti letto, inferiore al minimo previsto dall'Organizzazione mondiale della sanità che consiste nel rapporto 6 per mille. Il 3,98 di media nazionale, se rispecchiasse un andamento generale per cui tra provincia e provincia ci fossero degli scarti di poca entità, non ci preoccuperebbe molto, in una prospettiva che inevitabilmente dovrà essere di sviluppo. Ma ci preoccupano gli squilibri fra zona e zona, ci preoccupa la condizione di permanente inferiorità in cui rimangono quelle tali regioni la cui media ci dà un quoziente di 2,23 per mille.

Ma io ritengo che perderemmo di vista l'essenza reale del problema se ne trascurassimo gli aspetti qualitativi. Ci sono ospedali che, per la loro attrezzatura, per la qualificazione del loro personale, possono ridurre il tempo di degenza in modo tale da assicurare una rotazione sufficiente dei degenti; ci sono ospedali che non possono scendere al disotto di determinati tempi di cura, ospedali che hanno la tendenza, spesso inarrestabile, a trasformarsi in cronicari. Ed allora, queste deficienze qualitative si traducono in assai più forti deficienze totali. Proprio nelle zone nelle quali riscontriamo un indice più basso, si è avuto l'aumento delle case di cura private. Là dove è mancato l'intervento pubblico, vi si è sostituito l'intervento privato, ma non sotto forma concorrenziale nè integrativa. Infatti l'intervento privato si è mosso in condizioni di assoluta tranquillità perchè gli istituti mutualistici si sono trovati nella necessità di dover ricorrere alle case di cura. Ora, questo tipo di investimenti non può avere che intendimenti di speculazione.

Quando si rileva la grave situazione di tensione esistente tra ospedali civili ed en-

ti mutualistici, io vorrei che si accennasse al fatto che a degradare le rette degli ospedali civili concorre in misura determinante quella che dovrebbe essere considerata come un'illecita concorrenza da parte delle case di cura private. L'individuo che ha fiducia nell'ospedale del proprio comune si vede sballottato in una casa di cura privata, nella quale magari non ha alcuna fiducia e nella quale riceve un'assistenza inferiore anche a quella, pur modesta, degli istituti pubblici di cura, e forse non sa che la causa di tutto ciò consiste in un maggior margine di profitto.

Si è invocata una legge che disciplini l'esercizio delle case di cura private. Ora, o questa legge sarà di estremo rigore e delinea i rapporti tra le case di cura ed ogni forma pubblica d'iniziativa sanitaria, o servirà soltanto a tranquillizzare quelli che si sono posti, esteriormente, nelle condizioni migliori, senza incidere nettamente sull'aspetto sostanziale del problema, che viene denunciato da questa contraddizione tra investimenti pubblici e investimenti privati proprio nelle zone più depresse dal punto di vista sanitario.

Vi sono poi i problemi interni agli ospedali stessi, problemi che riguardano la carriera, che riguardano la garanzia di attrezzature. Ma il problema istituzionale è preminente. Noi non possiamo che concordare con quanto, sia il relatore di questo bilancio sia il relatore del bilancio dello scorso anno, ebbero ad affermare, cioè che la forma istituzionale dell'ospedale-opera pia non solo è largamente superata dal punto di vista della storia, ma è superata soprattutto dal punto di vista della funzione.

Più volte mi è accaduto di dover ripetere quello che oggi può sembrare un paradosso ma che domani potrebbe diventare una realtà. Un piano nazionale degli ospedali che rilevi che in una determinata città mancano, ad esempio, trecento posti-letto, dal punto di vista giuridico sarebbe nell'impossibilità di obbligare un ospedale-opera pia a realizzare tali posti mancanti.

Questo non si è verificato fino ad oggi ma potrebbe verificarsi domani, solo che si pensi al problema, ancora più grosso, della

gestione finanziaria degli ospedali. Infatti, se è vero che c'è fame di posti-letto, specialmente nelle zone più depresse, è anche vero che ogni giusto incremento del numero dei posti-letto per abitante crea un problema amministrativo ancor più pressante.

Vorrei solo ricordare che in diversi convegni, da parte di amministratori di ospedali, è stata affacciata l'idea che potrebbe essere istituita una Cassa nazionale degli ospedali destinata a garantire gli introiti dovuti dagli enti mutualistici e dai Comuni e a versarli, per giornate di degenza, all'ospedale interessato. L'ospedale ormai, nelle sue strutture amministrative, sente di non poter più lottare solo di fronte a giganti. I giganti non sono i Comuni, naturalmente, ma gli enti mutualistici. Sarebbe quindi assai più efficace che un organismo rappresentativo di tutti gli ospedali, sotto forma di Cassa nazionale, affrontasse da pari a pari questi colossi, della cui crescita non possiamo che compiacerci, ma dei cui procedimenti abbiamo più volte avuto occasione tutti di lamentarci.

Vi è all'interno degli ospedali, per quanto riguarda i servizi medici, un problema di adeguamento delle forze ausiliarie, degli infermieri. È stata richiesta tante volte l'istituzione di nuovi corsi di qualificazione per infermiere generiche. In realtà la dislocazione degli istituti di formazione professionale segue ancora, fin troppo da vicino, i grandi squilibri del nostro Paese. E la realtà è ancora più grave quando dal campo dell'infermieristica femminile passiamo al campo dell'infermieristica maschile, dove la deficienza è ancora più pesante. In tutti questi anni molti elementi hanno accumulato un'esperienza contratta negli istituti mutualistici; si tratta, nella massima parte, di elementi che non hanno avuto la possibilità di conseguire quel diploma di Stato che consentirebbe loro libertà di scelta nella esplicazione della propria attività. Credo che non sarebbe fuori di luogo dare a coloro, a chi ha esercitato la professione infermieristica per almeno dieci anni in un istituto di carattere pubblico, la possibilità di sostenere gli esami senza passare obbligatoriamente attraverso i corsi. Ci sono ri

chieste in questo senso anche da parte del personale della Croce rossa italiana che, col diploma di infermiere della Croce rossa italiana, rimane necessariamente vincolato ad una istituzione che non lo può adeguatamente retribuire. Diamo dunque, a chi ha fatto l'infermiere per almeno un decennio, la possibilità di sostenere un esame di stato per essere dichiarato infermiere professionale.

L O R E N Z I , Professionale o generico?

G A T T O S I M O N E . L'una o l'altra cosa. E, per quanto riguarda il personale generico, è fuori dubbio che gli ospedali psichiatrici si sono assicurati, più o meno bene, la disponibilità di un personale infermieristico troppo strettamente specializzato, che in molte provincie esorbita dalle stesse capacità di assorbimento e che volentieri vedrebbe la possibilità di accedere ad altre carriere, ad altri tipi di lavoro, qualora fosse per lo meno previsto che ogni forma di infermieristica specializzata dovrebbe di per sé comprendere o prevedere in anticipo una qualificazione generica.

È stato posto il problema del tempo pieno per gli ospedali, che non ha suscitato né grandi proteste né approfondite discussioni. Se c'è un campo in cui il problema del tempo pieno per l'esercizio di un'attività medica si pone con maggiore autorità, è proprio il campo dell'attività ospedaliera. Potrà essere esteso a tutti i gradini della carriera, potrà essere limitato ad alcuni, ma chi comincia la propria vita nell'ospedale, chi deve fare l'assistente, deve almeno per un certo numero di anni dedicarsi interamente all'ospedale.

Qualche anno fa ho potuto visitare quello che ritengo il più perfetto ospedale d'Europa, l'ospedale di Basilea, in cui il tempo pieno si estende fino all'aiuto, mentre al primario viene lasciata soltanto la facoltà di consulto. Nessuno dei medici che ivi lavorano aveva critiche da fare a questo riguardo; molti dicevano che, uscendo dall'ospedale con un bagaglio di esperienza al livello più alto, ed anche con qualche risparmio consentito dall'entità della retribuizio-

ne, andavano ad affrontare con molta tranquillità la professione libera all'esterno.

Questo ragionamento non si può trasportare nel nostro Paese, dove il problema della carriera ospedaliera si pone come problema primario a cui dovremo dare nel corso di questa legislatura una soluzione definitiva e decisiva. Ma il tempo pieno, anche senza leggi particolari, è stato già attuato alcune volte: per esempio, nell'ospedale civile di Novara, ad iniziativa di un pediatra di fama internazionale come Piero Fornara, che per primo lo ha applicato a sé stesso. È stato altresì applicato, in tempi ancora più remoti, da una gloria della medicina italiana, Vittorio Putti, ortopedico principe in campo mondiale, che non visitò mai un malato né operò mai fuori dell'Istituto Rizzoli, potendo così realizzare i mezzi per farne un modello di attrezzatura e di qualificazione tecnica. Sono esempi che comprovano che anche nelle strutture tuttora vigenti si può attuare questo principio, a beneficio dell'ospedale, del prestigio di chi lo dirige, e soprattutto dei malati.

Dall'affermazione della necessità del tempo pieno, il relatore è passato direttamente a delineare una soluzione del problema ospedaliero nella statizzazione della medicina ospedaliera. Naturalmente ha provocato una reazione che oserei definire spropositata, dovuta in gran parte, ritengo, al termine adoperato; infatti le stesse categorie più direttamente interessate non si sono curate di approfondire il problema, ma hanno immediatamente interpretato il termine di statizzazione come abolizione della medicina privata, mentre il relatore si riferiva come esempio più diretto a quello inglese, che non ha abolito affatto la medicina privata. Io ritengo che non più prudente ma più obiettivo sarebbe stato partire ponendo due problemi come tali: il problema dell'unificazione mutualistica e il problema del piano nazionale degli ospedali. Un piano, naturalmente, che non si fermi alle costruzioni, ma entri in materia normativa, regoli carriere, stabilisca possibilità di scambi per chiamata, stabilisca il rapporto posti-letto, primari, assistenti, infermieri. Problemi di fronte ai quali nessuno si è sen-

tito di dire che non esistono o che esistono altre soluzioni, per evitare quell'inconsiderato allarme che immediatamente — forse senza avere avuto neanche il tempo di leggere o di approfondire nei modi dovuti la relazione — si è avuto con la protesta dell'Ordine dei medici di Roma.

I problemi vanno affrontati per quelli che sono, con la priorità che viene dalla loro entità stessa. E i problemi sono questi due! Naturalmente non devono essere affrontati isolatamente, ma devono essere visti nel contesto di una politica sanitaria che cominci a realizzare quel sistema di sicurezza sociale che trova il nostro Paese ancora arretrato rispetto ad altri, dell'Occidente e dell'Oriente.

È il caso, secondo me, di porre queste cose in discussione nell'ambiente medico nei loro termini reali e obiettivi; termini che non si possono eludere, e tanto meno si possono eludere con una opposizione globale che faccia leva sulla reazione istintiva che si ha di fronte a certe cose, a certe enunciazioni.

Ritengo che se porremo dinanzi alle stesse categorie mediche il problema in questi due suoi aspetti principali, se diremo con molta franchezza che sia l'uno che l'altro dovranno essere risolti nel contesto di una politica che si muova per assicurare un sistema di sicurezza sociale, le prevenzioni cadranno di fronte al sereno ragionamento di una classe medica che oggi, in gran parte, è composta di giovani, con mentalità — vorremmo ritenere — più aperta, con necessità più immediate, tra cui quella di trovare un lavoro a non troppa distanza dalla laurea, con l'aspirazione di poter contare su una prospettiva non aleatoria, ma soprattutto con la sensazione di sentirsi elemento determinante della vita della Nazione, in uno dei settori in cui il progresso di solito viene più immediatamente avvertito.

E diremo senz'altro che l'estensione dell'assistenza mutualistica in Italia ha già assunto dimensioni tali per cui la stessa unificazione, probabilmente, non potrebbe estenderla di più, mentre dovrebbe soprattutto colmare dislivelli, distinguere tra assicurazione obbligatoria e assicurazione vo-

lontaria, tra contributi dello Stato, contributi del datore di lavoro, contributi dell'assicurato.

Margine per la libera professione ne rimarrà sempre; ne è rimasto, per chi abbia esercitato la medicina in un determinato modo, anche con l'estensione massima dell'assistenza mutualistica. Queste cose, se le esporremo e le riproporremo alla classe sanitaria nei giusti termini, potranno avere dalla stessa classe sanitaria quell'indispensabile spinta senza la quale le riforme cadono inevitabilmente dall'alto e non sono espressione dei bisogni e delle istanze dei gruppi più direttamente interessati a realizzarle.

E per venire ad altro argomento, sempre in tema di riforme, devo dire che al problema del finanziamento dell'Opera nazionale maternità e infanzia, così egregiamente esposto dal collega Perrino, ne va anteposto uno di carattere istituzionale. L'Opera nazionale maternità e infanzia è stata sinora la sola ad assicurare un'assistenza medico-sociale per la prima infanzia ed anche per le età successive; ha sempre più sviluppato le proprie caratteristiche sanitarie, perchè esse le si imponevano con maggiore urgenza, e ha perduto per strada, fortunatamente, molte delle caratteristiche di stretta natura assistenziale materiale. Una riforma istituzionale deve tener conto delle due cose: e mentre, per gli aspetti puramente assistenziali, deve valorizzare le iniziative e le istanze locali, per le iniziative di più stretto carattere sanitario e di medicina preventiva non può fare a meno di rispondere a dei dettami e a delle linee che siano di carattere nazionale. Armonizzare queste due esigenze, le possibilità degli enti locali in materia di assistenza materiale, l'efficacia normativa e di intervento diretto centralizzato nel campo della medicina preventiva vera e propria, sarà il compito di chi dovrà accingersi alla riforma istituzionale dell'Opera nazionale maternità e infanzia.

Teniamo conto che, se è vero che la mortalità infantile è diminuita in misura soddisfacente (siamo già al di sotto del 40 per cento in Italia) la natimortalità e la mortalità nel

primo mese di vita sono pressochè ferme da alcuni anni. Sul 39 per mille di mortalità infantile ben il 25 per mille è rappresentato dalla mortalità neonatale. Questo ci dice che compiti nuovi di prevenzione, di assistenza alla gestante, che ha diritto ad esprimere il parto in un ambiente ospedalizzato, si propongono. Questo ci dice che l'idea della visita prematrimoniale non è un'idea cervelotica, non solo perchè è applicata nella più gran parte dei Paesi civili, ma perchè è richiesta come unica possibilità di esercitare una genetica di massa, senza la quale questi indici di mortalità non possono diminuire. E quando si parla di riforma della Maternità e infanzia collegata al suo finanziamento, non dimentichiamo che l'Opera nazionale ha dovuto finanziare istituzioni che altri avrebbero dovuto finanziare. Una grossa somma, una grossa fetta di bilancio della Maternità e infanzia è impiegata per l'esercizio degli asili-nido. La legge del 1950, se fosse rimasta quella che era stata votata in Commissione, se non fosse stata resa in gran parte inoperante da inopportune correzioni, se fosse stata operante nel Paese in piena espansione economica, avrebbe risparmiato all'Opera una notevole percentuale dei mezzi destinati agli asili-nido.

Riforma istituzionale dell'O.N.M.I., dunque, e al tempo stesso riforma della legge per la tutela delle madri lavoratrici, perchè così veramente si può affrontare anche un problema finanziario. Lo stesso dicasi dell'assistenza ai minori in stato di abbandono, anche se illegittimi, che grava notevolmente sul bilancio dell'Opera per affidi e per ricoveri in istituti. C'è un bilancio del Ministero dell'interno che ha larghissima capienza al riguardo. Si lasci all'Opera il compito di individuazione e di decisione; ma la

spesa non può gravare su un ente che tende ad assumere sempre più, come deve, caratteristiche di istituto di medicina sociale, e non di pura assistenza materiale.

Termino riferendomi ad un organismo che abbiamo il dovere di salvaguardare: l'Istituto superiore di sanità. Se lo volessimo limitare ai soli compiti di controllo, avremmo perduto l'unico istituto di ricerca extra-universitario che ha potuto vantare tra i suoi collaboratori due premi Nobel: uno lo abbiamo perduto per sua libera scelta, l'altro potremmo perderlo se non intervenissimo tempestivamente.

Si riconosca all'Istituto superiore di sanità il compito di ricerca scientifica e di perfezionamento. Si crei un particolare stato giuridico per questo Istituto, si assicuri il necessario coordinamento tra i due settori del controllo e della ricerca. Non dimentichiamo quello che tutti abbiamo detto quando abbiamo votato la legge sulle adulterazioni alimentari: lo Stato deve poter competere scientificamente con l'industria privata. È uno dei tanti aspetti che ci impongono cautela, decisione e coraggio. Lo Stato deve poter continuare a contare su un istituto di alta qualificazione. (*Applausi dalla sinistra e dal centro*).

P R E S I D E N T E . Rinvio il seguito della discussione alla seduta pomeridiana. 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