

N. 1343-A

Resoconti XIX

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 1966

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

(Tabella n. 19)

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

I N D I C E

SEDUTA DI MERCOLEDI' 8 SETTEMBRE 1965

PRESIDENTE	Pag. 2, 13, 15, 16, 31
CAROLI, <i>relatore</i>	2, 31
D'ERRICO	16, 18
MACCARRONE	13, 14, 15, 22, 31
MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i>	16
PERRINO	18
TIBALDI	15, 16, 18
TOMASUCCI	16
ZELIOLI LANZINI	14, 15

SEDUTA DI GIOVEDI' 9 SETTEMBRE 1965

PRESIDENTE	32, 39
MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i>	32, 34, 38, 39
MINELLA MOLINARI Angiola	33, 34, 38
PIGNAFELLI	32, 33
SAMEK LODOVICI	32, 38

SEDUTA DI MERCOLEDI' 22 SETTEMBRE 1965

PRESIDENTE	40, 51
MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i>	40, 42
PERRINO	42
SAMEK LODOVICI	50

SEDUTA DI GIOVEDI' 23 SETTEMBRE 1965

PRESIDENTE	Pag. 51, 52, 55, 58, 59, 60, 62, 74
CAROLI, <i>relatore</i>	60, 62
CRISCUOLI	72, 73
LOMBARI	52, 60
MACCARRONE	53, 54, 55, 57, 58, 66, 69
MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i>	51, 53, 54, 55, 56 57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 73
PERRINO	57, 59, 62, 64, 65, 69
SAMEK LODOVICI	59, 62
SELLITTI	65
TIBALDI	66
TOMASUCCI	58
ZANARDI	57

SEDUTA DI MERCOLEDI' 8 SETTEMBRE 1965

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 16,30.

Sono presenti i senatori: Alberti, Caroli, Cassese, Criscuoli, D'Errico, Maccarrone, Minella Molinari Angiola, Perrino, Pignatelli, Samek Lodovici, Simonucci, Tibaldi, Tomasucci, Zanardi e Zelioli Lanzini.

Interviene il Ministro della sanità Mariotti.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966

— 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 del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Invito il relatore, senatore Caroli, ad illustrare lo stato di previsione.

C A R O L I , relatore. Onorevoli colleghi. Una pur sintetica relazione al bilancio del Ministero della sanità per l'anno 1966 deve, a mio avviso, tener conto di due elementi fondamentali che ne caratterizzano in modo del tutto singolare il contenuto e le prospettive di sviluppo: da una parte, la realtà della previsione della spesa, che è aumentata di appena quattro miliardi rispetto al 1965 e che quindi non comporta motivi di novità e tanto meno di adeguamento agli accresciuti bisogni sanitari del Paese; dall'altra parte, la presentazione al Parlamento, per la prima volta nella storia dello Stato italiano, di un Piano di sviluppo economico quinquennale approntato dal Governo, nel quale le soluzioni strutturali, organizzative e tecniche del settore sanitario sono delineate con un respiro ampio e con un disegno organico.

Ritengo pertanto doveroso e corretto soffermarmi brevemente sui due aspetti della politica sanitaria che sono sottoposti al nostro esame, in modo da evitare sia il facile

lamentato di fronte ad una insufficienza attuale di bilancio, che non può mancare di preoccuparci, sia l'affrettato ottimismo che potrebbe scaturire da una superficiale valutazione del testo di programmazione che non tenesse conto della complessità che un riordinamento così profondo del settore sanitario propone e del necessario impegno morale, civile e politico richiesto ai pubblici poteri, agli operatori sanitari e a tutti i cittadini, considerati come utenti dei servizi, ma anche come portatori di un responsabile livello di coscienza civica e di educazione sanitaria.

Lo stato di previsione del Ministero della sanità per il prossimo esercizio finanziario presenta un ammontare di spesa di lire 77.653.391.000 con un aumento quindi, di fronte al bilancio del 1965, di lire 4 miliardi 52.966.000.

Poca cosa, in senso relativo, in quanto i bisogni più urgenti e indispensabili avrebbero richiesto un aumento di almeno 30 miliardi; quasi niente in senso assoluto, in quanto il modesto incremento è parzialmente assorbito dalla svalutazione della moneta nel corso dell'anno.

Sotto questo profilo di carattere finanziario non sarà pertanto necessario spendere molte parole per illustrare lo stato di previsione del bilancio 1966, che, d'altra parte, risente della generale e necessaria austerità con la quale lo Stato cerca di superare — ed i sintomi positivi si fanno già evidenti e ci inducono a sperare in una prossima decisiva ripresa — la fase di sfavorevole congiuntura della nostra economia.

A parte dunque la quota di 400 milioni per « spese in conto capitale », i rimanenti 77 miliardi 253.391.000 delle « spese correnti » vengono così ripartiti:

	Anno 1965	Variazioni	Anno 1966
Servizi generali	30.736.527.000	+ 1.691.936.000	32.428.436 000
Igiene pubblica ed ospedali	8.833.250 000	+ 760.000.000	9.593.250 000
Malattie sociali	23.443.000.000	+ 1.455.000.000	24.898.000 000
Igiene degli alimenti e nutrizione	259.000 000	+ 70.000 000	329.000 000
Servizio farmaceutico	375 000 000	—	375 000 000
Servizi veterinari	5.496 000 000	—	5.496.000.000
Istituto superiore di sanità	3.907.648.000	+ 226 030 000	4.133.678 000
	73.050.425.000	+ 4 202.966.000	77.253.391 000

Nella rubrica I, Servizi generali, hanno rilievo le spese relative al personale del Ministero, che si dimostra ancora largamente insufficiente per il numero, per la distribuzione e per le sempre nuove qualificazioni occorrenti al rapido sviluppo del progresso sanitario. Oltre ai problemi di ordinaria amministrazione, meritano segnalazione gli insufficienti fondi per le indennità di missione che pure — fra l'altro — da qualche anno consentono la lodevole, energica ma ancora limitata azione dei Nuclei antisofisticazione (NAS) a difesa della salute alimentare dei cittadini; e gli stanziamenti anche essi veramente inadeguati per l'organizzazione di corsi di aggiornamento per il personale del Ministero, che noi vorremmo estesi al centro, oltre che alla periferia, e che dovrebbero obbligatoriamente raccogliere ogni anno tutti i dipendenti di ogni ruolo, affinché il continuo rifornimento scientifico e tecnico assicuri un livello direttivo ed operativo di massima efficienza.

Inalterati e pertanto inferiori alle attese restano poi i contributi per la propaganda sanitaria, destinati a finanziare l'unico serio esperimento esistente in Italia in questo settore, e cioè il programma di educazione sanitaria nel Mezzogiorno d'Italia, curato — d'accordo con il Ministero della sanità — dall'Amministrazione per le attività assistenziali italiane ed internazionali (AAI).

Nella rubrica II, Igiene pubblica e ospedali, fanno spicco due voci di grande momento: le spese per il funzionamento dei più importanti servizi di profilassi (vaccini, antibiotici e chemioterapici, disinfettanti e disinfestanti) in particolare per i vaccini antitetanici e antipoliomielitici, e le spese, così nuove ma così necessarie, per incrementare studi e ricerche nel campo dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera (oggi che il graduale avvio della programmazione postula iniziative ampie, coraggiose, moderne di sperimentazione di nuovi schemi d'intervento), per il funzionamento dei vecchi e nuovi centri trasfusionali, per la creazione e il finanziamento di numerose e meglio distribuite scuole per infermiere — e infermieri, vogliamo aggiungere! — professiona-

li, per assistenti sanitarie visitatrici e anche per infermieri generici.

Stazionarie rimangono le voci relative all'assistenza degli ex poliomielitici e quelle per l'impianto e avviamento dei servizi medico-scolastici nei Comuni con popolazione inferiore ai 25 mila abitanti, che abbisognano ancora di 2.500 ambulatori specialistici, oltre i 1.331 esistenti.

Nella rubrica III, Malattie sociali, si rilevano stasi macroscopiche di eccezionale gravità che — di fronte all'automatico incremento delle spese per la gestione dei servizi — significano addirittura regresso; vedasi il capitolo relativo all'ONMI che trova invariato lo stanziamento generale di 19 miliardi 500 milioni, pur con un aumento sostanziale di 1.500.000.000 per l'espansione dei compiti istituzionali, mentre il disavanzo di bilancio dell'Ente raggiunge una cifra cospicua (6.500.000.000 nel 1964, che quasi sicuramente si ripeteranno a fine 1965) in quanto il mantenimento delle attuali prestazioni sanitarie e assistenziali costa circa 30 miliardi all'anno. E questo accade proprio nell'anno in cui l'ONMI ha lanciato nel Paese una grande iniziativa di medicina preventiva di massa e di educazione sanitaria distribuendo il « Libretto sanitario infantile » e la « Tessera sanitaria materna ».

Questo eccezionale sforzo organizzativo e tecnico meritava maggiore comprensione e tangibile aiuto per assicurare — con una indispensabile dotazione di strumenti e di mezzi — il successo che l'ONMI spera di conseguire. Il sostanziale blocco di bilancio impedisce, inoltre, lo sviluppo della rete degli asili-nido, da tutti auspicata specie nelle zone ove le donne lavorano, con conseguenti effetti negativi sulla custodia e l'educazione dei bambini.

Anche il capitolo della CRI lascia perplessi, perchè le maggiori richieste di soccorso e di trasporto di infortunati e malati impongono un deciso programma di sviluppo di tutti i servizi CRI in uomini e mezzi.

Qualche ulteriore provvedimento è stato previsto per il ricovero dei lebbrosi poveri, per l'assistenza e la cura di infermi poveri recuperabili affetti da paralisi spastiche in-

fantili, per il mantenimento e l'istituzione di nuovi Centri per le malattie sociali — tra i quali spiccano per importanza e organizzazione quelli antitumorali — per le colonie destinate a bambini ammalati o predisposti, per le azioni preventive mediante indagini di massa.

La voce più consistente riguarda l'aggiunta di 1 miliardo per il rinnovo periodico di attrezzature radiologiche e impianti schermografici dei Consorzi provinciali antitubercolari, per l'aumento delle rette di degenza e per la concessione di un sussidio *una tantum* ai tubercolotici non coperti dell'assicurazione INPS.

Nella rubrica IV, Igiene degli alimenti e nutrizione, è previsto un aumento di 70 milioni per il potenziamento delle attrezzature tecniche dei laboratori di igiene e profilassi, che svolgono le normali indagini per conto del Ministero sugli alimenti e le bevande destinati al consumo.

Nessuna variazione è invece prevista per la rubrica V, Servizio farmaceutico, e per la rubrica VI, Servizi veterinari, mentre nella rubrica VIII, Istituto superiore di Sanità, esiste un aumento di 226 milioni a favore del personale.

La rapida analisi della previsione di spesa del Ministero della sanità nel 1966 assume un ben diverso significato se confrontata con gli obiettivi che il Piano di sviluppo economico quinquennale del Governo ha fissato all'azione dei pubblici poteri nel settore sanitario. E poichè si tratta di un provvedimento di lungo respiro e che già si trova depositato in Parlamento, mi sembra opportuno esaminarne qui le grandi linee di sviluppo per la materia che ci riguarda.

Vorrei innanzitutto sottolineare che si è giunti alla elaborazione di un documento tanto importante per la vita e lo sviluppo politico e civile del nostro Paese, attraverso una partecipazione abbastanza significativa e degli organi pubblici e dei gruppi politici, associativi e privati.

Dal rapporto Saraceno al piano Giolitti, al piano Pieraccini, il Governo ha provveduto a stendere progetti che hanno sempre meglio disegnato il progressivo sviluppo

del nostro sistema economico e sociale, che è un sistema sostanzialmente misto, e cioè pubblico e privato, nè orientato al monopolio statale nè abbandonato al capriccio della iniziativa individuale, ma finalizzato alla superiore e indispensabile realizzazione del bene comune, ossia del bene di tutti, che tuttavia non disconosce e anzi reclama la attiva e responsabile partecipazione dei singoli cittadini e delle formazioni intermedie.

Nel campo sanitario, in particolare, si sono avute alcune proposte di programmazione, da prima più sintetiche, come quelle della CISL e delle ACLI, poi più organiche e puntualizzate, come quelle dei maggiori partiti in vista delle elezioni politiche del 1963, infine, più approfondite e documentate così da essere considerate dei veri piani, vedi quella della CGIL nota come piano Berlinguer (1964) e quella del CIRSS conosciuta come piano Bruni (1964), le quali ultime hanno rappresentato non solo indicazioni tecniche ed economiche, ma anche scelte ideologiche e confronti vivaci e dinamici di tesi politiche contrapposte sulla concezione della persona umana, della libertà e dello Stato, essendo il primo ispirato da settori di estrema sinistra e il secondo da qualificati ambienti del settore cattolico e democristiano.

Lo stesso documento governativo non potrà — io ritengo — essere valutato e successivamente sviluppato in idonei strumenti di attuazione legislativa senza riferirsi ai più meditati di questi orientamenti, al fine di assicurare — accanto all'azione urgente di un incisivo progresso degli interventi sanitari a favore di tutti i cittadini — quella garanzia fondamentale di rispetto dei singoli e di sostanziale libertà del sistema che è alla base di ogni feconda democrazia e che è sancita, del resto, dalla Costituzione repubblicana.

Il piano quinquennale si prefigge di raggiungere tre obiettivi:

- 1) creare un servizio pubblico di sanità e quindi diretto dallo Stato, ma dislocato a livello degli Enti locali (Regioni, Provincie, Comuni) e ad essi affidato per l'organizzazione e gestione dei servizi, il cui fi-

nanziamento sarà operato con il prelievo fiscale;

2) assicurare a tutti i cittadini le prestazioni sanitarie nel settore preventivo, curativo, riabilitativo;

3) accentuare l'orientamento preventivo dell'intervento sanitario al fine di consentire quella tutela della salute prevista dall'articolo 32 della Costituzione, che non significa solo lotta alle malattie, ma anzitutto miglioramento e mantenimento del buono stato di salute fisica, psichica e lavorativa.

A tal fine il Piano ritiene indispensabile conseguire le seguenti realizzazioni di massima:

a) l'unità di indirizzo, coordinamento e controllo di tutte le competenze sanitarie dello Stato (escluso il Ministero della difesa) nel Ministero della sanità, ciò che significa soprattutto il passaggio nel suo ambito delle mutue e degli ospedali che deve avvenire oramai — lo dico di proposito e con grande fermezza — senza nessuna ulteriore e dannosa esitazione;

b) la distribuzione dei compiti sanitari tra lo Stato e gli enti locali, attraverso la preparazione di una legge-cornice che sancisca i rispettivi ambiti, pur nella garanzia della globalità dell'intervento sanitario;

c) la creazione di presidi sanitari su tutto il territorio nazionale, chiamati « unità sanitarie locali »;

d) lo sviluppo di una rete ospedaliera adeguata, con precedenza alle zone scoperte o gravemente carenti specialmente del Sud;

e) un profondo riordinamento della produzione e distribuzione dei farmaci;

f) l'aumento del personale sanitario e la sua maggiore qualificazione a tutti i livelli;

g) l'incremento della ricerca sanitaria, che è lo strumento principale della lotta alle malattie e della preservazione della buona salute.

Il contributo rinnovatore del Piano quinquennale del Governo si ritrova altresì nel-

la diversa impostazione che viene data non solo al settore sanitario, ma anche a quelli previdenziale e assistenziale, i quali infatti sono stati presentati sotto un unico titolo « Sicurezza sociale », al capitolo VII. Questa scelta del Governo ha un significato ben preciso e ricorda che è indispensabile oramai considerare in modo organico ed integrato le attività di questi tre settori affini, che costituiscono i pilastri di un unico problema, quello della protezione o sicurezza sociale. L'unitarietà di questa materia dell'intervento sociale è stata così tracciata ed è certo che l'attuazione progressiva del Piano faciliterà la concentrazione e l'armonica integrazione dei tre settori in uno strumento centrale unico ed in corrispondenti strumenti locali, che ricalcheranno i compiti dello Stato da una parte e quelli degli Enti locali dall'altra. Si prefigura, in altre parole, fin d'ora — e siamo lieti di rilevarlo e di farlo rilevare — la creazione di quel Ministero della sanità e della sicurezza sociale che si sta maturando nella coscienza dei pubblici poteri e dei cittadini e che non potrà certo avvenire, per i loro diversi compiti, attorno al Ministero del lavoro o dell'interno, bensì attorno al Ministero della sanità che rappresenta la parte prima e più importante dell'intero edificio.

Se queste sono le linee del Piano quinquennale, dobbiamo evidentemente sforzarci di cogliere — nella realtà odierna della organizzazione sanitaria in movimento e nel contenuto rilevante di alcuni disegni di legge presentati al Parlamento o anche solo annunciati dal Ministero della sanità — i segni di una decisa maturazione di quella moderna politica sanitaria che i partiti della maggioranza si sono impegnati a realizzare.

Mi sia consentito, pertanto, un approfondimento di alcuni problemi sanitari che presentano un valore « esemplare » ai fini di un collegamento abbastanza vicino, direi addirittura prossimo, fra le strettoie anguste del bilancio che stiamo per approvare per il 1966 e le ampie visuali del programma che si aprono al nostro sguardo e soprattutto — non dimentichiamolo — alla

nostra decisa volontà di legislatori, e alla nostra coscienza.

Vi è innanzi tutto il problema più generale della prevenzione che merita un discorso a parte, in quanto caratterizza la medicina moderna e costituisce l'elemento più arduo e determinante del Piano, contro il quale — non per nulla — si sono rivolte con maggiore asprezza critiche inconsistenti.

Questo problema deve essere affrontato con strumenti moderni, adeguati alla complessità e all'importanza degli interventi da effettuare e capaci di modellare in maniera duttile i propri schemi operativi sulle reali necessità del Paese.

Se confrontiamo infatti gli elementi caratterizzanti la nosologia dei nostri giorni con quelli di tempi non molto lontani — gli anni tra le due grandi guerre, per fare un esempio — possiamo constatare un profondo e radicale mutamento. L'introduzione infatti nella scienza medica di potenti mezzi terapeutici, la diffusione di certe pratiche vaccinatorie, le misure di polizia sanitaria nazionale e internazionale ed alcuni fenomeni sociali, come la copertura quasi totale del rischio di malattia, la mobilità della popolazione, l'estendersi di una vasta rete di infrastrutture d'ordine igienico-sanitario e la stessa enorme diffusione dei mezzi di comunicazione di massa hanno prodotto, in campo sanitario, una vera rivoluzione modificando radicalmente la natura e l'entità dei bisogni. Così l'indice di mortalità generale è passato in Italia dal valore del 27,8 morti per 1.000 abitanti e per anno del 1887 a quello di 9,4 morti per 1.000 abitanti del 1964; il biblico terrore delle grandi epidemie è praticamente scomparso e l'importanza, come causa di morte, delle malattie infettive (almeno di quelle una volta ritenute più pericolose) si va progressivamente riducendo; inoltre il meraviglioso sviluppo della tecnica chirurgica e il perfezionamento dei mezzi di indagine ha reso possibile e risolutivo l'intervento sanitario

in molti casi che un tempo venivano considerati incurabili; la probabilità di vita, infine, è in notevole aumento.

Per altro verso, si profila sempre più netta la minaccia di gruppi di malattie come le cardiovasculopatie, i tumori e l'*ictus* che già occupano i primi posti tra le cause di morte; le malattie virali, sottolineo tra queste l'epatite virale, si presentano come una vera e propria minaccia; il progresso economico e sociale ha determinato il costante incremento delle morti violente, degli incidenti e delle malattie del lavoro, mentre sempre più frequentemente viene segnalato dai medici il pericolo delle cosiddette malattie iatrogene; le affezioni mentali inoltre e le varie forme di disadattamento assumono dimensioni di autentico flagello sociale; gli indici di mortalità infantile infine, ancora elevati specialmente nelle regioni meridionali, denunciano gli squilibri tuttora esistenti nell'organizzazione sanitaria.

Di fronte a questa situazione vi sono d'altra parte confortanti sintomi di adeguamento delle strutture ai nuovi bisogni della nostra società.

Sottolineo in primo luogo il pieno successo della campagna di vaccinazione antipoliomielitica con virus vivo e attenuato secondo Sabin. A un decisivo impegno degli organi responsabili del Ministero della sanità, ha fatto riscontro una immediata collaborazione ed un operoso collegamento delle strutture periferiche — medici provinciali, ufficiali sanitari, consultori ONMI, medici condotti e in genere la classe medica — e una adesione quasi totalitaria da parte della popolazione. Tali risultati inducono a pensare che la sollecitata approvazione dei disegni di legge sull'obbligatorietà delle vaccinazioni antipoliomielitica e antitetanica contribuirà alla definitiva scomparsa delle corrispondenti malattie come pericolo sociale.

Quest'anno si è realizzata inoltre un'altra fondamentale iniziativa di medicina pre-

ventiva e di educazione sanitaria di massa: l'ONMI ha lanciato infatti, su tutto il territorio nazionale, il « Libretto sanitario infantile » e la « Tessera sanitaria materna » che vengono distribuiti a oltre 900 mila nuovi nati e a tutte le gestanti che frequentano i consultori. Questi due nuovi strumenti, per le finalità che si propongono e la perfezione tecnica con cui sono stati elaborati, costituiscono indubbiamente il motivo centrale intorno al quale si articola l'attività degli organi operativi dell'ONMI che utilizza, inoltre, « cartelle sanitarie » per recepire i dati dei libretti e delle tessere e consentire così una vasta elaborazione statistica di preziose notizie di carattere sanitario.

A questo impegno organizzativo d'avanguardia — che si giova di una rete capillare di 9.232 consultori ove lavorano 3.926 medici specialisti, 1.373 assistenti sanitarie, oltre a psicologi, pedagogisti e assistenti sociali — auspichiamo corrisponda una pronta ed efficace azione del Governo e del Parlamento per fornire all'ONMI i mezzi necessari e per consentire — secondo lo spirito di alcune proposte parlamentari e governative — la più democratica articolazione dei suoi organi periferici, in modo da realizzare quel decisivo avvicinamento tra le comunità locali e le strutture sanitarie da tutti auspicato.

È stato inoltre preannunciato uno studio per la riforma della CRI da parte di una Commissione istituita presso il Ministero della sanità, che dovrebbe permettere all'ente di erogare tutti quei servizi di pronto soccorso e trasporto dei malati reclamati dal grande sviluppo dell'assicurazione malattie, dall'aumento degli incidenti stradali, e dalla necessità di spostare gli ammalati da un ospedale all'altro.

È evidente pertanto che tutte le sedi periferiche della CRI — pur mantenendo la loro aderenza così benefica e democratica alle libere forze locali che la sostengono — dovranno essere meglio sintonizzate con le

direttive ed i programmi studiati dal centro e comunque avere le necessarie e sufficienti integrazioni di bilancio per disporre di una rete di autoambulanze che restino quanto più è possibile decentrate. E così pure è auspicabile che il Ministero della difesa, dando maggiore pubblicità a quanto sta già facendo e incaricando magari i suoi organi capillari di farsi tramite diligente con le sedi della CRI, metta sempre più a disposizione dei cittadini i suoi elicotteri ed i suoi aerei militari per salvare vite umane minacciate che abbisognano di rapidissimo ricovero ospedaliero.

La CRI dovrebbe inoltre potenziare il servizio di raccolta e distribuzione del sangue, e il reclutamento del suo personale sanitario in proporzione alle crescenti esigenze.

Nel campo della lotta ai tumori, occorre far presente, oltre alla già ricordata estensione dei centri oncologici, operata con lodevole diligenza dalla Lega a ciò preposta, anche l'urgenza di preparare un personale altamente specializzato e di favorire gli studi sul cancro presso gli Istituti nazionali di Milano, Roma e Napoli.

Anche l'organizzazione antitubercolare necessita di essere interamente sottoposta al Ministero della sanità e quindi saldamente unificata nel suo vertice direttivo e opportunamente decentrata nei presidi di base. Una Commissione di studio promossa dal Ministero ha elaborato una serie di proposte che — partendo dalla constatazione che la morbosità tubercolare incidente ha segnato un lievissimo aumento nel 1963 — prevede un potenziamento dei dispensari antitubercolari ed una più razionale utilizzazione degli Istituti di cura e ricovero, presso i quali esistono oggi ben 14.000 posti-letto immediatamente disponibili, ad esempio, per ospedali per acuti o meglio per convalescenziari.

Un provvedimento di vasta portata sociale si trova — come ben sappiamo — all'esame della nostra Commissione sanità per l'adozione di risolutive norme capaci di limitare

e contenere i danni derivanti dal crescente inquinamento atmosferico, a causa di residui volatili e prodotti da combustione. Le previste Commissioni centrali e periferiche dovrebbero largamente avvalersi della collaborazione interdisciplinare di tutti i tecnici interessati, mentre il Ministero della sanità è invitato fin d'ora ad una rapida elaborazione e approvazione del relativo regolamento.

In parallelo alla legge antismog, è vivamente auspicabile che si appronti anche un progetto contro l'inquinamento così pericoloso delle acque superficiali (vedere l'aumento preoccupante e minaccioso dei casi di epatite virale) che risolva unitariamente l'intero problema attraverso il coordinamento e l'aggiornamento delle leggi esistenti.

Altre attività di prevenzione e di medicina sociale meritano particolare attenzione come modelli di ciò che è auspicabile si realizzi su scala nazionale; mi riferisco, per esempio, al *dépistage* di massa e al controllo sistematico della salute dei bambini realizzati dai servizi di medicina scolastica in alcuni grandi centri urbani come Milano, Genova e Roma, e ad altre iniziative tra le quali cito — perchè mi sembra particolarmente importante per la serietà con cui è stata condotta ed i risultati ottenuti — la prevenzione del cancro degli organi genitali femminili attuata con scarsi mezzi finanziari, ma con grande entusiasmo dalla Clinica ostetrico-ginecologica e dall'Istituto d'igiene dell'Università di Ferrara (mi limito a citare solo questa iniziativa, perchè ho a portata di mano tutti i dati al completo dell'attività e dei risultati, ma è noto che iniziative consimili sono state prese anche da parte di altri Enti, con lodevole intento e soddisfacenti risultati). Questa attività si avvale in periferia degli ufficiali sanitari e delle ostetriche condotte, valorizzandone così la funzione, e utilizza le più moderne tecniche dell'educazione sanitaria, raggiungendo risultati assai eloquenti: in tre anni 31.000 donne della provincia di Ferrara, pari al 22 per cento della popolazione femmi-

nile con oltre 25 anni di età, sono state visitate gratuitamente, ciò che ha consentito la diagnosi precoce di 168 casi ignorati di tumore, 74 dei quali al primo stadio, la cui prognosi di guarigione effettiva supera l'85 per cento di probabilità.

Ho voluto citare questa iniziativa non solo per sottolineare i brillanti risultati conseguiti, ma anche per affermare la necessità che la popolazione sia resa consapevole del valore della salute mediante una coerente e continuativa azione di educazione sanitaria.

L'educazione sanitaria si propone oggi non più come un intervento generico e collaterale, ma come una attività specifica e centrale degli organismi di medicina preventiva, dotata altresì di tecniche e modi di intervento peculiari e specializzati.

Citerò in proposito il Comitato italiano di educazione sanitaria, il Centro sperimentale per l'educazione sanitaria di Perugia, il Gruppo di ricerca per l'educazione sanitaria di Ferrara, il Centro lombardo per la educazione sanitaria del popolo, il Centro di cinematografia sociale di Trieste.

Nel campo operativo particolare interesse merita la già citata opera dell'Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali (AAI) che, in stretta collaborazione con il Ministero della sanità ed il suo Ufficio affari culturali e rapporti internazionali, conduce da più di 3 anni nel Mezzogiorno d'Italia un programma di educazione sanitaria articolato in vari centri a raggio provinciale e costituiti da personale opportunamente specializzato, la cui azione, che si esplica a concreto sostegno di numerose iniziative di medicina sociale, raccoglie tra la popolazione e tra gli amministratori locali ampi e significativi consensi.

Come ho già accennato, il Programma quinquennale di sviluppo indica nell'Unità o Circolo sanitario locale — con compiti preventivi, di medicina sociale e di educazione sanitaria — lo strumento idoneo a coordinare e comprendere questi interventi sanitari di prima istanza, trasferendo in una forma di attività continuativa, omogenea e diffusa su tutto il territorio nazionale ciò

che oggi si realizza in maniera diseguale sporadica e non programmata.

In realtà infatti la prevenzione di prima istanza, il controllo periodico della salute della popolazione, l'istituzione del libretto sanitario per tutti i cittadini sono interventi che diverranno realizzabili solo per mezzo di questa nuova struttura.

L'istituzione della rete delle Unità sanitarie locali è quanto mai urgente. Esiste già infatti un accordo generale sull'utilità di queste strutture, sulle dimensioni del loro ambito territoriale, sull'entità della popolazione — dai 30 ai 50.000 abitanti — sul personale direttivo e tecnico da impiegare, guidato da un direttore sanitario e comprendente medici generici, veterinari, ostetriche, assistenti sanitarie e vigili sanitari. Esistono inoltre le premesse tecniche e organizzative per il buon funzionamento di questa rete sanitaria di base; gli ufficiali sanitari, i medici, le ostetriche, ed i veterinari delle condotte costituiranno infatti l'ossatura delle future Unità sanitarie locali e vi troveranno il potenziamento delle loro importanti attività. Esistono, infine, le possibilità finanziarie, in quanto la programmazione indica una cifra relativamente esigua di 50 miliardi, che si aggiunge alla necessaria riconversione delle spese attualmente sostenute dai Comuni per l'assistenza sanitaria.

Troppe volte il problema della salute pubblica è stato affrontato semplicemente in termini di carenza o meno di posti-letto. Dobbiamo invece constatare che quello di una più moderna ed efficiente organizzazione sanitaria è un problema unitario e che le carenze di un settore si riflettono immediatamente con conseguenze dannose su tutti gli altri.

Anche i termini generali della cosiddetta questione ospedaliera non possono ricondursi a mere considerazioni d'ordine quantitativo; se prendiamo infatti in esame gli ultimi dati del Ministero della sanità per il 1962 relativi alla situazione, notiamo un indice generale di 8,37 posti-letto per mille abitanti di tutta Italia, e indici di 10,32 per mille, di 9,58 per mille e di 5,40 per mille

rispettivamente per l'Italia settentrionale, centrale e meridionale, con flessioni massime nel Sud di 0,90 in Provincia di Avellino. Queste cifre denunciano una notevole carenza di posti-letto, e tuttavia non spiegano esse sole le ragioni profonde del progressivo aggravarsi della crisi dell'organizzazione ospedaliera italiana. In realtà, bisogna riferirsi a considerazioni d'ordine funzionale ed istituzionale ed è proprio in questa prospettiva che deve indirizzarsi la riforma delle strutture ospedaliere.

Mi sembra opportuno ricordare qui i termini generali che condizionano negativamente il funzionamento degli istituti di cura: mancanza di una efficace attività di prevenzione di base, spinta indiscriminata alla spedalizzazione, irrazionale distribuzione dei presidi ospedalieri con evidente sprecazione tra le regioni settentrionali e le meridionali, insufficienza delle attrezzature tecniche e carenza del personale medico e ausiliario, congestione degli ospedali per acuti a seguito della scarsità dei presidi per cronici e lungodegenti, mancanza infine di attività ospedaliere extramurali e di validi collegamenti tra ospedali e servizi di base. Per quanto concerne il piano di nuove costruzioni ospedaliere, il Parlamento ha già corrisposto alle indicazioni del Programma quinquennale approvando uno stanziamento di 130 miliardi per i prossimi due anni. E tuttavia, molto resta ancora da fare e sarà in gran parte — ce lo auguriamo — oggetto della prossima riforma ospedaliera che il Ministero della sanità ha preannunciato e che dovrebbe presto arrivare all'esame del Parlamento. Tenendo presente che i nuovi compiti attribuiti agli ospedali sono: prevenzione clinica, cura, riabilitazione, formazione del personale e partecipazione alla ricerca sanitaria, si deve pensare ad articolare la programmazione ospedaliera sul piano nazionale e regionale per disporre di una quantità di posti-letto distribuiti tra i vari ospedali secondo indici qualificati e decrescenti in rapporto all'incremento della prevenzione

di base (vedi il calcolo in proposito effettuato dal CIRSS e generalmente accettato dagli studi di programmazione e dagli autori) (1).

Si devono identificare *standards* ottimali, dal punto di vista tecnico, urbanistico e di fabbisogno del personale per assicurare il massimo di funzionalità ai nostri ospedali; si deve spezzare il sistema attuale delle classificazioni in categorie che vede gli ospedali minori erogare prestazioni insufficienti, e adottare invece un nuovo tipo di organizzazione su scala regionale che preveda istituti di alto intervento in tutta la regione, ospedali provinciali dotati di ogni tipo di specializzazione e ospedali zonali che assicurino la presenza in ogni zona del Paese delle fondamentali branche: medicina, chirurgia, ostetricia, ginecologia e pediatria; si deve superare una certa rigidità interna degli ospedali allargando il loro impegno operativo dalle corsie ai servizi, alle attività extramurali; è indispensabile infine affrontare con decisione gli importanti problemi istituzionali.

Ritengo, a questo proposito, che uno dei cardini fondamentali della riforma debba

consistere nella trasformazione degli attuali istituti di cura in veri e propri enti ospedalieri istituzionali, pienamente autonomi anche dal punto di vista finanziario, e pertanto amministrati democraticamente dai rappresentanti dei Comuni, delle Province e delle Regioni interessate. È necessario inoltre assicurare la gestione del servizio ospedaliero pubblico anche all'ente morale ospedaliero, che opera senza scopi di lucro, e deve quindi essere sottoposto a tutte le norme che regolano la vita degli ospedali pubblici, nonchè agli indirizzi della programmazione nazionale e regionale. Sarà inoltre affrontata la indilazionabile regolamentazione delle case di cura private che, per loro natura, devono restare escluse dalla programmazione ospedaliera e per le quali occorrono vincoli ben precisi e controlli continuativi. Particolarmente urgente appare infine la riforma della assistenza psichiatrica per la quale il Ministero della sanità ha inviato ai Dicasteri interessati un progetto di legge che dovrebbe segnare il superamento di forme arcaiche ed inumane di intervento e l'affermazione di più moderne tecniche di *dépistage* precoce, di assistenza aperta e di recupero che conside-

(1)

ISTITUTI DI CURA			DISPONIBILITA' SUFFICIENTE IN POSTI-LETTO (Indici per 1.000 abitanti)		
			1° quinquennio	2° quinquennio	3° quinquennio
Ordinari	Per acuti o lungo degenti	In ospedali regionali	1,5	1,5	1,5
		In ospedali provinciali e zonali globalmente	4,5	4,0	3,0
	Per convalescenti	2,0	2,0	2,0	
Neuropsichiatrici			3,0	3,0	3,0
Sanatoriali			1,0	1,0	1,0
<i>Elaborazione del CIRSS, 1964.</i>			12	11,5	10,5

NOTA. — Si noti che, mentre restano invariate nei tre quinquenni le percentuali di posti-letto per ospedali regionali, ospedali per convalescenti, ospedali psichiatrici e ospedali sanatoriali, diminuiscono invece progressivamente le quote degli ospedali provinciali e zonali per acuti, a seguito della prevedibile contrazione delle malattie dovute sia all'estendersi della prevenzione che alla dimissione precoce dei malati. Questo concetto porta a modificare gli indici tradizionali dell'OMS secondo un rapporto più conveniente rispetto alle spese occorrenti e più vicino al bisogno reale. Si confronti — a riprova — l'esperienza inglese che, a causa dello sviluppo dell'azione preventiva, ha visto diminuire il fabbisogno di posti-letto per acuti fino al 3,4 per mille.

rino il malato di mente più che un individuo pericoloso, un paziente da curare e da salvare.

Vorrei a questo punto sottolineare come ogni serio riordinamento delle strutture sanitarie sia strettamente condizionato al problema del personale. Oggi abbiamo in Italia circa 86.000 medici e tra dieci anni ne avremo, nel migliore dei casi, circa 92.000, mentre il pieno funzionamento dei servizi previsti dal Programma di sviluppo ne richiederebbe un numero maggiore.

Ancora più critica è la situazione relativa al personale sanitario ausiliario la cui carenza quantitativa è già oggi avvertita a tutti i livelli.

È necessario quindi incrementare la formazione di medici, cominciando dalla riforma degli studi universitari, e incoraggiare la preparazione degli ausiliari, mediante l'adeguamento e la diffusione delle scuole, avendo cura nello stesso tempo di predisporre una razionale distribuzione del personale sanitario attraverso un'intelligente politica di incentivi — di ordine culturale, economico e di carriera — che consentano anche a chi si trova nelle zone più decentrate un dignitoso esercizio della professione e la possibilità di successivi spostamenti verso sedi più ambite. È estremamente importante a questo punto indicare ai pubblici poteri che la classe medica deve essere chiamata a collaborare in posizione prioritaria alla programmazione e alla gestione dei servizi sanitari, ricordando che i medici sono i giudici insindacabili della salute dei cittadini e dei relativi mezzi di diagnosi e di cura.

È doveroso ed utile valorizzare gli Ordini, che hanno lo scopo di tutelare la deontologia professionale, assicurando ad essi — come intendono promuovere proposte parlamentari della Camera e del Senato — ed a quelli dei farmacisti e veterinari, nonché ai Collegi delle professioni ausiliarie, una maggiore articolazione democratica a livello provinciale e nazionale.

Sono noti gli squilibri e le disfunzioni nel settore della produzione dei farmaci nel nostro Paese derivanti da un eccessivo numero di Case farmaceutiche — circa 1.450 —

e da un enorme quantità di specialità — circa 17.000 — suddivise a loro volta in 30 mila preparazioni diverse. Questa pleora produttiva favorisce purtroppo lo scadimento del livello tecnico-scientifico, il disordinato afflusso delle medicine ed il caotico oscillare dei prezzi, a danno della salute e della economia pubblica. Anche per armonizzare il nostro sistema alla legislazione della CEE prevista dal Trattato di Roma, sembra urgente promuovere una revisione delle specialità e una loro riclassificazione, in modo da riunire i farmaci essenziali alla terapia in gruppi omogenei con denominazione, confezione e azioni comuni, pur recando ciascuno il marchio distintivo della casa produttrice. Si faciliterebbe in tal modo l'opera calmieratrice dei prezzi da parte delle mutue, che sono oggi i grandi clienti dell'industria farmaceutica, e si potrebbe con più speditezza affrontare il problema altrettanto fondamentale per un corretto consumo dei farmaci, che consiste — ad avviso oramai di molti, anche degli utenti stessi — nella partecipazione sia pur modesta, dell'ordine di 50 o 100 lire per medicina, alle spese farmaceutiche.

Auspichiamo a questo punto la sollecita pubblicazione della « Farmacopea ufficiale », che sappiamo essere in bozze e quindi prossima a passare finalmente alle stampe.

Non possiamo concludere queste brevi note senza ricordare che il Governo ha di recente presentato al Parlamento il disegno tanto atteso sulla brevettabilità dei farmaci che, oltre al procedimento dovrebbe, a mio avviso, garantire anche il prodotto, allo scopo di stimolare la ricerca e di tutelare il consumatore, pur lasciando allo Stato, quando esigenze di pubblica utilità lo richiedano perentoriamente, la possibilità di sospendere i diritti del brevetto e di incrementare con altri interventi la produzione di medicamenti urgenti e di largo consumo.

Con queste innovazioni dovrebbe essere possibile una generale sistemazione e un adeguato controllo della produzione farmaceutica, per alzarne il livello qualitativo ed abbassare i prezzi. In questa convinzione, il Senato ha negli ultimi mesi rinviato la di-

scussione su una proposta di nazionalizzazione del settore, ma dobbiamo qui affermare che l'eventuale fallimento dei nostri sforzi riproporrebbe a non lungo termine un ripensamento generale sui provvedimenti da adottare, al fine di assicurare a ragionevoli condizioni il servizio farmaceutico a tutti i cittadini.

Mi rimane da accennare all'annoso problema della distribuzione dei farmaci, che in Italia non può essere che basato sulla rete organica delle farmacie, con quoziente farmacia-abitanti certamente abbassato, e opportuni incentivi per coprire le sedi più disagiate, specie quelle rurali, 2.600 delle quali risultano tutt'oggi vacanti.

Dibattuta è la richiesta della vendita e trasferibilità delle farmacie almeno una volta, dopo di che l'attribuzione della concessione farmaceutica dovrebbe avvenire esclusivamente per concorso, sia pur riservando una quota delle nuove farmacie o di quelle vacanti alla prelazione degli ospedali e dei Comuni della zona. Le legittime aspirazioni dei farmacisti non proprietari dovranno in ogni caso trovare accoglienza e soddisfacimento larghi nella nuova legislazione, sia offrendo loro l'occasione di concorrere efficacemente all'assegnazione delle nuove farmacie, sia assicurando la concessione di mutui a modesto tasso d'interesse per l'acquisto o l'impianto delle farmacie, sia predisponendo uno sviluppo di carriera e relativo trattamento economico pensionabile ai farmacisti dipendenti da pubblici esercizi.

Da troppe legislature il Parlamento è fermo di fronte a contrastanti interessi delle categorie dei farmacisti. Occorre pertanto trovare una soluzione obiettiva ed equanime che, risolvendo coraggiosamente problemi scottanti, sgomberi il campo e consenta una armonica sistemazione della materia.

Il successo della politica sanitaria è strettamente condizionato all'efficienza della ricerca sanitaria, ossia all'individuazione delle cause delle malattie e quindi dei mezzi per prevenirle e combatterle. Questo è particolarmente evidente per le malattie che occupano i primi posti nelle cause di morte, molte delle quali si presentano in modo subdolo o si manifestano quando è difficile

od ormai impossibile affrontarle e debellarle.

Lo sviluppo ed il potenziamento della ricerca sanitaria sono pertanto condizioni essenziali per il progresso igienico-sanitario del Paese, ed occorre favorirli con generosa dotazione di programmi, uomini e mezzi.

Secondo calcoli del CIRSS, il 17 per cento delle spese per la ricerca scientifica pubblica è già oggi destinato alla ricerca sanitaria, ma occorre passare almeno alla quota del 20 per cento di quel tangibile finanziamento che il Piano prevede per i prossimi 5 anni per tutto il settore. Nè bastano i soldi, perchè occorrono innanzi tutto uomini — ed una preparazione remota da iniziare fin dall'università e da concretare poi presso centri altamente impegnati in Italia e all'estero — ed i piani di lavoro. A questo proposito, si pensa a piani di ricerca pluriennali coordinati fra loro e predisposti dal Ministero della sanità secondo le scoperture più gravi della nostra organizzazione sanitaria, affinché i relativi finanziamenti siano poi messi a utile confronto con i risultati conseguiti, in modo da stimolare i meritevoli ed abbandonare i parassiti.

Cervello tecnico del Ministero della sanità dovrebbe essere in questo compito l'Istituto superiore di sanità, noto in tutto il mondo come fucina di uomini e di idee. Esso avrebbe così l'opportunità di coordinare la ricerca sanitaria delle cliniche universitarie, dei grandi ospedali, del CNR e dei gruppi privati, in vista di realizzare i fini prioritari che si propone la politica sanitaria del Paese.

Dell'Istituto superiore di sanità va detto qualcosa riguardo alla sua attività attuale ed ai suoi compiti futuri. Passato proprio nell'ultimo anno attraverso una dolorosa tempesta, esso non ha resistito ma — per merito della nuova direzione e dei ricercatori tutti — ha decisamente ripreso fiato incrementando del 20 per cento la sua attività (ricerca di base e applicata, magistero tecnico), partecipando ai grandi avvenimenti sanitari del Paese (controllo del vaccino antipolio, studio dell'inquinamento atmosferico, tutela igienica degli alimenti, eccetera),

qualificandosi ulteriormente nei consessi scientifici internazionali.

Per quanto riguarda il suo immediato domani, ricordo che è stato presentato al Consiglio dei ministri un disegno di legge per adeguare finalità, uomini e mezzi dell'Istituto ai maggiori compiti che l'attendono per unanime designazione. La nuova legge — che vorremmo trovare presto davanti al Parlamento — dovrebbe pertanto indicare con maggior chiarezza i compiti dell'Istituto, conferire ad esso una più accentuata autonomia amministrativa ed esecutiva, prevedere il pieno impiego del personale e assicurare corrispettivi miglioramenti di carriera e retributivi.

Al termine di questa relazione, mi sia consentito esprimere la mia convinta fiducia che il nostro Paese si sta avviando anche nel settore sanitario verso una moderna e completa organizzazione dei servizi, in grado di corrispondere a tutti i cittadini — senza distinzione di censo e di cultura — interventi preventivi, curativi e riabilitativi all'altezza dei più recenti progressi della medicina. Questa prospettiva dipende innanzi tutto da noi legislatori, e poi dai pubblici poteri, dai gruppi associativi, dalle iniziative private e dai singoli cittadini, il cui complesso costituisce la nostra comunità nazionale.

Io credo — e penso di averlo chiaramente espresso nel corso della relazione — che il settore sanitario debba essere sottoposto alla direzione pubblica, la quale ha la responsabilità di individuare e promuovere una politica di protezione della salute a favore di tutti i cittadini, ma ritengo nel contempo che non si debba giungere alla statizzazione degli interventi, perchè anzi il nostro sistema civile e politico prevede — in ogni campo d'attività — che i soggetti operanti per il fine pubblico siano tanto pubblici che privati. Ciò significa che, accanto al medico dipendente da una pubblica istituzione, dovrà coesistere il medico libero professionista e che accanto all'ospedale pubblico avrà diritto di allinearsi l'ospedale privato. D'altro lato, queste garanzie consentono di rispettare il fondamentale diritto del cittadino di scegliere il me-

dico di sua fiducia secondo il libero rapporto medico-malato e di lasciare nel contempo al medico la responsabilità e libertà di terapia nei confronti del malato.

Sulla base di questa ispirazione profondamente democratica e sostanzialmente rinnovatrice, non dubito che l'Italia potrà presto raggiungere quella capacità di organica protezione della buona salute fisica, psichica e lavorativa di tutti i cittadini che è una delle aspirazioni più consapevoli di un popolo civile, pacifico e laborioso come il nostro.

P R E S I D E N T E . Mi compiaccio con l'onorevole relatore per la sua ottima relazione.

Raccomando agli onorevoli senatori, del resto secondo le regole della procedura parlamentare, di illustrare gli ordini del giorno all'atto della loro presentazione, in modo da evitare poi più interventi sulla stessa materia.

M A C C A R R O N E . Signor Presidente, chiedo la parola, sull'ordine dei lavori.

Ho ascoltato con la massima attenzione il parere elaborato dal senatore Caroli e, senza alcuna ipocrisia formale, devo complimentarmi per il modo in cui egli ha esaminato il bilancio di nostra competenza fornendoci una piattaforma sulla quale potremo utilmente discutere.

L'aver sottoposto alla nostra attenzione uno schema di parere ben articolato ed esauriente, abilita senz'altro il senatore Caroli ad essere designato dalla Commissione relatore ufficiale per il bilancio del Ministero della sanità, anche se il nostro Gruppo politico, non aderendo pienamente all'esposizione che abbiamo testè ascoltata, non potrà naturalmente associarsi nell'approvare il parere stesso nella sua redazione finale.

Desidero poi precisare che, a mio avviso, noi non siamo oggi assolutamente in grado di iniziare una discussione sulla base del parere del senatore Caroli per due motivi: primo, perchè il relatore di ciascun bilancio deve essere nominato dalla Commissio-

ne interessata, e non designato direttamente dal suo Presidente; secondo, perchè il senatore Caroli, pur essendo stato esauriente nella sua esposizione, non ha potuto trattare a fondo il problema del bilancio del Ministero della sanità per l'anno 1966 che avrebbe dovuto essere inquadrato nel bilancio generale dello Stato.

Non si possono altrimenti comprendere le ragioni per cui il Governo ha destinato al Ministero della sanità 77 miliardi e non un'altra cifra!

Sarebbe quindi necessario per noi conoscere la relazione previsionale e programmatica che il Governo non ha ancora messo a disposizione del Parlamento. Si potrebbe obiettare che la legge Curti prescrive che tale relazione debba essere presentata alle Camere entro il 30 settembre e che tale termine non è ancora trascorso, ma a ciò si può facilmente rispondere che il 30 settembre è data puramente formale e non impedisce certamente al Governo di anticipare la presentazione del documento in modo da poter instaurare in tempo utile un discorso concreto con il Parlamento, in vista della discussione di un atto così importante come il bilancio dello Stato e di conoscere le linee generali cui si ispirerà la politica sanitaria del Governo per l'anno 1966.

Ci preoccupiamo di questo in quanto riteniamo, come parlamentari, di dover apportare un contributo il più possibile documentato alla discussione.

Riassumendo, propongo in primo luogo di considerare questa riunione come preliminare, nominando relatore per la tabella n. 19 il senatore Caroli, per iniziare poi la discussione sull'ottimo parere che egli ha già svolto; in secondo luogo di sollecitare da parte del Governo la presentazione al Parlamento della relazione previsionale e programmatica.

In via subordinata, aggiungo che non ritengo possibile, nel corso di questa riunione, presentare eventuali ordini del giorno sul bilancio, in quanto è necessario aver prima ascoltato quanto i membri della Commissione diranno in proposito.

Concludendo, rivolgo ancora una volta un caldo invito al Presidente, al Governo ed ai colleghi affinché la discussione sul bilancio della Sanità avvenga in modo esauriente e completo, in armonia colle esigenze imposte dalla programmazione economica che è stata delineata.

Z E L I O L I L A N Z I N I . Il senatore Maccarrone ricorderà certamente che il Senato ha approvato un Regolamento il quale prevede modalità e termini precisi per la discussione del bilancio generale dello Stato.

Prima dello scadere di tali termini, ogni Commissione deve esprimere un parere sul bilancio di sua competenza da trasmettere poi alla Commissione finanze e tesoro, la quale ha il compito di redigere la relazione definitiva.

Pertanto, le richieste avanzate dal senatore Maccarrone non mi pare possano approdare ad alcun risultato nè ritardare, in alcun modo, la discussione del bilancio della Sanità.

Ritengo dunque che l'invito del Presidente a presentare gli ordini del giorno con sollecitudine sia ispirato semplicemente alla necessità di rispettare i termini fissati dal Regolamento ed invito perciò il senatore Maccarrone a volersi uniformare alle norme che il Regolamento stesso ci impone.

M A C C A R R O N E . Desidero precisare che non è mia intenzione ritardare la discussione del bilancio, ma soltanto fare in modo che essa si svolga nel miglior modo possibile.

Chiarito questo punto, devo far notare al senatore Zelioli Lanzini che egli non ha risposto alla questione da me posta circa la mancanza della relazione previsionale sulla quale dovrebbe essere fondato tutto il nostro dibattito. Mi rendo conto che noi dobbiamo rispettare date e termini imposti dal Regolamento, ma anche il Governo avrebbe potuto uniformarsi al nostro calendario mettendo il Parlamento in condizioni di discutere a ragion veduta il bilancio dello Stato!

La mancanza della relazione previsionale è particolarmente grave, a mio avviso, in quanto non mi sento personalmente in grado di proporre alcun emendamento alla tabella n. 19, riguardante la Sanità, senza inserirlo nel quadro generale della nostra politica economica e della posizione assunta non dal solo Ministro della sanità, ma dal Governo nel suo complesso.

Sulla questione della mancanza del predetto documento non mi formalizzo, ma chiedo nondimeno agli onorevoli senatori di accogliere la nostra proposta di rinvio che non tende in alcun modo, ripeto, a ritardare la discussione, ma vuole semplicemente mettere la Commissione — e me in particolare — in condizione di considerare la relazione fattaci dal senatore Caroli con la dovuta serenità e senza ricorrere ad improvvisazioni.

Detto questo, mi rimetto alla decisione della Commissione.

T I B A L D I . Mi domando se non sarebbe il caso di far stampare l'ottimo parere del senatore Caroli al fine di poterne prendere più accurata conoscenza ed avere una base più concreta per l'ulteriore discussione.

Z E L I O L I L A N Z I N I . Desidero fare una modestissima considerazione in ordine a questa relazione previsionale e programmatica che si pretende dal Governo e che dovrebbe essere distribuita entro un determinato termine.

Faccio presente che noi legislatori abbiamo tutti ricevuto una infinità di stampati che contengono le cifre scarse che costituiscono il bilancio dello Stato e dei singoli Dicasteri, ed è appunto su queste cifre, di per se stesse eloquenti, senatore Maccarrone, che noi dobbiamo discutere. Del resto il Ministro ha premesso al suo bilancio un'esauriente nota preliminare ed il bilancio dello Stato sarà poi discusso in Aula; in quella sede la discussione è ancora aperta a tutti senza limitazioni, tranne, naturalmente, quelle dettate dalle esigenze di una corretta prassi parlamentare.

P R E S I D E N T E . Se il senatore Maccarrone insiste sulla sua proposta di rinvio, debbo necessariamente interpellare la Commissione.

Z E L I O L I L A N Z I N I . Mi auguro che il senatore Maccarrone non vorrà insistere sulla sua richiesta.

M A C C A R R O N E . Credo di essere stato frainteso.

Non intendo nella maniera più assoluta intralciare i lavori della Commissione.

Noi non desideriamo sollevare l'eccezione, relativa alla mancata nomina del relatore del bilancio da parte della Commissione, anche per riguardo verso il senatore Caroli che si è accollato una fatica lodevole. Io ho posto soltanto una serie di quesiti i quali non si possono risolvere con un voto, che del resto non ho nemmeno chiesto alla Commissione, e principalmente ho chiesto se essa non ritenga, al pari di me, indispensabile alla discussione la presentazione della relazione previsionale e programmatica. Se per il senatore Zelioli Lanzini questo documento sulla politica generale del Governo non è necessario, può darsi che per altri colleghi invece lo sia, e, se così fosse, è chiaro che l'onorevole Ministro dovrebbe farsi interprete di questa nostra richiesta presso il Governo.

Le faccio notare, senatore Zelioli Lanzini, che nel 1965 gli onorevoli Ministri del bilancio e del tesoro hanno presentato tempestivamente la relazione previsionale e programmatica e l'hanno illustrata alla Camera dei deputati; dopodichè è iniziato lo esame del bilancio in Commissione. Questa volta, invece, stiamo procedendo a rovescio per quanto riguarda le varie fasi che devono portarci all'approvazione del bilancio di previsione.

È pertanto un interrogativo di carattere politico e non di parte quello che rivolgo alla Commissione, al Presidente ed al Governo.

Ciò detto, mi rimetto alla comprensione e alla decisione della Commissione.

P R E S I D E N T E . In tal caso cade la proposta di rinvio.

BILANCIO DELLO STATO 1966

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)

T O M A S U C C I . Desidero ricordarle, onorevole Presidente, che, oltre alla proposta del senatore Maccarrone, vi è stata anche quella del senatore Tibaldi che chiedeva di sospendere la discussione fino a domani mattina per permettere di dare alle stampe l'ottima relazione del senatore Caroli e, quindi, per consentire a tutti noi di intervenire nella discussione avendo a disposizione tale documento.

T I B A L D I . Credo che la mia proposta sia stata male interpretata.

Non intendevo chiedere la sospensione della discussione. Se qualcuno crede di dover intervenire questa sera stessa, può senz'altro farlo. Io mi son limitato a far presente che se domani si potesse avere sottomano il testo dell'ottimo parere del senatore Caroli, indubbiamente saremmo in condizione di esprimere più concretamente il nostro giudizio.

P R E S I D E N T E . Credo sia impossibile distribuire domani mattina il testo stampato dal parere del senatore Caroli.

È iscritto a parlare il senatore D'Errico.

D ' E R R I C O . Ho ascoltato con molta attenzione l'esauriente relazione del senatore Caroli, e gli do volentieri atto del lavoro serio e coscienzioso che ha svolto.

Il bilancio del Ministero della sanità è pressapoco quello dell'anno passato: vi sono pochissime variazioni...

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Vi sono 4 miliardi in più.

D ' E R R I C O . Sono ben poca cosa rispetto alle esigenze di questo settore e considerando quello che ancora resta da fare.

Si potrebbero ripetere, pertanto, le stesse cose dette l'anno passato e gli anni precedenti da noi o da coloro che sedevano al nostro posto prima di noi, ma limiterò i miei rilievi a due dei tanti argomenti toccati dal relatore.

L'argomento della lotta ai tumori non è un chiodo fisso in me, ma scaturisce dalla coscienza che questo problema viene disat-

teso e trascurato da chi dovrebbe avere la responsabilità di incrementare questa lotta, e anche dall'opinione pubblica, se si prescinde da un generico sentimento di paura, che incombe su tutti.

Che nel nostro Paese non si sia neppure iniziata una lotta contro i tumori è un dato di fatto sicuro, malgrado l'esistenza di organismi che a questa lotta dovrebbero dedicare ogni mezzo a loro disposizione.

Il relatore ha accennato ai risultati favorevoli che si sono ottenuti, per esempio, a Ferrara, dove un noto clinico si occupa, da molti anni ormai, di questo argomento, ed ha rilevato come l'esame di 32 mila donne abbia portato alla scoperta di una alta percentuale di casi di cancro alla cervice, il che ha consentito, per una parte di quelli che erano ancora al primo stadio e potevano lasciare ancora una speranza di vita, una guarigione definitiva nell'ordine dell'85 per cento. Questi sono certamente dei risultati incoraggianti, che tracciano una via. Tuttavia, se attuassimo dei sistemi, anche più semplici di questo *dépistage* ginecologico su vasta scala e organizzatissimo, cosa attuabilissima con poca spesa, dei corsi di aggiornamento seri, annuali, per i medici mutualistici e per i medici condotti, in istituti qualificati, su iniziativa del Ministero, i casi di tumore che potrebbero essere curati in tempo utile sarebbero nell'ordine non delle centinaia, ma delle migliaia. Purtroppo nel campo della diagnosi precoce non si fanno passi avanti nel nostro Paese: sono undici anni che dirigo la sezione chirurgica di un Istituto per tumori e debbo dire che troppo tardi arrivano tuttora al chirurgo casi, ad esempio, di cancro al retto, per non parlare addirittura di cancro in regioni come il collo ed il volto, che sono evidenti a tutti e che dovrebbero essere diagnosticati sin dall'inizio. Ogni anno sono molte le centinaia di questi casi che si presentano quando ormai non è più possibile una terapia efficace. Incrementiamo, quindi, le iniziative, sul tipo di quella presa dalla clinica ginecologica di Ferrara, e cerchiamo di reperire altri mezzi.

L'anno scorso, onorevole Ministro — forse ella lo ricorderà — la pregai di cercare

di fare opera di propaganda antitumorale attraverso la RAI-TV. Un inizio c'è già stato, ma è ancora troppo poco. Se vogliamo fare un passo avanti nel campo della diagnosi precoce, bisogna, a mio parere, istruire le masse e far capire che il cancro non è malattia sicuramente mortale. Oggi come oggi il 25 per cento dei casi di tumore guarisce, e ne potrebbero guarire il 50 per cento, se i mezzi attualmente a disposizione, che non sono pochi, venissero impiegati in tempo debito. La spesa sarebbe minima: si tratta soprattutto di buona volontà, di prendere accordi con la RAI-TV, di interessare persone qualificate, di creare magari un Comitato che rappresenti l'opinione pubblica in questo campo, di dividere gli argomenti, dettare temi, annunciare un programma attraverso la stampa, ecc. Queste sono iniziative — ripeto — che non costano molto, e che riuscirebbero di grande utilità.

A questo proposito presento un ordine del giorno che è un *fac-simile* di quello presentato l'anno scorso; ma, purtroppo, questi ordini del giorno cadono un po' nel dimenticatoio generale!

Chiedo scusa se vi intrattengo ancora su questo argomento, ma forse non tutti sanno che i tumori cutanei possono guarire quasi al cento per cento se diagnosticati e curati in tempo (i tumori del labbro, ad esempio, possono guarire per il 95 per cento). Se i risultati sono stati scarsi finora, ciò è dovuto al fatto che quando un siffatto tumore ha invaso le cavità del viso, ci sfugge dalle mani. Non facciamoci illusioni: i nuovi, costosi mezzi di terapia radiante di cui si fa tanto parlare, servono a poco; essi, infatti, danno dei risultati che sono di poco superiori ai mezzi della terapia classica e tradizionale e, solo per breve tempo, superiori a quelli della terapia comune. Non dobbiamo sperare nel miracolo per quella via. I mezzi che tuttora offrono i maggiori risultati sono di ordine chirurgico; ma il chirurgo può intervenire solo finché la malattia di estensione è limitata. Al di là di questi confini, il chirurgo può ben poco.

Prego quindi il Ministro di prendere a cuore questo problema. Qualcosa si è fatto e gliene do atto; comunque il problema può essere in parte risolto solo — come ripeto — con una propaganda efficace presso le masse e con corsi di aggiornamento per i medici, i quali dovrebbero affluire periodicamente agli appositi istituti. Una settimana all'anno sarebbe sufficiente: nelle corsie degli ospedali specializzati si vedono molti casi e nella maggior parte di essi la diagnosi è visiva e cioè fatta con la sola ispezione, senza bisogno di ricorrere agli altri mezzi della semeiotica.

Accanto all'educazione dei medici, alla propaganda efficace presso le masse, a una migliore distribuzione dei mezzi a disposizione, io ritengo che, nella lotta contro i tumori, si potrebbe fare molto assegnando la direzione di centri e organismi similari che si occupano della questione, a persone qualificate, che abbiano una adeguata preparazione oncologica, mentre ora si verifica che una parte di questi centri è affidata ad un aiuto o ad un primario dell'ospedale, per cui il centro stesso diventa un doppione di un reparto, senza alcuna qualificazione.

Abbiamo creato l'organizzazione, ma i risultati non saranno visibili, perchè in nessun campo come in questo è determinante il fattore umano, l'uomo, il medico preparato.

Desidero aggiungere solo poche parole per quanto riguarda la questione relativa agli ospedali.

Devo dare atto all'onorevole Ministro di aver mantenuto la promessa di presentare al Governo — e speriamo che venga al più presto sottoposto all'esame del Parlamento — il disegno di legge per la riforma ospedaliera. Non desidero discuterne ora; è un problema che ci tocca molto da vicino e siamo in una fase in cui potremmo forse dare ancora utili suggerimenti.

Per quello che risulta dal Piano quinquennale, vi è, ad esempio, la questione della distribuzione degli ospedali: ospedali di base o circoscrizionali, provinciali, regionali. Questa è certamente un'impostazione razionale del problema, ma, a mio modo di vedere, così come essa è stata congegnata, andreb-

be bene, qualora noi dovessimo accingerci adesso a costruire la maggior parte degli ospedali, che invece già esistono in Italia, alcuni da decenni, altri addirittura da secoli. Molti di essi, per un complesso di fattori difficilmente elencabili, hanno uno sviluppo maggiore in rapporto alla popolazione e all'ambito territoriale entro il quale essi si trovano ad operare. Ora, mi sembra non sia il caso, solo perchè si trova in un piccolo centro, di attribuire ad un ospedale di grande importanza la qualifica di ospedale circoscrizionale che potrebbe avere il significato di un declassamento.

P E R R I N O . Ma questo non è nelle intenzioni del Ministro!

D ' E R R I C O . Gradirei una risposta dell'onorevole Ministro in materia. Gli ospedali provinciali non dovrebbero, ad esempio, avere dei limiti di ordine territoriale, ma piuttosto in rapporto alla loro organizzazione ed all'entità dei loro mezzi; naturalmente poi, quelli regionali dovrebbero disporre di un'attrezzatura ancor più completa.

T I B A L D I . Questo è già un progresso enorme rispetto alla classificazione odierna...

D ' E R R I C O . La classificazione odierna non è poi da condannare *sic et simpliciter*. Essa prevede tre categorie di ospedali, tenendo conto del numero dei posti-letto e dei servizi di cui dispongono: nella terza categoria rientrano quegli ospedali che hanno meno di duecento posti-letto, oltre ai servizi essenziali di chirurgia generale, medicina interna, ginecologia e pediatria; e tale criterio risponde alla logica poichè in un piccolo centro un reparto, ad esempio, di neurologia non avrebbe ragione di esistere. Gli ospedali di seconda categoria sono quelli che dispongono da duecento fino a seicento posti-letto. Ospedali di prima categoria sono quelli con oltre 600 posti letto. Ora io non so come potrà domani l'Ente ospedaliero stabilire quali ospedali dovranno essere classificati come

provinciali e quali come regionali, se non saranno previsti limiti nè di posti-letto nè di servizi. Fino ad oggi, almeno, la classificazione avveniva in base a criteri netti e precisi.

Altra incongruenza è quella per cui, passando l'ospedale da una categoria ad un'altra superiore, aumenta la retta. L'onorevole Ministro ci ha detto molte volte che il sistema delle rette è superato, ma probabilmente esso resterà in vigore anche col nuovo ordinamento, poichè le rette versate agli ospedali dagli Enti mutualistici andranno al Fondo nazionale, il quale dovrà poi assegnarle agli istituti che amministrerà, secondo lo stesso metro usato finora. E tutto ciò mi sembra che costituisca un sistema da non prendere assolutamente in considerazione. D'altra parte, se in un Paese come l'Italia, dove i costi più o meno si equivalgono in senso generale, il Ministero della sanità non è in grado di stabilire una retta uguale per ospedali di pari categoria (cosa utilissima affinché gli enti possano sapere in partenza, per esempio, per l'anno 1966, su quale somma contare), non so come si possa parlare di grande riforma ospedaliera.

Ad ogni modo, non intendo soffermarmi ancora sull'argomento, dato che avremo modo di ritornarvi in un secondo tempo. Concludo dando atto all'onorevole Ministro del fatto che si intravede un inizio di riforma della sanità pubblica, riforma che rappresenta una necessità sentita da tutti e di cui tutti abbiamo parlato, in ogni occasione. Vorrei solo esortare il Ministro, che è il massimo responsabile in materia, a cercare di avere una visione più generale dei vari problemi. Anche se per necessità di cose dobbiamo affrontarli settorialmente, non perdiamo di vista il quadro generale, altrimenti rischiamo di ottenere risultati contrari a quelli che perseguiamo.

P E R R I N O . Compiacendomi col collega per la sua bella e completa relazione, non posso non richiamare un documento che di questa, in un certo senso, costituisce la base: un volume pubblicato in questi giorni dal Ministero e che riguarda lo stato

sanitario del Paese dal 1954 al 1964, cioè, praticamente, dalla costituzione del Ministero stesso ai nostri giorni. Si tratta di un volume veramente interessante (ed io nell'ultima seduta avevo pregato che venisse distribuito a tutti i colleghi), poichè costituisce una documentazione di base e fornisce elementi importantissimi, alla luce dei quali va appunto considerato il parere del collega Caroli. La pubblicazione del Ministero è infatti un consuntivo, mentre il parere riguarda un preventivo che amplia notevolmente gli orizzonti; e, malgrado noi siamo abituati ad avanzare riserve e critiche, malgrado la penuria di mezzi che affligge da sempre il nostro giovane Dicastero, non possiamo non riconoscere la buona volontà di chi è al vertice dell'Amministrazione e dei funzionari tutti, se è vero che, come risulta dal documento suddetto, l'Italia ha compiuto in questo campo notevolissimi progressi che onorano il nostro Paese e la sanità pubblica italiana e che sono elencati chiaramente, capitolo per capitolo, malattia per malattia.

Il parere del collega Caroli è incentrato su due argomenti. Il primo è costituito dal maggiore stanziamento di 4 miliardi, stanziamento che il collega Maccarrone avrebbe preferito fosse stato invece di 40 miliardi! Ora io immagino l'ansia dell'onorevole Ministro, che riassume l'ansia di tutti noi, in sede di Consiglio dei ministri, nel trovarsi di fronte ad una certa somma che gli è stata assegnata nell'ambito delle concrete possibilità di bilancio; e mi rendo conto del fatto che, nella presente situazione congiunturale, l'aver ottenuto 4 miliardi rappresenta un buon successo per il Ministero. Come è stata ripartita la somma? 1.600 milioni sono andati ai servizi generali, 760 all'igiene pubblica, 1.455 alla medicina sociale ed alle scuole, 70 all'alimentazione, 226 all'Istituto superiore di sanità, che, dopo la nota crisi, comincia felicemente a riprendersi. Mi sembra quindi che sia stato molto opportuno, direi molto intelligente, aver scaglionato nei vari settori questa maggiore disponibilità rispetto allo scorso esercizio, ed ammetto soprattutto notevolissima importanza ai 1.455 milioni destinati alla medicina pre-

ventiva, una somma che, se opportunamente impiegata, dovrebbe consentire di svolgere quel programma di educazione sanitaria a cui altri Paesi — Francia, Inghilterra, ad esempio — da anni dedicano molti sforzi, ottenendo notevoli successi. Ho detto altre volte che l'educazione sanitaria è una attività che costa poco e rende moltissimo; ed è proprio in questo settore che si inquadra il problema sollevato dal collega D'Errico e che preoccupa tutti noi. Se potessimo svolgere un'azione di educazione sanitaria, con i mezzi propagandistici di cui oggi disponiamo — televisione, cinema ecc. — così come si è fatto molto opportunamente e con risultati tanto felici per la poliomielite, è certo che si potrebbero conseguire progressi veramente notevoli con poca spesa. Questa è la mia raccomandazione e non ho bisogno di presentare in proposito ordini del giorno: raccomando solo che di questi 1.455 milioni una piccola parte venga dedicata ad una intensa azione di educazione sanitaria, specie per quanto riguarda la lotta contro i tumori. Credo che assolveremmo così veramente ai compiti molto opportunamente indicati dal collega D'Errico.

Una volta effettuata questa propaganda, poi, come esercitare l'azione di accertamento? Io ho sempre sostenuto la tesi che i dispensari antitubercolari, la cui denominazione originaria è quella di dispensari di igiene sociale, debbono tornare appunto a svolgere questa funzione, considerato il notevolissimo decremento della tubercolosi. In questi giorni si è infatti chiuso il vecchio e glorioso sanatorio Ramazzini di Roma, e contemporaneamente nella mia Provincia se ne è chiuso un altro della Previdenza sociale. Così, mentre regredisce la tubercolosi, si potrebbero concentrare maggiori sforzi verso quel flagello sociale rappresentato dai tumori. Dieci anni fa avevamo 80.000 morti per tubercolosi e 8.000 per tumore; oggi la statistica della mortalità è esattamente rovesciata.

Si tratta di un campo nel quale potrà cimentarsi la buona volontà e l'organizzazione del Ministero della sanità che potreb-

be, ad esempio, provvedere al miglior utilizzo dei dispensari antitubercolari.

Non sono un laudatore del tempo antico, ma devo tuttavia riconoscere che il Ministero della sanità, anche sotto l'etichetta di Alto Commissariato per l'igiene e la sanità, ha favorito la creazione di un numero veramente notevole di dispensari di igiene sociale, costruiti *ad hoc* su progetti forniti dallo stesso Ministero.

Ripeto ancora una volta, dopo averlo già fatto in molte altre occasioni, che sono convinto che questi dispensari, dalla loro attività a carattere monovalente a favore dei soli malati di tubercolosi, dovrebbero passare ad interessarsi di altri settori per aumentare la difesa sociale contro le malattie che attualmente più colpiscono la popolazione, come i tumori e le malattie cardiovascolari e sociali.

Per la verità, bisogna riconoscere che il Ministero della sanità ha favorito in questi ultimi anni, — concedendo particolari contributi agli ospedali —, la creazione di centri per la lotta contro i tumori e di istituti di alta terapia, alcuni dei quali già funzionano ed altri sono in corso di allestimento.

Attraverso tali centri, tutta la popolazione del Paese dovrebbe avere la possibilità di fruire gratuitamente degli accertamenti e delle cure del caso, ed in questo modo potrebbe venire intrapresa una vera ed efficace azione nella lotta contro i tumori.

In proposito mi richiamo al successo ottenuto due anni fa, quando il Ministero della sanità ha iniziato la campagna di vaccinazione contro la poliomielite, vaccinazione poi divenuta obbligatoria e che ha portato ai più lusinghieri risultati. Perchè, mi domando, non si arriva alla vaccinazione obbligatoria anche per la tubercolosi?

Il senatore Monaldi, nel suo istituto di Napoli, che fa capo alla Previdenza sociale, ha potuto compiere interessantissime esperienze di vaccinazione antitubercolare, seguendo per un periodo di 12 anni ben 25.000 persone tratte dai quartieri più miseri della città e, attraverso un'apposita organizzazione di assistenza, ha potuto constatare che in nessun caso fra i vaccinati si è manifestata la malattia.

È certamente noto a tutti che in molti Stati esteri la vaccinazione antitubercolare è stata già resa obbligatoria, e che in Israele, ad esempio, tale malattia è stata completamente debellata; rivolgo quindi un vivo appello al Ministro della sanità affinché egli voglia intensificare la propaganda per favorire tale vaccinazione anche in Italia.

Per quanto riguarda l'Opera nazionale maternità ed infanzia, il discorso sarebbe molto lungo e, comunque, la situazione è sintetizzata dalla grave crisi in cui l'Opera versa attualmente. I sei miliardi cui ha fatto prima cenno la senatrice Minella Molinari sono serviti a ripianare solo una parte dei *deficit*, ma è chiaro che l'Ente, ricevendo solo 19 miliardi e mezzo sui 25 che gli sarebbero necessari per assolvere ai suoi compiti sulla base delle istituzioni oggi esistenti, si dibatte in gravi difficoltà.

Bisogna dire, per la verità, che in questo settore si è instaurata una politica di « austerità »; sono infatti stati soppressi i refettori materni, colla giustificazione che il livello economico medio è aumentato e che quindi i refettori non erano più necessari, ma abbiamo anche soppresso un notevole numero di consultori materni ostetrici e ginecologici. In proposito aggiungo che ben 50 nuove istituzioni non possono entrare in funzione per mancanza di fondi.

Per quanto concerne gli asili, poi, la situazione è stata resa più difficile dalla decisione di far pagare per tutti i bambini che li frequentano una determinata retta mensile che va dalle 3.000 alle 10.000 lire.

Il ragionamento che ha condotto a questa decisione è stato semplicissimo: poichè per ogni figlio a carico viene concesso un assegno familiare di 300 lire al giorno, se ne può destinare una parte al pagamento della retta.

In realtà, però, spesso il salario di un operaio è di sole 50-60 mila lire mensili, per cui anche le 3000-4000 lire per l'asilo di un bambino pesano molto sul bilancio familiare. Si arriva così alle estreme conseguenze che numerosi asili si sono svuotati.

Se non si avrà quindi un rilancio dell'Opera maternità ed infanzia, si arriverà al

punto che essa rimarrà in piedi soltanto per pagare il suo personale!

Passando ora al tema degli ospedali, desidero non entrare nel merito del disegno di legge che il Ministro ha predisposto, perchè ancora non lo conosco, ma da quel poco che mi risulta, ritengo che esso contenga alcuni elementi positivi e di discussione che esamineremo al momento opportuno.

A proposito degli ospedali, vorrei fornire soltanto un dato importante che sta a significare come, in fondo, i nostri ospedali, da tanti giudicati severamente, specie dagli Enti mutualistici che poi sono loro debitori (come nel caso dell'ospedale di Brindisi per 750 milioni), funzionino meglio di quanto si creda. Infatti la degenza media degli ammalati negli ospedali, che fino a qualche anno fa era di 15-20 giorni, è ora scesa a 10-12, il che sta a significare che vi è una rotazione, un avvicinarsi dei malati più rapido e dovuto certamente all'impiego di sistemi di cura più moderni. È evidente che tutto questo si traduce in una notevole economia, in quanto gli Enti mutualistici anche per la protrazione di una sola giornata di ricovero, devono sopportare ingenti oneri.

Dirò ora poche parole per quel che riguarda l'istruzione professionale e devo cominciare con il sottolineare che, purtroppo, in questo settore non si è ancora fatto assolutamente nulla e che il Ministero della pubblica istruzione « a questa roba è morto e sotterrato ».

È da tutti riconosciuto che il problema base degli ospedali è quello della carenza dei posti-letto, ma immediatamente dopo vi è il problema della qualificazione del personale ospedaliero.

Ho trascorso le vacanze estive in Svezia, dove ho avuto modo di visitare vari ospedali; ebbene, vi posso assicurare che gli ospedali scandinavi non sono migliori dei nostri, ma dispongono però di un'organizzazione che, per quanto riguarda il personale ospedaliero, è veramente imponente. Basti pensare che in Svezia, su 7.000 medici, ci sono 30.000 infermiere professionali, mentre in Italia il rapporto è esattamente rovesciato.

Pertanto, un grave problema da affrontare in questo campo è quello dell'istruzione tecnico-professionale. Per illuminare gli onorevoli senatori che non fossero a conoscenza della situazione del settore, dirò che, dopo aver diffuso invano un bando per tutta Italia per trovare due infermiere fisiocinesiterapiste necessarie in neurologia e per la fisioterapia riabilitativa, ho dovuto assumere una tedesca ed una jugoslava!

Il Ministero della sanità, unitamente a quello della pubblica istruzione, deve dunque favorire l'istituzione di scuole per la istruzione parasanitaria e non mi stanco di insistere affinché questo settore dell'istruzione tecnico-professionale venga considerato con la stessa attenzione con cui si guarda a quelli analoghi nel campo dell'industria e dell'artigianato.

Si è arrivati al punto che i giovani, che escono dalle scuole con i diplomi rilasciati dagli istituti professionali, non trovano più posto, mentre nel campo ospedaliero vi è una ricerca affannosa di personale specializzato.

Per quanto riguarda le farmacie, ella onorevole Ministro, ha posto mano ad un disegno di legge che è dinanzi alla Commissione sanità della Camera, e risulta che si vorrebbe risolvere prima il problema delle farmacie rurali. Infatti, ben 2.600 comuni su circa 8.000 non hanno farmacia. Si tratta, quindi, di un problema che si impone sotto tutti gli aspetti; però, onorevole Ministro, è un errore credere che si possa risolverlo dando la farmacia a tutti i comuni, compresi quelli con 400, 500 abitanti, perchè ciò sarebbe una perdita di tempo, dal momento che, qualunque sussidio si possa dare, nessuno vuole trasferirsi in tali sedi.

Il problema, pertanto, va posto per i comuni che vanno dai 1.000 ai 3.000 abitanti, perchè ritengo che solo con 3.000 abitanti una farmacia possa avere un minimo di autosufficienza, mentre per i comuni al di sotto dei 1.000 abitanti si deve provvedere con l'armadio farmaceutico. Localizzando il problema entro questi limiti, moltissime farmacie rurali potrebbero aprirsi con l'intervento degli Enti mutualistici che già pagano un contributo annuo di 800 milioni,

con l'intervento dello Stato da determinare, e dei titolari delle farmacie urbane che per altro, per legge, già pagano un contributo annuale. Il Comune, dal canto suo, potrebbe intervenire mettendo a disposizione il locale, e questo costituirebbe un contributo diretto e costante.

In tal modo si potrebbe risolvere il problema in maniera incruenta, senza bisogno di chiedere al Tesoro altri fondi, che difficilmente verrebbero concessi. Una volta, poi, superato lo scoglio delle farmacie rurali, si potrebbe passare a risolvere il problema di quelle urbane.

M A C C A R R O N E. Onorevole Presidente, credo che, comunque vadano le cose, dovremo tornare sul parere finale che il senatore Caroli stenderà per la Commissione finanze e tesoro, in quanto egli ha fatto una trattazione che non sappiamo in che misura corrisponderà poi alle conclusioni. Quindi, nel momento in cui la Commissione conforterà del suo voto la fatica del senatore Caroli, mi riserverò di parlare per dichiarazione di voto. Inoltre, per correttezza e riguardo nei confronti degli onorevoli senatori, preannuncio fin d'ora che la volontà nostra di presentare un parere di minoranza, si concreterà proprio in quel momento.

Ciò detto, cercherò ora, per quanto mi è possibile, di entrare nel merito di una materia così vasta quale è quella offerta alla nostra attenzione dalla relazione del senatore Caroli. Essa in parte attiene, direi, alle cifre di bilancio ed alla politica sanitaria del Ministero, in un arco di continuità con il consuntivo che è rappresentato dalla relazione sullo stato sanitario del nostro Paese, che l'onorevole Ministro ha avuto la compiacenza di presentare al Consiglio superiore della sanità di recente e di comunicare anche a noi, ma su cui non so come sarà possibile fare una discussione utile, poiché, dall'esame di questo documento, appaiono incoerenze di giudizio e difformità con la direttiva politica che spesso abbiamo colto nelle dichiarazioni, nei discorsi e nei dialoghi parlamentari con il Ministero stesso.

Per altra parte il senatore Caroli ha proiettato nella discussione parlamentare altre

questioni, adombrando tesi, problemi ed indicazioni che non trovano, onorevole Ministro, fino a questo momento, rispondenza né nella politica del Ministero, né nel bilancio di previsione del 1966. Dico questo non tanto per una maliziosa tendenza a voler cogliere necessariamente le contraddizioni nel discorso, quanto perchè in questo momento più che in ogni altro, e proprio per il nodo che è venuto al pettine, nel quadro politico nazionale, nel campo della sanità, noi abbiamo bisogno, oltre che di essere espliciti, di essere chiari e coerenti e di far sì che la politica della maggioranza, così come viene decisa nel Parlamento, sia la stessa che l'Esecutivo porta avanti o, viceversa, che la politica che si discute per iniziativa dell'Esecutivo, una volta suffragata dalla maggioranza, sia poi tradotta e trovi piena rispondenza negli atti amministrativi e nelle azioni operative del Ministero.

Mi scuso di non poter fare un esame puntuale e di non poter dare tutte e sempre le giustificazioni necessarie delle mie affermazioni; ma i colleghi che mi conoscono sanno che mi sono sforzato di riflettere abbastanza a fondo sulle cose prima di arrivare a questa sintesi.

In via generale voglio dire, onorevoli senatori, che, pur potendosi cogliere in singole parti del Paese risultati e novità a volte di un certo rilievo qualitativo, la politica sanitaria dello Stato italiano nel 1965, quella che si ripromette di fare nel 1966 questo Governo con i 77 miliardi di spesa del Ministero della sanità, la politica sanitaria, così come risulta dalla analisi di documenti, tutti autorevoli ed estremamente interessanti, quali la relazione del senatore Caroli o la relazione sullo stato sanitario del Paese, non si discosta nelle sue linee fondamentali dalla linea di politica sanitaria tradizionale.

Con questo non intendo dire che il disordine, la mancanza di interventi, la scarsa attività propulsiva degli organi centrali, prima dell'ACIS e poi del Ministero della sanità, permangono immutati ancora nel 1965; non voglio dire neppure che l'autorevolezza del Ministro della sanità in seno al Consiglio dei ministri sia ancora al livello del 1958

nè che ascolteremo ancora una volta il Ministro della sanità dichiarare in Parlamento che, in fondo il Ministro del tesoro è il suo capo diretto, il quale ha respinto proposte ingiustificatamente, senza motivazione o, addirittura, in un contraddittorio umiliante, tanto umiliante da consigliare a tutti le dimissioni tranne che ai Ministri della sanità dell'epoca, che sono venuti in Parlamento a fare queste dichiarazioni; intendo dire, invece, che la politica sanitaria non si discosta dalla linea tradizionale finora seguita. I colleghi, del resto, ce ne hanno dato prova ribadendo esigenze e richieste che, pur apparendo una novità per il calore con cui sono state espresse, per la documentazione, il rilievo dato agli aspetti quantitativi e alle possibilità di intervento nuovo della terapia, non si discostano dalle linee tradizionali di creazione di « centri » di potenziamento, di utilizzazione coordinata dei vari mezzi e così via; cioè siamo ancora legati alle vecchie formule sulle quali è stata impostata l'iniziativa pubblica nel nostro Paese e che risalgono non solo al testo unico del 1934, ma sono mutate dalle legislazioni precedenti — persino dalla legislazione iniziale del nostro Paese — e che non collocano, nonostante gli sforzi, la buona volontà e le affermazioni politiche dei dirigenti, l'amministrazione sanitaria italiana al livello di una amministrazione sanitaria moderna, non dico avanzata rispetto ai tempi, ma allineata con le amministrazioni sanitarie di altri Paesi. E faccio questa affermazione prima ancora di considerare la necessità di riforme strutturali: parlo di orientamenti e di obiettivi da perseguire, di formule organizzative da applicare, di metodi, di rapporto fra centro e periferia, di rapporto fra l'amministrazione dello Stato ed il resto della comunità nazionale, con la società civile e le altre istituzioni.

Onorevole Ministro, mi compiaccio che vi siano 4 miliardi in più iscritti nel bilancio di previsione per il 1966; però, conoscendola lettore competentissimo del bilancio, non credo che ella non abbia rilevato che dei 77 miliardi del suo Ministero, 51 miliardi e 800 milioni circa sono spese di trasferimento, e 9 miliardi e 30 milioni spe-

se per acquisto di beni e servizi. Inoltre, non posso fare a meno di rilevare che questi 4 miliardi, che si inseriscono nelle spese del Ministero della sanità, altro non sono che adeguamenti quantitativi degli stanziamenti già predisposti, secondo un piano che non è solo di contabilità, ma anche di politica amministrativa, così come è stata concepita nel 1965, nel 1964 e in tutti quegli altri anni precedenti, in cui il Paese ha dovuto criticare la politica sanitaria dello Stato italiano ed ha dovuto riconoscere la necessità di una profonda riforma, di un radicale cambiamento degli indirizzi.

Dunque nulla di mutato nel 1966 rispetto al piano di politica sanitaria dei governi precedenti, dei governi centristi!

Mi scuso con gli onorevoli senatori se le cose che dico sono ovvie; però ho voluto citarle per non sembrare avventato nelle mie affermazioni. Del resto, onorevole Ministro, se ciò non bastasse, possiamo vedere di che cosa sono fatti questi 4 miliardi: sono fatti di 100 milioni per le indennità di rischio; di 100 milioni per l'indennità di missione; di 690 milioni per il conglobamento degli stipendi al personale; di 595 milioni in più di spese per il personale; di un trasferimento aggiuntivo di 100 milioni alla Croce rossa; di 500 milioni per la vaccinazione antipolio, settore in cui ormai tradizionalmente, positivamente, opportunamente interveniamo. Non vi è però nulla di nuovo.

Faccio grazia delle altre cifre; ad esempio del miliardo per la tubercolosi, settore in cui dovrà essere rivisto molto, dall'indirizzo di politica sanitaria alla spesa e forse anche all'organizzazione predisposta per la lotta contro la malattia.

In sostanza, quindi, i 4 miliardi in più non rappresentano che un velo molto tenue, addirittura trasparente, anche per un osservatore superficiale quale posso essere io, che non copre l'immobilismo politico di questo settore della politica nazionale.

Del resto, bisogna considerare attentamente il punto a cui siamo arrivati. Noi siamo di fronte ad una politica di centro-sinistra, che non ha predisposto un programma generico, ma ha fissato per tale programma

delle scadenze; direi anzi che lo ha istituzionalizzato trasferendolo dalle assise dei rapporti di Gruppo parlamentare alla vita degli organi costituzionali. È stato stabilito uno schema di programma e si è fissata prima una data d'inizio della sua attuazione, il 1965, e successivamente un'altra, il 1966; in esso è considerata anche la questione degli ospedali.

Ora ella mi perdonerà, senatore Caroli, e con lei mi perdonerà nella sua benevolenza l'onorevole Ministro, se io mi pongo un interrogativo; se mi chiedo, cioè, se nel 1966 realizzerete il primo tempo del programma che avete stabilito, o del programma aggiuntivo che l'onorevole Ministro del bilancio si accinge a presentare; oppure il primo tempo di quel programma che — ormai non è un mistero per nessuno — l'ufficio della programmazione ha già compilato, ma che ufficialmente nessuno conosce; se mi chiedo quale fine ha fatto insomma quella programmazione quinquennale che il Governo si è impegnato ad attuare e quale significato hanno le affermazioni autorevoli del Governo, che si esprimono come si è espresso, ad esempio, l'onorevole Fanfani in varie occasioni, criticando a fondo il programma chiamandolo « libro dei sogni » e discutendo seriamente, dal suo punto di vista, la disposizione degli indirizzi e l'utilizzazione delle risorse disponibili. Ora, nell'ipotesi che ancora il programma quinquennale sia valido, per la parte che ci riguarda, ad esempio, si prospetta di dedicare una parte abbastanza rilevante delle risorse disponibili ad una trasformazione del campo sanitario in collaborazione con altri settori che si riferiscono alla condizione umana e sociale del cittadino, cioè all'assistenza e alla previdenza.

Ebbene, fatta tale premessa e lasciando sospeso l'interrogativo, che ha comunque la sua importanza, rappresentando un impedimento serio al funzionamento della democrazia italiana, l'indeterminatezza e spesso l'incoerenza con cui certe questioni vengono poste davanti al Parlamento riducono questo a una funzione marginale e non gli consentono di essere specchio fedele di quanto avviene nel Paese, e degli impegni politici

degli uomini che sono al Governo e che hanno potere di decisione e di scelta. Evidentemente, noi ci riduciamo in una condizione di inferiorità quando abbiamo fretta di concludere i nostri lavori, quando sacrifichiamo la serietà e la completezza delle nostre discussioni, quando per noi è più importante rispettare un impegno formale che andare a fondo in quanto ci proponiamo. Non sembri però, colleghi, una mera questione accademica quella che noi facciamo a proposito della programmazione economica; di questa questione ne vogliamo discutere per stabilire se essa corrisponde o meno alle necessità del Paese.

E veniamo alla questione degli ospedali.

Il collega Perrino ha introdotto un'argomentazione estremamente grave: la stessa alla quale io, da modesto osservatore politico, mi sono sempre trovato di fronte quando, dopo la formulazione di un programma da parte dell'attuale classe dirigente, si era alle strette della sua realizzazione. Alludo all'argomento dei « se ». Fino ad oggi si è così ragionato: « Negli ospedali abbiamo una situazione drammatica, siamo di fronte ad una grave crisi; il sistema mutualistico li schiaccia e così non si può andare avanti; non si possono rinnovare le strutture; gli ordinamenti amministrativi sono vecchi e vanno anch'essi riformati al più presto, per cui occorrono stanziamenti ». Ma oggi, oggi che siamo alle strette e occorre imboccare la via delle riforme, ecco che, d'improvviso, la situazione ospedaliera è cambiata. La situazione ospedaliera, si dice, non è poi così grave; anzi non abbiamo molta ragione di lamentarci. Voi non vi siete accorti, ad esempio, ci si dice ancora, che la degenza media negli ospedali italiani è diminuita di tre giornate, e che quindi la rotazione è abbastanza soddisfacente; non vi siete accorti che in fondo c'è una iniziativa veramente notevole dei piccoli ospedali che si completano senza remore, senza programmazioni o interventi dall'esterno e diventano quindi grosse cliniche, con risultati positivi per la vita del Paese. Ecco che cominciano i « se », onorevole Ministro, e cominciano ancora una volta, come sempre in questi venti anni, quando arriva-

mo al nodo. Bisogna quindi essere estremamente chiari, perchè non possiamo accettare, nella maniera più assoluta, che la politica dello Stato italiano in questo campo sia impostata sulla demagogia e sul perbenismo; il che nasconde poi la conservazione più aperta, la volontà più decisa di non modificare di un'acca la situazione. Il cittadino deve aver fiducia nei suoi governanti, nella sua maggioranza, per quello che effettivamente si vuol fare; e la maggioranza ha prima di tutto il dovere morale e politico, nei confronti dell'opinione pubblica, di essere chiara. Ora a proposito dell'argomento di cui discutiamo è chiaro che la maggioranza non vuole nessuna riforma in campo ospedaliero; e se ciò non è vero, sarò lieto di essere smentito. Ma se il Ministro nella sua replica parlerà del disegno di legge per la riforma ospedaliera che ha inviato al Consiglio dei ministri, desidero chiedergli non certo di riferirci che cosa ha risposto alla sua lettera di trasmissione il Presidente del Consiglio, ammesso che esista una lettera di risposta e che essa contenga osservazioni critiche sostanziali al disegno di legge elaborato dal Ministro della sanità, ma desidero chiedergli di essere così cortese da fornirci elementi precisi sui lineamenti di questa riforma, sui suoi orientamenti. Egli dovrebbe parlarci degli impegni esistenti in questo campo nella maggioranza di centro-sinistra, dovrebbe dirci, per esempio, se è d'accordo con l'interpretazione che il relatore ci ha dato del progetto di riforma per quanto riguarda l'azione del Ministero e sulla distinzione che egli ha fatto tra istituti pubblici ospedalieri, che dovrebbero essere toccati dalla riforma, ed enti morali che dovrebbero rimanere fuori della riforma stessa, anche se per essi dovrebbero valere la stessa disciplina, gli stessi principi, le stesse norme degli istituti ospedalieri pubblici.

Si è detto che in Italia gli ospedali non sono istituti pubblici in senso stretto. Ora, in dottrina si discute sulla natura delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, in particolare di quelle disciplinate dalla legge fondamentale del 1890, che vanno sotto il nome di enti morali. Se la nuova leg-

ge ospedaliera non affronterà questo aspetto, verranno interessati dalla riforma solo gli ospedali da istituire; intanto, per le necessità del Paese, non si potrà non rafforzare gli ospedali privati esistenti, nè si potranno rifiutare aiuti alle case di cura private che, proprio di fronte alle accresciute necessità, diventano una parte essenziale dell'assistenza sanitaria.

Si avrà così l'assurdo di uno Stato che, per far fronte ai suoi doveri, dovrà destinare subito le sue risorse a rafforzare ciò che come Stato intende trasformare. Si ridurrebbe lo Stato italiano a dover essere concorrente di se stesso a fornire mezzi alle istituzioni private per il loro finanziamento ed a non trovare mezzi per i suoi istituti. Tutto ciò, onorevoli colleghi, trova la nostra più ferma opposizione. Dico questo anche perchè più volte ci è parso di capire che il Ministro non è di questo avviso: egli intende attuare una riforma ospedaliera che comprenda tutti gli istituti ora considerati pubblici, disciplinandoli nella programmazione. È assurdo perciò che si passi sotto silenzio negli atti parlamentari una difformità di posizione così evidente tra l'onorevole Ministro e il relatore di maggioranza.

E per tornare alle peregrine considerazioni del collega Perrino che, credo, come vice-presidente della FIARO (l'Associazione degli ospedali italiani), esprime abbastanza autorevolmente posizioni ufficiali, non si può non sottolineare come in questa affannosa corsa alla negazione dell'esistenza di un problema ospedaliero italiano si sia dimenticato persino che esistono regioni italiane dove non si raggiunge nemmeno la percentuale di un posto-letto per mille; che la nostra degenza media è particolarmente elevata proprio per la carenza dei servizi diagnostici e specialistici ospedalieri; che l'Italia settentrionale, ove esiste una media di posti-letto superiore allo *standard* indicato dall'OMS, difetta di reparti specialistici e di istituti specializzati. Vi sono intere regioni dove non esiste nemmeno un ospedale di prima categoria, cioè un ospedale che abbia un numero di specialità sufficiente a coprire la gamma degli interventi terapeutici che la medicina moderna oggi mette a disposizione.

Si dimentica, cioè, di dire che il difetto grosso della nostra situazione ospedaliera è proprio rappresentato dalla mancanza di previsione e di qualificazione, che non è solo nel personale, ma nelle attrezzature, nelle strutture, nell'ordinamento interno, nel modo come questi ospedali sono organizzati e funzionano. Il problema degli ospedali non è stato da me affrontato tanto per discuterne a fondo le esigenze, per prospettare i lineamenti di una riforma, quanto per dire, in relazione al bilancio e alle sue cifre, che nel 1966 noi non saremo nella condizione di aumentare di un solo posto-letto quelli che avevamo già previsto di aumentare nel 1964, perchè nè sul bilancio del Ministero della sanità, nè su quello del Ministero dei lavori pubblici, nè sul fondo globale è prevista alcuna somma per finanziare la ristrutturazione della rete ospedaliera italiana.

Noi avremo, quindi, nel 1966 — se l'avremo — una riforma ospedaliera, ma non avremo contemporaneamente neppure l'inizio di quella programmazione della rete ospedaliera che avevamo già richiesto preventivamente nel 1965, come elemento preparatorio nell'applicazione della legge; non avremo soprattutto nel bilancio i fondi necessari per questo cambiamento.

Ora, onorevole Ministro, di fronte a queste cose, è chiaro che il fatto che negli ospedali italiani vi siano centri per la lotta contro i tumori che non funzionano adeguatamente, e che i rapporti fra questi centri e la popolazione non siano tali da consentire un *dépistage* adeguato, assume dal punto di vista politico, per il Parlamento una importanza relativa.

Ecco perchè, pur rilevando le ottime cose dal punto di vista qualitativo che a Ferrara, a Prato e in altri centri italiani — non molti, ma più di due certamente — si compiono in questo campo, non posso dichiararmi soddisfatto e trarre per estrapolazione da questo un giudizio positivo, il giudizio di un cambiamento di indirizzo della politica sanitaria dello Stato italiano.

Vi è da rilevare inoltre, per quanto riguarda cambiamenti di indirizzo e programmazione, cioè per quanto riguarda una politica sanitaria nuova, che, ad esempio, i decre-

ti del Presidente della Repubblica del febbraio 1961 (e mi scuso con gli onorevoli colleghi se non sono in grado di citare esattamente numeri e date) — sulla medicina scolastica e sulle malattie sociali, che pur essendo come strumenti di comando assolutamente imperfetti, tuttavia contenevano elementi abbastanza positivi, possibilità di esercitare in modo nuovo la politica sanitaria in questi campi — imponevano al Ministero l'emanazione dei relativi Regolamenti, che al contrario non sono stati ancora emanati e la mancanza di essi è oggi pregiudizievole proprio per le cose che si vogliono attuare in materia.

Ma vediamo come questi decreti privi di Regolamento sono stati attuati!

Ella, onorevole Ministro, ci ha detto spesso cose molto interessanti, che noi abbiamo lodato; tuttavia è necessario considerare che nella relazione che il Ministero ha presentato al Consiglio superiore di sanità si legge, ad esempio, per quanto si riferisce ai tumori, che in base al decreto del 1961 non si è fatto altro che cercare di sanzionare, di ricondurre ad una forma amministrativamente ammissibile le numerosissime e svariatissime, nella forma e nell'indirizzo, istituzioni esistenti (consorzi oncologici, centri ospedalieri di lotta contro i tumori, centri di studio presso le Università, istituzioni dirette da anatomopatologi, da clinici, da radiologi, istituzioni che fanno il *dépistage* sulla base delle analisi cliniche), ognuna delle quali segue indirizzi e criteri propri.

La sua amministrazione, onorevole Ministro, di cosa si è preoccupata, dunque? Si è preoccupata di stipulare una convenzione, cioè di regolare dal punto di vista formale i rapporti tra il Ministero e tali centri, non tanto per l'attuazione di una nuova politica sanitaria, quanto per mettersi al coperto della legge sulla contabilità dello Stato e per regolare in modo adeguato e non criticabile dalla Ragioneria generale e dalla Corte dei conti la somministrazione dei fondi.

Ora, onorevole Ministro, tutto questo non è nuovo nella vita dello Stato italiano: è vecchio, è quel vecchio, anzi, contro cui tutti gli uomini benpensanti del Parlamento italiano, a qualsiasi settore appartengano, su-

perando le barriere degli schieramenti politici, si sono pronunciati e su cui i governanti hanno il dovere, prima di tutto, di intervenire, se vogliono essere autorevolmente considerati alla testa dello Stato.

Per quanto si riferisce in particolare al settore della medicina scolastica, devo fare una considerazione particolare. Devo dire che ci siamo compiaciuti che ella sia intervenuto relativamente alla tubercolosi, mettendo le mani in un campo che sembrava l'orto chiuso di un potentissimo Istituto, la Previdenza sociale, nei confronti del quale non era possibile neppure osare di presentare un modestissimo provvedimento legislativo, quale era quello, infelicemente conclusosi, d'iniziativa dell'onorevole Sullo, allora Ministro del lavoro, relativo al trasferimento della gestione tubercolosi dall'INPS all'INAM. Bene ha fatto l'Amministrazione sanitaria a mettere le mani in questo campo: meglio ancora avrebbe fatto a metterle prima, dal momento che anche prima essa era abilitata a controllare gli aspetti sanitari dell'INPS e degli altri Istituti mutualistici!

Ella ha ribadito con energia questo suo diritto-dovere di intervenire, tuttavia — passando dal grande al piccolo, dal sistema previdenziale ed assistenziale, che gestisce 5.000 miliardi di un bilancio quasi pari a quello dello Stato, al piccolo campo della medicina scolastica — vi è da rilevare che, dal 1961 al 1966, non siete riusciti neppure a risolvere i rapporti tra il Ministero della sanità e il Ministero della pubblica istruzione: si badi, non tra il Ministero della sanità ed il Ministero del lavoro, tra una burocrazia nuova, cioè, che vuole espandersi, ed una burocrazia conservatrice, che non ha voluto neanche trasferirsi di palazzo, ma tra il Ministero della sanità ed una modestissima Sezione del Ministero della pubblica istruzione, che per conto suo ha un campo immenso di cui occuparsi e che della medicina scolastica non si interessa altro che per finanziare l'attività di medicina sportiva di pochi Provveditorati agli studi di poche province italiane. E questo è criticabile non solo dal punto di vista dell'efficacia del rinnovamento della politica sani-

taria, ma è criticabile anche perchè impedisce al Ministero della sanità di essere nella scuola il tutore ed il responsabile della salute del bambino, così come nella società è il tutore ed il responsabile della salute pubblica. Nella scuola, infatti, l'ufficiale sanitario, il medico condotto, il medico scolastico non entrano, tanto per i numerosi impedimenti che in pratica i Direttori didattici ed i Provveditori pongono, quanto per una malintesa gelosa difesa di prerogative.

Se fosse stato emanato quel Regolamento, di cui anche poco fa rilevavo l'opportunità, molte di queste cose non si sarebbero verificate!

E mi perdonino l'onorevole Ministro e gli onorevoli colleghi, se vado ricercando in aspetti, che possono non sembrare a prima vista importanti, i motivi di questo mio intervento.

Passiamo ora ad un altro campo: quello della trasfusione, più precisamente quello dell'AVIS. In questo settore, onorevole Ministro, a chi dobbiamo dare ascolto? Quale posizione dobbiamo prendere in considerazione? Non possiamo dire, infatti, che la posizione del senatore Caroli sia coerente con la posizione che ha preso il Governo predisponendo un disegno di legge sull'AVIS che, anche se non è stato ancora presentato, sappiamo di certo che è stato studiato d'accordo con l'Associazione stessa!

Ora, perchè ho sollevato tale questione? Non certo per occuparmi di cose di cui il senatore Samek Lodovici e la senatrice Minella Molinari già si occupano in modo veramente encomiabile (l'uno e l'altra, anzi, avrebbero meritato a mio avviso di essere presi maggiormente in considerazione, se non altro ponendo i loro disegni di legge, specialmente quello della senatrice Minella Molinari, che tra l'altro è urgente, all'ordine del giorno), quanto per pormi il seguente interrogativo: se l'ospedale — come appare dalle posizioni programmatiche di una parte del centro-sinistra, forse addirittura di tutto il centro-sinistra, o almeno dalle posizioni programmatiche che il centro-sinistra ha dichiarato di voler portare avanti — deve avere una certa collocazione strutturale, che cosa ci stanno a fare questi

Centri trasfusionali distaccati dagli ospedali? Che cosa significa questo potenziamento dei Centri trasfusionali presso la CRI? Perché dobbiamo rilevare in questo momento la necessità di tale potenziamento e dobbiamo anzi fare appello al Ministero della difesa, perchè ci aiuti a potenziare la CRI per il Servizio di pronto soccorso, che è così strettamente connesso al servizio di rianimazione e di conseguenza al servizio trasfusionale?

Ebbene, si vuole effettivamente ricondurre ad unità questo settore? Si vuole veramente fare una politica sanitaria nuova? Purtroppo, sulla base di quanto ci dite, devo constatare che non si scorge la volontà di attuare una siffatta politica. E che non si scorga questa volontà lo dimostra un altro fatto. Si è voluto chiamare in modo nuovo un organismo vecchio, l'Ufficio sanitario comunale o consorziale, che aveva bisogno di essere rinnovato nei suoi compiti istituzionali, come effetto di due indirizzi: un aumento degli interventi diretti del Ministero della sanità, dell'Amministrazione sanitaria, diciamo così, centrale, statale, ed un decentramento e coordinamento dei compiti operativi in attesa della creazione delle Regioni. Questi due indirizzi dovevano ridare forza ed allargare le possibilità di intervento degli Uffici sanitari comunali e degli Uffici sanitari circoscrizionali con i loro medici condotti, le loro osteriche condotte, i loro vigili sanitari ed una serie di altri operatori, di altri mezzi e così via. Si è voluto chiamare tutto questo — ed io mi rendo conto che spesso il nome ha anche un significato sul piano politico — « Unità sanitaria locale », cioè uno strumento periferico dotato di autonomia funzionale, collegato con gli organi politico-amministrativi dello Stato, sia diretti che indiretti, capaci di intervenire a tutela completa della salute, per controllare in modo completo il fenomeno malattia sia nella sua fase di insorgenza o di pericolo di insorgenza, sia nella sua fase di attualità e nelle sue conseguenze.

Ebbene, fatta questa affermazione, cioè se siamo d'accordo che Unità sanitaria locale e Ufficio sanitario locale o circoscrizio-

nale o consorziale hanno una analogia storica, pur essendo differenti di contenuto, non dal punto di vista istituzionale, ma negli aspetti operativi, che cosa si aspetta ad estendere, a potenziare, a legittimare gli Uffici sanitari comunali? Che cosa si aspetta a decentrare sul Comune, sulla Provincia e sugli organi locali una serie di funzioni del Ministero della sanità, indirizzo questo che, lungi dal deprimere l'autorità del Ministero stesso, gli darebbe quella capillarità che il decentramento burocratico a livello della Provincia o del Comune o del Consorzio non raggiungerà mai, perchè questo decentramento non è mai un legamento efficace tra la sovrastruttura statale e la società civile? Occorre invece che al livello dell'intervento nella società, lo Stato abbia non un filtro, ma un elemento attivo, creatore, che sia insieme capace di controllare le direttive del centro e di arricchirle di quella esperienza e di quella attualità che soltanto la rappresentanza elettiva e democratica della popolazione può dare.

Non sarebbe, poi, dopo tutto, una grande riforma! Mi rendo conto che moltiplicare i consorzi ed i posti di ufficiale sanitario in Italia è un grosso problema. Mi rendo conto che esso è difficilmente risolvibile, che è stato impossibile risolvere la questione dei proventi extra-stipendio degli ufficiali sanitari la quale ancora oggi, nonostante il tempo passato, si presenta nei suoi termini di profonda ingiustizia e disparità. Però è questa la via che dobbiamo seguire per programmare quella politica che si vuole portare avanti e per dare all'intervento del Ministero della sanità non soltanto un volto migliore, ma soprattutto un volto nuovo, e per conferire alla politica sanitaria dello Stato italiano quelle caratteristiche, quel profilo di modernità che essa non ha.

Mi rendo conto, onorevole Presidente, di non poter illustrare oltre questo problema che mi appassiona, perchè riconosco di essere molto inadeguato alla necessità di rappresentare questi argomenti davanti a persone autorevoli e soprattutto davanti a rappresentanti del Governo. Ma io non posso questa volta chiudere il mio intervento senza osservare che la salute dell'uomo non

può più essere oggi, in una fase di crescente industrializzazione, affidata solo al medico. Il medico è e rimarrà, io penso, in modo permanente l'operatore fondamentale, il coordinatore, e con la sua scienza e con la sua tecnica riuscirà a dare ad altre tecniche, ad altre scienze e discipline il necessario raccordo con l'oggetto che, essendo l'uomo e la salute umana, non può non interessare permanentemente la medicina.

Noi non possiamo però più occuparci seriamente di una politica nuova nel campo della tubercolosi, delle malattie cardiovascolari, delle tecnopatie, delle malattie collegate all'ambiente, anche di certe malattie tradizionali, come la parassitosi e le malattie infettive, non possiamo insomma considerare i problemi della salute dell'uomo in termini nuovi, senza considerare altri aspetti che sono di natura ingegneristica, che riguardano il chimico, il biologo, lo zoologo; noi cioè non possiamo non considerare la necessità di intervenire in una gamma di questioni molto più ampia di quella tradizionale.

Onorevole Ministro, non si parla più in Italia del problema dello smaltimento dei rifiuti liquidi. Se ne parla sotto un solo profilo, che è rilevante, ma non decisivo: quello dell'inquinamento delle acque del mare. Ma io voglio rappresentare la grande importanza umana di questo problema al livello dello smaltimento dei rifiuti dell'unità di abitazione o del gruppo di case là dove il bambino, nel cortile, trova il suo primo rapporto con la vita, cresce e diviene uomo in un ambiente profondamente inquinato da parassiti e da altre cause di malattia, un ambiente che mina la sua esistenza fisica e comincia a trasferire nel suo organismo degli albergatori non solo noiosi, ma profondamente nocivi. Molti dei disturbi oculari, olfattivi, auditivi sono dovuti a parassitosi intestinale, alle tossine, alla massa notevole di parassiti, che albergano negli intestini di questi bambini.

Il problema dello smaltimento dei rifiuti in Italia è drammatico non solo nel Mezzogiorno, ma purtroppo anche in quelle zone che, dal punto di vista dei servizi civili, sono più avanzate. L'Organizzazione mondiale

della sanità nel 1959 ha condotto una inchiesta affidandola ad alcuni studiosi, incaricati anche di tracciare un programma. Questi studi sono costati denaro e fatica ad illustri scienziati, sono in possesso del Ministero della sanità, ed arricchiscono forse la bacheca di qualche funzionario che ha sulla porta del proprio ufficio la targhetta che lo qualifica direttore dei servizi sociali o qualche cosa del genere; ma che cosa si fa?

Cosa si fa nel campo degli approvvigionamenti idrici? Per il 1966 il Ministero dei lavori pubblici propone uno studio di un piano regolatore degli acquedotti d'Italia; nel 1966 dobbiamo ancora sentire parlare di queste cose?

Certo, venti anni sono passati, sono stati risolti taluni problemi, ma molti altri non sono stati risolti. Noi riteniamo che alcuni dei più importanti problemi che dovevano essere risolti non siano stati risolti, ma riteniamo anche che oggi si tende ancora una volta a rimandarne nel tempo la soluzione, si tende ancora una volta ad impegnare in modo non giusto l'opinione pubblica di fronte all'idea che si programmano studi, perchè non è possibile avere in mano i dati necessari per un intervento operativo, mentre invece questi dati esistono, esiste la possibilità di un intervento sia nel campo dei rifiuti liquidi e solidi che in quello dell'approvvigionamento idrico, due campi fondamentali che costituiscono l'inizio e il termine di un ciclo biologico fondamentale per l'esistenza dell'uomo.

Dovrei dire due ultime cose. La prima riguarda gli ospedali psichiatrici. Si è detto che si toglierà all'Autorità giudiziaria il potere di intervento in questo campo. Da parte del senatore Caroli è stata fatta una affermazione più timida di quelle che solitamente si fanno oggi circa la pericolosità delle malattie, ma si è detto anche ufficialmente ed autorevolmente da parte del Ministro che questo carattere di pericolosità sociale dell'ammalato mentale deve essere cancellato. Noi siamo più d'accordo con questa formulazione netta. Credo che, per cancellare questo pregiudizio sia necessario eliminare qualsiasi forma di registrazione, anche di tipo sa-

nitario. Non è questa la sede per approfondire il problema, ma mi preme affermare che una qualsiasi forma di registrazione pubblica per l'ammalato mentale diversa da quella che tocca agli altri ammalati è una forma di discriminazione che perpetua inevitabilmente nel tempo la condizione di disparità civile, sociale e morale dell'interessato. Mi rendo conto che si devono superare problemi di costume molto seri, ma un congresso di giuristi convocato all'« Umanitaria » di Milano nel 1960 ha dichiarato che il concetto della pericolosità deve essere superato e ha respinto ogni forma di registrazione.

Vi è poi il campo degli psichiatri che univocamente, e non solo da oggi, ma da quando è entrata in vigore la legge del 1964 (ricordo i giudizi di Chiarugi, formulati, credo, l'anno successivo, certo al momento di conoscere il regolamento) escludono la necessità di una qualsiasi registrazione che non sia la solita, usuale forma di annotazione clinica degli effetti morbosi. Ebbene una legge che contenesse ancora i limiti della registrazione, anche solo sanitaria, porrebbe la classe politica in una situazione di arretratezza rispetto a due dei settori fondamentali della società italiana e internazionale specificamente competente in questo campo che hanno respinto ogni limitazione. E tutto questo per tutelare quali interessi, per premunirsi nei confronti di quali pericoli, se pericolosa la malattia non è e tale non deve essere considerata, prima di tutti, dallo Stato?

Questo è il primo rilievo; il secondo riguarda gli ospedali psichiatrici che devono essere ospedali specializzati, e i tempi di ammodernamento. Bisogna che tali tempi siano molto ristretti, se vogliamo fare un salto qualitativo nella psichiatria nel nostro Paese, e tanto più rapidi siano questi ammodernamenti in quanto si applicano a manicomi che erano assai vecchi già nel 1904 e che non è stato possibile modificare con nessuna buona volontà di direttori, di medici o di infermieri, perchè nell'architettura, nella distribuzione, nei servizi, nei rapporti con l'esterno erano già carceri medioevali. Quindi, se in questo campo parliamo di dieci o venti anni, perchè una riforma possa esse-

re attuata, allora, veramente, possiamo dire di farla per i nostri nipoti, nemmeno per i nostri figli.

L'ultima questione è quella dell'ONMI. Voglio dare atto al Ministro che s'è proposto di modificare l'aspetto scandaloso che durava da venti anni rappresentato dal regime commissariale, regime che si è voluto mantenere, in contrapposizione con gli Enti locali. Il Ministro ha presentato un provvedimento che elimina questo stato di cose e riconduce le Federazioni alla gestione di un Comitato collegiale, riaffida la Presidenza al Presidente della Provincia o al Sindaco per i comitati comunali. Però, questo non basta. L'infanzia è una e dobbiamo cercare di ricondurre ad unità la politica assistenziale nei confronti dell'infanzia. Ho sempre sostenuto che un centro nazionale, un'opera di propulsione, di studio, di ausilio tecnico, di orientamento, di consultazione vi deve essere, è utile, si può mantenere, si deve rafforzare allo stato attuale. In quest'Opera possono trovare adeguato posto le competenze che in questi anni sono state selezionate nell'ONMI. Ma se andiamo al livello della provincia o del comune, troviamo l'infanzia illegittima e quella legittima e troviamo che per una la competenza è la Provincia, per l'altra, teoricamente, è dell'ONMI. Se poi andiamo ad analizzare, vediamo, nel settore dell'infanzia illegittima, la distinzione tra illegittimi e riconosciuti e troviamo a questo livello una moltiplicazione delle spese che in parte riguardano l'ONMI, in parte le provincie, in parte i comuni e i brefotrofi laddove esistono. Cioè, quando avremo fatto la riforma dell'ONMI, come la prospetta il Ministro, dovremo ancora cominciare da capo, anzi ci avviamo per una strada, onorevole Ministro, che, nonostante le sue buone intenzioni, non è quella giusta; è una strada che rafforza la tendenza ad operare attraverso trasferimenti di spesa. E debbo rilevare anche che tali trasferimenti vengono fatti in modo scorretto e anticostituzionale, quale è quello, ad esempio, con cui si presenta la spesa di trasferimento dell'ONMI nel bilancio del 1966. Come si è operato infatti per la formazione di questo stanziamento? Si dice: « signori miei, fino al 30 giugno

del 1965 avevamo una legge, ora scaduta, che dava un certo contributo straordinario per un certo numero di anni; l'ultimo dei quali era di un miliardo e mezzo; questo contributo ora è scaduto. Che facciamo? Adeguiamo il contributo ordinario portando questo miliardo e mezzo in aggiunta ai contributi ordinari ».

È finito quindi lo stanziamento straordinario; invece, con un sotterfugio nella legge di bilancio, si perpetua questo contributo iscrivendolo tra le spese ordinarie.

C A R O L I , *relatore*. Ma tutto ciò è chiarito alla nota sotto la lettera C, e quindi non è il caso di parlare di sotterfugio.

M A C C A R R O N E . Io non invento nulla... Tutto questo è contro la legge, si viola l'articolo 81 della Costituzione, perchè, onorevole Ministro, non si tratta dell'adeguamento di un fondo ordinario, non si tratta dell'adeguamento dei mezzi di gestione del Ministero; si tratta di un contributo stabilito per legge esso stesso e, per legge, per via ordinaria, disposto anno per anno, e non si può aumentare di un miliardo e mezzo se non con una legge apposita. Altrimenti perchè si sarebbe dovuta fare una legge apposita per stabilire un contributo straordinario e perchè mai esso non avrebbe potuto essere adeguato con i movimenti interni di ragioneria?

Non vogliamo essere pignoli, ma forse nel bilancio del suo Ministero ci sono almeno altri quattro fondi che hanno la stessa caratteristica, di minor rilievo politico, ma di altrettanta importanza dal punto di vista della correttezza.

Anche noi, onorevole Presidente, dobbiamo dare un contributo all'instaurarsi di un regime di correttezza, al cambiamento di questo modo di procedere, perchè non è giusto che noi, Senato, si condivida passivamente, senza una posizione esplicita, questo indirizzo politico. Perchè dico che non è giusto? Perchè prima che da me, che sono l'ultimo venuto, la cosa doveva essere rilevata da altri.

Nella relazione del collega Caroli è contenuta un'affermazione molto grave, anzi le-

siva, delle prerogative e delle attribuzioni della Presidenza della 11ª Commissione. A proposito della brevettabilità dei medicinali, il senatore Caroli, infatti, ha detto che il Governo finalmente s'è deciso a presentare un disegno di legge, opportuno e necessario, aderendo alle richieste dell'Assofarma, ed ha aggiunto anche che il Senato ha respinto una proposta di nazionalizzare questo settore. Senatore Caroli, il Senato non ha respinto niente, perchè non ha ancora cominciato la discussione e non l'ha cominciata per un colpo di mano irregolare e gravissimo della maggioranza che, con un voto irrituale, lesivo dei diritti della minoranza e quindi della democrazia e dei rapporti parlamentari, ha sospeso *sine die* una discussione che il Presidente aveva dichiarata aperta. È in violazione del regolamento del Senato che questo disegno di legge non è ancora andato in Aula. Solo quando l'Aula l'avrà respinto solo allora si potranno fare affermazioni di questo tipo.

P R E S I D E N T E . Posso confermare che il disegno di legge in questione non è stato respinto.

M A C C A R R O N E . Lo so. Per questo mi permetto di dire che, prima ancora che la mia sensibilità, la cosa dovrebbe interessare soprattutto lei. Anzi la prego di prendere accordi con la 9ª Commissione perchè le due Commissioni congiunte siano convocate e sia definita la relazione, anche se contraria, sul disegno di legge che il senatore Montagnani Marelli ed io stesso, assieme ad altri colleghi, abbiamo avuto l'onore di presentare cosicchè si possa riferire all'Aula sull'effettiva volontà del Senato di nazionalizzare o meno il settore farmaceutico.

P R E S I D E N T E . Senatore Maccarone, effettivamente il rinvio non fu *sine die* nel senso che si dà di solito a tale espressione, come equivalente di un vero e proprio accantonamento, ma vi fu un semplice rinvio, anche se non si è specificata la data della ripresa della discussione. Mi riprometto comunque di interessare la Commis-

BILANCIO DELLO STATO 1966

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)

sione competente al fine di portare a termine la questione.

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

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 20,20.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 9 SETTEMBRE 1965

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 10,55.

Sono presenti i senatori: Alberti, Cassese, Criscuoli, Maccarrone, Minella Molinari Angiola, Pignatelli, Samek Lodovici, Simonucci, Tibaldi, Tomasucci, Zanardi e Zelioli Lanzini.

Interviene il ministro della sanità Mariotti.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Proseguiamo l'esame dello stato di previsione, iniziato in una precedente seduta.

PIGNATELLI. Io ho poche cose da rilevare. Da molti anni sottolineo una necessità che non viene ancora presa in considerazione: quella cioè di far passare alle dipendenze del Ministero della sanità gli ufficiali sanitari. La posizione di questi funzionari — pubblici ufficiali — è alquanto strana: essi sono dipendenti quasi esclusivamente del medico provinciale, mentre gravano sulle finanze dei Comuni. Il loro trasferimento alle dirette dipendenze del Ministero della sanità, da me auspicato, oltre a dare una più adeguata sistemazione a una benemerita categoria professionale,

alleggerirebbe i bilanci comunali che sono dissestati, mentre si avrebbe una logica e coerente coordinazione dell'attività del Ministero con i suoi agenti periferici.

Non ho bisogno di aggiungere altro: ricordo solo che gli ordini del giorno da me in passato illustrati su questo argomento, anche se accettati come raccomandazione, sono caduti nel nulla.

Un altro problema che credo sia sentito anche dal Ministro in carica è quello della sistemazione dei medici condotti e delle ostetriche condotte. Anche altri colleghi più competenti di me (e fra questi il senatore Samek Lodovici, qui presente) hanno sottolineato la necessità di trasformare le condotte. I Comuni sono sottoposti ad oneri ragguardevoli e il medico condotto praticamente non serve più alla bisogna, perchè quasi tutti i suoi eventuali clienti sono mutuati. Anzi, il medico condotto è anche medico delle mutue.

SAMEK LODOVICI. La condotta medica però deve rimanere.

PIGNATELLI. Io so che tanto la condotta medica quanto la condotta ostetrica costituiscono un grosso problema. So di un Comune nel quale la levatrice condotta durante un periodo di due anni ha assistito, credo, a due parti soltanto: quanti milioni sono costati a quel Comune questi parti, se si calcola la spesa sostenuta per pagare la levatrice? I Comuni poi sono stati onerati dai medici scolastici, i cui compiti potrebbero invece essere assegnati ai medici condotti.

C'è, infine, una questione ancor più grossa, signor Ministro. Io ho l'onore di sedere in Parlamento da ben quattro legislature e in ognuna di esse si è parlato, si è discusso di una questione che sembra non avere via di uscita: parlo della legge per una nuova disciplina delle farmacie. Non riesco proprio a capire quale grande forza riesca a fermare il legislatore in questa materia.

MARIOTTI, Ministro della sanità. Mi meraviglio che lei non lo sappia...

P I G N A T E L L I . Io sarò forse un ingenuo, ma non riesco a capire l'esistenza di forze soggiogatrici del Parlamento. Ho sempre sollecitato, invocato, tentato, protestato: niente da fare. Si arriva affannosamente alla fine della legislatura, e, per quanto riguarda le farmacie, il problema rimane allo stesso punto. Ho rilevato sovente qualche iniziativa che, sotto l'apparenza risolutiva, finisce solo col creare confusione e, quindi, a infrenare l'attività legislativa in questo settore. Mentre si discute sulle farmacie, viene fuori un progettino di legge per la sistemazione immediata delle farmacie rurali. Signor Ministro, io ho detto già altra volta che il problema delle farmacie rurali va, dal punto di vista pratico, sistemato così come si è fatto colla magistratura: nella carriera dei magistrati non è possibile avanzare se non si è passato un certo numero di anni in una Pretura. Analogamente io sono dell'avviso di imporre al farmacista un certo numero di anni di attività nelle farmacie rurali, se vuole concorrere alla titolarità di farmacie urbane.

Questi sono i tre argomenti che vorrei raccomandare alla cortesia del relatore e che sottopongo all'attenzione della Commissione, nella speranza che su di essi anche i colleghi si trovino concordi.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Sono costretta ad improvvisare, purtroppo, quello che volevo dire, perchè pensavo di dover intervenire solo domattina, ma credo che quello che importa non siano tanto i dati dettagliati quanto la sostanza e la vera portata del problema che vorrei, onorevole Ministro, sollevare qui, anche perchè vengo dalla città di Genova che lei sa benissimo come in questi ultimi tempi sia stata sconvolta dal fenomeno dell'inquinamento atmosferico. Di questo argomento ha parlato il senatore Caroli, e in parte anche il collega Maccarone. Mi pare sia problema di importanza fondamentale, nel campo della prevenzione.

Noi ci diciamo infatti d'accordo sulla preminenza della prevenzione della quale si affrontano sempre più spesso determinati

aspetti: delle malattie sociali, delle malattie cardiovascolari, delle nevrosi; però dobbiamo tener conto che esistono oggi nella vita moderna alcuni fenomeni, che forse nessuno ha visto ancora chiaramente in tutta la loro portata, dove il problema della prevenzione esplose con estrema gravità. Io penso alla mia città, Genova, dove una larga parte della popolazione, non meno di centomila abitanti, è esposta, probabilmente, ad un inizio e al conseguente sviluppo della silicosi, di cui vedremo gli effetti magari soltanto fra 10-11 anni, perchè tutti questi processi si sviluppano lentamente. Non c'è nessuno che muore, oggi, per le esalazioni gassose derivanti dal grande complesso siderurgico di Cornigliano; ma ci sono decine di migliaia di bambini, di neonati, di donne incinte, di giovani, di ragazzi che respirano sistematicamente un'aria irrespirabile. Ora, io parlo di Genova, perchè questo fenomeno, a Genova, ha assunto un aspetto così esplosivo che fa di questa città, forse, un caso limite; ma anche altrove il problema esiste e si va aggravando sempre più, perchè noi subiamo anche le conseguenze degli sviluppi caotici nel campo dell'urbanistica, della mancanza, in Italia, di leggi urbanistiche adeguate. In Inghilterra sono state approntate leggi per lo sviluppo delle nuove città, fin dal 1947; noi siamo ancor oggi nel caos più completo. Genova, per esempio, si è sviluppata in questo modo: nel cuore della città, dove vivono quasi 800.000 abitanti, si è creato un grande complesso industriale siderurgico il quale ha aumentato incessantemente la produzione, ed emette in continuità, notte e giorno, tonnellate di materiale gassoso e deposita sulla città una vera coltre di residui di ferro ed altre sostanze.

Inoltre, sempre nell'ambito della città, commisto alle case di abitazione, abbiamo il complesso esplosivo della grande industria di trasformazione petrolifera ed un'altra grande industria che emette in continuazione esalazioni venefiche per la salute ed infine altri complessi che, a prescindere dalle esalazioni nocive da essi emanate, sono sempre esposti al pericolo di gravi incendi ed esplosioni.

Questi sono i risultati del caos urbanistico che derivano all'Italia dal metodo invalso di guardare soltanto agli interessi egoistici e limitati dei grandi gruppi industriali, di pensare solo al rendimento, al profitto e di organizzare tutto in base solo a tali criteri. Il valore della salute pubblica e delle esigenze umane, il concetto del rapporto fra lo sviluppo industriale e la salute del lavoratore, la sanità e la sicurezza pubblica, non sono sentiti.

Ora, andare avanti così per anni ed anni fa sì che naturalmente la situazione diventi gravissima. Voi sapete che a Genova, nel mese di luglio e di agosto, la popolazione del settore di Cornigliano ha bloccato il traffico della via Aurelia per settimane. Il ministro Mariotti lo sa...

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. C'è stata, a questo proposito, anche più di una riunione al Ministero...

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Il Comitato cittadino aveva sollecitato un incontro con il ministro Bo, e siamo stati informati che anche lei, onorevole Ministro, era intervenuto opportunamente. Però, quali risultati si sono ottenuti? Tutti aspettiamo di saperlo.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Lei è una persona troppo intelligente per fare queste domande. Nessuno, fino a due anni fa, aveva accennato a questo problema che oggi esplose. Lei pensa, per esempio, che lo spostamento di uno stabilimento per la trasformazione di prodotti petroliferi o di un grande complesso siderurgico, sia operazione di poco conto?

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Per la siderurgia il problema che si pone oggi è quello molto meno complesso di dotare le fabbriche di adeguati dispositivi antifumo. Onorevole Ministro, non è lei personalmente che viene chiamato in causa, perchè lei è al Governo solo da poco tempo. Però non è vero che il problema non sia stato posto prima.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Io sono da molti anni in Parlamento e non ne ho mai sentito parlare.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Allora, lei, mi permetta, è molto male informato. Lei ignora che un progetto di legge di iniziativa parlamentare è stato presentato fin dal novembre 1958 dai gruppi comunisti e socialisti — fra i firmatari ricordo i senatori Scotti, Macaggi, Montagnani Marelli, Alberti e Tibaldi — progetto che, nell'ultima legislatura, è stato, con modifiche, ripresentato dal Gruppo comunista. D'altra parte, io sono andata a documentarmi sulla situazione di Genova, e mi risulta che si sono tenuti, dal 1956 ad oggi, almeno una diecina di convegni e di conferenze scientifiche sull'argomento. Ma la parte degli industriali non è stata solo assente nel cercare una soluzione del problema, ma ha cercato di impedire che lo si affrontasse seriamente.

Onorevole Ministro, forse lei non conosce i precedenti di questo problema.

Il progetto di legge Scotti, Macaggi ed altri, nella terza legislatura, è stato anche ampiamente discusso in Commissione e stava quasi per essere approvato. È interessante notare che proprio in quel periodo la Confindustria indisse un proprio convegno sul problema dell'inquinamento atmosferico — chiamandolo anzi convegno di studi — che doveva rappresentare un contributo della Confindustria stessa allo studio di tale questione. Il risultato di questa iniziativa è stato una relazione nella quale si è sostenuto che il problema era stato drammatizzato artificiosamente e che in realtà esso doveva considerarsi come uno dei tanti connessi col progresso; che non si riteneva opportuna una legge in proposito e che, comunque, se ad una legge si fosse arrivati, bisognava assolutamente impedire che gli enti locali potessero in qualche modo intervenire in una questione che doveva restare squisitamente « tecnica ». Questo è un documento incontestabile che lei può trovare facilmente perchè fu allora ampiamente citato dal senatore Scotti in un suo preciso intervento.

Quindi, a partire dal 1958-59 c'è stato non solo un interessamento sul problema, ma un dibattito, uno scontro e anche una presa di posizione precisa della Confindustria. Il problema è stato messo in luce con energia; due Gruppi parlamentari insieme hanno presentato un progetto di legge; c'è poi stato l'intervento della Confindustria per cui il progetto di legge non è stato ufficialmente ritirato, ma « insabbiato »: si è chiesto un rinvio, si è detto che bisognava studiare ancora la cosa...

All'iniziativa parlamentare si deve aggiungere il movimento non solo a livello scientifico, ma di masse, perchè Mi'ano si sta agitando da vari anni; e a Genova, onorevole Ministro, si agita la questione di Cornigliano da anni; c'è un comitato cittadino che da anni si batte; abbiamo avuto scioperi, abbiamo avuto dei forti movimenti popolari, sono stati effettuati persino numerosi blocchi stradali, come già ho ricordato.

Lei sa, onorevole Ministro, che i genovesi non si lasciano facilmente trascinare dalle passioni. Se una popolazione come quella di Genova arriva a questa azione collettiva a cui partecipano uomini, donne, vecchi, bambini, vuol dire che non c'è più la possibilità di tollerare. Le cito un episodio: quando, noi parlamentari della circoscrizione ci siamo recati sul posto per conferire col Comitato cittadino, la popolazione ha organizzato anche in quella occasione il blocco stradale notturno per esprimere anche a noi la sua protesta. La popolazione è esasperata, e non per la prima volta, ministro Mariotti. E da anni che si batte, che tenta tutte le vie con delegazioni, petizioni, comitati cittadini. Noi siamo arrivati a questo punto di assurdità: che è la popolazione, è questo comitato cittadino, formato da operai, da medici, da gente della città, che tenta di fare, con i propri mezzi, delle indagini, di sostituirsi all'industria e al Governo che non si muovono, per trovare una via d'uscita.

Qui veramente la carenza del potere pubblico è totale, è assoluta, per cui la gente che asfissia per avvelenamento, che non può più resistere, si sostituisce al potere pubblico per cercare, con i mezzi minimi di cui

dispone, una soluzione. E l'industria di cui parliamo non è neppure quella privata: è l'industria di Stato.

Ora, quando l'industria di Stato ha costruito lo stabilimento in mezzo alla città, perchè facendo i suoi calcoli si è accorta che questo consentiva una riduzione dei costi di produzione e, quindi, un risparmio, non ha calcolato il danno sanitario che poteva derivarne per la società, e non ha calcolato neppure la spesa che doveva essere stanziata per prevenire tale danno.

Le attrezzature preventive antifumo che due anni fa, in seguito all'indignazione popolare e all'intervento dell'IRI, sono state predisposte sono costate alcuni miliardi e per un certo periodo di tempo hanno migliorato la situazione; poi la produzione di acciaio è ancora aumentata, il danno si è di nuovo aggravato e ora la situazione è quella di prima. Ritengo, onorevole Ministro, che ella sia al corrente del fatto che la via Aurelia e tutto il traffico turistico, intensissimo in pieno luglio, sono stati bloccati per molte ore del giorno e della notte. Si è trattato, quindi, di un fatto di notevole rilievo, ma neppure questo è servito.

Capisco, benissimo, onorevole Ministro, che non sono questi problemi che possono essere risolti dall'oggi al domani, ma non posso fare a meno di sottolineare una gravissima responsabilità dell'ala classe politica italiana, la quale in tutti questi anni è rimasta inerte anche quando la popolazione ha protestato in forma drammatica. Inoltre, accanto alle difficoltà tecniche del problema, desidero sottolineare quelle politiche che sono le più gravi, le vere cause del ritardo, per cui è in questo senso che la questione deve essere affrontata e con grande fermezza.

Non v'è dubbio, infatti, che vi è stata e vi è una resistenza violenta delle classi imprenditoriali, chiaramente espressa nel documento sopracitato e di cui sentiamo un riflesso anche nel fatto che poche settimane fa è stato presentato in Senato un nuovo disegno di legge da parte democristiana, il quale tende proprio a svuotare il progetto di legge governativo, ed in particolare quella parte di esso che si riferisce in modo spe-

cifico all'industria, perchè, finchè si tratta di provvedimenti che si riferiscono all'inquinamento per i gas dei veicoli o del riscaldamento domestico, non si verificano grandi resistenze, ma il problema diventa, invece, estremamente difficile, quando investe l'industria.

Pertanto, onorevole Ministro, ritengo che sia demagogico affrontare il problema della prevenzione, se non si ha il coraggio di esaminare attentamente il problema del rapporto fra produzione industriale e salute pubblica. Noi, oggi, viviamo in una società in cui il progresso della tecnica, della produzione e delle scienze, che dovrebbe dare benessere e migliorare la vita degli uomini, concorre, invece, ad uccidere gli uomini stessi, a farli ammalare, a farli soffrire, perchè tale progresso si sviluppa senza tenere minimamente conto del fattore umano e sociale.

Si tratta, quindi, di un problema gigantesco che dovrà essere affrontato con coraggio.

In tal senso io le chiedo, signor Ministro, in modo preciso quali siano gli impegni e le iniziative che il Governo ha preso e intende prendere per affrontare la questione di Genova in termini risolutivi. La popolazione attende risposta.

In secondo luogo desidero fare alcune osservazioni concernenti il progetto governativo della legge *antismog* che dovremo tra breve discutere. Anzitutto occorre affrontare e portare a termine subito tale discussione. Non v'è dubbio che anche nella battaglia fra Enti locali ed industria, la presa di posizione del Parlamento ed il passaggio di una legge, anche se non perfetta al cento per cento, ha un grande valore, ma nell'ambito di questa posizione vi sono alcune cose da precisare.

A mio parere, anche sulla scorta del dibattito che vi è stato a Genova, tre punti sono fundamentalmente importanti.

Il primo è che nella maniera più assoluta deve essere enucleato il problema dell'industria. La tendenza che appare nel disegno di legge presentato da un gruppo di senatori democristiani di ignorare una specifica caratterizzazione del problema industriale

— rapporto popolazione e industria — e di mettere tutto sullo stesso terreno, senza impostare una politica specifica da adottare nei confronti dell'industria, è una tendenza gravissima e pericolosissima; è la vecchia voce della Confindustria che, anche in passato, sostenne che si trattava di un problema di poca importanza e che l'ha bloccato nel 1955, quando si presentava in forma meno grave ed era più facile intervenire.

Il secondo punto di fondamentale importanza riguarda il potere degli Enti locali.

In proposito bisogna varare una legge di una chiarezza estrema, perchè tale potere deve essere aumentato, rafforzato e sostenuto, in quanto l'Ente locale è l'organismo naturalmente più indicato ad occuparsi di queste cose ed il portavoce più diretto delle esigenze della popolazione.

Se si pensa alla produzione come ad un mostro che avanza secondo le sue leggi, e quindi secondo leggi economiche, di efficienza, di profitto e di rendimento, quale è l'altra forza capace di intervenire in questo gioco per far valere anche i diritti della vita, della socialità, della salute e della famiglia? Questa forza, a mio avviso, non può essere altro che il Comune e la Provincia.

A mio avviso, si tende a dare un potere eccessivo ai prefetti, a settori della burocrazia tecnicamente non adeguati, alle Camere di commercio e così via. Infatti, quando la città si ribella, quando la voce pubblica esplose, quando tutti, dai missini ai comunisti, si rendono conto dell'entità di questo problema, da parte sua l'industria incomincia ad esercitare la sua azione di resistenza proprio attraverso questi organismi. Le Camere di commercio sono la voce diretta degli interessi padronali ed imprenditoriali; mentre gli organismi burocratici amministrativi dello Stato, per quanto autorevoli possano essere, sono sempre più esposti e, soprattutto, non hanno il sostegno che può derivare dalla forza elettiva.

Quindi, se vogliamo veramente dare alle popolazioni la forza di difendersi e di ottenere soluzioni che tengano conto degli interessi produttivistici, ma anche dei diritti della salute, a mio parere, ripeto, dobbiamo assolutamente puntare sugli Enti locali.

La legge del 1934, del resto, già conferisce ad alcuni comuni il diritto di intervenire. Occorre, perciò, rafforzare tale legge, richiamarla, chiarirla ed ispirarsi ad essa nella formulazione della nuova legge.

Onorevole Ministro, desidero attirare la sua attenzione sulla portata della Commissione regionale e provinciale che è prevista nel provvedimento *antismog*, in quanto, in pratica, sarà essa che deciderà, perchè il Comune si limita a rilevare il problema, la sua gravità, demandando l'accertamento alla predetta Commissione. Sarà su di essa, pertanto, che si eserciteranno tutte le pressioni di coloro che sono interessati ad impedire che il problema venga risolto.

Si tratta, quindi, di un organismo di grande delicatezza; il Comune, poi, non fa altro che notificare all'azienda i risultati dell'accertamento della Commissione. A mio parere, pertanto, in questo organo dovranno essere presenti tutti i migliori tecnici del Comune, ed esso al Comune dovrà essere fortemente ancorato e legato.

Il terzo elemento, infine, che è venuto fuori con grande chiarezza dal dibattito tenutosi a Genova, è che la Commissione ed il Comune devono limitarsi a notificare alla azienda le modifiche strutturali di attrezzature che essa deve apprestare, e deve essere l'azienda stessa a studiare e ad apportare, poi, queste modifiche con i suoi organismi tecnici. L'organo pubblico, cioè, dovrà limitarsi ad accertare l'attentato alla salute pubblica, la gravità dell'inquinamento e se il limite di tollerabilità è stato superato oppure no. Dopodichè dovrà essere l'industria a studiare quali apparecchiature debbono essere costruite per evitare il danno. Le industrie infatti, hanno una organizzazione di ricerca tecnico-scientifica veramente formidabile quando si tratta di inventare nuovi forni o nuove macchine per produrre più rapidamente a costi più bassi e non vedo perchè non dovrebbe rientrare nei loro compiti la ricerca di nuovi mezzi per la tutela della salute pubblica.

Ciascuno di noi dispone di una sua libertà personale, sempre, però, che non rechi danno agli altri. Possiamo permettere, pertanto, che la ricerca tecnica e scientifica in campo produttivistico sviluppi nuovi mezzi di pro-

duzione senza ricercare contemporaneamente quegli accorgimenti che limitano i danni?

Chiedo scusa se sono stata un po' prolissa e confusa nella mia esposizione. Desidero tuttavia ancora sottolineare un altro problema affine che sarà oggetto di un ordine del giorno che presenteremo e che nasce da una esperienza tragica per tutta l'Italia.

Sempre per quanto concerne il rapporto fra produzione e salute, siamo di fronte ad una situazione nel campo degli infortuni sul lavoro che deve impressionarci, non solo perchè c'è stato un aumento numerico di tali incidenti, non solo perchè avvengono fatti terribili, come quello accaduto recentemente in Svizzera ai nostri emigrati — che sono, poi, i casi più drammatici che illuminano la situazione —, ma anche perchè, a mio avviso, sono maturati altri aspetti particolarmente gravi del problema che va assolutamente affrontato e studiato con impegno.

Prima di tutto, c'è il problema della inadempienza da parte dei datori di lavoro delle norme previste dalle leggi antinfortunistiche e preventive, la quale si allarga sempre di più. L'industria, infatti, tende a processi di concentrazione e competitività esasperanti e quanto più è spinta a produrre a costi minori sfruttando il lavoro dipendente, tanto più il problema diventa grave, per cui è necessario l'intervento dello Stato affinché il peso del valore della vita possa controbilanciare e imporsi a quello del profitto e del rendimento economico.

Oggi, in questo campo, abbiamo delle condizioni veramente drammatiche. Basti pensare ai sette operai e tecnici bruciati vivi recentemente in una nave a Genova, e non c'è dubbio che essi lavoravano con strumenti pericolosi in una cella chiusa nella parte più interna e profonda della nave.

Il problema, pertanto, onorevole Ministro, si pone politicamente, come problema essenziale degli organi cui spetta esercitare un effettivo e continuativo controllo. Le leggi in questo campo sono abbastanza avanzate, ma il grosso problema, oggi, è appunto quello degli organi di controllo, di chi ha l'autorità di intervenire per fare pesare il diritto alla vita di fronte al potere

che calcola e sceglie sulla base soltanto delle cifre, del reddito, della efficienza produttiva.

Tale potere pubblico non può essere che quello degli Enti locali.

Per quanto concerne il problema degli Enti locali, l'articolo 40 della legge del 1934 dice che l'ufficiale sanitario è l'organismo che controlla, vigila sull'igienicità degli ambienti di lavoro e, quindi, ha il diritto di entrare nelle fabbriche, di accertare e fare rapporti, di imporre misure e così via.

SAMEK LODOVICI. Ma l'ufficiale sanitario non può entrare nelle fabbriche.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. E perchè? La legge del 1934 non lo vieta. Come è possibile, infatti, vigilare quando non vi è la possibilità di entrare nelle fabbriche?

MARIOTTI. *Ministro della sanità.* La interrompo un momento perchè la cosa è di estrema importanza, ed è illuminante sulla base della esperienza che ho fatto.

Credo che non le sarà sfuggito che molto decisamente ho fatto chiudere un grosso stabilimento conserviero di Bari. Non le dico le pressioni che ho avuto perchè non venisse chiuso. Ad ogni modo, ho preso anche altri provvedimenti facendo chiudere alcune fabbriche che esalavano delle sostanze venefiche, fino a far svenire le bambine di una scuola vicina. Ma quello che desidero soprattutto farle rilevare e che sembra addirittura incredibile è che ho avuto contro tutta la classe operaia occupata in questi stabilimenti.

Con questo ho voluto far rilevare che vi sono dei contrappesi spaventosi che rendono vischiosa e lenta l'azione in questo campo.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Personalmente sono del parere che il Governo dovrebbe indire su questo tema una conferenza nazionale, perchè si tratta di problemi complessi, ed inoltre vi è tutta una serie di questioni alle quali è interessato anche il movimento sindacale operaio.

I medici di fabbrica sono medici privati; si tratta di personale pagato dall'azienda.

Noi abbiamo il servizio sanitario all'interno della fabbrica che non è un servizio pubblico. Vi sono aziende che hanno un tale servizio organizzato, ma non c'è dubbio che politicamente il medico di fabbrica — dove c'è — è emanazione del datore di lavoro; è il datore di lavoro che assume questi sanitari e li stipendia. I Comitati operai anti-infortunistici di fabbrica, dove ci sono, sono non eletti dalle maestranze, ma formati dal padrone.

Inoltre gli Ispettorati del lavoro hanno pochi mezzi e non adeguati per una seria battaglia in questo campo; poi abbiamo l'ENPI, organismo che è emanazione dell'INAIL, ed essenzialmente organo di consulenza del datore di lavoro. Ora, a nostro avviso, anche prima di una riforma più generale, si può e si deve rafforzare questo potere pubblico, rafforzando il potere degli Enti locali, signor Ministro. Perchè oggi l'ufficiale sanitario non può entrare in fabbrica? Quale legge lo proibisce? La legge stabilisce che l'ufficiale sanitario deve controllare l'igiene delle fabbriche. E allora chi ha posto questa proibizione, chi ha reso la fabbrica così privatistica da non poter sopportare neanche l'intervento del potere pubblico in forma di controllo?

Questo è il primo passo a nostro parere. Noi vogliamo andare verso una riforma in cui Comuni e Province organizzino veramente un servizio di medicina del lavoro, in modo che l'autorità sanitaria locale sia collegata alla fabbrica, vi sia un medico di fabbrica collegato al servizio pubblico, e non al padrone, vi siano comitati operai eletti dai lavoratori. Ma anche oggi un intervento politico del Governo può dare ai Comuni la forza di intervenire.

Ma secondo me il problema ha due aspetti: uno politico immediato, intervenendo subito e puntando sugli Enti locali già costituiti; l'altro consistente in uno studio politico serio al quale potrebbe contribuire una Conferenza. Oltre al problema capitale del rispetto delle norme antinfortunistiche e degli strumenti di controllo e accertamento vi sono altri aspetti che vanno approfonditi.

Per esempio: quello del rapporto tra prevenzione e sistema retributivo del lavoro. Anche quando vengono fatte regolamentazio-

ni preventive, spesso se tali prescrizioni fossero applicate scrupolosamente, nessuno degli operai riuscirebbe a raggiungere la norma su cui è fondato il cottimo, e quindi si verrebbe a trovare con una diminuzione di guadagno. Per esempio, in una fabbrica si sono verificati quaranta casi di avvelenamento determinati da una vernice americana di nuovo tipo. Il medico di fabbrica aveva fatto distribuire ad ogni operaio un elenco di norme protettive, la cui applicazione voleva dire la perdita di circa mezz'ora di lavoro. Ora, chi paga questa mezz'ora? Ecco un problema.

Non c'è contrattazione su questo aspetto del problema; c'è un contrasto fra la prevenzione e un sistema di retribuzione del lavoro fondato sulla spinta al lavoratore a produrre il più possibile, a ritmo sempre più intenso e maggiore di quelli che sono i limiti della tolleranza fisica e psichica. Naturalmente c'è da curare anche l'educazione antinfortunistica dei lavoratori stessi; ma questo non può essere fatto su un terreno moralistico o soltanto propagandistico.

Vi è inoltre l'aspetto della preparazione professionale. Si tratta quindi di una serie di grossi problemi collegati: introduzione di nuove macchine e di nuove materie prime, ritmi di lavoro, metodi di retribuzione, istruzione professionale.

Che cosa intende fare il Governo per affrontarli organicamente e sulla base di una vera politica preventiva in questo campo essenziale? Queste, onorevole Ministro, anche per quanto riguarda la sua specifica responsabilità, le domande che desideriamo porle.

P R E S I D E N T E . Onorevoli colleghi, non essendovi altri iscritti a parlare, dichiaro chiusa la discussione generale, riservandoci di esaminare gli ordini del giorno nella seduta che avrà luogo la prossima settimana.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Mi permetto di rilevare che in questo dibattito sono affiorati numerosi problemi; e le cose che sono state dette sono di tale importanza e di tale interesse che io pregherei il Presidente di rinviare la convo-

cazione della Commissione al 22 settembre, affinché io possa fornire ad essa non solo un maggior numero di dati, ma tracciare anche un panorama completo della politica sanitaria del Ministero che è già avviata, ma si trova ancora davanti ad una serie di difficoltà. Io penso che questo settore, così vergine dal punto di vista della riorganizzazione strutturale, richieda anche una profonda consapevolezza da parte di tutte le forze rappresentate in Parlamento; e non posso quindi sottrarmi dal fare una disamina della situazione in modo che ciascuno si assuma le proprie responsabilità.

Il campo sanitario è talmente delicato, ha un tale valore che pone, fra l'altro, problemi di coscienza individuale che tuttavia hanno un comune denominatore, per cui dobbiamo trovarci, a mio avviso, uniti nel coordinamento di questa politica sanitaria. E allora chiederei di essere posto in grado di esaminare attentamente le considerazioni che sono state fatte per esprimere poi il punto di vista del Governo e per vedere se e fino a che punto siamo d'accordo.

P R E S I D E N T E . Se non si fanno altre osservazioni, aderendo alla richiesta dell'onorevole Ministro, rinvio il seguito dell'esame dello stato di previsione alla seduta del giorno 22 settembre.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 11,50.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 22 SETTEMBRE 1965

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 11,20.

Sono presenti i senatori: Alberti, Bonadies, Caroli, Cassese, Criscuoli, D'Errico, Ferroni, Lombardi, Lorenzi, Maccarrone, Minella Molinari Angiola, Perrino, Pignatelli, Samek Lodovici, Sellitti, Tibaldi, Tomasucci, Zanardi, Zelioli Lanzini e Zonca.

Interviene il Ministro della sanità Mariotti.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Do la parola al Ministro che desidera replicare agli oratori intervenuti nel dibattito e fare alcune dichiarazioni.

MARIOTTI. *Ministro della sanità.* Sento la necessità di fare alcune premesse, perchè gli onorevoli colleghi siano al corrente del reale stato di fatto. Desidererei fare un po' la fotografia della situazione in cui si trova il Ministero della sanità. Certamente alcuni membri della Commissione ne hanno sentito parlare, altri ne hanno una esperienza diretta; ma ho l'impressione che dell'a situazione vera e propria non siano perfettamente a conoscenza.

Devo dire che, nel quadro della situazione di fatto in cui si trova il Dicastero della sanità, che svolge un lavoro costruttivo nel vero senso della parola, mi trovo a dover sostenere una non dico avvilente, ma continua, estenuante lotta non già per sopperire alle esigenze sanitarie della nazione, ma per tamponare, per ora almeno, le falle più gravi di tutto il vasto settore igienico-sanitario-assistenziale. Sono costretto ad attuare una politica col contagocce, perchè — per fare un esempio in termini monetari — posso disporre di 100 lire, mentre occorrerebbero uno, quattro, dieci milioni. Vivo anche sotto l'incubo di impegni cui non so come far fronte: per la fine del mese, ad esempio, occorre un miliardo e mezzo per pagare gli stipendi ai dipendenti della Croce Rossa e, a tutt'oggi, non vi sono le disponibilità, anche perchè alcuni fondi non sono stati ancora versati; e questo è solo uno dei tanti impegni incompiuti.

Questa situazione ha origine da un complesso di fattori, tra cui, non ultimo, la giovane età del Ministero, che non ha una tradizione: fino a qualche tempo fa era, infatti, una semplice Direzione generale del Mini-

stero dell'interno. Certo, il nostro personale non ha una tradizione in quanto, prima, la Direzione generale, più che amministrare, si limitava a registrare atti che, nel settore sanitario, venivano compiuti da altri enti. In realtà l'assistenza sanitaria nel Paese era esercitata di fatto da una serie di enti disseminati in varie zone. Direi poi, fra l'altro, che il Ministero della sanità non è nato felicemente: esso porta i segni congeniti di una struttura costituzionale piuttosto debole, per usare dei termini medici, ed abbisognerebbe di una maggiore attenzione e interesse da parte del Governo. Infatti, i quattro miliardi soltanto in più per il bilancio della sanità, di cui 1.300 milioni assorbiti dalle spese per il personale, sono pochi per attuare la medicina sociale, potenziare l'organizzazione ospedaliera e svolgere tutte quelle attività che sono congeniali al mio Ministero. Ma per ottenere questi quattro miliardi — lo comunico a titolo informativo — non dico che ho dovuto fare una lotta corpo a corpo con gli altri Ministri, ma ho speso due giorni di tempo in incontri e colloqui ed ho sudato le proverbiali sette camicie.

Non soltanto si registra una insufficienza di mezzi finanziari, che peraltro è stata denunciata più volte da parte degli onorevoli colleghi anche nella discussione dei precedenti bilanci, ma anche per l'elemento uomo mi trovo in una situazione grave. Se facciamo un esame della struttura periferica del Ministero della sanità, c'è da mettersi le mani nei capelli, perchè vediamo che i medici e i veterinari provinciali, non solo non hanno personale, ma sono costretti essi stessi a curare la contabilità e a scrivere a macchina. Non si deve guardare soltanto alle sedi di Milano, di Roma, di Firenze: i medici e i veterinari provinciali delle piccole province delle zone depresse sono veramente in una situazione spaventosa. Al ministro Preti, che ha chiesto una riduzione del 20 per cento del personale statale, io direi che, se mai, va distratta una aliquota di personale dal carrozzone degli enti mutualistici e da altri enti: nel mio Ministero, infatti, ancora difettiamo di personale tecnico e amministrativo, anche se vi sono, è vero, molti ispettori generali e capi divisione.

Non ho detto tutto questo per precostituirmi un alibi di fronte alle critiche delle quali sono oggetto e che spesso hanno una componente politica, ma devo far presente che mi trovo in un vero e proprio campo di battaglia. È questa l'espressione adatta per definire il mio lavoro di tutti i giorni, perchè, titolare di un Ministero debole di mezzi e di strutture, debbo condurre un'incessante lotta contro situazioni di privilegio e di monopolio, dominate da egoistici interessi pronti ad ogni falsificazione del vero pur di soffocare qualsiasi impulso riformistico. Io ho degli impegni di fronte al Paese e al Parlamento, impegni che si ritrovano nel programma concordato del Governo: ad un certo punto il Parlamento deciderà.

Le proposte di legge presentate sono molte e sono passibili di correzione. Non si può pensare di far piazza pulita di tutte le strutture esistenti, che, secondo me, rimarranno ancora per un lungo periodo di tempo. Ma è bene che si cerchi di potenziare una organizzazione, di predisporre le condizioni per poter domani affrontare i problemi imponenti che, a mio giudizio, sono profondamente legati allo sviluppo economico-sociale del Paese.

Ho detto che siamo in un campo di battaglia. Non dobbiamo infatti nasconderci che ci sono dei settori della società civile dominati da egoismi e da interessi precostituiti, che sono pronti anche a falsificare determinate proposizioni del Ministro, dandone una interpretazione tutta particolare; ci sono delle forze piuttosto cospicue che cercano, ripeto, di soffocare quei vitali impulsi di riforma che, secondo me, sorgono da necessità obiettive del nostro Paese. Si deve fare anche una lotta a fondo, veramente estenuante e quasi avvilita, con certi gruppi dell'alta burocrazia; debbo lottare per il recupero di competenze spettanti al mio Dicastero, congeniali alla sua natura ed alle sue finalità istitutive. È veramente spiacevole vedere tante competenze così disperse e distribuite disordinatamente. Persino nel contenzioso c'è un conflitto di competenza tra il Ministero del lavoro e il Ministero della sanità, per cui l'interessato, non sapendo a chi indirizzare il ricorso,

molto spesso lascia trascorrere i termini per la presentazione e quindi viene a subire un danno notevole. Pertanto, viene a concretizzarsi una violazione di interessi legittimi e di diritti soggettivi, i quali non trovano alcuna garanzia di fronte ad un quadro di competenze disseminate in modo così disordinato.

Ora desidererei illustrare un po' le linee fondamentali del programma di lavoro che mi sono proposto di attuare, accennando alle proposte di legge che sono ormai in corso di attuazione e a quelle che mi impegnano di presentare non appena sarà possibile.

Devo dire, anzitutto, che il programma organico di riforme sanitarie ha avuto per la prima volta un inizio reale e costruttivo. Devo però anche dire che un solo esercizio finanziario non è sufficiente per l'attuazione di un piano complesso, soprattutto se si tengono presenti le condizioni di agibilità del mio Ministero. Tuttavia, credo di poter affermare — anche per certi riconoscimenti che mi sono venuti da tutte le parti politiche — che si può parlare di rottura dello stato di immobilismo della sanità; cioè a dire, la politica sanitaria oggi, pur trovando delle difficoltà per le ragioni che ho già espresso agli onorevoli colleghi, sta mutando rotta. C'è qualcosa che si muove. Basteranno alcuni dati ad indicare i profondi rinnovamenti che il Ministero cerca di apportare all'assetto sanitario del Paese.

Intanto è da dire che è in corso di approvazione al Consiglio dei ministri uno schema di disegno di legge che estende l'assistenza gratuita agli invalidi civili. Inoltre il Ministero sta compiendo una vasta azione per portare sotto il suo controllo tutte le strutture sanitarie del Paese. Devo dire a questo proposito che non so a quale conclusione si potrà arrivare. Il Presidente del Consiglio ha nominato una Commissione di funzionari dei Ministeri del lavoro e della sanità, dalla quale debbono scaturire delle proposte serie, valide, che costituiranno la piattaforma per poter poi sviluppare un proficuo e coordinato intervento in questo settore. Dalle prime discussioni in seno a questa Com-

missione, si è constatato che il compito è difficile; noi siamo decisi ad andare fino in fondo, ma non so se ci riusciremo, perchè la lotta è assai dura.

Ho anche da tempo diramato uno schema di disegno di legge per l'assistenza anti-tubercolare gratuita e che pone questa assistenza sotto il diretto controllo del Ministero della sanità.

Sono state poi presentate tre importanti riforme: riforma ospedaliera, riforma dell'assistenza psichiatrica e riforma dell'Istituto superiore della sanità. È in corso una lotta grossa su tali leggi e voglio che ne prendiate conoscenza. Non c'è ragione che fra il Governo e il Ministro da una parte e gli onorevoli colleghi che rappresentano la volontà popolare e il Parlamento dall'altra, ci siano dei diaframmi o delle riserve: o si giunge in fondo a queste cose o, altrimenti, ognuno di noi trarrà le proprie conseguenze. Io voglio mettervi di fronte a questa responsabilità. Non sono di quegli uomini che vogliono restare Ministri a tutti i costi; o si fa il Ministro sul serio, con profondo senso di responsabilità, o non lo si fa. Naturalmente, durante l'iter di queste leggi che interessano profondamente la collettività, si potranno accogliere quegli emendamenti che non inficiano i principali obiettivi che vogliamo raggiungere.

C'è anzitutto il disegno di legge sulla riforma ospedaliera, anche se il senatore Perrino nella precedente seduta ha affermato con una certa ironia che si è poi venuta ripercuotendo su alcune illazioni fatte dai colleghi di parte comunista, di non conoscere la legge. Ma la legge è ormai conosciuta a tutti.

PERRINO. Lei non ne ha pubblicato il testo. Ci sono soltanto delle indiscrezioni.

MARIOTTI, Ministro della sanità. Ma il fatto che la stampa medica l'abbia integralmente riportata, vuol dire che in qualche modo il disegno di legge è filtrato: infatti il testo è riportato nel giornale della Federazione degli Ordini dei medici. Si è detto, fra le tante chiacchiere che si fanno in

questi giorni, che il mondo medico, a proposito delle leggi delegate, si troverà di fronte ad un fatto compiuto: niente affatto! Sarebbe una follia se il Ministro, in una materia così delicata e complessa che concerne lo stato giuridico ed economico di tutto il mondo sanitario, compresi gli infermieri e gli inservienti, non sentisse i rappresentanti delle categorie interessate e non collaborasse con loro.

La riforma ospedaliera — come voi sapete — prevede una configurazione giuridico-amministrativa dell'ente ospedaliero, al quale compete l'assistenza sanitaria con determinati compiti. Prevede inoltre Commissioni regionali per la programmazione ospedaliera, cui spetta l'elaborazione del piano ospedaliero nell'ambito di ogni regione; il Comitato nazionale della programmazione ospedaliera, poi, coordina ed eventualmente modifica i piani regionali.

Quindi c'è già un quadro esatto di come questa razionale rete ospedaliera verrà configurata, sia sul piano giuridico che su quello sostanziale. E qui devo rispondere ad alcune osservazioni che mi sembra siano state fatte dal collega D'Errico su questa programmazione di tipo territoriale. Anzitutto devo dire che, fintanto che le Regioni a statuto normale non saranno costituite con legge dello Stato e quindi non faranno parte della struttura dello Stato, saranno nominati dei Comitati regionali per la programmazione, che dovranno sostituire *pro tempore* l'ente Regione, e che avranno le stesse facoltà. Non si può concepire di creare una rete ospedaliera capace di sopperire alle esigenze del nostro Paese senza che vi siano degli adeguati strumenti, e sul piano dei tempi tecnici e finanziari, e sul piano degli obiettivi di fondo.

Gli ospedali provinciali e regionali, così come li ha intesi la legge, non sono legati in realtà a dimensioni territoriali, ma, semmai, ad un'alta specializzazione medica o di assistenza sanitaria, per cui un ospedale provinciale o regionale, per la sua attrezzatura ed apparecchiatura scientifica, per la qualificazione del corpo sanitario, è oggetto di interesse e di confluenza di malati anche da altre regioni. Il concetto di territorialità

è stato predisposto solo per garantire una ordinata e completa distribuzione nel territorio nazionale degli ospedali.

Detto questo, è ovvio rilevare che tutte le strutture esistenti saranno utilizzate. A questo proposito, bisogna vedere le ragioni per cui i Comuni sono giunti ad avere quattro o cinque ospedali, a poca distanza tra loro, che si fanno una spietata concorrenza. Specie nelle zone rurali, dove prevale una economia agricola, dove in realtà spesso non c'è una economia, gli ospedali sono sorti numerosi, alle volte anche per una ragione economica, perchè diventano essi stessi centri di vita economica: danno, infatti, lavoro ai fornitori, intorno ad essi nasce il piccolo artigianato, si sviluppa tutta una serie di attività, si ha cioè una specie di economia curtense, su cui si reggono certi paesi; per cui si assiste ad un conflitto fra comune e comune, anche quando questi comuni hanno la medesima coloritura politica. Esiste anche una ragione affettiva per cui i cittadini di un comune, quando sono malati, vogliono stare in un ospedale vicino a casa.

Queste vecchie strutture non si possono certamente eliminare; e, poichè oggi si denuncia la mancanza di sufficiente assistenza per quanto riguarda i cronici e i vecchi, questi ospedali, che oggi servono un po' a tutto, saranno trasformati in ospedali per cronici e in gerontocomi, o anche in centri di medicina sociale. Vedremo, studieremo il da farsi.

Si è detto anche che si politicizza troppo l'ente ospedaliero: questo non è vero. La legge prevede la composizione rigorosamente democratica del Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero e del Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera. Di positivo si ha, quindi, che la riforma riconduce nelle mani del popolo la gestione degli ospedali. Le rappresentanze popolari saranno elette dai Consigli comunali e dai Consigli provinciali. C'è, secondo me, nella società moderna la tendenza verso forme di democrazia diretta. Quando nell'ente si registrerà un disavanzo grave, ciò diventerà oggetto di discussione nel Consiglio comunale e in quello provinciale. Oggi non è così: e, conseguentemente, ci sarà un maggiore controllo.

Nei quadro di questa riforma anche la figura del medico ospedaliero risulta trasformata: tempo pieno, trattamento economico adeguato, nuove norme sullo stato giuridico, ecc., sono altrettanti punti salienti della riforma. Questi ultimi elementi, che ne caratterizzano l'aspetto strutturale, saranno regolati, come ho già detto, da leggi delegate.

Ho già mandato da circa due mesi alla Presidenza del Consiglio dei ministri il progetto di legge per la riforma ospedaliera; fino a questo momento mi è giunto soltanto il parere del Ministro di grazia e giustizia e attendo quelli degli altri Ministri, che ho anche sollecitato.

Uno dei punti della riforma, che preoccupa anche un certo strato di medici, è quello contenuto nell'articolo 10, il quale prevede che tutti i poliambulatori verranno inglobati dall'ente ospedaliero. Così come viene configurato, l'ente ospedaliero non ha soltanto il compito di sopperire alle esigenze sanitarie generali, ma anche quello di gestire, attraverso un processo graduale di uniformità, tutti gli ambulatori dei vari enti pubblici che esercitano l'assistenza sanitaria. Io non vedo la ragione per cui intorno a questa norma si debba fare tutto il chiasso che si sta facendo. Forse è una norma che andrà graduata opportunamente nel tempo, me ne rendo perfettamente conto, e ci sarà certamente una prima fase di coordinamento.

Oggi si discute se abbiano ragione di esistere le piccole aziende accanto alle grandi: è un problema grosso. Se si fa della demagogia, si può dire senz'altro che il piccolo commerciante, anche nella prospettiva delle tendenze di fondo della società moderna, ha possibilità di vita. Ma così lo si inganna: da solo egli non potrà fare una concorrenza alle grandi aziende. Pertanto oggi, se si vogliono utilizzare razionalmente i mezzi finanziari che lo Stato mette a disposizione, è chiaro che bisognerà ricondurre ad unità sul piano territoriale tutto il settore sanitario. Questo non significa che i medici ne avranno uno svantaggio: si sta parlando di coordinamento: ci sarà soltanto un maggiore controllo, non si avrà più il caos che registriamo oggi in diversi settori sanitari,

in cui i medici obbediscono a tre direttive diverse in concorrenza tra loro: l'ente mutualistico da una parte, l'ente privato o casa di cura dall'altra e poi la medicina di Stato o lo Stato. Ora questo *caos* porta ad una dispersione di energie e di mezzi. Dobbiamo dirci con molta chiarezza che sono decine e centinaia i milioni che si sperperano. I 17 miliardi che si spendono, per esempio, per i dispensari antitubercolari non danno, a mio avviso, una contropartita sul piano produttivo dell'assistenza sanitaria; il che vuol dire che ci sono dei soggetti che, nell'ambito di questo settore sanitario così sfaccettato, non hanno alcun controllo. Allora si capisce come si determinino tutte quelle discrasie e dissonanze che portano ad una specie di monopolio del potere decisionale.

Si tende a creare un equilibrio nuovo per la tutela della salute dei cittadini. E quando il « Tempo », per gettare delle ombre gravi sul sistema di sicurezza sociale inglese, afferma che un medico in Inghilterra guadagna 200 lire a paziente, dice delle gravi inesattezze. Devo dare atto che certe tesi sono riportate soltanto dal « Tempo », un giornale di cui è nota l'origine; gli altri giornali non ne parlano, perchè evidentemente non sono fatti da gente disposta a dire baggianate. Ci sono degli interessi precostituiti e, quindi, voi comprendete a quale lotta questo Ministero va incontro dal momento in cui ha deciso di muoversi.

Devo anche fare una precisazione in merito ad un rilievo che ricorre tutti i giorni e che stranamente impressiona: la « nazionalizzazione » dei medici. Ma dov'è? Quando si parla di « nazionalizzazione », non si tiene conto che il principio animatore della riforma è l'autonomia degli ospedali, nel quadro di un coordinamento generale di essi. L'interpretazione che vien falsamente data al concetto di « nazionalizzazione » nasconde un indirizzo di fondo di quelle forze che tendono a non mutare nulla nel nostro Paese.

Un'altra legge che ha suscitato vive polemiche, anche se ancora non è, direi, neanche all'esame del Consiglio dei ministri, è quella sull'assistenza psichiatrica. Questo

progetto di legge è ispirato al principio del diritto di tutti i cittadini all'assistenza psichiatrica. In sostanza il provvedimento viene a creare una struttura, all'interno ed anche al di fuori degli ospedali psichiatrici, che dovrà affrontare in senso profilattico e preventivo i disturbi psichici e nevrotici che eventualmente si manifestino in un individuo. Tale assistenza sarà articolata in centri provinciali di igiene mentale e in dispensari e ambulatori psichiatrici.

La legge in questione consente anche ai soggetti affetti da disturbi psichici di godere di uno dei fondamentali diritti sanciti dalla Costituzione: il diritto al lavoro. In base a questi principi viene ad essere riformato, nei suoi compiti generali, l'ospedale psichiatrico. Sono anche interessanti le innovazioni riguardanti i modi di ammissione, di dimissione e anche di trasferimento dall'ospedale psichiatrico degli infermi mentali, in modo da salvaguardare la libertà individuale del cittadino e da facilitare la riabilitazione del guarito, che la legge del 1904 invece considerava irrecuperabile. Nel ricovero del malato, non potendo questi ricorrere ad organi giurisdizionali, potevano introdursi elementi di ingiustizia, anche senza colpa del medico. La cronaca giudiziaria è piena di simili fatti: talvolta si sono creati degli interdetti o dichiarati degli uomini incapaci di intendere e di volere per ragioni patrimoniali e di altro genere. Oggi invece si è creato un meccanismo nuovo, in virtù del quale al malato è garantita la massima tutela giurisdizionale, offrendo a lui ed ai suoi familiari il ricorso al tribunale contro provvedimenti di ricovero obbligatorio o di negata dimissione. Non si può determinare il destino di un uomo in base ad una diagnosi. La vita è nostra, ci appartiene; e quindi anche quella del malato deve avere la necessaria tutela.

Devo dire anche che non ci sarà più l'annotazione della malattia mentale nel casellario giudiziario. Voi comprendete gli effetti sociali di questa legge: non ci sarà più la morte civile, con la prospettiva del suicidio o della miseria, per chi viene dimesso dall'ospedale psichiatrico. Viene così sottratta al magistrato l'annotazione nel ca-

sellario giudiziario e si istituisce una anagrafe psichiatrica, depositata presso il medico provinciale. Il senatore Maccarrone ha detto che i malati di mente non devono essere registrati neanche in un registro sanitario; direi che sono d'accordo, come principio, ma vi sono particolari malattie che possono essere pregiudizievoli per la società ed anche per il malato, ed allora è bene che esista un controllo. Questa anagrafe sanitaria potrà essere consultata soltanto dai diretti interessati, presso il medico provinciale, oppure su ordinanza dell'autorità giudiziaria. Si tratta di una legge che veramente innova profondamente: attraverso gli ambulatori di igiene mentale si potrà finalmente svolgere un'azione anche preventiva, intervenendo nel trattamento di disturbi psichici appena insorgono, sin dalla prima infanzia. Una riforma di questo genere non è fine a se stessa e quindi non potrà non avere delle ripercussioni nel mondo sanitario. Ma quando una legge come questa ha preso il via, non si ferma più: ecco perchè noi oggi ci troviamo di fronte a forze non bene individuate, ma individuabili, che tentano di ostacolare l'attuazione della riforma. C'è tutto un capovolgimento nei rapporti tra malato, medico e società. E desidero, fra l'altro, precisare, proprio nel quadro della polemica di questi giorni, che quando a Milano ho detto che ci troviamo di fronte ad alcuni ospedali psichiatrici che assomigliano a veri e propri *lager* germanici, non l'ho detto per malanimo o con mentalità preconcepita: ho dei documenti in proposito, costituiti dalle relazioni delle ispezioni da me ordinate.

Uno dei questi ispettori scrive, tra l'altro: « Un senso di profonda tristezza ci pervade nel vedere tanta gente ammalata trattata peggio delle bestie ». E cosa volete che faccia il povero medico, quando si trova di fronte a 1.300 ricoverati in un ospedale che ne può ospitare 600? Come fa a visitarli tutti? Li mette in fila, li guarda, domanda alla suora se ci sono novità e se ne va. Questa è la realtà, ma, per fortuna, questi casi vanno sempre più riducendosi. Chi, nell'intento di darmi una smentita, mi vuol condurre in un ospedale di Milano, non è in buona fede, perchè nelle zone sviluppa-

te tutti i settori si rianimano; ma nelle zone depresse le cose vanno in maniera ben diversa.

Io ho presentato anche un progetto di legge per la riforma dell'Istituto superiore di sanità. Alcune recenti vicende che hanno travagliato la vita dell'Istituto hanno dimostrato la deficienza della sua struttura attuale, ispirata a criteri decisamente sorpassati. Si rende pertanto necessaria una riforma che accolga principi innovatori nelle finalità, nella struttura e nell'organizzazione dell'Istituto stesso. Nel mio progetto di legge viene garantita la coesistenza dell'attività di ricerca con quella di controllo igienico-sanitario. L'Istituto è considerato come l'organo tecnicamente idoneo a svolgere i compiti istituzionalmente attribuitigli dal Ministero della sanità. A tutti i titolari degli uffici operativi più importanti dell'Istituto (direttore di laboratorio, di reparto e di servizio) è stata attribuita la responsabilità direttiva, pur nella giusta graduazione dei poteri e degli impegni. È stato introdotto anche l'istituto della revoca, per cui i capi e i direttori possono essere revocati dalle cariche, con le dovute garanzie, ove dimostrino di non possedere le attitudini direttive occorrenti per le funzioni espletate. C'è poi tutta una serie di norme che rendono più elastica l'attività dell'istituto. È stato ritenuto opportuno allargare l'ambito delle possibilità di ricorrere alla trattativa privata, quando l'urgenza o la necessità di disporre di strumenti idonei lo richieda. Per le carriere, è notevole rilevare che è stato eliminato per i ricercatori il diritto alla libera professione; a questa privazione corrisponde un giusto riconoscimento economico.

Moltissime osservazioni, in parte giuste e in parte no, sono state avanzate sull'Opera nazionale maternità e infanzia. Ci sono stati due rilievi: il primo concerne l'aumento del contributo annuo nella misura di un miliardo e mezzo, il secondo riguarda la pretesa, da parte dell'Opera, di una contribuzione a carico delle famiglie che usufruiscono del servizio degli asili-nido.

Premetto che la famosa legge sull'ONMI che ho presentato dovrebbe ridare carattere democratico all'ente e aspetto che essa

venga quanto prima approvata. In tale caso, poichè vengono ripristinati i comitati provinciali e comunali, con larga rappresentanza popolare, penso che ci sarà anche un controllo su tutti i mezzi finanziari.

Devo poi dire che non ho condiviso con il Presidente dell'ONMI l'idea di sottoporre a contributo le famiglie di quei bambini che vengono ricoverati. Ho scritto in proposito diverse lettere ufficiali, l'ultima anche ieri, perchè nel Sud le famiglie non possono sostenere un tale onere, che produce l'effetto che molti ragazzi non vanno più all'ONMI e restano in balia di se stessi, per la strada, in quanto le madri vanno a lavorare. Spero che il presidente dell'ONMI prenda in considerazione le mie osservazioni, anche se mi rendo perfettamente conto che oggi le spese cui va incontro l'Opera sono assai superiori a 19 miliardi. In ogni modo, se verrà approvata la legge per l'ONMI, ci sarà finalmente un controllo collegiale del Consiglio, si potrà fare una programmazione anche dei mezzi da utilizzare e si avranno quindi sicure economie di gestione, rendendo contemporaneamente più efficiente l'attività assistenziale dell'Ente.

Per la medicina sociale, devo dire molto chiaramente che non si è fatto quasi niente. Cominciando dai tumori, abbiamo in realtà tre istituti oncologici, a Napoli, a Roma e a Milano, che svolgono attività di ricerca, di studio e di cura nel campo dei tumori. Poi abbiamo dei centri oncologici, in gran parte presso gli istituti universitari e presso gli ospedali. Sono insufficienti, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Vi sono inoltre altri centri oncologici, che hanno una forma ibrida, ai quali si dà un contributo, ma non si sa cosa ne facciano, perchè non c'è un controllo. Vi sono infine i centri oncologici costituiti dalla Lega nazionale per la lotta contro i tumori, che sono completamente indipendenti e costano 400 milioni all'anno sul bilancio.

Ognuno di questi enti prende iniziative per proprio conto e lo Stato si limita a dare contributi, senza che, peraltro, nella lotta contro i tumori, si sia raggiunto qualche risultato apprezzabile, e questo non lo dico per costuirmi un alibi.

Ci sono anche dei centri cito-diagnostici: uno a Firenze, un altro presso l'università di Ferrara, un terzo all'ospedale di Brescia, ma anche qui si ripete la stessa cosa, cioè che ognuno procede per conto proprio.

Questo, attualmente, è il quadro della situazione nel campo dei tumori; è una cosa penosa, se la si mette in relazione all'importanza di questa malattia che miete vittime in continuazione. Ho preso, pertanto, il coraggio a due mani ed ho costituito una apposita Commissione che dovrà consigliarmi sulla struttura organizzativa da dare a questo settore e su una legislazione efficiente e moderna che regoli la lotta contro i tumori, coordinando adeguatamente il lavoro dei vari enti e delle varie associazioni, che oggi agiscono disunite in questo campo.

Aspetto che si giunga alla conclusione sul piano organizzativo e sono riuscito ad ottenere, per questi centri, trenta milioni in più nel bilancio. Non sono molti, ma spero di ricondurre queste strutture sotto il controllo dell'Amministrazione della sanità, perchè, se esse vogliono contributi, debbono anche sottoporsi ad un controllo.

Anche in questo campo, quindi, è stato programmato qualcosa.

Per quanto concerne la lotta contro la tubercolosi, è da mesi che ho presentato il relativo provvedimento. La situazione è la seguente: vi sono gli ospedali di proprietà dell'INPS, poi vi sono i dispensari antitubercolari, dove si spendono 16 miliardi all'anno e nei quali vengono curati i non assicurati dall'INPS. Il provvedimento da me presentato, invece, prevede che tutti gli ospedali, tutta la struttura organizzativa dell'INPS passi sotto il Ministero della sanità, perchè non è possibile continuare ad andare avanti con una gestione separata. È necessario creare, invece, una rete protettiva in quanto, fra l'altro, anche nell'andamento di questa malattia, vi è una morbidità estremamente estesa. Il fatto che alcuni sanatori siano chiusi — come ha ricordato il senatore Perrino — significa che, mentre prima questa malattia determinava una ospedalizzazione elevata, oggi, invece, può essere curata ambulatoriamente. Quindi appositi centri di medicina sociale devono sorgere utilizzando i dispensari antitubercolari,

ai quali è necessario chiedere un ulteriore sforzo per imprimere all'azione antitubercolare un impulso più decisivo, incrementando anche l'attività di vaccino-profilassi, senza che si debba sancire l'obbligatorietà della vaccinazione, principalmente per gli inconvenienti cui potrebbe dar luogo una sua applicazione generalizzata. Essa potrà avere un indirizzo estensivo nelle zone in cui la situazione epidemiologica lo richieda ed il livello di educazione sanitaria raggiunto dalla popolazione ne offra la possibilità; dovrà comunque avere sempre un indirizzo selettivo nei riguardi dei soggetti maggiormente esposti a contrarre la malattia.

Ancora, vi sono i centri cito-diagnostici che cominciano ad avere un particolare sviluppo: sorti inizialmente con carattere sperimentale, soprattutto presso qualche istituto universitario o ospedale, essi avranno una distribuzione a livello provinciale. I centri cito-diagnostici per la lotta contro il cancro dell'apparato genitale femminile meritano particolare interessamento per la concreta possibilità da loro offerta di una completa guarigione di queste forme tumorali, quando venga formulata una diagnosi precoce ed attuata un'immediata ed efficiente terapia.

Ho messo in programma l'intensificazione delle campagne relative alle vaccinazioni obbligatorie per legge, soprattutto l'antipolio, l'antidifterica e l'antitetanica. Per quanto riguarda l'antipolio, abbiamo percorso, per raggiungere la meta finale, i 9/10 del cammino.

Propaganda adeguata e massiccia, intervento della RAI-TV, intervento della stampa, intervento dei miei uffici provinciali, degli ufficiali sanitari dei medici condotti, di tutti i medici, questo è il mio programma nel settore delle vaccinazioni.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata ai programmi di vaccinazione in Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia. Purtroppo, per molteplici ragioni, ogni programma di profilassi su scala nazionale incontra serie difficoltà di attuazione in queste regioni: i 3/4 dei casi di polio che ancora si verificano in Italia sono registrati nell'Italia meridionale e insulare; e se l'obbligatorietà della vaccinazione antidifterica fosse

stata scrupolosamente rispettata, non avremmo sicuramente registrati i decessi per difterite a S. Antonio Abate, in provincia di Napoli.

Per quanto riguarda il Meridione, uno degli aspetti più gravi della situazione sanitaria è tutt'ora l'elevata mortalità infantile, quasi dovunque superiore al 50 per mille, con punte del 60,23 per mille in Basilicata e del 57,35 in Puglia.

Le cause prevalenti di questi elevati quozienti, quattro volte maggiori della media dei Paesi socialmente progrediti, si riconducono soprattutto a difetti di ordine quantitativo e qualitativo che favoriscono la diffusione di malattie infettive a trasmissione alimentare.

L'interesse per questo settore scaturisce dalla considerazione che la mortalità infantile è in gran parte evitabile, ed il suo permanere su livelli elevati costituisce l'indice più attendibile della sussistenza di condizioni ambientali avverse alla vita. La lotta alla mortalità infantile è infatti, in primo luogo, un fatto di educazione sanitaria, legato cioè alla cooperazione attiva della popolazione che deve sapere cosa fare di propria iniziativa per la tutela della salute, e cosa esigere dalle pubbliche istituzioni per lo stesso fine.

Sulla condotta medica, credo non che vi sia bisogno che mi soffermi molto ad illustrarla, però debbo convenire sulla necessità ed urgenza di pervenire ad una definitiva e soddisfacente sistemazione dei medici condotti e delle ostetriche condotte e ad una trasformazione della condotta medica, tale da adeguarla alle mutate necessità sanitarie.

Tre esigenze irriducibili dei condotti ed una esigenza irrinunciabile della collettività caratterizzano tale intervento, e precisamente:

1) retribuzione adeguata, con lo sganciamento dalla ristretta economia del Comune;

2) miglioramento della possibilità di carriera, mediante lo sblocco della residenza e la possibilità, quindi, di trasferimento in sedi migliori;

3) garanzia di un rapporto fiduciario tra medico e malato, su un piano di libertà, che assicuri il libero esercizio professionale.

L'esigenza della collettività è invece quella di aver assicurato in ogni zona del Paese, e soprattutto in quelle più disagiate, una assistenza sanitaria di base efficiente mercè la presenza garantita del medico, equivalente dell'attuale condotto. Ma sarà un medico nuovo, che ai vecchi compiti della medicina curativa aggiungerà quelli della medicina preventiva, secondo i più moderni canoni della medicina.

La riforma della condotta medica fa parte integrante delle riforme della assistenza sanitaria di base ed essa, cronologicamente, deve far seguito a quella ospedaliera, da me già intrapresa.

Circa l'approvvigionamento idrico, debbo rilevare che qui non se ne è parlato a sufficienza. Questo problema, però, è emerso ora in tutta la sua gravità; io ho rimesso al Consiglio superiore della sanità l'incombenza di studiarlo e di indicare i mezzi migliori per risolverlo. L'Amministrazione sanitaria deve mantenere costante e continua la sua vigilanza: sono ben note a tutti le deficienze dell'approvvigionamento idrico che in molte città italiane, e non delle meno importanti, costringe ancora ad erogazioni discontinue.

Avrete certamente letto quello che diceva il « Messaggero » a proposito dell'intervento del Ministero della sanità in occasione dell'inquinamento del Peschiera: ho dato disposizione affinché si compia un'indagine su tutto l'approvvigionamento idrico della Capitale, per vedere se esso sopperisce o meno a tutte le esigenze.

Anche il problema dello smaltimento dei rifiuti liquidi è grave, se si tiene conto che tanti centri abitati sono sprovvisti ancora di idonee fognature e che, anche là dove esse esistono, mancano impianti di trattamento dei liquami, con conseguente e progressivo inquinamento del suolo e delle acque superficiali e costiere.

Parallelamente allo sviluppo industriale, assumono da noi anche importanza rilevante i problemi relativi all'allontanamento ed allo smaltimento dei rifiuti industriali. Un aspetto peculiare, nello smaltimento delle acque usate, presenta il problema dei detersivi sintetici, il cui consumo va rapidamente crescendo anche in Italia. In consi-

derazione del fatto che la maggior parte dei detersivi da noi usati non è biodegradabile, per cui, persistendo nell'ambiente, compromettono l'utilizzazione delle acque superficiali, ho disposto un esame del problema, ripromettendomi d'investire della questione anche il Consiglio superiore di sanità.

Un provvedimento che credo interessi favorevolmente tutti, è l'aver costituito un apposito ufficio allo scopo di assicurare l'intervento della Sanità nel settore. Tale ufficio si occuperà anche del pronto soccorso, di cui il soccorso stradale non è che un aspetto particolare, e della rianimazione. Ho inoltre disposto che tale ufficio prepari un servizio di pronto intervento in caso di calamità pubbliche.

Devo dire, a questo proposito, che il cambio della guardia alla Croce Rossa ha prodotto, a mio avviso, degli effetti benefici. In occasione delle recenti alluvioni, la Croce Rossa è stata additata come esempio di tempestività e di organizzazione, per quanto riguarda il ricovero degli ammalati.

A questo punto devo dire che anche qui circolano delle chiacchiere, delle voci le quali affermano che il Ministro della sanità intende far assorbire nella Croce Rossa tutte le opere di pubblica assistenza. Io ritengo invece necessario solo un coordinamento, perchè, mentre, per esempio, il pronto soccorso si svolge abbastanza regolarmente nelle regioni sviluppate, nel Sud la gente muore per la strada. Occorre che queste organizzazioni siano coordinate, mettendo anche insieme i mezzi finanziari, per svolgere un'efficace azione dovunque, anche nelle regioni più trascurate, invece di farsi concorrenza a vicenda nelle zone dove essi abbondano. È noto che esiste la famosa figura del galoppino che porta l'ammalato in un ospedale anzichè in un altro, anche se si deve allungare il cammino di 10-15 chilometri. Occorre ridurre ad unità coordinata tutte queste attività. La Misericordia, la pubblica assistenza, la Croce Rossa devono assicurare il pronto soccorso in modo coordinato. Qualcosa in questo senso si sta già facendo per le grandi strade di scorrimento e le autostrade.

Sulla lotta contro le sofisticazioni e le frodi alimentari, mi sembra che alcuni obiettivi siano stati raggiunti, per quanto vi siano anche qui ombre e carenze. Anche per questo problema ho insediato una Commissione che studi ed esamini tutte le leggi sull'alimentazione, preparando un testo unico; occorre adeguare il controllo sanitario alle esigenze dei tempi moderni e far sì che le industrie sane non debbano avere alcuna preoccupazione, purchè operino entro la legge.

Anche per i centri trasfusionali ho presentato già un disegno di legge al Consiglio dei ministri e spero che venga esaminato in una delle prossime riunioni. Mi è finalmente riuscito di mettere d'accordo Croce Rossa e AVIS. Non è stata una cosa semplice. L'AVIS conta 280.000 donatori di sangue e i centri di trasfusione sono situati per l'80 per cento nell'Italia settentrionale. Anche in questo settore, quindi, si deve constatare che non esiste una struttura organizzata efficiente nel Centro-Sud. Perciò si impone una collaborazione, una azione comune, tra Croce Rossa e AVIS, perchè anche nelle zone depresse si possa creare una rete di centri trasfusionali.

Per quanto riguarda la medicina scolastica, su cui si son fatte tante considerazioni, ho predisposto il famoso regolamento che dovrebbe, rendere esecutiva ed operante la legge 11 febbraio 1961. Devo dire molto chiaramente che prevedo delle resistenze da parte della Pubblica istruzione, ma non resterò in posizione passiva. Però sono molto dubbioso che si riesca in breve tempo a consentire al medico di estendere la sua competenza, sotto il controllo del Ministero della sanità, anche nel mondo della scuola. Per la medicina scolastica esiste un capitolo di spesa piuttosto cospicuo che non viene sempre reso operante, perchè il Ministero della pubblica istruzione pone notevoli difficoltà ai nostri interventi.

Nel settore farmaceutico, devo dire che mi sono opposto a recenti richieste di aumento dei medicinali. In proposito ho mandato una lettera di diniego al CIP. A mio avviso, occorre riordinare tutta la legislazione farmaceutica; occorre una revisione

generale e sistematica delle specialità esistenti; occorre dare ad esse un periodo determinato di validità; occorre poi stabilire il giusto prezzo da assegnare alle specialità; occorre finalmente arrivare ad una migliore regolamentazione della pubblicità sanitaria e stabilire una disciplina per i prodotti galenici e per i cosmetici.

Un altro problema è quello che si riferisce agli effetti secondari ed alla tossicità delle specialità. Mi sto orientando verso la formazione di un apposito centro, di cui dovranno far parte persone qualificate dell'Università o della Commissione consultiva per le specialità medicinali dell'Istituto e del Consiglio superiore di sanità. Tale centro dovrebbe anche assicurare opportuni rapporti con le organizzazioni internazionali e con i servizi sanitari di altre Nazioni.

Quanto al problema della brevettabilità delle specialità medicinali, ritengo che ci si stia avviando verso una decisiva soluzione.

Il Consiglio dei ministri ha recentemente approvato un disegno di legge per consentire la brevettabilità dei procedimenti per la fabbricazione dei medicinali per una durata limitata (dieci anni), e con precise garanzie per evitare il monopolio.

Circa le farmacie rurali, debbo dire che per la copertura di 220 Comuni ci vogliono circa due miliardi e mezzo e, visto e considerato che il Ministero del tesoro non mi dà un centesimo e l'industria non vuol saperne di concedere uno 0,10 sul fatturato, ho dato disposizioni di preparare un apposito disegno di legge che consentirà una soluzione parziale di questo grave problema: non saranno cioè interamente coperti i 2.800 Comuni, poichè, per quelli con una popolazione inferiore a mille abitanti, mi riprometto di trovare un'altra soluzione. Purtroppo la legge deve essere fatta in base alle disponibilità del mio Dicastero, dato che, per il momento almeno, non mi è consentito ricorrere al Tesoro. In seguito si vedrà quello che sarà necessario fare. È soltanto dopo la sistemazione delle farmacie rurali che dovrà essere affrontato il problema della sistemazione delle farmacie urbane, predisponendo una loro ristrutturazione.

Ho infine pronto per la presentazione un altro disegno di legge per una nuova organizzazione e disciplina dei Laboratori provinciali di igiene e profilassi.

L'ultima osservazione che desidero fare si riferisce a quanto detto dal senatore Maccarrone circa la non corrispondenza degli stanziamenti previsti dal piano quinquennale di sviluppo per il nostro settore con quelli del bilancio del Ministero della sanità del 1966. In proposito devo dire che non è esatto quanto egli afferma, perchè il piano quinquennale di sviluppo precisa alcuni obiettivi di fondo ed indica le riforme di struttura che debbono essere effettuate, facendo anche delle previsioni quantitative, ma si tratta di cifre globali che debbono essere distribuite nei cinque anni, senza indicare quello che deve essere fatto anno per anno. Ad ogni modo, l'osservazione del senatore Maccarrone è stata acuta, perchè evidentemente non è possibile risolvere tutti i problemi nel corso dell'ultimo anno previsto dal piano; non v'è dubbio che bisogna tenere conto in quale situazione di transitorietà è nato questo piano e in quali condizioni si trova attualmente il nostro Paese. Ma per il 1966, ripeto, non si può ancora dire che le previsioni quantitative della programmazione non trovano riscontro negli stanziamenti di bilancio.

Chiedo scusa per aver fatto una esposizione tanto lunga, ma ho sentito il dovere di farla nel momento in cui si sta scatenando una polemica piuttosto aspra nei confronti del Ministero della sanità, e quindi del Governo, forse perchè finalmente colla programmazione che vi ho esposto ci si intende muovere per ricondurre questo settore alle esigenze ed ai bisogni della società del nostro tempo e per predisporre e creare le condizioni per un assetto di sicurezza sociale. Ho ritenuto opportuno, ripeto, intrattenermi piuttosto a lungo, perchè abbiate un quadro globale dei problemi sanitari che ci stanno di fronte. Non abbiamo la sicurezza di poterli risolvere tutti insieme, però oggi abbiamo un Ministero che si muove e che, in base ad un indirizzo generale di politica sanitaria, intende predisporre e creare le condizioni per un passaggio definitivo al

sistema di sicurezza sociale, allorchè saranno rese operanti tutte quelle leggi di riforma sanitaria che mi sono permesso di sottoporre alla vostra attenzione.

S A M E K L O D O V I C I . Vorrei compiacermi con il signor Ministro perchè la sua esposizione è stata veramente efficace, esplicita ed esauriente, e me ne compiaccio anche perchè egli ha risposto oggi a molti degli interrogativi che gli avevo posto nel corso dell'esame del bilancio del Ministero della sanità in questa Commissione, nell'ottobre dell'anno passato.

I medici tutti, e non solo quelli parlamentari, non possono non plaudire alla sua volontà di riorganizzazione e di potenziamento del Ministero della sanità ed alla sua azione rivendicativa delle naturali competenze di questo Ministero; e io mi auguro che questo avvenga non solo al centro, ma anche alla periferia, perchè, secondo me e secondo tutti, questo potenziamento, che ho sempre invocato, del Ministero della sanità, è una condizione pregiudiziale, un'esigenza prioritaria, per il buon andamento, la realizzazione delle riforme e di una moderna ed efficiente sanità pubblica.

Mi sembra che il Ministero abbia indubbiamente una visione globale, panoramica, moderna dei problemi della sanità.

Le leggi che l'onorevole Ministro ci ha annunciato, sulla riforma ospedaliera, sulla riforma dell'assistenza psichiatrica, su quella dell'Istituto superiore della sanità, ed altre ancora, sono indubbiamente importantissime e innovative. Sono lieto che egli abbia, tuttavia, sottolineato ed ammesso spontaneamente la possibilità — vorrei dire la necessità — del resto naturale e lecita, di apportare emendamenti con la collaborazione dei tecnici, che giudico indispensabile per un approfondito studio e perfezionamento delle stesse leggi.

Personalmente desidero darle atto, onorevole Ministro, e lo faccio con convinzione, della sua forte volontà politica e del fatto che un nuovo spirito, fortemente dinamico, anima il Ministero della sanità.

Questo Ministero, che abbiamo tanto contribuito a far nascere, ingiustamente neglet-

to, non sufficientemente considerato e con inadeguata influenza, in realtà, sull'andamento sanitario del Paese, ha finalmente cominciato a farsi sentire fortemente e ad agire, onde possiamo nutrire fondatamente la fiducia che potranno non solo conseguirsi nuove buone realizzazioni, ma che probabilmente faremo un salto qualitativo nella organizzazione sanitaria. Quando però un organismo come il Ministero della sanità, superando la faticosa lunga fase di avvio — e non facciamo torto a nessuno —, intende mettersi decisamente in movimento, l'evento non è solo da accogliere con favore, ma deve indurre a consigliare che il movimento avvenga con prudenza e si accentui con progressione graduale e, naturalmente, con il rispetto delle libertà fondamentali, che sono congeniali e, direi, indispensabili per il progresso e per l'esercizio sano ed efficace della medicina.

E poichè vogliamo veramente, onorevole Ministro, che il successo le arrida, che le innovazioni necessarie si realizzino e diventino operanti per il bene del Paese, mentre desidero assicurarle che la collaborazione della mia parte non le mancherà, mi permetto di raccomandarle l'antico adagio: *festina lente!*

P R E S I D E N T E . Desidero anch'io rivolgere un caloroso ringraziamento al Ministro per la sua appassionata fatica.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito dell'esame dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 13,20.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 23 SETTEMBRE 1965

Presidenza del Presidente ALBERTI

La seduta è aperta alle ore 9.

Sono presenti i senatori: Alberti, Bonadies, Caroli, Cassese, Criscuoli, Lombardi, Lorenzi, Maccarrone, Minella Molinari Angiola, Perrino, Pignatelli, Samek Lodovici,

Sellitti, Tibaldi, Tomasucci, Zanardi, Zelioli Lanzini e Zonca.

A norma dell'articolo 18, ultimo comma, del Regolamento, il senatore Di Grazia è sostituito dal senatore Angelilli.

Interviene il Ministro della sanità Mariotti.

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 1966 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Passiamo ora all'esame degli ordini del giorno.

Informo la Commissione che il senatore D'Errico, il quale ha pregato il senatore Lombardi di sostituirsi a lui a tutti gli effetti, ha presentato il seguente ordine del giorno:

Il Senato,

considerato il crescente aumento della morbilità e della mortalità da malattie tumorali e la grande carenza dei mezzi attuali per la lotta contro i tumori,

fa voti perchè il Ministero della sanità studi ed attui più efficienti e potenti mezzi di lotta, che giovino soprattutto agli effetti della diagnosi precoce, indispensabile affinché i mezzi terapeutici oggi a disposizione vengano applicati quanto più precocemente è possibile.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Accetto questo ordine del giorno come raccomandazione, perchè proprio ieri ho detto chiaramente qual'è la situazione e quali sono i propositi che animano il Ministero, il quale si accinge finalmente, attraverso una Commissione, a disporre un piano organizzativo degli strumenti con cui si possa finalmente affrontare efficacemente la lotta contro i tumori, così come è stata affrontata per altre gravi malattie.

Ripeto che posso accettare questo ordine del giorno come raccomandazione, perchè, accettandolo *sic et simpliciter* così come è stato formulato, potrebbe sembrare in realtà che il Ministero della sanità non avesse

ancora esaminato a fondo il problema e che sia insensibile alla necessità di predisporre tutti i mezzi che occorrono per affrontarlo.

L O M B A R I . Mi dichiaro soddisfatto delle dichiarazioni del Ministro che accetta l'ordine del giorno D'Errico come raccomandazione. Il Ministro ieri, nella sua replica, ha esposto le sue idee sulla attuale situazione sanitaria italiana affermando che egli da oggi si propone di raccogliere, attraverso i suoi organi competenti, le complesse e disperse strutture sanitarie in un solo organismo, il Ministero della sanità, coordinando così in maniera globale tutti i problemi sanitari. In questa nuova prospettiva il Ministro si è impegnato di collocare anche la ricerca, la diagnostica e la terapia dei tumori. Circa la ricerca sui tumori, sono d'accordo su quanto ha detto il senatore Maccarrone, il quale, a proposito dell'Istituto di ricerca sui tumori di Perugia, ha affermato chiaramente che bisogna lasciare la più ampia libertà alla ricerca scientifica. Anche il Ministro, ieri, ha ribadito questo concetto di libertà piena della ricerca, pur ribadendo l'opportunità che tutti gli Istituti specializzati per lo studio e la cura dei tumori siano unificati e coordinati, per cui è viva la speranza, che avendo il Ministro stesso messo in moto tutta la macchina sanitaria italiana, anche questo vitale problema della lotta contro i tumori si avvierà ad una soluzione aggiornata ed adeguata alle esigenze della salute del nostro popolo.

P R E S I D E N T E . I senatori Minella Molinari Angiola, Scotti, Maccarrone, Tomasucci, Simonucci, Zanardi e Cassese hanno presenatato il seguente ordine del giorno:

Il Senato,

considerata la gravità che sempre più assumono per frequenza e proporzioni le sciagure sul lavoro, particolarmente in determinati settori industriali, come quello della costruzione e della metalmeccanica, nonchè lo sviluppo e l'aggravarsi di malattia da lavoro collegate all'introduzione di nuove materie prime o all'ambiente, ai ritmi ed alle forme dell'organizzazione del lavoro;

considerando altresì i pericoli per la salute dei lavoratori e di intere popolazioni rappresentati dall'inquinamento ambientale di origine industriale, particolarmente per alcuni tipi di industria chimica e siderurgica, di cui la situazione creatasi a Genova è la più drammatica testimonianza;

ritenendo urgente l'impostazione di una organica politica di prevenzione, che affronti adeguatamente gli aspetti essenziali del rapporto tra lo sviluppo industriale e il diritto alla salute e alla vita stessa delle popolazioni e dei lavoratori italiani;

mentre auspica, a tal fine, il rapido aggiornamento delle leggi ancora carenti o arretrate e la realizzazione di quelle riforme (il servizio sanitario, la legge urbanistica, la creazione delle Regioni) che condizionano soluzioni veramente efficienti anche per questo aspetto della vita sociale,

impegna il Governo, come primi atti immediati, a precisare con apposito intervento i poteri degli Enti locali ed in particolare dei Comuni, che la legge sanitaria esistente già loro conferisce per la tutela della salute pubblica nei confronti dei problemi derivanti dall'industria e per quanto riguarda gli ambienti di lavoro, mediante un adeguato potere di accertamento e di iniziativa nei confronti delle aziende all'esterno e all'interno dei luoghi di lavoro;

ad intervenire decisamente in appoggio all'azione degli Enti locali e di concerto con gli altri Ministeri interessati perchè siano imposte urgentemente, nei casi più gravi, alle direzioni aziendali le misure necessarie alla protezione della salute e della sicurezza dei cittadini e dei lavoratori;

a promuovere, in accordo coi Ministeri del lavoro e dell'industria, incontri qualificati cui partecipino i tecnici e le organizzazioni sindacali, onde sia affrontato lo studio dei problemi in tutta la loro complessità e attualità e ricercate le misure legislative e organizzative atte a rendere efficiente l'intervento del potere pubblico a tutela degli interessi e dei diritti della collettività e a garantire, attraverso adeguati organi di studio, di vigilanza e di controllo pubblico, le

condizioni per una vera politica democratica in materia e per l'applicazione della legge.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Non è che il Ministro non possa condividere alcune considerazioni contenute in questo ordine del giorno, però, prima di accogliere un ordine del giorno, penso si debbano avere valide prospettive di poterlo realizzare. Le considerazioni fatte dalla senatrice Minella Molinari investono un problema che, nella società industriale, è di una drammaticità senza pari, ma non tale, in verità, da poter essere risolto in breve volgere di tempo, perchè occorrono forti disponibilità finanziarie. È un problema che sorge non solo in Italia — anche se l'Italia per quanto riguarda la legislazione in materia è più arretrata di altri Paesi — ma anche in Paesi più evoluti, di fronte al fenomeno di una crescente industrializzazione.

Con la legge *antismog*, che il Presidente si è cortesemente impegnato di portare all'ordine del giorno della prossima seduta, si conferiscono agli Enti locali notevoli possibilità di intervento. Si può affermare, quindi, che questo disegno di legge prevede e tende ad ovviare ad alcuni inconvenienti denunciati da questo ordine del giorno. Io posso accettarlo quindi solo come raccomandazione, perchè esso già rientra nell'indirizzo della politica generale del Ministero della sanità; se lo dovessi accogliere senza riserve, non so se troverei poi un'adeguata copertura per realizzarlo.

M A C C A R R O N E . Vorrei ringraziare il Ministro per la buona volontà che ha dimostrato e, soprattutto, vorrei prendere atto con soddisfazione della serietà con la quale egli ha considerato il nostro ordine del giorno, che è stato presentato, non per arricchire gli atti parlamentari, ma per richiamarsi, nell'ambito dell'ordinamento vigente, alla responsabilità dell'Amministrazione pubblica e per sottolineare un fenomeno che, in questo momento, preoccupa moltissimo chi vive con i lavoratori e si occupa della salute dei cittadini. Però, le dichiarazioni del Ministro, che sono improntate ad un realismo di cui gli do volentieri

atto, mi lasciano fortemente preoccupato e non solo per la valutazione che si dà degli strumenti oggi a disposizione dei poteri pubblici in generale nei diversi Paesi (dove pure, da decenni, c'è un programma di lotta contro le corruzioni atmosferiche e dove si sono già realizzate, per dichiarazioni dell'OMS, notevoli e risolutivi passi avanti, come ad esempio in Inghilterra), ma soprattutto per il giudizio di inadeguatezza espresso circa gli strumenti esistenti e quelli che si vanno predisponendo. Onorevole Ministro, se abbiamo un'opinione siffatta, non so cosa faremo dell'articolo 20 del suo disegno di legge, relativo alle misure contro l'inquinamento atmosferico, che impone provvedimenti immediati, risolutivi in tutti i casi come questo, enunciato dalla senatrice Minella Molinari e in altri che sono a conoscenza sua e dei colleghi. Non so perchè, ad esempio, ad Aosta, la Cogne, industria di Stato, abbia potuto realizzare la depurazione completa dei suoi rifiuti aerei, e lo SCI di Cornigliano o un'industria privata non possano fare altrettanto. Tra parentesi, dirò che lo SCI di Cornigliano è un'industria a partecipazione statale, che già in passato aveva adottato provvedimenti, anche se inadeguati, per controllare l'inquinamento atmosferico.

Onorevole Ministro, oggi chiediamo un intervento nell'ambito delle sue potestà, non che si faccia una rivoluzione o che si armi un esercito che smantelli le industrie. Anche se lo proponessimo, le popolazioni locali, piuttosto che rinunciare al lavoro, sarebbero le prime ad opporsi. Chiediamo che sia richiamato in vigore e sia data una interpretazione attuale all'articolo 40 del testo unico delle leggi sanitarie; chiediamo che l'ufficiale sanitario possa entrare negli opifici per accertare se le lavorazioni si svolgano in condizioni sopportabili per la salute dell'uomo; chiediamo che siano iniziati quegli studi ed avviato quel processo che bisogna pur avviare, se vogliamo affrontare questo problema. Non possiamo dire: questo fenomeno è di una tale entità che ci dichiariamo impotenti e lo rimandiamo alle generazioni future. Secondo me, dobbiamo cercare di tracciare, con il realismo che ci distingue, le linee necessarie, dob-

biamo dare a questo problema, quella evidenza che esso richiede, per cui, mentre la ringrazio per la sua cortese accettazione dell'ordine del giorno, non mi posso dichiarare soddisfatto.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Vorrei far presente al senatore Maccarrone che la stessa senatrice Minella Molinari ebbe a dare atto al Ministero di aver già riunito una Commissione di tecnici proprio per i fatti di Genova, che mi preoccupano vivamente. Questa stessa Commissione ha anche fissato un'altra riunione per la prossima settimana, perchè intendiamo prendere provvedimenti drastici e tempestivi. L'ordine del giorno, però, non si limita solo a questo aspetto, ma affronta il problema nella sua globalità; si tratta, o di trovare degli strumenti protettivi che neutralizzino gli effetti delle esalazioni nocive alle popolazioni o di decentrare le industrie. Ora, se accetto l'ordine del giorno come raccomandazione, non è perchè io sia insensibile al problema; provvederemo, nell'ambito delle possibilità, a creare tutti gli strumenti adatti per ridurre e circoscrivere i pericoli derivanti dall'inquinamento, ma non posso impegnarmi ad affrontare il problema nella sua interezza, con tutti i mezzi adeguati. Infatti, l'ho già detto durante l'intervento della senatrice Minella Molinari, quando abbiamo tentato di far chiudere delle piccole industrie, in attesa che gli imprenditori trovassero delle apparecchiature o delle intelaiature per non inquinare l'aria, ho avuto contro di me tutti i lavoratori.

Del resto, accettare come raccomandazione l'ordine del giorno, non vuol dire rimandare il problema alle generazioni future. Quando lei parla dell'Inghilterra, le posso dire che in quel Paese, per complicazioni di malattie bronchiali e cardiovascolari, si sono verificati numerosi decessi, il che significa che anche colà ci si trova a dover affrontare problemi come il nostro; lo stesso si può dire per la Germania federale. Si sono tenuti congressi di studiosi per cercare di risolvere il problema, ma non è una cosa di poco momento. Noi prenderemo tutti i provvedimenti che si possono prendere nell'ambito delle nostre possibili-

tà, ma non vorrei, se dovessi accogliere senza riserve l'ordine del giorno, che un altro anno lei mi rimproverasse che magari il problema esiste ancora. Vorrei richiamare il senatore Maccarrone alla realtà, senza demagogia, senza retorica e lo pregherei di non insistere sul pieno accoglimento o meno dell'ordine del giorno, perchè le istanze in esso contenute sono, per buona parte considerate nella legislazione vigente o per lo meno in procinto di essere attuate, per cui non vedo la ragione di strumentalizzarlo politicamente.

Aggiungo che è già partita una circolare ai medici provinciali per autorizzare il medico provinciale ad entrare nelle fabbriche.

M A C C A R R O N E . La questione è chiara; c'è una prima risposta del Ministro piuttosto generica ed evanescente, ed una altra più incisiva. Mi sembra che questa seconda, onorevole Ministro mi consenta di dirlo, sia meno insoddisfacente della prima, perchè non abbiamo posto il problema nè con demagogia nè con retorica. Noi facciamo il nostro dovere, diciamo quello che sentiamo, non si tratta nè di agitare le masse nè di mettere in difficoltà nessuno. Del resto, nel nostro ordine del giorno cosa chiedevamo?

In primo luogo, un rapido aggiornamento delle leggi, e mi pare superfluo rilevare che una sollecitazione in questo senso che viene dall'opposizione non può avere un significato diverso da quello che si deve attribuire ad una analoga sollecitazione proveniente dal Governo; in questo senso ci troviamo perfettamente d'accordo, perchè anche lei ha dovuto lamentare che in questo campo potevamo essere più rapidi, ed io aggiungo che potevamo esserlo ancora di più, se la seconda o la terza o la quarta legislatura, dopo la decisione del Senato di accordare l'urgenza ad un nostro progetto di legge, ne avesse iniziato l'esame.

In secondo luogo, desideriamo impegnare il Governo a fare quello che esso afferma di aver ritenuto giusto di fare (ma che noi non sappiamo se è stato fatto, anche perchè gli effetti di quest'azione non si conoscono) e ad intervenire perchè siano precisati i po-

teri degli Enti locali. Il Ministro ci dice, ora, nella sua ultima replica, che ha già inviato una circolare nel senso auspicato. Ne prendo atto con soddisfazione e spero che questa circolare non faccia la stessa fine di tantissime altre che giacciono negli uffici dei medici provinciali, ma che ci sia un'azione di vigilanza tale da consentire l'effettiva attuazione del citato provvedimento.

In terzo luogo, chiediamo anche un appoggio morale agli Enti locali che si trovano in particolari condizioni. Quindi, niente rivoluzione; credo che tutto questo non sia fuori del sistema logico entro cui il Governo si muove.

Chiediamo infine che lei, onorevole Ministro, d'accordo coi Ministeri del lavoro e dell'industria, promuova un'azione a cui partecipino tecnici e organizzazioni sindacali. Niente altro chiediamo.

M A R I O T T I, *Ministro della sanità*. Ripeto di accettare l'ordine del giorno come raccomandazione.

M A C C A R R O N E. Se lei non lo avesse commentato in un modo politico che non posso condividere, mi sarei dichiarato soddisfatto; ma poichè il suo commento coinvolge la mia responsabilità, non posso condividere i motivi addotti.

P R E S I D E N T E. Ho presentato io stesso il seguente ordine del giorno:

Il Senato,

considerati gli inconvenienti che derivano dalla attuale disciplina in fatto di assistenza ospedaliera, per la quale gli Ospedali sono astretti, per legge, solo al ricovero degli affetti da malattie acute e subacute;

considerato che, secondo lo spirito e la lettera della Costituzione, anche gli affetti da malattie croniche hanno il diritto di essere ricoverati, secondo quanto ordinano, in linea morale, scienza e coscienza;

considerato che la situazione è specialmente grave nella città di Roma che, come Capitale, dovrebbe dare l'esempio di un

avviamento a risoluzione dei problemi inerenti al ricovero e alle speciali cure dei cronici lungodegenti;

considerato di più che, tra l'altro, un inconveniente imprevedibile si ravvisa nel vantaggio indebito emergente a pro degli Ospedali riuniti di Roma per ogni malato cronico avviato alle cosiddette istituzioni convenzionate, e, in pratica, subappaltanti, alle quali sono corrisposte rette che variano, nell'ordine, da lire 1.000 a lire 1.700, di fronte a lire 5.500 richieste dagli Ospedali riuniti nelle corsie comuni dei loro nosocomi, nella stessa misura, cioè, delle diarie stabilite per i malati acuti;

invita il Governo a mettere allo studio coordinato, nel quadro della Riforma ospedaliera, la parte speciale che dovrà riguardare il ricovero degli infermi cronici lungodegenti, materia finora non disciplinata legislativamente, pur di fronte all'aumento della popolazione anziana in dipendenza dell'aumento della cosiddetta « vita media »;

a considerare l'opportunità del riconoscimento giuridico degli Istituti geriatrici esistenti, in modo da poter affidare agli stabilimenti specializzati medesimi i malati cronici lungodegenti secondo i progressi della medicina sociale;

a costituire, traendo partito dai detti stabilimenti specializzati, degli impianti pilota nella città di Roma;

a stabilire per il ricovero degli infermi cronici lungodegenti una retta statale determinata dal competente Ministero della sanità, per eliminare la aberrante e dannosa forma di subappalto da parte degli Ospedali riuniti nei confronti delle autonome Istituzioni geriatriche.

M A R I O T T I, *Ministro della sanità*. Lo accetto come raccomandazione.

P R E S I D E N T E. Chiedo alla Commissione se essa intenda far proprio questo ordine del giorno.

Se non si fanno osservazioni esso si intende approvato dalla Commissione.

I senatori Zanardi, Maccarrone, Cassese, Tomasucci, Minella Molinari Angiola hanno presentato il seguente ordine del giorno:

Il Senato,

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

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

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

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

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

M A R I O T T I, *Ministro della sanità.*
Comprendo le ragioni che hanno indotto i colleghi a presentare questo ordine del giorno. C'è stato, per lo scopo indicato, uno stanziamento di 130 miliardi, la cui razionale utilizzazione è ora all'esame del Ministero della sanità e di quello dei lavori pubblici. È stata appositamente costituita una Commissione, presieduta dall'onorevole de' Cocci, che si è incontrata sia col Ministro della sanità che col Ministro dei lavori pubblici, e si attende ora la sigla del ministro Colombo per dare attuazione concreta al provvedimento. Penso, inoltre, che non ci fermeremo qui, ma che vi saranno altre somme a disposizione, anche in via straordinaria, per il prossimo anno. Anzi, a questo proposito devo dire di essere informato che somme vengono concesse da molte parti per lo scopo cui fa cenno l'ordine del gior-

no, e di questo in certo senso mi dolgo, perchè ciò significa che qualcuno è a conoscenza delle iniziative del Ministro della sanità e di quello dei lavori pubblici, a loro insaputa. Ma dico questo soltanto per inciso.

Ora, devo dire che, anche se in realtà la situazione ospedaliera presenta delle carenze cui si fa cenno nell'ordine del giorno, non manca tuttavia qualche dato positivo, costituito dal fatto che 130 miliardi sono a disposizione per portare a compimento quegli ospedali la cui costruzione è stata iniziata, ma non terminata e che non sono pochi.

E anche dal punto di vista della distribuzione regionale, abbiamo tenuto conto del Mezzogiorno, che è il più bisognoso, e vi abbiamo assegnato circa il 70 per cento dello stanziamento: il restante 30 per cento è stato suddiviso tra il Centro e il Nord. Quindi, questo passo è stato fatto; si deve ora avanzare rapidamente, afferma il senatore Maccarrone. Ma costruire un ospedale non è cosa da niente, specialmente quando si tratta di ospedali autonomi, e quando i Consigli di amministrazione ancora non ci hanno fatto pervenire i progetti di massima; ragion per cui avevamo suggerito di ricorrere ad edifici prefabbricati, anche se alcuni esperti hanno detto — io non sono un tecnico in questa materia e quindi mi devo rimettere a quanto mi si dice — che la prefabbricazione presenta alcune carenze, per esempio, per quanto riguarda il riscaldamento o il condizionamento dell'aria. In ogni modo, mi sembra che già vi sia un segno evidente della volontà politica del Governo di risolvere anche questo problema: diamo tempo al tempo. Cerchiamo, intanto, di avere un piano esecutivo tale da garantire che la somma venga utilizzata, e credo che fra due o tre mesi cominceremo a spendere questi miliardi. Non vedo quindi la ragione di questo ordine del giorno, anche perchè la situazione ospedaliera è rimasta ferma per anni ed anni e non si può pretendere che questo Governo riesca, in breve volger di tempo, ad affrontare tutti problemi di fondo che angosciano il nostro settore sanitario. In-

tanto qualche cosa è stata fatta: prendiamone atto.

Z A N A R D I . Insistiamo nel nostro ordine del giorno.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Ma non ne vedo la ragione! La somma è a disposizione: sarà forse insufficiente, però voglio richiamare l'attenzione dei proponenti sul fatto che non possiamo essere troppo avveniristi, perchè ogni attività umana è strettamente legata alle risorse monetarie del Paese. Per il momento, 130 miliardi sono una somma considerevole, oltre i normali stanziamenti in bilancio.

M A C C A R R O N E . Vorrei spiegare le ragioni per le quali la risposta del Ministro non può essere considerata una risposta al nostro ordine del giorno. Il Ministro, permanentemente, ci rivolge una domanda alla quale noi, permanentemente, diamo la stessa risposta, a costo di essere noiosi: volete essere avveniristi o volete rendervi conto della situazione in cui ci troviamo? Noi non vogliamo essere avveniristi, però vogliamo che il Governo si renda conto della situazione in cui ci troviamo e non presenti delle soluzioni o dei giudizi che, secondo la nostra opinione, non corrispondono a questa situazione.

E dico questo perchè è vero che dal maggio al settembre 1965 sono passati solo cinque mesi, di cui quattro di gestazione parlamentare, più quegli altri, che lei ben conosce, di gestazione governativa per stanziare qualcosa in più di quanto già la legge Tupini prevede per l'edilizia ospedaliera e per le opere ospedaliere in genere; però noi non abbiamo la sua stessa sensazione circa il grado di avanzamento dei lavori, onorevole Ministro, della Commissione interministeriale, presieduta non sappiamo se dal Ministro dei lavori pubblici o dall'onorevole de' Cocci; le notizie che noi abbiamo sono leggermente diverse, o erano leggermente diverse, da quelle che lei oggi ci fornisce. Intanto, questa Commissione non ha concluso i suoi lavori nemmeno per quanto riguarda la determinazione dei criteri per

la ripartizione delle somme, e questo è già grave, perchè la disposizione di legge stabiliva, in certo modo, preventivamente i criteri di distribuzione delle somme stanziare.

In secondo luogo, il Ministero dei lavori pubblici continua a impegnare il predetto stanziamento, e, soprattutto, il fondo della legge Tupini, che tuttora esiste, con telegrammi di cui lei si è lamentato, e che rivelano criteri non conformi a quella organicità di scelte a cui è ispirata la legge in questione.

In terzo luogo, se è vero che noi mettiamo in movimento 130 miliardi — ma tutto sommato saranno poi un po' meno — è però anche vero che di questi, sei devono essere reperiti nel bilancio dello Stato e il resto su quello degli Enti ospedalieri, e quindi degli Enti locali.

P E R R I N O . Si tratta di mutui trentacinquennali!

M A C C A R R O N E . Vogliamo creare un ordine di priorità? Noi chiediamo in questo ordine del giorno che il Governo si renda consapevole del fatto che questa legge, così come è, con le procedure che segue, coi ritardi con cui viene utilizzata dal Governo, non è un'inizio, ma lascia le cose come stanno.

È quindi la nostra una posizione critica — che ella, giustamente, dal suo punto di vista, ha respinto — nei confronti di questo inizio che comincia a zoppicare, perchè la Sanità non interviene come dovrebbe intervenire, con un suo programma preciso di esigenze sanitarie, su una Commissione interministeriale che dovrebbe preoccuparsi soltanto del coordinamento tecnico-esecutivo sul piano della realizzazione costruttiva. Inoltre, ci chiediamo: perchè, ancora a distanza di sei mesi, nonostante il lungo lavoro preparatorio, il Governo non ha ancora fissato i criteri precisi, non ha emanato istruzioni per la raccolta di queste domande, di questi progetti?

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Chieda, ad esempio, al suo compagno di partito Barbieri, sindaco di Scannicci, se

BILANCIO DELLO STATO 1966

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)

non è contento di aver avuto un ospedale nel suo comune?

M A C C A R R O N E . Onorevole Ministro, questo non vuol dire assolutamente nulla e non esclude che, ancora una volta, questo Governo utilizzi la legge del 1965 a spizzico, e non secondo un preciso programma.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* No, il programma è stato fatto.

M A C C A R R O N E . Allora ce lo faccia conoscere e potrebbe darsi che io mi dichiarassi soddisfatto...

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Il piano è già stato elaborato e perfezionato, ma è alla firma del Ministro del tesoro che deve dargli la copertura finanziaria.

M A C C A R R O N E . Potremmo conoscere questo piano?

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Venga al Ministero della sanità e glielo farò vedere.

M A C C A R R O N E . Sono convinto che il piano non esiste.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Non deve pensare che le stia dicendo delle cose non vere! Le ripeto di venire al Ministero della sanità e lei vedrà il piano.

M A C C A R R O N E . Allora perchè lei non accetta il nostro ordine del giorno?

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Perchè vi si dice che gli stanziamenti sono insufficienti.

M A C C A R R O N E . Ma è lei stesso che lo dice!

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Le risorse del Paese sono quelle che sono: esso dà quello che può dare!

M A C C A R R O N E . Ma noi non chiediamo nuovi fondi: diciamo che essi sono insufficienti e vogliamo un sollecito interessamento del Ministro al riguardo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Un ospedale non si costruisce in due o tre mesi, senatore Maccarrone!

T O M A S U C C I . In ogni caso, il piano, almeno, per quello che posso dedurre, nella mia regione, è fatto con criteri che si usavano dieci anni fa; potrei citare ospedali che sono stati iniziati dieci anni fa per centinaia di milioni e restano tuttora incompiuti!

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Noi intendiamo dare precedenza assoluta al compimento degli ospedali già iniziati.

P R E S I D E N T E . Il senatore Maccarrone insiste nel sottoporre alla Commissione l'ordine del giorno presentato dal suo Gruppo?

M A C C A R R O N E . Noi abbiamo parlato chiaro: abbiamo presentato un ordine del giorno; il Ministro ha detto di non poterlo accettare perchè contiene delle inesattezze. Io, irriverentemente, insisto sulle mie inesattezze; anche il Ministro insiste e afferma che darà la prova di queste inesattezze. A questo punto, allora, il mio giudizio non può essere più quello di ieri, bensì deve essere interlocutorio: vedrò il piano. Se è vero che i fondi non restano inutilizzati, e se è vero che le direttive che sono state seguite sono soddisfacenti, allora il mio ordine del giorno non avrà più ragione di essere, ma se non saranno soddisfacenti, allora ho ragione di insistere.

P R E S I D E N T E . Non mi è chiaro se il suo ordine del giorno si intende ritirato, ovvero se lei insiste perchè sia votato.

M A C C A R R O N E . Premesso quanto ho detto, insisto affinchè l'ordine del giorno sia sottoposto al voto della Commis-

BILANCIO DELLO STATO 1966

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

sione, e sarà la Commissione, se crede, a respingerlo.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'ordine del giorno dei senatori Zanardi, Maccarrone, Cassese, Tomasucci, Minella Molinari Angiola.

(Non è approvato).

Segue un ordine del giorno del senatore Perrino. Ne do lettura:

Il Senato,

ravvisando la necessità e l'urgenza della qualificazione professionale del personale di assistenza sanitaria, quale fondamentale elemento della annunciata riforma ospedaliera,

sollecita il Ministro della sanità perchè — d'intesa col Ministro della pubblica istruzione — promuova l'attuazione — nel quadro dell'istruzione professionale — dell'Istituto professionale di Stato per l'assistenza sanitaria, fine a se stesso e preparatorio alle scuole-convitto per infermiere professionali ed altri enti affini.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Io potrei anche accogliere l'ordine del giorno del senatore Perrino; però sarebbe meglio, invece di proporre un ordine del giorno, che si facesse pressione nei confronti del Ministro della pubblica istruzione.

P E R R I N O . Si sta facendo da tempo.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Io ieri non ho toccato — e non a caso — il grosso problema che riguarda il coordinamento di certe situazioni in cui si trovano ospedali e università. Devo dire con molta chiarezza che su questo problema non mi sono trovato d'accordo con gli indirizzi del Ministero della pubblica istruzione. Secondo me, è un problema estremamente scabroso: probabilmente il Ministro della pubblica istruzione non può non risentire di certe tendenze che vengono dalle università. Il problema dovrebbe trovare soluzione nel giusto mezzo, vedendo cioè quali interessi possono essere contemperati. Da

questo problema discende come corollario quello delle scuole. Il guaio è che, quando si devono dare contributi, la Pubblica istruzione non vuol concorrere, cioè vuole gli onori, ma non gli oneri. Pertanto, sono ben felice di accogliere l'ordine del giorno.

P R E S I D E N T E . Segue un ordine del giorno che reca la mia firma ed è del seguente tenore:

Il Senato,

considerata l'importanza crescente che nella vita delle Nazioni vanno assumendo le materie teorico-applicative che attengono a igiene e sanità;

considerate e struttura e finalità della Organizzazione mondiale della sanità delle Nazioni Unite, il cui funzionamento corrobora la interdipendenza dell'igiene e sanità pubblica delle Nazioni e dei Continenti;

considerato che nelle altre Nazioni esistono vere e proprie facoltà universitarie di sanità pubblica,

fa voti che anche in Italia, accanto ad una ormai indilazionabile e già profilata Scuola di sanità pubblica per i funzionari addetti al settore, sia istituito un corso di laurea in « sanità pubblica » in almeno una Università del Paese, con opportuno piano di studi, inteso a potenziare l'azione e i programmi del Ministero della sanità.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Lo accolgo senz'altro.

S A M E K L O D O V I C I . Ho letto con molta attenzione il testo dell'ordine del giorno, di cui condivido le nobilissime finalità. Peraltro, onorevole Presidente, vorrei ricordare che più di una volta, e precisamente anche con un mio ordine del giorno del 20 giugno 1961 accolto dal Governo, è stata auspicata la ricostituzione della gloriosa Scuola di sanità, fondata dal Pagliani nel 1899, che è assolutamente indispensabile e la sede più adatta per la formazione di quei funzionari che dovranno presiedere alla sanità pubblica. Consta che anche l'onorevole Ministro Mariotti recentemente

ha confermato l'accoglimento di questi voti. Ora, preconizzare anche l'istituzione di una laurea in sanità pubblica, mi sembra un po' voler anticipare i tempi. Comunque trattasi di specializzazione e di argomento che ritengo sia opportuno sottoporre all'alto giudizio del Consiglio superiore della pubblica istruzione. Pertanto, pur aderendo allo spirito della proposta, non ritengo tuttavia di poter votare a favore dell'ordine del giorno specifico.

M A R I O T T I, *Ministro della sanità*. Devo dire anzitutto che ho presentato un disegno di legge sull'istituzione della Scuola superiore di sanità. Senonchè, ad un certo punto, si è posto il problema che a capo di tale Scuola deve esser posto un direttore generale, ed il Ministro del tesoro ha comunicato di non avere i fondi necessari. A quest'ora la Scuola sarebbe quindi già un fatto compiuto, se vi fosse stata la necessaria copertura. Il problema rimane tuttavia attuale. Il fatto che vi sia un ordine del giorno della Commissione può comunque essere utile per sostenere, in seno al Governo, che non si tratta soltanto di un'aspirazione del Ministro della sanità, ma del Parlamento.

L O M B A R I. Due o tre anni fa, abbiamo concesso un contributo alla Università di Bologna per un corso di diritto sanitario, che si proponeva di dare all'Amministrazione sanitaria funzionari competenti ed aggiornati alle esigenze di un organismo che tende a rinnovarsi e a modernizzarsi. L'ordine del giorno del Presidente Alberti, approssimativamente, riprende l'argomento per arrivare allo stesso fine.

P R E S I D E N T E. Abbiamo esaurito l'esame degli ordini del giorno. La parola è ora al relatore senatore Caroli per la sua replica conclusiva.

C A R O L I, *relatore*. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, nell'accingermi ad una brevissima replica, debbo dire anzitutto la mia viva soddisfazione per la dichiarata adesione di molti colleghi — adesione in tutto o in parte — alla rela-

zione da me svolta. Questa concordanza di vedute per me significa effettiva e responsabile disponibilità della Commissione di sanità del Senato per l'attuazione di una moderna, democratica e organica politica sanitaria nel nostro Paese, così come nella relazione si auspica.

Questo obiettivo rilievo — che emerge da una discussione assai elevata e competente, nella quale si sono ovviamente manifestati anche particolari punti di vista, corrispondenti alle diverse posizioni politiche degli oratori — deve essere registrato come segno di sostanziale progresso e di immediata premessa a quel forte e coraggioso lavoro che ci attende — ed è bene ricordarlo — oramai alla metà della presente legislatura.

Gli urgenti problemi da risolvere premono, le grandi linee della programmazione sanitaria sono indicate, tutti i cittadini attendono delle buone leggi, e quindi il tempo a nostra disposizione deve essere speso bene.

Io penso che possiamo trovarci d'accordo su queste constatazioni, le quali ci investono come rappresentanti del popolo e ci richiedono ulteriore energia morale e rinnovato slancio di dedizione al bene comune.

Ed ecco perchè sono sinceramente ottimista e confido che alle parole possano seguire i fatti, cosicchè sia chiara a tutti la nostra ferma volontà di legislatori di recare un decisivo contributo allo sviluppo civile e democratico del Paese anche nel settore — così primario per la persona umana e per il cittadino — della tutela della buona salute fisica, psichica e lavorativa.

A tal fine, dobbiamo dare atto al Governo di aver recepito nel suo programma un incisivo avanzamento dei servizi sanitari e di aver mostrato una viva sensibilità per adeguare le attuali strutture ai crescenti bisogni della popolazione.

È vero, i più impegnativi progetti del Ministero della sanità non ci sono ancora ufficialmente noti — anche se ieri ne abbiamo avuta vasta notizia dal nostro Ministro — perchè sono di recentissima presentazione al concerto dei ministri interessati, e quindi dovranno essere messi a punto,

tenendo anche il debito conto delle istanze delle categorie sanitarie, nel Consiglio dei ministri, come logica e democratica espressione della volontà politica della coalizione governativa; ma non vi è dubbio che noi attendiamo questi disegni di legge con fiducia di trovarli rispondenti al dettato costituzionale come agli impellenti bisogni da soddisfare nel Paese, e che al tempo stesso ci ripromettiamo di recare — secondo il nostro diritto e dovere di legislatori — tutta la competenza, la passione, la determinante volontà di cui siamo capaci per offrire nuove leggi fondamentali che garantiscano insieme la libertà ed il progresso del nostro popolo anche nel campo sanitario.

Entrando per alcuni momenti nel merito degli interventi, devo rilevare la concordanza con il senatore D'Errico per il maggiore impegno nella lotta contro i tumori, che rappresentano certo una delle più micidiali ed insidiose malattie. Al rafforzamento e miglioramento delle strutture di organizzazione della Lega per la lotta contro i tumori, va aggiunto quello della ricerca negli istituti specializzati e del *dépistage* di massa, sugli esempi già altra volta citati.

Il senatore Perrino ha giustamente invocato adeguati strumenti e mezzi economici per l'ONMI, ed io non posso che sottolineare quanto già da me detto in proposito. Vorrei aggiungere anche che il servizio degli asili-nido non è previsto che sia gratuito dal regolamento di attuazione della legge del 1925 e si parla chiaramente di « contributi delle famiglie in normali condizioni economiche » nel paragrafo relativo del Capitolo VII del Programma quinquennale del Governo (pag. 65). Questo per comprendere l'attuale direttiva dell'ONMI di far partecipare alle spese coloro che lo possono (fino al massimo circa di 500 lire al giorno) e di graduare questa partecipazione in modo diverso secondo il reddito, fino alla prestazione gratuita per i non abbienti. Del resto, la famiglia risparmia sul suo bilancio ordinario inviando il bambino all'asilo-nido, e cioè risparmia il costo della colazione, del pasto, della merenda, della biancheria e relativo lavaggio, del servizio di sorveglianza. L'attuale disciplina degli asili-nido funzio-

na, del resto, senza reclami di sorta in almeno 79 provincie, e consente all'ONMI di investire altri fondi in nuovi asili-nido e corrisponde alle severe esigenze del bilancio deficitario. Lo stesso Ministro della sanità, nel suo discorso in occasione del quarantennio dell'ONMI in Campidoglio, del 2 maggio scorso, diede atto al Presidente dell'Opera, onorevole Gotelli, di agire correttamente, quando affermò: « Mi consenta anche di darle atto di una saggia amministrazione che ha consentito fino ad oggi di dare allo Stato un organismo vivo e vitale ». Ieri il Ministro fece un accenno, che ha trovato particolare accoglimento da parte mia, perchè dimostra che il Ministro è d'avviso che, almeno nel Meridione, tutti i bambini siano accolti gratuitamente, stante le ben note condizioni economiche di quella parte di Italia. Non c'è che da auspicare che ciò possa avvenire, ma purtroppo occorrono altri mezzi, perchè questo fine si possa raggiungere.

Per quanto riguarda l'intervento del senatore Maccarrone, egli mi consentirà di rimarcare che esiste, ed è chiara nei propositi e nei fatti, la volontà del Governo di affrontare in modo organico e moderno i problemi della politica sanitaria. Certo, questo avverrà nel rispetto di un sistema che tenga conto della libertà dei cittadini e che quindi respinga il monopolio dello Stato nel settore. Ma per noi questo è garanzia di progresso e di civiltà, e non significa affatto immobilismo e rifiuto di conseguire tutti gli obiettivi di sviluppo che il Governo si propone.

Entrando in alcuni dettagli del discorso del senatore Maccarrone, dirò che i problemi particolari della medicina scolastica e sociale troveranno adeguata e capillare soluzione in quelle nuove strutture — che si chiamino Unità o Circoli sanitari locali — la cui istituzione con compiti preventivi è indicata dal Piano quinquennale ed è da noi sollecitata al Governo come prioritaria. E così pure una più collegata raccolta del sangue ed una revisione ed un completamento della rete di smaltimento dei rifiuti e di rifornimento idrico, sono esigenze che si pongono con grande urgenza.

Con quest'ultimo argomento mi collego anche a quanto ebbe a dire, con interessanti osservazioni, la senatrice Minella Molinari per la città di Genova ed in generale, specialmente in riferimento all'inquinamento atmosferico; a questo proposito anche io mi permetto di cortesemente sollecitare il nostro Presidente, il relatore senatore Ferromi e tutti i colleghi di fare quanto loro è possibile perchè non siano frapposti ulteriori indugi alla ulteriore discussione e approvazione del disegno di legge n. 923.

P R E S I D E N T E . La prossima seduta sarà dedicata all'esame e alla discussione di questo provvedimento.

C A R O L I , relatore. Importanti sono anche i richiami alla prevenzione degli infortuni sul lavoro, che ci trovano tutti concordi nel predisporre una regolamentazione assolutamente rispettosa della salute di quanti operano nelle aziende pubbliche e private.

Al senatore Pignatelli va l'incondizionato assenso al passaggio nel Ministero della sanità, non solo delle competenze sanitarie oggi sparse in molti rami dell'Amministrazione statale, ma altresì del relativo personale. Per quanto riguarda le condotte mediche ed ostetriche, è unanime il desiderio del loro migliore e più moderno impiego nell'ambito delle strutture sanitarie di base. Se ne è parlato diffusamente in questi giorni (15-18 settembre) a Roma al XXXIX Congresso nazionale dell'Associazione medici condotti, e vogliamo qui dire ai medici condotti la nostra riconoscenza per la loro opera insostituibile. E poichè dubbi e timori sono serpeggiati fra i condotti, desideriamo tranquilizzarli che essi nulla perderanno delle mansioni preventive e curative che oggi esercitano, ma saranno anzi chiamati a svolgere prestazioni sempre più qualificate ed utili alla popolazione.

Il senatore Pignatelli ha anche ricordato la stasi della legislazione riguardante le farmacie: io stesso avevo detto che da troppe legislature la questione si trova ferma in Parlamento e che occorre sbloccarla. Anche questo è lasciato alla nostra so-

lerzia ed alla nostra capacità di mediare le diverse esigenze delle categorie interessate, come degli enti locali.

Concludo, ribadendo i concetti ispiratori di tutta la mia relazione e ringraziando tutti coloro che sono intervenuti, perchè con i loro interventi hanno vivificato e reso importante questo dibattito. Un ringraziamento particolare vada all'onorevole Ministro. Ci auguriamo che — nella nostra veste di legislatori attenti e gelosi delle prerogative parlamentari — sappiamo confortare e, se occorre, stimolare il Governo per lo svolgimento di quella moderna politica sanitaria che ha bisogno così del nostro voto come del nostro originale e indeclinabile apporto di esperienza e di volontà realizzatrice.

Onorevoli colleghi, con le osservazioni di cui alla relazione, vi prego di voler dare il vostro voto favorevole al parere sullo stato di previsione del Ministero della sanità.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il senatore Caroli per la sua puntuale e circostanziata replica.

Passiamo, ora, alle dichiarazioni di voto.

S A M E K L O D O V I C I . Annunzio senz'altro il mio voto favorevole e desidero esprimere un vivissimo elogio per il perspicuo parere del senatore Caroli, nonchè confermare le dichiarazioni che ho avuto occasione di fare ieri, immediatamente dopo l'esposizione così esauriente dell'onorevole Ministro.

P E R R I N O . Ho già espresso il mio parere sulla relazione del collega Caroli, che definii ampia e circostanziata. Non ho pertanto che da rinnovare tale mio apprezzamento.

Devo tuttavia fare alcune osservazioni che naturalmente travalicherebbero dal parere del senatore Caroli all'esposizione molto panoramica del signor Ministro, il quale vi ha dedicato praticamente tutta una seduta della nostra Commissione, del che gli sono personalmente grato, augurandomi che vi siano periodicamente di questi contatti atti ad

illuminarci in ordine ai problemi che urgono nel campo della sanità.

Voglio subito rilevare nel parere del senatore Caroli un'affermazione che è ribadita, con una certa documentazione, sull'ONMI, e precisare che non ho inteso, nella mia critica della seduta precedente, muovere appunti all'opera del Ministro, ma ho tenuto solo a sottolineare come, con la carenza dei mezzi a disposizione, l'ONMI sia costretta a svolgere una politica di austerità che finisce per risolversi in una disfunzione dell'Ente.

Il senatore Caroli si richiama alla legge istitutiva del 1925 ed alla dichiarazione contenuta nel programma quinquennale. È esatto che l'ONMI, dal 1925, ha fatto pagare per accogliere i bambini negli asili-nido: io, in tempi passati, ho pagato per i miei figli, ed oggi pago per i miei nipoti. Si è sempre pagato, ma con quella discrezione necessaria, che oggi si intende abolire, perchè si intende livellare tutto e far pagare indiscriminatamente tutti, partendo dal concetto che tutti possono e debbono farlo, sia pure nelle dovute proporzioni.

A seguito di queste disposizioni, gli asili-nido della Maternità e infanzia, che rappresentano oggi la sola forza efficiente dell'ONMI, dopo che sono stati soppressi i refettori materni in considerazione del generale miglioramento economico, si sono vuotati dei quattro quinti dei bambini. Questa è una realtà inoppugnabile: se si conducesse un'inchiesta per regioni, si constatarebbe che ve ne sono alcune, dove gli asili-nido ospitano solo 5 o 6 bambini, e nell'Italia meridionale addirittura un solo bambino. Questa è la situazione che si è determinata e che bisogna superare.

Molto opportunamente, quindi, il Ministro ha dato disposizioni perchè il problema venga riesaminato e perchè si agisca con saggezza. Vi saranno indubbiamente località dove il pagamento di una certa quota sarà possibile, e si pagherà; ma ve ne sono altre dove ciò non è possibile. D'altro canto, è impensabile che l'ONMI si possa trasformare in una sorta di organo fiscale, che accerta le possibilità economiche delle singole famiglie.

Tutto questo ho voluto dire per sottolineare il problema che non investe soltanto la responsabilità del Ministro della sanità, ma di tutto il Governo. Questo problema non può essere ignorato nè trattato con la politica dei pannicelli caldi, perchè la situazione va sempre più deteriorandosi. Oggi vi sono, poi, 60-70 nuove istituzioni, (case dell'ONMI), che sono già pronte ed efficienti, ma che non possono iniziare la loro attività, perchè non hanno mezzi sufficienti.

È stato fatto un accenno ai medici condotti. Io sono del parere che il medico condotto sia un'istituzione tipicamente italiana. Ho osservato ieri che dati recenti mostrano che gli iscritti nell'elenco degli aventi diritto all'assistenza sono, nella maggior parte delle regioni italiane, nella misura dell'1 per cento, con punte massime del 7 per cento della popolazione. Sfido chiunque a dimostrare che con queste percentuali la condotta medica può essere mantenuta nella sua strutturazione attuale. Mi guardo bene dal parlare di soppressione delle condotte, ma ritengo necessario un loro adeguamento alla nuova realtà di un mondo che cammina e che ha le sue esigenze. Se è vero che la medicina cammina in senso preventivo, anche la condotta medica deve essere trasformata. Esiste ormai, ad esempio, un intimo legame tra la medicina scolastica e la condotta medica, ed è compito specifico della Sanità fare in modo che le condotte assorbano il settore della medicina scolastica, cioè della medicina preventiva, perchè è fuori di dubbio che quest'ultima si attua attraverso le scuole. Ciò — oltre tutto — costituirebbe una notevole economia per le stremate finanze di tutti i Comuni d'Italia.

Circa le farmacie rurali, credo di poter attribuire al Ministro l'intenzione di risolvere prima questo problema, per affrontare poi quello più vasto di tutta la legislazione farmaceutica, che è sul tappeto da molti anni ed è diventata quasi una favola.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Io credo di avere il coraggio di dire come stanno le cose: sarebbe bene che lei precisasse che, se questa situazione è una fa-

vola, lo è solo per colpa di chi ritiene ancora che anche in quel settore non si debba cambiare nulla.

P E R R I N O . Chiarirò il mio pensiero. C'era l'impegno di risolvere la questione delle farmacie in genere. Comunque, per quanto riguarda le farmacie rurali, convergo nell'impostazione che questo problema vada risolto subito. Ho detto però che sarebbe assurdo pensare di risolverlo *in toto*, nel senso di voler dare la farmacia anche ai Comuni con popolazione al di sotto dei 1000 abitanti.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Sono d'accordo.

P E R R I N O . Ella ha annunciato un disegno di legge che dovrebbe essere incentrato sul concetto di utilizzare i mezzi a disposizione. Ci sono 800 milioni che oggi gli Enti mutualistici distribuiscono alle farmacie rurali attraverso la Federazione degli Ordini, ritenendo che la capillarità del servizio sia da garantire ai fini della assistenza mutualistica. Possono essere migliorati i mezzi. Esiste un contributo annuale che le farmacie urbane pagano in forza di una vecchia legge, ma tale contributo potrebbe essere integrato. Non casca il mondo se nel bilancio della Sanità si istituisce un contributo di due o trecento milioni per assicurare un aiuto a tutte le farmacie nei Comuni tra i 1000 ed i 3000 abitanti.

Esiste un disegno di legge d'iniziativa parlamentare improntato a questi concetti. Vorrei cogliere l'occasione per rivolgere al Presidente la preghiera di metterlo all'ordine del giorno — dal momento che questo problema sta a cuore anche all'onorevole Ministro — per potere affrontare e risolvere il grave problema.

Infine, si è parlato del problema ospedaliero. In proposito il Ministro ha fatto una esposizione molto ampia, in chiave polemica. Oggi lei, signor Ministro, nei suoi interventi è stato molto felice, del che la ringrazio.

È stato posto il problema degli ospedali psichiatrici, il cui dramma è lo stesso de-

gli altri ospedali. Vi è una carenza di posti letto, ma io desidero dire al senatore Mac-carrone, per quanto mi risulta, che in quel tal piano ospedaliero finanziato con i primi 130 milioni, che fanno carico sul bilancio del 1965 e del 1966, sono stati previsti larghi investimenti per gli ospedali psichiatrici. Questo sta a significare che il Ministero dei lavori pubblici e il Ministero della sanità hanno tenuto presente questo problema e che anche in questo settore si sta compiendo uno sforzo.

Posso non convenire su alcune affermazioni da lei fatte ieri, signor Ministro, però voglio dire, a titolo di onore del Dicastero della sanità, che in questa generale e manifesta volontà di rinnovamento vi è un dato che costituisce un punto luminoso nella storia sanitaria italiana, l'avere cioè fatto varare, d'accordo con il Ministero dei lavori pubblici e con tutto il Governo, quella famosa legge relativa alle costruzioni ospedaliere, la quale apre la via per la soluzione concreta del problema degli ospedali, superando la legge Tupini, che consentiva solo interventi limitati. Lei sa che la Cassa per il Mezzogiorno era già intervenuta con 30 miliardi esclusivamente per il Mezzogiorno, mentre ora ha abbandonato il settore ospedaliero per concentrare la sua politica sulle aree di sviluppo. Vi è ora un serio intervento e non è esatto dire che non ci sia stato un esame preventivo, che non vi siano state delle direttive. Una direttiva, per esempio, sulla quale la Commissione interministeriale è stata particolarmente rigida, riguarda la precedenza da dare agli ospedali rimasti incompiuti da dieci-quindici anni essendosi esauriti i benefici previsti dalla legge Tupini; ora la nuova legge rende possibile di avviare a soluzione questo problema, sia per quanto riguarda gli ospedali generali che gli ospedali psichiatrici.

Le affermazioni che nel campo degli ospedali psichiatrici, come in quello degli ospedali pubblici, ci siano determinate carenze e ve ne siano alcuni ad un così basso livello da offendere la dignità umana, sono esatte; però, per fortuna, si tratta di casi isolati: signor Ministro, mandi ad ispezionare ad esempio l'Istituto della Divina Provvidenza

costruito a Bisceglie da un pio sacerdote, in cui sono ospitati tremila malati, e vi troverà un trattamento umano e veramente decoroso!

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Per non andare tanto lontano, basta visitare l'ospedale psichiatrico di Roma e quello di Napoli!

P E R R I N O . Non escludo che vi siano casi di grave carenza, ed è compito certamente del Ministro provvedere, perchè questi ospedali psichiatrici dipendono dalle provincie e come tali sono soggetti alla giurisdizione diretta del Ministero della sanità.

Onorevole Ministro, lei ha parlato ieri difendendo la annunciata riforma ospedaliera. La riforma è una sua iniziativa, uno schema, per ora, nel quale, a mio avviso, vi sono molti aspetti positivi, ma ve ne sono anche altri che vanno approfonditi, perchè si tratta di questioni di fondo.

Quando lei afferma che l'autonomia degli ospedali è garantita, io le voglio ricordare simpaticamente che quando lei, nel febbraio scorso, è intervenuto all'Assemblea degli amministratori ospedalieri (erano presenti 2000 amministratori), fece un discorso che mi soddisfece profondamente e dal quale enucleai taluni concetti, uno soprattutto: la garantita autonomia degli ospedali. Lei ricorderà come a queste sue parole vi fu un tale susseguirsi di applausi che ella stessa ne fu commosso.

Ora, chi legge lo schema del disegno di legge nella sua attuale formulazione si domanda dove vada a finire questa autonomia. È vero che il provvedimento deve ancora passare per il concerto dei Ministri, e che in questa fase esso potrà e dovrà subire modifiche, ma io mi sto sforzando di capirne l'essenza *ante litteram*.

Quando lei parla di un fondo nazionale che dovrebbe essere amministrato dal Ministero della sanità, il quale dovrebbe, come Minosse, « giudicare e mandare », dove va a finire l'autonomia? Quando si dice che tutti gli ospedali, con il loro patrimonio, le loro attrezzature, il loro personale, passano all'Ente regionale o circoscrizionale, dove va a finire l'autonomia?

A suo tempo, certo non in questa seduta, la pregherò di voler cortesemente chiarire questi interrogativi.

È probabile che vi sia un equivoco; può darsi che la sua interpretazione sia diversa, ma oggi ciò che emerge dal contesto dello schema di disegno di legge è in netto contrasto con l'affermazione di autonomia da lei fatta autorevolmente in precedenza.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Il disegno di legge riafferma in pieno la autonomia!

P E R R I N O . È una sua opinione e perciò chiedo di essere illuminato.

Ho notato, comunque, che vi sono elementi positivi ed altri che vanno esaminati a fondo con la collaborazione di tutti gli interessati: la FIARO, che è la più qualificata; i medici, perchè credo che non si possa operare una riforma senza la loro collaborazione, e tutti coloro che partecipano, più o meno direttamente, alla vita ospedaliera. Con ciò la ringrazio.

S E L L I T T I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, dopo l'ampia, esauriente e soprattutto coraggiosa esposizione del signor Ministro, al quale oggi — a nome del mio Gruppo, quale parlamentare e soprattutto in qualità di medico ospedaliero di una zona depressa del Sud — do ampio riconoscimento dell'inflessa e fruttuosa fatica alla quale si sottopone, nonché delle immense e numerose difficoltà che incontra nello svolgimento della sua opera, sento il dovere di dare il mio voto favorevole al bilancio di previsione per l'anno 1966.

Le difficoltà che il Governo incontra nell'affrontare gli innumerevoli problemi igienico-sanitari, che da anni sono rimasti insoluti, non ci sorprendono, anzi confermano le nostre previsioni.

Quando in una società capitalistica ed immobilista in tutti i settori della vita del Paese, si osano affrontare e tentare di risolvere tanti problemi, cancellare tante brutture e rimuovere tante strutture arcaiche, quando le posizioni sanitarie precostituite da decenni

vengono così efficacemente attaccate, si comprende come la reazione si faccia ogni giorno più agguerrita. La classe medica e quella ospedaliera in ispecie, le classi lavoratrici, le popolazioni del Sud sono fiduciose nell'opera intrapresa dal Ministro e, a mezzo della mia modesta persona, esprimono il loro profondo riconoscimento e la loro incondizionata solidarietà. Con l'augurio, anzi con la certezza, che, sotto la sua intelligente guida, la programmazione quinquennale sanitaria compia il suo *iter* prestabilito, rinnovo la mia incondizionata ed illimitata fiducia.

T I B A L D I . Dico subito che darò voto favorevole, perchè noi, che siamo in Senato da diversi anni, siamo stati sempre impegnati nello sforzo di attuare la riforma delle farmacie e la riforma ospedaliera. Direi, anzi, che quest'ultima ha occupato molte delle nostre sedute, sempre finite in un nulla di fatto. Ricordo che, discutendosi della riforma stessa, ebbi a dire che tutte le nostre fatiche sarebbero finite in una legge stralcio riguardante gli assistenti e i primari, il che infatti è avvenuto. Non entro nei particolari in cui è entrato il senatore Perrino; comunque debbo constatare che, per la prima volta, viene veramente impostato il problema della riforma ospedaliera. A questo proposito, vorrei che l'onorevole Ministro tenesse presente un dato di fatto e cioè la differenza fra il Nord e il Sud, per quanto riguarda gli ospedali. Mentre nel Nord esiste una rete ospedaliera che è insufficiente solo per carenza di posti-letto, ma tuttavia sufficiente a garantire l'assistenza ai malati, da Roma in giù, o non esistono ospedali o, quando esistono, essi sono in gran parte in condizioni assolutamente disastrose. Ebbi una volta a ricordare in Aula che in una città abbastanza importante del Sud gli ammalati venivano messi due per letto. Ora io vorrei che l'onorevole Ministro tenesse conto, nell'impostazione schematica della riforma, di questa situazione; ma, in attesa che la riforma stessa giunga veramente in porto, come mi auguro, si dovrebbero sentire tutte le categorie, comprese le organizzazioni sindacali operaie, tutte oggi inte-

ressate al problema, perchè gli ospedali hanno cambiato completamente configurazione giuridica: prima erano istituzioni di beneficenza e di ricovero, mentre ora, con il progresso della medicina sociale, gli ammalati degli ospedali pagano tutti ed hanno quindi tutti i diritti. A questo proposito, raccomanderei di tener presente il grave fenomeno che si verifica con la ripartizione degli ospedali in prima, seconda e terza categoria: poichè ora gli ammalati pagano tutti nella stessa misura, essi hanno diritto ad avere le stesse cure; si stabilisca quindi quale deve essere l'ospedale tipo e questo sia l'ospedale di tutti; gli altri ospedali si elenchino nel capitolo delle astanterie, per le quali non è necessario disperdere i fondi che devono andare agli ospedali.

Augurandomi che i propositi espressi dalla nostra Commissione e dall'onorevole Ministro siano attuati, vorrei aggiungere, sempre a proposito della riforma ospedaliera, che bisognerebbe aprire i concorsi, e prego l'onorevole Ministro di vigilare, affinchè essi si svolgano regolarmente.

Un'ultima cosa per quanto riguarda le farmacie: mi auguro che anche la legge relativa a questo settore possa in questa legislatura essere affrontata e approvata, e vorrei far osservare che c'è stata una lunga discussione sulle farmacie rurali, in seguito alla quale eravamo arrivati alla conclusione che non si deve parlare di farmacie rurali, ma piuttosto di farmacie bisognose, dal momento che esistono delle piccole farmacie, in piccoli centri, che, trovandosi su strade molto transitate, hanno spesso introiti notevolissimi, per cui la classificazione deve essere fatta piuttosto in base al reddito.

Detto questo, non ho altro da aggiungere.

M A C C A R R O N E . Vorrei dire, onorevoli colleghi, che, nei limiti di una dichiarazione di voto, limiti che intendo rispettare, non è possibile dare una adeguata valutazione della ricca ed interessante esposizione fatta dall'onorevole Ministro. Sembrerebbe di immiserirla, confinandola in coda ad un dibattito peraltro aperto con un pregevole e altrettanto ricco, anche se diverso, parere del senatore Caroli. L'esposizione

del Ministro l'attendevamo da tempo, da tempo l'avevamo sollecitata; sarebbe stato secondo me, lo dico sommessamente, estremamente più utile collocarla all'inizio di questo dibattito, in sostituzione di quella nota preliminare tecnico-contabile che, per consuetudine ormai inveterata, siamo abituati a premettere ai bilanci (ora alle tabelle annessi ai bilanci) e che non ha alcun significato politico-amministrativo, nessun rilievo, nessun riflesso, soprattutto nessuna congenialità con il tipo di dibattito che si svolge oggi in Parlamento sul bilancio di previsione dello Stato.

Sarebbe stata quindi più utile questa esposizione, ripeto, se fosse stata introdotta, come nota preliminare politico-amministrativa al bilancio; e, aggiungerei, se mi è consentito, che essa (o i tratti essenziali di essa) sarebbe stata più utile, se fosse stata comunicata tempestivamente al Parlamento in quella relazione preliminare programmatica del Governo, che deve comprendere anche quello che il Governo stesso intende fare nell'anno al quale si riferisce il bilancio, in sede politico-legislativa e amministrativa, ed ovviamente quindi anche nel campo della sanità.

La nostra osservazione, prima dell'inizio dell'esame dello stato di previsione, è stata considerata irrituale e forse anche pretestuosa da qualche collega più saggio ed esperto della prassi parlamentare; ma, quando noi abbiamo sollevato tale questione, avevamo presente il disagio notevole nel quale ci saremmo trovati nel giudicare in questo momento politico — di fronte a questo tipo di bilancio, di fronte alla situazione politica ed economica del Paese quale essa è oggi — l'indirizzo della politica e dell'attività di un uomo, di un esponente del Governo, di un Ministro, al quale bisogna dare atto della sua opera, e bisogna collocare giustamente questa opera in un quadro generale, per dare a questo riconoscimento una rilevanza e una concretezza adeguate alla responsabilità che ciascuno di noi sente, quando esprime dei giudizi. Purtroppo, siamo estremamente lenti a rinnovarci anche nelle procedure più duttili, meno cristallizzate, meno sclerotiche, quali so-

no le procedure parlamentari, sottoposte soltanto alla sovranità dell'Assemblea e alle determinazioni degli organi che da noi scaturiscono. Siamo assai lenti a riconoscere, onorevole Ministro — da parte dell'Esecutivo — non dico la preminenza, ma le prerogative, legislative e d'altra natura, di una Assemblea così complessa e impegnata com'è quella parlamentare italiana, in una fase costituzionale e politica, quale quella che attraversiamo, profondamente travagliata e con chiari caratteri di transizione.

Vorrei sperare che queste considerazioni, più che rappresentare uno sfogo accademico e anche, se volete, un po' oratorio, oppure la soddisfazione personale di comunicare ai colleghi il frutto delle mie riflessioni, si potessero tradurre in qualcosa di concreto; ciò accadrà se ella, onorevole Ministro — se almeno il Ministro della sanità — terrà presente questa esigenza di informarci periodicamente sui progressi della sua attività, perchè credo che il concerto che noi ricerchiamo, concerto necessario, lo si trovi meglio e più compiutamente che altrove in sede parlamentare. Il concerto tra l'Esecutivo e le burocrazie ha il suo valore e il suo significato, previsto dalla Costituzione, attraverso l'autorizzazione del Consiglio dei ministri e del Presidente della Repubblica alla presentazione dei disegni di legge; ma vi è un concerto che l'Esecutivo instaura con i parlamentari, depositari di quella sovranità popolare, oggi costituita, istituzionalizzata, riconosciuta, preposta, direi, come lievito e sostegno a tutto l'ordinamento giuridico-costituzionale. Il Parlamento, secondo me, andrebbe quindi consultato più spesso, e più spesso andrebbe tenuta nel debito conto la sua opinione. Intendo dire che, se noi potessimo intavolare con l'Esecutivo un dialogo diretto, caratterizzato dalle esigenze immediate, dall'orientamento, dalla lotta politica, dal collegamento immediato con certi stati d'animo, con certi momenti della vita del Paese, e così via; se potessimo questo dialogo condurlo su una base più concreta, anche il concerto sarebbe più proficuo di quanto non sia stato finora; daremo una collocazione più naturale ai partiti

politici nella vita dello Stato, una collocazione che toglierebbe ai partiti stessi quel tanto di partigiano e di negativo che essi conservano come parte avulsa, laddove la Costituzione li ha voluti parte integrata e viva di tutto l'ordinamento. Avremo, così, anche una concezione diversa, nuova, più corrispondente allo spirito costituzionale dei rapporti tra maggioranza e opposizione; certe delimitazioni, certe discriminazioni, certe pregiudiziali si rileverebbero in tutta la loro portata negativa e potrebbero essere accantonate a vantaggio di tutti, onorevoli colleghi, a vantaggio, soprattutto, di una democrazia che non può essere cristallizzata, non può essere tarpata nel suo slancio, senza tradire un ideale fondamentale, per il quale noi abbiamo militato, abbiamo combattuto, abbiamo sofferto e per il quale oggi ci sentiamo impegnati.

È proporzionato questo discorso, onorevole Ministro? Probabilmente sì.

Vorrei che ella, signor Presidente, i colleghi ed il Ministro, ma soprattutto il Ministro, ritenessero giustificato il modo in cui sono intervenuto. Io stesso ho voluto spiegare la ragione per cui l'opposizione chiede al Governo un colloquio più insistente e di essere informata, di avere relazioni periodiche, di poter formare la sua opinione essa stessa, non su preconcetti, ma su dati di fatto, su precise scelte, su precise indicazioni.

Ora, venendo al bilancio, onorevole Ministro, e agli indirizzi che ci sono stati presentati, io non posso essere favorevole e non posso approvare nè l'uno nè gli altri, perchè mi è difficile astrarmi dalla realtà. Credo che nessuno di noi proporrebbe a se stesso o consiglierebbe di esprimere un giudizio conclusivo, astraendosi dalla realtà offerta da questo bilancio, da una realtà che ella, onorevole Ministro, ha caratterizzato molto bene in tutta la sua ampiezza, in tutta la sua complessità, scendendo addirittura, nella sua caratterizzazione, a motivi e momenti che ancora politici non sono, pur essendo presenti nella cronaca e nelle valutazioni dell'uomo della strada.

Noi non possiamo approvare questo bilancio che lascia insoddisfatti per la sua entità, per la sua composizione, per le scel-

te che esso fa. Non possiamo essere favorevoli ad un bilancio che ripete nella sua intelaiatura i bilanci precedenti.

La premessa del senatore Caroli è una premessa che deve avere delle conseguenze: non possiamo estrapolare tutta una serie di ragionamenti futuri, di intenzioni, di speranze, di buoni propositi, dalla realtà del bilancio e su di essi costruire un giudizio positivo, quasi facendo scaturire dalla naturale tendenza alla fiducia insita negli uomini e dalla considerazione dei loro sforzi e del loro sincero impegno, un giudizio che deve essere politico e che deve essere espresso soprattutto sugli atti politici, cioè, sui fatti.

Sono atti politici anche i propositi e gli orientamenti legislativi, ma di questo dirò tra un poco, concludendo la mia dichiarazione di voto.

Il bilancio del Ministero della sanità continua, anzi accentua, ripeto, il suo carattere tradizionale. L'operosità, lo spirito di rinnovamento, la capacità di intuito, l'energia, l'attivismo dell'onorevole Ministro, hanno cambiato la crosta, hanno cambiato l'involucro, ma questo involucro ancora racchiude la vecchia burocrazia, il vecchio indirizzo, la vecchia concezione, e continua a contenere i vecchi impegni tradizionali, basati sul trasferimento ad altri, sui contributi senza direttive, sull'accentuazione, anche, in un certo senso, dell'accentramento burocratico, talvolta necessario, ma di cui bisogna avere coscienza e proporsi di modificarlo, perchè questa necessità sia accettabile positivamente. L'accentramento è forse giustificato, temporaneamente, in una situazione di difficoltà in cui ella si trova, onorevole Ministro, ma non può essere una regola nè trovare nei provvedimenti legislativi in corso la sanzione anche per il futuro.

E questo involucro di speranza, di propositi ancora tiene avvolto, secondo me, molto, e molto di determinante, del vecchio indirizzo nel campo della sanità pubblica, come mi sono sforzato di dire, esemplificando alcuni casi.

Non possiamo essere favorevoli nemmeno per la linea che è stata proposta. Ono-

revoli colleghi, domandiamoci questo: votiamo sulla replica del Ministro o sul parere del senatore Caroli? Badate, ripeto, che non voglio essere malizioso o trovare contraddizioni anche dove esse non ci sono, ma vi sono differenze notevoli fra l'una e l'altro, e non solo di tono — anche se il tono è importante, perchè il tono fa la musica e la musica è il cibo dello spirito, un cibo irrinunciabile — ma differenze di linea. Nel Ministro abbiamo sentito l'accoramento per le difficoltà, la tenace volontà, dopo essersi scontrato contro un muro di conservatorismo, di ostilità e di incomprendimento, di continuare a percuotere questo muro; abbiamo trovato lo sforzo per individuare centri di resistenza e responsabilità qualificate, ed abbiamo sentito un orientamento che si tenta di incapsulare, ma che cerca a tutti i costi di emergere e di diventare una linea nel Paese, la nuova politica sanitaria del Paese. Abbiamo sentito anche delle affermazioni molto rigorose, di impegno politico, di cui prendiamo atto e di cui aspettiamo le conseguenze.

Nelle parole del senatore Caroli vi è invece uno sforzo di minimizzare nel riconoscimento delle difficoltà e delle lacune; vi è quell'atteggiamento del benpensante che lascia alla pazienza e al tempo la funzione di risolvere le cose, che critica l'opera dell'uomo, ma riconosce al tempo stesso con filosofia che l'opera è imperfetta e che quindi bisogna aver misericordia e comprensione perchè, in fondo, anche in quest'opera imperfetta qualcosa di buono c'è, e le imperfezioni hanno lontane scaturigini e sono forse imm modificabili.

Qual'è lo spirito con cui la maggioranza ed il Governo intendono affrontare i problemi della sanità? Quello a cui è improntato il parere sul quale non possiamo concordare, o quello che risulta dalla esposizione del Ministro, sulla quale vi è molto da discutere, perchè sarebbe indegno di noi non riconoscere la necessità di meditare a lungo su quanto un uomo responsabile di Governo ci ha detto?

Noi non possiamo essere favorevoli, dunque, alla linea proposta, per le contraddizioni interne della maggioranza. Se vi è un

tratto comune nelle due impostazioni, esso è rappresentato dalla speranza. Non è vero, senatore Perrino, che il Ministro sia un estemporaneo o un metereopatico che un giorno si presenta vivace ed il giorno dopo più cauto e riflessivo. Non credo proprio che si possa considerare mutevole l'umore del Ministro...

P E R R I N O . Non vada oltre il mio pensiero!

M A C C A R R O N E . Vi è un tratto comune, dicevo, ed è quello della speranza nel futuro. Onorevole Ministro, il futuro è già passato, perchè il futuro oggi si chiama tre anni di collaborazione di centro-sinistra, di vita di una maggioranza, all'interno della quale il travaglio ed il contrasto appare, agli occhi nostri e del Paese, troppo lungo per essere ancora giustificato e per consentire un'attesa fiduciosa o comunque un'attesa senza critiche, qual è quella che si chiede tutte le volte che ci si invita ad avere fiducia nel futuro; una maggioranza che aveva questo proposito fin dal momento della sua costituzione, anzi, direi, che al momento della sua costituzione aveva propositi assai più avanzati di quelli che oggi vengono presentati; una maggioranza che, proprio in questo campo dell'intervento sociale e degli impieghi sociali del reddito, voleva caratterizzarsi per venire incontro a profondi squilibri di natura economica ed a gravissime ingiustizie riconosciute apertamente per la prima volta in modo autorevole dal maggior partito di Governo nel suo congresso di Napoli e dal Governo nel suo insieme all'atto della costituzione nel 1962.

Sono passati tre anni e noi abbiamo il dovere, prima che il diritto, di giudicare se in questo campo si è fatto qualcosa che legittimi la speranza nel futuro, qualcosa che possa illuminare adeguatamente e sostenere quel tanto di nuovo (e io dico quel poco di nuovo, anche se significativo, poichè mi rendo conto delle difficoltà) che questo Governo e lei, signor Ministro, vanno presentando.

Questa maggioranza da tre anni e più lavora intorno ad un programma: il suo risultato principale è simile a quello del famoso e mitico padre che ingoia i suoi figli: ogni volta che essa ha presentato un programma, lo ha disfatto. Ne ha presentato uno all'atto della formazione, nel 1962, lo ha disfatto in sede extraparlamentare nel Consiglio nazionale del maggior partito, ponendo il fermo a riforme sostanziali, senza le quali anche la politica sanitaria non può essere attuata. E l'onorevole Fanfani, che allora presiedeva il Governo, fu avviato verso le forche caudine della sua sconfitta politica ed anche elettorale del 1963.

Il programma poliennale che l'onorevole Giolitti, Ministro del bilancio del tempo, aveva predisposto in questa materia, era ben più avanzato del programma che l'onorevole Pieraccini è stato costretto a rielaborare in una situazione economica — lo riconosco — diversa nella valutazione del Governo e, soprattutto, con una volontà politica, nel Governo, diversa rispetto al tempo in cui l'onorevole Giolitti era Ministro del bilancio.

Lo stesso programma Pieraccini — ci consente, onorevole Ministro, questa osservazione per la stima che abbiamo di lei quale conoscitore di problemi economici — non può essere liquidato dicendo come ella ha detto: « Sì, è vero, sul bilancio attuale non c'è niente; però il piano non vincola a stanziare ogni anno i mezzi per le riforme: abbiamo cinque anni nel quadro della collaborazione governativa per l'attuazione di questo programma »! Intanto ella, come uomo di Governo, sa meglio di me che il piano Pieraccini attende la sua prima nota aggiuntiva, dopo lo scorrimento che è stato imposto a forza, spostando l'inizio del piano dal 1965 al 1966, ancora più prepotente cioè di quello imposto dalla lettera del Ministro Colombo all'onorevole Moro per il piano Giolitti.

Ella sa, signor Ministro, che questa nota, che deve essere presentata, è essenziale per giudicare della realizzabilità della speranza che ci ha prospettato e che noi siamo ben disposti a prendere in considerazione.

Ella sa, anche, signor Ministro, che, nell'ambito del Governo, non solo si discute sulla compatibilità delle scelte, ma si esprime un giudizio che è tutt'altro che positivo sul piano nel suo insieme.

Ora, è chiaro che le vostre speranze, considerate in questo quadro, sono pie intenzioni di uomini in buona fede, a cui noi dobbiamo rispetto e considerazione; però sul piano politico noi non possiamo dare credito ad esse, perchè vi sono fatti precisi che le contraddicono, anzi le annullano apertamente.

Onorevole Ministro, mi incombe l'obbligo di dirle che è questo quadro, secondo il giudizio che mi sono formato, entro cui va collocata la linea di politica sanitaria che Ella ci ha prospettato. Non voglio però assolutamente essere frainteso: non ho nè una opinione pregiudizialmente negativa, nè pessimistica; riconosco (come ho riconosciuto nel mio intervento, subito dopo avere ascoltato il parere del collega Caroli) l'esistenza di qualcosa di nuovo; riconosco, per esempio, che questo « nuovo » della riforma ospedaliera è un « nuovo » di rilievo e che rimarrà tale, se i concetti che ella ha espresso, i principi cui ella ci ha riferito essere informata la legge, rimarranno tali, se cioè gli ospedali italiani saranno tutti trasformati in enti pubblici e sparirà l'ente morale, sparirà il sistema giuridico su cui è incentrato l'attuale ordinamento delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (almeno per quello che riguarda la vita ospedaliera, è necessario che sparisca anche la parte assistenziale generale), con l'esplicita abrogazione della legge del 1890.

È notevole il principio dell'unione in un fondo nazionale di tutte le risorse e della distribuzione nazionale in base ai bisogni, perchè non riusciremo mai, senatore Perrino, se non interveniamo energicamente, programmaticamente, dal centro, a superare quegli squilibri profondi che esistono in alcune regioni.

La mia osservazione di fondo sulla legge ospedaliera attuale è che nel piano straordinario si ricorre ancora al sistema dei mutui. Vi si ricorre con un correttivo, sta bene: cioè il contributo dello Stato, ma la

moltiplicazione degli oneri, il riflesso degli oneri fondamentali andrà a ricadere sempre sulle economie locali che sono estremamente povere e inadeguate specie nelle zone rurali e in molte regioni d'Italia, e non solo in quelle meridionali.

Ricorrere al finanziamento ancora in questi termini, lasciare indeterminato il finanziamento, come fa la sua proposta, alla paterna benevolenza del Tesoro — ad eccezione di quei 50 miliardi, calcolati non so con quale criterio, per il ripiano di un *deficit* degli ospedali assai più grave dei 50 miliardi — costituisce uno dei limiti di fondo di questa proposta. Il finanziamento deve essere determinato per il piano straordinario: la gestione è già regolata dalla retta globale unificata; si deve sganciare il piano straordinario, almeno il primo piano di attuazione della legge, dal sistema dei mutui e collegarlo al bilancio dello Stato; si devono programmare rigorosamente gli interventi e gli investimenti sulla base di una politica sanitaria scelta dal centro, dal Parlamento, dal Ministro della sanità e attuata nel rispetto delle autonomie delle Regioni, Province e Comuni.

Vi è poi la necessità di una certa coerenza. Sono d'accordo con lei, onorevole Ministro, che non solo nelle sue affermazioni e nella sua concezione politica, ma nella legge così come è formulata, gli enti ospedalieri sono considerati e riconosciuti come enti autonomi. Però, bisogna avere coerenza in questo campo e averla proprio nel « leggere » quell'articolo 7 che attribuisce, a mio giudizio, un potere troppo incisivo al Ministro della sanità perchè questa autonomia possa essere configurata giuridicamente. Giusta è l'alta sorveglianza, giusto il coordinamento, giuste le direttive generali, ma se noi diamo a questo atto non la funzionalità del consenso, ma la funzionalità dell'imperio — mi riferisco al significato giuridico-amministrativo di queste due espressioni —, evidentemente l'autonomia risulta fortemente limitata.

Un elemento di coerenza è necessario che ci sia anche per quanto riguarda le Regioni. Ella, signor Ministro, ha introdotto una innovazione veramente notevole nel suo pro-

getto di legge, ma non dobbiamo dimenticare che l'articolo 117 della Costituzione attribuisce alle Regioni una potestà normativa nel campo dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, e quindi, se deleghe devono esservi — ed io ritengo che non ve ne debbano essere —, e se è necessario che deleghe vi siano, queste debbono essere limitate a materie molto specifiche, difficilmente trattabili in sede parlamentare; debbono cioè essere delle direttive, dei principi, delle cornici per le attività normative della Regione stessa. Detto questo, non v'è dubbio che la riforma che ella si propone di attuare è una riforma pregevole, profondamente innovatrice e tale da rendere necessari parecchi altri aggiustamenti, se non proprio riforme, dell'ordinamento sanitario e statutale in generale.

Ritengo giustificata la polemica che fin qui c'è stata intorno a questa proposta. In realtà, onorevole Ministro, questo suo proposito di attuare la riforma ospedaliera, questo solo elemento positivo, lodevole, non può essere sufficiente, anche se la riforma stessa, che da sola potrebbe giustificare un atto di fiducia nel Ministro e nel Governo, non può bastare a noi, in considerazione del fatto che, tra i tanti progetti di legge, tra le tante proposte che ella ha elencato, e che sono tutte necessarie, questo relativo alla riforma è portato all'opinione pubblica, al dibattito, prima ancora di aver avuto l'assenso del Consiglio dei ministri. Questo è un primo dato che ha un grande rilievo politico e che dimensiona il giudizio positivo sul progetto stesso, nel senso che lo ferma alle soglie del Palazzo dell'EUR e non lo spinge verso il Governo.

Un secondo dato che dimensiona il giudizio sul proposito, è che in questa sede noi abbiamo ascoltato delle prese di posizione autorevoli, significative, che rinviano a quel concerto interministeriale che io non temo, anche se lo ritengo negativo per la vita democratica del Paese, la possibilità di modificare la sostanza del suo progetto di legge.

Queste prese di posizione — ripeto — sono venute da colleghi autorevoli della maggioranza, come ad esempio il senatore Perrino che è vice Presidente della FIARO, pre-

siede un ospedale ed è in questo settore un uomo significativo nel suo partito.

Ma vi è di più, onorevole Ministro: questo suo proposito è ancora dimensionato dal fatto che altri autorevoli esponenti (anche se non parlamentari) della Democrazia cristiana, che devono dare il loro consenso a questo suo progetto, vanno dicendo dappertutto, e in modo ufficiale, che si tratta di un progetto ministeriale, anzi del solo Ministro, il che sta a significare che non impegna il Governo.

Ora, signor Presidente, i fatti politici che si trovano al nostro esame sono quelli che io ho descritto, e la loro interpretazione, così come io l'ho data, non può indurmi ad essere favorevole, in questo momento, ad avallare con il mio voto la contraddizione e l'ambiguità della linea che è stata presentata, l'insufficienza ed estraneità del programma per il 1966 rispetto al programma generale, lo stato di incertezza, di confusione e anche di contrasto vivo che vi è in questo momento nel Governo, il quale non si vuole impegnare, neppure con una nota generale complessiva, sul suo programma avvenire.

È con vero rincrescimento che io esprimo il mio parere contrario, anche perchè, onorevoli colleghi della maggioranza, sono profondamente convinto, personalmente convinto, che un appoggio della mia parte politica oggi è necessario per avanzare e deve essere oggi ricercato, se vogliamo attuare il necessario rinnovamento della vita del Paese ed anche una nuova politica sanitaria.

C R I S C U O L I . Ho molto apprezzato il parere del senatore Caroli che è stato, come è suo costume, dotto e dettagliato, ma quel che mi ha spinto a prendere la parola è stata, soprattutto, la replica del Ministro della sanità, che ho del pari molto apprezzato, poichè ci ha rivelato una direttiva nuova della politica sanitaria del nostro Paese, direttiva che, personalmente, auspicavo da tempo e che peraltro molti membri della Commissione e del Parlamento e moltissimi cittadini attendono.

Si tratta di materia molto delicata e mi rendo conto delle difficoltà enormi alle quali il Ministro andrà incontro, sia perchè innovare significa toccare interessi, sia perchè innovare significa scuotere un po' la psicologia di coloro che amano il quieto vivere, amano restare aggrappati alla tradizione, anche se superata dal progresso dei popoli e della civiltà. Difficoltà, quindi, il Ministro ne avrà. Difficoltà ne ebbi tante io quando mi permisi di prospettare qualche idea di riforma; quando mi permisi di far notare che l'assistenza sanitaria italiana non era più rispondente alle esigenze nuove che si erano create nel Paese, e che vi erano delle divergenze enormi non più tollerabili e che bisognava superare, specie in campo ospedaliero, oltrechè in altri settori riguardanti la salute pubblica.

Ora Ella, onorevole Ministro, nell'esaminare l'edificio sanitario, non s'è fermato sulla soglia, è andato oltre, ha aperto altre porte, ha voluto rendersi conto di quelle che erano le condizioni del settore sottoposto alla sua giurisdizione, ha rilevato così deficienze e carenze che ha tenuto presente, nel predisporre la sua azione. È chiaro pertanto che quando ha parlato degli ospedali psichiatrici, il Ministro ha inteso riferirsi non a quelli che funzionano perfettamente, ma ad altri che non corrispondono alle esigenze dei ricoverati ed alle esigenze nuove, che si sono determinate in rapporto ai nuovi criteri sociali, alla nuova visione della libertà dell'individuo, e ai diritti dello stesso. È necessario, infine, che chi occupa posti di responsabilità tenga presenti certe discrasie, e che nell'affrontare la questione ospedaliera non ci si fermi semplicemente all'aspetto delle costruzioni ospedaliere. Sono ben lieto quindi di avere appreso della presentazione della legge per la riforma ospedaliera e mi auguro che il Ministro possa, con la sua tenacia, con il suo coraggio superare le difficoltà che incontrerà e dare finalmente un ordinamento nuovo agli ospedali rispettando, si capisce, le cose che vanno rispettate e mutando e modificando quelle che vanno modificate e mutate.

Per quanto riguarda il fondo di solidarietà, sono favorevolissimo. Se manca questo, come è possibile che certi ospedali che non hanno beni di fortuna, e che sorgono in zone povere, possano vivere? Se esiste il fondo di solidarietà per le farmacie rurali, perchè non dovrebbe esistere anche per gli ospedali? Vi sono esigenze e diritti che vanno rispettati proprio per salvaguardare le libertà. Come si può infatti parlare di rispetto della libertà dei cittadini del Meridione, dei cittadini che vivono nelle mie montagne, quando essi sono liberi solo di morire senza aiuto, perchè gli ospedali non esistono? Questa è una malintesa libertà. Ora questa riforma ospedaliera, questo nuovo piano, questo nuovo indirizzo tende non solo a far costruire ospedali dove mancano, ma a farli funzionare bene.

Auguro quindi che la riforma possa essere approvata dal Consiglio dei ministri e possa al più presto essere trasmessa al Senato per permetterci di esprimere la nostra opinione in piena coscienza e in piena coerenza con quello che è il nostro dovere.

A proposito del *caos* al quale Ella si è riferito, ricordo di aver letto poco tempo fa un articolo dell'*Economist* inglese che riportava una notizia molto interessante, cioè che in Italia, su 51 milioni di abitanti, vi sono 68 milioni di assistiti. Non so se la notizia corrisponda a verità o se vi sia dell'esagerazione; comunque, se è vera, dimostra che anche in questo campo bisognerebbe cercare di riportare un po' d'ordine, perchè gli assistiti corrispondano almeno al numero dei cittadini italiani. Non è concepibile che ve ne sia uno solo di più, perchè, a parte tutte le discrasie amministrative e ogni altra considerazione, ciò comporta anche una dispersione di mezzi che potrebbero essere usati proficuamente per altri fini. Noi abbiamo il dovere, come Commissione della sanità, di far presente al Ministro questo problema, perchè cerchi di indagare ed espliciti quell'azione necessaria a mettere ordine e perseveri nei suoi sforzi intesi a riportare nell'ambito del Ministero tutte le competenze ad esso spettanti.

Quando ha parlato il senatore Pignatelli, io mi sono ricordato di un fatto che è capitato nel mio Comune. Circa tre anni fa, la levatrice condotta andò in pensione. Come Sindaco, dissi al segretario comunale, che mi suggeriva di nominare subito un'interina, di attendere per vedere quello che sarebbe avvenuto e quali, in altre parole, sarebbero state le reazioni della popolazione di fronte alla mancanza della levatrice condotta. Sono passati oltre tre anni e nessuna lamentela è giunta al Sindaco, nè alcuna protesta al Medico provinciale. Ora, questo fatto, riportato anche ad altre attività sanitarie sulle quali si discute, deve orientare il Ministero della sanità, non perchè le condotte vengano soppresse, ma perchè esse vengano adeguate a quelle che sono le esigenze nuove. Occorre in sostanza rivedere certe istituzioni sanitarie e riformarle.

Sulle farmacie mi astengo dal parlare, perchè già se ne è tanto parlato; nelle mie relazioni ho espresso un mio punto di vista e non intendo ritornare sull'argomento.

Desidero infine richiamare l'attenzione del Ministro — e concludo dichiarando che darò voto favorevole al bilancio — sulla educazione sanitaria e sulla medicina scolastica. Non mi rendo conto per quali motivi lo Stato debba pagare i maestri e i direttori didattici, ma non debba intervenire nel pagamento dei bidelli delle scuole elementari e del medico scolastico, lasciati alle dipendenze dei comuni con i loro magri bilanci. La medicina scolastica rientra nella competenza dello Stato e non dei comuni.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*.
Lo dica all'onorevole Gui! Io sto conducendo una battaglia tremenda in questo campo!

C R I S C U O L I . Onorevole Ministro, cerchi di svolgere anche in questo settore quell'azione decisa e coraggiosa che ella ha dimostrato di svolgere in altri.

L'ultimo argomento sul quale desidero richiamare la sua attenzione è quello che riguarda i certificati prematrimoniali. È una questione delicatissima, che rientra nel rispetto della personalità e della stessa libertà dell'individuo. Bisognerebbe mettere i

BILANCIO DELLO STATO 1966

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)

nubendi in condizione di conoscere quali sono le loro condizioni di salute prima di contrarre matrimonio, per le conseguenze che esse possono avere sulla famiglia e sui figli. Il certificato dovrebbe attestare semplicemente che i nubendi si sono sottoposti a visita medica, cioè che sono stati messi al corrente del loro stato di salute, liberissimi, poi, di fare la loro scelta: contrarre o meno il matrimonio o ritardarlo per migliorare prima il proprio stato di salute. In tale modo, assumerebbero essi stessi la responsabilità di un comportamento non ponderato.

P R E S I D E N T E . Essendo esaurite le dichiarazioni di voto e non facendosi altre osservazioni, metto in votazione il parere redatto dal senatore Caroli sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno 1966, da trasmettere alla Commissione finanze e tesoro.

(È approvato).

La seduta termina alle ore 11,50.

Dott. MARIO CARCNI

Direttore gen. dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari