

N. 2103-A
Resoconti XIX

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 1967

ESAME IN SEDE CONSULTIVA
DELLO STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA
DEL MINISTERO DELLA SANITA'

(Tabella n. 19)

Resoconti stenografici della 11ª Commissione permanente (Igiene e sanità)

INDICE

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 22 FEBBRAIO 1967

PRESIDENTE	Pag. 2, 3, 4
CREMISINI	2, 3
D'ERRICO	2
FERRONI, <i>relatore</i>	2, 3
ZELIOLI LANZINI	3

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 1º MARZO 1967

PRESIDENTE	Pag. 4, 6, 14
CASSESE	4, 5
CREMISINI	5
FERRONI, <i>relatore</i>	5, 6
SIMONUCCI	5
ZONCA	5

SEDUTA DI VENERDÌ 3 MARZO 1967

PRESIDENTE	Pag. 14, 15, 22
BONADIES	14, 15, 16
CAROLI	18
CASSINI	19, 21

D'ERRICO	Pag. 17, 18, 19, 20, 21
DI GRAZIA	20
PERRINO	16
SAMEK LODOVICI	15, 16
VOLPE, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	22

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 8 MARZO 1967

PRESIDENTE	Pag. 22, 34, 37, 42, 43
CASSESE	34
CASSINI	35, 36, 37, 38, 39, 40, 41
D'ERRICO	30, 34, 38, 40, 41
FERRONI, <i>relatore</i>	38
LOMBARI	40
PERRINO	28, 30, 34, 40, 42
PESERICO	23
SAMEK LODOVICI	23, 30, 36, 37, 39, 42
SELLITI	41, 42
VOLPE, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	34

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 MARZO 1967

PRESIDENTE	Pag. 44, 51, 63
BONADIES	56, 59
CASSESE	44, 46, 47, 48

BILANCIO DELLO STATO 1967

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)

CASSINI	Pag. 44, 48
CREMISINI	47
D'ERRICO	55, 57, 59, 60
DI GRAZIA	44, 46, 59
FERRONI, <i>relatore</i>	51, 55, 56, 58, 59, 60, 61
LOMBARI	57, 59
MINELLA MOLINARI Angiola	49, 59
PERRINO	47, 48
SAMEK LODOVICI	47, 55, 56, 61
SIMONUCCI	42
VOLPE, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	48, 59
ZONCA	69

SEDUTA DI GIOVEDÌ 16 MARZO 1967

PRESIDENTE	Pag. 63, 66, 67, 69, 72, 78, 81, 83
ALBARELLO	66, 68, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83
BONADIES	72, 77, 78, 79
CASSESE	75, 82
CASSINI	72, 79, 80
CREMISINI	75, 80, 81
DI GRAZIA	68, 79, 81
FERRONI, <i>relatore</i>	67, 72, 74, 78, 81
LOMBARI	71, 73, 74, 78, 79, 80
PERRINO	66, 67, 72, 80
SAMEK LODOVICI	63, 66, 77, 78, 81
VOLPE, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	68, 69 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 22 FEBBRAIO 1967

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 9,40.

Sono presenti i senatori: Alberti, Bonadies, Caroli, Cassese, Cassini, Cremisini, D'Errico, Di Grazia, Ferroni, Lorenzi, Orlandi, Perrino, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti, Sellitti, Simonucci, Zanardi, Zelioli Lanzini e Zonca.

Interviene il Sottosegretario di Stato per la sanità Volpe.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967

— Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (Tabella 19)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame preliminare del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967 — Stato di pre-

visione della spesa del Ministero della sanità ».

FERRONI, *relatore*. Ho potuto iniziare la stesura del parere al bilancio della sanità solo pochi giorni or sono, e in questo breve lasso di tempo non mi è stato possibile ancora ottenere quei dati che, a mio avviso, sono necessari al fine di presentare un quadro quanto più possibile completo della situazione del Ministero della sanità, oltre che dei fini a cui esso intende ispirare la sua attività nel più immediato futuro. Chiedo pertanto un rinvio dell'esame alla prossima settimana.

D'ERRICO. Debbo anzitutto porre una pregiudiziale: è regolare iniziare la discussione del bilancio mentre esso si trova ancora all'esame dell'altro ramo del Parlamento?

PRESIDENTE. Il Presidente del Senato mi ha fatto pervenire una lettera in cui si espongono le ragioni di ordine pratico che giustificano questa procedura.

D'ERRICO. Non vorrei che fossimo costretti a procedere ad un esame frettoloso del bilancio, e a non adempiere con la dovuta diligenza a quello che si considera a ragione il compito principale del Parlamento e quindi della nostra Commissione.

A tal fine, chiedo che la relazione del senatore Ferroni sia stampata e distribuita in tempo utile, in modo da poter prendere visione per i nostri interventi dei dati che egli avrà frattanto potuto raccogliere presso il Ministero della sanità.

CREMISINI. Credo di dover rilevare, anche a nome della mia parte politica, che si sta per adottare una procedura che contrasta con la Costituzione e con il Regolamento.

Questa osservazione non vuole suonare irrispettosa nei confronti della Presidenza del Senato e della Presidenza della nostra Commissione, ma riteniamo nostro dovere sollevare l'eccezione per una questione di principio e di correttezza parlamentare. Non si vede perchè questo ramo del Parlamento

debba essere costretto ad adottare misure di emergenza, e a seguire una prassi estremamente opinabile che lo mette in particolare imbarazzo, tanto che lo stesso relatore ha chiesto di rinviare la lettura del suo parere di alcuni giorni e altri colleghi chiedono di poterne conoscere il testo prima di iniziare la discussione. Noi praticamente non faremmo che esaminare degli atti che non sono ufficiali in quanto non approvati dalla Camera dei deputati.

Di conseguenza, dichiaro che la mia parte politica non parteciperà alla discussione dei bilanci in sede di Commissione, ritenendola illegittima, e si riserva di intervenire ampiamente sull'argomento in Aula.

PRESIDENTE. È probabile che, mentre la nostra Commissione inizia l'esame preliminare del bilancio, la Camera dei deputati ci invii il testo approvato...

CREMISINI. In questo caso la nostra eccezione cade.

PRESIDENTE. Prego il senatore Cremisini di voler tener conto della lettera inviata dal Presidente del Senato, che, a mio avviso, dovrebbe placare le sue perplessità.

FERRONI, *relatore*. Poichè sono stato chiamato in causa dal senatore Cremisini, desidero che non sorga confusione fra la eccezione da lui sollevata e i motivi che io ho addotto per rinviare di una settimana lo svolgimento della mia relazione. Anche se egoisticamente potrei accogliere il rilievo fatto dal collega Cremisini per giustificare sul piano regolamentare il mio ritardo, riconfermo invece che la mia richiesta di rinvio è dovuta, in massima parte, a cause che non dipendono dalla mia volontà.

Non condivido i rilievi mossi dai senatori Cremisini e D'Errico, perchè se è vero — come è vero — che la discussione e approvazione del bilancio ha luogo in Aula, ritengo che nulla vieti che, mentre un ramo del Parlamento discute il bilancio, l'altro, in sede di Commissione, possa iniziarne l'esame preliminare.

CREMISINI. Prendo atto con tutto il rispetto dell'invito rivoltoci dal Presidente del Senato; comunque non posso che confermare quanto già ho dichiarato.

Desidero, inoltre, far osservare al senatore Ferroni che il procedimento che si vuole adottare contrasta con precise norme regolamentari e costituzionali. Se poi vogliamo procedere alla buona, possiamo anche farlo, alla luce del buon senso e dell'intelligenza e per quella cordialità che regna in questa Commissione. Ma questo è un altro discorso. Le Commissioni debbono svolgere precisi compiti fissati dal Regolamento. Ho tutto il rispetto per la Presidenza del Senato che propone di trovare un rimedio pratico ad una situazione abnorme seguendo una prassi accomodante, ma debbo rilevare che noi discuteremmo su documenti che non sono definitivi, e che la Camera dei deputati può emendare; di conseguenza noi rischieremo, fra l'altro, di fare un lavoro inutile. Pertanto ritengo che nessuno dei due rami del Parlamento possa fare questo, bensì che si debba procedere sempre secondo quanto stabiliscono le norme regolamentari.

PRESIDENTE. Nulla vieta, senatore Cremisini, che la Commissione affronti in via ufficiosa questa materia. Quando la Camera ci trasmetterà i bilanci, noi potremo in brevissimo tempo approvare formalmente quanto avremo predisposto in sede di esame preliminare.

CREMISINI. Non sono convinto.

ZELIOLI LANZINI. Senatore Cremisini, che cosa dovremmo fare, secondo lei? Arrivare al 30 aprile senza avere ancora approvato il bilancio?

CREMISINI. Non è colpa del Senato se non siamo in possesso dei documenti ufficiali su cui discutere. Mi dispiace, ma, in linea di principio, la questione che ho posto è valida. Da un punto di vista pratico è evidente che possiamo addivenire a soluzioni di ripiego, ma non mi si può contestare che, se adottassimo questo sistema anche per i disegni di legge in sede deliberante, seguiranno una ben strana procedura, contraria alle tradizioni del Parlamento italiano.

P R E S I D E N T E . Consentitemi di concludere con una osservazione di carattere pratico. Spesso la Commissione ha devoluto a Sottocommissioni l'esame di singole materie, e anche in questi casi si trattava di un esame preliminare, privo di qualsiasi valore formale, ma prezioso ai fini di accelerare l'*iter* di certi provvedimenti particolarmente complicati.

Ritengo, pertanto, che nulla vieti alle Commissioni di discutere preliminarmente qualsiasi argomento, riservandosi beninteso di compiere atti formali al momento in cui esse ne siano legittimamente autorizzate, nel caso specifico non appena la Camera dei deputati avrà trasmesso al Senato il bilancio di previsione per il 1967.

Se non si fanno osservazioni, l'esame del bilancio è rinviato alla prossima settimana.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 10,10.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 1º MARZO 1967

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 11,10.

Sono presenti i senatori: Alberti, Bonadies, Caroli, Cassese, Cassini, Cremisini, Criscuoli, D'Errico, Di Grazia, Ferroni, Lombardi, Lorenzi, Minella Molinari Angiola, Orlandi, Perrino, Peserico, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti, Sellitti, Simonucci, Zanardi e Zonca.

Interviene il Sottosegretario di Stato per la sanità Volpe.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967

— Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (Tabella 19)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca l'esame preliminare del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per

l'anno finanziario 1967 - Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

C A S S E S E . Chiedo la parola sull'ordine dei lavori.

Nel corso della precedente seduta alcuni membri della Commissione si sono dichiarati contrari a che si inizi l'esame del bilancio prima che esso sia stato approvato dall'altro ramo del Parlamento. Dal canto mio, alla discussione del bilancio della sanità, pongo come pregiudiziale che sia prima completato l'esame delle relazioni della Corte dei conti sulla gestione degli Enti sottoposti alla vigilanza del Ministero della sanità.

P R E S I D E N T E . Alle osservazioni fatte sull'opportunità o meno d'intraprendere l'esame preliminare del bilancio rispondendo dando lettura di una seconda lettera inviata dal Presidente del Senato:

« Onorevole collega, dai resoconti delle sedute che le Commissioni permanenti del Senato hanno dedicato all'esame del bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967, ho rilevato che alcuni componenti delle Commissioni stesse hanno mosso rilievi o formulato riserve sulla procedura da me suggerita, di far luogo ad un esame preliminare degli stati di previsione dei vari dicasteri prima della trasmissione al Senato del relativo disegno di legge da parte della Camera dei deputati.

Al riguardo ritengo opportuno, innanzitutto, riaffermare che la ragione che mi ha indotto ad invitare le Commissioni ad iniziare l'esame del bilancio dello Stato prima ancora della sua approvazione da parte dell'altro ramo del Parlamento, è stata quella di consentire alle Commissioni del Senato una discussione più approfondita e, comunque, meno affrettata, in considerazione del fatto che mancano, ormai, soltanto poco più di due mesi alla scadenza costituzionale dell'esercizio provvisorio.

Mi preme, altresì, far rilevare che la procedura in questione è stata, in passato, più volte adottata dal Senato per l'esame del bilancio — anche prima della riforma del dicembre 1964 che ha portato alla unificazione dei vari stati di previsione in un solo disegno

di legge — senza dar luogo a rilievi di sorta ed anzi con generali consensi.

La stessa procedura è stata seguita, in numerose occasioni, dalla Camera dei deputati — sia in sede di Commissioni permanenti, sia in sede di Commissioni speciali — non solo per l'esame del bilancio dello Stato, ma anche per altri disegni di legge, come quello, piuttosto recente, relativo alla conversione in legge del decreto-legge recante provvidenze per le zone colpite dalle alluvioni dell'autunno 1966.

Mi sembra comunque che fra due mali — quello di adottare un metodo empirico, sostenuto tuttavia da una prassi, e che conduce ad un fine utile, e quello di richiamarsi al rispetto strettamente formale della procedura e che conduce ad un esame eccessivamente affrettato del bilancio — sia da scegliersi il minore; libere tuttavia le Commissioni di adottare in proposito autonome decisioni.

Con i più cordiali saluti ».

C A S S E S E . Apprezziamo moltissimo il tenore di questa lettera e siamo disposti a discutere preliminarmente il bilancio della sanità, però vorremmo che prima venisse completato l'esame delle relazioni della Corte dei conti.

Z O N C A . Desidero sottolineare l'importanza della lettera di cui il Presidente ha dato anche che la procedura che si intende tutti i dubbi che possono sorgere in merito, dato anche che la procedura che si intende adottare non è senza precedenti. Indubbiamente, la discussione formale del bilancio è fondamentale, ma dato che siamo vicini alla scadenza dell'esercizio provvisorio e il tempo a nostra disposizione è molto breve, è necessario che ci portiamo avanti, iniziando immediatamente l'esame preliminare. Sono pertanto favorevole a che il relatore dia lettura del parere da lui elaborato.

S I M O N U C C I . Una delle principali attività del Ministero della sanità — le cui competenze si mantengono del resto, ancora in un ambito troppo ristretto — è quella di dare contributi a tutti gli Enti: Croce

Rossa, Lega contro i tumori, Istituto superiore della sanità, eccetera. Riteniamo, pertanto, che un esame preliminare del bilancio non possa essere compiuto utilmente, se non dopo che sia stato completato l'esame delle relazioni della Corte dei conti, relative al funzionamento di questi Enti.

F E R R O N I , relatore. Resta soltanto da esaminare il mio rapporto sulla relazione della Corte dei conti relativa alla gestione della Croce Rossa, la quale riceve dal Ministero della sanità il contributo di un miliardo e 100 milioni di lire.

C A S S E S E . Possiamo accedere alla preghiera del senatore Zonca, perchè desideriamo che i lavori della Commissione non subiscano dei ritardi. Tuttavia, a nome del Gruppo comunista, chiedo al senatore Ferroni di assumere l'impegno di svolgere la sua relazione sulla Croce Rossa nella prossima seduta.

F E R R O N I , relatore. Posso dare tale assicurazione al senatore Cassese. Se non ho completato la relazione sulla Croce Rossa, non è per trascuratezza, bensì perchè, mentre stavo preparando il rapporto ad una prima relazione della Corte dei conti per gli anni 1961-62, ne è pervenuta al Senato una seconda per gli anni 1963-64. Pertanto ho ritenuto opportuno conglobare in un unico rapporto il quadriennio, per economia di tempo e di fatica. Inoltre, sono avvenuti fatti importanti in seno alla Croce Rossa, fra cui la sistemazione dell'organico, per cui ho voluto documentarmi un po' meglio in merito attingendo notizie e dati che mi sono pervenuti solo mercoledì scorso. Nei giorni successivi ho dovuto stendere la relazione sul bilancio della sanità e non mi è stato possibile occuparmi d'altro. Comunque, per la prossima settimana, avrò completato la relazione sulla Croce Rossa.

C R E M I S I N I . Desidero brevemente riconfermare, a nome del mio Gruppo, l'avviso contrario, già espresso nel corso della precedente seduta, a che si inizi l'esame del bilancio prima che il bilancio stesso sia stato approvato dalla Camera dei deputati.

BILANCIO DELLO STATO 1967

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

P R E S I D E N T E . La maggioranza della Commissione si è espressa, sia pure senza ricorrere ad una votazione formale, a favore dell'inizio all'esame preliminare. Prego pertanto il senatore Ferroni di riferire sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

F E R R O N I , relatore. Questo « parere » sarà necessariamente breve, sia per aderenza al metodo di esame dei bilanci adottato dal Parlamento, sia per lo scarso tempo a disposizione.

Condizioni che mal si conciliano con quello che sarebbe stato mio desiderio di compiere un ragionato raffronto del bilancio del Ministero della sanità con gli stanziamenti dei vari Dicasteri che formano il bilancio dello Stato; ed anche con il desiderio di un esame particolarmente analitico dei vari capitoli della tabella n. 19, cioè del bilancio della sanità del 1967, in rapporto al manifestarsi di esigenze nuove in campo sanitario.

Inevitabili e non sempre prevedibili esigenze, dovute all'evolversi della vita sociale, al modificarsi dell'ambiente in cui l'uomo vive, all'insorgere appunto di aspetti morbigeni o al loro pauroso sviluppo rispetto al passato; o, per contro, al decrescere di altri mali sino a ieri paurosamente dominanti.

Analisi che avrebbe potuto darci, tra l'altro, un quadro preciso della sensibilità, della prontezza di percezioni, della capacità di previsione degli organi scientifici, tecnici, politici di questo importante organo dello Stato, forse tra tutti il più importante!

Non sembri affermazione azzardata: essa è largamente condivisa da chi tiene conto come il problema sanitario di una Nazione bene organizzata sia non solo problema di umanità o di carità, ma anche, se non soprattutto, problema di politica economica estremamente importante. Chiaro essendo a noi, se non ancora, forse, totalmente a tutti gli economisti e agli esperti di finanza, che il benessere di un popolo, la sua salute fisica, si traduce in vantaggi economici, nel campo del lavoro e quindi della produttività e dei consumi, quanto meno pari, ma forse di gran lunga superiore agli investimenti per

la prevenzione e la cura dei mali, per la conservazione della salute dell'uomo, in sostanza per la sanità della Nazione.

È pur vero che il piano programmatico quinquennale promette notevoli e sistematici interventi dello Stato nel campo della sicurezza sociale; ma notevoli sono anche le resistenze politiche ed i settori interessati soltanto a trasformazioni di comodo, disposti a concedere alle apparenze più che alla sostanza di una reale, profonda, organica e razionale trasformazione delle attività sanitarie.

Grande dunque è l'impegno e la responsabilità di questa Commissione, e del resto di tutto il Parlamento, specie in quest'ultima fase della legislatura.

Se saremo animati da sincera volontà di rinnovamento — al di là di divergenze politiche inevitabili, certo, ma anche superabili ove impazienze eccessive o eccessivi timori del nuovo non vogliano rigidamente contrapporsi — sapremo trovare la giusta sintesi in provvedimenti legislativi sui quali saremo chiamati a breve scadenza a decidere. E a decidere rapidamente.

È per questo che, pur costretto a contenere in pochi dati questo parere, vorrei considerare preliminarmente gli aspetti operativi, su un piano generale, del Ministero della sanità.

Mi domando: è esso ancora il « gracile organismo, volutamente mantenuto in una degradante condizione di infantilismo cronico », come rilevava (le parole sono sue) ancora due o tre anni fa il collega senatore D'Errico parlando sul bilancio di previsione 1964-65?

Permangono « le gravi, offensive sperequazioni tra il bilancio del Ministero della sanità e i bilanci dei grossi Enti mutualistici o di altri Ministeri che usurpano (adoperando sempre le parole del collega) gran parte delle attribuzioni che competerebbero al Ministero della sanità? ».

Mi pare di poter dire, almeno per quanto riguarda la prima domanda, che qualche cosa è mutato; che certa « frammentarietà di idee e di provvedimenti presi troppo spesso caso per caso » (è sempre il collega D'Errico che parla) sia stata notevolmente superata da

una più chiara visione dei compiti globali, immediati e futuri, di questo Ministero; dalla tenacia con cui esso si è battuto e si batte, pur con gli scarsi mezzi a disposizione, per imporre la sua presenza, con interventi tempestivi e con provvedimenti legislativi che spesso anticipano le previsioni stesse del piano quinquennale di sviluppo.

Talchè non sono mancate polemiche, anche aspre e dure, ma sempre utili e alla fine sostanzialmente produttive di benefici risultati, così all'interno della coalizione governativa come nel mondo sanitario e nell'opinione pubblica in generale, forse non mai come in questo momento sensibilizzata ai problemi della pubblica salute, matura non mai come oggi a recepire e sostenere coraggiose trasformazioni nelle strutture sanitarie del Paese.

In questa visione più organica dei compiti del Ministero della sanità si collocano le numerose leggi approvate o in corso di esame da parte del Parlamento o predisposte nell'immediato futuro.

Mentre la legge di tutte la più importante ed attesa, quella relativa alla *Riforma Ospedaliera* è in fase di avanzato esame da parte della Commissione sanità della Camera, così da poter credere che essa arriverà al Senato assai prima delle vacanze estive e divenire operante entro l'autunno 1967, possiamo non senza compiacimento guardare a ritroso e considerare il lavoro compiuto.

Ricordiamo ancora una volta la grande vittoria (non so usare altro termine) raggiunta nella lotta alla poliomielite: la media dei tremila casi annui registrata sino al 1963, discende a poco più di un centinaio nel 1966. *L'obbligatorietà della vaccinazione antipolio*, secondo la proposta del Ministro della sanità approvata dal Parlamento, renderà completa la sicurezza della nostra infanzia nei confronti di un male che non costituirà più motivo costante di angoscia per milioni di genitori, avvilente condizione fisica permanente di decine di migliaia di esseri umani, pesante onere per la collettività.

Importante sul piano sanitario, anche se di specie quantitativamente meno grave della poliomielite, è la lotta contro il tetano:

la legge Alberti e il relativo regolamento di esecuzione sono ormai operanti. L'estensione dell'*obbligo della vaccinazione antitetanica a tutta la popolazione infantile* sarà una realtà non lontana con l'approvazione di un apposito disegno di legge in corso di elaborazione.

La cosiddetta « piccola riforma dell'ONMI » è un fatto compiuto. Riforma che ha tolto dalle secche di una situazione abnorme un organismo che ha ancora notevoli compiti da assolvere; che lo fornirà di una organizzazione più rispondente al clima democratico del nostro tempo, che gli garantisce una più ampia disponibilità di mezzi finanziari e quindi una attività meno asfittica e frammentaria. Si tratta di quattro miliardi annui in più per un totale di 23 miliardi 500 milioni rispetto ai 19 miliardi 500 milioni del bilancio 1966.

Si è asserito, da qualche parte, che nè la riforma operata nè l'incremento delle disponibilità finanziarie sono sufficienti ad una democratica ed autonoma azione assistenziale dell'Ente. Può darsi. Peraltro si è fatto un notevole passo avanti e il provvedimento infine è stato accolto sostanzialmente in modo positivo da ogni parte politica. Anche se non c'è dubbio che altro ancora dovrà farsi, nel quadro della riforma sanitaria generale, per garantire più vigili e moderne cure alla prima infanzia e alle madri, adeguando o trasformando o trasferendo questo organismo, sì da rendere sistematica e generale la cura dei bimbi forzatamente sottratti alla vigilanza materna in una epoca di crescente partecipazione femminile all'attività produttiva.

La legge 9 giugno 1964, n. 615, per la profilassi e il risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi bovina e dalla brucellosi ha dato incoraggianti risultati. I quattro miliardi annui per 10 anni, di cui ai capitoli nn. 1264, 1265 e 1266 del bilancio in esame, hanno consentito l'abbattimento di numerosi capi di bestiame ammalati e bacilliferi e quindi, con la sostituzione di bestie sane, una sensibile bonifica del patrimonio zootecnico. Così che, specie nel Nord Italia, la situazione è notevolmente migliorata. E tuttavia lontana ancora la speranza, dati gli in-

sufficienti mezzi finanziari a disposizione, di debellare completamente queste forme di infezione in campo zootecnico, che tanto più si impone quanto maggiore diventa il consumo delle carni e tuttora crescente l'onere del Paese per le loro importazioni dall'estero.

Ne ha precisa coscienza il Ministero della sanità, che nella nota preliminare al bilancio (pag. 6, punto 5), così afferma: « Nel campo zootecnico l'Amministrazione intende continuare ed accentuare, non solo per la sua portata di natura sanitaria, ma anche per i suoi notevoli riflessi sull'economia nazionale, la vaccinazione sistematica e generalizzata contro le malattie a carattere epizootico e l'attuazione, su più vasta scala, del risanamento degli allevamenti bovini dalla tubercolosi e dalla brucellosi. Rientra in questo piano la ristrutturazione ed il potenziamento degli istituti zooprofilattici sperimentali ».

E che tale manifestazione di volontà non sia meramente platonica lo dimostra il fatto che già appositi disegni di legge sono stati formulati. Essi riguardano:

1) l'ordinamento degli Istituti profilattici sperimentali, strumenti preziosi che vanno adeguati alle odierne esigenze scientifiche nel campo della sanità animale, ristrutturati in campo giuridico, così che, pur nella indispensabile loro autonomia funzionale, legata alle diverse caratteristiche zonali, alla diversa specie animale e razziale degli allevamenti, alla diversità delle risorse alimentari, di clima, di terreno, eccetera, sia consentito all'amministrazione sanitaria dello Stato una più precisa utilizzazione di detti istituti, un loro potenziamento e un loro coordinamento che diverrà particolarmente benefico per quelli operanti in zone del Paese ad economia agricola depressa;

2) la presentazione di un altro disegno di legge che prevede ulteriori stanziamenti per 80 miliardi in 8 anni per la profilassi delle malattie infettive animali e in particolare dell'afta epizootica. La lotta sistematica contro tali epidemie, finanziata finora prevalentemente con stanziamenti straordinari assicurati dal decreto-legge 15 marzo 1965, n. 124, tradotto in legge 13 mag-

gio 1965, n. 431, ha dato risultati ragguardevoli. Con la vaccinazione obbligatoria di oltre due milioni e mezzo di capi bovini nel 1964; di 4 milioni e mezzo nel 1965; di 6 milioni nel 1966, si sono bonificati pressappoco i due terzi del patrimonio bovino nazionale. Con il risultato che già nell'estate 1966, questo male, distruttore ricorrente di importanti ricchezze singole e collettive in campo zootecnico, poteva dirsi ormai scomparso o pressochè scomparso in Val Padana, la zona in passato notoriamente più colpita d'Italia e forse d'Europa.

Il disegno di legge di cui sopra, si propone l'estensione a tutto il territorio nazionale della profilassi contro le malattie infettive negli animali (oltre la tbc e la brucellosi e l'afta epizootica, va ricordata la peste suina ed altre malattie tipiche della specie), prevedendo non più stanziamenti straordinari, come sino ad ora appunto verificatosi, ma proventi fissi, da iscrivere per ogni anno finanziario nel bilancio ordinario del Ministero della sanità, che potrà così seriamente concorrere, secondo un piano organico, anche in questo settore tanto importante dell'economia nazionale, alla realizzazione del programma di sviluppo economico di cui ai capitoli VII e XIII del piano programmatico stesso.

Va detto anche, però, che tutto ciò potrà essere facilitato se si avrà quanto meno un coordinamento, non più episodico ma sistematico e, ove occorra, reso formalmente obbligatorio, delle attività del servizio veterinario del Ministero della sanità con la Direzione generale della produzione agricola del Ministero dell'agricoltura e delle foreste.

La legge contro l'inquinamento atmosferico, che tanto ha impegnato questa Commissione, è anch'essa una notevole conquista sanitaria e civile che pone l'Italia sul terreno di una legislazione avanzata nel novero delle nazioni più industrializzate e progredite. L'impegno contenuto nella nota alla tabella n. 19 è inequivocabile: « particolarmente incisiva sarà l'azione che il Ministero intende svolgere per assicurare la salubrità dell'aria... ». E dobbiamo credere, sulla scorta delle esperienze precedenti,

che il Ministero ci offra la garanzia, con l'emanazione del Regolamento annunciato ormai come prossimo, che l'affermazione sopra contenuta sarà puntualmente rispettata.

È auspicabile che non tardi molto la presentazione del *disegno di legge contro l'inquinamento delle acque*, oggi in fase di coordinamento tra il Ministero della sanità e quello dei lavori pubblici. Provvedimento ormai indilazionabile per l'aggravarsi di una situazione che moltiplica la minaccia contro l'ambiente naturale di vita dell'uomo, che distrugge fauna e flora dei fiumi e delle acque costiere e lagunari, che riduce la disponibilità di acque sane, quando invece crescente ne è la richiesta per la popolazione e per l'industria.

Motivo di compiacimento è anche lo sforzo notevole, con risultati che talvolta hanno suscitato clamore, nella *lotta contro le sofisticazioni e le adulterazioni degli alimenti e delle bevande*.

È, anche questo, un compito che dovrebbe sempre più essere concentrato nel Ministero della sanità, il più idoneo ad assolverlo genuinamente, e senza influenze di interessi settoriali, assieme a quello, anch'esso fondamentale, della igiene dell'acqua e dell'aria, già ricordati.

Un disegno di legge di ragguardevole interesse, che vuole essere un atto di giustizia nei confronti dei medici ospedalieri in possesso dell'idoneità ai compiti loro affidati, ma tuttavia privi di un normale assetto giuridico, è stato approvato dal Senato. Mi riferisco ai *disegni di legge nn. 900, 1168, 1200 e 1527*, tradotti in unico disegno di legge accolto e sostenuto dal Ministero della sanità per la sistemazione in ruolo dei sanitari ospedalieri. Esso scaturisce dalla volontà comune a tutte le forze politiche di questa e dell'altra Assemblea. Tanto meno si comprende la ragione del ritardo nella sua definitiva approvazione, ove si consideri che esso altro non è che il perfezionamento di un'altra importante legge, accolta con grande soddisfazione dai più tra noi, riguardante la stabilità dei sanitari ospedalieri, appunto *la legge 10 marzo 1964, n. 336*. Ritardo che è fonte di grave inquietudine in

campo ospedaliero, che andrebbe rapidamente eliminata in un settore dove vi è invece estremo bisogno di serenità per coloro che in esso lavorano e che si riflette in sicurezza morale e fisica per l'ammalato.

Altro provvedimento di legge che onora il Parlamento e il Ministero della sanità che lo ha proposto è quello relativo al *trapianto del rene tra persone viventi*. Esso apre un capitolo nuovo nel campo dei trapianti di organi tra viventi, nel nostro Paese, ed offre alla scienza medica italiana orizzonti suggestivi e possibilità di nobile ed utile emulazione con la scienza di altri Paesi.

È già all'ordine del giorno del Senato, dopo la sua approvazione alla Camera, il *disegno di legge sulla raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano*, che consentirà al Ministero della sanità il coordinamento e il controllo dei servizi di questo importante settore della moderna medicina.

Anche la *Croce rossa italiana*, in virtù di un *disegno di legge all'esame della Camera*, subirà notevoli riforme, specie nelle sue strutture periferiche che saranno ravvicinate agli Enti locali. La organizzazione dei servizi di soccorso stradale per i quali il Ministero della sanità concorre già oggi con lire 1 miliardo e 100 milioni (capitolo 1096 del bilancio di previsione, pagina 9) sarà esteso sulla scorta di uno sviluppo del traffico sempre crescente e in base alle insorgenti esigenze della viabilità e dell'imponente, purtroppo anch'esso crescente, numero di incidenti stradali.

Altri provvedimenti di minore portata rispetto ai più grandi impegni riformatori del Ministero della sanità, ma che tuttavia sono indicativi di sensibilità per i problemi immediati di ordine sociale ed umano, sono quelli relativi all'*assistenza sanitaria* già in atto *a tutti gli invalidi civili* per il loro recupero psico-fisico, per l'assistenza in generale, per il loro collocamento in un lavoro idoneo e protetto;

il predisposto *disegno di legge per l'assistenza ai bambini irregolari psichici e subnormali*, che attende l'approvazione del Consiglio dei ministri;

quello per la *medicina sportiva* (anti-doping) a tutela morale dello sport e a tutela sanitaria degli sportivi;

quello per l'*aumento della indennità giornaliera ai lebbrosi* (che integra la legge 26 aprile 1964, n. 308) anch'esso in attesa dell'approvazione del Consiglio dei ministri;

il *disegno di legge*, già approvato dal Senato, d'iniziativa del Ministro della sanità, per la concessione di una *indennità giornaliera agli ammalati di tubercolosi* non assistiti dall'INPS, ricoverati in sanatorio, e ai loro familiari;

il provvedimento, anch'esso d'iniziativa governativa, che estende il *servizio di rifornimento idrico a carico dello Stato a tutte le isole minori*, con tutte le implicazioni di igiene e di benessere che questo fatto comporta;

il *disegno di legge sulle farmacie urbane e rurali* che si trova all'esame delle Camere.

Uno *schema di disegno di legge per il soccorso sanitario alle popolazioni colpite da pubbliche calamità* è stato trasmesso dal Ministro della sanità ai Ministeri interessati, già prima delle vicende del novembre scorso. Sulla utilità di un simile provvedimento non reputo necessario spendere molte parole dopo le roventi polemiche, a tutti note, seguite all'alluvione.

Nè altro aggiungerò sulle meno appariscenti, ma anch'esse importanti attività di questo Ministero in campo politico e amministrativo nei vari settori e momenti della vita sanitaria del Paese. Ricorderò soltanto i vari *provvedimenti intesi a disciplinare le più importanti arti sanitarie ausiliarie: tecnici di radiologia, ottici, odontotecnici, infermieri, eccetera.*

La elencazione degli obiettivi realizzati in questi ultimi anni, di quelli in via di attuazione e degli altri, molti e importanti, in corso di studio e di preparazione, non vuole essere ottimismo di maniera o, peggio ancora, piaggeria di sorta. Mi propongo tutt'al più, in una panoramica, certo imprecisa e incompleta, di offrire anzitutto a noi parlamentari una specie di bilancio consuntivo (cosa del resto non inopportuna in questo scorcio di legislatura e forse di soddisfazio-

ne per chi abbia coscienza del concorso dato con le sue proposte, con la sua opera appassionata e spesso tanto faticosa) per giungere alla constatazione che, nonostante difficoltà, incomprendimenti e resistenze, il Ministero della sanità non è, sul piano delle iniziative, il gracile e misconosciuto organismo del passato.

Esso si è imposto e si impone sempre più come strumento di primaria importanza nella vita del Paese, per la validità delle sue impostazioni programmatiche, per la visione obiettiva e globale delle esigenze sanitarie del Paese, per la coraggiosa e insieme realistica formulazione degli obiettivi da raggiungere.

E vorrei aggiungere che tanto maggiori saranno le prospettive di successo quanto più sarà potenziato in mezzi e in uomini quel fondamentale strumento scientifico che è l'*Istituto superiore di sanità*. Il Ministro della sanità ha presentato, sin dal luglio 1965, alla Presidenza del Consiglio, un *progetto di riforma* che vuol fare dell'Istituto, pur già autorevolmente accreditato tra organismi simili in campo internazionale, uno strumento sempre più perfetto ed efficiente, impegnato allo studio e alla soluzione dei problemi sanitari del nostro tempo. Esso sarà così, più che già non sia, l'alta autorità scientifica cui poter quotidianamente rivolgersi per la soluzione dei problemi immediati e futuri attinenti alla salute dell'uomo; supporto autorevole e insostituibile per la edificazione di moderne strutture sanitarie nel nostro Paese.

Duole dover rilevare come lo *schema di disegno di legge per la riforma dell'assistenza psichiatrica*, predisposto da molto tempo dal Ministero della sanità, non abbia ancora trovato l'approvazione della apposita Commissione interministeriale che l'ha in esame. E tuttavia l'urgenza di profonde riforme in questo settore è incontestabile: esistono progetti di legge d'iniziativa parlamentare, oltre lo schema governativo su accennato; esiste una documentazione seria, anche se cauta e prudente, nella letteratura medica; esistono drammatiche denunce nel campo della letteratura e della narrativa e, con sempre maggiore frequenza, in campo giornalistico.

Perchè non raccogliere queste voci che interpretano ed esprimono i bisogni, le ansie, le angosce di un mondo di uomini, dagli uomini stessi ridotti ad una specie inferiore, come di colpevoli di qualche colpa ignota, anzichè considerati come ammalati da curare, da guarire, da reinserire (tranne una parte, allo stato attuale della scienza ritenuta irrecuperabile) con pienezza di diritti nella società civile?

Anche qui, nell'eterno contrasto tra la legge che vieta (e auguriamoci, in questo caso, si tratti solo di legge economica) e un bisogno che impone, è la spietatezza della legge che fino ad ora prevale.

Dobbiamo pretendere che così non sia più, e che già in questo anno che sta dinanzi a noi sia almeno dato il via ad una riforma da inserire nel quadro della riforma generale sanitaria, superando vere o presunte difficoltà economiche e soprattutto contrasti di concezioni che risentono forse di antichi e radicati pregiudizi ed errori che appartengono al passato, fuggiti ormai per sempre dalla luce del sapere e della scienza.

A questo punto, onorevoli colleghi, mi sono posto un'altra domanda: se valesse la pena di passare dall'esame dell'attività legislativa che ho sopra, anche se incompletamente, indicato, all'esame dei singoli capitoli di bilancio, al fine di rilevare eccessi o insufficienze di investimenti, opportunità di variazioni dell'uno o dell'altro capitolo, consistenza degli investimenti rispetto alle reali esigenze sanitarie cui ciascun capitolo si riferisce. Oppure, memore dell'antico detto popolare veneto (certamente comprensibile e traducibile in tutti i dialetti delle nostre regioni): « Senza schei l'orbo no canta » (e in questo caso l'orbo sarebbe il Ministero della sanità), di accertare quindi la causa prima e fondamentale di certe scon-

tate insufficienti, più che in questo o nell'altro capitolo, nell'insieme del bilancio. Ho scelto questa seconda strada. Le cifre che ora vi leggerò sono, spero, interessanti. È ad esse che io rimando, per ogni facile o aprioristica critica; perchè si mediti non già o non soltanto sui criteri di impostazione di questo singolo bilancio, ma sui criteri che guidano la scelta delle spese da parte dello Stato.

Ho preso a base, per ottenere dati omogenei, le previsioni di bilancio quali risultano dalle leggi di approvazione, così del bilancio generale dello Stato come di quello della sanità. Non ho tenuto conto delle variazioni successive, del resto scarsamente rilevanti ai fini del calcolo che ci interessa.

Inizierò dal 1958, anno di istituzione del Ministero della sanità, soffermandomi nelle annate economicamente più significative:

	(in cifra arrotondata) milioni
1958	42.015
1959	43.882
1962	56.952
1963	57.958
1965	73.600
1966	77.653
1967	87.368

C'è un progressivo aumento, come si vede: circa l'85 per cento nel 1966 e il 108 per cento nel 1967, rispetto al 1958. Ci sarebbe di che essere soddisfatti; senonchè la realtà è purtroppo diversa. Non si può non tener conto infatti del progressivo diminuire del potere di acquisto della moneta, che rende parzialmente nominali gli aumenti indicati.

Preso a base il coefficiente 1,000 per il 1958 abbiamo:

1958 milioni	42.015	coefficiente	1,000	= milioni	42.015
1959 »	43.882	»	1,0042	= »	44.066
1962 »	56.952	»	0,9043	= »	51.502
1963 »	57.958	»	0,8411	= »	48.748
1965 »	73.600	»	0,7610	= »	56.010
1966 »	77.653	»	0,7460	= »	57.929
1967 »	87.368	coef. presum.	0,7460	= »	65.177

Come si vede, tranne per l'anno 1959 che segna un incremento di valore, è progressivo negli anni successivi il calo del valore della moneta.

Non sono un esperto di contabilità e pertanto ho voluto attingere i dati di cui sopra, per mia sicurezza, ad organi qualificati e responsabili nei settori della contabilità e della statistica dello Stato.

Se ne deduce che possiamo considerare come *reale* per il 1966, rispetto al 1958, un aumento in milioni 15.914 (57.929 rispetto a 42.015 uguale + 15.914) pari al 38 per cento circa di aumento effettivo. Per il 1967, milioni 23.162 (65.167 rispetto a 42.015 uguale + 23.162), pari al 55 per cento circa, sempre rispetto al 1958 e tenuto conto, ripeto ancora, del reale valore della moneta degli anni citati.

Va detto subito che questi aumenti potrebbero essere, se non proprio soddisfacenti, quanto meno indicativi della buona volontà da parte dello Stato e della sua presa di coscienza delle esigenze del Ministero della sanità.

Ma, se consideriamo gli obblighi di trasferimento, per leggi votate in precedenti esercizi, cui è tenuto il Ministero della sanità (ONMI, CRI, eccetera per 28.549.050.000) vediamo che assai scarso rimane l'incremento di stanziamenti sui quali poter effettivamente contare per l'assolvimento dei molteplici compiti d'istituto e per consentire al Ministero della sanità nuovi o più massicci e incisivi interventi nei vari settori tuttora carenti della vita sanitaria del Paese.

Ma un altro dato propongo alla vostra meditazione: se prendiamo in esame le previsioni iniziali della spesa dell'amministrazione sanitaria rispetto a quella dello Stato (esclusi quindi i rimborsi di prestiti e variazioni nel corso di esercizio), noi vediamo che la percentuale di incidenza degli stanziamenti della sanità (compresi gli incrementi per le somme da trasferirsi, già citate), mentre è dell'1,24 per cento nel 1958, discende progressivamente all'1,22 per cento nel 1959, all'1,15 per cento nel 1962, allo 0,99 nel 1963, all'1,03 nel 1965 e all'1,02 nel 1966 e presumibilmente nel 1967.

Non ho voluto fare raffronti con le situazioni di altri Ministeri, perchè è questo un discorso che ci porterebbe assai lontano. Lascio a voi, onorevoli colleghi, le deduzioni che, per parte mia, mi sembra superfluo fare. Ecco perchè, come dicevo, mi sembra meno importante quel dettagliato, talvolta puntiglioso esame analitico delle singole voci di spesa che altri ha diligentemente fatto in passato e che certamente qualcuno vorrà fare anche in questa occasione. Esame utile, certo, probabilmente necessario si potrà dire, e che del resto anch'io farò se me lo richiederete. Ma mi pare di poter dire secondo logica che valga per tutto la constatazione di una inadeguatezza di stanziamenti che consente poche e talvolta insufficienti varianti alle voci del bilancio.

Se le cose fatte in questi ultimi anni, alle quali ho accennato in precedenza, fanno onore al Ministero nel suo insieme, ai politici che lo guidano, agli uomini di scienza che in esso collaborano, ai tecnici e al personale dei vari settori scientifici e burocratici, è evidente che occorre puntare la nostra attenzione e i nostri sforzi ad un fine ben più importante che non sia l'incremento dell'uno piuttosto che dell'altro capitolo di spesa.

Volendolo fare, potrei dire anch'io che lamento, ad esempio, una scarsità di investimenti nel campo della prevenzione rispetto a quella della diagnosi e della cura; una scarsità di intervento in campo sanitario in zone particolarmente e da sempre depresse del Sud, e in taluni casi del Centro e Nord d'Italia; che poco ancora si fa nel settore della medicina scolastica e per la diagnosi precoce di malattie dell'infanzia e dei giovani; che il problema della tubercolosi andrebbe aggredito con mezzi più ampi e che la vaccinazione antitubercolare dovrebbe essere più largamente (io penso totalmente) estesa alla nostra popolazione; che gli organici del personale sanitario, al centro e alla periferia, andrebbero arricchiti e adeguati alle esigenze del nostro tempo (si pensi solo ai compiti nuovi dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi, con l'applicazione della legge *antismog*); che la lotta contro le sofisticazioni e le adulterazioni degli alimenti dovrebbe

trovare metodi nuovi di prevenzione più che di repressione, sempre insufficiente e tardiva, nonostante la volontà e la dedizione dello scarso personale preposto a questi compiti a disposizione del Ministero della sanità; che scarsa, se non nulla, è la propaganda sanitaria, che andrebbe estesa con mezzi e concezioni più moderne, superando antichi *tabù*, ovunque, e in maggiore misura nelle zone culturalmente meno avanzate del Paese...

Ma queste e altre cose che potrei aggiungere, sempre ci riporterebbero al problema di fondo che è quello della disponibilità di mezzi finanziari. E all'altro da noi o da larga parte di noi sempre sollecitato: il coordinamento subito, per giungere poi ad una rapida concentrazione dei servizi sanitari del Paese nel Ministero della sanità, così da farne il centro e la guida di ogni attività volta alla salute pubblica.

Interferenze, contraddittorietà di indirizzi, duplicità di servizi (e quindi dispersione di mezzi) si ha nel campo della medicina preventiva, in campo scolastico, cui presiedono insieme, se non proprio in contrasto (ma talvolta in contrasto), il Ministero della sanità e quello della pubblica istruzione; ugualmente dicasi per i presidi medici di base (condotte mediche, ostetriche eccetera), ove le scelte, positive o negative, sono legate alle condizioni della finanza degli Enti locali e quindi a criteri indicati o imposti dal Ministero dell'interno. E vedi, a mo' d'esempio, il Ministero dell'agricoltura, che ha consolidato e ampliato nel tempo, di gran lunga, i compiti di controllo e di tutela anche igienica, oltre che economica, nel settore dell'agricoltura: vedasi ad esempio l'Istituto nazionale per la nutrizione, sorto nel 1938 per lo « Studio della bonifica umana ed ortogenesi della razza », deputato oggi allo studio dei problemi relativi alla fisiologia della nutrizione (come leggesi nella relazione al disegno di legge n. 2819, del 9 luglio 1952 della Camera dei deputati); per iniziativa dell'ACIS e della Presidenza del Consiglio potenziato e trasformato, così che è il Ministero dell'agricoltura a vedersi affidata (legge n. 199 del 1958) « la difesa dei cittadini predisposti a determinate malattie (classi vulnerabili) o la correzione di attitudini ali-

mentari che possono dar luogo a malattie da mal nutrizione ».

Compito fuor di ogni dubbio legittimamente spettante al Ministero della sanità, non foss'altro per garantire valutazioni e decisioni estranee a moventi di ordine economico ed ispirati invece unicamente a quelli di carattere sanitario.

E appena necessario ricordare quali e quanti compiti di ordine sanitario trovino la loro collocazione al Ministero del lavoro e della previdenza sociale e come l'intesa per il trasferimento anche parziale di detti compiti, e quindi degli imponenti mezzi finanziari relativi, al Ministero della sanità trovi resistenze sinora insormontabili.

È quindi a questi problemi che noi dobbiamo guardare, se davvero vogliamo raggiungere gli obiettivi di una reale riforma sanitaria.

È quindi questo indirizzo nuovo che va fortemente sollecitato, che postula le profonde riforme nel campo mutualistico, anzitutto, e che porterà conseguentemente in primo luogo all'abolizione di ingiusti fenomeni distributivi dell'assistenza fra cittadini e cittadini, tra categoria e categoria e consentirà infine quella concentrazione e disponibilità di mezzi che è presupposto indispensabile, come già detto, per un coordinato servizio sanitario assistenziale e previdenziale.

Per concludere è, a mio parere, sui criteri che ancora ostacolano la nostra comune aspirazione di ottenere una più larga disponibilità di mezzi a vantaggio della salute pubblica e a disposizione quindi del Ministero della sanità, che noi dobbiamo ancora una volta elevare la nostra ferma e convinta critica.

Non quindi, o non tanto sul bilancio del Ministero della sanità per il 1967, che del resto non offre, di per sé, seri e fondati motivi di ripulsa; che risponde, nelle sue linee e nelle sue scelte, pur nelle strettoie finanziarie che mi sono sforzato di dimostrare, a giusti criteri di intervento nel delicato settore di sua competenza.

Coerentemente con le argomentazioni sin qui esposte (forse non in forma rigorosamente ortodossa sul piano della prassi e del

BILANCIO DELLO STATO 1967

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)

« linguaggio » parlamentare), mi permetto, onorevoli colleghi, di pregarvi di esprimere parere favorevole.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il senatore Ferroni per la sua pregevolissima, perspicua ed appassionata relazione.

Data l'ora tarda, se non si fanno osservazioni, il seguito dell'esame allo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità è rinviato ad altra seduta.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 12,45.

SEDUTA DI VENERDI' 3 MARZO 1967

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 9,50.

Sono presenti i senatori: Alberti, Bonadies, Caroli, Cassini, D'Errico, Di Grazia, Lombari, Lorenzi, Perrino, Pignatelli, Samek Lodovici, Zanardi e Zonca.

Interviene il Sottosegretario di Stato per la sanità Volpe.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967

— Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (Tabella 19)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame preliminare del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967 - Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

B O N A D I E S . Signor Presidente, anzitutto debbo rilevare che, mentre prima si procedeva più dettagliatamente all'esame del bilancio della sanità (se ne discuteva in Commissione e poi in Aula per diversi giorni), da un anno a questa parte le cose sono molto cambiate: tutto si fa con una certa

fretta, dando meno importanza al bilancio rispetto ai singoli disegni di legge.

A mio avviso, la discussione del bilancio della sanità dovrebbe avvenire, almeno in Commissione, in forma ampia ed esauriente, così che ognuno di noi possa portare un contributo che serva a far luce su problemi spesso di grande rilievo.

Il relatore ha giustamente osservato che il bilancio della sanità dovrebbe interessare molto di più non solo noi, ma tutto il Parlamento, perchè riveste una eccezionale importanza oltre che sul piano generale, anche su quello della economia nazionale, in quanto il lavoro e la produttività dei cittadini sono strettamente legati alla loro integrità fisica.

Desidero non soffermarmi ancora su questo argomento, ma riconfermare quanto ebbi a dire quando fui relatore sul bilancio della sanità nel 1959, e cioè la necessità della unificazione di tutte le attività sanitarie nel Ministero della sanità, al quale sono tuttora sottratte molte competenze istituzionali.

Per passare ad argomenti più specifici, senza voler diminuire il valore di quanto è stato affermato nella relazione in merito alla vaccinazione antipolio, dove si fanno risalire al Governo attuale i successi conseguiti in questo campo, desidero osservare che iniziative in tal senso erano già state intraprese diversi anni or sono (ad esempio in occasione di un grande congresso tenutosi a Roma sulla poliomielite e sulle possibilità della vaccinazione) e che comunque il vaccino è arrivato in Italia quando già il morbo aveva fatto notevoli danni.

Ricordo che quando Sabin venne in Italia e ci parlò dei risultati del suo vaccino, noi rimanemmo increduli, ma poi tutti, specialmente noi medici, ci meravigliammo degli effetti miracolosi che con esso era possibile ottenere, tanto che lo impiegammo largamente in Italia dove la malattia è stata praticamente sradicata.

Ora, se dobbiamo dire che bene si è operato quando si è incrementata la vaccinazione rendendola anzi obbligatoria in alcune regioni, non dobbiamo, però, sottovalutare quanto è stato fatto negli anni passati, quando ancora non esistevano i mezzi di difesa

di cui oggi disponiamo. Questo fatto deve essere posto in giusta evidenza.

Quanto poi alla obbligatorietà della vaccinazione antipolio, dichiaro che sono ad essa contrario: tutte le vaccinazioni sono utili, particolarmente quella antipolio, però ritengo che non si debba sancirne l'obbligo. Dobbiamo insistere piuttosto sulla educazione sanitaria della popolazione, dare maggiore pubblicità a queste cure preventive, ma evitare le costrizioni. Quando a Roma, nel periodo della occupazione alleata, vidi una bambina morta per vaccinazione, mi chiesi se essa sarebbe morta in caso di vaiolo; certamente no. Ora, che l'individuo debba sottoporsi ad una vaccinazione che ha un valore profilattico generale e per questo debba rischiare la vita, è cosa veramente grave. Perciò io sono contrario — ripeto — alla obbligatorietà, a meno che non si verificino fatti del tutto eccezionali.

SAMEK LODOVICI. È contrario anche alla vaccinazione jenneriana?

BONADIES. La vaccinazione jenneriana è inutile. L'Inghilterra, per esempio, che ha rapporti con tutto il mondo, non conosce la vaccinazione obbligatoria. Noi abbiamo reso obbligatoria la vaccinazione jenneriana senza avere casi di vaiolo, che è ormai una malattia superata.

SAMEK LODOVICI. Superata grazie a che cosa?

BONADIES. Io non accuso chi a suo tempo ha voluto rendere obbligatoria la vaccinazione jenneriana, ma non è il caso di praticarla quando la malattia non è in circolo.

SAMEK LODOVICI. Allora biologicamente il *virus* del vaiolo sarebbe scomparso!

BONADIES. Non so se nelle statistiche risultino casi di vaiolo in Italia...

PRESIDENTE. In Europa casi di vaiolo esistono.

BONADIES. Per quanto riguarda il problema relativo al bestiame affetto da tubercolosi bovina e da brucellosi, debbo riconoscere che molto si è fatto in questo campo, ma debbo altresì rilevare che ci sono situazioni che impediscono di procedere nel risanamento del patrimonio zootecnico nazionale. Citerò un caso che è a mia conoscenza: in una stalla dell'Umbria sono stati abbattuti vari capi di bestiame che avevano positività di tubercolina. Ebbene, quando si è trattato di sostituire questi capi di bestiame, non è stato possibile farlo, perchè, per poter riscuotere il contributo dello Stato, deve essere stato immesso nella stalla altro bestiame proveniente da una stalla dichiarata immune. Ora, mentre sul mercato un capo di bestiame viene a costare sulle 100 mila lire, quando questo viene acquistato da una stalla immune costa circa 160 mila lire. È da tenere presente che il contributo dello Stato è pari a 60 mila lire, cioè alla cifra in più che viene pagata per l'acquisto di un capo di bestiame da una stalla immune. Quindi del beneficio del contributo statale fruisce il conduttore della stalla immune e non il proprietario del capo abbattuto. Di conseguenza, il proprietario del capo affetto da tubercolosi non abbatte più la bestia, altrimenti ne riceve un danno.

Per le carni che provengono da Paesi infestati da afta epizootica, debbo dire che in Italia la situazione è particolarmente grave. Per esempio, si sa che si importano dalla Jugoslavia carni aftose, che tra l'altro non provengono dal patrimonio zootecnico della Jugoslavia, ma che questa importa a sua volta dall'Abissinia e da altri Paesi africani infestati dall'afta, per poi venderlo in Italia.

È un problema importante, che, ripeto, è a mia conoscenza e che sottopongo all'attenzione del Governo.

Per quanto riguarda la raccolta del sangue, ne discuteremo quanto prima, ma io desidero fare qualche anticipazione: non vorrei cioè che i disegni di legge relativi che saranno da noi esaminati burocratizzassero questo importante settore della moderna medicina e concentrassero tutte le iniziative in un solo ente, perchè il volontarismo, che è alla base dell'offerta di sangue, bisogna che

sia incoraggiato al massimo. Io ho partecipato a varie riunioni ed ho visto l'entusiasmo con cui molte persone vengono ad offrire il loro sangue ed a ricevere la medaglia d'oro che a Roma è stata istituita per i donatori di sangue. Si tratta insomma di una donazione volontaria, altruistica, che andrebbe via via scomparendo ove concentrassimo in un solo ente tutti i servizi di questo settore. Non intendo dire che ciò non si debba fare in modo assoluto; io ritengo anzi che soltanto la Croce rossa debba essere il centro di tale organizzazione, però lascerei alle associazioni volontaristiche la possibilità di svolgere la loro attività veramente proficua.

Debbo poi aggiungere che ho spesso occasione di incontrarmi con i donatori di sangue e tutti si lamentano del fatto che non siano ancora riusciti ad ottenere la seconda giornata di riposo dopo la donazione. È un problema che io proporrei di studiare seriamente, per cercare di andare incontro a questi benemeriti e perchè penso che, in fondo, una giornata di riposo per un flacone di sangue torni a vantaggio della collettività.

SAMEK LODOVICI. I donatori di sangue combattono proprio perchè venga loro riconosciuto il diritto ad una giornata di riposo dopo la donazione: giornata di riposo che la grande maggioranza dei medici ritiene indispensabile. Il problema sul tappeto è che questa giornata di riposo venga riconosciuta come un diritto e non dipenda dalla comprensione maggiore o minore del datore di lavoro.

L'altra questione connessa è la seguente: dal momento che i medici sostengono che per la salvaguardia della salute dei donatori di sangue si devono fare 24 ore di riposo, essi vorrebbero che per lo meno questa giornata di riposo non si traducesse in un danno economico a causa della mancata retribuzione.

BONADIES. Volevo dire anche che nel Lazio il diritto alla giornata di riposo è già riconosciuto, però vi sono coloro che chiedono due giornate di riposo. È una questione che risolveremo quando parleremo

dell'argomento; per il momento vi accenno soltanto.

Nella relazione si parla anche dell'assistenza psichiatrica. Ora, non v'è dubbio che se una priorità ci deve essere, essa spetta senza dubbio agli ospedali psichiatrici; se infatti gli altri ospedali bene o male funzionano e colla imminente riforma ospedaliera verranno meglio organizzati, quelli psichiatrici sono ancora regolati da vecchie norme e si trovano nelle stesse condizioni di 30-50 anni fa.

Per quello che si riferisce ai Medici provinciali, debbo lamentare l'inadeguatezza e in certi casi la sperequazione degli uffici nei quali essi devono svolgere il loro lavoro, perchè, mentre a Milano, per esempio, il Medico provinciale dispone di un grande palazzo, in altre zone, invece, questo sanitario è confinato in un piccolo sgabuzzino della Prefettura. Il Medico provinciale è il rappresentante provinciale del Ministero; sarebbe bene, quindi, che ad esso venisse data l'importanza, sia pure formale, che gli spetta.

PERRINO. Questo è un problema, comunque, che riguarda le provincie.

BONADIES. Un problema importante, poi, toccato dal relatore è quello dell'educazione sanitaria; mi propongo di parlarne in Aula, perchè trovo che in proposito discutiamo molto, ma non facciamo nulla.

L'educazione sanitaria ritengo sia fondamentale perchè, se ad essa non si provvede con convinzione e a tutti i livelli, potremo realizzare ben poco: noi potremo rendere sì obbligatorie certe misure, però si troverà sempre il modo di sfuggire, se non avremo educato la nostra popolazione.

Sono lieto di constatare che, dal 1958 ad oggi, la situazione economica è modificata. Il bilancio del Ministero della sanità, infatti, si è raddoppiato; ma, ancorchè gli stanziamenti abbiano registrato un aumento, essi sono ancora inadeguati alla vastità dei compiti che il Ministero stesso è chiamato ad assolvere. I problemi della sanità sono oggi molto sentiti, quindi bisogna cercare, per quanto è possibile, di rafforzare sempre più questa coscienza sanitaria; e nulla si può

fare in questo senso, se non ci sono mezzi adeguati. Ho voluto fare questi rilievi e mi auguro che le cose che ho detto vengano ribadite dai colleghi che interverranno nella discussione, e che il Governo riesca a soddisfare le nostre aspirazioni.

D'ERRICO. Mi dispiace che non sia presente il relatore, perchè avrei voluto ringraziarlo direttamente per aver citato alcuni brani di un mio intervento a proposito del bilancio della sanità, se non erro, del 1963. Egli naturalmente, ha voluto richiamarsi al discorso da me fatto a suo tempo per trarne delle conclusioni, le quali dovrebbero dimostrare come il Ministero della sanità possa assolvere a tutti compiti che erano in programma e come le mie riserve fatte allora possano considerarsi superate.

Ora, mi sembra che non si possa concordare su questa visione che è certamente ottimistica, e ciò lo dico anche in base alle cose stesse che il relatore ci ha illustrato ieri l'altro. Praticamente, egli ci ha dato nella sua relazione una somma dell'attività del Ministero della sanità in questi ultimi anni, tracciando, ripeto, un quadro piuttosto ottimistico, elencando tutte le iniziative che sono state prese e i risultati raggiunti.

La prima cosa sulla quale, in verità, io sono d'accordo è la sensibilizzazione dell'opinione pubblica: è un dato di fatto che i problemi della sanità sono all'ordine del giorno del Paese, anche se qualche volta — lo debbo dire — non perfettamente a proposito. Si ha l'impressione, infatti, talvolta, che si vogliano divulgare problemi, per i quali si getta un grido di allarme, senza prospettare le soluzioni. Ed io faccio tutte le mie riserve su questi interventi che spesso possono sortire un effetto opposto, perchè quando, per esempio, si richiama l'attenzione sull'assistenza psichiatrica, si ordinano delle ispezioni in questo o quel manicomio e vengono denunciati i risultati di queste ispezioni, io mi chiedo se veramente ciò possa portare ad un miglioramento dell'assistenza psichiatrica, oppure non serva piuttosto ad offrire al pubblico un quadro che non può essere considerato una forma positiva di sensibilizzazione.

Quando per l'ospedale psichiatrico di Aversa viene inviata una relazione al Ministero nella quale si denuncia, da parte dei dirigenti, che si è costretti a tenere 1.600 ricoverati al posto di mille, con tutti gli inconvenienti che naturalmente questo comporta, oltre gli altri rilevati in una ispezione che viene poi propagandata — e la parola mi sembra adatta —, ritengo che non si risolva nessun problema e si crei soltanto un allarme nell'opinione pubblica. Ed io penso che sia nostro dovere denunciare questo stato di cose e dire al Governo che, se un ispettore ministeriale visitasse tutti i manicomi d'Italia, troverebbe sempre da ridire.

Ed in questo dissenso un po' da ciò che ha detto il collega Bonadies, in quanto, nella maggior parte degli ospedali psichiatrici italiani si troveranno certamente molte cose che non vanno, ma non se ne può dare la colpa nè all'Amministrazione nè ai sanitari: si tratta di un complesso di cose che si è andato maturando nel corso di questi ultimi lustri, perchè, mentre le necessità dell'assistenza pubblica sono cresciute via via vertiginosamente, anche per merito della mutualità, i nostri manicomi non si sono adeguati ai tempi.

Allora io chiedo come, in questa situazione, si possa dire che negli ospedali esiste quell'igiene che si richiederebbe?

Premesso questo, esaminiamo quali sono state le realizzazioni di cui ci parlava il relatore. Egli accennava, come ad una prima conquista, alla riforma ospedaliera. Di tale riforma si parla già da parecchi anni come della « riforma Mariotti »; ma ormai anche tale denominazione non è più esatta, poichè del progetto originario è rimasto ben poco, e non sappiamo ancora, dopo il dibattito in atto in sede parlamentare ed extra-parlamentare, quale sarà la sua sorte. Anzi, a tale proposito, gradirei una risposta da parte del Governo.

Inoltre la suddetta riforma, che dovrebbe rivoluzionare la situazione ospedaliera italiana, che cosa prevede, in pratica, agli effetti della costruzione di nuovi ospedali? Anche questa è una domanda precisa che rivolgo all'onorevole Sottosegretario di Stato, il

quale dovrebbe la prossima volta — possibilmente — indicarmi quanti posti-letto siano stati creati, durante l'attuale legislatura, negli ospedali e quanti nelle cliniche private. Queste ultime, infatti, vengono perseguitate ed additate al pubblico biasimo, e vengono trascurate anche in questo conato di riforma ospedaliera; ma, in pratica, il più delle volte rappresentano l'unica risorsa per far fronte alle reali esigenze assistenziali in atto. Ora, l'iniziativa privata ha cercato in questo caso di sfruttare le malattie; oppure si è resa benemerita, ancora una volta, per cercare di far fronte alle manchevolezze dell'iniziativa pubblica? Desidererei, ripeto, una risposta precisa.

C A R O L I . Tra l'altro la retta giornaliera, per gli ospedali, è spesso notevolmente inferiore a quella delle case di cura.

D ' E R R I C O . Il relatore ha poi parlato della « grande vittoria » riportata sulla poliomielite. Ora, vogliamo guardarci un po' intorno, e vedere cosa avviene fuori dei confini dell'Italia? Noi siamo infatti all'ultimo posto, perchè anche al di là della « cortina di ferro » la poliomielite è stata stroncata da molti anni: come si fa, dunque, a parlare di grande vittoria, considerando oltretutto che, ad esempio, in provincia di Napoli ed in Calabria le percentuali dei vaccinati sono bassissime? Non sarebbe il caso di svolgere invece una più efficace propaganda, e di giungere anche alla costrizione quando questa non fosse sufficiente?

Si parla poi ancora di vittoria in relazione alla « legge Alberti » per la vaccinazione contro il tetano. Ora l'onorevole rappresentante del Governo sa come me che tale vaccinazione non procede, perchè mancano quei pochi milioni di lire che servirebbero allo scopo (credo 10 milioni); per cui, anche in questo caso, non c'è motivo di esultanza!

Altro motivo di vanto è dato dalla cosiddetta « piccola riforma » dell'ONMI, che si riduce, tutto sommato, alla concessione di altri 4 miliardi per tale settore: una contribuzione suppletiva, cioè, pari al 20 per cento di quanto già si dava.

Non mi soffermo poi sulla legge 9 giugno 1964 approvata di recente, dato che quanto è stato fatto è del tutto insufficiente, come si evince anche dal fatto che in cantiere vi è tutta una serie di altri provvedimenti tendenti a far sì che anche in questo campo l'Italia non faccia da fanalino di coda. Perchè questa è la situazione attuale.

Un'altra conquista dovrebbe essere rappresentata dal provvedimento contro l'inquinamento atmosferico che però è ancora sulla carta, nonchè dal progetto per migliorare le condizioni delle acque soggette anch'esse agli effetti dannosi dell'inquinamento. Ora anche queste mi sembrano conquiste più fittizie che reali, e non meritevoli di essere vantate dal Ministero come tali.

Ancora, si parla della lotta contro le sofisticazioni e le adulterazioni degli alimenti. È una iniziativa notevole, intrapresa all'insegna dell'igiene e della sanità del cibo e delle bevande; ma quante volte non si ha l'impressione che il Ministero sia partito in quarta, con provvedimenti che, poi, sono stati intempestivi? Mi sono inoltre molto sorpreso, onorevole rappresentante del Governo, di constatare come le contribuzioni da corrispondere a comuni ed a provincie, per le analisi da effettuare nella lotta contro adulterazioni e sofisticazioni, vengano ridotte in bilancio alla cifra di soli 2 milioni. Che cosa crede il Ministero di poter fare con una cifra così esigua? Crede veramente di poter condurre una lotta del genere, o vogliamo farci prendere in giro, dando all'opinione pubblica altri motivi di scandalo, meraviglia, sorpresa, piuttosto che andare alla radice delle questioni? Noi intendiamo andare alla radice. Ho letto con interesse un'interrogazione dei senatori Zelioli Lanzini ed altri sull'argomento, e mi chiedo perchè non vogliamo preoccuparci delle conseguenze negative che anche all'estero potrebbero ripercuotersi sul commercio dei nostri prodotti alimentari. Mi sembra infatti che a volte ci si comporti in maniera effettivamente alquanto irresponsabile.

È stata poi fatta nella relazione una lunga elencazione di disegni di legge che dovrebbero regolarizzare la situazione ospe-

daliera. Ad esempio, si indica come un atto di giustizia nei confronti dei medici ospedalieri la sanatoria degli incarichi, da noi approvata e fermatasi alla Camera a causa di perplessità di ordine costituzionale o di altro genere; ma il Governo dovrebbe fermare la sua attenzione su quella che è la reale situazione del personale sanitario in Italia: il malcontento è diffusissimo, per quanto riguarda le iniziative di ordine governativo e parlamentare prese in questi anni. In altre parole, che cosa si vuol dare a questi medici ospedalieri? Rappresenta veramente una conquista, anche sul piano sociale, l'aver concesso agli assistenti di poter restare in servizio fino ai sessantacinque anni? Io sento le lagnanze di questi sanitari, che, ad un certo momento, hanno ottenuto questa soddisfazione, questa tranquillità di ordine economico, ma che ora si trovano in una specie di vicolo cieco, avendo già raggiunto i cinquanta anni e non sapendo come ottenere il posto di aiuto. È stata quindi, ripeto, una conquista, questa? Non mi sembra; tanto è vero che per cercare di ovviare a questo malcontento stiamo studiando il modo di dare una sistemazione agli interini attraverso delle leggi che permettano concorsi interni loro riservati; ed intanto vi è una questione di carattere costituzionale molto grave che non può essere sottaciuta, nonchè una questione di fondo, riguardante quello che può essere il vero interesse degli ospedali e degli ammalati.

A che serve, infatti, il pubblico concorso? A far sì che si addivenga ad una scalata giusta, tale che il posto messo a concorso tocchi al migliore tra i candidati. In tal modo noi crediamo di tutelare gli interessi di una categoria; ma questi interessi non vengono comunque tutelati tanto nel modo suddetto quanto per il fatto che nel passato sia stata conseguita un'idoneità. Ora si vuole che questi sanitari non affrontino neanche un concorso interno, che può dare lo stimolo a quella preparazione adeguata, sul piano scientifico e pratico, che è necessaria, oltre che a tutela del prossimo, anche per amor proprio. Ma questo si addice veramente ad un Paese con una grossa tradizione sanitaria alle spalle; o invece si vuole che tutto

discenda ad un livello dei più bassi raggiunti tra tutti i popoli civili?

C A S S I N I . Lei vuole allora demolire quanto abbiamo fatto.

D ' E R R I C O . In questo momento siamo in sede di esame del bilancio e non dobbiamo occuparci di questioni di carattere settoriale affrontate nel passato, bensì del quadro generale della situazione. Io, almeno, sento il dovere di far ciò, per replicare ad una relazione di tono eccessivamente ottimistico, nei confronti della quale il mio senso di responsabilità mi porta ad affermare che è giusto esattamente il contrario di quanto in essa risulta; e lo faccio non perchè mi trovi all'opposizione, ma perchè sono interessato a questi problemi per la mia preparazione scientifica e per l'esperienza fatta nel campo della sanità.

Quanto alla circolare n. 184 del Ministero della sanità, lasciamo stare la costituzionalità del provvedimento; ma si è detto che diamo prebende equiparate a quelle delle università. Ora si crede forse di aver affermato una cosa giusta? Intanto i professori universitari hanno compiti diversi da quelli degli assistenti, e cioè compiti attinenti alla funzione didattica; ma, a parte questo, se si tratta di venire incontro alla benemerita categoria dei medici ospedalieri, è questo il modo per farlo? A che serve che il Ministero emani circolari, quando esiste la ben nota insolvenza di alcuni Enti assistenziali? Ad aumentare la confusione, gli appetiti ed il malcontento dei medici ospedalieri, che ritengono di essere frodati in quanto obbligati ad osservare l'orario di servizio senza poi vedersi corrispondere, alla fine del mese, quanto loro dovuto? Mi sa dire, onorevole Sottosegretario di Stato, se questo non sembra un deliberato proposito di gettare sempre più nel *caos* gli ospedali italiani? Anche a questo gradirei una risposta.

Oltre a ciò, nella sua esposizione il relatore ha fatto una lunga elencazione di provvedimenti che sono stati predisposti; elencazione che non sto a ripetere, perchè ricorda veramente il libro dei sogni e rimane

ferma al campo dei propositi. Di realizzazioni, invece, non ve ne sono; tanto è vero che lo stesso relatore non ne fa menzione. Mi dispiace, anzi, che egli non sia presente, poiché aveva dichiarato che non avrebbe voluto fare dell'ottimismo di maniera; ma, di maniera o no, il suo è, come ho detto, ottimismo, e, quel che è peggio, ottimismo convinto, come se potessimo contentarci di propositi e non di fatti, di fronte ad un problema così grave quale è quello della salute pubblica.

Ora l'aumento degli stanziamenti per il Ministero della sanità — che tra il 1958 e il 1967, tradotto in cifre percentuali rappresenta il 55 per cento — come afferma lo stesso relatore, viene in gran parte annullato da quelle grosse contribuzioni che il Ministero stesso deve all'ONMI, alla Croce Rossa e via dicendo. Si tratta pertanto di un Ministero che è ancora in condizioni di infantilismo cronico, che è rimasto cioè allo stato iniziale; perchè quando si constata che la percentuale di incidenza degli stanziamenti per la sanità, mentre era dell'1,24 per cento nel 1958, è stata nel 1966 dell'1,02, si comprende come la situazione, invece di migliorare, diventi ancora più grave, e come il nostro Dicastero sia veramente la « cenerentola », nella situazione economica del Paese.

D I G R A Z I A . Dobbiamo però riconoscere che la sua funzionalità è accresciuta.

D ' E R R I C O . Sono d'accordo con quanto afferma il relatore circa l'attribuzione ad altri Ministeri di competenze spettanti al Ministero della sanità. Mi sembra però che nulla si sia fatto di reale per cercare di risolvere questo importante problema.

Una cosa che mi ha invece profondamente addolorato e sorpreso è il fatto che nella relazione non si accenni affatto al problema dei tumori; e ciò che è grave è che la relazione stessa rispecchia la posizione assunta, in merito, dalla tabella n. 19, dove tale problema è parimenti ignorato.

Vorrei anzi, a proposito della tabella, rivolgere, senza alcuna intenzione malevola, ma a puro scopo informativo, una domanda all'onorevole Sottosegretario di Stato. Per

le spese di viaggio del Ministro e dell'unico Sottosegretario è prevista la somma di lire 7.000.000: ora non so se sotto tale indicazione sono comprese, per semplificare, anche altre voci, perchè altrimenti una somma di circa 300.000 lire a testa al mese — cioè 10.000 lire al giorno — per dei parlamentari che tra l'altro hanno i biglietti aerei e ferroviari gratuiti mi sembrerebbe piuttosto forte, anche perchè di poco inferiore ai rispettivi stipendi.

A proposito dei tumori, che cosa si spende in Italia? Il bilancio prevede un contributo di 400 milioni alla Lega italiana per la lotta contro i tumori. Sappiamo le polemiche che periodicamente si fanno circa le funzioni, i compiti della Lega e circa i risultati dell'attività della medesima. Non è che io voglia entrare nel merito, ma dico che la maggior parte di ciò che il Ministero spende è speso anche male, il che aggrava di molto la situazione. Poi vi sono 50 milioni, che vengono dati all'Istituto « Regina Elena » di Roma, e niente altro.

Ora, io mi chiedo: vogliamo condurre una lotta veramente seria contro i tumori quando disponiamo di queste modestissime somme e quando, peraltro, si legge che all'Istituto di malariologia viene dato un contributo di 40 milioni? Dove esiste più la malaria in Italia? Ripeto, quindi, che questi pochi soldi che vediamo stanziati nel bilancio della sanità vengono per di più spesi male.

Dico soltanto questo: la sezione biologica dell'Istituto di Napoli per la lotta contro i tumori, dove lavorano professori qualificati nella ricerca scientifica, i cui contributi vanno poi in tutti i congressi internazionali e nazionali, non riceve nemmeno una lira dal Ministero; essa vive a spese della sezione ospedaliera, che è articolata in quattro divisioni e dove la retta giornaliera non può andare al di là delle 4.600 lire. Con questo dobbiamo mantenere una sezione scientifica che dovrebbe tenere alto il nome dell'Italia nella competizione internazionale per la lotta contro i tumori! Tale situazione esiste anche a Milano, all'Istituto nazionale per i tumori; a Napoli, invece, dobbiamo sacrificarci noi, sezione ospedaliera, rinunciando a questo o quell'apparecchio, per venire incon-

tro ai colleghi che lavorano al di sopra di noi. Ora, questo è un problema molto grave; su di esso ho richiamato insistentemente la attenzione del Ministero e lo faccio ancora oggi.

CASSINI. Due anni fa, quanto è stato concesso all'Istituto di Napoli per i tumori?

D'ERRICO. È stato concesso un miliardo per la costruzione dell'edificio, però gli ostacoli di ordine burocratico sono stati tali e tanti che ancora oggi — così mi ha detto il Commissario dell'Istituto con il quale ho parlato ieri — non possiamo indire la gara di appalto per il primo lotto di lavori. La concessione è stata fatta nel 1964, i soldi stanno lì e per una serie di difficoltà imprevedibili non abbiamo potuto ancora porre la prima pietra, e il potere di acquisto del miliardo di tre anni fa si è ridotto per la svalutazione della lira.

CASSINI. Ma il miliardo è stato concesso?

D'ERRICO. Vi sono — ripeto — centinaia di impedimenti di ordine burocratico; sta di fatto che, malgrado gli sforzi, ci siamo messi in una situazione tale per cui a tutt'oggi non si possono iniziare i lavori.

Sempre per dimostrare che gli scarsi mezzi a disposizione del Ministero della sanità si spendono male, dirò, per esempio, che il capitolo 1147 prevede « Spese per l'assistenza e la cura degli infermi poveri recuperabili affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta (legge 10 giugno 1940, n. 932) ». Poi c'è un richiamo al capitolo 1165 che invece dice: « Contributi per l'assistenza e la cura degli infermi poveri recuperabili affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta a mezzo di appositi centri o reparti all'uopo istituiti — Sussidi e contributi per l'impianto di tali centri e reparti e per agevolarne, migliorarne e integrarne l'attrezzatura tecnica (legge 10 giugno 1940, n. 932) ». Per la prima voce è previsto

uno stanziamento globale di 7.498.500.000; per la voce, invece, di cui al capitolo 1165 si prevede la misera somma di 240.000.000 lire.

Ora, io dico questo: la poliomielite, grazie a Dio, si è ridotta moltissimo e, naturalmente, le conseguenze di essa sono diminuite. Ho l'impressione che nel nostro bilancio si prevedano altre spese senza considerare se l'esigenza per cui a suo tempo furono stanziati delle somme, anno per anno, sia poi scomparsa o si sia modificata. Non è che io voglia fare una critica preconcepita ai bisogni dei poliomielitici che sono dei poveri infelici, ma quando vedo che non è prevista alcuna somma per gli ammalati di cancro e per le loro famiglie, io domando: non sarebbe meglio che, anno per anno, esaminassimo le reali esigenze dei singoli settori? E questo rilievo, che ho fatto per i poliomielitici, si potrebbe fare per gli spastici e tutto il resto.

Abbiamo per esempio il capitolo 1167: « Contributi per la lotta contro le parassitosi, nonché per l'assistenza agli affetti da tali malattie: 45.000.000 ». Poi vediamo, invece, il capitolo 1181: « Spese per l'acquisto di *radium* ed isotopi radioattivi: lire 80.000.000 ». Questo stanziamento è previsto in base ad un decreto-legge del 1934, quando non c'era la bomba al cobalto e si acquistava soltanto qualche grammo di *radium*; quindi poteva trovare giustificazione allora, ma non oggi. Si va avanti, direi, burocraticamente, senza un'analisi reale delle singole esigenze.

Non parlo poi dell'enorme sperequazione che c'è tra tubercolosi e cancro agli effetti dell'assistenza e della previdenza. Per contributi e sussidi per la lotta contro la tubercolosi sono previsti 16.168.000.000. Il bilancio della sanità reca uno stanziamento complessivo di 87 miliardi; quando consideriamo l'ONMI, la tubercolosi, il personale, che cosa rimane per tutte le altre voci? Tuttora in Italia la tubercolosi rappresenta una delle nostre piaghe, anche se non certamente la più grave. D'altra parte, nel nostro Paese abbiamo creato la professione del tubercolotico, per cui molti di quelli che hanno superato questa malattia non vogliono essere dichiarati guariti e facendosi ricoverare sal-

tuariamente possono usufruire dell'assistenza post-sanatoriale.

Cito ancora: « interventi nel settore della puericoltura e sussidi alle ostetriche condotte che abbiano cooperato alla tutela della salute dei bambini: lire 212 milioni ».

C'è poi la voce relativa alle ricerche nel campo biologico; anche per questa è stata prevista una somma veramente esigua che mi lascia enormemente perplesso.

Ora io dico, se non cambiamo sistema e non rivediamo queste singole voci con intendimento non critico, ma costruttivo, che non avvieremo mai a soluzione i problemi sanitari della nostra povera Italia, perchè faremo dell'amministrazione ordinaria con qualche impennata più o meno velleitaria; mentre ritengo che compito del Ministero della sanità sia quello di vedere i problemi di fondo senza intendimenti demagogici, bensì nel reale interesse della popolazione che si ammala e che vuole guarire per se stessa, per le proprie famiglie e soprattutto per la comunità nazionale.

È stato detto in un passo della relazione che in fondo la salute ha un suo valore economico oltre che umano e sociale, e a questo noi dobbiamo guardare con concetti moderni, che vanno al di là dei confini di uno striminzito programma, per far sentire una voce, nell'ambito del Ministero e del Consiglio dei ministri, che responsabilmente attiri l'attenzione dell'opinione pubblica su questi problemi, prospettando nel contempo soluzioni adeguate e quelle che sono le esigenze del Paese e le reali sue possibilità. Questo discorso va fatto nell'ambito del Consiglio dei ministri, perchè anche gli altri Ministeri che adesso detengono quasi il monopolio dell'assistenza aprano gli occhi di fronte alla realtà: nel nostro Paese si spendono cifre enormi per l'assistenza pubblica con dei risultati che sono veramente modesti. Dobbiamo trovare al più presto una soluzione a questi problemi, altrimenti gli scioperi si susseguiranno senza fine e anche in questo settore il Paese sarà gettato nel caos, dal quale difficilmente poi potrà sollevarsi.

CASSINI. Propongo il rinvio della seduta.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Ringrazio il Presidente e i senatori che sono intervenuti nel corso della discussione.

A prescindere da una visuale politica, ma restando fermi alla realtà delle cose e alla realtà del Ministero della sanità, con tutte le sue prospettive, le sue carenze, le sue necessità, questo dibattito, debbo riconoscerlo, ha avuto un inizio molto felice.

Il senatore D'Errico ha fatto una critica costruttiva che merita una risposta. Questa risposta potrei darla anche subito, ma siccome è molto impegnativa, mi sia permesso di rinviarla alla prossima riunione.

PRESIDENTE. Se non si fanno osservazioni, il seguito dell'esame dello stato di previsione è rinviato alla prossima seduta.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 11.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 8 MARZO 1967

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 9,45.

Sono presenti i senatori: Alberti, Bonades, Caroli, Cassese, Cassini, D'Errico, Di Paolantonio, Ferroni, Lombardi, Orlandi, Perrino, Peserico, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti, Sellitti, Simonucci, Zanardi, Zelioli Lanzini e Zonca.

Interviene il Sottosegretario di Stato per la sanità Volpe.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967

— Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (Tabella 19)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967 — Stato di pre-

BILANCIO DELLO STATO 1967

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

visione della spesa del Ministero della sanità ».

Propongo di acquisire il lavoro già svolto in sede di esame preliminare.

Non facendosi osservazioni in contrario, così rimane stabilito.

Continuiamo, pertanto, l'esame dello stato di previsione.

P E S E R I C O . Sarò brevissimo.

Ho ascoltato e letto la relazione del collega Ferroni e l'approvo in pieno. So quanto è stato realizzato con pochissimi mezzi dal Ministero della sanità soprattutto nel campo della salute pubblica: sono membro della Commissione per la lotta contro la poliomielite, a Padova, ed ho seguito da vicino la campagna condotta dal Ministero contro tale malattia.

Nella relazione del senatore Ferroni c'è un punto, tuttavia, sul quale desidero avere dei chiarimenti. Dice, giustamente, il senatore Ferroni: « Se le cose fatte in questi ultimi anni alle quali ho accennato in precedenza fanno onore al Ministero nel suo insieme, ai politici che lo guidano, agli uomini di scienza che in esso collaborano, ai tecnici e al personale dei vari settori scientifici e burocratici, è evidente che occorre puntare la nostra attenzione e i nostri sforzi ad un fine ben più importante che non sia l'incremento dell'uno piuttosto che dell'altro capitolo di spesa ».

Nel capitolo VII del programma di sviluppo economico (dico subito che mi riferisco al « fine importante » a cui accenna il senatore Ferroni), l'obiettivo finale nel campo sanitario è quello dell'attuazione di un completo sistema di sicurezza sociale. Il servizio sarà finanziato dallo Stato attraverso il contributo dei cittadini in proporzione delle rispettive capacità contributive, ed esteso a tutti i cittadini.

Ora, io domando: se al costo del servizio si provvederà con il contributo di tutti, e le prestazioni di questo servizio saranno estese a tutti i cittadini, chi potrà essere responsabile di questo servizio? Lo Stato, e per esso il Ministro. Quindi, i medici adibiti al servizio stesso saranno trasformati in impiegati statali e verrà attuata, pertanto, una medicina di Stato.

È questo il concetto a cui si ispira il senatore Ferroni?

In altre parole, i 50.000 medici, che oggi praticano la medicina generica, diventeranno funzionari statali e dipendenti dello Stato?

Questo è un grosso problema non solo per la salute pubblica, ma anche per le finanze dello Stato, e se ne potrà discutere in sede appropriata. Oggi il chiarimento che desidero avere è solo se ci si intende orientare in questa direzione.

S A M E K L O D O V I C I . Sarò brevissimo.

Il collega Ferroni ci ha preparato, con meritoria rapidità, una relazione egregia, panoramica e squisitamente politica.

Astenendosi da una disamina minuta delle singole voci del bilancio, rilevate con legittima soddisfazione le realizzazioni compiute, il collega Ferroni ha soprattutto sottolineato il grande sforzo in atto del Ministero della sanità — uno sforzo che tutti obiettivamente dobbiamo riconoscere — e i suoi indirizzi operativi, proiettando una grande certezza di fede sul futuro.

Nel suo giudizio positivo dell'azione del Ministero — che nell'insieme condivido, anche se personalmente sono più cauto per le prospettive future è stata avvertita, senator Ferroni, anche una nota — un collega ha detto: la relazione è un inno! — di esaltazione comparativa dell'attuale Ministero nei confronti del passato.

Io penso che possa essere solo un'impressione superficiale ed escluderei che una intenzione di questa natura — del resto naturale e legittima in un uomo di bandiera — possa essere fondatamente autorizzata dalla lettura della relazione, essendo lei, senatore Ferroni, un politico troppo consumato e troppo bene informato del passato.

In verità, e credo, cari colleghi, che ne converrete facilmente, nella continuità dell'amministrazione sanitaria, che opera almeno da una ventina d'anni in una situazione di continuo divenire e difficile molto per l'imponenza delle trasformazioni socioeconomiche, per i progressi continui anche della scienza medica, per l'eredità di problemi vecchi e l'urgenza dei nuovi e la costante di

una sovrana inadeguatezza di mezzi finanziari, in una situazione di questo genere, credo che sarebbe arduo e certo superficiale il valutare se e quanto l'azione dell'Amministrazione sanitaria sia stata più valida e più meritoria in questo o quel periodo, sotto la direzione di questo o quel Ministro.

Credo che sia rispondente al vero e doveroso riconoscere che, dall'ACIS all'attuale Ministero, tutti hanno portato un loro contributo, magari meno evidente e discreto, ma indispensabile, per una sempre più incisiva influenza ed efficacia dell'azione sanitaria. E obiettivamente, se si considera quello che si è fatto e si fa, possiamo associarci con convinzione all'elogio rivolto dal collega Ferroni a tutti gli operatori sanitari del Ministero, e che io estendo di cuore anche a quelli della periferia, e a tutti, dai più autorevoli ai più modesti, dell'organizzazione sanitaria: ufficiali sanitari, medici provinciali, dei laboratori di igiene e profilassi, medici condotti, ostetriche, vigili sanitari.

Certamente ogni periodo del Dicastero della sanità ha avuto, in un certo modo, una sua caratteristica. Così per lunghi anni, dopo la guerra, si è tenacemente lottato, al centro in Parlamento e alla periferia, per l'istituzione del Ministero della sanità, poi per la faticosa progressiva affermazione delle sue competenze, purtroppo non ancora compiuta; in altri periodi, dopo averlo conquistato, si è prevalentemente sarchiato il campo, lo si è arato e seminato nei limiti del possibile; oggi, sotto l'attuale Ministro, grazie a Dio, e anche grazie alle seminagioni precedenti, si incomincia anche a raccogliere in modo confortante e, aiutati dalla maggiore sensibilizzazione dell'opinione pubblica e dei Governi, in merito all'importanza prioritaria dei problemi della salute, possiamo pensare, e si mira arditamente, a più profonde e innovatrici riforme sanitarie: l'ospedaliere, la psichiatrica, quella dell'ONMI per una più capillare e moderna assistenza all'infanzia, quella della Croce rossa, dell'Istituto superiore di sanità, eccetera, tutte ai fini di un'assistenza sanitaria estesa, moderna, efficace a tutti i livelli, con il fondamentale presupposto — rivoluzionario — di un finan-

ziamento della spesa sanitaria con un contributo personale per la sanità proporzionato ad ogni cittadino.

Il maturare dei frutti, che per intenderci diremo politici, di questa grande azione riformatrice, certamente verrà goduto anche da altri Ministri della sanità, dopo l'onorevole Mariotti — al quale auguro di cuore molta messe —, ma chi vorrà dare un giudizio storico obiettivo dei meriti, dovrà sempre ricordare il detto del Poeta: « Se non è chi celi sotterra il seme, non sarà chi mietta ». Bisogna tenere conto, cioè, anche di quelli che hanno seminato prima di noi, in alto e in basso e a tutti i livelli.

E allora, cari colleghi, c'è possibilità di gloria e... di infamia per tutti, anche per noi delle Commissioni igiene e sanità della Camera e del Senato che abbiamo seminato e operato nel campo sanitario secondo le nostre possibilità, ma con amore e con impegno, a cominciare dall'illustre nostro presidente Alberti, ad esempio, con la sua legge sulla vaccinazione antitetanica nel 1962, della quale ebbi l'onore di essere relatore, con l'accurata revisione delle leggi contro le sofisticazioni alimentari, discusse già nel 1962, con la legge contro l'inquinamento atmosferico, eccetera.

La vaccinazione antipolio con il vaccino di Sabin è indubbiamente un merito dell'attuale ministro Mariotti l'averla efficacemente diffusa e l'averne proposto, nel 1965, anche l'obbligatorietà. Senza escludere infatti l'efficacia, l'indispensabilità e le speranze naturalmente insite nell'educazione sanitaria che non raccomandiamo mai abbastanza — io ho presentato un ordine del giorno per l'educazione sessuale —, l'obbligatorietà della vaccinazione antipolio — caro collega Bonadies, mi rincresce di non essere d'accordo con lei — oggi allo stato attuale, a mio modesto parere, è indispensabile e ben fondata scientificamente, poichè, come ci hanno insegnato gli studi di Sabin e l'esperienza di tanti Paesi, che sono riusciti a eradicare la poliomielite, e anche la nostra esperienza in Puglia, in Sicilia, in Campania, dove non si sono avuti risultati soddisfacenti come in altre zone del Paese, perchè si raggiunga non solo l'immunizzazione individuale, che è ot-

tenibile anche con il Salk, ma l'effetto epidemiologico, è necessario che la vaccinazione orale con il Sabin sia globale, interessi cioè alte percentuali (almeno il 75-80 per cento) della popolazione predisposta, e che sia concentrata nel tempo. Tutte cose che non possono ottenersi in zone dove la popolazione non è ancora, per un complesso di ragioni storiche e ambientali, sufficientemente sensibilizzata e docile alle prescrizioni dell'autorità sanitaria, per cui bisogna che intervenga necessariamente l'imperio della legge.

Certamente, con il progredire dell'educazione sanitaria ci auguriamo che venga un giorno in cui tutte queste pratiche non ci sia bisogno di imporle, ma siano spontaneamente accettate dai cittadini per il naturale interesse dell'individuo alla difesa della propria salute. Allo stato attuale siamo ancora lontani da questa coscienza e pertanto anche per l'antipolio è necessaria l'obbligatorietà.

I mirabili risultati — se non ancora la vittoria, senatore Ferroni — ottenuti con il vaccino di Sabin, non debbono tuttavia farci misconoscere che anche la precedente prima vaccinazione antipolio con il Salk, prontamente attuata dai Ministri del tempo, non era priva di efficacia: però il metodo delle iniezioni ipodermiche era indubbiamente meno agevole, per cui è stata attuata in proporzioni limitate, e questo non è uno degli ultimi motivi dei risultati globali relativi ottenuti.

E permettetemi anche di ricordare, ad onore della nostra Commissione, che l'introduzione del Sabin, decisa nel marzo 1962 dal ministro Jervolino, che fece preparare il vaccino nel nostro Paese, è stata proprio preceduta dall'approvazione da parte del Senato di un mio ordine del giorno, da molti di noi sottoscritto e da me illustrato in Aula il 21 giugno 1961, che ne invocava la definitiva introduzione ufficiale. Quindi seminagioni precedenti.

A parte l'agile *excursus* riassuntivo delle *res gestae*, delle cose realizzate felicemente, ho apprezzato molto, collega Ferroni, la analisi finanziaria del bilancio da lei fatta con senso di praticità e concretezza. Una analisi breve, piuttosto originale, immediatamente comprensibile e veramente dimo-

strativa del fatto che l'incremento degli stanziamenti per il Ministero della sanità — che ad un esame superficiale delle cifre potrebbe sembrare anche cospicuo — è relativamente modesto: dal 1958 al 1966, in termini di valore reale, 16 miliardi di aumento, pari ad un incremento del 38 per cento; dal 1958 al 1967, 23 miliardi di aumento, pari ad un incremento del 55 per cento. E sa Iddio cosa c'è voluto per ottenerlo!

Dunque, solita osservazione, ma che non possiamo non ripetere: stanziamenti, disponibilità relativamente modesti in proporzione alle immense, crescenti necessità di una politica che estende e vuole estendere incisivamente, e sempre più profondamente, l'intervento dello Stato nella sanità e per la sanità. Noi, perciò, continueremo — come in passato è avvenuto e, possiamo dire, senza distinzione di parti politiche — ad appoggiare il Ministro della sanità nella sua ricerca di nuovi fondi; ma, appunto per questo, mi perdoni il Ministro se gli faccio presente l'indispensabilità anche di raddoppiare l'oculatezza nella distribuzione dei contributi ministeriali alla periferia e di sorvegliare molto, perchè questo sacro denaro pubblico destinato alla salute, e così faticosamente ottenuto, venga speso bene e non vi siano indulgenze per gli sperperi, per gli sprechi, anche per le megalomanie locali, che non sono rare, ad esempio, nel settore ospedaliero, dove talora si vede perseguire il superfluo e il monumentale ad ogni costo, per motivi che poco o nulla hanno a che fare con le vere esigenze sanitarie, sottraendo mezzi preziosi e indispensabili ad altri settori o ad altre località veramente deficitarie.

Pur se un esame analitico dei singoli capitoli della tabella 19 potrebbe suggerire anche qualche ridimensionamento — quanto ha osservato il collega D'Errico relativamente alla tubercolosi e ai tumori è discutibile — ritengo di potere dare atto all'onorevole Ministro che, in complesso, le somme dello stanziamento appaiono abbastanza bene distribuite e che anche le poche variazioni del 1967 sono giustificate. Desidero anche dire, senza superflui pudori, senatore D'Errico, che non trovo da eccepire sull'entità dello stanziamento per gli sposta-

menti dell'onorevole Ministro (di 7 milioni per il 1966 e 7 milioni per il 1967) e anche per l'aumento da 5 a 7 milioni per le indennità e i rimborsi spese di trasporto per le missioni in territorio nazionale degli addetti al Gabinetto e alle Segreterie partecolari.

Ritengo, infatti, molto utile e assolutamente necessario che l'onorevole Ministro prenda il più possibile contatti diretti con la realtà sanitaria del Paese alla periferia, mettendola però in condizioni di manifestarsi senza remore reverenziali, senza reticenze o deformazioni adulatorie e raccomandando alla stampa — mi associo in questo al senatore D'Errico — meno informazioni ad effetto.

La presa di contatto con la realtà può suggerire a tutti — e non dubito che possa suggerirli anche all'onorevole Ministro — motivi di meditazione sulla *necessità di prudenza e di gradualità* quanto alle cose più o meno grandi da farsi, e anche sulle cause e sui rimedi più opportuni, quando tra gli effetti sperati dalle leggi e la realtà pratica periferica si vedono verificarsi divari e frustrazioni notevoli, come non è raro.

Indubbiamente il Ministero della sanità è oggi alle luci della ribalta della Nazione, oggetto di odio e di amore, di timori e di grandi speranze e io sinceramente non posso non confermare all'onorevole Ministro il mio apprezzamento per il suo dinamismo e per il suo entusiasmo per le cose sanitarie. Se non temessi di essere malcompreso o considerato impertinente, io gli conferirei una laurea in medicina *ad honorem*, prima almeno che il collega Perrino gliela proponga in farmacia, magari per affrettare l'approvazione delle sue molte leggi e la soluzione del problema delle farmacie rurali.

Battute a parte, il mio giudizio sull'azione del Ministero in genere e del Ministro in particolare è, nel complesso, ripeto, positivo, ma con altrettanta sincerità e con il coraggio che viene dalla retta intenzione, pure avendo coscienza della modestia della mia voce, ritengo di non far male, anzi di ubbidire ad un mio preciso dovere, a richiamare la sua attenzione sull'estrema complessi-

tà dei problemi sanitari, specie nel nostro Paese. Lo sottolineo, pur sapendo di non fare una scoperta, perchè desidero e auguro successo alla sua azione riformatrice, all'azione riformatrice del ministro Mariotti, perchè desidero la realizzazione di una riforma sanitaria di base e globale che sia veramente valida, benefica, razionale, fatta a misura d'uomo, una riforma che costituisca un sostanziale progresso, non un cambiamento solo nominalistico, ma un salto qualitativo, un avveramento delle condizioni migliori per la conservazione e il recupero della salute fisica e psichica dell'individuo e della collettività; il che, tra l'altro, non potrà avvenire senza fondamentale rispetto della libertà, almeno perchè la riforma sia duratura.

Ora, mi sembra che logica premessa per la realizzazione politica di un compito così importante e meritorio dovrebbe essere il raggiungimento acquisito di un sufficiente grado di chiarezza, ai vari livelli di studio e consultazione, in merito all'architettura, alle strutture portanti, alla funzionalità, al carico finanziario, all'umanità del futuro edificio sanitario. E qui con rammarico io devo confessare che questi requisiti di chiarezza — pregiudiziali e aiuto indispensabile per la volontà politica — non mi sembra che siano stati ancora sufficientemente raggiunti. Da qui il mio convincimento dell'opportunità per noi politici in genere e soprattutto per coloro che siedono a livello decisionale, di aggiungere all'entusiasmo e all'ansia di rinnovamento, un supplemento delle virtù della pazienza e della prudenza.

In sintesi, se l'onorevole Mariotti fosse qui, con deferenza gli direi sommessamente: « *festina lente* »! Può darsi che gli studi siano forse più avanti di quanto io non sappia, ma che le idee non siano del tutto mature io l'ho dedotto, tra l'altro, dal fatto che, malgrado i desideri espressi e certamente riferitigli dall'onorevole Volpe, che è uomo d'onore e che ce ne dette piena assicurazione (si riveda la discussione sul bilancio della sanità del dicembre 1964), non abbiamo ancora potuto avere dal Ministro e neppure dal suo collaboratore un quadro ana-

tomico e funzionale sufficientemente chiaro della futura organizzazione sanitaria giustamente incentrata sull'unità sanitaria locale, nè un quadro dei vari reciproci rapporti di competenza e gerarchici tra le varie autorità sanitarie e politiche ai vari livelli, regionale, provinciale, comunale e, infine, con il Ministero della sanità.

Illustre Presidente, come funzioneranno, come andranno le cose? È una preoccupazione che mi auguro venga assolutamente fugata dalla realtà e dalla replica dell'onorevole Ministro. Sarebbe spiacevole sorpresa se dopo tanti sforzi, anche parlamentari, per rafforzare ed estendere le competenze del Ministero della sanità, domani, con le riforme strutturali, malgrado la programmazione, con le Regioni e la loro competenza costituzionale in materia sanitaria, diventasse più difficile di oggi far discendere e correre rapidamente « per tutti li rami » quella volontà coordinatrice e direzionale unitaria sui problemi tecnici di politica sanitaria, che abbiamo sempre invocato e che riteniamo necessaria.

Comunque, in queste incertezze, una pregiudiziale è sicura, e purtroppo ancora attuale per la sua mancata attuazione: la necessità della riforma della legge istitutiva del Ministero della sanità 12 marzo 1958, che con l'articolo 5 — come ha osservato il Carapelle — ha decretato per legge la separazione dei poteri tra Ministeri della sanità e del lavoro. Io l'ho definito, già nel 1962, il problema dei problemi. E poichè, come ci dice il senatore Ferroni, tutti i tentativi ministeriali (che se non erro sono cominciati con il ministro Jervolino che fece un dettagliato schema di legge), anche di coordinamento, sono falliti e sembra che anche l'energia del ministro Mariotti urti contro un muro, io mi domando perchè, onorevole Volpe, gli uffici del Ministero non possano prepararci tutti i dati ricognitivi necessari, e perchè la nostra Commissione non presenti una legge di riforma originale. Nella peggiore delle ipotesi, la trasmetteremo come un valido testamento della nostra volontà politica alla futura legislazione!

Ed ora, in breve, pochissime osservazioni particolari.

L'onorevole ministro Mariotti e anche l'onorevole Volpe certamente sono al corrente che nella categoria degli *ufficiali sanitari* vi è un grave disagio. Ecco quanto mi scrive un amico, persona molto seria, l'ufficiale sanitario di Legnano: « Colgo l'occasione per informarla che purtroppo, come ben saprà, la circolare del Ministero degli interni relativa all'applicazione dell'articolo 43 del testo unico delle leggi sanitarie non ha colpito i grandi ufficiali sanitari, come si voleva, ma noi piccoli, senza libero esercizio della professione e con modesti stipendi.

« Io, ad esempio, per il fatto che ancora la prefettura di Milano, Divisione 3ª, non ha precisato come desidera che i Comuni interpretino la circolare e che per questo si continua a rinviare le deliberazioni di liquidazione dei compensi, dal settembre del 1966, non percepisco che il solo stipendio.

« Si spera che la questione venga risolta quanto prima in modo a noi abbastanza favorevole con l'emanazione del decreto-legge di variante dell'articolo 43 del progetto di legge Gennai Tonietti... Comunque ora non si lavora più con l'entusiasmo di un tempo. Faccia sapere questo al signor Ministro e gli ponga in rilievo che non troverà di certo i futuri dirigenti delle unità sanitarie locali, se non si riserverà loro un trattamento economico adeguato al loro posto ».

È urgente dunque provvedere se non vogliamo che queste « carriere portanti » della sanità pubblica, vengano disertate con irreparabile pregiudizio della futura organizzazione sanitaria.

Altra osservazione pertinente: a quando, onorevole rappresentante del Ministro, la ricostituzione in forma moderna della *Scuola di sanità*, per la formazione del personale direttivo della sanità pubblica da me da tempo invocata, approvata dal Senato e da lei autorevolmente considerata necessaria e pubblicamente promessa? A quando, tra le cose più urgenti e di poco costo, una *revisione generale della legislazione per la lotta contro i tumori*, invocata da tempo anche in ordini del giorno forse non molto considerati e tuttavia tanto necessaria anche per

non disperdere in troppe iniziative le energie e gli scarsi mezzi?

Pur compiacendoci della regolamentazione che è stata intrapresa di molte arti sanitarie ausiliarie, penso che le leggi approvate siano assai perfettabili e che vi sia ancora molto da fare in questo campo e che sarebbe una buona cosa arrivare a più approfondite qualificazioni dei vari collaboratori del medico.

Ma una particolare attenzione da parte del Governo invoco sulla necessità di scuole per la formazione di *fisioterapisti della rieducazione*, indispensabili per il terzo tempo della medicina.

L'insonne collega Maccarrone ed altri della sua parte politica hanno presentato in proposito un apposito disegno di legge. Io ritengo, signor Presidente, che faremmo bene ad interessarcene al più presto, perchè si tratta di una proposta perfettabile certo, ma degna di sollecita considerazione.

Concludo senza tediarvi oltre, esprimendo anch'io la fiducia, senatore Ferroni, che questa nostra Commissione — prevalentemente tecnica e in cui è comune ed è stata sempre preminente sulle divisioni politiche la passione per la soluzione più felice dei gravi problemi della sanità e dell'assistenza — possa ancora fare qualche cosa di importante in questo scorcio di legislatura. Comunque certamente coadiuverà l'onorevole Ministro come sempre validamente, anche quando gli esterni preoccupazioni e perplessità, che sono sempre dettate da sincero amore per il Paese, senso di responsabilità e da una sollecitudine per le cose della sanità, non inferiore alla sua.

P E R R I N O . Mi limiterò ad un breve esame del bilancio, perchè mi riservo di sviluppare in Aula alcuni miei concetti che ritengo assai importanti.

In questa sede non posso tuttavia non esprimere il mio convincimento che tutto il Paese deve abituarsi a considerare il bilancio della sanità come il bilancio dei bilanci, perchè rivolto a tutelare la salute pubblica che è il supremo bene a cui aspira l'umanità.

Non c'è dubbio che con l'istituzione del Ministero della sanità si è venuta creando e sviluppando una certa sensibilizzazione dell'opinione pubblica per i problemi sanitari che, indubbiamente, ha dato e sta dando i suoi frutti: direi che qualcosa in questo campo si muove e sarebbe sciocco negarlo, anche se siamo ancora ben lontani da quella unificazione dei vari servizi sanitari più volte auspicata, che rimane l'obiettivo costante del Ministero e che si cercherà di perseguire con ostinazione e con tutti i mezzi disponibili.

Questo rimane, quindi, per noi l'imperativo categorico. Direi che il collega Ferroni, nel suo pregevole e sintetico parere, ha messo in rilievo gli aspetti positivi dell'attività svolta dal Ministero della sanità in questo ultimo tempo e si è riallacciato — forse con voli un po' pindarici — al programma quinquennale, in cui al capitolo VII è detto che quei provvedimenti mirano a realizzare un compiuto sistema di sicurezza sociale: evidentemente questo rimane l'obiettivo di domani a cui deve tendere il Ministero della sanità.

Come a questo compiuto sistema di sicurezza sociale si possa arrivare, è cosa che vedremo in altra occasione e in altra sede; desidero solo affermare che, a mio parere, non esiste una sola via — e quindi una via obbligata — per raggiungere questo obiettivo e realizzare questa speranza, ma ne esistono diverse tra cui dobbiamo scegliere quella più confacente alle nostre posizioni politiche, convinzioni etiche e condizioni economiche, perchè non c'è dubbio che è un sistema di sicurezza sociale quello americano posto completamente a carico dello Stato (il che comporta peraltro un'imposizione fiscale talmente pesante che non so davvero come potrebbe, per esempio, essere realizzato in Italia dove il contribuente è già fortemente sacrificato); c'è poi l'altro sistema di sicurezza sociale che noi abbiamo appena abbozzato in questo dopoguerra, e cioè quello dell'assicurazione obbligatoria estesa a tutti i livelli e categorie, sistema la cui realizzazione ovviamente dipende dalle circostanze.

È stato detto che si comincia a raccogliere dopo l'aratura e la semina del Ministero

della sanità. Il relatore Ferroni ha elencato alcuni elementi positivi che non starò a ripetere; non c'è dubbio che di essi il primo che balza evidente, anche se siamo insoddisfatti, perchè le esigenze del Ministero della sanità sono superiori agli stanziamenti elencati nel bilancio, è che si sviluppando un graduale aumento delle entrate del Ministero per cui, a mio parere, la fase di individualismo, come è stato detto in passato, si sta progressivamente e costantemente superando; io mi augurerei davvero che si possa mantenere, negli anni futuri, un incremento di dieci miliardi l'anno.

Questo graduale incremento di cui sto parlando, per quanto riguarda il Ministero della sanità, non lo rilevo soltanto dall'esame intrinseco del bilancio, ma anche da alcuni dati che sono stati resi noti in questi giorni relativi alle condizioni sanitarie del Paese durante il 1966.

Ecco che cosa osserva in proposito il Ministero: « Una lieve diminuzione della natalità, una più marcata diminuzione della mortalità e un costante decremento della mortalità infantile (entro il primo anno di vita) »; e più oltre aggiunge: « La diminuzione della mortalità interessa soprattutto le malattie dell'apparato respiratorio (21 per cento in meno rispetto al 1965) che sono soggette a notevoli variazioni di anno in anno. Più costante e confortante appare, invece, la diminuzione delle morti per malattie infettive (circa il 15 per cento) e quella, sia pure meno rilevante, dei morti per incidenti del traffico (l'uno per cento circa, ma con valore superiore, se si tiene conto dell'aumento del numero degli automezzi).

« Nel 1966 si è avuta anche una diminuzione non trascurabile del numero dei morti per degenerazione del miocardio; anche le voci "arteriosclerosi del cuore" e "malattie delle coronarie" ha fatto marcare una discreta diminuzione. Tuttavia il decremento a carico delle malattie delle coronarie non è ancora tale da superare statisticamente le normali variazioni del fenomeno.

« Costante appare l'incremento dei tumori e in testa, dal punto di vista della velocità di aumento, rimangono quelli della trachea e polmoni, per cui è prevedibile che, in un

decennio, in Italia si raggiungano per questi tumori gli attuali quozienti tipici dei Paesi del Nord-Europa. Ciò — come viene messo in rilievo dal Ministero della sanità — a meno che non si attui una drastica riduzione del consumo di sigarette ».

« Dal movimento ospedaliero risulta nel 1966 un incremento dei ricoveri di circa il 6 per cento, incremento che è normale rispetto a quello degli anni precedenti e dimostra sempre un maggior ricorso al ricovero in nosocomio. L'aumento maggiore si è avuto per i ricoveri in casa di cura privata ».

E così conclude: « I problemi sanitari che ci stanno di fronte nel 1967 non sono di lieve entità, a cominciare dal controllo delle malattie infettive residue: tuttavia l'esperienza della pronta attuazione di misure profilattiche ed assistenziali nel corso delle alluvioni, che hanno interessato una quota cospicua del territorio nazionale, dimostra che esistono le più ampie possibilità di risoluzione di diversi problemi, purchè non vengano meno i mezzi materiali e l'appoggio della popolazione ».

Mi pare che accanto al dato degli 87 miliardi del bilancio, i dati contenuti in questa relazione del Ministero costituiscano la migliore prova della vitalità del Ministero stesso; e sottolineo come quell'azione di medicina preventiva, che deve essere necessariamente potenziata a tutti i livelli nel prossimo futuro, stia già cominciando a dare i suoi frutti, e gli elementi che sono a nostra disposizione confortano le nostre speranze e l'azione in corso.

Riprendendo gli argomenti della pregevole relazione del collega Ferroni, mi soffermerò su di un altro dato positivo, forse il più positivo di tutti. Io sono un uomo che viene dal mondo ospedaliero; io vivo il problema ospedaliero che per me è cocente e cogente. E vorrei parlare delle costruzioni ospedaliere dove fervida si è dimostrata l'attività del Ministero della sanità, in collaborazione col Ministero dei lavori pubblici. Il richiamato piano quinquennale di sviluppo, al capitolo VII, precisa che per raggiungere i sei posti-letto per mille abitanti, previsti dall'Organizzazione mondiale della sanità,

dobbiamo costruire in Italia qualcosa come 120.000 posti-letto, e mi riferisco a ospedali generali, trascurando quelli specializzati. In questo campo, grazie a provvide leggi, stiamo profondamente operando, e mi richiamo soprattutto alla legge del dicembre 1965 che ha modificato migliorandola la legge n. 589 e che ha offerto una valida possibilità di intervento: non deve sfuggire infatti che, praticamente, si stanno spendendo per costruzioni ospedaliere *ex novo* o per rinnovamento di ospedali, circa 65 miliardi l'anno. L'anno scorso ne abbiamo spesi 130, in ragione di 65 miliardi a valere per l'esercizio 1965, e altri 65 miliardi per il 1966; nel bilancio di quest'anno è ancora inserito un contributo di tre miliardi per quote di ammortamento dei mutui accesi. A giorni le Commissioni congiunte igiene e sanità e lavori pubblici si riuniranno per cercare di destinare altri miliardi da mettere a disposizione degli ospedali. Quindi, mantenendo questo ritmo per l'avvenire, è lecito prevedere che non passeranno molti anni prima che il fabbisogno di posti-letto previsto dal citato parametro dell'Organizzazione mondiale per la sanità sia coperto. Ma il Ministero della sanità deve guardare più lontani, perchè quel parametro, considerato come *optimum* 40 anni fa, oggi, per giudizio universale, è da considerarsi come *minimum*, data la tendenza all'aumento del ricovero ospedaliero; quindi, raggiunto quel traguardo, dobbiamo puntare verso percentuali maggiori, in analogia con quanto hanno fatto altre nazioni, come la Germania, gli Stati Uniti e gli Stati Scandinavi. Del resto, anche in Italia esistono delle regioni dove si sono già raggiunti 13-16 posti-letto per mille abitanti, come la Liguria, senza che si siano verificati fenomeni inflazionistici; devo aggiungere, però, che là dove si è raggiunto il 6 per mille — almeno in alcuni casi — si nota ancora un fenomeno di congestionamento che è auspicabile venga superato.

D'ERRICO. Con questo ritmo ci vorranno però ancora dieci anni!

PERRINO. Si è cominciato alcuni anni fa e aggiungo che negli anni 1961-65

è intervenuta la Cassa del Mezzogiorno che, in quel periodo, ha erogato 50 miliardi; successivamente questo intervento è venuto a cessare e l'onere è ricaduto per intero sul Ministero della sanità.

SAMEK LODOVICI. Mi si consenta una interruzione. Per giudicare esattamente questo stato di cose e l'attuale affollamento degli ospedali, converrebbe che il Governo accertasse se non concorrano a determinarlo anche le modalità degli accordi intervenuti fra l'INAM e i medici curanti, accordi che sembra non favoriscano l'assistenza domiciliare.

PERRINO. Cercherò di trattare anche questo aspetto del problema. Adesso voglio soffermarmi su un altro argomento, a mio parere, non del tutto positivo, che è di notevole importanza e che dobbiamo ancora mettere in luce, e cioè il settore farmaceutico.

Non so come e perchè, onorevole Sottosegretario, ma questo settore sta diventando una autentica favola perchè per quattro legislature — dico quattro legislature! — si è affrontata all'inizio a gran velocità la riforma della legislazione farmaceutica che risale al 1913 e poi, durante il corso della legislatura stessa, i lavori hanno finito col ristagnare per cui alla fine un ramo del Parlamento aveva approvato un testo, mentre l'altro non ha avuto tempo di fare altrettanto. E si è ricominciato daccapo per quattro volte ed ora siamo nelle solite condizioni. È evidente che bisogna uscire da questa specie di stagnazione in cui ci troviamo e soprattutto sapere che cosa si vuole. È opportuno persistere nella tesi del Ministro che vuole una legislazione generale che investa tutti i settori farmaceutici, anche, quindi, quello delle farmacie provinciali e rurali, della brevettabilità dei medicinali eccetera? Se vogliamo fare tutto insieme, tutto in una volta, dovranno passare altre quattro legislature! A mio giudizio, invece, dobbiamo cercare di enucleare dalla riforma generale taluni problemi fondamentali e risolvere per esempio quello delle farmacie rurali, che è gravissimo: 3.000 comuni sono senza farmacia e non soltanto man-

cano i locali, ma anche i farmacisti! Queste farmacie non possono vivere: la legislazione attuale non consente loro neppure limitate possibilità di vita. Ora il Ministro si è battuto valorosamente, e gliene diamo atto, per ottenere dal Ministro del tesoro uno stanziamento di 1.670 milioni a favore delle farmacie rurali che, uniti al contributo di 800 milioni l'anno erogato dagli enti mutualistici, potrebbero consentire una consistente indennità di residenza ai farmacisti interessati. Tuttavia lo stanziamento citato di 1.670 milioni andrà in riserva, perchè non si è stati solleciti — e toccava al Governo di esserlo — ad approvare il disegno di legge che poteva rendere utilizzabile questa somma. E siamo vicini alla fine dell'anno parlamentare! Ecco perchè ritengo che questo settore, già prima trascurato, sia attualmente trascuratissimo. Ecco perchè io in una precedente seduta ho cercato di spiegare i motivi per cui si è arrivati ad uno sciopero generale dei farmacisti, che è stato soltanto sospeso, e che potrà riprendere prossimamente, se non si interviene. E quando si interverrà, non ci si dovrà limitare solo al pagamento delle forniture o al rinnovo delle concessioni che, pure, debbono essere rinnovate: questi sono alcuni aspetti del problema, ma ve ne sono altri: il più irritante, direi, è quello delle incombenze non professionali che spettano al farmacista e che comportano una enorme perdita di tempo e di denaro, un'organizzazione che non ha nulla a che vedere con la professione e che torna comoda agli istituti mutualistici, i quali intendono servirsi del farmacista come di un qualunque ufficiale postale che applica bolli e li annulla; e tutto questo nella più completa osservanza delle norme. Ecco perchè accennavo alla necessità di un'iniziativa legislativa di carattere parlamentare. L'anno scorso ho fatto questo stesso rilievo e lo rinnovo ancora con maggiore amarezza, perchè il Governo tarda ad intervenire. L'iniziativa tocca quindi ai parlamentari che vivono nel settore, ma questi nostri disegni di legge non vengono mai presi in esame in attesa di un fantomatico disegno di legge governativo che non arriva mai.

Ho proposto, d'accordo con gli istituti mutualistici e coi produttori, sia i maggiori

dell'Assofarma, sia i minori dell'Unionfarma, un disegno di legge che prevede il trasferimento sul prezzo di etichetta di quel 17 per cento che si concede come sconto agli enti mutualistici, e ancora non avvertiamo l'urgenza e l'esigenza di esaminarlo, mentre esso taglierebbe alle radici i motivi del contendere per oggi e domani.

Un altro aspetto non proprio positivo è quello che riguarda gli ospedali. Il Ministro ha preso una iniziativa, con la nota circolare n. 184, seguita, poi, dall'altra circolare n. 220, dettando norme per il trattamento economico dei medici. Non voglio entrare nel merito, però dico che era giusto che i medici avessero assicurato uno stipendio pensionabile a un livello decoroso e superiore ad esempio alle 80.000 lire — per il primario — come in passato.

La tesi più giusta però sarebbe stata quella di considerare la somma effettivamente percepita dal medico a fine mese, non solo come stipendio, ma anche come compenso mutualistico, come compenso dei paganti in proprio, e via dicendo. Volendo ignorare tutta l'attività svolta dal medico al di fuori dell'ospedale come libera professione, evidentemente questo adeguamento dello stipendio pensionabile non poteva avvenire che prelevando i compensi forfettari mutualistici in una misura del 50 per cento; l'altro 50 per cento sarebbe rimasto a caratterizzare la differenza di lavoro da settore a settore, da medico a medico. La tesi sostenuta per il livello pensionabile era di parificarla a quella del pubblico impiego medico sanitario e ciò per evitare delle sperequazioni, che evidentemente avrebbero provocato agitazioni a catena. Non è accaduto, perchè si è portato lo stipendio degli ospedalieri al livello dei cattedratici e lo si è anche superato; si è quindi creato un rovesciamento di gerarchia, che ha provocato una serie di reazioni sia da parte degli universitari, sia da parte dei direttori amministrativi degli ospedali che rivendicano pari trattamento coi medici e, infine, da parte di tutto il personale dipendente. Ecco perchè gli ospedali stanno vivendo una vita difficile; senza parlare poi di quel 29 per cento di compenso forfettario dell'assistenza mutualistica che, a distanza di quattro mesi dalla

circolare ministeriale, nessuno sa come deve essere pagato e che gli ospedali sono costretti a pagare, anticipandolo all'INAM quando l'INAM stesso non soltanto deve pagare questa percentuale, ma è anche in arretrato di un anno e dieci mesi. Ciò significa una situazione fallimentare per gli ospedali!

Il Ministero della sanità, organo di vigilanza e di tutela, fino all'anno scorso, in vista del bilancio 1965 e così anche per quello del 1966, diramò istruzioni circa la compilazione delle rette con un modulario complicato: di qui controversie con gli ospedali che non riscuotevano quelle rette in cui venisse rilevata una differenza, magari di due lire, tra conti presentati e conti riscontrati: si era di una severità estrema. Oggi non si guarda più a niente e il Ministero esorta i medici provinciali perchè comunque approvino la retta che è mediamente aumentata di un venti per cento. Il che significa che la spesa degli enti mutualistici per ricoveri aumenta di 60 miliardi: questa è la realtà. E qui esplode il conflitto tra Ministero della sanità e Ministero del lavoro, perchè quest'ultimo si occupa dei medici e non di altro, mentre dovrebbe preoccuparsi di tutto il resto, e se ne occupa con molta difficoltà, data la mancanza dei mezzi a disposizione.

Ecco perchè questo è il settore nevralgico, destinato a darci amare sorprese. Gli ospedali disciplinatamente, in armonia coi medici, hanno applicato le nuove rette, le stanno pagando, hanno recepito la circolare ministeriale, ma la stragrande maggioranza degli ospedali non potranno arrivare alla fine di marzo; ecco perchè il problema è di dimensioni molto vaste e deve essere risolto, o comunque affrontato, al più presto.

Anche in questi giorni ci siamo chiesti se c'era veramente bisogno di un decreto ministeriale per fare trattenere il 29 per cento e se non si trovava un altro modo per raggiungere lo stesso scopo. L'INAM non vuole costituire un fondo extrabilancio, perchè ciò non gli è consentito dalla Corte dei conti; si voleva quindi costituire un fondo presso la Banca nazionale del lavoro; ma se avessero consultato la FIARO non si sarebbe arrivati a quella soluzione prevista dal decreto, ma si sarebbe potuto, all'atto del

versamento dei compensi forfettari, versare anche quel 29 per cento che l'ospedale avrebbe poi provveduto a trattenere. Questo avrebbe costituito una semplificazione notevole che, però non è stata vista dai funzionari della sanità, per cui oggi ci troviamo di fronte a gravi difficoltà per dover anticipare anche quel 29 per cento che gli enti mutualistici ci rimborseranno almeno tra un anno.

Un altro aspetto, anche questo non del tutto positivo, riguarda i Centri di medicina sociale; c'è una legge *ad hoc*: questi tuttavia hanno un'esistenza per così dire un po' asmatica, non funzionano come dovrebbero funzionare; ogni tanto si stanziava qualche somma a loro favore, ma una vera organizzazione capillare dei Centri non si è creata; abbiamo suggerito di far leva sui dispensari di igiene sociale per impostare una azione dei Centri di medicina sociale fondata sui tre settori principali: quello dei tumori, della tbc e delle neuropatie. Ora, si vuole avviare veramente una azione unitaria da parte del Ministero per una profonda e capillare attività nel campo della medicina sociale preventiva, o dobbiamo prospettare i casi per ogni settore provocando la dispersione dei mezzi in tanti rivoletti? Anche su questo punto richiamo l'attenzione del Ministero.

Abbiamo varato una legge per l'ONMI anch'essa per merito del Ministro, come merito del Ministro è l'incremento del bilancio da 19 a 23 miliardi e mezzo. Questa somma dovrebbe bastare per mantenere in attività l'Ente nella sua attuale struttura e organizzazione; in esso tuttavia si conduce una politica ispirata ad una eccessiva austerità che ha prodotto anche sfiducia, perchè, malgrado questa normalizzazione della situazione, si continua ad avanzare sulla stessa strada. Io ho citato il caso di almeno una cinquantina di nuove istituzioni che avrebbero potuto già funzionare, se l'ONMI non opponesse resistenza adducendo come motivo l'impossibilità di assumere nuovo personale. Richiamo la vostra attenzione su queste istituzioni-tipo — parlo degli asili-nido — che accolgono bambini fino a tre anni di età, perchè, mentre per la scuola materna si sta già provvedendo attraverso le

varie iniziative private e religiose degli enti locali e adesso attraverso la scuola materna statale (quindi tutte attività che prossimamente dovranno pur sfociare in qualche forma di pratica attuazione), per quanto riguarda l'assistenza alla prima infanzia in Italia non si sta facendo niente. Ed è evidente che i 500 asili-nido dell'ONMI sono una goccia d'acqua in questo mare di bisogni, e la povera donna lavoratrice finisce per essere abbandonata a se stessa. Ecco perchè avevo formulato un ordine del giorno che mi fu suggerito di presentare in questa sede, come quella più naturale. L'ordine del giorno, che reca la firma di molti altri colleghi, è così concepito:

« Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1967, rileva con compiacimento che l'aumento del contributo statale annuo, da 19 miliardi e mezzo a 23 miliardi e mezzo, consente all'ONMI di superare la crisi che l'ha travagliata in questi ultimi anni e la mette in condizione di riprendere la sua attività; rileva, tuttavia, che non sembra prossima la messa in funzione di alcune decine di nuove istituzioni che, pronte da alcuni anni, stanno avviandosi a notevole usura e deterioramento; ritiene che il proposito dell'ONMI di aprire le nuove istituzioni previo trasferimento di personale è destinato a non trovare pratica attuazione, come è dimostrato da recenti provvedimenti di trasferimenti rimasti inoperanti; invita il Governo ad intervenire presso l'ONMI perchè provveda subito e comunque all'apertura delle nuove istituzioni ».

Il Governo dichiarò, in quella occasione, di accettarlo e mi auguro che voglia intervenire energicamente, se occorre, perchè adempia finalmente a questo compito.

Un altro problema che desidero sottoporre all'attenzione della Commissione riguarda i rapporti con gli enti mutualistici. Ho detto già che solamente per gli ospedali il *deficit* dell'INAM quest'anno aumenterà di circa 60 miliardi, proseguendo così il cronico spareggio di centinaia di miliardi. Quale è la soluzione possibile? Vi posso dire

che alcuni giorni fa, secondo alcune voci attendibili, il Ministro del tesoro Colombo era intenzionato ad intervenire in qualche maniera per ripianare questo *deficit* degli enti mutualistici, soprattutto dell'INAM, ma quando si è appreso che con 250 miliardi la situazione si sarebbe appianata (200 all'INAM, 50 agli altri enti), ma soltanto per quest'anno, e che nel 1968 si sarebbe ricominciato daccapo, l'onorevole Colombo non ha dato più nessuna assicurazione di intervenire.

Ora capisco che l'argomento è di stretta competenza del Ministero del lavoro, ma noi non possiamo restare estranei al problema. Certo non si possono dilatare le entrate ricorrendo ad accorgimenti come quello dell'inasprimento di aliquote; ma è evidente che bisogna arrivare ad una contrazione delle spese. Quale è questa contrazione? È possibile che quando si parla di contrazione della spesa questi enti debbano arricciare il naso e ci guardino con scetticismo? Consideriamo il caso delle pluriprescrizioni: i medici hanno rivendicato il diritto di poter prescrivere quello che vogliono su una unica ricetta, mentre prima erano tenuti, con notevole aggravio burocratico, a compilare una ricetta per ogni specialità. L'INAM, in questo caso, è caduto in un errore macroscopico, perchè non si è accorto che un sistema del genere avrebbe portato fatalmente ad una dilatazione della spesa che si tradurrà in un aumento del *deficit* di altri 60 miliardi.

Oggi c'è un altro concetto che, ormai, comincia a farsi strada ed è quello, coraggioso, della partecipazione del mutuato alle spese farmaceutiche che indirettamente si ripercuotono sulla spesa per assistenza medica. È possibile che questo nostro Paese debba detenere il primato sterile di essere l'unico Paese al mondo dove si dà tutto a tutti senza restrizioni, quando altri Paesi, in migliori condizioni delle nostre, danno in percentuale? Il Ministero del lavoro si oppone, quindi a maggior ragione bisogna approvare il coraggioso atteggiamento del nostro Ministro il quale ha detto che bisogna considerare questo aspetto del problema e che è inutile chiudere gli occhi.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Sono due anni che predico questo, pubblicamente!

C A S S E S E . Si cominci col ridurre i profitti degli industriali!

D' E R R I C O . Anche quelli, collega Cassese, anche quelli!

P E R R I N O . Non vi fate delle illusioni: ricordo che negli anni trenta il Governo, con un atto di imperio, istituì i cosiddetti medicinali di Stato per i mutuati, la cosiddetta confezione SAFIM (Società anonima farmaci italiani mutue) che durò appena un anno, perchè il mutuato avvertiva che c'era una discriminazione tra lui e il pubblico pagante; ed eravamo allora in un clima di dittatura. Voglio dire che non si tratta di trattenerlo sul prezzo di etichetta dei medicinali quel 17 per cento che domani potrà essere anche il 30 o il 40, ma si tratta di risolvere il problema in concomitanza con gli altri provvedimenti. E poi è ora di finirla con quel prontuario della cosiddetta liberalizzazione: praticamente sappiamo che ci sono 40.000 specialità, di cui 8 o 10 mila, sì e no, rappresentano il prodotto tipo e tutte le altre sono semplici imitazioni delle quali si approfitta e su cui prospera una quantità di persone! E lasciatemelo dire: le Commissioni apposite rilasciano con troppa facilità nuove licenze e permessi!

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Per forza, non c'è nessuna legge che impedisca questi abusi!

P E R R I N O . Però credo che i Paesi totalitari non siano più arretrati di noi quando dicono di avere il prontuario dei medicinali cosiddetti indispensabili che vengono elargiti a chiunque senza restrizioni di sorta! Comunque è tutto il sistema che va rivisto. D'altro lato, a favore di questa partecipazione dei mutuati alle spese farmaceutiche abbiamo avuto una scossa e non soltanto attraverso le parole del Ministro, il quale forse, a sua volta, non è rimasto insensibile alla relazione della Corte dei conti, che ha così

individuato le cause dell'incremento della spesa dell'INAM: « ... il sempre crescente numero degli assicurati; gli interventi legislativi che turbano l'equilibrio tra prestazioni e contributi; il costo medio delle prestazioni e la frequenza delle prestazioni ». E nella stessa relazione la Corte rileva che, mentre i primi tre fattori sfuggono al controllo dell'Ente, l'ultimo potrebbe essere opportunamente disciplinato se l'Istituto disponesse di un adeguato strumento normativo. Infatti il costo medio annuo per assicurato è salito dalle 1.657 lire del 1958 alle 5.230 lire del 1965. Le cause di tale aumento sono molteplici e comuni alle varie forme di assistenza sanitaria. Lo stesso Direttore generale dell'INAM ha rilevato che sussiste una precisa interdipendenza tra il numero delle prescrizioni e quello delle visite, ed in particolar modo di quelle ambulatoriali. All'interrotto aumento delle prime si accompagna, infatti, un continuo accrescersi delle seconde, il che fa presumere che le visite ambulatoriali siano sovente legate soltanto all'ottenimento di prescrizioni farmaceutiche, e non sempre giustificate da effettive esigenze diagnostiche. Da queste osservazioni si deve giungere alla conclusione che l'Ente non soltanto spende assai più delle sue entrate, ma compromette la realizzazione dei suoi stessi fini istituzionali originando inconsapevolmente una nuova forma di disturbi, in quanto l'uso indiscriminato e illimitato di farmaci porta all'insorgere di nuovi fenomeni patologici che, per le dimensioni raggiunte nei Paesi civili, costituiscono un nuovo motivo di allarme sociale.

Quindi non è bene lasciare andare le cose a briglia sciolta ed una regolamentazione deve essere assolutamente realizzata.

Io ho voluto soffermarmi su questi aspetti essenziali del problema che, evidentemente, meritano un maggior approfondimento, ma comunque questa esposizione sta anche a testimoniare l'interesse che la nostra Commissione porta alla soluzione di questi difficili ed intricati problemi.

P R E S I D E N T E . Ringraziando il senatore Perrino per il suo intervento e per il contributo che ha portato nella discussione,

non posso che suggerirgli di concretizzare i concetti da lui esposti in un ordine del giorno da presentare nella sede più opportuna.

C A S S I N I. Anche io do atto al collega Ferroni della sua pregevole ed encomiabile relazione. Giustamente egli ha osservato che il problema della sanità pubblica non è soltanto di solidarietà umana, ma un problema sociale ed economico, in quanto si riflette su tutta l'economia e la e la produttività del Paese. E del pari bene ha fatto anche il senatore Bonadies a dire che la discussione del bilancio consente di affrontare un po' tutti i problemi; ne abbiamo infatti avuto una dimostrazione questa mattina ascoltando molte osservazioni assai opportune su diversi argomenti.

Io mi limiterò, nel mio intervento, a qualche aspetto, a qualche problema particolare. Ma anzitutto vorrei associarmi — e mi spiace che non sia ora qui il collega Bonadies — a quanto ha detto il senatore Samek Lodovici circa l'obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica. L'affidarsi soltanto ad una attiva propaganda in favore di tale vaccinazione sarebbe cosa sterile e non servirebbe a nulla. Del resto, mi sembra anacronistico infirmare il concetto della sua obbligatorietà quando in genere quasi tutte le vaccinazioni dovranno essere estese e rese obbligatorie e quando da decenni esiste la obbligatorietà per la vaccinazione antivaio-losa. Certo, se la vaccinazione non fosse stata così estesa e resa obbligatoria, non si sarebbe giunti al risultato al quale siamo pervenuti, per cui i casi di poliomielite sono scesi da circa 3.000 a poco più di 100. Su questo concetto della obbligatorietà non dovrebbero quindi esserci dubbi.

Prima di entrare nel merito degli argomenti che a me interessa trattare in modo particolare, vorrei fare un'altra osservazione rivolgendomi cordialmente al senatore D'Errico. Non si può conciliare il compiacimento per la maggiore sensibilizzazione dell'opinione pubblica di fronte a tutti i problemi sanitari del Paese con l'asserzione che non dovrebbero essere rese note e pubblica-

te certe particolari situazioni che a volte si verificano nel Paese.

Noi vediamo che i giornali sono pieni di notizie di fatti, di « fattacci », di infrazioni al vivere civile e al vivere sociale, di reati. Tutti questi avvenimenti sono largamente riportati dalla stampa. Sarebbe assolutamente contrario ai principi di democrazia, che il senatore D'Errico condivide, come io e tutti condividiamo, volere occultare determinate situazioni.

Non si deve dare ai fatti che avvengono, — nè penso che il Ministro o gli organi del Ministero abbiano ciò voluto — un carattere scandalistico; sono i giornalisti che lo fanno metodicamente, sistematicamente, su tutti i problemi, su tutte le notizie. Anche io re-primino che la stampa d'informazione si comporti spesso in questo modo, ma non dobbiamo preoccuparcene eccessivamente.

Del resto, noi sappiamo che oggi vengono date notizie scandalistiche su tutto, anche sull'attività del Parlamento: non passa settimana che non si dica che il Parlamento non funziona, che l'Aula è spesso deserta.

Perchè non si dovrebbe far sapere, ad esempio, che un bambino, operato di appendicite è morto di emorragia il giorno dopo l'operazione, e che, in quella disgraziata circostanza nella casa di cura o nell'ospedale non vi era nessun medico? Non si operi, se non si può poi provvedere a tutti gli obblighi, a tutti i doveri che si hanno verso l'ammalato! Il senatore D'Errico, che è un valente chirurgo, m'insegna che bisogna, in certe situazioni, essere in condizione di poter provvedere a qualunque evenienza; dove ci sono deficienze bisogna provvedere di conseguenza, dove ci sono carenze bisogna eliminarle, dove ci sono reati bisogna provvedere in conformità della legge.

Ora, anche per il fatto di essere stato relatore di provvedimenti concernenti gli ospedali, vorrei intrattenermi un po' sulla situazione ospedaliera.

Ho ascoltato quanto ha detto il senatore Perrino circa le spese farmaceutiche che vanno sempre aumentando. Io, che mi sono trovato per lunghi anni a contatto diretto con pazienti di tutte le categorie e di tutte le classi sociali, di ogni livello intellettuale, mi

son convinto che è necessario instaurare una compartecipazione degli assistiti alle spese relative alla somministrazione dei medicinali da parte degli Enti mutualistici.

Spesso gli assistiti rinfacciano al medico curante la prescrizione di medicinali a basso costo e fanno dei confronti con prescrizioni particolarmente costose fatte da altri medici.

È questa anche una delle ragioni della concorrenza fra medici, che indirettamente favorisce la pluriprescrizione.

Questa compartecipazione del mutuato potrebbe sanare o migliorare la situazione economica degli enti alleviando anche il lavoro pesante, pletorico che grava oggi sul medico.

SAMEK LODOVICI. Ma gli industriali sarebbero d'accordo?

CASSINI. Non sono gli industriali che si oppongono alla compartecipazione; ma piuttosto i sindacati, che estendono la loro protezione senza limiti agli iscritti alle Casse mutue. Comunque sono d'accordo con voi che bisogna anche limitare i profitti degli industriali.

Se la proposta del senatore Perrino, contenuta nel suo disegno di legge, si potesse realizzare non soltanto nell'attuale momento, ma anche in avvenire, abolendo la riduzione del 17 per cento prescritta per gli Enti assistenziali, e diminuendo il prezzo di tutti i medicinali per tutta la popolazione corrispondentemente, si potrebbe realizzare una reale economia.

Vi è poi l'altro problema prospettato dal senatore Perrino, concernente lo stipendio dei medici ospedalieri. Certo è che, sia che si tratti di amministrazioni comunali o provinciali o regionali o indipendenti o autonome od altre, si lavora in una situazione difficile. È un problema che potrà e dovrà essere affrontato e risolto — io credo — quando esamineremo la riforma ospedaliera.

Di massima posso dire che anche io sono favorevole ad un aumento dello stipendio dei medici ospedalieri i quali dovrebbero beneficiare di una aggiunta da ricavare dai compensi forfettari, in maniera da poter raggiungere uno stipendio decoroso, e un

trattamento pensionistico adeguato. Ma anche questo è un problema da discutere in sede di riforma ospedaliera. A mio avviso, ritengo che tale riforma porterà un vantaggio reale, autentico; non si tratterà soltanto, cioè, di un cambiamento di amministrazione, di un cambiamento esteriore. Io non so tra quanto tempo — questa è un'altra questione — vi sarà un sostanziale mutamento: innanzitutto si avrà una equa distribuzione, su tutto il territorio nazionale, di un sufficiente numero di ospedali e di posti-letto. Ciò consentirà a tutti i cittadini italiani, di usufruire in eguale misura e forma dell'assistenza ospedaliera. Dotare gli ospedali di adeguate strutture sanitarie comporta la possibilità, per coloro che fruiscono dell'assistenza ospedaliera, di giovare di tutte le strutture secondarie e di tutti i rimedi più moderni; pone in altri termini tutti i cittadini su di un piano di perfetta uguaglianza. Anche il coordinamento tra direzione regionale e nazionale porterà i suoi frutti. Ritengo che senz'altro la legge ospedaliera — e ci auguriamo che giunga presto al nostro ramo del Parlamento, così da poter affrontare tutti questi problemi — possa portare dei reali vantaggi.

Però, anche quando l'avremo approvata — ed io mi auguro che possa divenire operante nel corso di questa legislatura — rimarrà pur sempre una grande lacuna. È vero che tutti gli enti mutualistici consentono l'assistenza ospedaliera, per cui sulla carta esiste un numero di assistiti eguale agli iscritti agli stessi Enti. Voi tutti saprete, però, che vi sono delle difformità nella erogazione dell'assistenza ospedaliera, difformità che bisogna eliminare. Vi sono inoltre dei limiti, dei termini (i famosi 180 giorni di assistenza); vi sono le differenze di trattamento fra assicurato e assicurato, tra assicurato e familiari e vi sono anche diversità nell'assistenza da parte dei vari Enti.

Praticamente, che cosa accadrà per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, migliorata e perfezionata con l'applicazione della riforma ospedaliera? Avverrà che una parte limitata di queste persone, teoricamente assicurate, resteranno ancora prive parzialmente almeno di assistenza a causa dei li-

miti e dei termini già accennati. E allora, come voi avete detto, come ha detto anche l'onorevole Ministro ed il senatore Ferroni, se noi non affronteremo il problema della riforma sanitaria mutualistica, non potremo dire di aver realizzato qualcosa di sostanziale, qualcosa che sia realmente apprezzabile dalla popolazione italiana. Noi dovremo, presto o tardi, affrontare il problema mutualistico in pieno; oggi però dovremmo almeno impostarlo.

SAMEK LODOVICI. Dobbiamo affrontarlo prima o dopo la riforma ospedaliera, oppure contemporaneamente?

CASSINI. Le rispondo subito, senatore Samek Lodovici. Il problema della riforma ospedaliera è già all'esame del Parlamento...

PRESDENTE. Infatti, il Ministro della sanità si scusa per la sua assenza di oggi perchè ha dovuto essere presente alla Camera dei deputati dove quel provvedimento si trova in fase avanzata di esame, mi pare all'articolo 40.

CASSINI. La Camera è dunque piuttosto avanti nell'esame. Allora, come possiamo noi fermare o arenare la riforma ospedaliera sostenendo che adesso dobbiamo affrontare un altro problema più grave, più serio, più importante, cioè la riforma mutualistica, la quale imporrà di scegliere una linea direttiva, che potrebbe essere quella che il senatore Perrino ha teoricamente abbozzato, basata sul sistema assicurativo? Vogliamo noi realizzare invece il sistema della sicurezza sociale totale come l'Inghilterra? Tutti questi problemi, sui quali non si è ancora pronunciato il Consiglio dei ministri, dovranno nondimeno essere presi in considerazione.

Noi abbiamo ora una riforma già all'esame di un ramo del Parlamento, che non possiamo fermare. Comprendo che siamo ormai prossimi alla fine della legislatura, per cui probabilmente non riusciremo a risolvere il problema della riforma mutualistica. Però, come ha detto il collega Samek Lodovici,

potremo se non altro impostarlo con precisione ed esattezza.

Esiste già sulla stessa materia un disegno di legge di iniziativa dei colleghi comunisti che ci precedono spesso, bisogna riconoscerlo. Ebbene, io mi associo a quanto è stato detto non solo, mi pare, dal senatore Samek Lodovici, ma anche da altri colleghi, sulla necessità cioè che venga presentato un disegno di legge sulla riforma sanitaria subito dopo la riforma ospedaliera che sta per essere varata. Ed io sarei felice di appoggiare anche un provvedimento di iniziativa governativa a questo riguardo, che comunque dovrà essere impostato con serietà. Nel frattempo, però, sempre riferendomi alla lacuna cui ho accennato, credo che si potrebbe ottenere l'intervento dello Stato attraverso qualche disposizione o legge transitoria di rapida attuazione, al fine di assicurare per lo meno l'assistenza ospedaliera a tutta la popolazione italiana iscritta attualmente agli enti mutualistici: a tutti, indipendentemente da termini e da limiti. Questo si potrebbe fare. Tenete presente pure, onorevoli colleghi, un altro inconveniente che sussiste spesso, quello relativo ai conflitti di competenza, quando si tratta di stabilire a chi spetta il risarcimento delle spese ospedaliere.

Vi è il problema che è stato trattato dal senatore D'Errico, su cui ho il dovere di intervenire; sono stato infatti relatore della legge 10 marzo 1964, n. 336, riguardante le norme per lo stato giuridico degli ospedalieri, e del disegno di legge che stabilisce le norme transitorie per i concorsi per il personale sanitario ospedaliero.

Mi compiaccio con l'onorevole Ministro — che però oggi non è presente — che è riuscito a disincagliare questo disegno di legge e a scongiurare propositi di insabbiamento, se tali propositi esistevano, io non lo so e non voglio affermarlo. Comunque il disegno di legge proseguirà il suo *iter*, ed io, a riguardo, sono sempre ottimista, perchè sono perfettamente convinto che le buone cause, presto o tardi, finiscono per trionfare.

Ed ora entriamo proprio nel merito delle buone cause. Il collega D'Errico, che ha

una competenza particolare per quanto riguarda i sanitari ospedalieri, ha fatto delle osservazioni che a me sono sembrate un ritorno al suo punto di vista originario. Mi riferisco alla questione della stabilità degli ospedalieri. È stato accennato ad un articolo della Costituzione che infirmerebbe quanto noi abbiamo deliberato circa le norme transitorie per il personale sanitario ospedaliero; si tratterebbe dell'articolo 97 della Costituzione dove, al terzo comma, si dice che agli impieghi pubblici si accede mediante concorsi pubblici, salvo i casi previsti dalla legge (ed io aggiungo: dalla legge *condita* o *condenda*).

Ma dobbiamo ricordare anche l'articolo 35 della Costituzione, il quale dice che la Repubblica tutela il lavoro in tutte le sue forme ed applicazioni e che inoltre, al terzo comma, precisa che essa promuove e favorisce tutti gli accordi intesi ad affermare e a regolare i diritti del lavoro. E non è forse un diritto del lavoro quello della stabilità e di uno stato giuridico? E se questo principio vale per una categoria di lavoratori, perchè non deve valere per quella dei medici ospedalieri?

FERRONI, *relatore*. Contrasta con il diritto al lavoro dei cattedratici!

CASSINI. Questa, onorevole collega, è una affermazione che non vorrei raccogliere. Però è vero che questo particolare problema noi non l'abbiamo affrontato in Commissione, e che avremmo potuto affrontarlo e risolverlo.

Dicevo che il diritto dei medici ospedalieri non può essere contestato. E se ci richiamiamo alla Costituzione, perchè non ci richiamiamo alle leggi vigenti dal 1934 ad oggi, che stabiliscono che i medici ospedalieri devono essere immessi in una pianta organica, che questa deve essere costantemente aggiornata e che devono essere banditi i concorsi? Perchè i medici ospedalieri devono essere i capri espiatori di questa infrazione alla legge ed anche alla Costituzione?

D'ERRICO. Senatore Cassini, mi permetta una breve interruzione. Il motivo

di incostituzionalità non l'ho sollevato io, ma vi accennò il Ministro in una delle ultime sedute. Io ho detto che sarebbe interesse pubblico che il posto libero spettasse al migliore; è ovvio che questo è nell'interesse generale. Questo è quanto io ho detto e che può essere confermato dal resoconto stenografico.

Io ho collaborato, nella Sottocommissione, con il senatore Cassini ed altri colleghi; ma devo dire che, a mio avviso, noi non dobbiamo favorire quei medici che, ad esempio, hanno l'incarico solo da un anno. Qui si vuol fare una sanatoria generale ai danni delle nuove leve che hanno diritto ad un posto di lavoro, diritto riconosciuto dalla Costituzione.

CASSINI. Rispondo alla sua interruzione, senatore D'Errico, facendo anzitutto una precisazione. Riconosco che l'accenno del senatore D'Errico alla Costituzione è stato vago, ed io gliene do atto; e che è stato fatto proprio perchè il Ministro aveva sollevato la questione. Io credo di avere intuito il motivo per cui questa legge, in un determinato momento, non procedeva.

Proprio perchè c'è stato questo accenno e questo appello alla Costituzione, ho esaminato quali articoli potevano essere richiamati ed ho trovato appunto l'articolo 97 che ho già citato e su cui si basano coloro che sono contrari ai provvedimenti di sanatoria per gli ospedalieri. L'articolo 35 però dice qualcosa di più, ed esaurisce la questione in favore della sanatoria.

Ma vorrei fare un'altra precisazione al senatore D'Errico il quale sostiene che noi con la sanatoria in questione rechiamo un danno alle leve future. Ebbene, io mi domando se in tutti gli altri concorsi, per tutte le altre categorie, ci si preoccupa di coloro che verranno dopo. Forse che il diritto di costoro è prevalente rispetto a quello di chi ha subito danni ed è stato frustrato nei propri diritti?

Io accetto in pieno il principio che il posto debba spettare al migliore; non lo discuto. Ma, di fronte alle infrazioni alle leggi e ai regolamenti, la sanatoria è profondamente morale, assolutamente costituzionale e conforme alle leggi vigenti. È un dovere

che hanno il Parlamento ed il Governo, verso questi sanitari che sono stati lesi nel loro diritto. Sono loro che hanno subito le conseguenze di questa situazione abnorme. Ritengo che l'argomento possa essere considerato esaurito per il momento; ne ripareremo eventualmente in sede più opportuna.

Non condivido l'altra affermazione — lasciatemelo dire — secondo cui per un assistente di 60-65 anni dover compilare delle cartelle ospedaliere sia una umiliazione. Tutto quello che fa un medico, sia dipendente, sia autonomo, fino dal primo giorno della sua attività professionale, è altrettanto dignitoso ed ha la stessa importanza di quello che farà l'ultimo giorno della sua carriera. La cartella clinica, poi, è il documento più importante, nel servizio ospedaliero, dopo le prestazioni specifiche, gli interventi del primario e le pratiche terapeutiche.

I medici neolaureati, che, secondo la riforma ospedaliera, faranno un anno di internato negli ospedali potranno occuparsi di queste cartelle; ma io penso che se le compilasse un medico di 60 o 65 anni sarebbero certamente meglio redatte.

Noi possiamo avere sanitari ospedalieri di valore anche se mantengono sempre la posizione di assistente. Se ogni primario può avere due o più aiuti, e se per ogni aiuto devono esserci due assistenti, come si può pensare che tutti gli assistenti abbiano la possibilità di arrivare al grado di primario o anche di aiuto? Io ritengo che un assistente che rimanga in ospedale fino a 65 anni possa avere una tale competenza, una tale esperienza da poter stare decorosamente e dignitosamente vicino anche ad un primario di quarant'anni. E con questo non voglio offendere o sminuire nessuno; noi abbiamo sempre avuto una grande deferenza ed un grande rispetto per coloro che hanno raggiunto i più alti livelli professionali in campo medico. Sono stato anche io per qualche tempo assistente universitario in clinica medica e ricordo che avevo una grande deferenza, un grande rispetto ed anche un grande affetto — sentimenti che rimangono per tutta la vita — per i nostri grandi Maestri. Ma cerchiamo di essere giusti con tutti e principalmente con i più umili.

SAMEK LODOVICI. Se mi permette, senatore Cassini, poichè ero presente alla Camera quando è stato esaminato il famoso disegno di legge relativo alle norme transitorie per i concorsi ospedalieri, di cui lei è stato sagace relatore, desidero precisare che la violazione lamentata del dettato costituzionale si riferisce unicamente al fatto che, in base alla Costituzione, i posti pubblici vengono acquisiti con pubblico concorso. Tale norma effettivamente è stata, e giustamente, rammentata dal ministro Mariotti. Le norme transitorie da noi approvate tendono a sanare una eccezionale situazione e hanno una loro giustificazione; ma certo non contemplano la necessità del pubblico concorso.

CASSINI. Allora dovrei tornare un attimo indietro. È vero che l'articolo 97 della Costituzione stabilisce che ai pubblici impieghi si accede mediante pubblico concorso, però, salvo i casi previsti dalla legge: dalla legge *condita* e *condenda*, ripeto. E con ciò credo di averle risposto esaurientemente, in quanto questo principio non è assolutamente tassativo. Poi ho anche detto, e non mi voglio ripetere, che vi è il principio stabilito dall'articolo 35. Inoltre se i concorsi fossero stati espletati nei tempi prescritti e se le piante organiche dei medici ospedalieri fossero state sempre aggiornate, il pubblico concorso avrebbe potuto essere osservato.

SAMEK LODOVICI. Comunque, siccome la legge ritornerà in Senato, credo che questa disquisizione sia stata utile.

CASSINI. Ancora una osservazione relativamente ai tumori. Il collega D'Errico ha detto che si spende poco per la lotta contro i tumori; ed ha aggiunto che, proporzionalmente, si spende meno per i tumori che per certe altre malattie. Ha detto una cosa giusta. Infatti la mortalità per tumori oggi, in Italia, è al secondo posto nelle statistiche. E siccome — ripeto ciò che è stato detto dal collega D'Errico — oggi la terapia dei tumori è quasi unicamente ed esclusivamente fondata sulla diagnosi precoce, la tutela della sanità pubblica, in questo campo, dovreb-

BILANCIO DELLO STATO 1967

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)

be mirare principalmente a far sì che tutta la popolazione italiana potesse essere sottoposta a visita appunto per prevenire il male. Anche io, pertanto, condivido pienamente la richiesta del senatore D'Errico di destinare a questo settore di assistenza una somma superiore.

P E R R I N O e bisognerebbe anche unificare le varie iniziative in questo settore assistenziale.

C A S S I N I . A questo proposito, dal momento che sono stato estensore della relazione della Corte dei conti sulla gestione finanziaria della Lega contro i tumori, permettetemi di dire qualcosa che già ho detto, ma che forse è sfuggita a taluni Commissari e sarà bene ripetere.

Lo Stato interveniva, anni fa, a favore della Lega con un sussidio di 40 milioni; oggi interviene con una somma di 400 milioni. L'aumento, però, è stato determinato dal fatto che è stata soppressa l'altra fonte di introiti, fondata sul vecchio sistema caritativo della raccolta di una giornata all'anno e dei sovrapprezzi per il lunedì dopo Pasqua.

Orbene, di questi 400 milioni stanziati, il 20 per cento non è stato utilizzato. Il Commissario dice che nel capitolo dell'assistenza alle famiglie povere degli ammalati di tumori si sono fatte delle economie. Vuol quindi dire che non ci sono state delle richieste o che non sono state accolte.

Abbiamo dunque una inutilizzazione di fondi. Ebbene, io chiedo come può il Ministro proporre di destinare uno stanziamento maggiore, se non sono stati neppure utilizzati tutti i fondi a disposizione? Questo per quanto concerne la Lega contro i tumori. Comunque affermo che il Ministro non ha alcuna responsabilità; bisogna effettivamente diffondere ed aumentare questi Centri: su questo noi concordiamo pienamente. E il Ministro sa che in questo campo occorre favorire, destinare di più, rendere possibile una diagnosi precoce, il che comporta la necessità di una attiva e vasta propaganda, affinché la gente vada a farsi visitare: solo così possono essere salvate molte vite umane.

L O M B A R I . Si tratta di due cose ben diverse.

Una cosa è l'istituzione e la funzione della Lega contro i tumori; altra cosa è quanto ha osservato il senatore D'Errico circa la diagnosi precoce e la terapia.

C A S S I N I . Senatore Lombari, lei fa una interruzione pertinente ed io l'accetto; ma il senatore D'Errico ha detto che per i tumori si spende poco, ed è a questo che io ho voluto riferirmi.

Vorrei ora fare un'altra osservazione, che forse non farà piacere a coloro che vivono a Napoli, ma io desidero parlare con sincerità.

Io ho colto la frase: « si spende poco per i tumori », forse non nel significato che aveva voluto darle il senatore D'Errico, come è stato ben puntualizzato dal senatore Lombari.

Però il senatore D'Errico certamente ricorderà che a Napoli è stato dato un miliardo per la cura del cancro a favore del « Pascale » per la costruzione di un ospedale, anche se tale somma non è stata ancora utilizzata.

D ' E R R I C O . Senatore Cassini, ho già detto la volta scorsa che quel miliardo è stato dato per la costruzione del nuovo Istituto « Fondazione Pascale », e ho detto che se ancora esso non è stato impiegato, la colpa non è di nessuno tranne che della burocrazia, la quale ha creato tali impedimenti che a tutt'oggi non si è potuta ancora porre la prima pietra.

C A S S I N I . Ho preso atto di questo e non lo contesto.

D ' E R R I C O . E tengo a precisare che non ho chiesto un aumento di fondi per la Lega contro i tumori; tutt'altro, lungi da me questa idea. Su questo punto sono sulla linea del Ministro il quale dice che la Lega contro i tumori si deve occupare della propaganda, perchè questo è il suo compito essenziale, e non di aiutare o creare nuovi Centri; compito che, a mio modo di vedere, deve essere demandato al Ministero della sanità.

C A S S I N I . Per quanto concerne questo argomento le do pienamente atto, senatore D'Errico, della sua precisazione. Ma ora vorrei fare una considerazione mia personale. Ho dimenticato di dire, per quanto concerne la Lega contro i tumori, che c'è una gestione commissariale la quale senza dubbio dovrà cessare, e probabilmente è a questa che si deve attribuire tutta la situazione attuale.

A proposito del miliardo che è stato destinato alla costruzione di quell'Istituto in Napoli, di cui si parlava, io capisco il motivo della destinazione di questo miliardo, ma questo è un problema che rientra nel quadro generale della costruzione degli ospedali. Se quel miliardo fosse stato destinato, invece, alle attrezzature di tutti i centri esistenti, di tutti gli ospedali che si occupano dei tumori, se fosse stato destinato anche ad incrementare tali centri di propaganda — questa è questione tecnica, l'avevo rilevata voi che siete maggiormente competenti — se insomma quel miliardo fosse stato così speso, oggi sarebbe stato già utilizzato ed avrebbe già dato i suoi frutti. È questo che voglio rilevare, perché, a mio avviso, si tratta anche del problema di spendere meglio e tempestivamente e non solo di spendere di più.

Questo, ripeto ancora, è ciò che io intendo rilevare; non l'ho detto a suo tempo quando al Ministero della sanità c'era ancora l'onorevole Jervolino, e probabilmente non l'avrei detto oggi se non se ne fosse presentata l'occasione, in quanto non voglio muovere censure ad alcuno. Però, per mio conto, da un punto di vista personale, indipendentemente da quella che può essere l'opinione dei colleghi, io riaffermo che quel miliardo avrebbe dovuto essere già speso, ed utilizzato con notevole vantaggio nel settore assistenziale riguardante le malattie da tumori. Perciò per quanto riguarda le spese occorre, spendendo meglio, essere anche più tempestivi e più adeguati.

Detto questo, mi pare di non aver per il momento, altro da aggiungere.

D ' E R R I C O . Senatore Cassini, vorrei fare una brevissima precisazione. Ho detto

la volta scorsa che il nostro Istituto di Napoli per i tumori, costruito per 120 posti letto, ospita adesso 280 malati.

Se anche allora ci avessero dato 200 milioni per attrezzature od altro, mi sa dire il senatore Cassini cosa avremmo potuto fare, non avendo il posto per installare nuovi apparecchi?

Pertanto, la cosa cui bisogna guardare in primo luogo è la sede, poi viene l'attrezzatura.

Io ritengo che sia stato saggio quel provvedimento d'iniziativa governativa, che ha consentito lo stanziamento di un miliardo; non è colpa di nessuno se quel miliardo ancora non è stato speso, ma posso dire che dopo le festività pasquali si inizieranno i lavori ed io mi onorerò di invitare a Napoli i componenti della Commissione per visitare il vecchio ospedale ed assistere alla posa della prima pietra del nuovo.

S E L L I T T I . Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, avrei rinunciato a prendere la parola stamane, se ragioni familiari non mi impedissero di essere presente domani. Non posso essere presente perché sono chiamato questa sera nella mia città — mi fa piacere che siano presenti qui i senatori D'Errico e Lombardi — all'Istituto di patologia medica dove è agonizzante un mio nipote. Dico questo, non per inserire una nota patetica, ma per collegare questa triste circostanza al mio intervento sul bilancio della sanità; ed entro nel merito.

Anzitutto mi corre l'obbligo, e non per adempiere alle solite formalità d'uso, di ringraziare il collega Ferroni per la sua pregevolissima relazione e di congratularmi con lui proprio perché egli non è medico; il che rende tanto più ammirevole la sua competenza in materia e la passione che ha messo nello stendere la sua relazione sul bilancio della sanità. Ciò dimostra — se ve ne fosse bisogno — quanto sia sentito il problema della sanità in Italia. E dissento a questo proposito in modo assoluto con quanto ha detto il collega Samek Lodovici il quale ha voluto rivendicare ad altri Ministri il merito di avere affrontato questo problema

con coscienza, con serietà, con capacità e volontà di portarlo a soluzione.

Debbo dissentire perchè io sono medico — in particolare medico ospedaliero — e seguo i problemi della sanità da circa 20 anni, e tengo ad affermare che nessun Ministro fino ad oggi ha saputo sensibilizzare così egregiamente la materia sanitaria nel nostro Paese come il ministro Mariotti.

P E R R I N O . Ognuno a suo modo!

S E L L I T T I . Il metodo può anche differire, però ripeto che nessun Ministro, prima dell'onorevole Mariotti, ha saputo interessare l'opinione pubblica, in tutti i ceti e in tutti gli ambienti, al problema della sanità in Italia. Questo problema per i Governi precedenti era di secondaria importanza, mentre viene ora affrontato energicamente dal Governo di centro-sinistra.

P E R R I N O . Signor Presidente, io chiedo che non si facciano confronti, che sono sempre poco simpatici!

S E L L I T T I . Ho il dovere e sento la necessità di fare queste considerazioni. Anche per quanto concerne la lotta contro le poliomielite, fino a tre anni fa il problema non era sentito nel nostro Paese; è merito del Ministro della sanità l'aver oggi debellato questa piaga.

P E R R I N O . Signor Presidente, io non posso permettere che si faccia un processo al passato: è ingeneroso ed antistorico.

S E L L I T T I . Io sono convinto del dovere di attribuire a ciascuno il suo.

S A M E K L O D O V I C I . È una interpretazione assolutamente gratuita.

P R E S I D E N T E . Continui, senatore Sellitti.

S E L L I T T I . Entro dunque nel merito del bilancio per l'anno 1967. Abbiamo 87 miliardi, cioè circa 10 miliardi in più

rispetto al 1966. Se noi, però, scorriamo analiticamente le cifre, osserviamo che il contributo alla ONMI, alla Croce Rossa italiana e ad altri enti incide per una spesa complessiva di 28 miliardi; e, così di seguito, troviamo somme accantonate nei bilanci del Ministero del tesoro: per gli invalidi civili, 4 miliardi e 700 milioni; per il Centro dei tumori, 95 milioni; per le farmacie rurali, 1 miliardo e 750 milioni (contributi dati dal Ministero della sanità); per l'assistenza ai poliomiolitici (debiti contratti con le provincie), 2 miliardi; per i Consorzi provinciali tbc, 3 miliardi; per il ricovero di bambini discinetici, 200 milioni; per attrezzature ospedaliere, 10 miliardi. Su quest'ultima voce, osservo che essa merita la nostra attenzione; infatti 10 miliardi per attrezzature non sono gran cosa, ma rappresentano certamente un contributo non indifferente. Abbiamo poi, ancora, 160 milioni per rifornimento idrico, per un totale complessivo di 109 miliardi e mezzo, rispetto ai 50 miliardi del 1958.

Però, quello che maggiormente colpisce nel leggere il bilancio della sanità è che noi, in Italia, spendiamo per l'assistenza sanitaria 1.200 miliardi, vale a dire circa un sesto o un quinto della spesa globale del Paese, dai quali però soltanto 87 vengono amministrati dal Ministero della sanità. E se approfondiamo ancora quell'accurata analisi fatta dal collega Ferroni, vediamo che la somma si riduce a 30-35 miliardi, vale a dire rasenta lo 0,3-0,4 per cento della spesa globale del Paese. È una cosa ridicolmente misera, ma noi sappiamo quanti sforzi abbia fatto il Ministro della sanità, in sede di Consiglio dei ministri, per fare aumentare dal Tesoro lo stanziamento del suo Dicastero, onde poter venire incontro alle esigenze del Paese.

Pertanto, da queste cifre crude — tenuto conto dei 1.200 miliardi — si evince facilmente la necessità di unificare in un unico Ministero, quello della sanità, tutta l'attività assistenziale sanitaria italiana.

Diamo atto al ministro della sanità Mariotti di aver portato a termine leggi di grande importanza per il nostro Paese; di tali leggi alcune sono state approvate, come,

ad esempio, quella concernente l'inquinamento atmosferico, di cui è stato relatore il collega Ferroni, ed altre sono in via di approvazione da parte dei due rami del Parlamento.

Per quanto riguarda la legge di riforma ospedaliera, non mi dilungo nè scendo ai dettagli sul problema degli ospedali; altri colleghi già ne hanno parlato e ne tratteremo in altra sede, quando cioè il provvedimento arriverà al Senato.

Onorevoli colleghi, il senatore Samek Lodovici ha interrotto il senatore Cassini nel corso del suo intervento chiedendo se la riforma sanitaria dovesse avere priorità rispetto alla riforma ospedaliera o viceversa. Rispondo con molta chiarezza che la riforma ospedaliera deve avere precedenza assoluta. Non è possibile — dicono a Napoli — comperare il carretto senza avere il cavallo.

Così, non è possibile unificare i servizi sanitari ed arrivare ad una assistenza globale nel nostro Paese, se non riusciamo prima ad attuare la riforma ospedaliera, che per me costituisce il cardine principale su cui deve ruotare tutta l'assistenza sanitaria italiana. Non è infatti possibile, o meglio non è concepibile che l'assistenza ospedaliera resti su di un piano caritativo e non sul piano dell'obbligo, da parte del Paese, verso gli assistiti. Di qui la necessità che la riforma venga al più presto al nostro esame ed alla nostra approvazione. Con la legge Mancini si è fatto un primo passo verso la riforma ospedaliera, così necessaria nel nostro Paese e che permetterà di dare inizio a quella assistenza globale di cui parlavo precedentemente.

Oltre ad altri provvedimenti di una certa importanza sono state poi approvate altre leggi a carattere settoriale che, a mio modesto avviso, non hanno grande rilevanza, in quanto il Parlamento deve interessarsi piuttosto delle grandi riforme, delle grandi leggi che investono e modificano le strutture del Paese. La legislazione minore dovrebbe essere demandata all'Esecutivo, il quale può e deve — questa è la mia opinione personale — occuparsene.

Concludo il mio modesto intervento, molto breve, anche perchè il mio stato d'animo

non mi consente di parlare oltre. Desidero però, a questo punto, rivolgere un appello ai colleghi. Io sono stato partecipe purtroppo, in questi giorni, di una triste vicenda, che mi ha portato a visitare il Policlinico di Napoli, ed in particolare la clinica chirurgica e il centro di rianimazione, e devo dire che lo stato delle attrezzature è sconcertante, collocate come sono in locali sotterranei, il che è offensivo per la dignità dell'assistenza sanitaria in Italia.

L'illustre professor Cocchia mi ha gentilmente pregato di far presente queste impellenti necessità — e prego l'onorevole Sottosegretario di prestare particolare attenzione — e di guardare con occhio benevolo a questo Centro, che è l'unico Centro cui fa capo tutta l'Italia meridionale e che perciò è del tutto insufficiente a soddisfare le esigenze quotidiane dei malati provenienti dalle varie zone del Sud.

Ma c'è dell'altro: ho visto a Napoli anche la sezione nefropatica dell'Istituto di patologia medica dove vengono ricoverati, o per meglio dire, selezionati con un criterio che qui non saprei nemmeno precisare, i cosiddetti ammalati; ebbene in questa sezione diretta dal giovane e valente professor Giordano, è ricoverato un mio nipote colpito da un blocco renale di natura non precisata, non essendo stato possibile sottoporlo ad accertamento perchè l'Istituto ha in dotazione due soli reni artificiali, uno dei quali è di proprietà dello stesso professor Giordano che l'ha comprato per tre milioni, di sua tasca, per sopperire alle esigenze dei giovani bisognosi di aiuto. E proprio l'amico Giordano mi diceva poche sere fa che è costretto a respingere quotidianamente diversi malati, cosa tanto più grave dal momento che questo Centro è l'unico attrezzato in tutto il meridione. Rivolgo quindi una preghiera: è evidente che non faccio un caso personale, però è possibile che in tutto il Sud Italia esistano soltanto due reni artificiali? Si dia dunque al più presto un contributo del Ministero della sanità all'Istituto per sopperire a questa grave deficienza.

P R E S I D E N T E . Nel prendere atto dello stato d'animo del senatore Sellitti,

faccio presente che la programmazione ospedaliera soddisferà alcune esigenze primarie, come appunto quella di apparecchi del tipo da lui menzionato dei quali dovranno essere dotati i Centri in proporzione alla popolazione che ad essi fa capo.

Non facendosi osservazioni in contrario, rinvio ad altra seduta il seguito del dibattito.

La seduta termina alle ore 11,25.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 MARZO 1967

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 9,30.

Sono presenti i senatori: Alberti, Bonadies, Caroli, Cassese, Cassini, Creminini, Criscuoli, D'Errico, Di Grazia, Ferroni, Lombardi, Minella Molinari Angiola, Orlandi, Perrino, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti, Sellitti, Simonucci, Zanardi e Zonca.

Interviene il Sottosegretario di Stato per la sanità Volpe.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967

— Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (Tabella 19)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Continuiamo l'esame dello stato di previsione.

C A S S E S E . Sarò breve, perchè non debbo spendere molte parole per rappresentare il punto di vista del mio Gruppo; il punto di vista dell'opposizione è ben conosciuto, e nel Parlamento e nel Paese. Perchè...

C A S S I N I . Perchè è sistematico?

C A S S E S E . Perchè noi siamo per le riforme e il Centro-sinistra non lo è, per lo meno fin oad oggi; perchè il Centro-sinistra non ha realizzato quelle che sono le antiche aspettative del popolo italiano.

D I G R A Z I A . Stiamo riformando il sistema di vita familiare e lei dice che non si fanno riforme!

C A S S E S E . Io parlo della salute pubblica. Ma anche negli altri campi non si eccede nella buona volontà di mettere mano alle riforme. Il senatore Samek Lodovici, nel suo intervento sul bilancio, ha dichiarato che prima si è seminato ed oggi si raccoglie. Cioè che la Democrazia cristiana praticamente, nel campo della sanità, ha seminato abbondantemente nel passato ed oggi quel che si raccoglie non può essere attribuito da parte dei socialisti a solo loro merito.

Una contraddizione evidente, però, esiste tra quanto è scritto nel piano quinquennale di sviluppo al capitolo VII e ciò che è stato seminato e... realizzato fino ad oggi nel campo sanitario. Nè l'avvenire ci fa sperare in meglio, in quanto già l'espressione usata in questa sede dal nostro autorevole collega Samek Lodovici di « affrettarsi lentamente », di non precipitarsi, come se la legislatura dovesse finire tra un secolo e non fossimo alla vigilia della chiusura di un quinquennio di attività, dice quanto spirito innovatore è nella Democrazia cristiana. Pertanto, quando il Parlamento, come oggi, trae le conclusioni del suo lavoro, si accorge che il conto non torna, che ai proponenti iniziali del Centro-sinistra non sono seguiti fatti idonei a sanare nel campo sanitario una situazione che è diventata veramente esplosiva, che è prevalsa la volontà moderata del Centro-sinistra di non muovere niente in campo sanitario. Noi troviamo l'eco del disagio di quei riformatori che fanno parte della compagine di Centro-sinistra nella relazione del senatore Ferroni (è assente e mi dispiace) in quel punto nel quale è detto: « se saremo animati da sincera volontà di rinnovamento, sapremo trovare la giusta sintesi in provvedimenti le-

gislativi, sui quali saremo chiamati a brevissima scadenza a decidere ».

Il senatore Ferroni, con la sua relazione, cerca di darsi coraggio, di non offendere gli alleati, aprendo il cuore alla speranza che si potrà fare in un anno quanto non si è voluto fare in quattro; nello stesso tempo cerca di non menomare il prestigio che si è guadagnato il ministro Mariotti in campo parlamentare ed in campo nazionale come riformatore, anche se sfortunato, per gli ostacoli tenacemente frapposti al suo operare dai suoi alleati di Governo. Quindi, pur riconoscendo, il nostro relatore, che si è fatto poco, che non si è inciso nella ormai superata organizzazione sanitaria della Nazione, bisognosa di un rimaneggiamento totale, pur riconoscendo, dicevo, questo dato di fatto, cerca di fare buon viso a cattivo gioco e si dichiara soddisfatto almeno perchè al Ministero della sanità c'è il senatore Mariotti, animato da buonissimi propositi. Indubbiamente al senatore Mariotti va il merito di avere contribuito a porre all'ordine del giorno della Nazione la riforma della nostra organizzazione sanitaria, richiamando l'attenzione della gran massa degli interessati ai grossi problemi che riguardano la difesa della salute. Ma la riforma della nostra organizzazione sanitaria non è rimandabile a tempi migliori.

L'assistenza sanitaria, così come è oggi, è una assistenza che tutti riconosciamo essere sull'orlo del fallimento, perchè imperniata su un sistema antico, ormai superato. Già dal 1965 i propositi innovatori del Centro-sinistra li troviamo iscritti nel capitolo VII del nostro piano quinquennale di sviluppo, e in questo capitolo VII si parlava, da parte della maggioranza, di un sistema di sicurezza sociale, e si lasciava intravedere quello che dovrebbe essere il sistema sanitario nazionale articolato a livello dei Comuni, delle Province e delle Regioni, come servizio per tutti i cittadini, sotto la direzione del Ministero della sanità. Dal 1965 ad oggi è passato diverso tempo e la maggioranza governativa non ha assolutamente intrapreso nessun provvedimento che lasciasse sperare in una riforma. Il sistema fa acqua; le mutue, che monopolizzano l'assistenza dei

cittadini italiani, stanno sull'orlo del fallimento; i bilanci delle mutue maggiori sono deficitari; il Governo, invece di intraprendere le riforme cerca di tamponare questo *deficit* con provvedimenti parziali, che sono stati esaminati da noi tempo fa: 25 miliardi alla Coltivatori diretti e 25 miliardi all'INAM, assolutamente insufficienti a fronteggiare anche i soli paurosi *deficit* accumulati in questi anni dai due grossi istituti mutualistici.

Che le cose vadano male, ne siamo convinti non solo noi, che in molte occasioni abbiamo avuto modo di dichiararlo e di ribadirlo, ma anche l'opinione pubblica, che è fatta di cittadini bisognosi di assistenza, di medici, di farmacisti; vi sono stati scioperi dei medici, dei farmacisti; ascoltiamo quotidianamente lamentele da parte degli assistiti degli Enti mutualistici: questi mal sopportano la confusione, la farraginosità del sistema, la burocratizzazione delle pratiche riguardanti la salute dei cittadini, col conseguente decadimento dell'atto medico. Sappiamo che a creare questa grave crisi è la politica governativa, la politica di centro-sinistra, la quale è intesa sempre a favorire il massimo profitto privato, anche se questo, per altro verso, nel campo sanitario porta come contropartita a danni gravissimi nel campo economico. Inoltre, questa corsa che il Centro-sinistra ha fatto per favorire i grandi interessi monopolistici ha ridotto l'occupazione e di conseguenza anche le entrate degli enti mutualistici. C'è il blocco salariale e, quindi, anche il blocco degli oneri fiscali; c'è l'evasione in grande stile, da parte dei padroni, dal pagamento degli oneri fiscali. Il sistema in sè tanto costoso non assicura neanche a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria, perchè lascia scoperti 10 milioni di cittadini italiani e perchè è basato sul sistema assicurativo e non su un sistema finanziato dal contributo proporzionale di ogni italiano, ed erogatore di prestazioni uguali per tutti. Noi comunisti su questo terreno abbiamo fatto uno sforzo notevole, presentando un disegno di legge sul servizio sanitario nazionale. Ma il disegno di legge degli oppositori del Governo non si discute, perchè la maggioranza governativa, anche se

impegnata dalla Costituzione e da quanto scritto nel piano Pieraccini, non è disposta a porre in discussione cose che potrebbero dispiacere alla classe dominante.

E qui noi abbiamo da lamentare ancora una volta il trattamento che viene riservato al Parlamento dal Governo, il quale impone la sua volontà non democraticamente sconfiggendo le richieste delle minoranze, ma imponendo ai parlamentari della stessa maggioranza decisioni prese in altra sede da gruppi ristretti di uomini. Questo metodo lo usa da tempo, con grande capacità, l'onorevole Moro. Su problemi delicati, sui quali non esiste una maggioranza parlamentare, l'onorevole Moro, con la richiesta della fiducia, impone alla propria maggioranza la sua volontà. Nell'esaminare il bilancio della sanità, abbiamo il dovere, appunto, di denunciare la politica, i metodi di questo Governo, che sono di remora al progredire del Paese e di offesa alla libertà del Parlamento. La buona volontà del ministro Mariotti e del sottosegretario Volpe non contano niente. La politica generale del Governo in molte occasioni ha coartato perfino la volontà del Ministro e del Sottosegretario. Potrei citare qui, al Senato, il provvedimento che riguarda gli odontotecnici. Sul famoso articolo 13 s'era raccolta la volontà della maggioranza della Commissione e, in Aula, la volontà anche del Ministro. Quella volontà fu sopraffatta dalla volontà della parte moderata del Governo di non fare di quella legge una legge innovatrice, che migliorasse l'assistenza odontoiatrica, ma una legge che semmai peggiorava la situazione che già lamentavano gli odontotecnici, e ciò per salvaguardare antichi privilegi. Potrei citare la sopraffazione che i dirigenti del Ministero della sanità hanno subito allorquando si è trattato di approvare nel Consiglio dei ministri la legge ospedaliera; la sopraffazione consumata allorquando la Camera iniziò la discussione del disegno di legge per l'assunzione degli interini ospedalieri. Cioè, noi vediamo che praticamente la parte più moderata del Governo, rappresentata dalla destra della Democrazia cristiana, blocca anche la volontà riformatrice, che esiste pure in lodevoli componenti del Governo, e fa

stagnare la nostra vita politica, suscita risentimenti contro il Parlamento...

D I G R A Z I A . Perchè dice la destra e non dice la Massoneria universitaria!

C A S S E S E . Io non conosco il vero motivo; non so se questo è il vero motivo perchè non sono in condizione di dimostrarlo! Abbiamo sentito dire che ci sono state interferenze da parte degli universitari; e ci hanno detto che i cattedratici hanno voluto difendere loro determinate posizioni di privilegio; però sta di fatto che il Governo non ha voluto fare un passo avanti per sistemare i quadri medici al fine di migliorare la nostra organizzazione ospedaliera, perchè fondamentalmente i nostri ospedali sono centri di potere politico.

Nel piano di programmazione quinquennale indubbiamente non è detto che da un momento all'altro si sarebbe dovuto creare un servizio sanitario nazionale, cioè un sistema unico di organizzazione sanitaria. Nel piano quinquennale è scritto che si sarebbero dovuti avviare, dal 1965 ad oggi, numerosi provvedimenti, i quali, poi, in conclusione, avrebbero dovuto dare la possibilità ai cittadini italiani di potersi servire di questo servizio sanitario nazionale. Si parla, infatti, nel capitolo VII, di unificazione degli enti mutualistici, primo passo verso la creazione di un sistema nuovo di assistenza sanitaria. Noi sappiamo che su questo terreno non è stato fatto assolutamente niente. Ci sono state polemiche tra il Ministro della sanità e il Ministro del lavoro, polemiche le quali mal nascondono la volontà di qualche Ministro di conservare per sé e per altri burocrati alcuni centri di potere: infatti unificare le mutue significa togliere a determinati grossi funzionari, oltre che laute prebende, anche determinati poteri, che, poi, vengono usati al momento opportuno in determinate direzioni politiche. Abolire le mutue e creare un servizio sanitario nazionale significa affidare ai Comuni, alle Provincie ed alle Regioni la gestione democratica del servizio stesso.

La riforma tributaria, che pure figura nel piano quinquennale di sviluppo, non è an-

cora arrivata; si dice che tra giorni arriverà e che forse, nella prossima legislatura, sarà attuata. Questa riforma deve permettere di reperire la fonte di finanziamento del servizio sanitario nazionale. Il rinvio di questi provvedimenti manifesta la volontà del Governo di non tenere fede neanche al piano di sviluppo economico.

Ma il problema che non ci permette di fare passi avanti anche sul terreno della medicina preventiva è il mantenimento del sistema attuale di assicurazione contro il rischio di malattia. Per la medicina scolastica il Governo ha manifestato ampiamente la sua volontà di dispersione dei mezzi a disposizione. Il programma quinquennale di finanziamento del piano Gui ha previsto molti miliardi di lire per l'assistenza scolastica, ignorando l'esistenza della legge del 1961, la quale demandava ai Comuni l'organizzazione della medicina scolastica. Questo Governo ha destinato le somme ai patronati scolastici, alle autorità scolastiche in genere e non ai Comuni ed alle Provincie, i quali trovano grandi difficoltà ad organizzare questo settore.

Noi non vediamo neanche l'unitarietà degli attuali sforzi governativi per quanto riguarda il cambiamento degli antichi indirizzi; vediamo, cioè, che il Governo persiste nel creare confusione nel campo dell'assistenza sanitaria, nel disperdere i mezzi, nel creare molti centri erogatori, senza sforzarsi di seguire un indirizzo unitario e rinnovatore rispondente alle esigenze del Paese, ed anche molto più economico.

S A M E K L O D O V I C I . È una necessità che ci siano molti centri erogatori dell'assistenza, anche se questa deve essere data con concetti unitari.

C A S S E S E . I Comuni d'Italia hanno, con la legge del 1961, l'obbligo di promuovere la medicina scolastica, ma soldi ne ricevono pochissimi. Ricevono contributi solo per l'istituzione di ambulatori ed attrezzature sanitarie. Finanziare i patronati scolastici con decine di miliardi, senza neanche affidare ai Comuni l'opera di coordinamento nel settore, vuol dire aumentare la confusione.

Ma il fallimento della nostra assistenza sanitaria è prodotto non solo dalla confusione che esiste nel campo mutualistico, nella frammentarietà degli interventi, ma dai numerosi enti, i quali provvedono all'assistenza dei cittadini, e soprattutto dalla grossa incidenza della spesa farmaceutica. La spesa farmaceutica è passata, dal 1960 ad oggi, da 125 miliardi a 283 miliardi di lire. Noi abbiamo già sentito lamentare da tante parti che esistono molte specialità medicinali, molte specialità similari; sappiamo che il 90 per cento dei medicinali di base sono prodotti da 21 industrie su 1309 aziende interessate al settore. Abbiamo visto per molte medicine che la materia prima corrisponde all'uno, due per cento del prezzo finale. Abbiamo saputo come buona parte della spesa delle aziende farmaceutiche è investita per esempio nelle spese per la propaganda. Abbiamo delle cifre che sono venuti fuori dall'*antitrust*: 18 milioni di opuscoli di propaganda distribuiti nel 1963 e 18 milioni di visite propagandistiche sono state fatte ai medici. Il 45 per cento del prezzo di vendita dei medicinali va ai farmacisti e ai grossisti. Una parte delle spese di distribuzione, però, sappiamo che va ugualmente a finire nelle mani degli industriali, in quanto alcuni centri di distribuzione, e i più importanti, sono di proprietà degli stessi industriali farmaceutici: in Italia 600 farmacie sono di proprietà degli industriali farmaceutici.

C R E M I S I N I . Intanto non è il 45 per cento, e posso affermarlo perchè ho fatto questo lavoro per 30 anni! Sono anche disinteressato all'argomento, ma per l'esattezza debbo dire che le sue cifre sono senza fondamento. Lei ha parlato di 45 per cento di spese di propaganda. Se così fosse, le industrie farmaceutiche sarebbero chiuse da un pezzo!

C A S S E S E . Io ho parlato di 18 milioni di opuscoli, di 18 milioni di visite propagandistiche. Il 45 per cento viene dato ai distributori grossisti e farmacisti. Praticamente...

P E R R I N O . Non è vero! Le spese di distribuzione che interessano il grossista

BILANCIO DELLO STATO 1967

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

sono il 30 per cento lordo. Al farmacista rimane il 17 per cento.

C A S S E S E . Comunque anche la spesa di distribuzione incide relativamente sugli industriali, in quanto questi detengono i grossi centri di distribuzione. C'è un'alta percentuale di utile che va quindi in mano agli industriali farmaceutici.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Non sono cifre esatte: in proposito si può consultare la Commissione prezzi specialità farmaceutiche. Le posso garantire che quelle percentuali, anche se fossero denunciate dal produttore grande, medio e piccolo, non vengono mai e poi mai accettate. Glielo posso garantire e documentare.

C A S S E S E . Il Ministero della sanità non riesce a moderare il prezzo di vendita.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Lo riduce invece e di molto attraverso la Commissione prezzi!

C A S S I N I . Queste spese di propaganda non incidono sul prezzo?

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Incidono, ma non in quelle percentuali!

S I M O N U C C I . Potremo discutere su questo argomento nella sede opportuna. Il senatore Cassese in ogni caso non afferma cose che non rispondono al vero.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Io ho detto che non sono esatte!

C A S S E S E . Il problema è questo: quello che dico non è esatto? Desidero essere corretto! Non mi correggete? Voi non siete in condizioni di dire...

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Sì, io potrei farlo!

C A S S E S E . Comunque, il costo della materia prima usata per alcuni medicinali è irrisorio e non c'è nessuna proporzione tra il valore della materia prima ed il prezzo del prodotto!

P E R R I N O . Il prezzo non è arbitrario. È il Ministero della sanità che fissa il prezzo sulla base di determinati parametri.

C A S S E S E . Che i medicinali vengano prodotti a bassissimo prezzo lo dimostrano alcune aste che si fanno in campo internazionale e le forniture ospedaliere. Noi sappiamo che i ribassi fatti agli ospedali arrivano perfino al 90 per cento!

P E R R I N O . Anche questo è inesatto!

C A S S E S E . Che il problema sia grave, che il problema del farmaco incida anche decisamente su quello che è l'attuale sistema di assistenza sanitaria è riconosciuto da tutti e soprattutto dall'antico Centrosinistra del 1964, quello che, già nel piano di sviluppo quinquennale di Giolitti, aveva stabilito che bisognava creare, parallelamente all'industria privata, una industria di Stato, in modo da calmierare il prezzo dei farmaci di base. Su questo argomento abbiamo presentato un disegno di legge col quale chiediamo la nazionalizzazione dell'industria dei farmaci per dare la possibilità di avere una industria che non persegua il massimo profitto, ma badi a produrre a basso costo e a buon mercato quelle medicine che dovrebbero occorrere a salvaguardare la salute dei cittadini. Questa parte è stata disattesa dal nuovo piano. Il piano Pieraccini non prevede più quello che prevedeva il piano Giolitti, cioè la creazione di una industria farmaceutica di Stato, ma la brevettazione dei farmaci, che vale a soddisfare la richiesta del massimo profitto avanzata dai monopoli industriali americani, che sono, al momento, i padroni del 65 per cento dei capitali investiti nell'industria farmaceutica nazionale.

Con quanto ho detto in maniera un po' confusa, molto superficiale e sintetica, ho

voluto confermare al Ministro della sanità che noi di parte comunista non siamo soddisfatti dell'operato del Governo di centro-sinistra. Non siamo assolutamente soddisfatti di questo operato in quanto il problema di fondo dell'assistenza sanitaria del nostro Paese, il potenziamento della medicina preventiva, la riforma sostanziale della nostra organizzazione ospedaliera, la fine delle mutue, la creazione di un servizio sanitario nazionale e tutti i presidi necessari a salvaguardare la salute dei cittadini non sono stati tenuti assolutamente in considerazione da parte del Governo. È inutile che il senatore Ferroni ci conforti, anche se accenti disperati si intravedono nella sua relazione, affermando che si è riusciti a portare avanti determinati disegni di legge. Troppo piccola cosa di fronte al mare di necessità.

Che cosa debbo dire a conclusione di questo breve intervento? Posso dire che la nostra insoddisfazione indubbiamente ci porterà ad insistere ulteriormente sulla necessità di riformare l'assistenza sanitaria del nostro Paese, mandando avanti i nostri progetti di legge. Ci batteremo per creare una nuova maggioranza capace di realizzare le riforme che sono attese da tutto il Paese.

Noi sappiamo che i socialisti hanno avuto fiducia, nel passato, che la battaglia condotta dal di dentro del Centro-sinistra permettesse di riformare il sistema; poi hanno sperato per lo meno di razionalizzare il sistema. Io voglio rappresentare ai colleghi socialisti che con questo Centro-sinistra, così come è articolato, per la maggioranza che lo compone, neanche la razionalizzazione del sistema è possibile. C'è, però, un disegno di legge che si affaccia, e i socialisti dovrebbero tenerlo presente, insieme a tutti gli uomini progressisti che sono anche negli altri Gruppi parlamentari; quello della Confindustria, tendente a fare pagare ancora più pesantemente agli italiani l'assistenza sanitaria, approfittando dell'attuale situazione.

Facciamo in modo che questa tesi non prevalga, e per fare questo è necessario che il Governo non abbia solo i voti contrari dei comunisti, ma abbia i voti contrari della maggioranza del Parlamento.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Desidero sollevare alcune questioni sulle quali vorrei che il Ministro nella sua risposta o il Sottosegretario, potessero darmi una certa «soddisfazione». Le domande che farò riguardano, in parte, quello che giustamente ha affermato il senatore Cassese circa la carenza di una certa linea per quanto riguarda le prospettive di una riorganizzazione e di una ristrutturazione di tutta l'amministrazione e di tutta l'organizzazione sanitaria. A me sembra infatti (mentre alla Camera si discute il piano di questa programmazione che ha determinate linee, sufficienti o meno, e il giudizio politico lo daremo quando verrà in questa sede) che esistano gravi contraddizioni fra quanto è previsto nel piano e quanto avviene nei fatti.

Tre sono le domande che desidero fare.

Anzitutto, che tipo di intervento il Governo prevede, sia finanziario sia politico sia organizzativo, per dare agli Enti locali i mezzi, gli strumenti e i poteri di fatto per applicare le leggi che già esistono e che assegnano agli Enti stessi compiti specifici e molto importanti nel campo della prevenzione. Si tratta della disciplina della medicina mutualistica, e precisamente della legge del 1961 per la creazione dei Centri di medicina sociale affidati alle province, legge che, a mio avviso, rappresentava un notevolissimo passo avanti per il rinnovamento, dal momento che, intanto, affrontava in modo serio tutto il problema del coordinamento e della estensione della prevenzione da una semplice profilassi generica ed anti-infettiva ad un mezzo articolato nei confronti di tutte le malattie (malattie particolari dell'infanzia, eccetera). Diverse province hanno utilizzato questa legge. Naturalmente, se si volesse dare concreta attuazione a questi fini, si potrebbe compiere un notevole progresso, anche se provvisorio, avanzando così nel campo della prevenzione e del decentramento. Desidero in questa occasione dire con tutta chiarezza, sulla base di una personale esperienza ventennale che o si ha il coraggio in campo sanitario e preventivo di decentrare, cioè di dare un potere decisionale e normativo agli organismi che sono in con-

tatto con i problemi reali e che hanno concreti collegamenti con le popolazioni delle quali conoscono le situazioni particolari, oppure la prevenzione resterà una parola vana e priva di significato. La prevenzione non può essere un atto burocratico ordinato dal centro: se sarà tale, non solo resterà senza efficacia, ma sarà molto costoso, inutilmente costoso. È necessario sapere che cosa intende fare il Governo di fronte a queste due leggi (quella della medicina mutualistica affidata ai comuni e quella dei Centri di medicina sociale orientati verso le province) avanzate, moderne, che potrebbero porre l'Italia accanto agli altri Paesi più progrediti in questo campo. Per noi è necessario fare una politica finanziaria adeguata: è evidente, infatti, che sarebbe inutile attribuire con legge poteri agli Enti locali, se poi non si danno ad essi i mezzi finanziari per superare la grave situazione economica nella quale attualmente si trovano. Il punto critico resta sempre lo squilibrio organico fra entrate e bisogni ai quali devono far fronte i comuni.

In secondo luogo, desidero sapere che cosa intende fare il Governo per provvedere a dare effettiva attuazione ad una serie di provvedimenti che hanno portato ad un certo decentramento (anche se insoddisfacente), ma la cui applicazione è molto lenta. Mi riferisco in modo particolare alla legge *antismog* anche per quanto riguarda la parte industriale. Faccio presente che sono molto interessata a questo problema, perchè sono di Genova, città che, come a tutti è noto, presenta una situazione particolarmente seria sotto questo aspetto. Non so a che punto sia il regolamento e chiedo al Governo che ce ne dia notizia, informando anche la Commissione su quanto si sta facendo per la formazione dei comitati regionali, i quali possono dare al regolamento stesso notevole contributo. Ricordo che è necessario superare quella contraddizione, che si trova in un articolo di detto regolamento, tra Enti locali e Vigili del fuoco, attraverso precisi chiarimenti.

In terzo luogo, desidero avere notizie sulla legge per il decentramento dell'ONMI. Sappiamo che vi sono deficienze nella legge, che, ad esempio, non stabilisce il termine

entro il quale devono essere creati i comitati regionali. Occorre, evidentemente, una azione di sollecito non solo per l'attuazione della legge in generale, ma anche per la formazione di questi comitati, per la verità assai complessi (formati infatti da un numero di persone che devono essere scelte, elette e delegate da vari enti con un meccanismo abbastanza complesso). Infine, vorrei sollecitare l'istituzione in Italia del servizio di asili-nido, servizio che oggi non è pubblico, ma si presenta soltanto come attività « facoltativa » che può cioè essere svolta o meno. Si rende necessaria pertanto una legge istitutiva di tale servizio, che affidi la gestione degli asili-nido ai comuni. Vi è estrema urgenza di dare applicazione al piano attraverso una legge stralcio del piano stesso. Le pressioni vengono da ogni parte: dalle ACLI, dal Movimento femminile cattolico, dal Convegno della donna del partito socialista unificato, eccetera. Si tenga presente che l'assenza di asili-nido ha fatto perdere in 7 anni alle ACLI 1.200.000 unità. Nessuno può rallegrarsi di questo fatto, perchè questo massiccio ritorno indietro è un « ritorno indietro » per la nostra stessa civiltà. Nemmeno possono rallegrarsene coloro che preferiscono la « donna in casa ». Infatti su 1.200.000 donne che hanno abbandonato il loro posto nelle aziende (dove il loro lavoro era fortemente tutelato), soltanto pochissime sono rientrate a casa a fare le casalinghe. La maggior parte di esse si è orientata verso forme di lavoro a domicilio assai meno tutelate (non hanno riconoscimenti contrattuali, previdenziali e così via). Così si è verificato in Emilia dove, su un milione di lavoratrici, soltanto una piccolissima parte è assicurata. Diverse sono le cause del regresso nell'occupazione femminile. Tra queste assume particolare rilievo la mancanza di servizi sociali per l'infanzia, almeno per quanto riguarda il periodo che va dal secondo al sesto anno di vita, prima dell'entrata a scuola. La mancanza di questi servizi costituisce uno degli elementi fondamentali che scoraggiano la donna e la spingono a tornare indietro. Tanto da parte democristiana che da parte socialista si è avanzata richiesta perchè venga fatta una campagna che sollevi questo problema. Qual-

cuno ha sostenuto che la donna deve essere libera di scegliere. Ma dov'è questa libertà quando la scelta è tra il restare a casa o prendere un lavoro che non assicura condizioni decenti? L'ultimo punto che desidero trattare è quello riguardante la creazione di un servizio di medicina del lavoro. Venti giorni fa abbiamo presentato una mozione sulla prevenzione degli infortuni e sulle malattie professionali. La nostra mozione era impostata su una necessaria collaborazione fra il Ministero del lavoro ed il Ministero della sanità. Con essa abbiamo anche sottolineato quel contrasto che esiste oggi tra i due Ministeri, contrasto del quale non comprendiamo la natura, e come, in realtà, siano espresse fino a questo momento, proprio dal Ministro della sanità e dal Consiglio superiore della sanità, alcune idee abbastanza evolute a proposito di quel provvedimento per l'istituzione di un servizio di medicina del lavoro che presenta, a nostro avviso, alcuni aspetti positivi sotto il punto di vista dell'impostazione. Tuttavia non possiamo non far rilevare che sarebbe necessario imperniare questo servizio sugli stessi Enti locali e non già su enti centralizzati e burocratici. La necessità di affidare questo servizio agli Enti locali appare ancor più evidente ove si consideri che nello stesso piano di sviluppo, al capitolo VII: « sicurezza sociale », si riconosce che la dispersione di mezzi nel settore della prevenzione è causata principalmente dalle numerose paratie stagne di tipo burocratico che separano i vari settori. Questo servizio deve necessariamente essere affidato ad enti che sono a diretto contatto con il mondo del lavoro, del quale conoscono le esigenze particolari.

Ho così voluto sottolineare alcune questioni per le quali ritengo necessaria una risposta da parte del Governo, per conoscere le linee che esso intende seguire.

P R E S I D E N T E . Invito ora il relatore a replicare agli oratori intervenuti nel dibattito.

F E R R O N I , relatore. Signor Presidente, onorevoli colleghi, desidero esprimere subito ai colleghi che hanno avuto

l'amabilità di attribuirmi una certa serietà di impegno nello stendere il parere sul bilancio della sanità per il 1967, il più vivo ringraziamento. Tanto più sono grato, in quanto ho ben precisa coscienza che assai di più avrei potuto fare, se maggiore fosse stato il tempo a disposizione, anzitutto, ed anche se diverso fosse stato il sistema di esame dei bilanci particolari e di quello generale dello Stato.

Infatti, se non vado errato, mentre a noi compete un parere (che poi, in realtà, è una somma di pareri separatamente considerati), certo autorevoli (anche se non so quanto ascoltati dal Governo nel suo insieme), spetterà poi all'Aula l'approvazione del bilancio generale che include anche quello della sanità. Questo vi spiega, onorevoli colleghi, perchè mi sono attenuto ad un criterio valutativo di insieme piuttosto che ad un esame di dettaglio. Sapevo, del resto, che sui particolari di questo bilancio, sulle singole voci di esso, si sarebbe esercitato l'esame critico dei vari oratori, specie dell'opposizione (come è regolarmente avvenuto) e che avrei avuto modo, in sede di replica, di soffermarmi, sia pure sinteticamente, sui rilievi scaturiti dal dibattito di questa Commissione. Lo farò con la serenità che ha contraddistinto i nostri lavori in questa occasione, serenità appena turbata da un lieve incidente, certo dovuto ad errore di interpretazione, come dirò, ed anche a stati d'animo particolari.

Errore di interpretazione è quello dei colleghi democristiani, il cui giudizio più mi interessa — ovviamente — in questo momento. Essi, cioè, hanno ritenuto che, nella panoramica delle attività svolte dal Ministero della sanità, io mi sia preoccupato di circoscrivere nei limiti temporali di gestione del Ministro in carica la misura e la indicazione dei dati positivi di essa gestione; volutamente ignorando o negando l'apporto dei suoi predecessori. Con l'aggravante, dice il collega d'Errico, di un ottimismo del tutto artificioso, non legittimato da una realtà che vede tutt'ora il Ministero della sanità come un fantolino gracile, disorientato, « immaturato » (è la parola esatta ado-

perata dal collega) rispetto ai compiti che dovrebbe assolvere.

Confesso che sono deluso di una simile interpretazione: sono deluso di me stesso, naturalmente, ch  ritenevo di avere chiarito bene le mie intenzioni con quanto dicevo nella precedente relazione e che, se permettete, richiamo alla vostra memoria: « L'elencazione degli obiettivi realizzati in questi ultimi anni, di quelli in via di attuazione e degli altri, molti e importanti, in corso di studio e di preparazione, non vuole essere ottimismo di maniera o, peggio ancora, piaggeria di sorta. Mi propongo tutto al pi , in una panoramica certo imprecisa e incompleta, di offrire anzitutto a noi, parlamentari, una specie di bilancio consuntivo (cosa del resto non inopportuna in questo scorcio di legislatura, e forse di soddisfazione per chi abbia coscienza del concorso dato con le sue proposte, con la sua opera appassionata e spesso tanto faticosa) per giungere alla constatazione che, nonostante difficolt , incompensioni e resistenze, il Ministero della sanit  non  , sul piano delle iniziative, il gracile e misconosciuto organismo del passato.

Esso si   imposto e si impone sempre pi  come strumento di primaria importanza nella vita del Paese, per la validit  delle sue impostazioni programmatiche, per la visione obiettiva e globale delle esigenze sanitarie del Paese, per la coraggiosa e insieme realistica formulazione degli obiettivi da raggiungere ».

In altri termini, considerando lo spazio di una legislatura (quello che vede noi tutti impegnati, a diversi livelli e con diverse iniziative), ritenevo di fare cosa logica, e gradita a voi, gradita a questa Commissione che dichiaratamente, come avete sentito, io consideravo un tutto unico con il Ministro e con il Ministero della sanit  nella realizzazione e nella preparazione, ciascuno per la sua parte, ripeto, delle iniziative volte ad una maggiore coscienza ed a una pi  civile concezione dei problemi sanitari del Paese.

Nessuna esclusione, quindi, e nessuna settaria negazione di meriti altrui. Se avessi spinto il mio obiettivo ad un passato pi  remoto, non avrei potuto non riconoscere,

ad esempio, la lievitazione degli stanziamenti di bilancio anche negli anni precedenti l'attuale gestione, o quella immediatamente precedente, (sia pure nei limiti da me indicati nella tabella 1 della mia relazione); non avrei potuto non riconoscere i tentativi, purtroppo non riusciti, anche di Ministri democristiani, di unificare determinati servizi — ad esempio quelli riferentisi al controllo ed alla lotta contro le sofisticazioni alimentari — anche se, subito dopo, avrei dovuto aggiungere, peraltro, che il fallimento del tentativo rientra in quella caparbia resistenza all'unificazione dei compiti di sanit  nel Ministero competente, che non   attribuibile, dovete pure ammetterlo, a noi socialisti; anche se, nonostante tale dichiarata volont , fino a questo momento poco siamo riusciti a fare a questo fine, come dimostra il disegno di legge n. 588, che da ben 13 mesi   all'ordine del giorno dell'Assemblea e che mi procura un vago senso di ridicolo ad ogni lettura dell'ordine del giorno stesso, nel quale io batto certamente il primato del senatore-relatore pi  citato.

Nessuna voluta intenzione, quindi, di sottrarre meriti a chi li abbia meritati; d'accordo che nulla si crea dal nulla e che, poco o tanto che sia, c'  sempre, nella costruzione di forme diverse di civilt , nel progresso, l'apporto di chi ci ha preceduto; d'accordo « che sotto l'attuale Ministro, grazie a Dio e grazie anche alle seminagioni precedenti » (come con poetica immagine si esprime il collega Samek Lodovici), si comincer  a raccogliere. Ma d'accordo anche, onorevoli colleghi, che se in questi ultimi tempi qualcosa di buono si   raccolto, anche molto si   seminato, che dar  i suoi frutti, che in parte raccoglieremo noi e in parte coloro che verranno dopo, in questa sede e nel Paese. Augurandoci che quelli che verranno non ci defraudino della nostra giusta mercede, del riconoscimento della fatica nostra, del Ministro, dei suoi organi scientifici e tecnici, cos  come io ho cercato di non defraudare nessuno.

Chiuso quindi, almeno per me, il discorso su questo motivo che ha visto una garbata protesta da una parte e una pi  vivace

giovanile impennata dall'altra; entrambe del resto motivate dalla generosa volontà di esaltare i meriti della rispettiva parte politica. Il che rientra nel gioco e non scandalizza affatto.

Credo di dovere una risposta, con precedenza su altre, al collega senatore Peserico. Egli ha rivolto espressamente a me la domanda se la riforma sanitaria non voglia significare la « nazionalizzazione della medicina ». Potrei rispondere che non sono tenuto ad entrare sull'argomento dal momento che il bilancio 1967 non prevede la riforma sanitaria. Desidero invece, per simpatia di carattere del tutto personale, e per cortesia verso il senatore Peserico, ultimo arrivato tra noi, esprimergli il pensiero « ufficiale » del Governo di centro-sinistra e quello mio personale. Il pensiero del Governo è ufficialmente contenuto nel testo del programma di sviluppo economico per il quinquennio 1966-70, al capitolo VII, paragrafi dal 69 al 93, ai quali rimando il collega, non potendo in questa occasione (lo faremo certamente tra breve) darne io lettura e farne l'illustrazione. Mi limiterò a leggere il paragrafo 81 che varrà, forse, a rassicurarlo: « Se è auspicabile, infatti, che per gli ospedalieri e gli addetti ai compiti di sanità pubblica il rapporto di lavoro abbia caratteristiche di impiego a tempo pieno, è necessario tenere presente che questo tipo di rapporto comporta il divieto di esercitare ogni altra attività professionale. Per i professori universitari il problema sarà affrontato in sede di riforma universitaria. Sembra opportuno, pertanto, che l'introduzione del tempo pieno per queste categorie avvenga con gradualità e consenta di disciplinare l'attività professionale dei medici in maniera corrispondente alle esigenze dei vari servizi.

Per quanto riguarda la prestazione sanitaria generica, preoccupazione ed obiettivo del servizio sono quelli di rendere adeguata quantitativamente l'offerta dei servizi sanitari alle crescenti esigenze della popolazione e di migliorarla qualitativamente. In tal modo, non solo verranno rispettate le caratteristiche libero-professionali dei medici, ma il rapporto medico-paziente si svolgerà con

sempre maggior riferimento alle capacità e al prestigio del sanitario ».

La risposta mi sembra chiara e rassicurante per il senatore Peserico. Egli sa bene che questo spauracchio della « nazionalizzazione » è stato agitato sino alla sazietà, diciamo così; che su di essa si è montata una polemica di comodo; che la presunta nazionalizzazione è stato il falso obiettivo, l'obiettivo tattico di quelle correnti politiche o di quelle persone e associazioni interessate non già ad impedire la nazionalizzazione, bensì ad impedire qualsiasi, anche limitata, riforma, in un modo che per essi è ancora il migliore dei modi possibili. Anche se lì sentiamo, a sgravio di coscienza, affermare che, certo, bisogna cambiare molte cose, ragionevolmente peraltro, nel rispetto di non si sa ben quali diritti. In sostanza, però, inclini alle riforme secondo l'amara formula del Gattopardo: « cambiare tutto perchè nulla sia mutato ».

Credo invece, collega Peserico, (ed ecco la mia risposta personale) che molte cose debbano mutare, profondamente mutare, in tutti i campi, e quindi anche, se non soprattutto, nel campo dell'assistenza e della sicurezza sociale. Basta guardarsi attorno, con occhio capace di abbracciare un certo arco della storia del mondo, per accorgersi che stiamo vivendo un momento importante del progresso umano, in cui la coscienza del diritto al godimento di ciò che l'uomo stesso produce, con la sua fatica fisica, con quella intellettuale, sempre più va radicandosi nella coscienza di tutti, in ogni Paese del mondo, sotto tutti i regimi e sotto tutti i cieli. È un'esigenza comune, un diritto comune, un linguaggio comune che rapidamente, come non mai nei secoli trascorsi, accomuna gli uomini di tutta la terra. Ed allora la mia personale risposta io la darò, senatore Peserico, con le parole di un eretico (ma ormai più non tanto) Teilhard de Chardin: « Ecco che sotto i nostri occhi, da più di un secolo, avviene una trasformazione irresistibile. Nei sistemi politici « totalitari » — e l'avvenire ne correggerà gli eccessi, ma non potrà non accentuarne le tendenze e le intuizioni profonde —, il cittadino vede il suo centro di gravità via via trasferito, o

per lo meno in asse, su quello del gruppo nazionale e etnico a cui appartiene»; E più avanti: «Ma il fenomeno, preso nella sua generalità e nella sua essenza, può soltanto interpretarsi come una trasformazione di fondo, cioè come un cambiamento di stato umano a grandi dimensioni; ed è la biologia comparata a suggerircene la causa. I grandi disordini sociali, che oggi agitano il mondo, apparentemente significano che l'Umanità ha raggiunto, a sua volta, l'età in cui ogni specie, per necessità biologica, deve passare attraverso una coordinazione dei suoi elementi. In noi l'umanità sembra avvicinarsi al suo punto critico di socializzazione...

È chiaro che la nostra specie sta entrando nella sua fase di socializzazione. Non possiamo continuare a vivere senza passare attraverso la trasformazione che, in qualche maniera, forgerà un tutto dalla nostra molteplicità. Ma allora, come si deve reagire a questa prova? In quale spirito, e sotto quale forma dobbiamo affrontare la metamorfosi affinché questa si trovi, da noi e in noi, omonizzata?».

Spero di essere stato chiaro. Per cui, se fra una ventina di anni (ne ho appena 62!) dovessi diventare capo del Governo del nostro Paese, non mi dia il suo voto, collega Peserico, se non vuole correre il grave rischio di vedersi «nazionalizzato», o socializzato, come dice Teilhard. Pericolo che oggi nè lei nè i suoi amici liberali corrono, purtroppo, anche se non perdono occasione di gridare al lupo socialista e totalitario, anche se si sbracciano e, talvolta, taluno, si sbraca, nello sforzo di intimidire certe già troppo timide correnti interne alla maggioranza; per ritardare, niente altro che ritardare, un'inarrestabile progresso sociale che, ricordiamolo agli amici liberali, anch'essi hanno concorso a produrre, sia pure in tempi oramai remotissimi rispetto al ritmo del progresso attuale, anche se vicini secondo l'almanacco della storia.

Credo dunque che a chi sinceramente vuole queste riforme non resti altro da fare che secondarne la realizzazione, nella certezza di trovarsi nella giusta via della storia. Agli altri il malinconico compito di una

battaglia di retroguardia che a poco o a nulla servirà.

Il collega Bonadies ha fatto dei rilievi importanti per quanto riguarda il settore zootecnico. Riconosciuto che molto si è fatto in tale campo, rileva che le 60 mila lire di indennizzo per ogni bestia abbattuta è poca cosa contro una spesa che egli indica in 160 mila lire per una bestia sana che sostituisca la prima. Condivido tale considerazione e su di essa richiamo l'attenzione del Governo e, in particolare, del Ministro della sanità, perchè nel previsto disegno di legge che dovrebbe stanziare 80 miliardi in 8 anni, si tenga conto di quanto il collega ha rilevato. Tanto più che anche le 160 mila lire per una bestia sana non bastano: si va, infatti, sulle 200-250 mila lire. Se poi si vuole un animale selezionato, proveniente da stalle sicuramente immuni, si toccano anche le 300-350 mila lire. Per una fattrice olandese, ad esempio, questi sono oggi i prezzi di mercato.

Grave, poi, è ciò che egli afferma circa la «importazione di carni aftose, specie dalla Jugoslavia, che acquisterebbe in paesi africani per rivendere a noi carni infette». Un controllo più severo da parte di organi sanitari e di vigilanza dei Ministeri dell'agricoltura e della sanità, evidentemente, s'impone; assieme ad un intervento, ove occorra, del Ministero del commercio con l'estero.

Egli si dichiara d'accordo con il relatore sull'esigenza di unificazione nel Ministero della sanità di tutte le attività sanitarie del Paese; come pure è d'accordo sulla maggiore spesa e quindi su sempre più ampie iniziative volte alla conoscenza e alla propaganda dei problemi sanitari. Ne prendo atto con piacere, come pure del suo appello per un sollecito avvio della riforma psichiatrica, che, peraltro, a mio parere, non può avere priorità su quella ospedaliera (per ovvie ragioni, anche di quantità), ma che dovrebbe andare di pari passo con quest'ultima, nell'interesse di tutti gli ammalati del corpo e della mente.

Credo di poterlo assicurare che il disegno di legge per la raccolta e conservazione del sangue umano non escluderà affatto il volontarismo. Anzi! Ma di questo, e assai

più autorevolmente di me, potrà parlare il rappresentante del Governo; assieme, io penso, ai criteri di riforma della Croce rossa italiana che costituirà il centro dell'organizzazione per la raccolta, conservazione e trasformazione del sangue umano. E del resto il disegno di legge è già all'ordine del giorno della nostra Commissione. Avremo modo di discuterne.

Al collega Samek Lodovici ho in parte già spiegato il senso della mia relazione. Ritengo che egli sia convinto delle mie intenzioni di non ignorare « i seminatori », come egli li ha definiti.

La sua garbata polemica con il collega D'Errico mi esime dal rispondere a quest'ultimo per quanto attiene gli stanziamenti di bilancio (capitolo 1014) per le trasferte del Ministro e dei suoi collaboratori; si tratta di due milioni in più, 7 rispetto ai 5 milioni del precedente...

D'ERRICO. Io ho chiesto per essere informato dei motivi dell'aumento di due milioni e del perchè nella dizione della spesa stanziata si parlasse solo di viaggi. Mi sembrava che 7 milioni in un anno per due sole persone fosse una cifra eccessiva, e non in senso relativo all'aumento dei 2 milioni, ma in senso assoluto.

Ho chiesto questa informazione per essere documentato se sotto la voce « spese di viaggi » si nascondessero altre spese, ma non per la volontà di nasconderle, bensì perchè non comprese nella breve dizione. La mia era una semplice richiesta di informazioni e non nascondeva alcuna allusione malevola.

FERRONI, *relatore*. Non tratto l'argomento perchè già ne ha parlato il collega Samek Lodovici e meglio ancora potrà spiegare il rappresentante del Governo. Io non ho parlato di malignità; sarò forse polemico, ma sono estremamente sereno ed obiettivo.

Prendo atto che anche il collega Samek Lodovici è d'accordo sull'esigenza di un maggiore coordinamento delle forze politiche di maggioranza sui problemi sanitari come sulla necessità di superamento delle divisioni

tra vari Ministeri in ordine alle funzioni in campo sanitario. È ciò che io avevo affermato, in modo anche più incisivo, nella mia relazione.

SAMEK LODOVICI. Ho proposto che la Commissione si faccia iniziatrice di un progetto di legge per riformare la legge istitutiva del Ministero della sanità, la quale con l'articolo 5 ha sancito addirittura la divisione tra Ministero della sanità e Ministero del lavoro. Ho rivolto una precisa preghiera al Ministro di darci tutti i dati necessari.

FERRONI, *relatore*. L'auspicio del collega Samek Lodovici, formulato per una scuola sanitaria...

SAMEK LODOVICI. Non ho parlato di scuola sanitaria, ma di Scuola di sanità; è diverso!

FERRONI, *relatore*. L'auspicio per una scuola di sanità trova risposta nel paragrafo 81 del piano quinquennale che ho in parte letto; esso recita: « una particolare iniziativa che è necessario realizzare con la massima urgenza nel settore della formazione del personale è la Scuola di sanità pubblica, per la qualificazione professionale dei medici e degli ausiliari addetti ai corsi di medicina preventiva e di organizzazione sanitaria ».

Il collega Samek Lodovici si dichiara un poco più cauto del relatore rispetto alle prospettive per il futuro; ed ha ragione. A patto che tale cautela non si traduca in scetticismo e quindi in inerzia, ma voglia essere invece elemento di stimolo perchè le prospettive di oggi abbiano a diventare realtà di domani, del che non dubito conoscendo ormai la sua tenace volontà di fare e operare perchè le cose migliorino.

I colleghi e compagni Cassini e Sellitti vorranno indulgere — e proprio perchè compagni — se mi soffermerò meno sui loro interventi, che del resto sono sostanzialmente aderenti alle tesi da me sostenute.

Ritengo peraltro giusta l'affermazione del senatore Cassini, in polemica col senatore

Bonadies, sull'esigenza di rendere obbligatoria la vaccinazione antipolio. Quando ignoranza e pregiudizi ostacolano l'opera di bonifica sanitaria, ormai certa, assolutamente sicura dopo le esperienze universali (e del resto anche del nostro Paese), e la diffidenza di certi medici, non sempre aggiornati, o la paura di cittadini a questa si oppongono, reputo non più facoltà, ma dovere dei responsabili della salute pubblica imporre i rimedi necessari. Di questo parere è anche il collega Samek Lodovici che ha anche polemizzato con il senatore Bonadies, e credo che l'obbligatorietà sia concetto ormai largamente anche se non totalmente accolto in tutti i Paesi più avanzati.

BONADIES. Non è vero: l'obbligatorietà deve essere eccezionale, deve essere frutto di una convinzione!

FERRONI, relatore. In Russia hanno vaccinato contro la tubercolosi 40 milioni di cittadini!

BONADIES. In Russia la libertà non è concepita come da noi, e questo è anche problema di libertà!

FERRONI, relatore. In Francia non c'è l'obbligatorietà per tutti, ma c'è per alcuni settori di cittadini e praticamente è stato risolto il problema della vaccinazione antitubercolare.

BONADIES. Il problema della tubercolosi non è risolto: c'è troppo da dire ancora e troppo da fare!

FERRONI, relatore. Sulla difesa delle leggi di sanatoria degli interini bene ha fatto il senatore Cassini a riaffermare il parere prevalente di questa Commissione. Che il collega D'Errico abbia notevolmente accentuato il suo parere negativo non toglie nulla al valore e alla giustezza di una legge che mi auguro passi al più presto, per la pace dei medici e dei degenti nei nostri ospedali.

L'appello appassionato del collega Sellitti per aumentare i centri di dialisi renale nel

Sud dovrebbe non solo essere accolto dal Ministro, ma penso doversi rendere obbligatoria la spesa necessaria per crearli, se non per tutti gli ospedali almeno per un certo numero di essi, ubicati in modo da servire zone definite, non solo del Sud, ma anche del Centro e Nord Italia, ove spesso pure mancano.

SAMEK LODOVICI. Qui giungerei: dando pratica attuazione ad un ordine del giorno del senatore Zonca, approvato da questa Commissione.

FERRONI, relatore. E per gli ospedali meno finanziariamente dotati dovrebbe essere il Ministero della sanità, dopo una valutazione obbiettiva delle possibilità finanziarie, ad intervenire in tutto o in parte per risolvere il problema.

Anche il nutrito intervento del collega Perrino, ricco di cifre e di dati, di riconoscimenti e di critiche, meriterebbe una risposta più esauriente. Ma penso che a molte delle cose da lui dette o richieste risponderà il Ministro.

Prendo atto intanto che anche il senatore Perrino conferma l'esistenza di una notevole presa di coscienza dell'opinione pubblica in ordine ai problemi sanitari e quindi del Ministero competente. Come pure del suo rinnovato auspicio per l'unificazione dei servizi sanitari nel Ministero della sanità, che è una meta ancora lontana, ma che rimane l'obiettivo fondamentale.

Il senatore Perrino si è giustamente soffermato sul problema dei posti-letto necessari per raggiungere l'ormai superata quota dei 6 per mille indicata dall'Organizzazione mondiale della sanità. Quota superata perchè ormai ci si avvia — come egli afferma — verso il raddoppio e più del raddoppio di tale percentuale. Alle cifre da lui indicate, alle quali vi rimando per non ripeterle qui, credo sia bene, in questa che potrebbe anche essere l'ultima occasione di esame di un bilancio, darvi sull'argomento qualche elemento conoscitivo in più, anche se necessariamente condensato in poche e parziali cifre.

Onorevoli colleghi, seguendo la divisione geografica classica: Italia settentrionale, centrale, meridionale e isole, noi abbiamo rispettivamente: 23.853.412 abitanti con 610 ospedali pari a 1 ogni 39.103 abitanti; 9 milioni e 887.847 abitanti con 238 ospedali pari a 1 ogni 41.545 abitanti; 19.189.335 abitanti con 264 ospedali pari a 1 ogni 72.686 abitanti.

Queste cifre sono di una notevole eloquenza anche così, in blocco, ove si raffronti il Nord al Sud.

Ma a chiarimento ulteriore consentitemi di esporvi qualche altro dato. Preciso che così per le cifre che ho letto, come per quelle che leggerò, mi riferisco soltanto — e le ragioni sono ovvie — agli ospedali generali pubblici. Considerata per alcune Regioni campione (dirò così), noi abbiamo una situazione di posti-letto più o meno vicina al 6 per mille nel Veneto, nelle Marche, in Lombardia e un po' meno in Piemonte.

Il Veneto con 3.978.656 abitanti ha 75 ospedali, pari a 1 per ogni 53.048 abitanti; 26.633 posti-letto pari a 1 letto ogni 150 abitanti, pari al 6-7 per mille circa.

Le Marche per 1.358.299 abitanti hanno 68 ospedali, pari a 1 per ogni 19.975 abitanti; 8.199 posti-letto pari a 1 letto ogni 165 abitanti, pari al 6 per mille circa.

La Lombardia con 7.941.075 abitanti ha 174 ospedali, pari a 1 per ogni 45.638 abitanti; 51.184 posti-letto pari a 1 letto ogni 155 abitanti, pari al 6 per mille circa.

Il Piemonte con 4.162.109 abitanti ha 152 ospedali, pari a 1 per ogni 27.382 abitanti; 23.353 posti-letto pari a 1 letto per ogni 178 abitanti, pari a 5 per mille circa.

Il Trentino-Alto Adige con 820.301 abitanti ha 25 ospedali, pari a 1 per ogni 32.812 abitanti; 3.906 posti-letto pari a 1 letto per ogni 210 abitanti, meno del 5 per mille.

Il Lazio con 4.358.825 abitanti ha 59 ospedali, pari a 1 per ogni 73.878 abitanti; 14.893 posti-letto pari a 1 letto per ogni 292 abitanti, pari al meno del 3,5 per mille.

Le Puglie: 3.564.186 abitanti, 66 ospedali, pari a 1 per ogni 54.003 abitanti; 11.908 posti-letto, pari ad 1 posto-letto ogni 299 abitanti, pari al 3,4 per mille circa.

La Campania: 5.009.918 abitanti; 52 ospedali, pari a 1 per ogni 96.325 abitanti, con 11.501 posti-letto, pari ad 1 posto-letto ogni 435 abitanti, pari al 2,3 per mille.

E infine la Calabria: 2.074.801 abitanti; 16 ospedali 1 per ogni 129.675 abitanti; 2.938 posti-letto pari ad 1 posto-letto ogni 706 abitanti, pari all'1,4 per mille circa.

Anche queste cifre sono spaventosamente eloquenti.

In compenso però il Veneto ha 64 case di cura private, vale a dire la media di una ogni 62 mila abitanti circa; la Lombardia ne ha 88 con la media di una ogni 90.239 abitanti; le Marche 14, una ogni 97.021; il Piemonte 62, una ogni 67.130 abitanti; il Trentino-Alto Adige 28, una ogni 29.296 abitanti; Lazio 147, una ogni 29.651 abitanti; Puglie 67, una ogni 53.196 abitanti; Campania 133, una ogni 37.668 abitanti; infine la Calabria 64, una ogni 32.418 abitanti.

Non voglio commentare queste cifre. Ho troppa stima dell'intelligenza e della sensibilità dei colleghi per farlo. Ma non posso esimermi dal rilevare come la presenza di ospedali pubblici rispetto alle case di cura private sia, nella generalità, inversamente proporzionale alle condizioni economiche delle singole regioni, al reddito *pro capite* dei singoli cittadini. Per cui è di una stridente ingiustizia la constatazione che, mentre in Calabria, ad esempio, abbiamo un ospedale generale pubblico ogni 129.675 abitanti (abbiamo infatti 16 ospedali), esistono 64 case di cura, una per ogni 32.418 abitanti; in Piemonte, invece, per saltare all'estremo Nord, abbiamo 152 ospedali, uno ogni 27.382 abitanti e 62 case di cura, una ogni 67.130 abitanti. Cioè, laddove maggiore dovrebbe essere l'intervento pubblico, a sollevare...

D' E R R I C O . È chiaro che le case di cura sono sorte laddove non c'erano gli ospedali. L'iniziativa privata si è sostituita all'iniziativa pubblica che è venuta meno alla sua funzione.

L O M B A R I . Faccio presente alla Commissione che l'ex Direttore generale dell'INAM Savoini mi ha detto che sarebbe veramente cosa grave se non vi fossero le case

di cura. Si tenga presente che l'INAM, mentre per gli ospedali paga da 7 a 10 mila lire, per le case di cura paga 3 mila lire. D'altro canto, se non vi fosse questa differenza, gli ospedali resterebbero vuoti, dal momento che tutti andrebbero nelle case di cura dove sono trattati meglio.

F E R R O N I , *relatore*. Non bisogna avere paura della verità. E credo che non si possa scordare che la fondamentale differenza fra gli istituti pubblici e le case di cura private consiste nel fine di lucro che è esclusivo di queste ultime.

Ogni nostro sforzo deve, pertanto, essere concentrato ad aumentare gli istituti pubblici. Questo però non vuol dire minimamente disconoscere l'ottimo servizio fatto dalle case di cura private.

Dunque, senza volere sottrarre meriti a chicchessia, è necessario che lo Stato, come è suo obbligo, faccia ogni sforzo per eliminare ogni sua carenza in questo settore.

Avendo risposto così ai senatori Lombardi e D'Errico, permettetemi ora di riprendere la mia esposizione.

Stavo dicendo che, laddove maggiore dovrebbe essere l'intervento pubblico, a sollevare popolazioni economicamente depresse, fiorisce, invece, l'iniziativa privata, rispettabile certo, ma infinitamente più onerosa e che richiede ai più poveri tra i cittadini del nostro Paese sacrifici immensi, spesso insopportabili, con le conseguenze che è facile intuire. Spero, collega D'Errico, che questa situazione non si voglia attribuire alle innumerevoli colpe del Centro-sinistra, che non fosse altro, nelle previsioni quinquennali di piano, questi paurosi, ereditati squilibri si propone gradualmente di sanare.

Mi pare di non poter chiudere questo intervento senza spendere due parole sugli ospedali psichiatrici. Solo poche cifre e chiedo scusa ai colleghi, se di cifre ho abusato. Seguendo l'itinerario prima percorso abbiamo i seguenti dati:

Veneto: 6 ospedali per 7.010 posti-letto, vale a dire un ospedale ogni 663.109 abitanti e 1 posto-letto ogni 567 abitanti.

Piemonte: 7 ospedali da 7.926 posti-letto, pari a 1 ospedale ogni 594.587 abitanti e 1 posto-letto ogni 525 abitanti.

Lombardia: 11 ospedali, 1 per 721.915 abitanti, con 13.213 posti-letto, 1 per ogni 601 abitanti.

Marche: 4 ospedali pari a 1 per 339.574 abitanti con 2.780 posti-letto, pari a 1 per 488 abitanti.

Trentino - Alto Adige: 1 ospedale per 820.301 abitanti, con 1.648 posti-letto, pari a 1 per ogni 497 abitanti.

Lazio: 3 ospedali, pari a 1 per ogni 1 milione e 452.941 abitanti, con 3.415 posti-letto, pari a 1 ogni 1.276 abitanti.

Puglie: 3 ospedali, 1 ogni 1.188.062 abitanti, con 4.200 posti-letto, 1 ogni 848 abitanti.

Campania: 5 ospedali, 1 ogni 1.001.983 abitanti, con posti-letto 7.484, pari a 1 ogni 669 abitanti.

Calabria: 2 ospedali con 1.450 posti-letto, pari a 1 ospedale ogni 1.037.400 abitanti, pari a 1 posto-letto ogni 1.430 abitanti.

Ecco dunque dimostrato — purtroppo solo in parte (ché un'ulteriore analisi delle cifre che vi ho fornito offrirebbe altri sconcertanti motivi di meditazione) — quanto legittima e sacrosanta sia la preoccupazione del collega Perrino di accelerare in ogni modo i tempi di realizzazione dei posti letto mancanti nel nostro Paese. E del resto le medie da me portate dicono molto, ma non tutto. Sono un po' come la storia del pollo di Trilussa: in realtà squilibri gravi esistono non solo tra il Nord e il Sud, ma anche all'interno di una stessa Regione, come il Veneto, che io conosco meglio, che sembrerebbe su posizioni notevolmente buone, ma che in realtà offre casi, e parecchi, di zone paurosamente male servite di presidi sanitari decenti o sufficienti.

A queste cose, ripeto, vuole rimediare il piano quinquennale e la riforma sanitaria di base e insieme le riforme sanitarie che esso piano prevede.

Sono costretto dal tempo a correre alla conclusione. Mi scuseranno i colleghi se non ho citato o commentato i molti altri e giusti loro rilievi. Avrei dovuto per farlo dilungarmi eccessivamente.

Ma una risposta particolare debbo al collega D'Errico. Nel suo intervento credo che il politico abbia preso la mano al medico: infatti egli ha negato un po' tutto, dai successi, che io ho definito vittorie, nella lotta contro la poliomielite, a quelli...

D'ERRICO. Ho detto che sono inferiori a quelli conseguiti in altri Paesi!

FERRONI, *relatore*. In altri Paesi da molti anni è in atto la vaccinazione, qui solo da due anni!

DI GRAZIA. Dal 1958 abbiamo la vaccinazione! Fu il senatore Monaldi ad iniziarla!

FERRONI, *relatore*. « Siamo ancora il fanale di coda » (afferma d'Errico) e lo siamo anche in molti altri settori della sanità; come quello della tubercolosi! Qualcosa, però, si è fatto e questo va riconosciuto.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Abbiamo sulla coscienza i 7.000 bambini ammalati!

BONADIES. Ma chi li ha sulla coscienza, se quando è venuto Sabin abbiamo fatto la vaccinazione antipolio orale e già dal 1958, quando ci fu l'epidemia di poliomielite, si praticava la vaccinazione Salk? Dal 1958 il Governo non si è mai fermato, non ha mai cessato di praticare la vaccinazione e solo quando è venuto il Sabin si è cambiato vaccino!

LOMBARI. Si legga l'intervento del senatore Terracini nella passata legislatura al quale rispose l'allora Ministro della sanità, senatore Monaldi!

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. 7.000 bambini ammalati abbiamo sulla coscienza!

BONADIES. Non potete accusare il Governo: ha fatto tutto quello che poteva! (*Interruzione della senatrice Minella Moli-*

nari). Queste cose non si devono dire, senza entrare nella malafede! Lei non può accusare il Governo italiano e il Ministero della sanità di non avere fatto, dal 1958 ad oggi, tutto quello che si poteva fare! Questo non ce lo dovete negare! Chiedo che sia messo a verbale.

FERRONI, *relatore*. Ho parlato di vittorie e ho spiegato prima che non nego affatto l'apporto degli altri, anche se negli ultimi due anni c'è stato un massimo intervento, e questo non potete negarlo, perché questa è la verità, onorevoli colleghi!

Dicevo al senatore D'Errico, verso il quale nutro notevole stima, che il politico ha preso la mano al medico; e quindi egli ha negato un po' tutto, dai successi nella lotta contro la poliomielite a quelli contro la brucellosi e tbc bovina e così via; ammette peraltro che l'opinione pubblica sia oggi più attenta e sensibile ai problemi sanitari, ma condanna il modo irresponsabile e improprio con cui tali risultati si sono ottenuti, riferendosi in particolare al problema dell'adulterazione dei cibi e a quello degli ospedali in generale e psichiatrici in particolare.

Egli, insomma, nega che sia fatto qualche passo avanti e non attribuisce alcuna crescita al Ministero della sanità.

D'ERRICO. Questo è un travisamento delle mie dichiarazioni. Aspetto dal rappresentante del Governo la risposta!

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Do atto al senatore D'Errico che non è stato così nichilista come afferma il senatore Ferroni.

FERRONI, *relatore*. Può essere, collega D'Errico, che il mio sia un ottimismo eccessivo, ma è certo che il suo è un pessimismo calcolato, voluto, poco convinto e poco convincente.

D'ERRICO. Queste si chiamano illazioni!

FERRONI, *relatore*. Ammetto di non essermi soffermato, nella mia relazio-

ne, sui problemi della lotta contro i tumori. Non si può dire sempre tutto e di tutto. E debbo confessare che non avrei saputo bene che cosa suggerire. Ma avrei atteso da lei, piuttosto che la critica, qualche proposta pratica, da esperto quale lei è; proposta che è venuta, invece, dal collega Samek Lodovici, di studiare, cioè, una legislazione particolare per la lotta contro i tumori. Invito il collega a farla, pronto ad associarmi a lui in questa proposta che, da esperto quale è in questo settore, saprà certamente elaborare. Dove invece dissento nettamente dalle sue affermazioni è sul fatto che si spende troppo nella lotta contro la tbc, in assoluto e nei confronti di quella contro i tumori. Da molti anni seguo questo problema della tbc, e lo seguo da quell'« apprendista stregone » della tubercolosi, come qualcuno mi ha definito al mio paesello. È vero che oggi di tbc si muore meno e che maggiore, ad esempio, è la mortalità per altre pneumopatie. Però è altrettanto vero che la tbc è tutt'altro che debellata. Fenomeni quanto mai sconcertanti si stanno verificando e sono oggi all'attenzione e allo studio degli esperti: abbiamo una minore mortalità e morbosità infantile, ma abbiamo però una crescente mortalità e morbosità nell'età adulta e nella vecchiaia. Assistiamo, per altro, al pauroso fenomeno di cronicizzazione della tbc. Nei sanatori vi sono degenti da 5, 8, 10 anni, oramai irreparabilmente cronicizzati.

I dati sono i seguenti:

da 0 a 20 anni abbiamo un 94,50 per cento di recuperi per i casi di tbc polmonare; abbiamo lo 0,25 per cento di mortalità e il 5,25 per cento di cronicità;

da 21 a 40 anni abbiamo un 86,62 per cento di recuperi, il 2,23 per cento di mortalità e l'11,15 per cento di cronicità, più del doppio;

dai 41 ai 60 anni abbiamo il 52,66 per cento di recuperi, il 23,07 per cento di mortalità e il 24,26 per cento di cronicità;

dai 61 anni in su, per una serie di altri coefficienti (malattie diverse della senescenza che hanno indebolito l'organismo), abbiamo il 47,17 per cento di mortalità, il 41,57

per cento di guarigioni, l'11,32 per cento di cronicizzati (si è avuta cioè la morte e non la cronicizzazione).

D'ERRICO. Il mio intervento voleva soltanto evidenziare, sempre tenendo presente il problema della lotta contro il cancro, che vi sono nel nostro bilancio voci « stantie ». Così, ad esempio, abbiamo degli stanziamenti per l'Istituto di malariologia, quando si sa che la malaria non esiste più in Italia. Mi dispiace che il relatore non sia stato presente al mio intervento.

FERRONI, relatore. Ho voluto dimostrare che la tubercolosi non è affatto vinta. Senatore D'Errico, lei ha sostenuto che esiste una enorme sperequazione tra gli stanziamenti concessi per la tbc, eccetera; che la tbc è una nostra piaga particolare e che esiste, persino, la professione del tubercolotico. Ebbene, senatore D'Errico, io posso anche concederle che esista qualche individuo che, non avendo i mezzi per mantenersi, essendo già tbc vada dal Direttore del consorzio, si faccia ricoverare e faccia il professionista tbc, anche se non è più bacillifero. Però questo non toglie che la malattia perduri ancora, anche con manifestazioni gravi e numerose. È per questo che trovo gli stanziamenti addirittura insufficienti rispetto alla realtà di una malattia che ancora oggi assume aspetti gravi, forme di morbilità forse non più epidemiche ma, certamente, endemiche (mi scuso se la terminologia non dovesse essere molto appropriata). Mi pare che si possano chiedere, giustamente, maggiori stanziamenti per altri settori; ma si deve essere altresì convinti che gli stanziamenti per la tbc devono essere mantenuti per tenere accesa la lotta anche contro tale malattia. Si deve considerare che mentre un ammalato di tumore o si salva con l'intervento chirurgico o muore, l'ammalato di tbc cronicizzato si porta dietro la malattia nella famiglia, in ogni ambiente sociale, moltiplicandola continuamente. Dobbiamo combattere con ogni sforzo i pericoli della tbc. Personalmente dichiaro che sono per la vaccinazione se non totale, per non pregiudicare quei concetti di libertà cui si appellava

il collega Bonadies, almeno estesa a quei settori della collettività che più hanno bisogno di essere salvaguardati (tenendo presente le maggiori possibilità di contagio). Se considerate le statistiche del Ministero della sanità vi accorgete che l'incidenza tbc è maggiore nelle carceri, negli ospedali psichiatrici ed anche tra le Forze armate. C'è in ogni comunità un'incidenza tbc proporzionale all'«entità» della comunità e alle condizioni ambiente.

Nel mio ospedale di Venezia che è uno degli ospedali «buoni» del Veneto, retto da uno scienziato, sapete che cosa divide — o almeno divideva sino a poco tempo fa — gli ammalati di tubercolosi dagli altri ammalati, nel monoblocco costruito 150 anni fa dall'Austria? Una tenda!

Vorrei concludere su questo argomento sollecitando personalmente, ovviamente non a nome della Commissione, il Governo a un più incisivo studio del problema della tubercolosi; la vaccinazione, per esempio, la estenderei anche ai militari, poiché anche tra questi abbiamo una incidenza di tubercolosi che qualche volta preoccupa; anche se abbiamo visto che oggi, nell'età giovanile, tale malattia è in generale diminuita.

S A M E K L O D O V I C I . Mi permetta di sottolineare sommariamente, dal punto di vista tecnico, che la vaccinazione antitubercolare riguarda essenzialmente l'infanzia.

Z O N C A . A quanto ha detto il senatore Samek Lodovici, vorrei aggiungere che il senatore Monaldi ha limitato la vaccinazione a determinati settori.

F E R R O N I , *relatore*. Per quello che so, la vaccinazione è possibile anche oltre l'età infantile. Abbiamo anche in Italia un vaccino, largamente sperimentato nella mia provincia, il VDS.

S A M E K L O D O V I C I . Salvioli.

F E R R O N I , *relatore*. Salvioli, appunto. E sono convinto che non va affatto escluso. Nel Veneto è stato sperimentato su circa

30.000 persone, in Emilia su circa 60.000; a Ferrara e Trieste anche. E i risultati, a 20 anni di distanza, sono veramente ottimi.

S A M E K L O D O V I C I . Bisogna ricordare che un nostro antico illustre collega, il senatore Maragliano, è stato l'iniziatore della vaccinazione antitubercolare.

Z O N C A . Desidero fare osservare che sui vaccini i pareri sono ancora molto opinabili e che il problema della tubercolosi deve essere tenuto nella più ampia e attenta considerazione. Non possiamo, però, non constatare che tutti i sanatori gestiti dall'INAM vanno svuotandosi di pazienti; i posti-letto sono diminuiti del 30-40-50 per cento; alcuni reparti sono stati chiusi e altri sono in via di essere chiusi perché non vi sono più ospiti. Quindi, la tubercolosi è una malattia in declino.

F E R R O N I , *relatore*. Ne sono convinto. Ma non è finita, onorevoli colleghi, perché il Sud sulla tubercolosi potrebbe darci delle cifre eloquenti!

Non sono medico, ma da quindici anni mi occupo del problema della tubercolosi ed ho in mente cifre assai sconcertanti. Fareste bene a guardare questo problema nel Sud, e poi venire qui a riportare obiettivamente i dati! Comunque anche su questo aspetto del problema ho espresso un mio parere.

Al senatore Cassese debbo dire che sono d'accordo che nel settore farmaceutico sia necessario un serio intervento, che del resto ha già avuto inizio, da parte degli organi sanitari dello Stato. Non ho dubbi che questo processo di moralizzazione e di identificazione degli errori e dei difetti che sono in questo settore sia opportuno, perché questi errori e questi difetti dovranno essere eliminati.

Il collega Cassese ha parlato, inoltre, della difficoltà di avere un compiuto sistema sanitario, data l'esistenza attuale di una frantumazione di servizi, di organi, di fondi di diversa provenienza e di mezzi. Io lo rimando al paragrafo 83 del piano quinquennale di sviluppo, dove precisamente

sono previste molte delle cose da lui invocate nel suo intervento.

Alla collega Minella Molinari ho già ricordato che nella mia relazione ho parlato dei poteri degli Enti locali in ordine ai problemi sanitari e ho detto come nella divisione dei compiti sanitari tra i molteplici Ministeri, da tutti deprecata, vi è l'impedimento a che siano risolti i problemi dell'assistenza all'infanzia e della medicina scolastica. Questo, quando i Comuni sono subordinati, nel loro bilancio, ai criteri che vengono imposti dal Ministero dell'interno e non da quello della sanità in ordine ai problemi sanitari; quando la Commissione locale o quella centrale per la finanza locale non tengono conto spesso di determinati problemi, ma tagliano perchè le cifre quadrino, anche se per caso non quadrano mai i problemi della sanità, rispetto ai doveri dei Comuni, che restano ancora insoluti. Sono perfettamente d'accordo su questo, voglio dire anche, obiettivamente — e la collega non può non riconoscerlo — che un processo di avvicinamento di determinate funzioni sanitarie è in atto. L'ONMI, dal suo canto, ha visto la democratizzazione dei suoi organi. La collega Minella Molinari non sarà soddisfatta, ma questo miglioramento, nel senso dell'intervento degli Enti locali, è in atto; e così dicasi per gli ospedali per i quali, nella riforma, è prevista una larga rappresentanza degli Enti locali rispetto alla formula che oggi è in atto per i Consigli di amministrazione; altrettanto dicasi per la Croce rossa italiana (il cui disegno di legge verrà tra non molto anche in questa Commissione) per la quale è previsto l'avvicinamento degli organi periferici della Associazione agli Enti locali, in base ad un criterio democratico e non più alla scelta dall'alto degli organi dirigenti. C'è quindi tutto un processo in atto, ma non si può fare tutto in un solo giorno, perchè nessuno, in nessun Paese del mondo, riesce a risolvere i problemi di un colpo!

Sono d'accordo che il regolamento sulla legge *antismog* è in ritardo. Io non ho mancato di premere per quello che mi riguarda; sono interessato particolarmente al problema, perchè vivo in una città alta-

mente industrializzata, Mestre, che ha 210 stabilimenti su 700 ettari di terreno. Sono interessato, però, a questa legge anche come relatore, e ne ho sollecitata l'applicazione. Evidentemente qualche Ministro non ha ancora messo la firma, ma non è certo il Ministro della sanità, che ha operato perchè il regolamento fosse presentato al più presto. Comunque ho avuto assicurazioni, e lo comunico ufficialmente, che non tarderà molto ad essere reso pubblico il regolamento che per ora deve riguardare, credo, solamente le fonti di riscaldamento domestico.

L'intervento della collega Minella Molinari, direi che ha molto travalicato i limiti dell'argomento in discussione: esso ha abbracciato una infinità di altri problemi che riguardano la previdenza sociale, la pubblica istruzione, il Ministero dell'interno e tutto lo scibile governativo, per cui non posso ovviamente rispondere a tutti questi argomenti.

Concludo, onorevoli colleghi, e chiedo scusa se ho parlato troppo a lungo. Ritengo che questo bilancio debba essere approvato. Vi invito a farlo con la precisa coscienza che oltre le cifre c'è una volontà che noi dobbiamo assecondare.

Questo bilancio, i provvedimenti che dal Ministero della sanità sono stati presi, impostati e previsti per il futuro, sono già l'avvio a quella soluzione della politica di piano che in parte ho menzionato.

Credo che la sensibilizzazione dell'opinione pubblica sia il lievito necessario a risultati positivi di maggior civiltà in campo previdenziale, sanitario e assistenziale. Essi potranno essere raggiunti in misura tanto maggiore quanto maggiore sarà la sensibilità della pubblica opinione; che noi tutti come il Ministro, abbiamo concorso ad aumentare. Compito nostro è quello di concorrere con buona volontà, oltre le divisioni di parte, per accelerare i tempi di ogni realizzazione e batterci per l'unificazione dei servizi sanitari e per la giusta collocazione del Ministero della sanità non solo sul piano meramente umanitario e caritativo, ma su quello che più interessa la salute del popolo; la quale, attraverso la

medicina preventiva e la salvezza di milioni e milioni di giornate lavorative, è legata ad un problema di economia che lungimiranti economisti devono considerare alla luce di una realistica visione dei problemi propri di una società e di uno Stato moderno.

Faccio, per ultimo, presente alla Commissione che questa mattina ho ricevuto una lettera del Ministro della sanità il quale dichiara di condividere, in linea di massima, quanto da me affermato nella relazione introduttiva. Il Ministro si duole di non poter essere intervenuto a causa del pressante impegno che lo ha obbligato ad essere presente alla Camera per il varo della riforma ospedaliera.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il senatore Ferroni per il suo intervento e per l'entusiasmo che ha posto nelle sue parole, entusiasmo connaturato alla sua passione politica.

Proporrei alla Commissione un rinvio dell'esame, per consentire al sottosegretario Volpe di predisporre i dati per una replica analitica adeguata all'importanza della discussione svoltasi.

Se non si fanno osservazioni, il seguito dell'esame dello stato di previsione è rinviato ad altra seduta.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 12,25.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 16 MARZO 1967

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 9,30.

Sono presenti i senatori: Alberti, Bonadies, Caroli, Cassese, Cassini, Cremisini, Criscuoli, D'Errico, Di Grazia, Ferroni, Lombardi, Lorenzi, Orlandi, Perrino, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti, Simonucci e Zanardi.

A norma dell'articolo 18, ultimo comma, del Regolamento, i senatori Tibaldi e Zonca sono sostituiti, rispettivamente, dai senatori Albarello e Limoni.

Interviene il Sottosegretario di Stato per la sanità Volpe.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967

— Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità (Tabella 19)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1967 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Passiamo ora agli ordini del giorno.

Do la parola al senatore Samek Lodovici perchè illustri il suo ordine del giorno.

S A M E K L O D O V I C I . Anzitutto ringrazio vivamente i colleghi che hanno avvalorato con la loro convinta ed immediata adesione l'ordine del giorno da me presentato il 9 ultimo scorso, relativo alla educazione sessuale sanitaria ed etica della gioventù, che — come avranno potuto rilevare — ha avuto una notevolissima eco anche sulla stampa.

È stato sottoscritto dai senatori: Zelioli Lanzini, Peserico, Pignatelli, Cassini, Lombardi, Sellitti, Perrino, Caroli, Ferroni, Cassese, Zanardi, D'Errico, Orlandi, Lorenzi, Di Grazia, Criscuoli, Albarello, Cremisini, ed è del seguente tenore:

Il Senato,

considerato ormai problema maturo ed indilazionabile quello della educazione sessuale etica ed igienica della gioventù, considerato anche l'inadeguato interessamento della famiglia,

invita l'onorevole ministro della sanità e l'onorevole ministro della pubblica istruzione a promuovere di concerto gli opportuni provvedimenti legislativi, affinché nelle scuole, a partire eventualmente dalla 3^a media d'obbligo, si tengano, secondo programmi adeguati ai diversi livelli di studio e col rispetto dovuto all'età ed alla personalità dei discenti, delle lezioni sui problemi della sessualità nel contesto di un più lato programma di educazione sanitaria, a scopo di sana informazione scientifica, di preservazione della salute fisica e di educazione morale del futuro cittadino alle sue responsabilità.

Fa voti che gli stessi onorevoli Ministri valorizzino dove esistono, promuovano dove ancora mancano, a cominciare dall'anno scolastico corrente e 1967-68, gli indispensabili corsi per l'aggiornamento in queste materie degli insegnanti, in particolare di quelli di scienze, di educazione fisica e di religione.

Dell'argomento avevo già avuto occasione di occuparmi — e forse fra i primi in Parlamento — quando si discusse in Senato nel 1964-65 la famosa proposta di modifiche e integrazioni alla legge Merlin del 20 febbraio 1958, n. 75.

Anzi, l'ordine del giorno da me presentato non è che la traduzione di uno degli emendamenti aggiuntivi a quella legge, che io avevo proposto sostenendo che l'educazione sanitaria sessuale, nelle scuole, tra i militari, nelle fabbriche, doveva considerarsi come è di fatto la chiave di volta per una efficace profilassi delle malattie veneree, di cui in quel momento essenzialmente si preoccupava il Senato. I miei emendamenti purtroppo non furono votati.

Oggi la situazione sembra più favorevole e per quanto riguarda l'educazione sessuale nelle scuole osservo subito che l'essere stato l'ordine del giorno sottoscritto non solo da numerosi ed autorevoli colleghi di questa Commissione, ma appartenenti a tutte le parti politiche qui rappresentate: Democrazia cristiana, Partito socialista italiano, Partito socialista democratico italiano, Partito liberale italiano, Partito comunista italiano, Movimento sociale italiano, Partito socialista italiano di unità proletaria, è già di per sé una dimostrazione importante della asserita indilazionabilità del problema; problema che sembra ormai maturo per una soluzione positiva, legislativa, anche nel nostro Paese, come già è avvenuto da tempo in altri progrediti.

Non possiamo, infatti, onorevoli colleghi, più oltre chiudere gli occhi alla realtà. Piaccia o non piaccia, le cose del sesso i ragazzi le imparano fatalmente dall'ambiente e oggi, con il pansessualismo imperante, forse le apprendono anche prima di una volta; ma le imparano il più spesso deformate e in una

atmosfera malsana, di mistero, di scoperta di cose proibite, nelle quali si accorgono di essere stati per tanto tempo tenuti all'oscuro o ingannati, onde inevitabili *shock* emotivi. Talvolta, purtroppo, le imparano venendo avviati anche alla patologia, alla perversione della sessualità.

Le conseguenze di questo apprendimento diremo « ambientale », anche se riparabili e non sempre gravi — non si deve esagerare — sono comunque sempre più o meno negative per la formazione della personalità, per la salute fisica e psichica, per il costume, per la società.

Episodi sconcertanti come quello della « Zanzara », tutto lo scandalo del Liceo Parini, a parte le speculazioni politiche, sulla stampa, sulla Magistratura, non si sarebbero avuti probabilmente se per tempo si fosse parlato ai giovani su ciò che è lecito e ciò che non lo è! Essi dimostrano, d'altra parte, quanto i giovani dei due sessi hanno bisogno di una educazione sessuale bene intesa, e noi dobbiamo darla indubbiamente secondo la nostra tradizione, la nostra cultura, la nostra morale.

Educazione scolastica sessuale, etica ed igienica, come ci siamo espressi nell'ordine del giorno, non significa, onorevoli colleghi, non vuole essere, non deve essere e non è — come qualcuno o molti possono temere — iniziazione precoce alla vita sessuale, corruzione anche involontaria di minori, insegnamento della strumentalità dei rapporti sessuali, delle pratiche anticoncezionali, eccetera, tutt'altro. Essa significa prima di tutto verità e rispetto della personalità del ragazzo, facendola finita con le spiegazioni fantastiche e menzognere; vuol dire informazione veritiera sulle cose del sesso, sull'origine e la propagazione della vita; una informazione che dovrebbe essere tempestiva, incominciare già in famiglia, fin dalle prime curiosità infantili e continuare nella scuola gradualmente, adeguata all'età e al livello intellettuale dei ragazzi, massimamente rispettosa della loro personalità; elargita con onestà, senso di responsabilità, prudenza, ma anche con sincerità e naturalezza, senza imbarazzo. Così intesa ed attuata l'educazione sessuale non può provocare nel ragazzo alcun

turbamento, ma può prevenirne e aiutarlo a diventare un cittadino responsabile.

Educazione sessuale nei ragazzi più grandi con la comparsa di quel formidabile evento biologico che è la pubertà, e più tardi avanzando l'età, significa comprendere e rasserenare il giovane nei suoi turbamenti, nella sua crisi e insegnargli anche, in una visione globale dell'amore, quindi non solo materialistica ma anche affettiva e ideale, che l'istinto sessuale, come altri istinti, l'uomo può e deve imparare a dominarlo con la volontà, per l'affermazione della sua libertà, della sua personalità, per la sua stessa maggiore felicità.

Questa preziosa conquista non può scaturire da coercizioni o paure, ma solo da una educazione consapevole e prolungata, tanto meglio se aiutata da alti ideali religiosi.

Educazione sessuale bene intesa, morale e sanitaria, significa informare alla debita età i giovani, che coi rapporti sessuali si possono anche prendere e trasmettere delle malattie, come si può anche andare incontro alla responsabilità di diventare padri e madri; ed è evidente l'importanza di questo aspetto per un Paese come il nostro dove si calcola che nascano 20 mila figli illegittimi all'anno.

Educazione sessuale a questa età, a questo livello vuol dire anche riconoscere e insegnare l'innocuità e i pregi della castità prematrimoniale volontaria e della fedeltà coniugale: verità scientifiche queste sulle quali nessun cittadino anglosassone o svedese si permetterebbe di fare del sarcasmo. Significa infine — ed è importante! — insegnare a rispettare la creatura umana, sempre, anche quando si sia degradata a strumento di piacere mercenario, ed educare a tenere un comportamento responsabile anche nell'esercizio della sessualità, per la dignità propria e altrui e anche per la difesa della salute fisica propria e degli altri.

L'educazione sessuale certamente è un diritto naturale della famiglia e dovrebbe essere compito dei genitori l'impartirla ai figli, ma, pur auspicando che ciò avvenga per un maggior interessamento, non si può non prendere atto della grave, durevole e sembra

invincibile carenza della famiglia in questo campo; situazione questa, secondo il mio parere, che giustifica e postula l'intervento almeno sussidiario della scuola e quasi ne fa la mandataria della famiglia.

Nessuno si nasconde, onorevoli colleghi, la delicatezza del problema e le difficoltà pratiche di attuazione! Ma è ormai opinione largamente diffusa che non si possa attendere oltre ad affrontarlo; ed il nostro ordine del giorno ha essenzialmente il significato di un autorevole e pressante invito al Governo a fare la sua parte; il Governo può intervenire meglio dell'iniziativa parlamentare che tuttavia, ritardando il Governo, potrà e dovrà intervenire.

Prescindendo da quanto si fa in altri Paesi, che non è senz'altro applicabile in Italia, non mancano, anche da noi, esperienze ben positive alle quali rifarsi, come quelle condotte da alcuni anni con grande competenza, serietà e passione dal Caletti, illustre medico specialista, nelle scuole medie e magistrali nel Veneto, e dal professor Orlandini a Milano; non mancano voti e studi di importanti consessi come quello recentissimo tenuto a Roma nel 1966 dal CIES (Centro italiano educazione sanitaria) e sono anche incominciati a comparire da noi dei libri, libri ancora perfettibili ma utili, ad uso degli insegnanti, come il Compendio di educazione sanitaria del CIES presentato dal ministro Mariotti, che comprende anche un capitolo sull'educazione sessuale, l'ottimo libro: « Come comincia la vita » di Jules Power, presentato dal professor Quadrio della Università cattolica di Milano. Sottolineo che a quanto risulta dalla stessa « Dichiarazione sull'educazione cristiana » del Concilio ecumenico Vaticano II, la Chiesa cattolica non solo è ben lungi dall'opporci, ma afferma che i giovani devono ricevere una positiva e prudente educazione sessuale. Per essa la preoccupazione maggiore, come per tutti gli onesti e per i genitori, è solo quella del modo come verrà impartita l'educazione sessuale e della formazione soprattutto degli insegnanti che devono essere ben preparati e adatti e soprattutto coscienti dell'altissima responsabilità e delicatezza del loro compito.

Sono preoccupazioni legittime e difficoltà non sottovalutabili—ma superabili, purchè lo si voglia.

Con l'ordine del giorno si propone di valorizzare e intensificare dove esistano e promuovere ed estendere, fin da quest'anno, corsi di studio e iniziative per l'informazione adeguata e formazione in questa materia degli insegnanti, maestri, maestre, professori, religiosi, medici.

L'esperienza ha dimostrato che, contrariamente a quanto si potrebbe supporre, anche a livello degli insegnanti esiste su queste cose una notevole insufficiente e inadeguata conoscenza.

Nel frattempo la cosa più opportuna e urgente sembrerebbe a me che il Governo, onorevole Volpe, promuova subito la costituzione di una commissione di esperti chiamando a farne parte, oltre naturalmente i genitori, pedagogisti, medici, psicologi ed ecclesiastici; commissione che dovrebbe studiare e preparare concrete proposte legislative per inserire finalmente nei programmi scolastici l'educazione sessuale, sanitaria ed etica come noi l'intendiamo e nel contesto, come appare più opportuno, di un programma più largo di educazione sanitaria, adeguato naturalmente alle varie età ed ai vari livelli di studio.

Come per l'istruzione religiosa è chiaro che la futura legge dovrà prevedere anche per l'educazione sessuale l'esonero dalle lezioni dei ragazzi i cui genitori non le gradissero. Mi auguro che il Governo accetti l'ordine del giorno e provveda e non lo faccia rimanere lettera morta.

A L B A R E L L O . Sono qui in sostituzione del senatore Tibaldi il quale, essendo assente per indisposizione, non ha avuto la possibilità di apporre la propria firma all'ordine del giorno presentato dal senatore Samek Lodovici.

Se il collega me lo permette vorrei ora, a nome del mio Gruppo politico, sottoscrivere l'ordine del giorno stesso, che riteniamo quanto mai opportuno.

S A M E K L O D O V I C I . Tengo ad informarla che autorevoli senatori appartenenti alla sua parte politica hanno già dato

la loro adesione all'ordine del giorno e la ringrazio per il suo apprezzamento.

P R E S I D E N T E . Ricordo alla Commissione che i senatori Perrino, Sellitti, Samek Lodovici, Zonca, Cassini e D'Errico hanno presentato il seguente ordine del giorno:

Il Senato,

in sede di esame dello stato di previsione della spesa per il Ministero della sanità per l'anno finanziario 1967;

rileva con compiacimento che l'aumento del contributo statale annuo, da diciannove miliardi e mezzo a ventitrè miliardi e mezzo, consente all'ONMI di superare la crisi che l'ha travagliata in questi ultimi anni e la mette in condizioni di riprendere la sua attività;

rileva tuttavia che non sembra prossima la messa in funzione di alcune decine di nuove istituzioni che, pronte da alcuni anni, stanno avviandosi a notevole usura e deterioramento;

ritiene che il proposito dell'ONMI di aprire le nuove istituzioni, previo trasferimento di personale, è destinato a non trovare pratica attuazione — com'è dimostrato da recenti provvedimenti di trasferimenti rimasti inoperanti;

invita il Governo ad intervenire presso l'ONMI perchè provveda subito e comunque alla apertura delle nuove istituzioni.

P E R R I N O . Poche parole per illustrare l'ordine del giorno testè letto.

Ho già avuto occasione di sottolineare, onorevoli senatori, che è ormai giunto il momento di far uscire l'ONMI dalla situazione di immobilismo nella quale ristagna da diversi anni.

L'ONMI, in effetti, ricevendo da ogni parte istanze per mettere in movimento una cinquantina di nuove istituzioni che sono ferme da vari anni, ha dato assicurazioni che provvederà, tra non molto, al trasferimento interno di personale per rendere funzionali le istituzioni stesse.

Al riguardo, devo esprimere il mio scetticismo, del resto confortato dall'esperienza, perchè sono convinto che non sia sufficiente

il trasferimento di personale per raggiungere il traguardo di un effettivo funzionamento di certi centri dell'ONMI.

A conforto di questa tesi c'è un ultimissimo episodio: la sede centrale aveva disposto il trasferimento di alcune unità, a livello di puericultrici, da una provincia all'altra. Lo stesso Ministro della sanità, evidentemente interessato, è dovuto intervenire con un telegramma indirizzato alla sede centrale per invitarla a revocare i provvedimenti di trasferimento.

Mi sembra, pertanto, del tutto giustificato il mio scetticismo, ma rimane il fatto, come ha sottolineato la senatrice Minella Molinari, che il problema dell'apertura delle nuove istituzioni ONMI è quanto mai indilazionabile.

Ricordo ancora una volta che, per quanto riguarda gli asili-nido che accolgono i bambini dalla nascita fino al terzo anno di età, siamo assolutamente carenti, perché gli istituti privati, vuoi laici, vuoi religiosi, non si occupano di questa assistenza, che richiede molta fatica ed una sorveglianza particolare.

Mentre è in atto la presentazione di un disegno di legge governativo per la istituzione della scuola materna statale, nel settore degli asili-nido non c'è ancora nessuna prospettiva al di fuori dell'ONMI che, unica in Italia, cura questa particolare assistenza.

Da ciò la necessità e l'urgenza che il Ministero della sanità intervenga presso la direzione dell'ONMI affinché rompa gli indugi e apra nuove istituzioni, tanto più che il Governo, sensibilizzato a questi problemi, ha contribuito quest'anno ad aumentare lo stanziamento a favore dell'ONMI da 19 miliardi e mezzo a 23 miliardi e mezzo di lire; c'è dunque la possibilità di cominciare a fare qualcosa di più!

FERRONI, *relatore*. Accetto la sostanza dell'ordine del giorno illustrato dal senatore Perrino e, anche se non ne sono firmatario, sono favorevole alla sua approvazione.

Non sono invece d'accordo sulla forma con cui esso è stato redatto.

Perché, senatore Perrino, dobbiamo fare un processo preventivo alle intenzioni del-

l'ONMI? Perché, al terzo periodo dell'ordine del giorno, si deve dire che « non sembra possibile la messa in funzione di alcune decine di nuove istituzioni che, pronte da alcuni anni, stanno avviandosi a notevole usura e deterioramento »? Questa asserzione mi sembra eccessiva e che suoni come critica all'ONMI nei confronti di qualcosa che ancora non sappiamo quale conclusione avrà.

Mi permetterei, dunque, di proporre la modifica del terzo periodo, dicendo semplicemente che « si rileva la necessità della messa in funzione di alcune decine di nuove istituzioni... »; mentre sopprimerei interamente il periodo successivo in cui si dice che « il proposito dell'ONMI di aprire nuove istituzioni, previo trasferimento di personale, è destinato a non trovare pratica attuazione — come è dimostrato da recenti provvedimenti di trasferimento rimasti inoperanti ».

Così facendo ritengo che elimineremmo ogni polemica con l'ONMI, polemica che, tra l'altro, esula dall'ambito della nostra competenza.

PERRINO. La parte dell'ordine del giorno che il senatore Ferroni propone di sopprimere, anche se dovesse cadere, rimarrebbe sostanzialmente agli atti nelle dichiarazioni che ho fatto poc'anzi.

Io ho esposto una situazione di fatto che non può essere ignorata e non mi pare neanche, con quanto detto, che noi possiamo interferire nella politica dell'ONMI.

Comunque, poichè desidererei che sull'ordine del giorno ci fosse l'unanime consenso dei membri della Commissione, non avrei difficoltà ad accedere alla proposta di modifica del senatore Ferroni.

PRESDENTE. Informo la Commissione che il senatore Albarello ha presentato il seguente ordine del giorno:

Il Senato,

in considerazione del favore quasi generale della pubblica opinione, confortato dai pareri di illustri scienziati, per evitare

le gravi conseguenze sociali derivanti da divieti anacronistici;

per seguire l'esempio dei paesi più moderni e civili che hanno provveduto da tempo alla più larga sperimentazione positiva;

impegna il Governo a rimuovere ogni ostacolo che impedisce la libera distribuzione su ricetta medica dei prodotti anticoncezionali e la propaganda per la regolazione delle nascite;

fa voti affinché i prodotti farmaceutici adatti al controllo della procreazione siano inseriti nell'elenco delle specialità distribuite gratuitamente ai mutuati.

A L B A R E L L O . Onorevole Sottosegretario, onorevoli senatori, avverto la delicatezza dell'argomento che mi accingo a trattare e l'inadeguatezza delle mie forze dovendo sostituire, in questa Commissione, il senatore Tibaldi molto più competente di me per trattare simili questioni.

Mi faccio forte dell'incarico avuto dal mio partito per cercare di spiegare, sia pure brevemente, i motivi che mi hanno indotto a presentare l'ordine del giorno testè letto.

Il problema che abbiamo di fronte, ripeto, è molto delicato e, al tempo stesso, riveste carattere di grande urgenza.

Qual è nel nostro Paese la situazione attuale a proposito della produzione e della vendita di prodotti anticoncezionali? Tutti i colleghi sanno certamente che tali prodotti sono in libera vendita in tutta l'Italia; il fatto piuttosto doloroso ed increscioso riguarda il modo con il quale tali farmaci sono venduti e sono presentati al pubblico.

Questi prodotti, infatti, vengono presentati con delle indicazioni terapeutiche che rappresentano delle ipocrisie belle e buone; cioè, questi prodotti, che servono alla regolamentazione della procreazione, vengono invece messi in vendita come atti a curare più svariate malattie.

D I G R A Z I A . Ma che ipocrisia! Questi prodotti sono a base di ormoni e servono effettivamente a curare molte malattie.

A L B A R E L L O . Il fatto è che i medici li prescrivono come anticoncezionali, mentre nelle indicazioni terapeutiche questo non è detto.

Sarà una forma di ipocrisia o no, chiamatela come volete, ma è certo che le case che producono questi medicinali non usano un sistema che noi possiamo approvare. Questo denota che, ancora una volta, nel nostro Paese si cerca di aggirare gli ostacoli piuttosto che affrontarli direttamente con sincerità ed onestà.

In conseguenza del fatto che i preparati di cui trattasi vengono posti in vendita senza un'adeguata propaganda e senza l'indicazione precisa dell'uso cui sono destinati, avviene ciò che diceva il « Corriere della sera » di alcuni giorni fa: che, praticamente, questi prodotti si trovano solo in certe farmacie, a Roma solo in quelle internazionali, e vengono usati dai soliti privilegiati che hanno avuto modo di conoscerli e di farseli prescrivere dal medico.

C'è inoltre da dire che si tratta di specialità piuttosto costose e, pertanto, precluse al vasto pubblico, presso il quale, come ho già detto, non viene fatta un'adeguata propaganda, sempre per il famoso articolo 553 del Codice penale. Per tale ragione, nel mio ordine del giorno, faccio voti affinché i prodotti farmaceutici in questione siano inseriti nell'elenco delle specialità distribuite gratuitamente ai mutuati.

Onorevoli senatori, che il problema sia di grande attualità lo deduciamo anche dal fatto che la stessa Chiesa cattolica lo sta trattando, che una Commissione di esperti in questa materia si è interessata al problema, e che di esso si attende una definizione completa da parte di un'altissima autorità religiosa.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Le ricordo che la questione è ancora *sub judice* dal punto di vista scientifico.

A L B A R E L L O . Proprio per aderire all'interruzione del Sottosegretario Volpe, citerò l'ultima dichiarazione del Cardinale belga Suenens, il quale ha detto: « Il Sommo

Pontefice non avrebbe più remore di carattere teologico o morale, ma solo remore di carattere medico e scientifico, perché il problema sarebbe ancora *sub iudice* solo dal punto di vista della sicurezza terapeutica ».

Ora, non so cosa pensare perchè, ad esempio, il Ministro laburista dell'igiene e sanità inglese ha fatto approvare dal Parlamento la distribuzione gratuita dei prodotti anticoncezionali a tutti i mutuati inglesi.

Io credo che la presenza dell'articolo 553 del Codice penale, malgrado la presa di posizione della Corte costituzionale che ha voluto dimensionare l'importanza di tale articolo, stabilendo che esso non impedisce la propaganda scientifica per la regolamentazione delle nascite, ma impedisce solo la pornografia e gli attentati al buon costume, non ci debba impedire di fare presenti le nostre idee sull'argomento, tenendo conto che questo problema viene affrontato nel nostro Paese con 20 anni di ritardo. Nel 1948 gli onorevoli Preti e Bonanni presentarono un disegno di legge per l'abolizione dell'articolo 553 del Codice penale e poi altre proposte del genere si sono seguite nelle successive legislature; voglio anche ricordare che, prima della sua assunzione alla massima carica dello Stato, l'onorevole Saragat ha sempre apposto la sua firma in calce ai provvedimenti di abolizione dell'articolo 553.

Credo, dunque, che il problema sia maturo, e ritengo che il voto favorevole del Senato all'ordine del giorno da me proposto possa incoraggiare il ministro Mariotti ad aprire la strada ad una soluzione definitiva e completa di tutta la materia.

È infatti ora di intervenire, perchè i più grandi scienziati che si occupano di studi demografici ci dicono che, tra 20 anni, l'umanità sarà di 6 miliardi invece che di 3 miliardi e un quarto attuali e che sono in pericolo le fonti di alimentazione e di sostentamento di tutto il mondo; ma, a parte il problema del cibo, vi è quello dello spazio.

Se l'umanità non riesce a programmare le sue nascite e il suo futuro sviluppo, le generazioni che verranno non avranno un avvenire « brillante ». È necessario che il nostro Paese faccia un passo avanti in questo campo: esso fa parte delle Nazioni Unite ed

è stata proprio l'ONU a chiedere a tutti i Governi di lasciare piena libertà nella distribuzione dei prodotti anticoncezionali.

P R E S I D E N T E . Le decisioni in merito agli ordini del giorno saranno prese dopo la replica del rappresentante del Governo, al quale do la parola.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Signor Presidente, onorevoli senatori, consentitemi, nel prendere la parola in questa sede, in ordine al bilancio del Ministero della sanità, sottoposto al vostro responsabile esame ed alla vostra approvazione, di esternare al relatore, senatore Ferroni, l'apprezzamento sentito dell'Amministrazione sanitaria ed il mio personale, per l'approfondita disamina dei problemi sanitari del Paese, problemi di cui ha saputo enucleare gli aspetti essenziali in connessione all'attività del Ministero della sanità, ai risultati ottenuti, alle iniziative nei diversi settori, alle carenze che ancora sussistono, alle finalità da conseguire, giustamente inquadrando questa esposizione panoramica nella situazione politica generale e negli indirizzi programmatici del Governo.

L'approvazione del bilancio non costituisce, infatti, soltanto un atto dovuto di amministrazione, ma riveste un significato squisitamente politico che implica un giudizio di rispondenza dell'attività svolta agli indirizzi di politica generale, e, per essa, alle istanze della collettività nazionale.

Nel settore sanitario si è determinata una radicale modificazione degli indirizzi, via via che le istanze di politica sanitaria — per il loro contenuto umano e sociale — si sono poste più compiutamente e pressantemente alla coscienza ed alla responsabilità della collettività nazionale.

Al concetto caritativo di assistenza si è andato sostituendo quello della tutela individuale mediante forme sempre più evolute di provvidenze, fino a giungere, per gradi, al grande disegno della sicurezza sociale, intesa come un dovere dello Stato verso i cittadini.

Lo Stato moderno, infatti, superando la concezione agnostica e limitata dello Stato

liberale, ha il dovere ed il diritto, a un tempo, di operare quegli interventi che si appalesano necessari nel settore della sanità pubblica, di dare alla impostazione della riforma di strutture e della programmazione in materia sanitaria una rispondente aderenza agli indirizzi politici e sociali che lo caratterizzano.

Una riprova di questa sempre maggiore presa di coscienza attorno ai problemi sanitari, specie nel periodo che va dall'immediato dopoguerra ad oggi, è costituita dai fenomeni dello sviluppo e della proliferazione del sistema mutualistico, quale giustificabile espressione di una spontanea dinamica delle categorie verso più consone forme di assistenza sanitaria e di assicurazione sociale e, particolarmente, dalla istituzione del Ministero della sanità.

Una proposta di legge avanzata in tal senso dalla prima legislatura e che rifletteva l'esigenza di pervenire ad un organico coordinamento delle competenze e delle attività in campo sanitario, non ebbe la possibilità di compiere l'*iter* legislativo in quanto, in quell'epoca, più pressanti e gravi problemi incentravano su se stessi l'attività del Parlamento e dei Governi del tempo, impegnati nello sforzo di promuovere la ricostruzione del Paese, cui era connessa la ripresa delle attività economico-produttive e, quindi, la possibilità di occupazione e di vita delle classi lavoratrici.

Nella seconda legislatura i tempi erano maturi per la soluzione del problema e si pervenne, così, nel 1958, alla istituzione del Dicastero della sanità.

Fu un atto politico, questo, che concretamente dimostrava la crescente considerazione di cui erano oggetto i problemi sanitari, anche se la legge istitutiva non attuò certo quel coordinamento di poteri e di competenze in materia di sanità pubblica che sarebbe stato indispensabile e che si appalesa sempre più necessario per l'attuazione di un'organica e moderna politica sanitaria.

Non posso, quindi, che associarmi alle critiche, democraticamente costruttive, che in tal senso sono state rivolte all'attuale strutturazione del Ministero e non posso che associarmi alle conseguenziali richieste —

che, unitamente al riconoscimento dell'opera positiva svolta dal Ministero, costituiscono il comune denominatore dei rilievi avanzati sia dalla maggioranza che dalla minoranza — intese a superare l'attuale situazione, onde assicurare al Ministero della sanità oltre la « vita », una effettiva e piena « vitalità ».

Parimenti è stata concordemente rilevata la insufficienza dei mezzi finanziari (è questa una verità incontestabile che caratterizza il bilancio del Dicastero) a disposizione del Ministero della sanità e che condiziona l'attività dello stesso.

Quanto più doverosamente, infatti, l'Amministrazione sanitaria pone in essere i suoi interventi a tutela della salute pubblica, tanto più deve quotidianamente constatare la l'esigenza di poter disporre di più adeguati mezzi finanziari per far fronte ai molteplici e pressanti impegni.

Posso dire che anche il Governo è dell'avviso che altri stanziamenti debbono essere posti a disposizione del Ministero della sanità.

Il senatore D'Errico, a conclusione del suo intervento critico, ma costruttivo, ha espresso l'avviso che la relazione del senatore Ferroni sia caratterizzata da un « ottimismo artificioso ». Io ritengo che non possa giudicarsi viziata da un tale ottimismo l'esposizione del relatore in quanto la relazione dello stesso costituisce una chiara indicazione dei problemi sanitari nella loro realtà attuale e nelle prospettive future.

Il senatore Ferroni ha denunciato l'insufficienza dei mezzi in rapporto agli interventi da operare, riconoscendo, però, che non può farsi addebito di tale carenza all'Amministrazione sanitaria, in quanto dev'essere tenuto presente che la situazione che oggi si lamenta è scaturita da un complesso di cause che si sono andate maturando soprattutto in questi anni — ed in diretta connessione con il miglioramento del tenore di vita e dello sviluppo sociale della nostra popolazione — cause che hanno portato il Ministero della sanità a dover fronteggiare problemi sempre più numerosi e vasti.

L'attenta considerazione delle istanze non soddisfatte e la esigenza di dare un aspetto

organico e compiuto agli interventi che nel loro insieme costituiscono l'assistenza sanitaria hanno costituito il motivo essenziale dell'impegno posto dal Ministero allo studio ed alla impostazione della riforma sanitaria nel suo complesso, riforma che da un lato investe la struttura sanitaria di base e dall'altro si rivolge al sistema ospedaliero.

La prima riguarda la profilassi, la seconda la cura.

Per quanto riguarda la riforma ospedaliera, essa è rivolta ad adeguare un sistema ospedaliero che non è soltanto insufficiente sotto l'aspetto della potenzialità ricettiva e delle attrezzature, ma è altresì carente dal punto di vista strutturale e amministrativo. Occorre, cioè, dare un nuovo aspetto giuridico all'ente ospedaliero, curando nel contempo anche la riforma dell'organizzazione amministrativa, in modo da garantirne l'efficienza.

Tutto questo non investe, senatore D'Errico, il problema della costruzione di nuovi complessi ospedalieri, o in altri termini, dell'aumento della capacità ricettiva. In questo campo opererà la cosiddetta « legge bianca », la legge ospedaliera e, con la programmazione, verrà ulteriormente affrontato l'aspetto base del problema, cioè quello dell'adeguamento dei posti-letto alle esigenze. Il senatore D'Errico ci chiede che cosa è stato fatto nel frattempo, quale impegno sia stato dedicato dallo Stato al settore ospedaliero: risponderò con l'esposizione di alcuni dati succinti, senza ripetere quanto così chiaramente già esposto dal senatore Ferroni nella sua replica.

Complessivamente gli ospedali ordinari e generali, al 1963, offrivano 261.000 posti-letto; mentre al 31 dicembre 1965, cioè due anni dopo, ne offrivano 281.000, il che significa 20.000 posti-letto nuovi. Per quanto riguarda i sanatori, si riscontrano 45.000 posti-letto nel 1963 contro i 39.000 del 1965; vi è stata, cioè, una smobilitazione che va intesa, però, in effetti, come una « riconversione ». Per gli ospedali psichiatrici si è passati dai 98.000 posti-letto del 1963 ai 96.000 del 1965, con una riduzione che si è operata per adeguare il numero dei posti-letto alla reale capacità dei complessi ospedalieri interessati.

Le case di cura private passano dai 79.000 posti-letto del 1963 agli 88.000 del 1965. Questo fenomeno non deve scandalizzare nessuno, onorevoli senatori, poichè come già rilevato dal relatore e puntualizzato anche in altri interventi, tale aumento è la logica conseguenza del non adeguato intervento pubblico.

Del resto l'attività provata, in questo settore, non è sostitutiva di quella pubblica, ma ha una funzione sussidiaria, che è tutt'altro che condannabile e nella quale lo Stato interviene.

L O M B A R I . Intervento senza finanziamento.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Senza finanziamento, è logico, l'intervento dello Stato è, in questo settore, un intervento di controllo, di verifica, cioè, che le case di cura private ottemperino ai propri doveri. Quando poi vi potrà essere un controllo non solo giuridico, ma anche sanitario, l'integrazione cui ho fatto cenno sarà ancor più rispondente.

È stata, poi, lamentata una carenza nell'attività dell'ONMI. Questa deriva dalla scarsità dei mezzi a disposizione dell'Istituto, alla quale, però, si sta almeno in parte provvedendo. In ordine alle critiche riguardanti la struttura dell'ONMI devo osservare che si è già avuto un primo intervento con apposita legge, che ha portato a sostanziali e democratiche modificazioni nell'amministrazione dell'Ente.

A riguardo del problema dell'inquinamento atmosferico, la cui importanza è sempre maggiormente avvertita e riconosciuta, non posso non ricordare la battaglia condotta dal senatore Ferroni.

Con la recente legge si può affermare di aver posto una pietra miliare sulla via di una organica e coordinata disciplina che consenta di esercitare effettivi controlli a tutela della salute pubblica. Tale legge entrerà tra breve in vigore ed il regolamento di esecuzione è già in fase di pubblicazione.

Altro problema assai grave è quello delle sofisticazioni alimentari. In materia, però, mentre è doverosa la più drastica repressione delle frodi, sono da biasimare certe for-

me di scandalismo che danneggiano profondamente, generalizzando, quindi, il discredito da chi lo merita a tutta una collettività, con ripercussioni gravi nei confronti dell'estero. Sarebbe opportuno che anche la stampa valutasse gli effetti negativi che possono scaturire da certe generalizzazioni. Gli interventi del Ministero nel settore delle sofisticazioni sono valsi a stroncare certe attività illecite, moralizzando molti settori.

P E R R I N O. Vorrei sapere che cosa c'entra la stampa con i dati forniti dal Direttore generale dell'alimentazione, il quale asserisce che un terzo del vino prodotto in Italia non conosce l'uva. Il mercato è ora fermo da due mesi, non si vende più un litro di vino.

C A S S I N I. E se è la verità, perché non dirlo?

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Non creiamo polemiche perché non è il caso. In merito abbiamo risposto alle interpellanze rivolteci, ma bisogna riconoscere che non è nostra la colpa, se vi è stato un travisamento della situazione. Del resto il criterio che si è seguito è stato quello di puntualizzare la situazione, evidenziando lo stato di carenza esistente nel settore per denunciarlo all'opinione pubblica e chiamare la stessa opinione pubblica a collaborare con l'Amministrazione dello Stato; non si è certo voluto creare degli scandali, che anzi deprechiamo.

P E R R I N O. *Est modus in rebus...*

B O N A D I E S. Vi sono dei piccoli produttori agricoli la cui onestà va rispettata.

P R E S I D E N T E. All'altro ramo del Parlamento è in corso la risposta del Ministro sull'argomento.

F E R R O N I , *relatore.* È meglio che la stampa ecceda piuttosto che certe verità rimangano nascoste. La verità è come la guerra secondo Paolo Monelli: bella, ma sco-

moda; e per rivelarla il primo strumento è rappresentato dalla stampa, la cui libertà può essere limitata solo attraverso un atto di dispotismo.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* In merito alla legge ospedaliera è nota la posizione del Ministero della sanità, avendola già lo stesso chiaramente assunta di fronte al Parlamento. Sarà questo, come organo sovrano, a decidere definitivamente.

Per quanto riguarda i provvedimenti economici in favore dei medici ospedalieri, il Ministero della sanità si è espresso favorevolmente, poichè le rivendicazioni del settore erano senza dubbio giuste. I provvedimenti tendono a dare agli interessati una tranquillità nel lavoro, una stabilità, una disciplina; per cui mi sembra che il senatore D'Errico non debba nutrire alcuna preoccupazione circa un'eventuale statizzazione. Il « tempo pieno », infatti, è un problema di scelta; se i medici ospedalieri vorranno lavorare a tempo pieno lo faranno, altrimenti svolgeranno un lavoro parziale presso l'ospedale ed un altro al di fuori di questo. La questione potrà essere liberamente decisa tra il medico prestatore d'opera e l'ente ospedaliero, datore di lavoro.

I senatori Cassini, Bonadies e Cassese sono intervenuti sul problema della cura dei tumori, su quello della poliomielite e della tubercolosi. Non può nascondersi l'insufficienza dei mezzi esistenti per il primo settore che è, però, carente non solo per questo motivo, ma anche per il fatto che manca ancora lo strumento legislativo che consente di intervenire in maniera completa; per cui la lotta contro i rumori — lotta che, voi mi insegnate, non è soltanto cura ma è specialmente profilassi, diagnosi precoce della malattia — non è ancora organizzata come si dovrebbe. Circa la poliomielite debbo ricordare che il Ministero della sanità è intervenuto ed interviene attivamente e lo sforzo compiuto potrà essere adeguatamente valutato quando si potrà constatare che le conseguenze della malattia siano state annullate.

Non dobbiamo dimenticare le migliaia, le decine di migliaia di poliomielitici che non possono essere abbandonati al loro destino

e che la comunità ha il dovere di assistere nella delicata fase della rieducazione, per riacquistarli alla collettività e reinserirli nel mondo del lavoro.

Una riduzione di mezzi per questo capitolo non sarebbe nè logica, nè morale, ma improduttiva e non rispondente ai principi etici umani.

L O M B A R I . Negli anni passati abbiamo fatto pressioni per istituire o trasformare in ogni capoluogo di provincia i consorzi antitubercolari come parte della medicina sociale, ora in questa rientrano i tumori e tante altre malattie sociali.

A che punto siamo per la trasformazione della terapeutica dei consorzi che sono rimasti antitubercolari, affinché acquisti carattere di medicina sociale d'avviamento e preventiva in ogni capoluogo di provincia? È una domanda che proponiamo da molti anni, ma che resta senza risposta.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Il problema potrà, anzi dovrà essere risolto con la legge per l'istituzione dell'unità sanitaria di base. L'auspicata trasformazione dei consorzi antitubercolari ne sarà la logica conseguenza, in armonia alla configurazione che si attribuirà all'unità sanitaria di base, e, per essa, al settore della profilassi, in cui dalla base per andare al vertice si passerà attraverso un sistema provinciale-regionale cui spetterà sovrintendere e coordinare l'attività profilattica di base.

L O M B A R I . Il Governo come si prospetta questa nostra richiesta?

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* L'impostazione e l'esame della materia sarà operata dal Governo, dalla Commissione, dal Parlamento a tempo debito, quando sarà affrontata la riforma sanitaria di base.

Quindi, senatore D'Errico, non convergo con la richiesta di riduzione di fondi per la lotta contro la tubercolosi. Non convergo per un motivo semplicissimo: perchè, è vero che in tale lotta abbiamo raggiunto una situazione che ci dà una relativa tranquillità

per quanto attiene la cura, ma non dobbiamo sottovalutare l'importanza della profilassi che non può essere abbandonata, perchè potrebbe aversi una riesplorazione della malattia ed il problema si riproporrebbe aggravato alla nostra considerazione. Non è il caso di ridimensionare, quindi, l'intervento per il settore della tubercolosi, ma di riconvertirlo nel senso di perseverare nell'azione di profilassi, specialmente verso l'infanzia.

Per quanto riguarda la terapia della malattia tubercolare, sono d'accordo con gli intervenuti che hanno rilevato come molti istituti di cura (dislocati soprattutto in alta Italia e particolarmente nel Trentino) che rappresentano delle unità validamente utilizzabili, non lo siano più attualmente anche perchè la terapia climatica non è più basilare per la cura della tubercolosi.

Si pone, quindi, il problema di utilizzare tali complessi per altri fini, cioè, mettendoli a disposizione di altri settori di profilassi e di cura.

Stante l'argomento, consentitemi una digressione sulla profilassi della poliomielite.

Come ricorderete i primi esperimenti di vaccinazione, con il vaccino Salk, risalgono in Italia agli anni 1958-59.

Nacque, poi, il problema se utilizzare anche in Italia il vaccino Sabin, con *virus* vivi attenuati, che ottimi risultati aveva conseguito negli USA e nell'URSS. Tale indirizzo prevalse a seguito delle conclusioni delle apposite commissioni di studio.

Il Ministero della sanità ha giustamente evidenziato la politica di profilassi perseguita nel tempo, in questo settore.

L'obbligatorietà della vaccinazione si è, infatti, potuta attuare mediante una opportuna propaganda ed una perseverante, capillare opera di convincimento da parte delle vigilatrici sanitarie e di tutto il personale sanitario, dai medici provinciali, agli ufficiali sanitari, ai medici condotti, alla organizzazione dell'ONMI.

L'opera da costoro svolta con spirito di abnegazione merita il grato riconoscimento della collettività. Le difficoltà incontrate, infatti, particolarmente in determinati settori della popolazione ed in alcune regioni, non possono essere trascurate.

Lo si può constatare ancora oggi nelle nostre zone depresse, non solo economicamente ma anche socialmente e culturalmente, nelle quali, nonostante l'obbligatorietà, si incontrano delle resistenze da parte delle famiglie alla vaccinazione dei bambini. L'intervento quindi dello Stato e della legge per superare queste resistenze va favorevolmente considerato e non solo per la vaccinazione contro la poliomielite ma anche per quelle contro il tetano. Pertanto, signor Presidente, non posso che plaudire alla sua opera e di quanti si sono battuti per questa obbligatorietà.

Per quanto riguarda, invece, la vaccinazione tubercolare non potrei parimenti, senatore Ferroni, sostenere il criterio della obbligatorietà perché in ordine a tale vaccinazione sussistono ancora contrasti a livello scientifico per gli incidenti che possono, in alcuni casi, derivarne.

La stessa, pertanto, può operarsi nei diversi stadi dell'età infantile, nei primi anni dell'infanzia, e con tutte le cautele. Al riguardo auspico più approfonditi studi ai fini di una vaccinazione più estesa, ma controllata e non ancora obbligatoria. Qualora, in campo scientifico, si raggiungesse una uniformità di indirizzo, il problema della obbligatorietà potrà essere riproposto.

FERRONI, *relatore*. Ho espresso il parere anche alla luce di esperienze fatte nella mia provincia per un dato vaccino. A parte questo, ho espresso una opinione personale sull'obbligatorietà; chiedo in via subordinata che questa si estenda a sempre più ampie fasce di cittadini, specie a quelli che sono a contatto con i bambini. Posso dire che nella mia provincia gli insegnanti delle scuole elementari ed asili non vogliono fare l'esame toracico: bisogna obbligarli, non si può fare questione di pudore quando possono essere fonte di contagio per centinaia di bambini.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. La mia provincia di Caltanissetta è tra le più depresse d'Italia, eppure, in questa provincia, non con la legge ma con la persuasione, si sta operando l'indagine scher-

mografica della popolazione scolastica. I risultati purtroppo dimostrano l'assoluta necessità di questi accertamenti.

FERRONI, *relatore*. Ero dirigente di un ente lirico, imposi l'obbligo dell'esame schermografico a 160 persone costituenti una collettività professionale, su 80 persone trovai 8 tubercolosi; e stavano in venti metri quadrati.

LOMBARI. Chi frequenta le sale anatomiche patologiche sa che il 90 per cento della popolazione ha delle carenze tubercolari: tutti portiamo la tubercolosi, ecco perchè la vaccinazione obbligatoria deve essere controllatissima!

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Per quanto riguarda l'osservazione del senatore Perrino in materia di unificazione dei servizi sanitari, sono perfettamente d'accordo sulla opportunità di questa unificazione. Va osservato, però, che l'attuale dispersione non riguarda solo i mezzi, ma è anche di natura legislativa, per cui spesso non risulta possibile operare interventi unitari.

Questa esigenza, del resto, costituisce la premessa stessa della riforma dell'assistenza sanitaria con l'istituzione dell'unità sanitaria di base per pervenire gradualmente al più vasto disegno di un compiuto sistema di sicurezza sociale.

Questo è infatti l'obiettivo non solo del Governo e dei partiti che formano la coalizione di centro-sinistra, ma costituisce una istanza prioritaria sulla via del progresso sociale e civile, la quale per attuarsi, con l'intervento dello Stato, ma in forme di democrazia e di libertà, richiede la responsabile partecipazione di tutta la collettività nazionale.

Per il settore farmaceutico, senatore Perrino, si impone una riforma legislativa. È noto che il problema delle farmacie rurali che si è andato via via acuendo con lo spopolamento delle campagne, ha assunto una gravità non trascurabile dal punto di vista sociale. Una riforma legislativa è necessaria per affrontare non solo la questione delle

farmacie rurali, bensì tutto il problema delle farmacie e quello complesso della produzione dei farmaci. Tale ultimo settore va riformato in base al principio della brevettabilità dei prodotti, perchè solo in questo modo si potrà svolgere una adeguata politica dei prezzi che costituisca anche un incentivo alla ricerca.

C A S S E S E . La brevettabilità dei prodotti fa abbassare i prezzi?

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Non ho affermato questo, ho detto, invece, che il principio della brevettabilità dei prodotti permette di svolgere una certa politica dei prezzi meglio di quanto sia possibile oggi con gli strumenti di cui si dispone. Occorre, inoltre, armonizzare le competenze, eliminare cioè le diarchie e triarchie che in atto sussistono in materia di prezzi dei prodotti farmaceutici.

La politica dei prezzi — dicevo — deve tenere conto di un fattore basilare quale è quello della ricerca, al fine di incoraggiarne la relativa spesa da parte delle industrie produttrici mentre dovrebbe promuoversi il contenimento dei costi dovuti alla propaganda, una politica cioè che si preoccupi del reale progresso del settore in funzione dei preminenti interessi della collettività che investono le qualità e il prezzo dei prodotti.

C R E M I S I N I . Lei ha parlato, giustamente, della ricerca. Penso che lei abbia una idea, sia pure approssimativa, dei mezzi di cui la ricerca deve disporre per mantenere il suo grado di competitività nella ricerca stessa!

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Ho le idee chiare al riguardo.

C R E M I S I N I . Di conseguenza, mi sembra un po' eufemistico affermare una benefica influenza sui prezzi se non si ha una esatta visione di questi elementi. Lei sa che il bilancio di una qualsiasi casa americana produttrice di farmaci pone alla voce « ricerca » una cifra pari a cinque-sei volte il fatturato delle maggiori case italiane.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Glielo posso dire in percentuale . . .

C R E M I S I N I . Non è necessario, perchè conosco le cifre.

Di conseguenza, come si può pensare di rendere competitiva la ricerca esclusivamente ricorrendo alla brevettabilità del farmaco? Prima bisogna riflettere sulle possibilità materiali dell'industria italiana per la ricerca. Se questi mezzi oggi sono espressi da cifre irrisorie, ciò è dovuto proprio al fatto che la potenzialità economica delle aziende italiane non riesce né potrà mai riuscire a mettere insieme i mezzi necessari per la ricerca. Di conseguenza, chi può mettere a disposizione questi mezzi? L'industria straniera, ma dicendo « industria straniera » non si può dire che sostanzialmente industria americana.

Quindi, onorevole Volpe, si può pensare quello che si vuole, e le dirò che in fatto di brevettabilità non sono contrario, ma non perchè la brevettabilità influisce sui prezzi o dà delle possibilità all'industria italiana, bensì per il fatto che l'industria italiana, pagando un brevetto, può beneficiare delle ricerche altrui!

È luogo comune parlare di competitività delle ricerca italiana, ma le maggiori case italiane non possono spendere più di 500-600 milioni nella ricerca, mentre la più modesta casa americana può spendere oltre gli 11 milioni. Gli altri sono tutti discorsi che per coloro che trattano, sia pure superficialmente, questo problema, sono infantili.

Quindi io dico: ben venga la brevettabilità dei prodotti, ma non perchè questa ci permetterà di metterci in concorrenza nella ricerca, ma perchè permetterà all'industria italiana di continuare a fare il suo mestiere, approfittando dei brevetti altrui.

Torneremo nuovamente su questo argomento quando interverremo in Aula, e torneremo con dati concreti: i bilanci delle aziende straniere (americane, inglesi, tedesche, giapponesi, eccetera) sono così eloquenti da togliere ogni possibilità di dubbio e di perplessità sul ragionamento che stiamo facendo.

Il Governo è in grado di dare questa notizia, ma non vuole darla.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. I senatori Samek Lodovici, Perrino e Cassese, nei loro interventi, hanno trattato il problema del sistema mutualistico, il cui riordinamento è, peraltro, strettamente connesso sia alla manifestata esigenza di concentrare nel Ministero della sanità le competenze in materia di sanità pubblica, sia alla riforma sanitaria vera e propria.

Il sistema mutualistico ha l'indiscusso merito di aver assolto in oltre un trentennio di attività una funzione essenziale e di aver affrontato e risolto problemi di assistenza sanitaria di grande rilievo. Lo stesso, nella sua attuale configurazione — stante l'evoluzione e l'ampliamento dei servizi mutualistici di assistenza malattia che si sono venuti determinando, nel tempo — accusa, però, per la eccessiva proliferazione degli Enti e delle strutture, per la dispersione delle stesse, deficienze di sostanziale rilievo che vanno dalla disparità di trattamento per i mutuatati a talune inadeguatezze delle prestazioni e, ancor più, delle modalità con cui tali prestazioni vengono rese, all'appesantimento degli apparati burocratici, al perseguimento di finalità non del tutto assimilabili a quelle di istituto, alle difficoltà dei rapporti tra enti e istituti ospedalieri.

Tali deficienze, le cui cause complesse necessiterebbero di un ben più approfondito esame, non devono portarci a un giudizio negativo sul sistema della mutualità che resta valido, ma necessita di essere sanato, armonizzato e coordinato.

Le riforme che attengono a questo specifico settore e che vanno necessariamente ad inquadrarsi nel piano organico di trasformazione delle strutture sanitarie del Paese, non sarebbero, però, quali che possano essere le forme di attuazione, del tutto producenti se uno sforzo parallelo non verrà anche dai mutuatati.

Le menzionate deficienze devono indurci ad un'attenta riflessione sulla esigenza di promuovere e sollecitare la formazione di una coscienza civica non meno che sanitaria, maggiormente consapevole e rispondente a

quelle più elevate finalità sociali che intendiamo perseguire e ciò sia attraverso una adeguata opera di civile educazione, sia mediante (so già che quanto sto per dire è demagogicamente impopolare) l'introduzione di forme, anche minime, e commisurate al reddito, di partecipazione diretta alle spese mutualistiche, relative ai medicinali, e per porre un freno e ovviare al regime di spreco che oggi sussiste ed al ricorso spesso non proprio giustificato a tale forma di assistenza di cui forse non si valuta appieno l'onere per la stessa collettività dei mutuatati a favore della quale potrebbero meglio essere utilizzati fondi di così ragguardevole entità.

ALBARELLO. Queste sono le tesi della Confindustria!

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Senatore Albarello, lei sa perfettamente da quale parte io provenga e, pertanto, può stare tranquillo che quanto ho asserito, l'ho asserito solo perchè risponde in coscienza a quanto mi sembra giusto, e credo di essere il solo — Confindustria a parte — che non ponga il problema in questi termini.

L'intervento del mutuatato nelle spese dei medicinali, del resto, non è da me sostenuto per favorire l'industria farmaceutica o l'apparato delle mutue, ma nell'interesse proprio ed esclusivo della globalità degli assicurati (potrebbe costituire addirittura un fondo a parte) per assicurare, anche in altri settori certo di non minore importanza, una assistenza sanitaria più adeguata e completa.

L'essenziale è creare una remora agli sprechi che investono non tanto l'assistenza medica quanto il consumo dei prodotti farmaceutici.

ALBARELLO. I mutuatati italiani pagano oggi la più alta quota di tutto il mondo per l'assistenza sanitaria.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. L'Italia, però, è oggi all'avanguardia rispetto agli altri Paesi per quanto concerne la spesa per i farmaci.

A L B A R E L L O . Ma le medicine le prescrivono i medici!

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Sono dunque perfettamente d'accordo con quanti hanno sostenuto la necessità di una riforma del nostro sistema mutualistico e di una maggiore disponibilità di mezzi finanziari.

Non deve, però, essere sottovalutata la complessità dei problemi la cui soluzione richiede un chiaro indirizzo e una ferma volontà politica. Necessita, altresì, chiarezza nei rapporti tra comune, provincia, regione e Amministrazione centrale sanitaria.

S A M E K L O D O V I C I . Allo stato attuale c'è questa chiarezza?

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* È naturale, ma è necessaria una armonizzazione che nel rispetto delle competenze degli enti locali dia effettivamente al Ministero della sanità la possibilità di indirizzare e di coordinare la politica generale sanitaria del Paese.

I problemi che si pongono alla nostra considerazione (e non posso non fare un cenno alla necessità, richiamata dal senatore Sammek Lodovici, di una riforma della legislazione per la lotta contro i tumori) hanno un loro punto di incontro e di sintesi: la legislazione sanitaria del nostro Paese si dimostra sempre più inadeguata ai tempi e si rende necessario ed urgente, quindi, porre in essere tutta una serie di riforme che pongano termine in modo organico alle molteplici discrasie del nostro sistema sanitario, tra le quali, senatore Zonca, annovererei anche la posizione degli ospedalieri nei confronti degli universitari.

Anche questa situazione deve essere considerata e l'intervento del Governo deve mirare a fare in modo che il mondo sanitario possa adempiere ai suoi alti compiti non disarticolato, ma con unicità di indirizzo e in comunione di intenti non solo nell'interesse pubblico ma della stessa classe medica, nella responsabile consapevolezza dei propri doveri professionali e sociali ad un tempo.

Passando ad altro argomento, vengo alla questione del risanamento nel campo del bestiame sulla quale si è soffermato nel suo intervento il senatore Bonadies.

Non vi è dubbio che in questo settore, fino a ieri abbandonato, con i nuovi interventi si stia facendo qualcosa di positivo; il relatore, senatore Ferroni, ha illustrato in proposito la situazione, avvalorandola con eloquenti dati statistici. Il nostro bestiame è in corso di risanamento e tutte le forme di tubercolosi e di altre malattie vanno in genere scomparendo.

Convengo che le lire 60.000 a capo, in caso di abbattimento, sono poche, ma si è pur cominciato ad intervenire e questo è un fatto importante.

B O N A D I E S . Il fatto è che anche questi pagamenti vengono fatti con ritardo.

V O L P E , *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Prima di concludere il mio intervento, desidero accennare al « Fondo per la malaria » del quale si è prospettata la soppressione. Non posso essere favorevole a tale soluzione: se, infatti, si è riusciti a debellare la malaria, è altrettanto vero che qualora non venissero mantenuti quegli interventi « diluiti » che si operano contro le forme larvali, nel periodo estivo, si rischierebbe di causare un ritorno delle manifestazioni malariche.

Concludo, contestando al senatore Casse la possibilità di parlare di una « politica fallimentare » del Ministero della sanità. Questo, infatti, in soli otto anni di attività ha conseguito risultati positivi ed ha tracciato una strada che, se sarà seguita anche in futuro, potrà via via operare le auspiccate trasformazioni del nostro sistema sanitario e assicurare così alle nostre popolazioni un avvenire di progresso, in un mondo libero non soltanto dal bisogno, ma garantito da un efficiente sistema di assistenza sanitaria e di sicurezza sociale.

Non vedo, quindi, su quali elementi obiettivi il senatore Casse fondi le sue affermazioni.

PRESIDENTE. Sentiamo il parere del Governo sugli ordini del giorno che sono stati presentati e illustrati dai proponenti e dei quali è stata data lettura.

Il primo ordine del giorno è dei senatori Samek Lodovici ed altri.

VOLPE, Sottosegretario di Stato per la sanità. Il Governo accoglie come raccomandazione l'ordine del giorno presentato dai senatori Samek Lodovici ed altri.

SAMEK LODOVICI. Data l'importanza dell'ordine del giorno chiedo che esso venga posto in votazione.

BONADIES. Dichiaro che mi asterrò dalla votazione dell'ordine del giorno.

LOMBARI. Anch'io dichiaro di astenermi dalla votazione dell'ordine del giorno Samek Lodovici.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno Samek Lodovici accettato dal Governo come raccomandazione.

(È approvato).

Vi è quindi l'ordine del giorno del senatore Perrino ed altri, del quale do nuovamente lettura nel testo modificato su proposta del relatore:

Il Senato,

in sede di esame dello stato di previsione della spesa per il Ministero della sanità per l'anno finanziario 1967;

rileva con compiacimento che l'aumento del contributo statale annuo, da diciannove miliardi e mezzo a ventitrè miliardi e mezzo, consente all'ONMI di superare la crisi che l'ha travagliata in questi ultimi anni e la mette in condizioni di riprendere la sua attività;

rilevata la necessità della prossima messa in funzione di alcune decine di nuove istituzioni che, pronte da alcuni anni, stanno avviandosi a notevole usura e deterioramento,

invita il Governo ad intervenire presso l'ONMI perché provveda subito e comunque alla apertura delle nuove istituzioni.

VOLPE, Sottosegretario di Stato per la sanità. Il Governo accoglie l'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Vi è infine l'ordine del giorno del senatore Albarello del quale è già stata data lettura.

FERRONI, relatore. Vorrei proporre alcune modifiche a quest'ordine del giorno che, se venissero accolte, mi consentirebbero di accettarlo.

La prima modifica riguarda il primo comma nel quale chiederei la soppressione delle parole: « quasi generale ». La seconda modifica riguarda la soppressione nell'ultimo comma della parola « gratuitamente ». La distribuzione gratuita dei prodotti farmaceutici darebbe luogo ad una polemica che non possiamo accettare. Queste mie modifiche vogliono essere una garanzia in un problema che è ancora molto discusso. Da una parte vediamo le difficoltà alle quali va incontro un'umanità che si avvia al traguardo dei 6 miliardi, dall'altra abbiamo visto i risultati veramente paurosi di certi prodotti fecondativi (nascite di 8 gemelli e così via). Ora su questo problema che investe questioni di carattere etico e religioso, sul quale la Chiesa sta discutendo appassionatamente perché sente la responsabilità di una procreazione indiscriminata, anche io mi sento legato da un senso di responsabilità per certi eventuali danni che domani potrebbero ricadere sulla collettività. È per questo motivo che proporrei, quale ultima modifica all'ordine del giorno, l'inserimento delle parole: « sempre che ne sia assolutamente garantita la innocuità per la salute pubblica ».

ALBARELLO. Credo che si stia tentando di « sfondare una porta aperta ». Questi prodotti, infatti, sono in libera vendita in Italia; se non presentassero quelle caratteristiche tali da garantire l'innocuità per la pubblica salute, il Ministro della sanità non avrebbe dato il permesso per la loro distribuzione. Non comprendo quindi la necessità della modifica proposta dal senatore Ferroni.

V O L P E, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. A nome del Governo mi dichiaro contrario all'ordine del giorno. Prescindendo dall'aspetto morale del problema che si pone evidentemente e per il quale la Chiesa è seriamente impegnata, io ne faccio una questione scientifica. Vede, senatore Albarello, non è completamente esatto quello che lei afferma sull'orientamento che la scienza ha in questo campo. Proprio l'altro giorno leggevo lo studio di uno scienziato russo il quale si dichiarava nettamente contrario agli anticoncezionali, manifestando molteplici perplessità ed affermando che terribili danni ne sarebbero potuti derivare.

È un autore sicuramente rispettabile, che fa giungere la sua parola da oltre cortina. Non sono, quindi, d'accordo sull'ordine del giorno, per ragioni di ordine principalmente scientifico, oltre che morale.

B O N A D I E S. Ma non è stata nominata dal Ministro una Commissione cui partecipa anche il Consiglio superiore di sanità, per lo studio della materia?

V O L P E, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. La questione è ancora allo studio.

C A S S I N I. Desidero dichiararmi favorevole al concetto espresso nella pregiudiziale del collega Ferroni, cioè al presupposto dell'innocuità, che è basilare. Se la Commissione di studio avesse già concluso i suoi lavori in senso positivo, per quanto riguarda questo aspetto, potremmo senz'altro approvare l'ordine del giorno del senatore Albarello anche nella sua stesura originale; ma poiché le suddette conclusioni non ci sono ancora pervenute, ritengo che non ci possiamo avvalere unicamente di quanto è stato affermato nelle più recenti relazioni.

A L B A R E L L O. Se non siete sicuri dovete ritirare i prodotti!

C A S S I N I. L'ultimo periodo dell'ordine del giorno dovrebbe pertanto essere così modificato: « fa voti affinché i lavori della Commissione istituita dall'onorevole Ministro della sanità, relativa alla pubblica somministrazione dei preparati anticoncezionali,

li, vengano accelerati per poter provvedere, se le conclusioni saranno positive » — è qui il concetto del collega Ferroni sull'innocuità — « alla gratuita... eccetera ». In tal modo sarebbe salvo il principio ispiratore dell'ordine del giorno, ma verrebbe conciliato con la tesi da noi sostenuta.

A L B A R E L L O. Io mantengo il mio ordine del giorno nella forma in cui l'ho presentato. Non capisco, tra l'altro, come mai i colleghi del Partito socialista unificato, che da venti anni vanno formulando proposte di legge in materia, facciano ora marcia indietro solo per far piacere all'onorevole Sottosegretario di Stato.

V O L P E, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. La questione non ha nulla a che vedere con la politica. Anzi voglio dire che quello che non intendo accettare è proprio questa politicizzazione di tutto.

D I G R A Z I A. Dichiaro il mio voto contrario all'ordine del giorno Albarello. Si tratta infatti di prodotti ormonali, che usati indiscriminatamente possono provocare delle disfunzioni nell'organismo, con conseguenze spesso assai gravi; tanto è vero che già abbiamo le prime dichiarazioni di scienziati di grande valore sulla necessità di essere guardinghi nell'uso di queste sostanze.

D'altra parte, se quei prodotti si vendono nelle farmacie è perché trovano la loro applicazione terapeutica in certe malattie e in certe lesioni; ma questo non vuol dire che se ne possa abusare.

L O M B A R I. L'ordine del giorno Albarello sugli anticoncezionali investe la questione dei prodotti ormonali, che in alcuni casi possono provocare seri squilibri, per cui il soggetto in cui essi sono immessi deve essere controllato e la loro somministrazione deve avere luogo solo su ricetta medica.

Ora l'ordine del giorno vuole immetterli gratuitamente nell'uso pubblico.

A L B A R E L L O. Questa è una sua illazione.

L O M B A R I . Ma allora il suo ordine del giorno non ha ragione di essere, perchè oggi chi soffre di squilibri ormonici si fa fare la ricetta dal suo medico e può quindi acquistare quei prodotti.

A L B A R E L L O . Questa è restrizione mentale.

L O M B A R I . Comunque io voto contro l'ordine del giorno.

C A S S I N I . Poichè debbo assentarmi, ribadisco il mio voto contrario alla formulazione originaria dell'ordine del giorno.

C R E M I S I N I . Desidero fare un ragionamento che mi sembra semplice. In primo luogo, gli anticoncezionali sono stati registrati o no dal Ministero della sanità? A tale domanda gradirei una risposta dell'onorevole rappresentante del Governo. In secondo luogo, se sono stati registrati, ci dovrebbe essere stato il parere del Consiglio superiore di sanità. In terzo luogo, per accettare o respingere l'ordine del giorno è indispensabile tener conto della realtà. Ora se la realtà è tale da permettere di giungere già a certe conclusioni, e queste non portano a risultati negativi, evidentemente è questa realtà che deve guidare la nostra decisione.

Quindi, vorrei rivolgere al rappresentante del Governo le seguenti domande: questi prodotti anticoncezionali sono regolarmente registrati dal Ministero della sanità? Sì, dicono tutti. Io credo che il rappresentante del Governo non possa che confermare questo particolare.

P E R R I N O . Non sono registrati come anticoncezionali!

A L B A R E L L O . Questa è l'ipocrisia!

C R E M I S I N I . Seconda domanda: se sono stati registrati, la conseguenza logica è che se n'è occupato positivamente il Consiglio superiore della sanità e, quindi, sono in libera vendita. Si dice: su ricetta medica. Perfettamente d'accordo, nessuno lo mette

in dubbio, ma non dimentichiamo, onorevoli colleghi, che quando trattiamo di farmaci, ne trattiamo spesso come di un bene di consumo alla indiscriminata portata del pubblico, mentre nella maggior parte dei casi tra il consumatore e il produttore c'è di mezzo il medico che ricetta il farmaco. E allora, se questi preparati che noi chiamiamo anticoncezionali e che viceversa portano una etichetta diversa, mentre tutti sanno che si adoperano anche per la pratica anticoncezionale, e tanto più lo sa il medico, vengono messi in libera vendita, fanno correre al pubblico un solo rischio: che nella eventualità che non ci sia la ricetta medica, l'utilizzazione di essi venga fatta in maniera irrazionale. Pertanto, onorevoli colleghi, in considerazione di ciò, direi che l'ordine del giorno Albarello, che impegna il Governo ad informare meglio il pubblico attraverso una determinata opera di propaganda, permette di ridurre tale rischio e tiene conto di una realtà che noi viviamo. Quindi, mentre non sono d'accordo per una accettazione pura e semplice dell'ordine del giorno in questione, ritengo di poterlo accettare per tutta quella parte che ha attinenza alla predetta realtà che noi viviamo: altrimenti, quello che noi facciamo è in contraddizione con quanto ha sancito ufficialmente il Ministero della sanità registrando ed autorizzando la messa in commercio di questi preparati. È per tale motivo che io non posso non sottolineare che qui si tratta di decidere, eventualmente, tra l'uso oppure l'abuso di questi farmaci. Viene anche di conseguenza, per quello che ho detto, che specialmente l'ultimo comma dell'ordine del giorno Albarello, che ammette anche questi preparati tra quelli che possono essere forniti dalle mutue, dà una garanzia ancora maggiore che la partecipazione del medico sia sempre osservata, poichè le mutue non rimborsano se non c'è la ricetta medica.

Quindi, se così stanno le cose — ed io non ho detto cose inesatte — ritengo che l'ordine del giorno Albarello, depurato delle parti superflue sulla base dei concetti che ho esposto, sia accettabile, perché assolutamente in adesione ad una situazione di fatto da tutti riconosciuta.

A L B A R E L L O . Quali modifiche propone?

C R E M I S I N I . Sopprimerei la premessa, il secondo comma e poi là dove si dice: « impegna il Governo a rimuovere ogni ostacolo alla propaganda... », sostituirei con queste parole: « impegna il Governo alla necessaria illustrazione nell'uso di questi prodotti, così che possa essere eliminata ogni possibilità e rischio di abuso; fa voti affinché i prodotti farmaceutici rispondenti a questi requisiti... siano iscritti negli elenchi delle specialità... ».

A L B A R E L L O . I colleghi ricordano qual è stato il punto di vista che io ho, sia pure insufficientemente, espresso. Ho detto di essere preoccupato del fatto che questi prodotti fossero in libera vendita, fossero usati da chiunque li volesse acquistare, ma che sulla fascetta non vi fossero delle indicazioni chiare e precise per l'impiego del prodotto stesso; ho detto anche che questo era un modo per favorire l'abuso e per favorire, purtroppo, una pratica medica molto sospetta, perché verrebbe fatta clandestinamente. Vi porto un esempio: uno di questi preparati — e qui si vede che si vuole proprio sfuggire alla prescrizione governativa — porta questa indicazione: « dopo il ciclo mestruale attenti bene a non adoperare questa pillola, perché altrimenti avrebbe un effetto anticoncezionale ». Ora, chi non capisce che questo è detto proprio per spiegare che per ottenere questo effetto bisogna usare la pillola in quella determinata maniera? Perché il nostro Paese deve ricorrere a queste ipocrisie che sono indegne di un Paese civile? Perché presentare un farmaco per altre cose, lasciando ai medici la facoltà di prescriverlo in modo semiclandestino per esigere tariffe molto alte? Perché solo le farmacie internazionali possono tenere questi prodotti, mentre sarebbe giusto che chiunque ha diritto di servirsene possa farlo? Questo è il punto.

D I G R A Z I A . Non posso accettare queste insinuazioni nei riguardi dei medici!

A L B A R E L L O . Ma questa è la verità! Ne sono stati arrestati, in questi ultimi tempi, due o tre per aborti terapeutici illegittimi!

P R E S I D E N T E . Il senatore Albarello accetta le modifiche proposte dal senatore Cremisini?

A L B A R E L L O . Proporrò la seguente formulazione:

Il Senato,

in sede di esame dello stato di previsione della spesa per il Ministero della sanità per l'anno finanziario 1967;

impegna il Governo a rimuovere ogni ostacolo che impedisce la libera distribuzione su ricetta medica dei prodotti anticoncezionali, e soprattutto a rimuovere le indicazioni terapeutiche non esatte, e la propaganda per la regolazione delle nascite;

fa voti perchè tali prodotti farmaceutici siano inseriti nell'elenco delle specialità per i mutuati.

F E R R O N I , *relatore*. Non accetto questo ordine del giorno Albarello perchè il mio partito avrebbe preso un certo atteggiamento, poichè è contro di noi socialisti — debbo dichiarare che non c'è alcuna incoerenza tra il mio atteggiamento e quello dei firmatari di un disegno di legge, perchè non è detto che in quel disegno di legge le garanzie della innocuità non dovessero venire introdotte nel corso della discussione e dell'approvazione del provvedimento stesso — ma perchè la posizione del senatore Albarello è semplicistica, settaria e faziosa ed io non posso accettarla! Il senatore Albarello respinge questo mio concetto-base di assicurare certe garanzie di innocuità per la salute nell'uso dei prodotti anticoncezionali; pertanto dichiaro che, pur essendo fondamentalmente d'accordo sul concetto ispiratore dell'ordine del giorno, rifiutandosi questa mia proposta di introdurre una garanzia, lo respingo.

S A M E K L O D O V I C I . Vorrei riportare la discussione ad un minimo di serenità.

È esatto che in commercio, indubbiamente con l'autorizzazione degli organi competenti, ci sono dei prodotti ormonici che hanno varie indicazioni terapeutiche e che, pertanto, per quelle indicazioni sono permessi.

Il senatore Albarello ha lamentato che nelle indicazioni terapeutiche di tali prodotti non sia fatto esplicitamente riferimento alle proprietà anticoncezionali dei prodotti stessi. Egli ravvisa in questa carenza di indicazione una specie di ipocrisia delle autorità e della società attuale e chiede che si dica pane al pane e vino al vino e che, riconosciuta l'azione anticoncezionale di questi preparati, essi possano essere liberamente posti in vendita e, anzi, distribuiti dalle mutue.

La prima osservazione preliminare che devo fare è che se nelle indicazioni terapeutiche di quei prodotti non è indicata anche l'azione anticoncezionale ciò significa, con ogni certezza, che le autorità sanitarie preposte a questo delicatissimo settore non hanno ancora ritenuto opportuno di avallare questa indicazione e non l'hanno avallata, non c'è bisogno di essere medici per saperlo perchè è sufficiente leggere i giornali e le riviste scientifiche, in quanto attorno a questi anticoncezionali vi sono ancora troppe zone oscure.

Ciò in riferimento non solo alla possibilità immediata di maggiori o minori danni, ma anche di danni lontani: ad esempio non è escluso che possano esercitare azioni oncogene, cioè promuovere lo sviluppo di tumori.

Mi pare sia pertanto giustificato il riserbo delle autorità ed io non posso che lodare il Ministero della sanità il quale, non basandosi solo sulle esperienze tuttora in corso negli altri Paesi, ha demandato lo studio di questo delicatissimo problema ad una apposita Commissione.

Non c'è dubbio, infatti, così come è avvenuto per la vaccinazione antipolio e per tante altre misure di carattere sanitario, che le autorità sanitarie non possano non preoccuparsi del problema prioritario dell'innocuità del prodotto.

Desidero però aggiungere che la questione sollevata dal senatore Albarello investe anche la nostra sensibilità e, più precisamente, la sensibilità morale della mia parte politica.

In via generale, noi non siamo assolutamente contrari alla regolazione delle nascite e non c'è bisogno di sottolineare che anche la Chiesa cattolica, da tempo, ha richiamato autorevolmente l'attenzione dell'umanità sulla necessità di una procreazione responsabile.

Ma si tratta di vedere la liceità dei mezzi, e a questo proposito il supremo magistero della Chiesa, alla quale la mia parte politica, in quanto cattolica, è ossequiente, si è riservato di decidere.

In questa situazione, la parte politica cui appartengo ha due motivi da considerare; un motivo scientifico assolutamente non sottovalutabile, ed un motivo morale, per il quale pure abbiamo il diritto di chiedere comprensione ai colleghi della Commissione, non essendo ancora il problema sufficientemente maturo.

Data questa obiettiva situazione, vorrei pregare il senatore Albarello di non costringere la Commissione ad una votazione e di ritirare l'ordine del giorno presentato.

In caso contrario, noi ci vedremmo costretti, sia pure con rammarico, a votare contro il suo ordine del giorno poiché, ripeto, il problema non è ancora giunto a maturazione.

C A S S E S E . Voteremo a favore dell'ordine del giorno in oggetto, anche se il senatore Albarello accetta di modificarlo nel senso indicato dai colleghi Ferroni e Cremisini.

Desidero però far presenti le mie perplessità su quelle che sono le conclusioni del dibattito.

In campo scientifico esiste una polemica su quelli che sono i vantaggi e i difetti di questi farmaci; su questo siamo d'accordo. Ma noi ci troviamo di fronte a questa realtà: oggi abbiamo in commercio questi prodotti, ed il loro uso è piuttosto diffuso, ma diffuso solo in certe categorie di cittadini e non in altre. Ritengo che si debba dare a tutti, indiscriminatamente, la possibilità di usare anticoncezionali e, in attesa che la scienza e la Chiesa si pronuncino, ciò dovrà essere fatto secondo coscienza.

Inoltre, credo che non si dovrebbe troppo drammatizzare sulle conseguenze che

l'uso di tali prodotti potrebbe determinare; in sostanza, si impedisce l'ovulazione e la opinione pubblica non dovrebbe essere influenzata negativamente riguardo a questi farmaci che, se usati oculatamente e con l'aiuto del medico, possono essere utilissimi.

Perciò, a nome del Gruppo comunista, mi dichiaro favorevole a quest'ordine del giorno anche con le modifiche apportate dagli altri colleghi.

A L B A R E L L O . L'ordine del giorno secondo l'ultima formulazione proposta suonerebbe così:

Il Senato,

invita il Governo a rimuovere ogni ostacolo che impedisce la libera distribuzione su ricetta medica dei prodotti anticoncezionali e la propaganda per la regolazione delle nascite.

Fa voti affinché i prodotti farmaceutici adatti al controllo della procreazione siano inseriti nell'elenco delle specialità da distribuire gratuitamente ai mutuatari.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'ordine del giorno del senatore Albarello non accettato dal Governo e dal relatore.

(Non è approvato).

L'esame dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno 1967 è, pertanto, concluso. La Commissione dà mandato al senatore Ferroni di redigere il parere favorevole che sarà trasmesso alla Commissione finanze e tesoro.

La seduta termina alle ore 12,30.

Dott. MARIO CARONI

Direttore generale dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari