

# SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

## 11<sup>a</sup> COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

GIOVEDÌ 11 DICEMBRE 1958

(5<sup>a</sup> seduta in sede deliberante)

Presidenza del Presidente BENEDETTI

### INDICE

#### Disegni di legge:

« Modifiche agli articoli 16 e 19 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, sugli stupefacenti » (34) (D'iniziativa del senatore Sibille) (Seguito della discussione e reiezione):

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 52, 59, 61, 63
BONADIES . . . . .	60
FRANZINI . . . . .	62
LORENZI . . . . .	62
MONALDI, <i>Ministro della sanità</i> . . . . .	63
PASQUALICCHIO . . . . .	59, 63
TIBALDI . . . . .	61
ZELIOLI LANZINI, <i>relatore</i> . . . . .	58, 62

« Riordinamento ed estensione dell'assistenza antitubercolare in regime assicurativo » (211-Urgenza) (Discussione e rinvio):

PRESIDENTE . . . . .	70, 74
CRISCUOLI . . . . .	74
PUCCI, <i>relatore</i> . . . . .	70

« Limiti di età a posti di ruolo presso i manicomini pubblici » (269) (D'iniziativa dei senatori Lorenzi ed altri) (Discussione e approvazione):

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 69, 70
CRISCUOLI, <i>relatore</i> . . . . .	69
LORENZI . . . . .	69
MONALDI, <i>Ministro della sanità</i> . . . . .	70
PASQUALICCHIO . . . . .	70

« Autorizzazione alla spesa straordinaria di lire 400 milioni a parziale estinzione di passività arretrate per ricovero degli infermi tubercolotici » (277) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Discussione e approvazione):

PRESIDENTE, <i>relatore</i> . . . . .	63, 64
BONADIES . . . . .	64
D'ALBORA . . . . .	64
GATTO . . . . .	64
MONALDI, <i>Ministro della sanità</i> . . . . .	64

« Autorizzazione alla spesa di lire 900 milioni per l'estinzione di passività arretrate inerenti al pagamento delle rette di ricovero di infermi

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

poliomielitici poveri » (278) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Discussione e approvazione):

PRESIDENTE, relatore . . . . .	Pag. 65, 68
BONADIES . . . . .	66
CRISCUOLI . . . . .	66
D'ALBORA . . . . .	67
GATTO . . . . .	68
LORENZI . . . . .	65
MONALDI, Ministro della sanità . . . . .	67
PASQUALICCHIO . . . . .	66

La seduta è aperta alle ore 16,35.

Sono presenti i senatori: Alberti, Benedetti, Bonadies, Braccesi, Caroli, Criscuoli, D'Albora, Franzini, Gatto, Lombardi, Lombardi, Lorenzi, Mammucari, Pasqualicchio, Pignatelli, Pucci, Scotti, Tibaldi e Zelioli Lanzini.

Interviene il Ministro della sanità Monaldi.

LOMBARDI. Segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

**Seguito della discussione e reiezione del disegno di legge d'iniziativa del senatore Sibille: « Modifiche agli articoli 16 e 19 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, sugli stupefacenti » (34)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge di iniziativa del senatore Sibille: « Modifiche agli articoli 16 e 19 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, sugli stupefacenti ».

Desidero ricordare alla Commissione che in una nostra precedente seduta era stata sospesa la discussione di questo disegno di legge anche in attesa che il Convegno sugli stupefacenti tenutosi in Roma, nell'Istituto di farmacologia dell'Università, inviasse un promemoria che noi avremmo, eventualmente, potuto tener presente nelle nostre deliberazioni.

Credo che tale promemoria sia pervenuto e ritengo anche che il relatore, senatore Ze-

lioli Lanzini, abbia avuto un incontro chiarificatore con qualche personalità del Convegno stesso.

ZELIOLI LANZINI, relatore. Io ho avuto un incontro con il Presidente dell'Ordine dei farmacisti il quale si è fatto premura di fornirmi alcune informazioni, comunicandomi fra l'altro che erano state sollevate molte difficoltà al Convegno e che — questa è la premessa che io faccio, e potrebbe essere anche la conclusione, per così dire, della mia terza relazione su questo modesto provvedimento — in sede di regolamento, poiché il regolamento non è stato ancora formulato, i rappresentanti delle categorie sanitarie, farmaceutiche e mediche, avrebbero potuto chiedere di avere, in seno alla Commissione che verrà istituita, loro rappresentanti per fare presenti le difficoltà che incontrano i componenti delle categorie sopraelencate e per vedere attutito, non agli effetti delle sanzioni e delle pene, ma agli effetti del metodo e della procedura, quello che è oggi il contenuto delle norme al riguardo, che sembra troppo rigoroso nei confronti delle categorie interessate.

Io comunque, come relatore, mantengo la mia posizione sfavorevole all'approvazione del disegno di legge all'ordine del giorno, come ho già avuto occasione di esporre nelle precedenti sedute e ritengo non necessario ripetere le mie argomentazioni.

È fra l'altro da rilevarsi l'imprecisa e confusa formulazione dei provvedimenti ingiuntivi, della qual cosa si saranno resi conto particolarmente coloro che hanno studiato la materia, essendo il testo realmente mal formulato e contraddittorio. Per esempio, si dice tra l'altro, nell'articolo 2: « sempre che il fatto non abbia concorso al verificarsi di una azione delittuosa o illecita », e non si capisce che cosa voglia dire « illecita », dal momento che si era già detto « delittuosa ».

Mi permetto anche di osservare che non basta il timore della sanzione, non basta il provvedimento disciplinare per reprimere o, più che altro, per prevenire un'azione illecita e dannosa all'umanità sofferente. Non persuade la considerazione degli Ordini professionali, intesa a ridurre le sanzioni, a li-

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

mitare le pene pecuniarie per le trasgressioni che incidono sulla salute pubblica, sulla serietà della convivenza civile e sulla moralità del costume. Le ricette dei compiacenti sanitari devono avere il controllo rigoroso del dispensatore del farmaco, chè altrimenti si instaurerebbe quasi una volontaria connivenza la quale, a lungo andare, frustrerebbe la legge del 1954 e lo scopo per il quale è stata proposta e approvata.

Aprire una maglia oggi per i farmacisti, significherebbe poi dover intervenire domani, o anche prima, per altri varchi che saranno certamente sollecitati dai medici, dai veterinari, dai sanitari in genere e infine anche dai mercanti, che sulla schiavitù del vizio ingigantiscono le loro fortune.

Io insisto quindi perchè la Commissione voglia respingere il disegno di legge proposto dal collega Sibille e propongo il non passaggio agli articoli.

**PASQUALICCHIO.** Noi riteniamo invece che gli articoli del disegno di legge non solo apportino una modificazione utile alla legislazione sanitaria per quanto riguarda lo spaccio dei medicinali, ma che tale modificazione sia necessaria.

Chi è medico si è reso certamente conto degli inconvenienti verificatisi in questo ultimo periodo di tempo; del resto la stessa relazione che precede il disegno di legge accenna a tali inconvenienti. Basta che si verifichi qualche piccolo errore nella prescrizione di questi medicinali perchè si incorra facilmente in un provvedimento disciplinare ed in un provvedimento penale.

Il proponente non ha voluto favorire lo spaccio degli stupefacenti a scopo amorale, al fine di favorire un uso che non sia terapeutico, ma ha inteso esclusivamente favorire la terapia che si attua proprio con questi medicinali, e che noi sappiamo essere essenziale in determinate circostanze. È per questo che noi riteniamo opportuna la modificazione proposta dal senatore Sibille con il suo provvedimento.

Il medico si astiene, a volte, cari colleghi, dal prescrivere certi medicinali, siamo arrivati a questo! E i farmacisti hanno trovato

un'infinità di cavilli e fanno tutto il possibile per evitare queste somministrazioni.

Nella precedente discussione io portai lo esempio di un farmacista che è andato incontro ad un processo per un'inezia: il farmacista è stato condannato infatti per una mancata annotazione, una cosa assolutamente banale, e non avendo registrato i dati anagrafici — come è stabilito dalla legge — è stato condannato a sei mesi di carcere.

Ritengo che prendere un provvedimento disciplinare e penale in queste circostanze significhi ostacolare una funzione sociale importante come è quella che ha la farmacia; e con ciò non vengo a dire che bisogna concedere alle farmacie il libero spaccio! Noi dobbiamo tener presente che la funzione essenziale della farmacia è quella di dispensare i medicinali secondo un criterio terapeutico, nè mi consta — o forse in qualche parte sarà anche avvenuto — che le farmacie abbiano effettuato delle speculazioni di questo tipo; la loro funzione principale è sempre consistita, e continua a consistere, nel provvedere alla vendita dei medicinali che servono a curare la malattia.

Sono d'accordo che si possono verificare degli inconvenienti, e a questo si è provveduto; ma si è provveduto facendo soggiacere alla legge penale anche fatti che sono prettamente disciplinari; mentre noi riteniamo che questi fatti rientrino nella competenza dei farmacisti che, rilevando tali errori, possono facilmente porvi riparo.

Ritengo perciò, e soprattutto dal punto di vista medico, che la modificazione in questione sia necessaria.

**PRESIDENTE.** Vorrei richiamare l'attenzione della Commissione — e volevamo anche farlo la volta scorsa, prima che fosse sospesa la discussione — sul fatto che, praticamente, gli adempimenti ai quali sono chiamati il farmacista e il medico, come pure le pene detentive, non hanno subito alcuna modificazione dal decreto del luglio 1934, numero 1265, ad oggi, cioè alla legge dell'ottobre 1954, n. 1041. L'unica modificazione è nella pena pecuniaria, che prima oscillava dalle 1.000 alle 10.000 lire, ed ora è stata portata da lire 50.000 a lire 500.000.

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

Infatti, per quanto riguarda le sanzioni, l'articolo 152 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, cioè il testo unico delle leggi sanitarie, è così formulato: « Chiunque... è punito con l'arresto da sei mesi a due anni e con l'ammenda da lire 1.000 a lire 10.000, sempre che il fatto non costituisca reato più grave ».

L'articolo 16 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041, dice invece fra l'altro: « Il contravventore alle disposizioni stabilite dai precedenti commi è punito con l'arresto da sei mesi a due anni e con l'ammenda da lire 50.000 a lire 500.000, sempre che il fatto non costituisca reato più grave ».

Tutta la diversità, quindi, tra le due leggi, consiste nell'aumento della pena in denaro, esistendo anche precedentemente la medesima pena detentiva. La stessa cosa vale anche per i medici, chirurghi e veterinari, se si va a confrontare l'articolo 19 della legge del 1954 con l'articolo 154 della legge del 1934.

BONADIES. Desidero rilevare, come medico oltre che come parlamentare, che l'agitazione che si sta determinando nell'Ordine dei farmacisti, come pure tra i medici, è piuttosto notevole.

Io so infatti che anche l'Ordine dei medici di Roma ha convocato il suo Consiglio e discusso questo argomento.

È vero che il provvedimento in questione non apporta modifiche sostanziali alla legge precedente, cioè a quella del 1954, ma si vuole, a mio parere, prendere occasione proprio da questa circostanza per rimettere sul tappeto tutta la legislazione sugli stupefacenti del 1954; l'esperienza, infatti, insegna sempre qualche cosa.

Il 1954 fu l'anno in cui furono prese delle decisioni in ordine a certe segnalazioni fatte e che corrispondevano a verità, e che cioè in Italia c'era una specie di scalo a cui approdavano tutti gli aerei che venivano dal Medio e dall'Estremo Oriente per proseguire poi verso altri luoghi. Ebbene, in quella circostanza furono prese decisioni che furono ritenute opportune e che riuscirono in qualche modo a mettere un certo senso di timore nei colpevoli.

Ma dovendo noi prendere ora in considerazione una situazione di fatto che esiste oggi, e che non è più quella del 1954, credo che dovremmo tener presente quella che è la realtà attuale: e la realtà è che gli stupefacenti arrivano ai tossicomani attraverso altre vie, che non sono in genere quelle della farmacia. Potrà anche esserci qualche farmacista di grande città il quale, tra la spedizione di un preparato della Farmitalia e la spedizione di un preparato della Carlo Erba, ad esempio, esercita anche traffico di stupefacenti, ma questi deve essere punito secondo le leggi vigenti.

Esiste attualmente tutta una serie di difficoltà per cui, se noi manteniamo in atto la legge del 1954, sarà sempre un povero disgraziato quello che pagherà le spese, quello che avrà bisogno di una fiala di un preparato stupefacente perchè per esempio ha la moglie che sta morendo per un tumore, e che troverà difficoltà enormi per ottenerla, se pure potrà ottenerla.

A chiunque può capitare di andare in farmacia e di vedersi rifiutare un medicinale perchè è sfornito di una tessera di riconoscimento. Io stesso sono andato, or è qualche tempo, in farmacia per prendere una fiala per mia suocera che stava per morire e, pur conoscendomi e sapendo che ero medico, il farmacista si è rifiutato di consegnarmela perchè in quel momento ero privo di una tessera di riconoscimento; sono stato costretto ad andare a casa a prendere un documento, tanto grande è, presso i farmacisti, il timore della Pubblica sicurezza.

Ritengo dunque che noi dobbiamo affrontare questo problema. Il disegno di legge presentato dal senatore Sibille apporta delle modifiche che sono in rapporto al diverso valore della moneta e ad altri piccoli elementi; ma è ai principi generali che io mi riferisco nel fare queste osservazioni, che sono di comune dominio. Io ho fatto, in passato, il medico notturno negli ospedali: quando si fa il medico notturno si rimane in servizio dalle ore 22 della sera fino alle 6 del mattino seguente. Può arrivare il morfinomane il quale chiede la ricetta per avere la morfina; il medico si rifiuta e lui insiste, e così via; avviene, infine, quasi una colluttazione.

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

Noi medici sappiamo che l'abitudine agli stupefacenti è una malattia, e questa malattia dobbiamo anche curarla, se necessario. Come la si cura? Proprio facendo la ricetta per la somministrazione dello stupefacente; e qui sorgono le difficoltà.

Dopo che per tre volte consecutive io faccio queste prescrizioni il commissario di Pubblica sicurezza mi manda a chiamare chiedendomi i motivi per cui ho fatto quelle ricette; io, come medico, devo sentirmi offeso da tale comportamento.

Teniamo presente quindi tutte queste cose, che hanno importanza non tanto per quello che chiede il provvedimento in esame, ma per la situazione in generale.

Noi dobbiamo distinguere ciò che è fatto a scopo illecito da ciò che è fatto a scopo terapeutico; dobbiamo far sì che la legge colpisca l'individuo che esplica un'attività turpe, ma dobbiamo anche andare incontro ai professionisti, sia farmacisti che medici, cercando di diminuire le difficoltà che essi incontrano nell'esercizio della loro professione.

TIBALDI. Convengo con quanto ha detto il collega Bonadies sull'opportunità di prendere in considerazione tutto il problema degli stupefacenti.

Nel caso specifico, però, dobbiamo considerare che la legge sugli stupefacenti è stata fatta da poco, anche se è stata fatta in parte, è vero, sotto la pressione della situazione che si era creata a causa degli scandali avvenuti per l'abuso delle droghe. D'altra parte, questo nuovo provvedimento non modifica affatto la legge del 1954. Gli inconvenienti cui ha accennato il collega Bonadies si sono sempre verificati: io ricordo che, 30 anni fa, non potei avere da un farmacista, in campagna, una fiala di morfina.

In verità, però, inconvenienti a catena non se ne sono verificati. Si è detto che il commissario di Pubblica sicurezza può mandare a chiamare un medico perchè ha fatto tre o quattro ricette; può darsi, però il medico avrebbe dovuto fare la denuncia del morfomane, che deve essere ricoverato in una casa di cura.

Lo spirito della legge che abbiamo varato nel 1954 è proprio questo: cercare di porre

un riparo soprattutto alla piaga dilagante del morfinismo. Se cominciamo a fare delle concessioni per i farmacisti (e non vedo poi quali gravi inconvenienti abbiano avuto i farmacisti da questa legge), indubbiamente domani dovremo farle anche per i medici. Perchè dovremmo creare l'impunità al farmacista e non al medico, che è più soggetto alle pressioni degli ammalati? Senza dire che se dovessimo aderire al desiderio espresso dai farmacisti dovremmo a poco a poco... sgretolare tutta la legge.

Ora, se vogliamo prendere in considerazione tutto il problema degli stupefacenti ed eventualmente proporre su di esso una nuova serie di norme, io sono d'accordo; ma sono assolutamente contrario a modificare la legge del 1954, poichè facendo questo non solo non si torna più neppure alla vecchia legge, ma si corre il rischio di una carenza legislativa in questo campo, mentre oggi abbiamo una legge che bene o male, e a dire il vero, più bene che male, provvede a porre un riparo alla piaga del morfinismo.

PRESIDENTE. Vorrei richiamare nuovamente la vostra attenzione su quanto ho detto prima. Il proponente, senatore Sibille, nel secondo articolo non modifica in alcun modo la legge vigente, contrariamente alle sue intenzioni, poichè l'articolo 19 della legge del 1954 dice nell'ultimo comma esattamente la medesima cosa, e precisamente: « Salvo che il fatto non costituisca più grave reato, il contravventore alle norme stabilite nel presente articolo è punito con l'ammenda da lire 10.000 a lire 50.000 ».

A questa disposizione il senatore Sibille ha poi aggiunto: «... semprechè il fatto non abbia concorso al verificarsi di una azione delittuosa o illecita », il che sta a significare che egli considera questo come il caso più banale, il reato minore. In sostanza, quindi, lascia invariato quanto stabilito nella legge del 1954.

In realtà, tutte le lamentele da parte dei farmacisti si sono avute per l'articolo 16 ma, come ripeto, anche in questo caso la legge non è stata modificata.

Gli adempimenti che il farmacista deve compiere e la pena relativa alla libertà per-

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

sonale alla quale dovrebbe andar soggetto, sono identici a quelli previsti dal decreto del 1934; non c'è che l'aumento della pena pecuniaria, che naturalmente è in rapporto alla svalutazione della moneta avutasi dal 1934 ad oggi. Ecco perchè io sono d'avviso che il provvedimento in esame sia del tutto inutile.

Se poi si dovesse valutare il problema, sollevato, mi sembra, dai senatori Pasqualicchio e Bonadies, di un riesame generale di tutta la legislazione sugli stupefacenti, allora bisognerebbe pregare l'onorevole Ministro della sanità di rivedere tutta la materia e di presentare un apposito provvedimento, ma è inutile ora ritoccare i due articoli della legge del 1954 dato che, come ho detto, ciò non porta ad alcun utile risultato.

LORENZI. Le modifiche che abbiamo votato quattro anni fa, che rispondevano alle necessità provocate da una situazione di anormalità, praticamente si sono risolte, come ha detto il Presidente, nell'aumento delle pene pecuniarie, aumento che, d'altronde, era richiesto da più parti onde adeguare dette pene pecuniarie a quelle relative a tutti gli altri reati.

Ora, il voler inserire in questa discussione un problema di così larga portata, come hanno proposto il senatore Pasqualicchio e il senatore Bonadies, mi sembra sia fuori tempo e fuori luogo.

Si presenti un disegno di legge che riveda tutta la materia, e noi saremo qui pronti a discuterlo a fondo insieme all'onorevole Ministro, ma non è opportuno sollevare ora la questione, poichè in questo caso dovremmo... rimaneggiare tutti gli articoli della legge del 1954, col pericolo di tralasciare qualcosa e di giungere a facilitare la somministrazione delle droghe, cosa che sarebbe veramente dannosa e che noi, come medici e come legislatori, non dobbiamo permettere.

Io sono del tutto contrario a questo disegno di legge, poichè esso non farebbe che infirmare ciò che abbiamo fatto quattro anni or sono; abbiamo la coscienza di aver fatto una cosa giusta, ed abbiamo anche ricevuto da più parti le congratulazioni per il coraggio da noi dimostrato. Mi pare quindi che

non sia il caso di annullare oggi il lavoro fatto.

Come ripeto, quindi, io non sono d'avviso che ci si debba servire di un disegno di legge come questo per toccare un problema molto più ampio, non studiato, e non considerato in tutte le sue conseguenze, e sono perciò contrario al passaggio agli articoli del provvedimento stesso.

FRANZINI. Ciascuno di noi giudica per esperienza personale, e non certamente sotto l'influenza di tutti gli incitamenti, le lettere e le circolari che riceve.

Io ho esaminato la situazione, e mi pare non sia il caso di modificare la legge del 1954. In fin dei conti, le disposizioni che debbono osservare i medici e i farmacisti sono rigorose, sì, ma non eccessivamente complicate, e d'altronde se noi eliminassimo questo rigore provocheremmo quegli incidenti che già prima erano stati lamentati.

Se si vorrà in altra occasione, come è stato detto, rivedere la questione generale, allora sarò pienamente d'accordo, ma nel caso particolare ritengo che non sia opportuno modificare la legge del 1954, e sono quindi contrario all'approvazione di questo disegno di legge.

ZELIOLI LANZINI, *relatore*. Per quanto riguarda la mia proposta di non passaggio agli articoli mantengo la mia posizione, ma voglio ripetere quanto ebbi a dire in assenza del Ministro. Gli Ordini professionali gradirebbero, ed io mi associo al loro desiderio, che nella compilazione del regolamento che dovrà senz'altro far seguito alla legge, poichè non ve n'è ancora alcuno, si tenessero presenti i voti fatti dalle classi professionali particolarmente in ordine, non dico alle sanzioni e alle pene, perchè in sede di regolamento la legge non si può modificare, ma alla procedura, al sistema.

Poco fa il senatore Pasqualicchio ha detto che un farmacista rurale potrebbe essere preoccupato per l'accertamento dell'identità della persona che va con la ricetta ad acquistare un farmaco; e così, pure il senatore Bonadies ha detto che in grandi città come Roma è difficile accertare l'identità della per-

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

sona che si presenta all'acquisto se non attraverso i documenti che la provano. Penso a questo proposito che il Ministro potrebbe dare una assicurazione, o comunque potrebbe fare una promessa in questo senso, in modo che anche le classi professionali possano star tranquille. Altrimenti fra pochi mesi saremo certamente ancora sollecitati con un nuovo disegno di legge.

MONALDI, *Ministro della sanità*. In rapporto alla legge attualmente vigente il Governo si propone di riesaminare il problema degli stupefacenti; per quel che riguarda il presente disegno di legge, il Governo è contrario.

Sono ben lieto di aderire alle richieste del senatore Zelioli Lanzini. Già le categorie professionali dei farmacisti avevano fatto presenti al Ministero queste loro richieste, e nei limiti del possibile certamente si terrà conto di esse.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Ricordo alla Commissione che il relatore ha avanzato la proposta di non passaggio agli articoli del disegno di legge.

PASQUALICCHIO. Dichiaro che voterò in favore del passaggio agli articoli.

Noi riteniamo che la modifica apportata alla legge del 1954 dal provvedimento del senatore Sibille, per quanto non sia sostanziale, poichè i termini dei due articoli rimangono quasi identici, sarebbe già un inizio per giungere poi a modificare totalmente la situazione attuale.

Il senatore Lorenzi ha detto che con questo disegno di legge si verrebbe ad infirmare quanto è stato fatto quattro anni fa. Ma nessuna cosa è stabile e permanente, ogni situazione si modifica in ogni momento, anche contro la nostra volontà, e compito del legislatore è proprio quello di adeguare la legge a queste variazioni, senza di che non si renderebbe possibile alcun progresso.

È vero che questi due articoli andrebbero modificati, ma, come ripeto, il disegno di legge potrebbe rappresentare l'impulso neces-

sario per giungere alla modifica sostanziale della legislazione in questo campo.

PRESIDENTE. Metto ai voti la proposta di non passaggio agli articoli.

(È approvata).

**Discussione e approvazione del disegno di legge: « Autorizzazione alla spesa straordinaria di lire 400 milioni a parziale estinzione di passività arretrate per ricovero degli infermi tubercolotici » (277) (Approvato dalla Camera dei deputati)**

PRESIDENTE, *relatore*. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Autorizzazione alla spesa straordinaria di lire 400 milioni a parziale estinzione di passività arretrate per ricovero degli infermi tubercolotici », già approvato dalla Camera dei deputati.

Dichiaro aperta la discussione generale comunicando che farò io stesso una breve relazione sul presente disegno di legge, anzi, per maggiore chiarezza mi varrò della relazione ministeriale che precede il disegno di legge nel testo della Camera.

Come è noto, gli infermi tubercolotici che non hanno diritto alle prestazioni erogate dagli Istituti assicurativi e previdenziali sono assistiti dai Consorzi provinciali antitubercolari.

Tali Enti però, per quanto sostenuti anche dall'azione svolta dall'Amministrazione sanitaria, non dispongono di mezzi finanziari sufficienti per far fronte alla spesa relativa al ricovero e alle cure dell'intera detta categoria di infermi.

Da tale situazione consegue che un gran numero di ammalati rimarrebbe privo di assistenza adeguata, con grave discapito delle loro condizioni sanitarie e della profilassi antitubercolare.

La necessità di assicurare in ogni modo la detta assistenza e di evitare pregiudizievole lacune nella lotta antitubercolare non può però essere disattesa per contingenze di carattere finanziario.

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

Allo scopo di evitare dimissioni in massa di infermi da parte degli istituti di cura, per prolungata insolvenza dei debiti arretrati, e porre i Consorzi antitubercolari in condizione di poter attendere integralmente e con maggior tranquillità all'assistenza loro demandata dai compiti istituzionali, si renderebbe necessario lo stanziamento di un fondo straordinario di circa 8 miliardi di lire.

Le limitate disponibilità di bilancio non consentono però lo stanziamento di così vasto ammontare; d'altra parte è dato confidare che i debiti arretrati per le spese di ricovero degli infermi tubercolotici possano essere estinti con opportune variazioni ai bilanci dei prossimi esercizi finanziari.

Per tali considerazioni si è predisposto il presente disegno di legge, con il quale si dispone l'assegnazione straordinaria di un fondo di lire 400 milioni a parziale estinzione di passività arretrate per il ricovero di infermi tubercolotici.

Concludendo, onorevoli colleghi, si è fatto un piano di ammortamento, ed il Ministero della sanità viene incontro anno per anno con la cifra stanziata *ad hoc*, per liquidare partite vecchie; si è anche impegnato ad agevolare nel miglior modo possibile il raggiungimento dei fini perseguiti dal disegno di legge sottoposto al nostro esame.

Non mi resta altro da aggiungere: invito la Commissione a voler approvare il provvedimento in esame.

GATTO. Desidererei chiedere al Ministro della sanità un chiarimento, augurandomi, naturalmente, una risposta positiva.

Il Ministro Monaldi, che è stato recentemente in Sicilia, conosce certamente la particolare situazione debitoria di quelli che furono gli Uffici di sanità verso gli istituti di ricovero.....

MONALDI, *Ministro della sanità*. Non sono in grado di dare una risposta definitiva al senatore Gatto; la situazione della Sicilia è una situazione particolare. Posso solo dire che nella cifra indicata dal relatore, nostro Presidente, sono comprese e previste anche quelle somme a cui accenna il collega

Gatto, essendo intenzione del Ministero della sanità di sanare anche quella situazione debitoria. Tuttavia non ho ancora potuto predisporre un piano in quanto la predisposizione del piano di risanamento della situazione debitoria è anche in funzione di un altro provvedimento, inserito nell'ordine del giorno di oggi di questa Commissione; e di cui si parlerà tra poco.

GATTO. Gradirei comunque che l'onorevole Ministro accettasse le mie osservazioni almeno come raccomandazione.

MONALDI, *Ministro della sanità*. Non ho alcuna difficoltà al riguardo, le accetto senz'altro.

D'ALBORA. Se ho ben capito, si tratterebbe di uno stanziamento per quest'anno, ma che sarà anche seguito da stanziamenti per gli anni futuri; questo sarebbe infatti indispensabile essendo la situazione dei suaccennati Consorzi notevolmente deficitaria, come ho potuto io stesso constatare personalmente, in una visita fatta in provincia di Napoli.

BONADIES. Desidererei chiedere al Ministro se anche i preventori sono compresi in questa spesa e se per i preventori le spese sono ammortizzabili in vari anni oppure si prevede un'unica spesa.

MONALDI, *Ministro della sanità*. Risponderò al senatore Bonadies che, ove esista l'impegno categorico da parte del Ministero, il Ministero farà fronte a quelle situazioni per le quali si è impegnato.

PRESIDENTE, *relatore*. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo ora all'esame e alla votazione degli articoli, di cui do lettura:

Art. 1.

È autorizzata la spesa di lire 400 milioni per provvedere alla parziale estinzione di



11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

5ª SEDUTA (11 dicembre 1958)

passività arretrate inerenti alle spese di ricovero e cura degli infermi tubercolotici.

(È approvato).

#### Art. 2.

All'onere derivante dalla applicazione della presente legge si farà fronte con una corrispondente aliquota delle disponibilità nette recate dalla legge 24 giugno 1958, n. 637, concernente, fra l'altro, variazioni al bilancio per l'esercizio 1957-58.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alle occorrenti variazioni di bilancio.

(È approvato).

Metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso.

(È approvato).

**Discussione e approvazione del disegno di legge: « Autorizzazione alla spesa di lire 900 milioni per l'estinzione di passività arretrate inerenti al pagamento delle rette di ricovero di infermi poliomielitici poveri » (278) (Approvato dalla Camera dei deputati)**

**PRESIDENTE, relatore.** L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Autorizzazione alla spesa di lire 900 milioni per l'estinzione di passività arretrate inerenti al pagamento delle rette di ricovero di infermi poliomielitici poveri », già approvato dalla Camera dei deputati.

Dichiaro aperta la discussione generale su questo disegno di legge, sul quale riferirò io stesso.

La relazione governativa che ha accompagnato la presentazione del disegno di legge alla Camera dice: « Durante gli ultimi anni, per effetto di una recrudescenza dell'infezione poliomielitica e del conseguente aumento del numero dei malati, si è reso necessario incrementare notevolmente i ricoveri disposti ai sensi della legge 10 giugno 1940, n. 932,

negli appositi centri di recupero, impegnando quindi una spesa di importo superiore a quello stanziato in bilancio.

A determinare tale maggiore spesa hanno inoltre contribuito sia il prolungamento del periodo di degenza conseguente alla gravità delle lesioni residue, sia la necessità di dover rinnovare in più anni successivi il ricovero degli stessi ammalati.

Quest'ultima esigenza, imposta dalla finalità di ottenere il recupero completo dei soggetti, ha determinato il cosiddetto « cumulo » degli assistibili.

Gli stanziamenti ordinari di bilancio per l'assistenza e cura degli infermi poveri affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta sono risultati in conseguenza assolutamente insufficienti per far fronte al pagamento delle spedalità ai vari istituti di ricovero che vantano crediti di notevole entità.

Per eliminare tale deficitaria situazione, si è predisposto il presente disegno di legge con il quale viene autorizzata la spesa di lire 900 milioni per l'estinzione di passività arretrate inerenti al pagamento delle cennate rette di ricovero.

All'onere relativo viene fatto fronte con somme all'uopo accantonate sulle disponibilità nette recate dalla legge 24 giugno 1958, n. 637, e sul fondo speciale di cui al capitolo n. 685 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'esercizio 1958-59 ».

Il presente disegno di legge, quindi, viene incontro ad una necessità assoluta, poiché con la poliomielite che infierisce, anche se adesso per fortuna è in fase decrescente, occorre che coloro che ne sono stati colpiti possano venir recuperati, e gli appositi istituti devono essere messi in condizione di poter prestare la necessaria assistenza.

Io chiedo dunque alla Commissione che il disegno di legge venga approvato.

**LORENZI.** Siamo ancora tutti sotto l'impressione della recente recrudescenza dell'infezione poliomielitica, quindi il provvedimento che il Governo sottopone al nostro esame è quanto mai opportuno.

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

Dobbiamo tener presente che i poliomielitici sono veramente povera gente. Noi, come medici, seguiamo un po' tutti, e sappiamo cosa vuol dire una paralisi poliomielitica per la quale vi è la necessità, qualche volta, di intervenire anche per anni sull'arto, come è avvenuto nel caso di un bambino di una decina d'anni che ho in cura, il quale ha dovuto subire ben venti operazioni per il trasporto di tendini, per innesti, e così via. Sono cose, oltre tutto, veramente gravose per le condizioni finanziarie della famiglia dell'ammalato.

Vorrei soltanto fare una raccomandazione: che i centri per il ricovero degli ammalati poliomielitici vengano fatti con una certa urgenza. A me è capitato qualche volta di dover chiedere, da parte di famiglie e comuni, il ricovero di un ammalato di questo genere, e di aver avuto una risposta dell'allora Alto Commissario per la sanità dopo due, tre, cinque mesi, mentre i familiari ogni settimana venivano a chiedermi se la risposta era arrivata.

Vorrei quindi che si dimostrasse una certa sollecitudine nel venire incontro a questa gente così duramente colpita.

BONADIES. Il professor Spolverini ha creato ad Ariccia un istituto degno di considerazione, che sarebbe opportuno il Ministro potesse visitare, nel quale si vede che la cura dei poliomielitici è veramente lunga e individuale.

Tutti i poliomielitici sono poveri, poichè anche quelli che all'inizio possiedono qualche mezzo finanziario non hanno la possibilità di sottrarsi alle cure nè dopo cinque mesi nè dopo un anno, perciò si ritrovano alla fine poveri come gli altri.

Ritengo quindi non solo che si debba approvare il disegno di legge, ma che si debba fare in modo che questi istituti si moltiplichino in rapporto alla disgrazia verificatasi quest'anno della recrudescenza del male.

Se si chiede oggi il ricovero per un bambino non lo si riesce a ottenere, non per colpa degli organi governativi, bensì per l'insufficienza dei mezzi. Ho avuto recentemente il caso di due bambini di 11 mesi, due fra-

telli, i quali hanno avuto la poliomielite e sono stati ricoverati nell'istituto di Ariccia, ma dopo circa un anno il professor Spolverini li ha dovuti dimettere per far posto ad altri. Io li ho potuti ricoverare altrove, però mi sono trovato di fronte a molte difficoltà; e se vi sono state difficoltà per me, tanto più ve ne saranno per chi non ha la possibilità di adire gli organi del Ministero.

Come ripeto, quindi, mentre approvo questo disegno di legge, raccomando che questi centri siano moltiplicati secondo le necessità della Nazione.

PASQUALICCHIO. Noi non possiamo essere che favorevoli a questo disegno di legge.

Già il Ministro, in occasione di interpellanze sulla poliomielite, riconobbe che i centri di recupero sono insufficienti; noi rinnoviamo ora le nostre richieste affinché si faccia fronte a questi bisogni, con speciale riguardo alle località del Meridione, dove vi è maggiore deficienza in questo campo.

CRISCUOLI. Sono favorevole all'approvazione di questo disegno di legge, per dare al Ministro della sanità la possibilità di migliorare le attrezzature necessarie per il recupero dei poliomielitici.

In Italia, e specialmente nel meridione di Italia, manca in gran parte questa attrezzatura, e so bene che il Ministro della sanità è orientato nel senso richiesto dal senatore Pasqualicchio, poichè durante la visita compiuta pochi giorni fa in provincia di Avellino egli ha dichiarato che ha intenzione di venire incontro a una eventuale richiesta del Consorzio ospedaliero di Avellino proprio per la creazione di un centro per la cura dei postumi della poliomielite.

Ritengo inoltre che si debba studiare la possibilità di aumentare ancora i fondi per venire incontro a questa necessità, che è una necessità umana e sociale, e poichè si tratta di inserire nella vita tanti individui che hanno perso ogni possibilità lavorativa a causa del male che ha lasciato tracce indelebili nel loro organismo.

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

5ª SEDUTA (11 dicembre 1958)

D'ALBORA. Mi unisco alle raccomandazioni fatte dai colleghi, e spero che il Ministro voglia quanto prima presentarci un piano sui criteri di rieducazione.

Egli disse in Senato che solo nella provincia di Napoli si erano verificati mille casi di poliomielite: duecento bambini morti e ottocento da rieducare. Per questa rieducazione occorre una attrezzatura speciale, e per la maggior parte dell'Italia si impone la creazione di centri appositi.

Ad Ariccia vi sono 140-150 posti, che sono assolutamente insufficienti, e credo che questo istituto sia l'unico del genere in Italia, oltre ai centri chirurgici.

Io mi dichiaro quindi favorevole al disegno di legge, sperando che presto possano essere apportate in questo campo ulteriori provvidenze.

MONALDI, *Ministro della sanità*. Lo attuale disegno di legge prevede l'estinzione di passività arretrate. Noi infatti abbiamo voluto almeno liberarci dai pesi del passato; tuttavia è ovvio che nel predisporre il primo bilancio del Ministero della sanità si è tenuto conto delle reali necessità in questo campo.

Mi sembra non sia il caso di impostare adesso una trattazione dell'argomento, a proposito del disegno di legge ora in esame.

Voglio però dire subito all'onorevole Presidente ed ai colleghi senatori che io sono dispostissimo a trattare in questa sede tutto l'argomento della poliomielite, od eventualmente una parte di questo argomento, come ad esempio i centri di recupero, proprio perchè io mi attendo dai loro consigli e dai loro suggerimenti di poter migliorare quel piano che noi andiamo predisponendo.

Desidero peraltro rilevare due cose. Anzitutto i centri attuali di recupero hanno questo significato: cioè, subito dopo il trattamento di prima fase, di prima assistenza, che avviene altrove, e cioè negli ospedali per malattie infettive, nelle cliniche pediatriche, si passa nei centri di recupero, che hanno lo scopo semplicemente di recuperare fisicamente e funzionalmente quanto è recuperabile. Si tratta quindi di assistenza non

oltre un certo limite; e vorrei con ciò rispondere al senatore Bonadies.

Perciò, quando si è detto che dopo un anno quei bambini sono stati dimessi dall'Istituto di Ariccia, non è stato perchè dovevano subentrare degli altri, ma perchè normalmente, come media generale, dopo sei mesi avviene il recupero.

Dove si riscontrano delle deficienze è invece dopo questo periodo trascorso nei centri di recupero, cioè nella cosiddetta terza fase, che è una fase assistenziale, è una fase di inserimento nella vita per coloro che, crescendo, rimangono menomati. Questa è la fase che noi stiamo curando in questo momento.

Per quanto riguarda invece i centri di recupero l'Italia è attrezzata bene, bisogna dirlo, e io lo dico, perchè ho fatto fare un esame della situazione in cui si trovano tutte le Nazioni europee ed è risultato che noi non siamo secondi a nessuno dal punto di vista del numero dei centri e dei posti letto. Si potrebbe discutere la questione in rapporto all'incidenza della malattia, ma anche da questo punto di vista ritengo che non siamo secondi a nessuno. Oggi noi disponiamo di 4.200 posti letto in questi centri. Ove si tenga conto che la media dei malati, dei colpiti è di circa 4.500 — quest'anno purtroppo abbiamo largamente superato questo numero — e ove si tenga conto che, in media, il periodo di degenza è di cinque o sei mesi, si vede che i centri dovrebbero essere praticamente sufficienti per tutti i colpiti, salvo determinati momenti in cui può esserci un maggiore affollamento, donde la necessità di raggiungere un margine di sicurezza, che si deve creare attraverso nuovi centri.

Ma c'è un secondo aspetto che è stato qui messo in luce, quello delle lande deserte, per cui vediamo alcune zone in cui i centri sono molto numerosi ed altre che ne sono del tutto sprovviste. Basta considerare, come esempio, il caso della Campania, che si riversa tutta in due unici vecchi centri; e il senatore D'Albora, qui presente, conosce al pari di me la situazione. Noi, nei nostri propositi, abbiamo del resto già detto che quei centri dovevano essere eliminati e sostituiti

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

5ª SEDUTA (11 dicembre 1958)

da altri, e in maggior numero, nuovi e con migliori attrezzature.

È in via di attuazione un centro in quel magnifico luogo che è l'ex preventivo di Pozzuoli; lì si potrà realizzare uno dei centri migliori, che dovrà anche servire da allacciamento tra i centri di recupero di ora e quello che sarà il centro di recupero, assistenza e inserimento nella vita sociale per i menomati.

Abbiamo anche visto, e ringrazio il senatore Criscuoli per averlo ricordato, che si vuole realizzare, e con estrema rapidità, un altro centro ad Avellino.

Attendiamo in questo mese alcune deliberazioni, e se tutte le autorità, come io ritengo, sono concordi in certe direttive che il Ministro della sanità ha formulato, se entro il mese le autorità daranno il loro consenso, noi potremo con estrema rapidità provvedere alla creazione di un centro per la Campania anche ad Avellino.

In tal modo, con il centro di Pozzuoli e con quello di Avellino, io ritengo che noi saremo nella possibilità di soddisfare alle esigenze anche della Campania, almeno entro certi limiti.

Il senatore Bonadies ha rilevato un aspetto che ci preoccupa moltissimo, cioè quello dell'allacciamento tra la prima assistenza e il recupero: si tratta, come ho già accennato, del passaggio dagli ospedali per malattie infettive, dove in genere si rimane per venti o trenta giorni, ai centri di recupero; noi vorremmo a questo proposito che avvenisse una specie di passaggio automatico.

I colleghi qui presenti, che sono per la maggioranza medici, conoscono quanto delicati siano i problemi sociali; è ovvio però che a questo passaggio automatico, dalla prima fase di assistenza alla seconda fase di recupero, senza interruzioni si dovrà a un certo momento arrivare e si stabilirà allora nella prima fase stessa in quale centro di recupero il colpito dovrà essere inviato.

Naturalmente, onorevoli colleghi, tutto deve essere fatto per gradi, ed io voglio sperare, dal momento che tutto questo programma è già nei piani del Ministero ed è in via di sviluppo, voglio sperare che il 1959,

almeno per chi sarà al mio posto, sia più fausto di quanto è stato per noi il 1958.

GATTO. In seguito a quanto il Ministro ha opportunamente prospettato, vorrei sottolineare il fatto che quanto concerne la terza fase del trattamento dei poliomielitici è ciò che ha segnato più ritardi nella tempestività degli interventi, ed è ciò per cui maggiormente le famiglie degli ammalati fanno pressione sugli uffici sanitari comunali e sui medici provinciali.

Molti interventi si possono fare durante questa fase, interventi che sono di natura ambulatoria, come l'applicazione, la rimozione o il cambiamento di apparecchi ortopedici, o anche di natura chirurgica, ma che richiedono brevi giorni di degenza.

Vorrei pertanto raccomandare che fosse tenuta presente la possibilità di moltiplicare questi interventi anche quando non sia necessaria la degenza.

PRESIDENTE, *relatore*. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo ora all'esame e alla votazione degli articoli, di cui do lettura:

#### Art. 1.

È autorizzata la spesa di lire 900 milioni per l'estinzione di passività arretrate inerenti al pagamento di rette di ospedalità per il ricovero di infermi poliomielitici poveri ai sensi della legge 10 giugno 1940, n. 932.

(È approvato).

#### Art. 2.

All'onere derivante dall'applicazione della presente legge, si farà fronte, per lire 400 milioni, con una corrispondente quota delle disponibilità nette recate dalla legge 24 giugno 1958, n. 637, concernente, fra l'altro, variazioni di bilancio per l'esercizio 1957-58 e, per lire 500 milioni, con riduzione del fon-

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

5ª SEDUTA (11 dicembre 1958)

do speciale di cui al capitolo 685 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'esercizio 1958-59.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio.

(È approvato).

Metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso.

(È approvato).

**Discussione e approvazione del disegno di legge d'iniziativa dei senatori Lorenzi ed altri: « Limiti di età a posti di ruolo presso i manicomi pubblici » (269)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Limiti di età a posti di ruolo presso i manicomi pubblici ».

Dichiaro aperta la discussione sul disegno di legge, di cui do lettura:

*Articolo unico.*

Per i concorsi a posti di ruolo presso i manicomi pubblici nessun limite di età è prescritto per i concorrenti titolari di posti di ruolo presso manicomi pubblici o cliniche universitarie neuropsichiatriche.

CRISCUOLI, *relatore*. Attualmente gli assistenti che prestano servizio presso i manicomi retti dalle Amministrazioni provinciali possono accedere al concorso per il posto di primario senza limite di età.

Invece per gli assistenti presso le cliniche universitarie o presso manicomi retti da altri Enti i limiti di età sono richiesti, perciò tali medici non possono quasi mai partecipare ai concorsi.

Vi è stato anche un ricorso al Consiglio di Stato a questo proposito, ma il Consiglio di Stato non ha potuto prendere alcuna decisione in contrasto con la legge attuale.

Questa è la ragione per cui è stato presentato il presente disegno di legge, che propone che i limiti di età vengano aboliti an-

che per coloro che prestano servizio presso manicomi retti da enti diversi dalle Amministrazioni provinciali, così come generalmente avviene per tutti coloro che occupano già un posto di ruolo sia nell'Amministrazione dello Stato, che nelle Amministrazioni delle Provincie o dei Comuni. Il parere, favorevole, della 1ª Commissione dice fra l'altro: « È noto che nei concorsi per impiego nelle Amministrazioni dello Stato, delle Provincie e dei Comuni, il limite di età non è richiesto per chi già si trovi in posto di ruolo alle dipendenze delle dette amministrazioni. Il contrario invece avviene, nel più dei casi, per quanti si trovano alle dipendenze di manicomi retti da enti pubblici diversi dalla Provincia. Il disegno di legge tende ad eliminare questa disparità ».

LORENZI. Vorrei aggiungere a quanto ha detto il relatore che la legge del 1909, relativa ai concorsi per gli ospedali psichiatrici, dice che è necessario aver prestato servizio in manicomio o in cliniche psichiatriche per non meno di un quadriennio.

È successo quindi che mentre, secondo la legge, per gli enti locali non sono richiesti i limiti di età, essi sono invece richiesti per gli assistenti nelle cliniche neuropsichiatriche, come ha detto il relatore.

La cosa si è portata avanti dal 1909 al 1952 senza complicazioni poichè nessuno aveva sollevato la questione, ma nel 1952, dopo i primi concorsi ospedalieri per i manicomi, è sorto un grosso problema. Alcuni ospedalieri da una parte e alcuni universitari dall'altra hanno reagito di fronte al lavoro delle commissioni poichè venivano ad essere danneggiati da quello stato di cose, ed hanno fatto ricorso al Consiglio di Stato.

Il Consiglio di Stato ha risposto che la legge vigente non poteva essere cambiata e che quindi per gli universitari doveva essere mantenuto il limite di età di 35 anni.

In conclusione, le commissioni ospedaliere proposte nei concorsi per i manicomi non hanno più potuto agire perchè gli universitari, trovandosi in condizione di non poter sostenere i loro assistenti, hanno rinunciato a fare i concorsi. I concorsi, quindi, da

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

tre anni a questa parte non si fanno più negli ospedali, come ad esempio nell'ospedale di Udine che cito perchè è quello che mi ha segnalato l'attuale situazione.

Ecco perchè si è voluto, con questo modesto articolo unico, cercare di porre tutti, senza discriminazione, nelle medesime condizioni, e di poter dare la possibilità di continuare i concorsi presso i manicomi.

PASQUALICCHIO. Non abbiamo alcuna difficoltà ad approvare questo disegno di legge di cui i colleghi che mi hanno preceduto hanno già dimostrato la necessità.

MONALDI, *Ministro della sanità*. Sono pienamente favorevole al disegno di legge.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro chiede di parlare dichiaro chiusa la discussione.

Metto ai voti il disegno di legge di cui ho già dato lettura.

(È approvato).

#### Discussione e rinvio del disegno di legge:

« Riordinamento ed estensione dell'assistenza antitubercolare in regime assicurativo » (211-Urgenza)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Riordinamento ed estensione dell'assistenza antitubercolare in regime assicurativo ».

Dichiaro aperta la discussione generale. Comunico alla Commissione che, tra tutti i pareri richiesti, ci è pervenuto soltanto quello della 8<sup>a</sup> Commissione, la quale non ha nulla da osservare per la parte di sua competenza.

PUCCI, *relatore*. Onorevoli colleghi, come è noto, la lotta contro la tubercolosi in Italia ebbe l'avvio nel 1927, con i due provvedimenti legislativi 23 giugno 1927, n. 1276, e 27 ottobre 1927, n. 2055, istitutivi rispettivamente dei Consorzi provinciali antitubercolari obbligatori e dell'assicurazione obbligatoria di determinate categorie di lavoratori contro la tubercolosi, che restano an-

cor oggi i cardini fondamentali di una efficace azione antitubercolare.

In virtù di tali disposizioni legislative, la assistenza ai tubercolotici in Italia risultava condotta su un duplice binario, con una grossa distinzione tra ammalati aventi diritto all'assistenza in regime assicurativo (nella legge istitutiva solo lavoratori già soggetti all'assicurazione per l'invalidità e vecchiaia, cioè lavoratori manuali occupati alle dipendenze di terzi ed impiegati con stipendio mensile non superiore alle 800 lire) ed i restanti ammalati, per i quali, non assicurati, l'assistenza stessa veniva affidata ai Consorzi provinciali antitubercolari, come compito integrativo di quelli fondamentali, che erano la profilassi, l'accertamento ed il *dépistage* dei malati, per tutte le categorie di cittadini, compresi quelli assicurati.

Già fin dai primi tempi, però, fu avvertita la necessità di superare il divario che si era venuto a creare tra ammalati per i quali l'assistenza diventava un diritto in virtù del regime previdenziale cui erano sottoposti ed ammalati per i quali non veniva superato il vecchio concetto dell'assistenza caritativa, rimanendo essi affidati al benevolo accoglimento della loro istanza da parte dei Consorzi provinciali antitubercolari e, in caso di urgenza, da parte dei Comuni.

Medici, tisiologi, studiosi di sociologia ed uomini politici avvertirono pertanto il bisogno di estendere gradualmente le norme assicurative a sempre più vaste categorie di lavoratori; e già nel 1936 esse furono estese ai mezzadri e coloni parziari e successivamente, nel 1938, ai maestri elementari e direttori didattici.

Nel 1950 veniva abolito ogni limite di retribuzione mensile per gli impiegati, si da sancire una piena parità di diritto fra lavoratori del braccio e classi impiegatizie, mentre nel 1955 le provvidenze assicurative venivano estese al personale di qualunque categoria dipendente da ospedali ed istituzioni sanitarie in genere e poi, nel 1956, ai religiosi occupati alle dipendenze di terzi (cappellani, insegnanti, eccetera).

La platea assicurativa si è venuta così, tra il consenso generale, progressivamente ampliando, e per il diretto aumento delle ca-

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

tegorie di assicurati ed altresì per la provvida iniziativa di estendere la concessione delle prestazioni ai figli di assicurati, anzichè fino a 15, a 20 anni di età (ed a 26 per gli studenti universitari).

Nel frattempo ai tubercolotici che avessero già fruito di un primo ricovero veniva riconosciuto il diritto per tutto il periodo assicurativo e successive prestazioni, ancorchè decorsi i termini previsti dalla legislazione in corso, mentre tale beneficio veniva concesso anche agli assicurati indiretti (familiari aventi diritto all'assistenza) limitatamente però al periodo di due anni dalla precedente prestazione.

Infine, in questo dopoguerra, numerosi provvedimenti legislativi sono stati emanati, per venire incontro, mediante una adeguata assistenza postsanatoriale, alle necessità, oltre che sanitarie anche economiche degli ammalati e delle loro famiglie.

Il disegno di legge, che viene al nostro esame, prende le mosse dalla situazione di fatto esistente in virtù dei provvedimenti legislativi che abbiamo accennato, per cercare di risolvere in maniera pressochè integrale il problema dell'assistenza antitubercolare.

Con l'articolo 1 l'assistenza antitubercolare, attualmente limitata nel tempo, — alla stessa stregua dell'assistenza generica per ogni forma di malattia — a 180 giorni per i dipendenti dello Stato (gli iscritti all'E.N.P.A.S.) ed a 120 giorni per i dipendenti degli Enti locali (gli iscritti all'I.N.A.D.E.L.) viene estesa a tutta la durata della malattia tubercolare.

Non è però — a mio avviso — abbastanza chiaro nel testo del disegno di legge il modo con cui gli istituti previdenziali ed assistenziali dovrebbero provvedere ad erogare le prestazioni sanitarie.

Il comma terzo prevede la stipula di apposite convenzioni da parte di detti enti con l'I.N.P.S., omologate dal Ministro della sanità.

Sarebbe opportuno che venisse chiaramente specificato se le convenzioni dovranno venire stipulate sulla base di una cifra forfettaria, di una quota capitaria in rapporto al numero degli iscritti o invece mediante ero-

gazione delle prestazioni da parte dello I.N.P.S. e pagamento delle relative rette giornaliere di degenza.

A tal proposito va rilevato che notevoli preoccupazioni ha destato la formulazione dell'articolo tra gli iscritti all'E.N.P.A.S. ed all'I.N.A.D.E.L., che a gran fatica avevano conseguito anche per la tubercolosi la possibilità dell'assistenza sanitaria indiretta (sia mediante ricovero, sia addirittura domiciliare) e con grave disappunto si vedrebbero privi di tale conquista, pur nella legittima soddisfazione di vedere aperte davanti a loro le porte dei sanatori dell'I.N.P.S. notoriamente molto bene attrezzati ed a rette di degenza più costose, da cui rimanevano sino ad oggi esclusi (e ciò anche in analogia all'assistenza loro dall'Ente erogata per altre malattie, per cui non si spiegherebbe un trattamento diverso per la tubercolosi).

Sarebbe opportuno pertanto che dopo il terzo comma venisse aggiunto un comma così formulato: « Nel caso in cui l'ammalato preferisca la cura domiciliare oppure il ricovero in altro istituto di suo gradimento e riconosciuto idoneo mercè l'inclusione in un elenco compilato a cura del Ministro della sanità, sarà facoltato a farlo e riceverà un contributo alle spese di cura o di degenza nella misura massima stabilita dal Ministero della sanità e non superiore, in ogni caso, a quella che, con documentazione, dimostrerà di avere effettivamente speso ».

Il penultimo comma dello stesso articolo 1 prevede l'erogazione da parte dello Stato della somma di lire 500 milioni all'E.N.P.A.S. e di lire 750 milioni all'I.N.A.D.E.L., per consentire ai due enti previdenziali la possibilità di far fronte ai maggiori oneri derivanti loro dalla mancata limitazione nel tempo — fin qui esistente — della durata del periodo di erogazione delle prestazioni assicurative.

Nessuna innovazione è prevista per quanto riguarda l'assicurazione dei maestri elementari e dei direttori didattici, che, pur dipendenti statali, erano già assistiti in regime assicurativo, in virtù della legge 21 dicembre 1938, n. 2202.

Non è considerata per le categorie comprese in questo articolo (dipendenti dello Sta-

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>o</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

to e degli Enti locali) alcuna corresponsione di assistenza postsanatoriale, trattandosi di soggetti per i quali è prevista — appena conseguita la stabilizzazione clinica e quindi la dimissione dal sanatorio — la riassunzione al proprio posto di lavoro.

Gli articoli 2 e 3 del disegno di legge prevedono l'estensione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi sia per quanto riguarda le prestazioni sanitarie che per quanto riguarda l'assistenza postsanatoriale ai coltivatori diretti ed agli artigiani, già fruitori dell'assicurazione contro le malattie a norma rispettivamente delle leggi 22 novembre 1954, n. 1136, e 29 dicembre 1956, n. 1533.

In analogia a quanto praticato per le altre categorie già assistite, l'assicurazione è prevista direttamente con l'I.N.P.S., che a copertura dell'onere derivantegli riceverà un contributo annuo capitaro di lire 1.350, di cui metà a carico dello Stato e metà a carico di ciascun assistibile, da riscuotere rispettivamente a cura del Servizio riscossione dei contributi unificati in agricoltura ed a cura delle Casse mutue di malattia degli artigiani.

Per queste due categorie, come già detto, è prevista anche l'erogazione dell'assistenza postsanatoriale.

L'articolo 4 è, a mio avviso, dal punto di vista sociale, il più importante del disegno di legge in esame, in quanto per la prima volta nella nostra legislazione si sancisce il principio di una assicurazione obbligatoria a favore di categorie sociali che per il fatto di non prestare lavoro retribuito, erano sinora escluse da ogni assistenza previdenziale.

La dizione molto lata usata « Le persone non abbienti e non aventi titolo alle prestazioni antitubercolari in base ad assicurazione propria o di un membro della famiglia » consente l'assistenza antitubercolare a ben altri quattro milioni di cittadini, lasciando così esclusi solo i liberi professionisti ed i piccoli commercianti, per i quali è auspicabile un provvedimento che ponga queste categorie sullo stesso piano delle altre.

A questo punto mi pare non inopportuno rilevare come la valutazione del concetto di abbiente ai fini dell'assistenza cambi a seconda che ci si trovi di fronte alle malattie acute ovvero alla tubercolosi, che prevede spesso terapie lunghe e dispendiose, con una contemporanea lunga astensione dall'attività professionale o commerciale.

È perciò che sarebbe opportuno prevedere che l'elenco dei non abbienti assicurabili ai sensi dell'articolo 4 venisse compilato direttamente a cura del Comune e non dell'E.C.A., da cui molte persone, che pur potrebbero sopportare un onere limitato nel tempo, ma non quello di una malattia lunga come la tubercolosi, rifuggirebbero, per ovvi motivi di carattere psicologico e sociale, dal chiedere l'inclusione.

Con l'articolo 5 è previsto che l'assicurazione dei non abbienti venga attuata con l'I.N.P.S. mediante versamento di un contributo capitaro di lire 1.700 per ciascun assistibile, di cui i 4/5 a carico dello Stato ed 1/5 a carico del Comune.

È previsto altresì un ulteriore contributo straordinario dello Stato — tramite il Ministero della sanità — a vantaggio dei Comuni non capoluoghi di Provincia delle zone depresse e meridionali i cui bilanci siano deficitari. Mercè tale contributo la spesa dei Comuni può in definitiva risultare ridotta a non più di 102 lire per ciascun assicurando.

L'articolo 6 prevede la possibilità da parte degli ordinari diocesani e dei superiori gerarchici degli Ordini e Congregazioni religiose di stipulare convenzioni triennali con l'I.N.P.S., per l'assicurazione contro la tubercolosi del Clero secolare e regolare nonché dei docenti e degli allievi dei seminari e degli appartenenti ad Ordini, Congregazioni e Società religiose di ambo i sessi, ancorchè non legati da voti.

Dette convenzioni, che per essere esecutive dovranno avere la sanzione del Ministero per la sanità e del Ministero per il lavoro di concerto con quello per il tesoro, dovranno prevedere il pagamento di un contributo annuo, per metà a carico dello Stato, limitatamente al costo delle prestazioni sanitarie.



11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

5ª SEDUTA (11 dicembre 1958)

Nel prospetto contenuto nella relazione allegata al disegno di legge tale contributo statale è previsto in lire 675 per ciascun assistibile, con una spesa globale di 337 milioni e 500.000, calcolata su 500 mila assistibili.

Per i pensionati la vigente legislazione prevede l'erogazione delle prestazioni, oltre che, ovviamente, per coloro che, presentando la domanda nei primi quattro anni dal collocamento in stato di quiescenza, possono ancora far valere un anno di contributi effettivamente versati, altresì per tutti coloro che già nel periodo lavorativo siano stati precedentemente assistiti.

In considerazione della forte incidenza di questi casi in cui — come giustamente osserva la relazione ministeriale — la tubercolosi delle età avanzate non è che una riattivazione di un pregresso stato di malattia, onde allo stato, già la maggior parte dei pensionati fruisce dell'assistenza antitubercolare, l'articolo 7 sancisce il diritto alle prestazioni per tutti i pensionati, sulla semplice base del precedente rapporto assicurativo e senza alcun ulteriore onere di versamenti.

Poichè l'O.N.I.G. già provvede per suo conto all'assistenza dei tubercolotici invalidi di guerra, questi sono esclusi dall'assistenza assicurativa riservata agli altri pensionati.

Sarà bene tuttavia sancire esplicitamente che per questa particolare benemerita categoria resta, comunque, immutato il diritto all'assistenza postsanatoriale, di cui attualmente fruiscono.

L'articolo 8 stabilisce la decorrenza del diritto alle prestazioni.

Mentre però per le persone assicurate ai sensi degli articoli 2 e 3 essa si determina col fatto stesso dell'iscrizione negli elenchi dei coltivatori diretti, e rispettivamente, degli artigiani assistibili dalle Mutue malattie e, per i non abbienti, dalla inclusione da parte dei competenti organi negli appositi elenchi, per i lavoratori alle dipendenze altrui, già in atto fruente dell'assicurazione, essa matura solo alla duplice condizione che sia trascorso un anno dalla instaurazione del rapporto assicurativo e che si possano far valere sei

mesi di contribuzione nel quinquennio precedente la domanda.

Tale disposizione, pur rappresentando una norma innovativa di notevole importanza, rispetto alla legislazione attuale (che prevede la decorrenza di un biennio e dodici mesi di contribuzione) è tuttavia insufficiente, lasciando ancora scoperta la grande falange degli assicurati durante il primo anno dall'assunzione al lavoro.

Nè sembra possa sopperire a questa deficienza il disposto dell'articolo 9, che prevede possa prescindersi da tali requisiti assicurativi e contributivi, purchè risulti accertato lo stato di bisogno dell'assicurato.

E ciò sia perchè lo stesso articolo 9 non definisce cosa voglia intendersi per stato di bisogno (se clinico o profilattico od economico-sociale) sia perchè non stabilisce da chi esso debba essere accertato.

Con l'articolo 10 viene istituito presso il Ministero della sanità il Comitato nazionale per la tubercolosi, che, presieduto dallo stesso Ministro della sanità, ha funzioni di organo consultivo per tutto quanto attiene all'organizzazione ed al funzionamento dell'assistenza antitubercolare.

A tal proposito mi sembrerebbe opportuno:

1) che si accentui il carattere tecnico di detto comitato, portando da uno a due i componenti di cui alla lettera *i*) ed alla lettera *l*);

2) che i componenti dalla lettera *h*) alla *m*) vengano designati dalle rispettive organizzazioni federative o di categoria (Unione delle provincie, Unione dei sanitari dei Consorzi antitubercolari, Unione dei medici sanatoriali).

L'articolo 12 precisa il modo di far fronte all'onere complessivo per lo Stato con i fondi di bilancio 1959-1960 corrispondenti a quelli dei capitoli 282/1 e 284 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro — rubrica Presidenza del Consiglio dei ministri — per il corrente esercizio.

Qualche perplessità lascia però il precedente articolo 11, laddove prevede che « ai fini della perequazione dei contributi alle spese effettive, l'I.N.P.S. tenga un conto speciale degli oneri e delle spese affrontate in dipen-

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e sanità)5<sup>a</sup> SEDUTA (11 dicembre 1958)

denza delle incombenze derivanti dalla presente legge » e che a tale conto si debba in pratica adeguare l'accertamento dei contributi da effettuarsi annualmente con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

In tal modo l'onere dello Stato — che per il primo esercizio viene previsto in complessive lire 12 miliardi e 662 milioni — diviene oltremodo aleatorio e la reale spesa degli anni successivi viene sottratta al controllo del Ministero della sanità, nel cui bilancio pur è iscritto, per essere affidato alla sola discrezione del Ministero del lavoro.

Mi sembra indispensabile pertanto — ove proprio si voglia mantenere l'articolo 11 — che esso al secondo comma venga modificato nel senso che l'accertamento dei contributi debba venire effettuato annualmente « con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, sentito il Comitato nazionale per la tubercolosi e di concerto con il Ministro del lavoro ».

Onorevoli colleghi, io ritengo di non aver altro da aggiungere per il momento.

Il disegno di legge che voi vi accingete ad esaminare nel dettaglio e che, con le osservazioni fatte, io raccomando alla vostra approvazione, pone riparo ad una patente ingiustizia sociale, che in uno Stato moderno bene ordinato non può oltre essere tollerata, eliminando, come dicevo in principio, una disparità di trattamento tra cittadini, che, per il fatto di essere ammalati, debbono imporsi ancor più alla nostra attenzione onde far valere ancor meglio i loro uguali diritti.

La terapia però non è che uno dei complessi problemi che ineriscono alla lotta antitubercolare: nessuno meglio del ministro Monaldi, clinico insigne ed uomo dal cuore e dalla mente aperti alla più larga visione dei problemi nella loro integrale unità, lo sa;

e noi auspichiamo che, parallelamente a questo disegno di legge, egli voglia predisporre gli altri provvedimenti necessari, siano essi sul piano legislativo o meno, a potenziare tutti gli strumenti e tutti gli organismi — mi riferisco in particolare ai benemeriti Consorzi provinciali antitubercolari — che nelle scorse settimane hanno trepidato per la loro sorte e che, per unanime riconoscimento, alla lotta contro la tubercolosi hanno da un trentennio arrecato — e desiderano continuare ad arrecare — un apporto decisivo.

CRISCUOLI. Ho ascoltato con molto interesse la chiara ed esauriente relazione del collega Pucci, e desidero chiedere al Presidente, anche a nome, ritengo, dei miei colleghi, che tale relazione venga stampata e distribuita a tutti i membri della Commissione, in maniera che ciascuno possa con serenità ed equilibrio esaminare un problema che presenta una enorme importanza.

In considerazione appunto dell'importanza che il disegno di legge ora sottoposto al nostro esame assume nei confronti di molteplici aspetti della vita sociale e per potere con maggior oculatezza esprimere le nostre decisioni in merito, chiederei che il seguito della discussione su questo provvedimento venisse rinviato ad altra seduta.

PRESIDENTE. Se la Commissione è d'accordo le proposte del senatore Criscuoli si intendono accolte ed il seguito della discussione del disegno di legge all'ordine del giorno viene rinviato ad altra seduta.

*(Così rimane stabilito).*

*La seduta termina alle ore 18.*

Dott. MARIO CARONI

Direttore dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari