N. 444-A
Resoconti XIX

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 1969

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

(Tabella n. 19)

Resoconti stenografici della 11ª Commissione permanente

(Igiene e sanità)

INDICE

SEDUTA DI MERCOLEDI' 29 GENNAIO 1969

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 812, 822, 825
ARGIROFFI 825
FERRONI 823, 825
ORLANDI 825
PERRINO, *relatore* 812, 825
RIPAMONTI, *Ministro della sanità* 822, 824, 825, 826

SEDUTA DI MERCOLEDI' 5 FEBBRAIO 1969

PRESIDENTE 826, 842, 856, 864
ARGIROFFI 842
DAL CANTON Maria Pia 839, 840
DE FALCO 826
DE LEONI 831, 833
DEL PACE 853, 854, 855, 856
FERRONI 854, 855, 856
GATTO 837, 838, 839
GUANTI 856
MANENTI 833, 834, 835
MENCHINELLI 851, 852
MINELLA MOLINARI Angiola 848, 849
ORLANDI 859, 860, 861, 862, 863
OSSICINI . . . . . *Pag.* 840
PAUSELLI 850
PERRINO, *relatore* . 834, 835, 852, 856, 859, 860, 863
PICARDO 840
PINTO 841
RIPAMONTI, *Ministro della sanità* . 833, 838, 839 840, 841, 849, 854, 855, 859, 860, 861, 862, 863

SEDUTA DI GIOVEDI' 6 FEBBRAIO 1969

PRESIDENTE 864, 885, 886, 887 888, 889, 891, 892, 893, 894
DE LEONI 869, 889
DEL PACE 873
FERRONI 873, 879
GATTO 877, 887
LOMBARI 890, 891
MENCHINELLI 891
MINELLA MOLINARI Angiola . . 876, 892, 893, 894
OSSICINI 864
ORLANDI 868, 869
PERRINO, *relatore* . 867, 868, 869, 871, 873, 874, 886
RIPAMONTI, *Ministro della sanità* . . . 868, 869 871, 874, 876, 877, 879, 886, 887 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894

SEDUTA DI MERCOLEDI' 29 GENNAIO 1969

Presidenza del Vice Presidente ALBANESE

La seduta ha inizio alle ore 10,20.

Sono presenti i senatori: Accili, Albanese, Arcudi, Argiroffi, Colella, De Falco, Del Pace, Ferroni, Guanti, La Penna, Lombardi, Manenti, Minella Molinari Angiola, Montini, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino, Pinto e Zelioli Lanzini.

Intervengono il Ministro della sanità Ripamonti e il Sottosegretario di Stato per lo stesso Dicastero Zonca.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1969

— 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 1969 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Prego il senatore Perrino di voler riferire su detto stato di previsione.

P E R R I N O , *relatore*. L'esame del bilancio del Ministero della sanità è un'occasione singolare che si offre alla nostra Commissione per analizzare non solo tutto il contesto di politica sanitaria che a quel bilancio sottende, ma anche le nuove dimensioni del bisogno sanitario e le prospettive di sviluppo che oggi la realtà viva del Paese propone alla nostra attenzione e che d'altra parte il programma quinquennale di sviluppo socio-economico recepisce e precisa.

In realtà l'importanza della nuova e più moderna organizzazione sanitaria che noi fermamente vogliamo e che la legge ospedaliera ha cominciato a edificare si appoggi su fondamenta che altri, prima di noi, hanno solidamente gettato con un lavoro forse oscuro, ma non per questo meno meritevole di elogio e di ricordo.

Mi sembra che non possa essere qui passata sotto silenzio una ricorrenza importante per tutti coloro che si interessano al mondo sanitario; mi riferisco al decennale del Ministero della sanità che, istituito con la legge 13 marzo 1958, n. 296, entrò effettivamente in funzione nel 1959, realizzando così concretamente un'antica aspirazione dei politici e dei tecnici più illuminati e sensibili che da tempo avevano individuato questo obiettivo qualificante e si erano battuti per il raggiungimento di un'autonomia tecnico-amministrativa del settore sanitario

Oggi che un sufficiente distacco ce lo consente, possiamo affermare che questo obiettivo fu forse raggiunto con troppo ritardo. In che maniera, infatti, prima la Direzione generale di sanità pubblica e in seguito l'Alto Commissariato per l'igiene e sanità avrebbero potuto — poveri com'erano di mezzi adeguati e privi di autonome possibilità operative — affrontare con mezzi adeguati la gsande espansione del bisogno sanitario che intanto si andava verificando? E con quali strumenti uno Stato che non riconosceva la necessità di una rappresentanza a livello ministeriale al settore della protezione sanitaria poteva sostenere lo sforzo di adeguamento dei servizi al meraviglioso progresso tecnico che si andava realizzando in campo medico?

Lo scotto di queste domande senza risposta lo paghiamo anche adesso. La concezione restrittiva dell'intervento sanitario pubblico, inteso principalmente come modo di organizzarsi delle attività di polizia sanitaria, la dicotomia tra i servizi di prevenzione e quelli a carattere diagnostico-curativo, l'anormale sviluppo dei grandi enti mutualistici in un ambito operativo estraneo al contesto generale dell'organizzazione sanitaria, l'esiguità dei mezzi e la carenza quantitativa di uomini preposti a servizi di tutela sanitaria, questi sono gli squilibri che oggi noi scontiamo e che forse si sarebbero potuti evitare se il Ministero della sanità avesse avuto una tradizione operativa più consolidata nel tempo.

A dieci anni dalla istituzione del Ministero, molte remore per un libero e costruttivo esplicarsi della sua attività continuano a permanere e ad intralciarne l'azione, che tuttavia — è necessario riconoscerlo — pur tra mille difficoltà, non ultima quella di

bilancio, è stata coraggiosa, costruttiva e protesa a realizzazioni aderenti alla realtà del Paese.

A mano a mano che nel Paese si venivano a proporre istanze di rinnovamento sanitario, il giovane Dicastero le ha assecondate ed ha realizzato, con appropriati interventi legislativi quanto era di sua stretta competenza, anche se restano tuttora aperti gravi problemi la cui soluzione è stata impostata dal Piano di sviluppo economico per il quinquennio 1966-70.

Non sarà inutile qui ricordare brevemente i momenti più significativi dell'intensa attività svolta dal Ministero nella passata legislatura. È nel ricordo di tutti noi l'impegno di lavoro che ha comportato la predisposizione della legge di riforma ospedaliera la cui attuazione ancora oggi costituisce il costante assillo operativo degli organi competenti del Ministero. È una legge di grande portata che muta profondamente il contesto giuridico, istituzionale e tecnico in cui operano i nostri ospedali adeguandolo alle più moderne esigenze dell'intervento sanitario. È una legge che ha richiesto l'appassionante concorso di tutti coloro che con diversa veste si sono occupati del problema e io voglio qui ricordare la tenacia e l'impegno con cui gli organi del Ministero, le Commissioni igiene e sanità della Camera e del Senato e il Parlamento tutto, i partiti politici e le forze sindacali hanno concorso, con apporti diversi, a realizzare nella pratica questa grande ipotesi di sviluppo della nostra organizzazione sanitaria.

La legge ospedaliera ha costituito senza dubbio il momento di maggior tensione dell'azione politica e organizzativa portata avanti dal Ministero della sanità.

Non bisogna dimenticare tuttavia altri importanti provvedimenti che hanno inciso profondamente sulla realtà sanitaria del Paese.

Per limitare questa rapida sintesi alle realizzazioni più importanti degli ultimi anni, ricorderò l'azione tempestiva ed efficace condotta per eradicare dal nostro Paese la poliomielite, un giorno considerata come il « terrore delle madri » ed oggi ridotta a casi sporadici destinati a scomparire se si riuscirà a dare completa applicazione alla legge sull'obbligatorietà della vaccinazione.

Sul piano organizzativo, rilevante importanza assume la legge di riforma degli organi di amministrazione dell'ONMI alla cui azione di tutela sanitaria e sociale nei confronti delle madri e dei bambini si è voluto dare maggiore incisività attraverso la definitiva liquidazione delle gestioni commissariali e la istituzione di organi di governo locale a carattere democratico.

Ma si è trattato di una legge stralcio che postula con urgenza una legge organica e generale che risolva il problema finanziario dell'Opera, la cui attività rimane legata al contributo statale che corrisponde ad oltre il 90 per cento delle entrate dell'Ente; contributo che per forza di cose è statico e mal si concilia col dinamismo dell'Opera che per altro è ben lontana — dopo oltre quarant'anni di vita — dall'obiettivo di portare la rete degli asili-nido per l'assistenza ai bambini fino ai tre anni di età, a coprire l'intera area di ottomila comuni o almeno di quella forte aliquota di comuni che superano i tremila abitanti.

Basti considerare che l'ONMI dispone attualmente di circa 550 asili-nido.

L'ONMI si è arroccata in questi ultimi anni su posizioni di rigida economia che ha portato alla smobilitazione di numerose istituzioni. Pertanto, almeno fin quando lo ONMI dovrà vivere bisognerà assicurare — accanto al contributo statale — fonti di entrata proprie e dinamiche ben identificabili come avviene in quelle Nazioni che hanno una strutturazione dell'assistenza alla prima infanzia affine alla nostra.

Diciamo ancora « fin quando l'ONMI dovrà vivere », perchè sussistono forti perplessità circa la tesi di chi vorrebbe la soppressione dell'ONMI per affidare i suoi compiti ai comuni, accentuando così la sperequazione tra Nord e Sud; quel profondo Sud ove la generale e paurosa situazione deficitaria dei Comuni non consentirebbe di fare un passo avanti, col dubbio addirittura di non poter tenere in piedi le rare istituzioni esistenti.

Del resto i Comuni e le Provincie attraverso le loro consistenti rappresentanze in

seno ai comitati provinciali e comunali, e con la presidenza affidata rispettivamente al Presidente della provincia e al sindaco, hanno praticamente realizzata l'autonomia funzionale nell'ambito di direttive nazionali e dei fondi ad essi assegnati.

Altre istituzioni sottoposte alla vigilanza del Ministero sono state oggetto di iniziative con la legge 29 settembre 1964, numero 872, relativa agli organi amministrativi degli Istituti fisioterapici ospedalieri e la legge 25 febbraio 1965, n. 108, che riguarda gli organi di amministrazione e tutela del Pio Istituto Santo Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma.

Più moderni indirizzi riguardanti la disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari sono stati resi operativi con le leggi 30 aprile 1962, n. 283 e 26 febbraio 1963, n. 441, mentre la costituzione presso il Ministero del NAS, avvenuta nel 1962, ha aumentato considerevolmente il livello di garanzia e di tutela del consumatore.

Con la legge 14 luglio 1967, n. 592, sulla raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano, si è fornito un nuovo ed organico indirizzo ai servizi trasfusionali ed una uniformità funzionale dei materiali impiegati e dei metodi di indagine e di controllo.

Uno schema di regolamento per l'attuazione della predetta legge, elaborato da una apposita Commissione di studio, ha già ottenuto l'approvazione del Consiglio Superiore di Sanità ed è attualmente all'esame del Consiglio di Stato per il prescritto parere.

Nel settore dei trapianti d'organo si è ottenuto dal Parlamento il riconoscimento giuridico della chirurgia dei trapianti, autorizzando il prelievo di parti di cadavere; per quanto riguarda particolarmente il rene, si è approvata la legge 26 giugno 1967, n. 458, che, consentendo il prelievo dell'organo da viventi, ha aperto nuove vie a questa branca dell'attività medica in spettacoloso sviluppo.

È stata poi modificata la legge 3 aprile 1957, n. 253, relativa al prelievo di parti di cadavere a scopo terapeutico, con un provvedimento di iniziativa parlamentare diretto ad adeguare la modalità dei prelievi ai tempi tecnici, rapidissimi, imposti dalla chirurgia dei trapianti.

Particolare attenzione è stata rivolta al settore veterinario con provvedimenti riguardanti la profilassi della tubercolosi e della brucellosi ovina, caprina e suina in forza della legge 9 giugno 1964, n. 615, modificata dalla legge 23 gennaio 1968, n. 34, per un impegno complessivo di spesa di 61 miliardi.

Merita inoltre speciale menzione la legge 13 luglio 1966, n. 615, contro l'inquinamento atmosferico, detta anche « legge antismog »; con essa si stabiliscono norme atte a prevenire l'inquinamento prodotto da impianti tecnici industriali e dai veicoli a motore. Per la concreta esecuzione della legge è stato pubblicato anche il regolamento (24 ottobre 1967, n. 1288) che contiene precise e dettagliate disposizioni sull'applicazione della normativa primaria relativa al settore degli impianti tecnici, mentre sono attualmente in corso di definizione anche le norme regolamentari per la parte relativa ai veicoli a motore e agli impianti industriali.

La legge 6 agosto 1966, n. 625, sugli invalidi civili, diretta a fornire l'assistenza per il recupero fisico e psichico dell'invalido neuroleso e motuleso e il suo inserimento nella società attiva mediante la regolamentazione del lavoro protetto e l'erogazione di sussidi economici nel caso in cui l'invalido versi in stato di bisogno, è venuta ad aggiungersi a quanto già il Ministero ha operato ed opera nel campo sociale con la assistenza ai tubercolotici, ai poliomielitici, ai lussati congeniti dell'anca, agli spastici.

Questa legge provvida trova serie difficoltà a diventare operante perchè mancano del tutto gli istituti di ricovero, e poichè i fondi assegnati sono destinati soltanto ai ricoveri (che non si possono fare), sono rimasti inutilizzati cospicui stanziamenti.

Da queste preoccupazioni scaturiscono alcuni disegni di legge di iniziativa parlamentare e governativa intesi a destinare fino al 20 per cento di detti stanziamenti annuali per favorire l'impianto e le attrezza-

ture dei centri di riabilitazione per i quali esistono varie iniziative consone alle funzioni di medicina riabilitativa assegnata agli ospedali dalla nuova legge ospedaliera.

Altri interventi riguardano la lotta contro le malattie dismetaboliche, cardioreumatiche e i tumori e le altre malattie sociali. A questo riguardo merita menzione la legge 2 ottobre 1967, n. 947, che concede un contributo annuo al Centro internazionale di ricerche per il cancro al quale l'Italia ha aderito.

Occorre — peraltro — il potenziamento ed il coordinamento dei Centri di medicina sociale che costituisce un impegno primario del Governo in relazione agli aumentati indici di mortalità specie per le malattie oncologiche e cardiovascolari. Come occorre anche — in adempimento dei voti espressi dal Senato nel 1961 e recentemente dal Consiglio superiore di sanità — proibire il fumo nei locali pubblici chiusi. L'aumento più sensibile si verifica appunto nelle neoplasie della trachea, dei bronchi e del polmone.

Ecco il grado dei quozienti per 100.000 abitanti delle principali cause di morte nel triennio:

Malattie infettive . .	19,2	16,5	14,7
Tumori	166,8	169,4	170,8
Malattie del sistema nervoso	148,8	144	143
Malattie sistema circolatorio	307,7	289,3	300
Malattie apparato respiratorio	79	65,9	73,5
Malattie apparato digerente	57	55,1	56,7
Senilità	63,4	57,7	59,1
Cause accidentali . .	44,8	43,8	45,1

Particolarmente interessanti sono state le iniziative legislative concernenti il settore della distribuzione dei farmaci. In questo campo, infatti, ci si è in primo luogo preoccupati di evitare l'esodo dei farmacisti rurali e di allargare l'ambito della rete distributiva sino alle zone più periferiche, attraverso l'apposita legge che eleva il contributo per disagiata residenza. D'altra parte con la legge 2 aprile 1968, n. 475, si è conferita una razionale regolamentazione generale al servizio farmaceutico attraverso la predisposizione di norme, adeguate alle moderne esigenze di settore, riguardanti le piante organiche, i concorsi, le modalità di trasferimento e le forme di acquisizione da parte di enti pubblici — comuni e ospedali — delle farmacie di nuova istituzione.

La legge sulle farmacie (475) che ha contemperato la patrimonialità della farmacia con la caratteristica di servizio pubblico-sanitario, la coesistenza dell'iniziativa pubblica e della privata, ed ha riconosciuto al cittadino il diritto di libera scelta della farmacia — come è imprescindibile per tutte le professioni sanitarie — attende ora il regolamento di attuazione che deve rendere possibile la operabilità della legge medesima.

A questo fine si rende necessario ed urgente la modifica del ruolo organico dei farmacisti del Ministero della sanità in maniera da poter destinare almeno un funzionario farmacista presso ogni Ufficio sanitario provinciale, col compito di attendere a tutto il servizio nell'ampio arco dalla produzione alla distribuzione, alleggerendo il Medico provinciale dell'immensa mole di lavoro al quale non può materialmente attendere, aggravato peraltro dall'esodo dei medici dal Ministero della sanità, attratti indubbiamente dal miglior trattamento dei medici ospedalieri.

Se non si risolve questo problema, la legge farmaceutica è destinata a restare inoperante.

Esiste già in proposito una iniziativa che è da augurare raggiunga quanto prima il traguardo.

La promozione della ricerca sanitaria, soprattutto per la lotta e la prevenzione di malattia che per la loro diffusione e pericolosità rivestono un elevato interesse sociale, postula: l'incoraggiamento alla ricerca privata che si dovrà realizzare soprattutto mediante la tutela giuridica delle invenzioni farmaceutiche. L'adozione del brevetto, oltre ad adeguare la situazione italiana a quella degli altri Paesi del MEC, rappresenta uno strumento di rafforzamento della produzione italiana dei farmaci e materie

prime, particolarmente importante in considerazione della crescente penetrazione del capitale straniero in questo settore.

L'adozione del brevetto va conciliata però con le esigenze di pubblico interesse e con la necessità di impedire il sorgere di situazioni monopolistiche.

Non è infine da sottacere, per l'importanza che assume anche in relazione alle prospettive che si aprono nel settore, l'emanazione, avvenuta negli ultimi giorni della passata legislatura, della cosiddetta « legge stralcio » sull'assistenza psichiatrica. Il provvedimento è particolarmente interessante, in quanto rimuove alcune situazioni di intollerabile discriminazione nei confronti dei malati di mente e schiude nuovi orizzonti per ciò che riguarda l'assistenza istituzionalizzata, consentendo un primo adeguamento dell'organizzazione interna dei servizi alle profonde evoluzioni che si sono verificate e si stanno verificando in questo campo dell'intervento sanitario.

Un'azione così intensa in campo sanitario avrebbe tuttavia scarso significato se non fosse possibile ricollegarla con le prospettive di sviluppo globale che a questo importante settore dell'organizzazione civile del Paese si aprono in forza degli obiettivi generali e degli orientamenti operativi delineati nel programma di sviluppo socio-economico.

A questo proposito, e proprio sul piano delle prospettive, mi piace qui proporre all'attenzione di tutti i membri della Commissione due fatti significativi avvenuti proprio in questi ultimi giorni.

Mi riferisco in primo luogo alla pubblicazione in forma ufficiale da parte del Ministero della sanità dei documenti conclusivi della Commissione consultiva generale per la riforma sanitaria di base istituita presso il Ministero della sanità.

« I lavori della Commissione — scrive il ministro Zelioli Lanzini nella prefazione del " Notiziario dell'Amministrazione sanitaria " che pubblica la documentazione — si chiusero mettendo in rilievo punti di convergenza assai notevoli e anche punti di diversificazione egualmente interessanti che del resto corrispondono alle posizioni manifestate dalle forze politiche, sindacali e professionali attorno ad un tema così vasto ed impegnativo ».

« Per la loro organicità, completezza e rilevanza due sono stati i documenti conclusivi che hanno raccolto i maggiori consensi, quello redatto dal Comitato ristretto facente capo al professor Alessandro Seppilli e quello redatto da un gruppo di componenti della Commissione facente capo al dottor Gian Carlo Bruni ».

Siamo quindi di fronte non più a indicazioni generali ma a concrete proposte operative che consentono a noi parlamentari di affrontare un dibattito — che io mi auguro largo ed aperto — sui modi e sui tempi da adottare per l'istituzione del servizio sanitario nazionale.

È questa, infatti, l'esaltante prospettiva della nostra attività non solo di legislatori, ma di interpreti della volontà del Paese e dei più genuini interessi di tutti i cittadini.

Il passaggio dal sistema mutualistico — fondato sulla solidarietà delle categorie — ad un organico sistema di sicurezza sociale — basato sulla solidarietà di tutti i cittadini — è un obiettivo che dovrà essere raggiunto con l'ovvia gradualità che le grandi riforme di struttura richiedono, ma che noi dobbiamo proporci con fermezza e tenere quotidianamente presente affinchè tutti i provvedimenti che ci proveremo ad adottare siano omogenei con questa autentica prospettiva di sviluppo democratico e civile.

Intanto, i provvedimenti auspicabili e che possono fin da ora essere adottati sono quelli relativi: alla unificazione settoriale della miriade di Enti mutualistici che contribuiscono a disperdere in tanti rivoli inutili gli scarsi mezzi a disposizione ed alla unificazione della normativa — sicchè possa essere assicurato a tutti — senza distinzione tra figli e figliastri — lo stesso tipo di assistenza.

Inoltre quale che sia il sistema di assistenza — quello mutualistico (di oggi) o quello di sicurezza sociale (di domani) — bisogna arrivare subito — coraggiosamente perchè ci vuole anche del coraggio — a

responsabilizzare il cittadino se si vogliono evitare gli indicibili sprechi che oggi si verificano.

Basterebbe adeguarsi alla legislazione vigente in tutti gli Stati del mondo — nessuno escluso —.

L'attuale sistema — per così dire a ruota libera — che ha portato alla fine della IV legislatura al generoso intervento dello Stato per 470 miliardi, postula già — a distanza di un anno — un nuovo massiccio intervento.

Il secondo episodio rilevante che voglio ricordare è la decisa riaffermazione di questi obiettivi effettuata dal ministro Ripamonti nel suo discorso dell'11 gennaio scorso tenuto al Congresso dei medici psichiatrici.

Ricordando i fini e gli obiettivi della sicurezza sociale, il Ministro ha infatti affermato: « ... questo significa superare definitivamente il sistema mutualistico, per attuare un completo ed organico servizio sanitario nazionale articolato nelle regioni, nei comuni e nelle provincie, basato sulla attività di unità sanitarie locali operanti globalmente nel campo della prevenzione, della terapia e della riabilitazione e finanziato attraverso la fiscalizzazione degli oneri sociali. A questo obiettivo finale dobbiamo tendere con tutte le nostre energie.

Il programma economico quinquennale deve essere attuato fino in fondo. E, come si riescono a reperire i fondi per sanare i *deficit* degli enti mutualistici, così bisogna trovare le risorse e i mezzi per attuare la medicina preventiva ».

Mi sembra che queste parole del Ministro, che noi assumiamo come un impegno, possano costituire una precisa direttiva di marcia per tutti coloro che hanno a cuore le sorti della nostra organizzazione sanitaria. E in realtà l'ottica attraverso la quale noi siamo tenuti ad esaminare i grandi problemi del momento non è più quella della semplice razionalizzazione del sistema attuale o del massimo sviluppo della sua logica interna, ma è quella delle riforme di struttura coraggiose e decise per il raggiungimento di livelli di assistenza più elevati e di traguardi di civiltà consoni allo spirito dei tempi in cui viviamo.

In questa luce i grandi temi della riforma sanitaria e la stessa quotidiana problematica che noi siamo chiamati ad affrontare assumono contorni più netti e decisi.

La ricorrente crisi finanziaria degli Enti mutualistici deve ad esempio essere riguardata come il segno epigrafico di uno stato di tensione più profonda dovuta a un progressivo distacco di queste grandi organizzazioni nazionali dalla realtà del bisogno sanitario che in misura rilevante risente della varietà e della mutevolezza delle condizioni socio-economiche locali.

La diversa collocazione istituzionale dei servizi di medicina preventiva, di quelli ospedalieri preposti alla diagnosi ed alla cura, accentua questo stato di disagio non consentendo un'autentica politica di intervento globale e favorendo invece la dispersione irrazionale dei mezzi e delle competenze. Parallelamente quindi alla completa attuazione della legge ospedaliera — a proposito della quale mi preme qui ricordare l'importanza di una sollecita emanazione delle norme delegate — è possibile individuare alcune mète politiche intermedie ma di grande momento, quali l'attuazione delle unità sanitarie locali di prevenzione come primo passo verso i servizi a carattere globale, la completa assunzione da parte del Ministero della sanità di tutte le competenze in campo sanitario e la fiscalizzazione degli oneri sociali per il momento limitatamente a ciò che riguarda l'assistenza ospedaliera.

Ovviamente il perseguimento di questi obiettivi non deve indurci a trascurare alcuni problemi che si propongono con carattere di urgenza e che quindi richiedono soluzioni forse transitorie, ma non per questo meno impegnative.

È stato detto, ad esempio, che tutto lo sforzo di riforma sanitaria che da anni stiamo portando avanti con sempre maggior concretezza rischia di naufragare contro lo scoglio della mancanza di personale qualificato. Ho già accennato ai farmacisti.

È questo un problema di capitale importanza che bisogna affrontare con coraggio e,

vorrei dire, con una certa dose di fantasia. Il numero dei medici è insufficiente, è stato ripetutamente affermato. Dobbiamo domandarci a questo punto se il tipo di medico che esce dalle nostre Università è veramente quello di cui abbiamo bisogno o se non esiste un divario tra un certo modo accademico d'intendere la medicina e le reali esigenze del Paese. Ecco dunque che anche in questo settore è necessario precisare una strategia di interventi incrementando da una parte il numero dei medici e modificandone dall'altro le modalità di preparazione, come, peraltro, si propone la legge ospedaliera con l'internato dei medici.

Il grande tema della libertà professionale trova qui la sua collocazione attuale; la libera scelta del medico da parte del malato è un valore che deve essere tutelato infatti, perchè corrisponde alle più genuine esigenze tecniche e deontologiche della professione medica e perchè soprattutto rappresenta una garanzia irrinunciabile per tutti i cittadini.

Si tratta, quindi, di consolidare la dignità e il prestigio della professione medica affrontando con decisione la riforma delle facoltà oggi pletoriche e in molte parti invecchiate.

Nè è da trascurare la necessità di un adeguamento e di una riforma nel campo della istruzione professionale del personale sanitario non medico — come ho avuto occasione di affermare nella mia relazione al recente VIII Convegno ospedaliero di Martina Franca — attraverso l'aggiornamento dei modi di preparazione e una completa revisione delle mansioni e del trattamento giuridico all'interno dei vari servizi.

All'indomani del varo della più volte richiamata legge ospedaliera, che si propone la ristrutturazione ed il potenziamento degli ospedali italiani, si pone in termini di priorità il problema dell'istruzione professionale per il settore assistenziale sanitario, settore che — almeno finora — è stato più che trascurato, ignorato come se il problema non esistesse e, comunque, non interessasse la collettività nazionale.

Addossare completamente agli Enti ospedalieri tale compito ed il relativo onere finanziario significa isterilire la funzione didattica dell'Ospedale e privarlo di personale qualificato al quale è legata la funzionalità del servizio ed il buon nome dell'Ospedale stesso.

Da qui la necessità impellente che il fondo ospedaliero istituito dall'articolo 33 della legge ospedaliera — e destinato esclusivamente al rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie ed al pagamento della integrazione a carico dello Stato degli assegni ai medici che devono compiere il prescritto tirocinio di internato — sia destinato anche — entro certi limiti — al funzionamento delle scuole e dei corsi in questione, tanto più che il fondo ospedaliero (per il 1968 di 10 miliardi e per il 1969 di 15 miliardi) è destinato annualmente ad essere incrementato.

Si tratta di corsi per infermieri generici, infermiere professionali, assistenti sanitarie, capo-sala, strumentiste, vigilatrici d'infanzia, tecnici di radiologia, di laboratorio, della rianimazione, di fisiokinesiterapisti, di ortottisti, eccetera; personale qualificato di cui v'è assoluta carenza, mentre, man mano che procede l'incremento quantitativo e qualitativo degli ospedali, c'è bisogno di varie decine di migliaia di unità.

Non è possibile che il Ministero della pubblica istruzione — che tante benemerenze ha acquisito sul piano dell'istruzione professionale in genere — faccia la parte del Ponzio Pilato e riduca in questo settore il suo intervento alla firma del decreto di autorizzazione — in uno con la Sanità — di tali specifici corsi.

È auspicabile che si crei l'Istituto professionale di Stato per l'assistenza sanitaria — propedeutico ai detti corsi, anche al fine di migliorare la preparazione di base — oggi scadentissima — e riempire il vuoto tra la scuola d'obbligo (14 anni) e l'ammissione ai corsi in questione (18 anni).

Un altro problema di grande importanza a cui mi sembra necessario ancora accennare è quello dell'assistenza sanitaria e sociale alle madri ed ai bambini. Ho già accennato alla riforma degli organi di governo dell'ONMI

e agli intendimenti che hanno guidato l'azione del Governo e del Parlamento in questa opera di rinnovamento. Certo se l'ONMI deve qualificare i suoi servizi, specialmente per quanto riguarda gli asili-nido, che secondo le linee del piano di sviluppo devono essere portati — in un ragionevole arco di tempo — ad un numero decuplo degli attuali e che devono domani inserirsi nel Servizio sanitario nazionale, ritengo che l'intenso lavoro di programmazione degli interventi e di qualificazione dei modi operativi che attualmente si sta realizzando all'interno della Opera dovrebbe essere portato a conoscenza di questa Commissione adottando, a questo scopo, il metodo delle *hearings* — proposto dal senatore Gronchi ed approvato all'unanimità — e chiamando quindi il Presidente dell'ONMI a riferire su questi temi nell'ambito della Commissione.

Questo responsabile sforzo del Consiglio centrale dell'ONMI teso non solo ad inserire lo sviluppo dell'Opera nel grande filone delle riforme proposte dal Piano, ma a precorrere anche i tempi di attuazione di alcune eralizzazioni di base, come l'unità sanitaria locale, mi sembra che meriti non solo di essere apprezzato ma anche valutato e adeguatamente incoraggiato, con l'adozione di nuovi e sufficienti provvedimenti di finanziamento delle attività preventive e sociali che ci saranno proposte.

Dobbiamo, a questo punto, chiederci se il bilancio del Ministero della sanità corrisponde in qualche modo alla mole di esigenze e di bisogni che ho cercato brevemente di delineare.

Per l'anno finanziario 1969 il Ministero della sanità aveva proposto un aumento di spesa di circa 93 miliardi così suddivisi:

a) da somme dovute in relazione a particolari autorizzazioni legislative	L.	37.030.000.000
b) da maggiori somme richieste in dipendenza del miglioramento e delle necessità dei servizi	L.	55.764.896.000

Purtroppo, l'aumento complessivo concesso è di lire 41.637.000.000. Così distribuiti:

Servizi generali	1.781.000.000
Ospedali	38.845.000.000
Igiene pubblica	8.450.000.000
Malattie sociali	2.764.000.000
Igiene degli alimenti e nutrizione	—
Servizio farmaceutico	2.740.000.000
Servizio veterinario	9.755.000.000
Totale	41.637.000.000

Comunque, siamo passati dai 57.958 milioni (previsione all'inizio della passata legislatura (1963-64) ai 143.038 milioni di questo esercizio 1969, dimostrando come il Ministero della sanità si sia qualificato anche sotto questo aspetto, come una componente essenziale della vita del Paese.

Gli accantonamenti (1.535 milioni) — il cui utilizzo è in funzione della definizione dei provvedimenti relativi — si riferiscono:

785 milioni per l'ordinamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali;

200 milioni: concessione di contributi alla Lega italiana contro i tumori;

100 milioni all'Istituto « Regina Elena » per la lotta contro il cancro e i tumori maligni;

250 milioni all'Organizzazione mondiale della sanità (creazione di un centro di ricerche sanitarie).

Possiamo affermare, quindi, che i mezzi finanziari a disposizione del Ministero sono ancora esigui in relazione alla portata dei problemi immediati che si troverà ad affrontare.

Nel settore dell'igiene pubblica è infatti indispensabile incrementare l'azione di profilassi vaccinica nei confronti della poliomielite, della difterite, del tetano e del vaiolo allargando l'ambito di queste attività attraverso organici interventi di educazione sanitaria da attuarsi in special modo nelle zone meno sviluppate del Paese.

A proposito dell'educazione sanitaria vorrei ripetere un mio pensiero: il Ministero de-

ve avviare e svolgere una intensa politica di educazione sanitaria che è politica di medicina preventiva: quella che costa di meno e rende infinitamente di più. Pensate al caso della polio: il Ministero ha speso qualche miliardo per condurre la campagna di eradicazione, ma dai prossimi anni, venendo a mancare i poliomielitici, non ci sarà più la pesante spesa dei ricoveri.

Il precetto dell'antica Scuola medica salernitana « meglio prevenire che curare » è il fondamento della medicina moderna.

Il fine che l'educazione sanitaria si propone e quello di dimostrare al pubblico che esiste la possibilità di conservare la salute e che ci si deve assoggettare a regole ben definite di vita sana.

Ne deriva che l'educazione sanitaria diviene educazione sociale. Organizzarsi in questo senso può costituire una nuova benemerenza della Sanità italiana.

Molto si è fatto in altri Paesi la cui esperienza ci è preziosa.

A Filadelfia — qualche anno fa — P. Rolland, fondatore del Comitato francese che opera fin dal 1945, in apertura della Conferenza internazionale di educazione sanitaria, così si esprimeva — parafrasando Abramo Lincoln: « L'opinione pubblica batte tutti; col suo appoggio nulla può fallire, senza di essa nulla giunge al successo.

« Di conseguenza, tutti coloro che modellano l'opinione pubblica fanno un lavoro ben più profondo di quelli che fanno le leggi e pronunziano le sentenze, in quanto rendono possibile o impossibile l'esecuzione delle leggi e l'applicazione delle sentenze ».

I quadri di questo esercito di modellatori dell'opinione pubblica sono i sanitari — e per essi — il Ministero della sanità.

In definitiva è il Ministero della sanità che deve curare con particolare attenzione e impegno questo settore di attività che non richiede — come ho detto — grandi mezzi, ma può dare certamente grandissimi risultati.

A sottolineare questa volontà di indirizzo, propongo che la Direzione generale degli Ospedali assuma la denominazione di Direzione generale dell'educazione sanitaria e degli Ospedali.

L'approvazione del regolamento relativo ai servizi di medicina scolastica, comporta l'assunzione di pesanti oneri organizzativi di fronte ai quali assai limitati appaiono i fondi stanziati nel bilancio del Ministero e destinati ad agevolare la istituzione di servizi sanitari comunali o consortili.

Per ciò che riguarda l'inquinamento atmosferico la legge 13 luglio 1966, n. 615, è in fase di completa attuazione attraverso la costituzione, attualmente in corso, dei Comitati regionali previsti dall'articolo 5 e mediante l'attento studio dei problemi inerenti i gas di scarico dei motori Diesel e di quelli derivanti da motori a ciclo « Otto ».

La recente vigorosa azione condotta dal ministro Ripamonti per la repressione delle frodi alimentari ripropone con maggior urgenza il problema dei servizi veterinari la cui importanza, anche dal punto di vista economico, è evidente se si considera in quale misura le norme di polizia veterinaria condizionino i nostri scambi commerciali nell'ambito della Comunità economica europea.

L'impiego di mezzi finanziari più cospicui nel settore ritengo, quindi, che potrebbero risultare un utile investimento economico.

Il potenziamento, infatti, degli organi centrali e di quelli periferici — le condotte veterinarie, i consorzi provinciali per la lotta contro le malattie del bestiame, gli istituti zooprofilattici, eccetera — consente non soltanto una più attenta azione di profilassi e di prevenzione delle zoonosi e di lotta contro le adulterazioni alimentari, ma anche un'attività di protezione del patrimonio zootecnico la cui integrità ed il cui sviluppo costituiscono senza dubbio un interesse nazionale.

Problemi altrettanto ingenti si propongono nel settore degli alimenti e della nutrizione, in quello della lotta alle malattie sociali, mentre i servizi deputati all'organizzazione ospedaliera si trovano duramente impegnati nello sforzo di applicazione della legge di riforma.

Ho accennato all'inadeguatezza dei mezzi necessari a corrispondere a tutte queste esigenze; voglio qui ricordare anche il drammatico problema dell'insufficienza quantita-

tiva dei quadri tecnici del Ministero della sanità il cui depauperamento costituisce la logica ma preoccupante conseguenza di una lunga situazione di disagio professionale ed economico cui soltanto in parte si potrà ovviare mediante l'approvazione — che io mi auguro quanto mai sollecita — della proposta di legge del senatore Pinto, che la Commissione igiene e sanità su proposta del ministro Ripamonti, con visione globale ha inteso estendere — per la peculiarità della funzione — a tutto il ruolo tecnico della carriera direttiva del Ministero (medici, chimici, veterinari, farmacisti, ingegneri).

In conclusione, il bilancio della Sanità si presenta — pur tra tante difficoltà — con importanti realizzazioni e soprattutto con prospettive che impegnano il nostro più approfondito esame.

Certo è motivo di soddisfazione rilevare — attraverso la documentata recente relazione al Consiglio superiore di sanità sullo stato sanitario del Paese e l'attività dell'Amministrazione sanitaria nel triennio 1965-67 — come le condizioni sanitarie siano in netto e progressivo miglioramento, che si concreta nell'aumento della vita media dei nostri concittadini, che tende ad attestarsi sotto i 70 anni.

Dato questo che solleva il problema degli anziani che devono riempire di vita i loro anni.

La rete dei ricoveri si va ampliando per iniziative varie, ma è da guardare con simpatia ed interesse lo sforzo che va compiendo l'Opera nazionale pensionati d'Italia (ONPI) attraverso la costruzione di una rete (lo obiettivo è una per provincia) di « Case Serene » che accolgono i pensionati della Previdenza sociale.

Ma volendo superevidenziare tra tutti i problemi al nostro esame quello che a me più appare come « il problema dei problemi », cioè quello ospedaliero — che perciò va affrontato e risolto con priorità assoluta — giova ricordare che, malgrado il molto che in questo ultimo decennio è stato fatto, moltissimo rimane da fare per l'incremento di 200.000 posti-letto che valgano — al 1979 — a portare l'Italia — senza squilibri regionali — a quel livello indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Di questi 200.000 posti-letto, nel quinquennio 1966-70 ne erano previsti 82.000, di cui il 70 per cento nel Mezzogiorno.

Fin qui hanno operato ed operano la legge 3 agosto 1949, n. 589 e la legge 30 maggio 1965, n. 574 con contributi costanti dello Stato per 35 anni sulle quote di ammortamento e sugli interessi; operazione assai favorevole perchè consente di restituire in 35 anni all'incirca i due terzi di quello che si riceve.

In forza di queste provvide leggi il decreto 10 novembre 1965 del Ministero dei lavori pubblici, di concerto col Ministero della sanità, ha approvato il programma degli interventi negli anni 1965 e 1966, indicando per altro l'ulteriore fabbisogno per gli anni 1967-1968 e 1969.

Il guaio è che il frazionamento nel quinquennio dei finanziamenti ha impedito la realizzazione di tante opere ospedaliere perchè i Lavori Pubblici si ostinano a volere lotti funzionali, sicchè si è costretti ad attendere i successivi finanziamenti per avviare l'attività operativa. Aggiungasi la necessità di fare appalti scorporati per quanto riguarda i vari impianti tecnici e la riluttanza o la impossibilità della Cassa depositi e prestiti di concedere i mutui promessi. Occorre sbloccare questa situazione — mediante accordi precisi e diretti sia coi Lavori Pubblici e sia con la Cassa depositi e prestiti — se non si vuole che il tutto abbia a naufragare.

È stato un errore — che il Mezzogiorno sta scontando — avere eliminato l'intervento della Cassa del Mezzogiorno dal settore ospedaliero, a seguito della nuova politica di concentrazione degli sforzi in altri settori (aree di sviluppo), come il turistico, l'industriale, l'agricolo-irriguo, e restituendo le costruzioni ospedaliere alla sola iniziativa dei Lavori pubblici. Si rischia di perpetuare nel campo ospedaliero il divario acuto Nord-Sud.

Comunque, siamo sulla fase concreta di operabilità del piano di sviluppo — per quanto riguarda il cap. VII — di cui la riforma ospedaliera costituisce il pilastro portante.

Il prossimo adeguamento delle pensioni con la garanzia di un minimo anche a quelli finora esclusi, costituisce un'altra importante tappa sulla via del civile progresso del nostro Paese.

Questo metodo di lavoro che ho seguito nell'affrettata relazione, mi pare produttivo e corretto.

Nel proporre, quindi, di esprimere parere favorevole al bilancio in questione, sollecito qui il più ampio dibattito sui grandi temi cui ho soltanto potuto accennare, perchè è dal contributo e dall'apporto di esperienze così qualificate che il Paese si attende la soluzione dei problemi che riguardano così da vicino l'avvenire ed il destino di tutti.

Torna, pertanto, opportuno ricordare il monito di Luigi Pasteur « L'avvenire appartiene a quei popoli che più fanno per l'umanità sofferente ».

P R E S I D E N T E . Ringrazio il collega Perrino per la pregevole e completa relazione che abbiamo ora ascoltato.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Desidero anzitutto ringraziare il senatore Perrino per la compiuta ed interessante relazione.

Desidero inoltre precisare alcuni punti. Il primo riguarda l'ONMI: il relatore ha espresso l'esigenza di una indagine conoscitiva sull'attività dell'ONMI ed ha proposto alla Commissione di invitare il presidente dell'ONMI a svolgere una relazione. Riconfermo in questa sede quanto ho già avuto occasione di dichiarare alla Camera e cioè che la responsabilità politica dell'ONMI è anzitutto del Ministero e, quindi, del Ministro della sanità. Mi sono impegnato a presentare, entro un mese, una relazione sullo andamento dell'ONMI alla Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati e, successivamente, le Commissioni igiene e sanità della Camera e del Senato, potranno invitare a riferire il presidente della ONMI.

Il secondo argomento che desidero puntualizzare riguarda la politica degli investimenti nel settore ospedaliero, sollecitata o indotta col sistema delle concessioni di contributi trentacinquennali.

La concessione del contributo non comporta automaticamente l'affidamento del mutuo, ovvero la concessione di un prestito a lungo termine da parte degli Istituti di credito autorizzati, per il finanziamento della opera.

Non vi sono enti ospedalieri che possano ricorrere all'autofinanziamento dei nuovi investimenti; sicchè l'attuazione dei programmi non è condizionata soltanto dai tempi tecnici di progettazione, ma anche dai tempi occorrenti per il finanziamento, la cui durata può addirittura superare i primi. Quindi il fenomeno dei residui passivi sul bilancio del Ministero dei lavori pubblici, per quanto riguarda il problema del finanziamenti dei programmi ospedalieri, va esaminato nella sua realtà, conseguente alla congiunta incidenza dei tempi tecnici di progettazione e dei tempi tecnici di finanziamento.

Per quanto attiene ai tempi tecnici di progettazione, invito i colleghi a considerare come sia preferibile non comprimerli eccessivamente; detti tempi devono essere rapportati all'esigenza della progettazione integrale.

Una polemica sui residui passivi che punti a ridurre esclusivamente i tempi tecnici, non determina certo un miglioramento qualitativo delle strutture ospedaliere e rischia, d'altra parte, di prolungare i tempi di attuazione dell'opera.

Si deve, a mio avviso, arrivare alla progettazione integrale delle strutture ospedaliere e, successivamente, all'individuazione dei lotti funzionali, collegati ad un piano di finanziamento pluriennale dell'opera.

Il finanziamento può essere, infatti, graduato nel tempo, poichè l'affidamento del mutuo per l'intero importo dell'opera, che viene poi realizzata in un triennio o in un quadriennio, può portare ad esempio, quando si tratta di finanziamenti concessi da istituti autorizzati al credito a lungo termine esclusa la Cassa depositi e prestiti, alla corresponsione ed al deposito dell'intera somma su un libretto di risparmio in

attesa dell'utilizzo e all'onere conseguente, che incide sul costo dell'opera, relativo alla differenza tra il tasso di interesse passivo del mutuo e il tasso di interesse attivo del deposito fruttifero. Questa differenza può oscillare dal due al tre per cento e rappresenta un costo aggiuntivo imprevisto per il finanziamento dell'opera.

Se esaminate i conti consuntivi di molte opere pubbliche, potete accertare e comparare il costo delle operazioni di prefinanziamento.

Ho voluto fare queste precisazioni poichè ritengo che il dibattito debba affrontare questi argomenti; è possibile, infatti, prospettare metodologie diverse di finanziamento del futuro programma ospedaliero, metodologie che comportino la contemporaneità dell'affidamento del contributo e del reperimento del finanziamento. Se questo si è fatto per un settore di pur rilevante importanza quale è il settore dell'edilizia agevolata, ritengo che lo stesso metodo possa essere esteso al settore ospedaliero.

F E R R O N I . Signor Ministro, sono mancato a varie sedute per gravi ragioni di famiglia e non so se le domande che le porrò le sono già state rivolte da altri colleghi.

Desidero anzitutto ringraziare il collega Perrino per la sua relazione che ci fornisce un quadro abbastanza ampio per affrontare un serio esame del bilancio. È, a mio avviso, compito del relatore fornire, appunto, elementi di valutazione ai membri della Commissione perchè possano intervenire sui vari temi che sono stati toccati.

Abbiamo sentito anche adesso affermare che la riforma ospedaliera costituisce un aspetto preminente dell'attività sanitaria del Paese. Credo che non vi siano dubbi in proposito.

I colleghi più anziani del Senato e della Camera dei deputati ricordano certamente la battaglia svoltasi per la legge ospedaliera che, pur presentandosi in forma molto limitata rispetto al progetto originario, (talchè si è detto che, anzichè arrivare sulla luna come si doveva, si è arrivati a Genzano; e questa frase non l'ha pronunciata solo il senatore Pajetta in televisione, ma prima di lui io stesso alla direzione del mio partito in ordine alla entità e alla portata del testo definitivo) resta pur sempre una legge che introduce notevoli riforme nel nostro Paese. Ed io ho difeso questa legge, anche se, anzichè arrivare sulla luna, si è arrivati a Genzano. Non v'è alcun dubbio, però, onorevole Ministro, che adesso si tenti di riportarci a Roma, da dove siamo partiti!

Le do atto, signor Ministro, con estrema sincerità e lealtà, dell'autentico e vivo interesse da lei dimostrato per i nostri problemi sanitari nel breve periodo di tempo trascorso dalla sua nomina; di buon grado riconosco la validità delle sue affermazioni e la volontà evidente di avviare a soluzione tutti i problemi connessi alla riforma ospedaliera. Non penso, tuttavia, di essere disfatista o, peggio ancora, pessimista se dico che lei troverà enormi resistenze.

La prima resistenza che il Ministro incontrerà è quella dovuta ad una profonda incomprensione, radicata negli uomini che fanno economia e politica in tutti i partiti, (badate bene: in tutti i partiti, anche quello al quale io appartengo) i quali non riescono ancora ad afferrare il nesso tra la medicina preventiva e i problemi economici del Paese. Anche coloro che pure militano da anni in questo settore non riescono a pensare in maniera diversa. La prima resistenza, dunque, la troverà proprio da parte di costoro, resistenza che noi già abbiamo tentato di scardinare, tuttavia senza grandi risultati.

La seconda resistenza, meno appariscente, ma non certo meno potente, il Ministro la troverà in interessi costituiti e precostituiti; ricordo che quando parlai della situazione ospedaliera, su dati da me elaborati, dimostrai l'assoluta sproporzione tra posti-letto in case di cura private e posti-letto in ospedali pubblici, e questo specialmente nel Meridione d'Italia. Prima di poter superare certi interessi bisognerà lottare ancora parecchio.

Io le auguro, signor Ministro, che la passione che l'anima in questi giorni possa persistere, viva e sincera, anche quando lei in-

contrerà quelle resistenze a cui ho accennato.

Un'altra questione vorrei porre in maniera precisa. In questi giorni abbiamo ricevuto una lettera relativa alla nomina della nota Commissione interparlamentare, di dieci senatori, di dieci deputati, incaricata di esprimere il proprio parere sulle leggi delegate previste nella legge di riforma ospedaliera. Non sono giurista ed è per questo che pongo la domanda: come dovrà funzionare questa Commissione? E da chi e quando sarà convocata? Il termine di un anno, previsto dalla legge, scade, se non vado errato, tra circa 15 giorni, per cui pare assai pertinente chiedere queste precisazioni ed eventualmente a chi si deve sollecitare la convocazione della Commissione stessa.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Posso assicurare il senatore Ferroni — come ho già dichiarato pubblicamente e ha anche ripetuto questa mattina il relatore — che è mia ferma intenzione rispettare il termine perentorio di un anno dall'entrata in vigore della legge n. 132 per l'emanazione delle norme delegate.

Debbo anche aggiungere che il Ministero ha predisposto, avvalendosi di dieci commissioni appositamente costituite, le relazioni per la formazione degli schemi di decreti. Non appena i tre decreti saranno approntati, verranno sottoposti al parere delle organizzazioni sindacali e di categoria, come appunto è previsto dalla legge.

Successivamente verrà convocata la Commissione consultiva interparlamentare, prevista dall'articolo 40 della legge 12 febbraio 1968, n. 132. Ovviamente la Commissione potrà riunirsi in questa sede o alla Camera dei deputati, così come la Commissione stessa preferirà, dopo la convocazione disposta dal Ministro non appena questi sarà in grado di sottoporre gli schemi dei decreti delegati. Mi riservo, pertanto, di comunicare ai presidenti delle due Commissioni competenti della Camera dei deputati e del Senato la presumibile data entro la quale la Commissione possa riunirsi per un primo esame dell'impostazione delle norme delegate. Successivamente, sulla base anche delle osservazioni dei sindacati, si potrà passare alla stesura del testo definitivo da sottoporre al parere finale della Commissione consultiva.

Questo è il metodo di lavoro che intendo seguire; la mia proposta potrà essere integrata, nel corso dei lavori, dalle indicazioni degli onorevoli commissari. È essenziale, a mio avviso, rispettare il termine perentorio e arrivare alla formazione di norme delegate che integrino la legge 12 febbraio 1968, n. 132. Vi sono però due fasi ben distinte: la prima relativa alla formazione delle norme delegate ed una successiva eventuale, riguardante l'emanazione di un regolamento di attuazione delle leggi. Per la prima fase vi è un termine prescritto dalla legge e che va rispettato.

Devo, inoltre, assicurare la Commissione che i comitati regionali per la programmazione ospedaliera, secondo precise disposizioni impartite, e i medici provinciali saranno completati e insediati entro i primi giorni di febbraio. Per quanto riguarda le costruzioni ospedaliere il programma per il biennio 1969-70 verrà impostato accentuando gli investimenti nelle zone meno dotate di posti letto, tenendo presente soprattutto la destinazione qualitativa oltre che il fabbisogno quantitativo. In sede di approvazione del disegno di legge n. 711, è opportuno che vengano ribaditi gli indirizzi emersi nella passata legislatura e presentati in un ordine del giorno votato dalla IX Commissione lavori pubblici della Camera dei deputati, sull'esigenza della considerazione degli aspetti qualitativi oltre che quantitativi, per non determinare eccedenze di posti letto in determinati settori, permanendo la carenza in altri.

La ristrutturazione e lo sviluppo del sistema ospedaliero sono stati individuati come il fulcro della riforma del servizio sanitario nazionale. La formazione dei programmi, quindi, dovrà essere affrontata sulla base di criteri razionali, superando le tendenze municipalistiche, con la previsione di un graduale sviluppo del sistema e del coordinamento dei presìdi operanti nello stesso comprensorio ed ai diversi livelli.

Ella, senatore Ferroni, ha detto che non viene dato — da chi si intende di economia

e di politica — un preciso significato alla funzione sociale ed econmoica della medicina preventiva; io posso aggiungere che troppo spesso anche i criteri di gestione dell'assistenza ospedaliera risentono dei metodi in atto per la determinazione della retta media, che portano tendenzialmente all'aumento dell'indice medio di degenza, il che si riflette sul disavanzo economico dei servizi mutualistici. Ora la riduzione dell'indice medio di degenza, in un servizio sanitario nazionale globale, può essere ottenuta accentuando l'opera della medicina preventiva da un lato, e, dall'altro, con la definizione di un sistema differenziato di rette correlate alle prestazioni effettive date all'assistito, con gli opportuni controlli ai diversi livelli.

Certamente questo obiettivo può essere conseguito solo nell'ambito di un sistema unificato.

Ringrazio i colleghi che mi hanno dato modo di fare questa precisazione.

F E R R O N I . La ringrazio della risposta così garbata, però mi permetterei di aggiungere che non appena lei avrà raccolto sufficiente materiale di esame sarà opportuno insediare ufficialmente la Commissione competente perchè possa iniziare i suoi lavori.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Sarà insediata non appena potrò disporre degli schemi dei decreti sufficientemente elaborati.

O R L A N D I . Approfitto della cortesia dell'onorevole Ministro, che ha dato risposte pertinenti alle domande rivoltegli dal senatore Ferroni, per chiedergli, per quanto riguarda la classificazione degli ospedali, quali ostacoli si frappongono a questa classificazione.

P R E S I D E N T E . Sarebbe opportuno che la discussione procedesse in modo più organico e che alla fine di ogni intervento si presentassero eventuali ordini del giorno, onde lasciare anche al rappresentante del Governo il tempo di dare una meditata risposta: è evidente che una risposta immediata difficilmente può essere esauriente.

Il tempo a nostra disposizione è molto limitato, perchè l'esercizio provisorio scade il 28 febbraio e dal giorno 8 al 15 dello stesso mese avrà luogo il Congresso comunista; quindi cerchiamo di essere quanto più possibile brevi ed ordinati nei nostri interventi.

La pregevolissima relazione del senatore Perrino, è opportuno che sia stampata e distribuita a tutti i membri della Commissione perchè possano sottoporla ad attento esame. Proporrei, pertanto, di rinviarne la discussione alla prossima seduta che possiamo fissare fin d'ora a martedì.

A R G I R O F F I . La proposta del Presidente è senza dubbio ragionevole: aprire una discussione affrettata significherebbe perdere tempo, perchè non conoscendo bene gli argomenti, non potremmo concentrare i nostri interventi sui problemi più significativi. Dichiaro, pertanto, di essere favorevole al rinvio della discussione alla prossima seduta.

P R E S I D E N T E . Resta inteso che ci aggiorniamo a martedì prossimo.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Comunque penso che sia consentito anche un dibattito preliminare.

O R L A N D I . Si tratta, in fondo, di domande che possono illuminare la Commissione.

P E R R I N O , *relatore.* Vorrei richiamare l'attenzione del Ministro sulla classifica degli ospedali; a suo tempo furono impartite delle disposizioni per la classifica, senonchè è accaduto qua e là, localmente, che vi siano state delle forzature per ottenere, sia pure a titolo provvisorio, una classifica superiore, e ciò malgrado che si fosse chiaramente detto che la classifica avrebbe dovuto rappresentare una vera e propria fotografia dell'ospedale, delle sue possibilità e della sua situazione. Questo è successo anche in diverse provincie: non vorrei, quindi, che avvenisse anche a livello regionale. Sarebbe opportuno, pertanto, che il criterio informatore della classifica — e

cioè che essa va fatta in base allo *statu quo* e non alla situazione dell'ospedale quale potrebbe essere tra due o tre anni— venisse ricordato ai vari amministratori.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Brevemente vorrei precisare che una interpretazione logica ed organica della legge dovrebbe portare a classificare gli ospedali dopo la formazione del programma regionale.

I colleghi sanno che la legge prevede entro 40 giorni dalla sua entrata in vigore la formazione dei comitati regionali per la programmazione ospedaliera ed entro i sei mesi successivi la predisposizione del primo schema di programma regionale. Su questa base si doveva avviare il processo di classificazione; la situazione politica congiunturale — pre-elettorale e post-elettorale — ha ritardato la formazione dei comitati regionali di programmazione ospedaliera. Per quanto mi riguarda posso assicurare gli onorevoli senatori che a fine mese verrà completato l'insediamento dei comitati e l'elezione dei presidenti. D'altra parte la classificazione degli enti ospedalieri si è imposta ai fini di attivare il processo di democratizzazione degli enti stessi e, quindi, si è proceduto per due vie diverse: sulla strada della classificazione provvisoria degli ospedali, al fine della formazione delle amministrazioni democratiche degli enti stessi, nonchè per iniziare le procedure di scorporo, laddove questo è previsto per arrivare alla trasformazione dell'ente, e sulla seconda strada quale è quella della formazione degli organi di programmazione ai vari livelli. Aggiungo che le operazioni di classificazione sono a buon punto; molti decreti sono in corso ed una parte di questi è già stata perfezionata. Rimangono da esaminare circa 600 ospedali, tra i quali sono comprese le infermerie. In quest'ultimo caso è fondamentale a mio avviso il parere del comitato regionale della programmazione ospedaliera; solo se il comitato riconosce che un'infermeria può rappresentare il nucleo dell'ospedale zonale, si può procedere alla classificazione, in modo che possa essere programmata la realizzazione dell'ospedale.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il Ministro per le delucidazioni date.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 12,10.

SEDUTA DI MERCOLEDI' 5 FEBBRAIO 1969

Presidenza del Vice Presidente ALBANESE

La seduta ha inizio alle ore 9,40.

Sono presenti i senatori: Accili, Albanese, Arcudi, Argiroffi, Colella, Dal Canton, De Falco, De Leoni, Del Pace, Ferroni, Guanti, Lombardi, Manenti, Menchinelli, Minella Molinari Angiola, Montini, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino, Pinto e Zelioli Lanzini.

A norma dell'articolo 18, ultimo comma, il senatore Caroli è sostituito dal senatore Varaldo.

Intervengono il Ministro della sanità Ripamonti e il Sottosegretario di Stato allo stesso Dicastero Zonca.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1969

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

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1969 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

D E F A L C O . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, ho ascoltato e letto la relazione del senatore Perrino. Si può dire che, ad una situazione sociale in evoluzione, anche riconosciuta, corrisponde un bilancio della Sanità con spese ricorrenti e con esigenze finora ignorate del tutto.

Mi soffermerò su un argomento che il bilancio e la relazione ignorano e che, invece, è drammaticamente presente nel Paese: mi riferisco alla medicina del lavoro.

Esiste in bilancio un capitolo « malattie sociali », ma manca qualsiasi richiamo alla medicina del lavoro nel senso più largo, intesa come ricerca, come controllo, come prevenzione, come acquisizione di personale specializzato.

La relazione del senatore Perrino accenna « alle nuove dimensioni del bisogno sanitario e alle prospettive che oggi la realtà viva del Paese propone alla nostra attenzione ».

Sono del parere che nel bilancio non vi è alcuna « nuova dimensione » che ci possa esaltare. Io chiedo: di che cosa si deve occupare un bilancio del Ministero della sanità, se non degli ospedali, dell'ONMI, dell'igiene pubblica e sociale, dei medicinali? E ancora, se queste spese ricorrenti fossero state concepite in un'impostazione a contenuto sociale ad alto livello, d'accordo; ma mancano forse i fondi necessari per inscrivere in bilancio sia pure un inizio di medicina del lavoro?

Permettete che mi richiami sia pure brevemente alla non abbastanza deprecata prassi dei residui passivi.

Per la fine del 1968, si prevede che i residui passivi si aggireranno sugli 8.000 miliardi. I residui passivi del Ministero della sanità furono, nel 1967, 52.300.000.000 su una spesa di competenza di 87.360.798.000 di lire; cioè non si è speso il 59,8 per cento del bilancio. Oggi si ascrive a merito di avere portato il bilancio a 143.038.000.000 per il 1969. Che valore può avere l'aumento di 41 miliardi, se i residui passivi del 1958 sono superiodi all'aumento della previsione del 1969 di ben 18 miliardi?

È un vanto per l'Italia di essere oggi uno dei Paesi più industrializzati del mondo. Solo in senso direttamente proporzionale siamo, perciò, il Paese più esposto al rischio delle malattie del lavoro.

Se invece manca una politica della medicina pubblica del lavoro, il fenomeno, a mio avviso, cessa di essere proporzionale e diventa inversamente proporzionale in senso progressivo.

È stato riconosciuto ad alto livello internazionale che l'Italia, tra i dieci Paesi più industrializzati del mondo, in tema di medicina pubblica del lavoro non è in coda: è assente! Questo non vuole dire che non vi siano leggi in materia, anzi: vi sono leggi o superate per taluni aspetti tecnologici o di difficile applicazione. Comunque, sono leggi dello Stato e l'intervento degli organi sanitari dello Stato è obbligatorio. Dovrebbe essere una scelta qualificata, una scelta politica.

Esiste forse una netta divisione stagna tra l'inquinamento atmosferico, delle acque, e l'inquinamento dell'ambiente del lavoro?

È dalle fabbriche che nascono gli inquinamenti. Quando un nuovo medicinale deve entrare nell'uso, lo si sottopone ad analisi, a prove. Quando un additivo chimico entra nell'alimentazione umana o animale, si fa la stessa cosa (vi sono le violazioni, ma questo è un altro discorso). Quando un nuovo processo produttivo chimico, anche pericoloso, viene adottato in una lavorazione industriale, non occorre nessuna autorizzazione preventiva. Può capitare che una data concentrazione di sostanze tossiche avveleni lentamente uomini e donne addetti a determinate lavorazioni e nessuno intervenga; e sarà uno di quei casi che non verranno riconosciuti come malattie professionali.

I lavoratori che usano talune vernici, per esempio, possono scrivere un trattato di come l'industriale può eludere legalmente la legge; sul come il medico di fabbrica, se c'è, trova sempre tutto normale; sul come si trova sempre qualche luminare della scienza che lo conferma. Esiste il testo unico delle leggi sanitarie; esiste l'articolo 40 che consente all'ufficiale sanitario di entrare nelle fabbriche. Quanti lo fanno? Quanti, facendolo, resistono alle tesi padronali?

Vi sono le unità sanitarie locali; vi sono i consorzi di vigilanza igienica; c'è l'Ispettorato del lavoro; c'è l'ENPI. In che cosa si risolve un eventuale loro intervento? Quasi sempre in una elegante disquisizione; in un cavillare sull'interpretazione, sull'applicazione di una tale norma o articolo di legge. Tutti sappiamo che esiste lo stabilimento siderurgico Italsider di Taranto. È il più

grande e moderno d'Europa. L'IRI lo vanta come campione di competitività. Ma esso è anche il luogo dove i ritmi di lavorazione sono disumani; dove l'ambiente talvolta è tossico, proprio per i cicli accelerati che impediscono un ricambio naturale dell'atmosfera, in assenza di congegni estrattivi o di depurazione, costosi e pertanto in contrasto con la competitività.

Gli infortuni sul lavoro sono connaturati nella lavorazione siderurgica, ma quanti di essi sono la causa diretta dei ritmi bestiali, del logoramento psichico, della costrizione disumana alle macchine, dell'aria satura di gas, di polveri minerali fortemente concentrate, con esposizione a temperature fino a 80 gradi, a forte energia radiante?

Qual è l'autorità sanitaria pubblica che difende il lavoratore dalla scarsa illuminazione dal rumore oltre il limite di sicurezza?

Un'azione sindacale chiamò nello stabilimento Italsider l'Ispettorato del lavoro, l'ENPI, l'INAIL, eccetera. Tutti si dichiararono impotenti. Si constatò che l'ENPI, che per legge dovrebbe intervenire per prevenire gli infortuni sul lavoro, da quando era in funzione il Centro SID di Taranto, aveva effettuato una sola ispezione: il controllo degli ascensori! Tutti scaricano ogni responsabilità sul medico di fabbrica. Per il medico di fabbrica tutto è perfetto, tutto normale, salvo che si trova sempre in conflitto con i lavoratori ammalati e i loro medici privati.

Si è arrivati all'assurdo che tanta modernità di impianti obbligava i lavoratori a portarsi l'acqua per bere, essendo l'impianto dello stabilimento inquinato da residui di lavorazione.

Per il direttore dello stabilimento l'acqua era buona, ma lui beveva acqua minerale; per il medico di fabbrica, buonissima. Una analisi promossa dal medico provinciale stabilì che essa non era potabile.

Ai cantieri navali di Taranto, ancora l'IRI, si eseguono i lavori in bacino, sotto le intemperie, senza riparo alcuno: Saldatori elettrici e saldatori autogeni, sono costretti a lavorare in cassoni completamente chiusi, quali i depositi di nafta, con fiamma ossidrica, senza alcun sistema di aereazione.

Lavori in sala macchina, a bordo di navi, con l'arco elettrico, con pericolosa mancanza di ossigeno.

Chi interviene? Chi deve intervenire, se non la sanità pubblica, anche nel caso al di fuori di ogni norma di legge? Lo Stato, datore di lavoro.

Accenno solo alla situazione igienico-sanitaria esistente nell'Arsenale marittimo di Taranto, dove sono addetti seimila lavoratori. Bastano alcuni dati di fatto: piove in tutti i reparti; mancanza assoluta di ogni e qualsiasi forma di estrattori o depuratori, sia pure elementari, anche dove lo prescrive la legge. Nel 1967, su 739 infortuni, 313 furono causati da cadute in piano, causa lo stato disastroso delle pavimentazioni nelle officine. Le installazioni: di mensa, di lavandini, di doccia, di spogliatoi, di servizi igienici, sono indegne di un Paese civile e dello Stato datore di lavoro.

A Mantova, in un calzaturificio, le autorità sanitarie locali negano che esista un ambiente nocivo. Un esperimento a livello universitario ha stabilito che 30 cavie vi muoiono in un mese. Trenta cavie di controllo, fuori della fabbrica, trattate nell'identico modo, vivono benissimo. I disturbi che accusavano le lavoratrici erano: amenorrea, dismenorrea, metrorragia, aborti, nevrosi.

Nella lavorazione del legno vi sono dei collanti che provocano, se usati senza le dovute cautele, eczema, dermatiti, perfino l'asma, causa il benzolo, il tuolo, la formalina.

Chi deve stabilire, se non la sanità pubblica, qual è il grado di concentrazione o di uso di determinate sostanze; qual è il grado di temperatura sopportabile, di rumorosità, di polverosità dell'ambiente di lavoro; quali sono i guasti patologici o fisiologici o di altra natura che queste violazionui di leggi, o anche della sola legge umana, provocano: invecchiamento precoce, svenimenti, vomito, bronchiti, asma, artrosi, coliche addominali, gastrite, ulcere gastriche, esaurimenti, siderosi, desalinizzazione, disturbi neurovegetativi, pneumoconisi, cataratte, nevrosi, azotemia, tbc?

Trovo utile a questo punto darvi lettura del documento conclusivo del convegno delle fabbriche di Taranto sulla situazione ambientale.

STABILIMENTO ITALSIDER
IV CENTRO SIDERURGICO

COK — BAT

esposizione a polvere infuocata dovuta allo scarico del carro di spegnimento;

esalazione gas dovuta a perdite delle porte;

esposizione a calore, ad esalazione di gas e a polvere di carbone, durante la pulizia dei gomiti di bariletti;

esposizione a gas, polvere rovente, fiamme a sbalzi di temparatura, fumo;

contatto con acqua ammoniacale in conseguenza del cattivo funzionamento dei due estrattori;

esposizione a calore: 50° - 80°;

esalazione di gas in massima parte dovuta a varie perdite delle batterie in pressione;

fumo e vapore che in genere persistono per tutta la durata del turno in conseguenza delle operazioni di sfornamento;

intemperie.

AREA 2 — *Carica-forni*:

fumi;

scarsa ossigenazione;

esposizione a brusche variazioni di temperatura.

AREE LAMINATOIO — *A freddo*:

scarsa ventilazione;

temperatura ambiente incostante;

rumorosità elevata.

AREA 2 — *Carica*:

presenza di gas dovuta alla perdita per essicazione convertitore e siviere;

polveri minerali di tutti i tipi ferroleghe concentrate;

scarsa illuminazione;

scarsa ossigenazione;

sforzo fisico eccessivo;

energia radiante;

rumori assordanti;

forti concentrazioni di polveri;

esposizione a brusche variazioni di temperatura.

AREA 3

esalazione di gas-metano;

scarsa visibilità;

esalazione da piombo;

le condizioni generali di ambiente di lavoro vengono maggiormente aggravate da ritmi di lavoro troppo intensi, dalla mancanza di aspiratori, o di altre apparecchiature che dovrebbero rendere l'ambiente di lavoro più naturale, da organici troppo ristretti, da scarsa luminosità.

AREA 3 — *Fossa*:

temperatura elevata;

scarsa ossigenazione;

esposizioni a brusche variazioni di temperatura;

scarsa visibilità.

AREA 4 — *Formatura*:

polveri varie;

esalazioni di acidi;

rumori;

elevato sforzo fisico;

scarsa visibilità;

sbalzi di temperatura.

AREA 5 — *Sbavatura*:

area congestionata;

temperatura elevata;

fumi e polveri per operazioni di taglio;

esalazioni di gas-metano;

sforzo fisico elevato;

area radioattiva ionizzante (cobalto betatrone raggi X);

scarsa illuminazione;

rumore al limite della sopportazione, vibrazioni intense;

esalazione da grafite, lancio di scaglie o schegge, rottura tubi di olio con pericolo d'incendio, forte umidità, abbagliamenti continui.

AREA 6

rumori intensi, fortissimi calori, esalazioni, fumi e polveri, scarsa luminosità, abbagliamenti continui.

CANTIERI NAVALI

Saldatori autogeni

Questa categoria di lavoratori è costretta a lavorare nelle casse chiuse con fiamma ossi-acetilenica DDFF e in locali imbrattati di nafta dove qualche volta si provocano degli incendi.

Malattie più frequenti: faringite, ustioni gravi, polmonite, scottature, colpi di calore, intossicazioni.

Saldatori elettrici

Questa categoria di lavoratori è costretta a lavorare nelle casse chiuse DDFF e in sala macchine, ambienti dannosi per mancanza di ossigeno.

Malattie più frequenti: azotemia, tbc.

ARSENALE MARINA MILITARE

Quasi tutte le officine sono preda di umidità per i tetti lesionati e colate di acqua piovana.

Pericolo di folgorazioni per dispersione di umidità in presenza di alte tensioni.

Mancanza di areazione e, dove occorre o è prescritto dalle leggi, di estrattori.

Reparti a concezione promiscua, nel senso che il calderaio causa la sordità al saldatore di plastica suo vicino e il saldatore intossica il calderaio. Al calderaio viene riconosciuta la sordità al saldatore no.

Nelle officine vi è scarsa visibilità artificiale e sono letteralmente infestate da grossi topi.

Molti refettori sono inadatti e dentro vi piove: posso considerarsi bettole più che refettori a causa della scarsa pulizia dovuta a mancanza di personale; molte officine sono prive di refettori.

La pavimentazione di tutte le officine si trova in uno stato di dissesto, causa di cadute e numerosi infortuni.

In tutto l'Arsenale una sola officina ha lo spogliatoio munito di riscaldamento.

Le docce sono esposte alle intemperie e senza porte; si passa dalla temperatura dell'acqua calda a quella ambiente. I lavabi sono per lo più in lamiera a zampillo del tipo abbeveratoio per animali.

I servizi igienici (gabinetti) interni ed esterni sono tenuti in una condizione di sporcizia indescrivibile.

Per ragioni di tempo, vi risparmio una lettura analitica di quante malattie citate sono da attribuire a difetti di macchine, ad avarie, a concentrazioni pericolose di elementi nocivi, imputabili ai responsabili delle aziende.

Non è vero che è fatale pagare un tributo di sangue al progresso. È un concetto reazionario, coniato dalla logica capitalistica; è la teoria del massimo profitto. Non si può attendere una nuova legge. La sanità pubblica, oggi, può e deve operare.

Nel 1954, vi furono in Italia, nella industria: 806.395 infortuni sul lavoro, comprese le malattie professionali riconosciute. Di questi, 2.666 mortali.

Nel 1966, vi furono 1.152.288 infortuni, di cui 3.347 mortali.

Dal 1946 al 1966, in venti anni, si sono avuti in Italia 22.860.964 casi di infortuni sul lavoro e di malattie professionali con 82.557 morti e 966.800 invalidi permanenti. Quanti furono gli invalidi del lavoro non riconosciuti? Una vera strage. Ma nessuno, nè appartenente alla sanità pubblica, nè al Governo, ha lanciato un grido di allarme in questo senso. Gridi di allarme si sono levati, invece, in altre nazioni, su questi problemi. Ma vi è di più: nel bilancio e nella relazione non se ne fa cenno. Senatore Perrino, è giusto che si parli dei tumori, delle cardiopatie; queste malattie certamente vanno affrontate con maggiore rigore scientifico e con una moderna organizzazione di medicina sociale. Non si può tacere, però, di

fronte ad un fenomeno come gli infortuni sul lavoro e le malattie del lavoro che aumentano con la nostra civiltà, direi in progressione geometrica. Tra il 1951 e il 1964 gli infortuni sul lavoro, comprese le malattie professionali, sono aumentati del 120 per cento; nello stesso periodo l'occupazione è aumentata del 72 per cento; per cui il tasso di frequenza degli incidenti è salito da 172 a 229 per ogni 1.00 operai. Questa è la proporzione geometrica.

Ora, ha stabilito il Ministero della sanità qual'è, per esempio, il limite tollerabile di concentrazione nell'ambiente di lavoro dei vapori di benzolo, una sostanza oggi così largamente impiegata? O del cloruro di metile? O dell'acido cianidrico, tanto per citare uno dei veleni più pericolosi? Quali limiti di concentrazione sono consentiti in Italia? E chi li stabilisce? E a quale livello di ricerca scientifica? Vi sono dei controlli? La relazione non lo dice. Io posso non saperlo, ma nessuno me lo dice! È vero, senatore Perrino: è pericoloso respirare fumo in un locale chiuso, ed è giusto presentare un provvedimento per il divieto di fumare nei locali pubblici. Ma è più pericoloso respirare quei vapori velenosi! È un fatto, onorevoli colleghi, che oggi il lavoratore non ha più paura dell'infortunio sul lavoro: è terrorizzato dalle malattie del lavoro che uccidono lentamente e non verranno mai riconosciute. Il bilancio e la relazione non possono ignorare una simile tragedia sociale. Questi problemi, collega Perrino, pur non sottovalutando quelli da lei trattati, ben avrebbero giustificato il suo richiamo (e cito le sue parole) alle nuove dimensioni del bisogno sanitario e alle prospettive che oggi la realtà viva del Paese propone alla nostra attenzione!

Termino con questa considerazione: si è detto autorevolmente e a ragione, anche all'estero, che soltanto una medicina pubblica adeguata, articolata in tutte le branche del vivere civile, illuminata e all'avanguardia della ricerca scientifica, qualifica una nazione sul piano sociale. Di contro, mi si consenta di dire che il difetto può squalificare una nazione, e per essa il suo Governo.

D E L E O N I . Onorevole Presidente e onorevoli colleghi, farò qualche breve osservazione sul bilancio della sanità; e comincerò da un problema cui anche il relatore ha accennato, quello dei compiti istituzionali dell'ONMI.

Non sarebbe male, forse, pensare ad una ristrutturazione dell'ONMI; ma penso che sarebbe soprattutto opportuno che il Ministero della sanità esaminasse più attentamente l'attività che questo Ente svolge durante l'anno. Il Ministero ha il compito di vigilanza e di tutela nei confronti dell'ONMI. Ora, ai fini della vigilanza, una delibera s'intende tacitamente approvata dopo trenta giorni. Ai fini della tutela, sarebbe bene che il Ministero nel rendere esecutiva una delibera ne considerasse più attentamente l'oggetto. Abbiamo visto che, in occasione dell'acquisto della Rocca delle Camminate, il Ministero avrebbe potuto dichiarare la sua opposizione.

Per quanto riguarda l'Istituto superiore di sanità, da circa tre anni se ne sta studiando la ristrutturazione. L'Istituto rappresenta in certo modo per il Ministero della sanità la Cassazione: tutti i ricorsi contro le decisioni dei laboratori di igiene e profilassi vanno all'Istituto superiore di sanità. E questo Istituto non ha mezzi finanziari, non ha personale sufficiente. Sarebbe pertanto assai opportuno che il nuovo ordinamento venisse sollecitamente approvato.

Un'altra questione. È noto che presso la Direzione generale dei servizi farmaceutici esiste una commissione nominata dal Ministro (ma non prevista da nessuna legge) in cui si esaminano le specialità farmaceutiche che devono essere ammesse alla registrazione. È del pari noto che, secondo la nuova legge, i capi laboratorio dell'Istituto superiore di sanità non possono esercitare la libera professione, ma attualmente essi la esercitano. Con questa commissione, infatti, essi esaminano (io ho la massima considerazione per la loro competenza e preparazione) quelle specialità che poi hanno forse già esaminato come professionisti: la stessa relazione viene successivamente esaminata dall'Istituto superiore di sanità. E la Commissione è presieduta dal Direttore ge-

nerale dell'Istituto. Ora, si è mai visto il Presidente della Cassazione presiedere una Corte d'appello? Se il Direttore generale deve esaminare la relazione come organo giurisdizionale, non è giusto, mi pare, che presieda la Commissione per la registrazione. La Direzione generale dei servizi farmaceutici è una direzione che va ristrutturata, tanto più dal momento che assolve compiti estremamente delicati.

Vorrei anche ricordare che nella formazione del prontuario delle specialità farmaceutiche (esistente presso il Ministero del lavoro) che i medici mutualistici possono assegnare ai mutuati, il Ministero della sanità non è rappresentato, mentre avrebbe dovuto esserlo. Non solo, ma quel prontuario non ha più ragione di esistere, dal momento che i mutuati adesso partecipano alla loro assistenza.

E passo alla Croce rossa. La Croce rossa è una mastodontica associazione. Io mi inchino di fronte alle benemerenze che ha acquistato per l'opera altamente umanitaria svolta durante la prima e la seconda guerra mondiale. Però debbo rilevare che attualmente essa costa parecchi miliardi e i suoi compiti devono essere organizzati per la difesa civile. Abbiamo studiato il problema in una commissione speciale. Nell'ipotesi di una guerra atomica la Croce rossa può occuparsi soltanto delle popolazioni civili.

I Centri trasfusionali aggregati alla Croce rossa sono istituti con fondi del Ministero. Rimane quindi all'Ente, oltre al compito proprio della medicina stradale, il servizio delle autoambulanze.

Vi è poi un altro settore importantissimo: quello della medicina scolastica. È stata istituita una commissione presso il Ministero della pubblica istruzione (vi ho partecipato anch'io) per esaminare, oltre ai programmi di esame e alle ore di scuola, l'importante questione della visita medica preventiva. Attualmente questo è un compito affidato ai comuni. A Roma, per esempio, noi abbiamo un servizio di medicina scolastica preventiva esteso fino alle scuole medie. Il Ministero della sanità vigila sull'attività dei medici scolastici attraverso alcuni ispettori. Il complesso dei compiti propri della medicina scolastica andrebbe però affidato definitivamente al Ministero. Si potrebbe così, ad esempio, attuare un più efficace impiego della schermografia, servizio importantissimo. In una scuola dove sono presidente, quasi il 60 per cento degli alunni era predisposto alla tbc. Oggi il Ministero della pubblica istruzione si limita a versare ai comuni un contributo annuo perchè assumano dei medici che vadano per due-tre ore al giorno nelle scuole. È troppo poco.

Vi è poi il problema dell'Istituto « Regina Elena » per lo studio del cancro. Ho visto che in bilancio sono iscritti i 50 milioni che venivano stanziati al tempo dell'Alto Commissariato per la sanità. Oggi l'Istituto è stato trasformato in ospedale e 50 milioni sono veramente insufficienti. Nel bilancio ci sono anche altri 200 milioni destinati a tutti e tre gli istituti, cioè anche quelli di Milano e Napoli. È una cifra irrisoria. Il « Regina Elena » oggi vive esclusivamente delle rette ospedaliere e un canceroso che viene ricoverato, quando non c'è più niente da fare, viene trasferito al Sant'Andrea, dove mi auguro che almeno sia costruito il nuovo ospedale, perchè l'attuale è sconfortevole.

Vi è un'altra questione. Nel 1949-50 ci fu un'epidemia gravissima di poliomielite. Trattandosi di un fatto di medicina sociale, il Ministero fu costretto a ricoverare tutti coloro che ne erano stati colpiti. Noi vediamo che il Ministero della sanità e del tesoro non si sono ancora compenetrati della esigenza di tale intervento, si che ci sono ancora 9-10 miliardi di debiti con gli Istituti, i quali pertanto sono costretti a chiedere anticipazioni alle banche, al 7-8 per cento di interesse. E noi vediamo, ad un certo momento, che l'assistenza non è più quella che si dovrebbe erogare.

Altro problema importante: gli istituti zoo-profilattici in genere vivono con i contributi che il Ministero della sanità assegna per i vaccini. Anche qui c'è un provvedimento che andrebbe al più presto varato, perchè prima questi Istituti avevano la figura giuridica degli Enti locali ed erano sotto il controllo del prefetto; oggi sono rimasti privi di qualsiasi tutela.

Ci sono infine i problemi importantissimi delle frodi e delle sofisticazioni alimentari. Sono due i Ministeri che si occupano di questi problemi. Ora, o noi trattiamo solo la sofisticazione o dovrebbe rientrare tutto nella competenza del Ministero della sanità, perchè la sofisticazione porta immediatamente alla frode.

Vi è poi un'altro importante problema, quello derivante dal fatto di aver affidato ai carabinieri la vigilanza alimentare per le sofisticazioni, mentre il Corpo delle guardie sanitarie viene impiegato per tutt'altri compiti anzichè per quelli che gli competono e cioè di vigilare fra l'altro sulle industrie farmaceutiche, tanto più che con l'ultima legge le guardie sanitarie sono anche ufficiali di polizia giudiziaria. Questo Corpo è ormai ridotto ai minimi termini e va quindi aumentato nel numero. Occorrerebbe, pertanto, istituire, presso ogni medico provinciale, un gruppo di guardie sanitarie.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Il problema delle guardie di sanità riguarda gli organici del Ministero, perchè lei sa certamente che questo personale attualmente è prevalentemente adibito ad altri compiti. Il giorno in cui libereremo in organico le guardie di sanità e affideremo loro compiti di istituto, avremo a disposizione circa 450 unità.

D E L E O N I . Attualmente le guardie di sanità sono impiegate come autisti, telefonisti, uscieri, e così via. Il Ministero della sanità, invece, dovrebbe avere un ruolo di uscieri, di agenti tecnici, eccetera, e il ruolo delle guardie di sanità, affidando a queste solo compiti di istituto.

A mio avviso, dovrebbe essere nominata una Commissione speciale che si occupi esclusivamente della revisione all'organico del Ministero della sanità.

Il relatore ha trattato, inoltre, la questione dei servizi che restano ancora fuori del Ministero della sanità, come, per esempio, quello delle mutue.

C'è stata una commissione paritetica, nominata dall'allora Presidente del Consiglio Moro e composta da dieci funzionari del Ministero del lavoro e dieci funzionari del Ministero della sanità, presieduta da un Presidente del Consiglio di Stato, nella quale siamo riusciti a far approvare un solo articolo, perchè questi problemi sono molto gravi. Si era deciso di creare due grandi istituti: uno assistenziale e l'altro previdenziale. Si dovrebbe riattivare questa Commissione per vedere di raggiungere un accordo nel senso che la parte assistenziale deve essere affidata definitivamente al Ministero della sanità, perchè non si concepisce come questo Ministero non debba avere il controllo sanitario sulle mutue: tutti gli istituti mutualistici aprono ambulatori senza il controllo del medico provinciale. Bisogna ovviare anche a questo inconveniente.

C'è poi l'altro problema degli invalidi civili. Per svolgere questo importantissimo compito del Ministero della sanità manca no i mezzi idonei: il medico provinciale ha 20 mila persone da sottoporre a visita medica per accertarne l'invalidità, per cui questa povera gente non solo aspetta a lungo prima di essere visitata, ma ancora più a lungo aspetta il riconoscimento dei benefici che la legge prevede.

M A N E N T I . Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, ho seguito con molta attenzione la relazione del senatore Perrino. Senza dubbio egli ha messo in evidenza nuovi e preoccupanti problemi della Sanità nel nostro Paese. Di questo gliene do atto. Però, quando si giunge alla conclusione di questa relazione, vien fatto di porci questa domanda: ebbene, di fronte alla preoccupazione che destano questi grossi problemi, quali iniziative concrete, quali iniziative parlamentari si prospettano per superare questo stato di cose?

Debbo dire che sono rimasto deluso, perchè effettivamente il bilancio, nonostante le affermazioni fatte dal relatore, ricalca le orme di tutti i bilanci del passato. E allora, debbo fare questa considerazione: nonostante si riconoscano i gravi problemi che si affacciano alla società civile, quando si tratta di intervenire concretamente, manca la volontà politica di affrontare dalle ra-

dici i mali che minano la società sul piano nazionale.

Vorrei sollevare un problema, modestissimo se volete, ma che mi sta molto a cuore: il problema dei vecchi. Il senatore Perrino si è soffermato brevemente, direi quasi fuggevolmente, nella sua relazione, su tale problema. Mi ha colpito una sua frase: egli ha affermato che le case per i vecchi, e in modo particolare quelle che riguardano l'ONPI, sono davvero delle « case serene ».

Il senatore Perrino, a mio avviso, ha mancato di fare un esame profondo, concreto, dei ricoveri per vecchi nel nostro Paese.

P E R R I N O , *relatore*. Non l'ho fatto.

M A N E N T I . Signor Presidente, in questi giorni ho voluto compiere una ricerca e debbo dirle che sono rimasto profondamente colpito — sono fermamente convinto che ognuno di noi, al di sopra delle posizioni politiche, è sensibile a certi problemi — dal numero di relazioni che vi sono in questo campo, fatte da illustri specialisti.

Ebbene, è una problema umano, triste e aggiungerei addirittura drammatico. Ognuno di noi ha potuto constatare che nel nostro Paese, nelle grandi città come nei piccoli centri, si assiste al triste dramma di gente che magari ha lavorato tutta una vita e che, colpita da vicende familiari, è costretta a chiedere l'elemosima. Questo è amaro, è triste per un Paese che si qualifica civile. Credo che non mi si possa accusare di voler fare della polemica, ma vorrei andare ancora più avanti accennando ai ricoveri di mendicità. Se un cittadino, un amministratore, vuole amareggiare il proprio animo, vada a visitare questi ricoveri.

Senatore Perrino, di questo problema non si fa cenno nella sua relazione e che un problema, che riguarda centinaia di migliaia di persone venga ignorato in una relazione, mi pare sia cosa grave, sulla quale dobbiamo tutti riflettere.

L'articolo 38 della Costituzione repubblicana dice che ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. Il legislatore si è impegnato così ad emanare leggi ordinarie tali da rendere effettivo questo diritto, in quanto il disposto costituzionale ha solo un carattere programmatico e non precettivo.

Allora, rifacciamoci a questo articolo 38 della Costituzione, senatore Perrino. Sono trascorsi, come lei sa, oltre venti anni da quando la Costituzione è stata promulgata, e quanti bilanci sono stati discussi, quante volte anche altri colleghi hanno sollevato queste questioni — da tutti i banchi, perchè qui non si fa una questione di parte — per risolvere il problema della mendicità, per risolvere il problema della vecchiaia, per fare in modo che gli enti idonei potessero intervenire concretamente!

A Pesaro, dalla ricerca che è stata compiuta da due studiosi, il professor Capellini e il professor Ferrari, è risultato che esiste questa situazione: in prima classe, cinque camere ad un letto; in seconda classe, sei camere a due letti; in terza classe, tre camere a quattro letti, una camera a dieci letti, un camerone a venti letti. Si sa che quando si arriva ad una certa età, si aspira ad una maggiore intimità. Ora, come ci può essere un minimo di intimità in un camerone dove sono condannati a vivere 20-30 fino a 120 persone? Ebbene, a Pesaro sono state respinte, nel 1967-68, 150 domande, ma nel contempo al comune di Pesaro sono stati tagliati dal bilancio qualcosa come 42 milioni per l'assistenza ai vecchi. Io mi chiedo: quali possibilità ci sono, quali impegni concreti esistono da parte del Governo per risolvere questi problemi?

Lei mi perdonerà, senatore Perrino, ma in questa sua relazione non trovo nessuna proposta concreta.

L'articolo 154 del testo unico delle leggi di Pubblica sicurezza stabilisce che è vietato mendicare in luogo pubblico o aperto al pubblico. Ma è inutile dire: « è vietato », se poi non si fa nulla per impedire questa situazione, se non si interviene per fare in modo che il vecchio possa vivere negli ultimi anni della propria esistenza con una assistenza concreta.

Nella legge è detto altresì che « le persone riconosciute dall'autorità locale di pubblica sicurezza inabili a qualsiasi proficuo la-

voro e che non abbiano i mezzi di sussistenza... sono proposte dal prefetto, quando non sia possibile provvedere con la pubblica beneficienza.... per il ricovero in un istituto di beneficienza. Il Ministero autorizza il prefetto a disporre il ricovero ».

Quindi, è lo Stato che deve pagare, non può essere diversamente. E vi sono centinaia di migliaia di casi di questo genere.

Il Presidente dell'ONPI, dottor Cuzzaniti, nella relazione svolta in un convegno tenutosi a Roma nel gennaio del 1966, scriveva: « Il Italia fino al 1963 avevamo circa 21 istituti per anziani, ma pochissimi sono in grado di fornire un'assistenza rigorosa. La maggior parte di questi istituti è in una situazione disastrosa. Credo che sappiamo tutti cosa vuol dire per un povero vecchio andare nel ricovero, in quei tipi di ricovero con grandi dormitori, servizi igienici rudimentali, assenza di conforti sanitari ».

Mi si consenta di fare qualche esempio di questi ricoveri. Il famoso « Albergo dei poveri » di Genova così viene descritto dal Serra in una sua inchiesta riportata dal settimanale « Oggi » sotto il titolo « Siamo all'incirca al punto di due secoli fa »: « L'Istituto Emanuele Brignole di Genova, che tutta la città conosce sotto l'antico nome di "Albergo dei poveri", è uno dei maggiori e dei più antichi ricoveri d'Italia. La costruzione, voluta dalla Repubblica genovese e promossa in particolare da Emanuele Brignole, che rivestiva la carica di magistrato dei poveri, fu iniziata nel 1650 e terminata due anni dopo. L'edificio ha dimensioni gigantesche: cinque piani alti una decina di metri ciascuno. Gli ospiti sono 540 normali e 680 cronici. Il venti per cento usufruisce di una pensione. Nella parte nuova le camerate sono ridotte a sei o dodici letti; nella parte antica invece i dormitori vanno da 30 a 120 letti ciascuno. Mancano o sono scarsi i servizi igienici. I pasti vengono consumati dagli uomini in refettori più grandi e dalle donne in refettori più piccoli. L'assistenza sanitaria è svolta da due medici e da uno specialista . . . ». Pensiamo, signor Ministro, che cosa potranno fare due soli medici per circa 1.200 vecchi che hanno bisogno di continue cure! E pensiamo anche a queste camerate con 120 letti; pensiamo a quell'esibenza di intimità, di riservatezza che ciascuno di noi avverte e che tanto più avverte una persona anziana, che ha bisogno di tante piccole cose; e immaginiamo come sono costretti a vivere questi vecchi!

Ci sono, è vero, le « Case serene ». Io non ho avuto il piacere di visitarle, ma so che le rette sono molto alte. A Torino, ad esempio, la retta della « Casa serena » di via Briva va dalle 52.000 alle 60.000 lire mensili, a seconda se si tratta di camera matrimoniale o singola, escluso naturalmente il riscaldamento, eccetera. A Verona, nella Casa-albergo di via Pastrengo, la retta è di 50-100 mila lire.

P E R R I N O , *relatore*. Ma queste istituzioni non hanno a che fare con l'ONPI.

M A N E N T I . Sono dell'ONPI. Ora, io domando: come può il povero bracciante, il modesto operaio pensare di entrare, arrivato a settant'anni, in una di queste case, molte delle quali non hanno convenzioni dirette? Qual è quel comune che può pagare una retta di 100 mila lire per un vecchio ricoverato?

P E R R I N O , *relatore*. Forse c'è confusione, senatore Manenti: l'ONPI gestisce in proprio. Lei si riferisce ad altri istituti che non hanno a che fare con l'ONPI, perchè l'ONPI trattiene sulla pensione della previdenza sociale una quota e provvede all'assistenza dei lavoratori.

M A N E N T I . Il 20 per cento soltanto ha una pensione di 19.000 lire! Chi dovrebbe provvedere, dunque, a pagare certe rette! Si pensi, come ho già detto, che al comune di Pesaro sono stati stralciati dal bilancio nel 1968 42 milioni. E sappiamo che a tutti i comuni d'Italia sono stralciati i fondi previsti per l'assistenza ai vecchi.

C'è poi il problema dell'assistenza medica ai vecchi ricoverati. In un convegno tenutosi a Roma il 18-19 e 20 ottobre 1967, Giovan Battista Varvaro, un gerontologo di Palermo, trattando questo problema in un suo intervento, così si esprimeva: « In que-

sti luoghi di pena continuano invece ad essere ricoverati (e non solamente nei piccoli ospedali ma anche nei grandi centri) i vecchi poveri, sani o ammalati, con rette irrisorie a carico dei comuni. Il fenomeno esiste in tutta Italia e non solo nelle piccole, ma anche nelle città più importanti. Che cosa si è fatto in Sicilia? Nulla ». E più oltre aggiunge: « Bisognerebbe intervenire concretamente per l'assistenza sanitaria ai vecchi. Quali enti o istituti si occupano oggi della cosiddetta assistenza agli anziani poveri, sia in ricoveri che a domicilio? Se e dove esistono ricoveri per aziani in locali idonei o adattabili? Quali istituzioni si occupano del loro ricovero a pagamento, totale o parziale, e con quali rette? Esistono reparti geriatrici ospedalieri o isolati? È opportuno estendere la costruzione di « Case serene », tenuto presente il concetto che il buon ricovero oggi è mancante o deficiente e che è psicologicamente opportuno che l'anziano non si allontani dall'ambiente familiare e ancora più opportuno che non si allontani molto dal suo centro? Qual è il fabbisogno dei posti-letto per i lungo-degenti e per i cronici? Qual è la situazione del personale di assistenza? ».

Sono tutti interrogativi questi che attendono una risposta, senatore Perrino. I medesimi problemi sono stati posti da tutti i partecipanti al convegno cui mi sono riferito, che sono specialisti in materia e meritano tutta la nostra considerazione. E da molti di essi si esprime meraviglia per la lentezza degli interventi e per la mancanza di iniziative concrete.

Io non voglio dilungarmi oltre su questi problemi anche perchè ho preso l'impegno di essere breve per contribuire ad un rapido esame del bilancio. Ma mi permetto di fare ancora una osservazione.

Noi stiamo discutendo un bilancio del quale lei, signor Ministro, non ha la responsabilità, essendo stato nominato da poco tempo. Devo anche dire che so, per essere stato insieme a lei ai Lavori pubblici, quale sia la sua sensibilità in merito a certi problemi. Però, io e i miei colleghi vogliamo sottolineare come la mancanza di volontà politica sia fino ad oggi un fatto concreto.

Questa mattina abbiamo trovato tra la nostra posta una lettera assai drammatica in cui si denuncia, senza mezzi termini, la situazione; in essa si minaccia di venire a Roma a manifestare! E noi avremo l'amarezza di trovarci di fronte, come è già avvenuto per gli invalidi civili, i vecchi dei ricoveri!

Per queste ragioni, mi permetto di far presente la necessità (e mi auguro che quanto dico sia preso nella dovuta considerazione) di procedere innanzitutto ad un censimento degli istituti di ricovero per vecchi poveri attualmente esistenti in Italia, con una elencazione delle loro principali caratteristiche. Noi siamo convinti, come ho già osservato, che certi tipi di ricovero vadano aboliti. In secondo luogo, occorre predisporre un'apposita regolamentazione, adeguata alla particolare destinazione dei ricoveri stessi. Io credo che occorra soprattutto considerare la necessità di una nuova struttura di questi istiuti e di un'assistenza prestata in modo concreto e, possibilmente, al domicilio della persona anziana. E qui aggiungerei (anche se l'argomento non riguarda il nostro bilancio) che bisognerebbe pensare a delle pensioni più adeguate; perchè io mi rifiuto di credere che un pensionato che abbia 50-60 mila lire vada in un ricovero, dove si sente avvilito, umiliato! È necessario inoltre approntare (con l'intervento dei Ministeri della sanità e del tesoro) uno schema di convenzione tra gli enti mutualistici e gli istituti geriatrici per il rimborso delle rette di degenza per gli anziani assistiti. Ritengo opportuna anche la istituzione di nuove unità ospedaliere geriatriche specializzate, la costruzione di nuove case di riposo e l'adozione, infine, di nuove e specifiche forme di assistenza per gli anziani, fra cui « servizi domiciliari » e concessioni di alloggi individuali.

Signor Minstro, io ho voluto, col mio modestissimo e, se vuole, un po' confuso intervento, ma svolto con cuore sincero, mettere l'accento su questo importante problema. Il presente bilancio delude, secondo me, le attese e le necessità di questo settore; non affronta i gravi problemi delle categorie più bisognose del Paese. E mi permetto

di concludere con questa osservazione: se una società non sa risolvere i problemi dei vecchi e di coloro che devono stendere la mano chiedendo l'elemosina, questa società, onorevoli colleghi, non sarà nè civile, nè umana, nè democratica!

G A T T O S I M O N E . Mi soffermerò soltanto su quella parte della relazione del collega Perrino che riguarda la riforma sanitaria di base.

Sono grato al senatore Perrino per avere diffusamente parlato del problema, perchè tra l'altro si tratta del primo atto parlamentare che registra, sia pure in una forma che andrà corretta, le conclusioni alle quali è giunta la Commissione ministeriale per la riforma sanitaria di base. Detta Commissione, dopo aver lavorato per un anno, ha presentato infatti le sue conclusioni alla fine del 1967, conclusioni che, solo dopo molte insistenze da parte di coloro che avevano partecipato ai lavori, sono state rese pubbliche, prima attraverso un comunicato dal febbraio-marzo del 1968, poi sulla « Rassegna amministrativa della sanità » diretta dal consigliere Rino Papaldo.

Dopo di che apprendo ora dall'intervento del senatore Perrino, che questa relazione è stata pubblicata anche dal « Notiziario dell'amministrazione sanitaria » (numero di settembre). A me, dico la verità, è sfuggita; comunque faccio notare che la « Rassegna amministrativa della sanità », che è una rivista privata, l'ha pubblicata nel marzo 1968, e il Notiziario dell'amministrazione sanitaria, in seguito a mie insistenze presso il senatore Zelioli Lanzini, l'ha pubblicata nel settembre.

Va quindi reso merito al senatore Zelioli Lanzini di aver pubblicato sul « Notiziario dell'amministrazione sanitaria » questa relazione che sei mesi prima era stata riprodotta da una rivista privata. Chi aveva materialmente redatto le conclusioni non aveva avuto neanche il piacere di leggersele, sia pure semplicemente ciclostilate. Io sono uno dei sei redattori delle conclusioni del Gruppo che nella relazione Perrino è detto far capo al professor Alessandro Seppilli. Comunque il senatore Zelioli Lanzini ha riparato ad una deficienza non lieve del suo predecessore, senatore Mariotti.

Nella relazione Perrino si cita la prefazione che il senatore Zelioli Lanzini ha fatto sull'insieme dei documenti pubblicati: « I lavori della Commissione si chiusero mettendo in rilievo punti di convergenza assai notevoli e anche punti di diversificazione egualmente interessanti che, del resto, corrispondono alle posizioni manifestate dalle forze politiche, sindacali e professionali attorno ad un tema così vasto ed impegnativo. Per la loro organicità, completezza e rilevanza, due sono stati i documenti conclusivi che hanno raccolto i maggiori consensi, quello redatto dal Comitato ristretto facente capo al professor Alessandro Seppilli e quello redatto da un gruppo di componenti della Commissione facente capo al dottor Gian Carlo Bruni ». Questa affermazione va rettificata, oggi in questa sede, da lei, onorevole Ministro; perchè la relazione conclusiva della Commissione è una sola ed è stata approvata a maggioranza, non all'unanimità. C'è poi l'altro documento, che è uno degli allegati. Si è voluto pubblicare anche gli allegati per dare un panorama di tutte le posizioni e di tutti gli interventi che avessero un minimo di responsabilizzazione.

Nella relazione Perrino, a pagina 9, si dice: « ... un gruppo di componenti della Commissione, facente capo al dottor Gian Carlo Bruni ». Ebbene, questo gruppo non non ha avuto mandato alcuno dalla Commissione di stendere un documento conclusivo; mentre i sei che hanno proposto all'approvazione della Commissione quella che oggi è la relazione conclusiva hanno avuto un regolare mandato.

Giorni fa, le avevo preannunciato, onorevole Ministro, uno mia visita per illustrare a voce questo singolare *iter* delle conclusioni della Commissione; ma ritengo positivo averlo potuto fare qui in sede molto responsabile.

La relazione del senatore Perrino continua (ed io sono quasi totalmente d'accordo sui concetti ivi espressi e ai quali ho inforfato l'ordine del giorno presentato insieme con il senatore Ossicini): « Il passaggio dal sistema mutualistico — fondato sulla soli-

darietà delle categorie — ad un organico sistema di sicurezza sociale — basato sulla solidarietà di tutti i cittadini — è un obiettivo che dovrà essere raggiunto con l'ovvia gradualità che le grandi riforme di struttura richiedono, ma che noi dobbiamo proporci con fermezza e tenere quotidianamente presente, affinchè tutti i provvedimenti che ci proveremo ad adottare si armonizzino con questa autentica prospettiva di sviluppo democratico e civile ». In seguito si parla di questo impegno come di un impegno che investe tutti, il Governo ed il Parlamento, perchè fissato nel Piano quinquennale, al capitolo 7, dove si dice: « il Ministero della sanità, realizzando un servizio sanitario nazionale articolato nei comuni, nelle provincie e nelle regioni e utilizzando le diverse attività del settore, dirigerà e coordinarà la politica sanitaria del Paese ».

Vorrei che tutti ammettessimo di essere in ritardo in questo settore e che quindi i tempi vanno ravvicinati: siamo nel quarto anno del piano quinquennale, di un piano che per quanto possa scivolare (uso una espressione adoperata di frequente), non potrà scivolare al punto da essere realizzato interamente nel quinquennio successivo a quello previsto dal piano stesso. Quindi, tra il 1969-70, direi che un buon terzo di quegli obiettivi dovrebbero essere raggiunti.

Nella relazione Perrino si dice che l'obiettivo principale è quello del passaggio da un sistema mutualistico ad un sistema di sicurezza sociale, per cui l'assistenza sanitaria, dovendosi estendere a tutti i cittadini secondo il dettato della Costituzione, non può essere legata ad un rapporto assicurativo, ma al rapporto che intercede tra Stato e cittadino nell'adempimento di un dettato costituzionale.

Molto bene ha fatto, inoltre, il senatore Perrino a citare il discorso del Ministro dell'11 gennaio scorso (che può essere sfuggito a molti), in cui viene riaffermato l'impegno di superare definitivamente il sistema mutualistico per attuare un completo ed organico servizio sanitario nazionale. Questa espressione, signor Ministro, a lei che fino a qualche mese fa porgeva tutta la sua attenzione all'urbanistica e non alla sanità, è bene che lo diciamo, questa espressione « servizio sanitario nazionale » sino a ieri è stata molto ostica ai suoi predecessori. Noi riteniamo molto importante che lei l'abbia adoperata in forma così impegnativa e pubblica.

A questo obiettivo dobbiamo, quindi, tendere con tutte le nostre energie. A questo proposito, non per amore di mettere il grano di sale o la pulce nell'orecchio a qualcuno, senza volerne fare una questione di forma, ho molta fiducia nella sua azione in quanto ritengo che stia a lei imporre in seno al Governo questi concetti. La relazione programmatica dell'onorevole Rumor all'atto della presentazione del Governo, per lo meno qui in Senato, taceva completamente sulla sanità. E non so se fosse meglio la reticenza iniziale che la parziale correzione che il Presidente del Consiglio ha voluto fare nella sua replica, che ha provocato critiche e rilievi negli stessi settori della maggioranza.

Nel replicare, l'onorevole Rumor ha fatto cenno unicamente alla costituzione di unità sanitarie locali con compiti esclusivamente di prevenzione. L'unità sanitaria dovrebbe raggruppare l'istruzione sanitaria e la prevenzione. Ora, quella frase del presidente Rumor è tolta di peso dal documento Bruni che evidentemente l'onorevole Rumor, e non lei signor Ministro, considera più impegnativo di quanto non siano le conclusioni della Commissione. Però su ciò ho fiducia che lei vorrà apportare alcune correzioni in sede di esposizione del bilancio della Sanità. Io faccio soltanto notare che l'unità sanitaria deve avere un carattere di prevenzione, cura e riabilitazione.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. La frase del Presidente del Consiglio si riferisce ai modi e ai tempi di attuazione del servizio sanitario globale che, nella prima fase...

G A T T O S I M O N E . Ed è proprio questo che io critico! È mia convinzione — e spero di sbagliare — che raggruppare unità sanitarie in questo modo significa lasciarsi dietro le spalle per un numero incal-

colabile di anni le unità sanitarie organiche, dando solo vita a quelle che, tutto sommato, si possono realizzare con niente, quando mettiamo insieme l'ufficiale sanitario comunale, i laboratori di igiene e il medico provinciale con tutte le branche di attività del suo ufficio: si tratta soltanto di coordinare.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Nelle conclusioni di quella Commissione ministeriale è detto che le unità sanitarie sono unità territoriali di servizi; il disegno organico prevede unità sanitarie locali comprensive di quanto lei è andato dicendo; ora si tratta di attuarlo e l'attuazione può avvenire soltanto per gradi.

G A T T O S I M O N E . Vede onorevole Ministro, io non sono di quelli che tentano di correggere un'affermazione del Presidente del Consiglio per il piacere di farlo; io sono certo che venendo qui e sviluppando in Aula i concetti che lei ha espresso l'11 gennaio, rassicurerà coloro che da anni si occupano di questo problema e che si battono per un servizio organico. Ma guai a noi, comunque, se si volesse istituzionalizare la separazione delle tre branche dell'attività sanitaria.

Infine la relazione Perrino ha toccato un tasto assai delicato, ma sul quale sia il piano quinquennale che le conclusioni della Commissione sono esplicite (mi riferisco al necessario passaggio di competenze — di tutte le competenza sanitarie — al Ministero della sanità) e aggiunge una osservazione, molto giusta, sulla necessità della fiscalizzazione degli oneri sociali, che — peraltro — è esplicitamente riconosciuta come unico mezzo per il reperimento dei mezzi necessari per attuare un servizio sanitario globale, nazionale. Ovviamente, parlando di fiscalizzazione degli oneri sociali non intendo riferirmi agli esperimenti già fatti che non servirono a nulla, anzi caricarono lo Stato di un onere incredibile: quindi ognuno paghi secondo le sue possibilità affinchè il servizio sanitario sia esteso in egual misura a tutti i cittadini.

D A L C A N T O N M A R I A P I A Mi riservo di fare un intervento in Aula più esteso e approfondito; pertanto in questa sede mi limiterò soltanto ad alcune brevi osservazioni preliminari e, per prima cosa, osservo che la consistenza di questo bilancio dovrebbe essere quanto meno raddoppiata.

Altra cosa molto importante da rilevare è che il medico provinciale è oberato da una serie infinita di compiti che non gli permettono, a volte, di adempiere responsabilmente quello che è il suo compito essenziale e cioè il servizio sanitario. Ciò si rileva in modo particolare quando si verificano certi conflitti tra l'ospedale di una città e quello di un'altra città vicina, ma forse questo capita soltanto nel mio Veneto. E allora, in questi casi, chi può dare un giudizio esatto sulle capacità del corpo sanitario se non il medico provinciale? Ma finchè questo è oberato da una massa di circolari e finchè — mi si permetta di dirlo — gli stipendi di questa categoria saranno quelli attuali che davvero non invogliano, noi non potremo avere quel servizio efficiente che invece auspichiamo. Il Ministero della sanità, nonostante il bilancio sia molto esiguo, è uno dei più importanti e ciò va decisamente sottolineato. Ora, se vogliamo veramente avviarci gradualmente verso un sistema di sicurezza sociale, il Ministero della sanità è una delle componenti essenziali per il raggiungimento di siffatto obiettivo.

Ma quello che io voglio dire, e lo dirò con estrema franchezza, è che gli stanziamenti — ripeto: esigui — di questo bilancio, qualche volta non vengono assegnati con molto discernimento. E valga un esempio: al capitolo 1098 figurano 400 milioni per la lega contro i tumori; non le sembra, onorevole Ministro, che questo denaro venga disperso, se non tutto, almeno in gran parte, inutilmente tra medici più o meno alleati al direttore di questa o di quella clinica impegnata poco o nulla nelle ricerche sul cancro? Non sarebbe più serio e producente assegnare questi stanziamenti ad un unico centro veramente attrezzato contro il cancro?

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Esistono tre centri che hanno questo scopo: Milano, Roma e Napoli, costituiti in associazioni. Si cerca ora di stanziare un

fondo globale di mezzo miliardo per organizzare la ricerca scientifica sistematica nel settore.

D A L C A N T O N M A R I A P I A . Prendo atto di questa precisazione di cui la ringrazio; veda allora se non è possibile anche eliminare quei piccoli contributi alle università che vanno assolutamente dispersi, in quanto con quattro o cinque milioni — tale è infatti l'entità di questi contributi — si può fare poco o niente.

In secondo luogo vi è un problema di ordine psicologico che vorrei sottolineare; quando un malato viene ricoverato al « Regina Elena », per esempio, già sa che è condannato, è perfettamente cosciente di avere un tumore con tutte le conseguenze negative che una tale consapevolezza comporta sul piano psicologico. Non si potrebbe dare all'istituto altra denominazione?

O S S I C I N I . È una preoccupazione molto fondata quella della senatrice Dal Canton: nessuno vuole più entrare al « Regina Elena ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Veramente, da quanto mi risulta, le richieste di ricovero sono tante, che non possono essere tutte soddisfatte!

D A L C A N T O N M A R I A P I A . Questo che lei dice sarà senz'altro esatto, però quando un ammalato entra al « Regina Elena » già sa che è condannato a morire, se non tra un anno, tra due: comunque egli già sa che la sua condanna a morte è firmata. È una istanza signor Ministro che mi viene sollecitata da più parti: veda lei se non è possibile venirvi incontro.

Un'altra questione che vorrei riportare alla sua attenzione è il problema degli spastici; è un problema che va agganciato alla riforma degli ospedali psichiatrici, riforma impellente e che non possiamo più procrastinare. Si è parlato di circa otto milioni e mezzo di spastici; noi sappiamo che sono circa un milione e mezzo i giovani che hanno bisogno di cure in questo campo; il collega Manenti poco fa ha detto che si parla di questo problema da molti anni, ma che niente finora si è fatto. Non posso che condividere questa asserzione e aggiungere che molti di quei giovani devono essere considerati degli irregolari psichici che con cure adeguate possono essere recuperati alla vita sociale, senza lasciarli ai margini della società, dove alligna la prostituzione e la disoccupazione endemica.

Ora io, signor Ministro la prego, con la sua rapidità, ma soprattutto con la sua sensibilità, di chiedere e di ottenere dieci miliardi — per iniziare non sono molti — per questo settore. Ho sentito giorni fa che occorrono 300 miliardi per sanare il *deficit* dell'INAM.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Non bastano, ne occorrono altrettanti!

D A L C A N T O N M A R I A P I A . penso che tale *deficit* potrebbe essere sanato soltanto se ci fosse un piccolo contributo del mutuato, realizzando quindi una forma di assistenza indiretta, magari del cinque per cento; perchè lo stesso fatto di « comprare » le medicine costituirebbe una remora psicologica che si tradurrebbe in un enorme risparmio per l'Ente. Quindi prego il Ministro di voler interpellare il Tesoro in merito a questa mia richiesta.

P I C A R D O . Ogni volta che abbiamo discusso il bilancio del Ministero della sanità è stata lamentata l'esiguità degli stanziamenti e, poichè già sono state fatte delle considerazioni in merito dai precedenti oratori, non posso fare altro che associarmi. Io ho letto, signor Ministro, il suo discorso alla Camera sul bilancio della sanità e quello che si può fare per attuare la riforma ospedaliera. Dico subito che in Sicilia le cose vanno, in genere, in maniera alquanto particolare, per cui è necessario aprire bene gli occhi in modo che la nuova organizzazione ospedaliera rispetti i princìpi della legge e sia omogenea. Noi abbiamo ospedali circoscrizionali, Opere pie, ospedali comunali con il conseguente *caos* per quanto riguarda l'assistenza medica; quindi pregherei il Ministro, non appena la crisi regio-

nale in Sicilia avrà termine, di prendere contatti col Presidente della Regione e l'assessore alla sanità affinchè il piano sia veramente organico e di sollecitare, contemporaneamente, questi organi affinchè nominino — per quanto di loro competenza — i nuovi consigli di amministrazione, perchè presentandosi ora una fase transitoria, non si giunga anche ad una stasi della vita ospedaliera.

Questo è uno dei punti che desideravo sottolineare. Altro problema che desidero sottoporre all'attenzione del Ministro è quello della medicina scolastica. Nel Mezzogiorno d'Italia e specialmente in Sicilia iniziative di tale genere sono praticamente inesistenti; manchiamo di iniziative private, come ad esempio ne ho viste a Milano. È necessario quindi che in queste zone tipicamente depresse sia affrontato il problema che trova, nello stato di denutrizione dei giovani, uno spaventoso alleato, ed è proprio in questo senso che bisogna intervenire.

Per quanto riguarda i problemi della medicina sociale, desidererei pregare il Governo di guardare particolarmente alla Sicilia, perchè colà vi sono centri di medicina sociale nei posti meno adatti.

Una proposta che io ho già fatto in precedenti occasioni riguarda le somme stanziate per i centri antitracomatosi. Questi centri hanno fatto il loro tempo. La Sicilia era la capitale dei mali che riguardano questa branca della medicina, l'oculistica: oggi, con i moderni trattamenti, certe affezioni sono superate. Io raccomanderei in particolare al collega Zonca, per la sua esperienza professionale, di interessarsi perchè i centri di oftalmologia sociale vengano utilizzati soprattutto per un controllo preventivo, da effettuarsi specialmente sui bambini appena nati. Bisognerebbe quindi includere nel libretto dell'ONMI anche la visita oculistica, affinchè le malattie congenite nei bambini siano diagnosticate in tempo. Occorrerebbe inoltre prevedere la visita obbligatoria per i bambini delle scuole elementari. Abbiamo notato che più del 40 per cento dei bambini è portatore di vizi di refrazione, con danni non indifferenti per lo sviluppo psichico e per l'applicazione stessa del bambino allo studio.

In questi centri, onorevole Ministro, si potrebbe anche provvedere all'esame specialistico per il rilascio della patente automobilistica. Molti incidenti automobilistici sono determinati da vizi di rifrazione. Questo esame è fatto in genere da medici preparati, ma non specialisti, e quindi non evidenziano le alterazioni del fondo oculare.

Un'ultima proposta vorrei formulare, quella di agevolare la formazione dei consorzi dei mattatoi. I piccoli comuni non possono mantenere in vita il mattatoio per la scarsezza di personale. Il più delle volte i mattatoi del Mezzogiorno sono in condizioni di assoluta antigienicità. Credo che la costituzione di consorzi, con dotazione di automezzi che trasportino la carne tra i vari centri, potrebbe migliorare assai la situazione.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Il problema è attualmente all'esame della competente direzione generale.

P I N T O . Il Ministro della sanità ci denunzia la natura dell'intervento pubblico nel settore della sanità: un intervento frazionistico che manca di una visione di globalità. Interventi nei vari settori nei quali il Ministero incide non hanno un indirizzo univoco e diventano pertanto inefficaci e spesso inefficienti.

Il senatore Perrino che ha detto che quest'anno ricorre il decennale della fondazione del Ministero della sanità ci ha ricordato quali sono le attuali funzioni del Ministero.

Ci ha detto dell'azione di controllo dell'Opera maternità ed infanzia. Questo è uno dei settori nel quale certamente si manifesta con maggiore evidenza la mancanza di una visione globale nel settore sanitario. E ne è prova tutta la disfunzione dell'Opera maternità e infanzia, sulla quale il Ministero della sanità non ha potuto efficacemente ro della sanità non ha potuto efficacemente intervenire.

Ci ha detto il senatore Perrino che questo settore sarà presto riorganizzato con

una nuova legge. Io auspico che si tratti di una legge che sia capace di collocare anche l'Ente dell'Opera maternità in un contesto coerente di politica sanitaria.

Ugualmente inefficace si dimostra l'intervento del Ministero della sanità nel settore di controllo delle sostanze alimentari.

L'incremento tecnologico che si è avuto anche nel campo di preparazione e di conservazione delle sostanze alimentari impone un controllo sempre più attento da parte delle autorità sanitarie. Il Ministero della sanità purtroppo non dispone di mezzi idonei ed efficaci. Deve servirsi dei laboratori di igiene e profilassi che, per il fatto stesso di essere emanazione delle Amministrazioni provinciali, non sempre dispongono di personale adeguatamente preparato. È stato provveduto a fornire moderne attrezzature, ma non si è potuto contemporaneamente provvedere ad inviare il personale tecnico per corsi di aggiornamento.

L'osservazione di un collega dell'estrema sinistra, il quale ha detto che l'infortunio sul lavoro è colpa dell'industria meccanizzata, non ha senso perchè esso è legato, come è universalmente noto, ad un rischio che è oggettivo. E non voglio pertanto dilungarmi su questo argomento.

Voglio invece richiamare l'attenzione del signor Ministro sulla situazione degli invalidi civili ed in modo particolare sui soggetti affetti da postumi di poliomielite. È un settore nel quale si impone un intervento nuovo e coordinato in modo da offrire a tutti questi infelici la possibilità di un reinserimento in condizioni di produttività nella società. E a tal riguardo è necessario che l'intervento sia orientato verso un incremento della medicina riabilitativa, modo che questi soggetti possano essere reinseriti attivamente nel mondo del lavoro.

Non sono d'accordo con il senatore Perrino di trasformare la Direzione degli ospedali in direzione sanitaria e direzione di medicina preventiva. La prevenzione è legata essenzialmente all'acquisizione di una coscienza sanitaria, che in Italia non esiste nè a livello di opinione pubblica e spesso neppure a livello di classe dirigente. In questo settore bisogna agire sensibilizzando tutti gli strati sociali, attraverso la scuola, i mezzi di comunicazione e gli altri modi possibili.

Non posso trascurare di riconoscere lo impegno che il Ministero della sanità ha messo in opera per preparare e portare avanti la riforma ospedaliera. Siamo tutti d'accordo che non si tratta certo della migliore riforma; ma possiamo accettarla come una espressione di volontà politica di riformare dette strutture che non si mostrano più aderenti ad una nuova realtà. E si deve doverosamente dare atto agli Organi responsabili del Ministero della volontà di dare applicazione completa alla legge con la formulazione delle leggi delegate.

Non posso fare a meno di rilevare che la riforma ospedaliera fu in gran parte snaturata dalla abolizione del fondo nazionale ospedaliero, con il quale si sarebbe dovuto provvedere al finanziamento della edilizia ospedaliera sulla base di un programma equamente distribuito.

E voglio concludere questo mio intervento con una raccomandazione al signor Ministro di voler operare in modo che ogni intervento nel settore della Sanità sia orientato verso l'obbiettivo del raggiungimento di uno stato di sicurezza sociale. Facciamo in modo che ogni provvedimento possa trovare giusta collocazione in uno stato di sicurezza sociale, ad evitare che si possano avere poi resistenze e difficoltà di inserimento dei vari organismi nei vari settori.

P R E S I D E N T E . Giunti a questo punto proporrei, se i colleghi sono d'accordo, di sospendere la seduta, per riprenderla nel pomeriggio alle ore 16,30.

Poichè non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

La seduta, sospesa alle ore 12,20, è ripresa alle ore 16,30.

A R G I R O F F I . Onorevole Ministro ed illustri colleghi, debbo anticipare, a proposito del mio intervento, che mi sono assunto il compito — direi metafisico — di affrontare un problema che la relazione del senatore Perrino mi fa sospettare quasi il-

lecito, dal momento che egli non vi si è mai riferito nel corso del suo documento. Per essere più preciso, debbo ricordare che alla pagina 7 dello schema di parere illustratoci nella scorsa seduta viene riferito il quoziente per 100.000 abitanti delle cause di morte nel triennio, e in quella tabella la voce « malattie del sistema nervoso » viene riportata addirittura al terzo posto, con il quoziente 143, dopo il 300 delle malattie del sistema circolatorio, e il 170,8 dei tumori.

Ho voluto rileggere attentamente il testo, sembrandomi singolare che ad una indicazione e accusa statistica così notevole non corrispondesse una trattazione o una qualche considerazione responsabile e conseguenziale. Ma nulla era stato detto nel discorso — pur tanto elegante, nelle citazioni e negli accenti — e nulla dunque potevo ritrovare su quei fogli.

D'altro canto, la tabella n. 19 ha stornato dalla rubrica 3 alla rubrica 2, e cioè dalla voce « igiene pubblica » a quella « ospedali », ogni specifica competenza, rovesciando genericamente il capitolo 1162 sul 1139 e sul 1140, laddove non si accenna più alla dizione « studi e ricerche nell'interesse della assistenza psichiatrica e dell'igiene mentale », e lasciando quindi supporre ogni possibile azione, e più probabilmente inazione, in direzione di un qualche impegno di rinnovamento. Ciò è facilmente presumibile per il fatto che si ipotizza « il miglioramento e adeguamento delle strutture tecnico-sanitarie degli ospedali (nel loro complesso) e dei servizi di igiene mentale nei casi in cui la quota della retta di degenza non riesca a coprire le spese occorrenti ».

L'unica obiezione è dunque di natura finanziaria e non si propone alcuna ipotesi differente. In tal senso, del resto, non si può nulla eccepire alla fondatezza della preoccupazione adombrata.

Si consideri la cifra complessiva di 15 miliardi che dovrebbe coprire il vasto e urgente programma di ristrutturazione della rete ospedaliera nel suo complesso, e si pensi d'altro canto che il capitolo 1140, che dice del « concorso dei maggiori oneri derivanti alle province ed agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici » con la cifra di competenza da istituire di 12 miliardi, lascia perplessi in mancanza di una qualsiasi indicazione di metodo. E la perplessità diviene ancor apiù grave ove si considerino tre ordini di cose: 1) la totale mancanza di una qualche pertinente indicazione nel discorso programmatico del relatore; 2) la soppressione di una dizione che per quanto generica fosse, come « studi e ricerche », poteva far sospettare o sperare un certo proposito di operare alla luce di suggerimenti nuovi e di nuove conquiste scientifiche e culturali; 3) il fatto veramente stupefacente che l'unico accenno a una politica attuale e ad una previsione di intervento nell'ambito della malattia mentale ci è venuta nientemeno che nel discorso che il Ministro di grazia e giustizia ha fatto la settimana scorsa nell'Aula di Palazzo Madama, laddove egli ha affermato che punto programmatico preciso della sua intenzione è quello di promuovere la costruzione di « manicomi criminali » (ma quale uomo politico o persona di cultura oserebbe oggi esprimersi con una dizione di tal genere, così profondamente e drammaticamente contradditoria, così gravemente lesiva dei diritti elementari di una vasta categoria di questi infelici?). Manicomi criminali, egli ha detto, per 1.500 persone, che — vorremmo suggerire noi — se sono ammalate, come oggi tutti gli scienziati seri e responsabili sanno e i paesi civili accettano, non possono essere più trattate da semplici criminali.

Ma prima di affrontare questo punto, vorrei rivolgere al nostro Ministro due domande: 1) a quale titolo il Ministro di grazia e giustizia si arroga tanto ostinatamente l'iniziativa alla quale ha accennato? È giusto, è ammissibile che un ambito di competenza tanto dialettico e delicato venga manipolato da un tipo di amministrazione come quella — del resto denunciatasi, proprio in quel discorso citato, come fattore frenante del momento politico — della giustizia, in un ambito così esterno al problema, se esso è un problema sanitario (e se no, non si comprenderebbe come le voci relative di bilancio possano essere comprese nella rubrica 2 della tabella 19)?

E dunque con quali finanziamenti ciò ancora avverrà, con quali arcaici sistemi, con quale metodologia, ad iniziativa di chi, e

partendo da quali spinte politiche e organizzative? È possibile che interventi di tal tipo possano essere catturati con tanta noncuranza altrui e nostra da interessi così estranei al problema della salute, e che tendono a ricondurre la malattia mentale, in alcune delle sue problematiche così attuali, all'antico e irrazionale ambito della colpa, del crimine, dell'invasamento? E la seconda domanda si riferisce proprio alla reiterazione di interventi di questo tipo ad opera di un altro Ministero, quello dei lavori pubblici, che sta operando precipitosamente prima del nostro, assumendo iniziative, già catastrofiche nel Sud, per la riorganizzazione della rete ospedaliera, ma che si possono ipotizzare addirittura drammatiche in direzione dei manicomi esistenti e progettati.

Nonostante però il tipo ideologico di spiegazione introduttiva ufficialmente presentataci in questa sede, io debbo dire all'onorevole Ministro che non credo di sbagliarmi se affermo che l'impressione che ho del suo rapporto con le cose programmate sopravanza dinamicamente l'angustia frenante dei parametri proposti. Per questo, ad inizio del nostro rapporto di lavoro, e con l'intenzione di fornire un contributo operativo, mi pare sia giusto rammentare in che cosa oggi per noi consista il tipo di valutazione che viene compiuta all'indirizzo della malattia, anzi dell'uomo malato di mente, confortati anche dal fatto che sollecitazioni scientifiche e culturali di questo genere trovano ormai la loro sanzione elevata nei relativi documenti dell'OMS.

Non ci si può comportare, quando si pretende di interpretare esigenze di rinnovamento, come se da cento anni a questa parte non si fosse verificata la rivoluzione scientifico-culturale di quanti hanno genialmente e coraggiosamente sollevato il lembo dell'omertà sulle verità interne al tessuto psicologico dell'uomo contemporaneo. Queste sono cose che — per quanto ci deve riguardare — ci impediscono ormai di considerare la malattia mentale come un fatto fatale e immodificabile.

Anche il Convegno nazionale di psichiatria sociale del 1964 a Bologna ha chiarito questa spietata cecità delle nostre strutture sociali, nelle quali l'ammalato viene irretito e privato di qualsiasi motivazione etiologica e al poliziotto (o al medico) viene consentito di agire con una discrezionalità criminosa, che per deficienza delle stesse causalità diagnostiche permette di agire fuori di alcuna seria motivazione terapeutica se non sintomatica. In tal senso, la vigente attività psichiatrica che emerge dalla nostra organizzazione non può, e del resto non si propone, di curare effettivamente lo ammalato, bensì di intervenire per conto di una società che affida il compito di emarginare e imprigionare oggetti viventi e non uomini vitali.

La recente sentenza della Corte costituzionale si esprime in proposito in termini significativi.

Il Tribunale ha rilevato che l'articolo 2 della legge denunciata, sia nella parte che consente l'accertamento dell'alienazione mentale senza le garanzie di contradditorio, di difesa giuridica e tecnica e di impugnabilità, pur prescritte tanto a favore di persone sospette di pericolosità per la sicurezza pubblica, o per la pubblica morale, quanto a favore di imputati di reato o di interdicendi, sia nella parte che consente all'autorità di pubblica sicurezza, in via d'urgenza l'intervento provvisorio per il periodo di tempo superiore (un mese) a quello consentito (4 giorni) per la carcerazione di indiziati di reità, sembra violare il diritto generalissimo degli individui alla tutela giudiziaria dei propri diritti e interessi, il diritto alla difesa quale intervento nel procedimento di assistenza tecnico-giuridica, e i limiti imposti dal rispetto della persona umana che, per colui che è sospettato di alienazione mentale, è posta in condizione deteriore nel confronto alla condizione dell'interdicendo, del proposto per misure di prevenzione e del l'imputato di reato. I provvedimenti previsti dalla legge impugnata possono, dal punto di vista pratico, rivestire importanza pari o superiore a quella dell'irrogazione di un ergastolo, potendo eliminare la capacità di agire e la stessa capacità giuridica.

Erving Goffman, in quell'« Asylums » che non sarebbe male a volte rivedere, definisce e denuncia le così dette « istituzioni totali »

come luoghi di residenza di gruppi umani che — tagliati fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo — si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato. Perchè ciò assuma una sua efficienza e giustificazione « si deve scoprire un crimine — egli dice — che si adatti alla punizione e ricostruire la natura dell'internato perchè si adatti al crimine ». Con ciò — come ricordano i Basaglia - Goffman « smaschera l'ideologia che sottende le istituzioni totali, chiarendo la natura esclusoria e discriminante di un intervento, la cui obiettività reale sembra creata dal pregiudizio che l'ha provocato. Ora, se si analizza la natura del pregiudizio, è evidente che non si tratta di un atteggiamento psicologico individuale, quanto dell'espressione dei valori di società in cui l'individuo è inserito, risultato di una selezione discriminante fra norma e abnorme, bene e male, maggioranza e minoranza, potere e non potere. Al diseredato viene negato il diritto di essere uomo, accomunando in uno stesso destino, colpa, malattia e ogni deviazione della norma, sicchè Goffman riesce a trovare il significato razionale e umano di malattie mentali la cui razionalità e umanità vengono sistematicamente distrutti all'interno della istituzione deputata alla gestione dell'irrazionale e del disumano ».

In realtà, per tali motivi ancor oggi le istituzioni mediche esistenti si richiamano — tranne che per marginali e recenti correzioni — a leggi vecchie di ben 64 anni, poichè esse, mistificate da una giustificazione pseudo-sanitaria, consentono il bloccaggio fisico ed oggettuale delle persone che come presenze turbative e scomode di rapporto sociale divengono traguardo di violenza ideologica, carceraria e filosofica.

Non si potrebbe altrimenti che con tale genere di copertura giuridico-sanitaria garantire l'isolamento e la morte civile di quanti, in contestazione involontaria della società, alienano dati comportamentistici considerati come indispensabili, rituali e obbligatori per il mantenimento di un complesso sistema di sovrastrutture che agiscono ormai in una logica autonoma, con un meccanismo esterno alle profonde realtà che vaste masse umane esprimono ormai in maniera spesso sconcertante, ma non facilmente sottovalutabile nè respingibile alle istituzioni totali.

Ecco il vero motivo metodologico dell'assenza di ogni riferimento, nelle dichiarazioni programmatiche delle quali oggi discutiamo, ai problemi della riforma psichiatrica, ma anche dell'assenza di ogni indicazione concreta di rinnovamento, se non in una sorta di penoso e contradditorio verbalismo. Vengono elusi ancora i grandi problemi di civiltà, per esempio l'assistenza all'infanzia, riproposta in termini addirittura peggiorativi, nella stessa misura in cui si finge di ritenere che la tragedia della condizione infantile del Sud, sostanzialmente alienata dai più elementari parametri della civiltà — prima ancora che del progresso — possa ridursi e risolversi con una maggiorazione dell'incentivazione finanziaria in direzione proprio dell'ONMI, una istituzione totale che — mi si consenta di parafrasare Lampedusa — ha finto di fare alcune cose affinchè tutto rimanesse come prima.

Lo stesso metodo e la stessa realtà peggiorativa sono facilmente verificabili in direzione del doloroso problema dei gerocomi, o degli orfanotrofi, dei quali troppo spesso si leggono sui giornali notizie tanto più agghiaccianti quanto più riferite alle pretese di promozione tecnico-scientifica di cui il nostro Paese pretende oggi di vantarsi.

Il programma avanzato, dunque, non casualmente dal Ministro guardasigilli dimostra che il manicomio di cui oggi si può parlare è quello del quale è meno difficile fare accettare il teorema ricattatorio di necessità difensiva, adombrando esattamente ciò che si è detto, quando si è affermato « che bisogna scoprire un crimine che si adatti alla punizione e ricostruire la natura dell'internato per adattarla al crimine ». Per tali motivi non si è parlato nell'ambito delle attuali responsabilità governative di riforma psichiatrica, ma si è parlato solo di istituzione custodialistica suggestivandola nel diritto-dovere sociale di distruggere — e in maniera che si pretende addirittura pietosa

— l'internato, nel quale si esclude ogni compito e ipotesi di recupero umano.

È in tal senso che la sentenza citata della Corte costituzionale del 20 giugno 1968, numero 74, denuncia nella contraddizione fra l'elemento giuridico e quello sanitario l'attentato per tanti anni perpetrato alla integrità del fondamentale diritto umano di difesa esercitato nell'istituzione manicomiale. Al paragrafo 5) la sentenza dice:

« L'articolo 2, secondo comma della legge 14 febbraio 1904, n. 36, ferisce il diritto di difesa garantito dall'articolo 24, secondo comma, della Costituzione.

Il procedimento è uno di quelli che, per quanto si svolga in camera di Consiglio, si chiude con una pronuncia giudiziaria di contenuto decisorio. Ora, basta riflettere all'influenza che da sè sola essa reca sullo stato dell'infermo fino alla pronuncia sull'inabilitazione e sull'interdizione, per concludere che non risulta rispettata la garanzia costituzionale che il Tribunale invoca a favore degli infermi: soprattutto non è ammissibile che il ricovero definitivo sia ordinato sul fondamento di istruttorie che all'infermo non è consentito di seguire o di contestare. Vero è che l'interessato può non essere in grado di provvedere personalmente alla propria difesa, ma da ciò non può argomentarsi che il diritto ad essa non debba spettare a chi si trova invece in condizione di provvedervi nonostante la infermità, e che. in ogni caso, quel diritto non possa essere salvaguardato con provvedimenti di protezione ».

Non posiamo accettare l'ulteriore promozione politica di istituzioni neutre in un ambito di rapporto medico-malato come quello psichiatrico che denuncia le implicazioni più palesi e drammatiche di queste contraddizioni. Il nostro dovere e quindi il nostro compito politico non sono certamente quelli di farci complici di tali efferratezze sociali, bensì di renderci conto di una condizione oggettuale espressa dalla violenza istituzionalizzata all'interno della realtà manicomiale.

Non vi è, credo, un ambito di intervento sintomatico più generico e irresponsabile di quello psichiatrico, dove l'ipotesi artificiosa della neutralità scientifica investe e lacera — come la Corte costituzionale ricorda — il midollo stesso sacrale della libertà dell'uomo.

In un universo abbagliato da così rivoluzionarie antitesi e momenti contradditori è da ciechi e da sordi rifiutarsi di cominciare un discorso nuovo, rifiutarsi di considerare e prendere atto dei grandi fenomeni di spinta universale che costituiscono la saldatura comune di quanti oggi lottano per un rapporto più umanante con la società nella quale si collocano.

Il ghetto manicomiale oggi costituisce la presenza più tragica, la verifica in assoluto di questa ricusa culturale che tutti noi abbiamo il dovere da uomini civili di affrontare politicamente in termini nuovi, se crediamo che è attraverso l'interno della condizione umana contemporanea che comincia e passa il cammino comune di tutti gli uomini che credono in un mondo che derivi dall'uomo e che finisca di mortificarlo.

La differenza tra la psichiatria ufficiale, che in questa sede si dà per scontato debba essere economicamente e politicamente promossa, e la nuova psichiatria, che compie un'operazione di ricerca e di affratellamento all'indirizzo dell'ammalato, consiste proprio nella ricusa della concezione di nevrosi come elemento misterioso non risarcibile

Questo tipo di concezione, questa religione dell'enigma e della incomprensibilità degli atteggiamenti nevrotici consente al medico, e quindi al legislatore, di ignorare e di escludere dall'ambito del suo intervento ogni interrogazione sulle cause della malattia e quindi un efficace e ragionevole sistema di cura e di intervento.

Noi dunque suffraghiamo col nostro silenzio un tipo di azione psichiatrica ufficiale che in realtà, lungi dall'essere un'opera al servizio dell'ammalato e della società, costituisce una componente di azione in dipendenza di un sistema socio-economico che respinge, isola e uccide fisicamente o civilmente gli elementi non utili o addirittura nocivi alla funzionalità del sistema stesso.

Che senso e che responsabilità politica possiamo assumerci, nel momento in cui promuoviamo l'ulteriore accettazione di una

istituzione totale come quella psichiatrica italiana, basata su una strumentazione speudo-culturale pietrificante e scolastica per il fatto stesso che si limita a qualificare acriticamente gli ammalati senza essersi mai preoccupata di ricercare le cause delle loro sindromi?

Che senso ha definire culturalmente un uomo parampico o schizofrenico o catatonico, in una sorta di catalogazione che serve soltanto a definire l'incomprensibilità quasi magica e quindi la necessità dell'incarcerazione?

Dal momento in cui viene effettuata questa operazione sociale e quindi politica quest'uomo è praticamente morto, è un oggetto sub-umano con il quale non sarà più possibile instaurare alcun tipo di rapporto medico e civile: egli, nel margine di autonomia che ancora residua nel suo subconscio, viene investito ed allagato da questa sopraffazione che fa di lui per tutta la vita un irresponsabile.

È per questo che noi dobbiamo ritenere giusto, necessario e civile offrire all'ammalato di mente un terreno motivazionale di ricerca nell'ambito del quale si effettui il tentativo di recupero esistenziale che solo può riportarlo come soggetto responsabile nell'ambito delle strutture sociali.

Noi invitiamo l'onorevole Ministro della sanità a promuovere iniziative che tendano a risarcire, ad assistere e restituire alla salute l'ammalato di mente, in analogia a quanto oggi viene fatto nell'ambito di numerose discipline mediche.

Bisogna respingere la scandalosa concezione della medicina psichiatrica come attività custodiale all'indirizzo di oggetti semoventi, poichè custodire significa allo stesso tempo impedire addirittura il movimento, il che costituisce un compito da aguzzini e non certamente un intervento scientifico, nè politicamente civile.

Bisogna pervenire ad un rapporto diverso tra ammalato e sanitario, come si è fatto ormai istituzionalmente e si fa in misura sempre maggiore in tanti Paesi evidentemente più civili del nostro.

Bisogna addivenire ad un potere contrattuale medico-malato, che al pari di ciò che succede in altri ambiti di attività scientifico-sanitarie, dà diritto all'ammalato di esigere la responsabilità medica della guarigione.

È assurdo continuare ad etichettare le convenzioni di malattia mentale giustificando tale metodo con la incomprensibilità del processo morboso: chi dichiara di non capire la malattia nel momento stesso in cui pretende di combatterla non può evidentemente comportarsi da medico e da scienziato, non può politicamente che agire in senso repressivo e illiberale.

Ignorare ostinatamente e contestare la ricerca e la definizione etiologica della nevrosi equivale a riconoscere che si ha paura che le cause reali della malattia mentale emergano come cause di responsabilità collettiva, come frutto di antiche e attuali violenze e di *ictus* sociali.

Forse per questo i rari e coraggiosi esperimenti italiani possono essere sembrati pericolosissimi a certe identificabili componenti di freno della nostra società, e i cento « pazzi » che il professor Cotti ha guarito a Cividale, e per cui è stato cacciato dalla polizia da quell'ospedale, sono sembrati ancor più pericolosi dei « pazzi » incarcerati, che l'onorevole Ministro di grazia e giustizia si propone ampiamente ed ulteriormente di incarcerare.

Certo, onorevole Ministro, è stupefacente e pauroso, per molti attuali psichiatri che si pagano 50.000 lire ad elettroshock, che in così vasta misura si possa civilmente intervenire da parte di un potere politico che si ispiri ad una concezione ancora nuova del rapporto fra Stato e cittadini in una direzione avversa a quella tradizionale.

Noi abbiamo quasi pronto un nostro progetto di legge, ma non ne facciamo un dogma. Si tratta di un problema tanto grande ed emozionante, che io le voglio oggi rivolgere questo invito: io le chiedo, anche a nome dei tanti che oggi recuperano il messaggio evangelico nella stessa rivoluzione marxista proprio perchè pongono al centro della società l'uomo, io le chiedo un incontro su un terreno di verità. Un incontro conoscitivo, insomma, all'impegno del quale noi la invitiamo, per ispezioni unitarie che

ci consentano di esaminare lo stato attuale delle istituzioni manicomiali facendo discendere ogni identificazione critica, ogni delle istituzioni manicomiali, facendo disolidarietà alla quale noi apprezziamo ella si sia riferita in apertura di seduta.

Noi riteniamo questa battaglia un momento necessario e rivoluzionario, per una strada che è possibile imboccare insieme a tutti gli uomini di buona volontà.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Io vorrei dire alcune cose molto brevemente su un punto specifico, quello che riguarda la prevenzione e l'assistenza sanitaria e sociale per l'infanzia; però, prima di abbordare questo argomento, mi pare che quanto è stato detto questa mattina dal senatore Simone Gatto e durante il colloquio fra lo stesso senatore e il Ministro apra un problema più generale che dobbiamo prendere in considerazione se vogliamo affrontare, con chiarezza, anche singoli aspetti sanitari.

Per essere d'accordo sulle soluzioni settoriali bisogna però chiarire l'argomento di fondo. Io credo che veramente oggi siamo arrivati al punto nodale e che uno dei modi essenziali di sciogliere il nodo è quello di affrontare il problema dell'unità sanitaria di base, perchè attraverso il concretizzarsi dell'unità sanitaria locale si attua anche il chiarimento e la riconferma della linea generale di azione dalla quale siamo partiti tutti almeno a parole unanimemente convinti e che il programma economico di sviluppo sancisce.

Noi, per esempio, possiamo concordare con l'onorevole Ministro che più che di leggi-quadro generali, oggi abbiamo bisogno di partire da punti specifici, da punti settoriali e incominciare a costruire. Il tema che tratto è settoriale. Il nostro progetto di legge che sta per essere presentato in questi giorni per la riforma dell'assistenza alla maternità e infanzia parte da un settore. Noi possiamo mettere in movimento la macchina anche partendo da punti limitati e settoriali, ma deve essere assolutamente chiara e precisa la prospettiva, l'indirizzo secondo il quale ci muoviamo.

Quello che ha detto il senatore Gatto questa mattina, a proposito della relazione della Commissione di studio per l'unità sanitaria locale, non è di poca importanza. Il fatto sta che è avvenuta una manipolazione. Vi è un progetto che è l'unico ufficiale, in quanto deciso dalla maggioranza della Commissione concorde nella linea che dicevamo prima, che, sia pur gradualmente fin che si vuole, intende l'unità sanitaria locale come centro territoriale di unificazione di tutti gli aspetti preventivi, curativi e recuperativi di una azione sanitaria globale. Tale progetto è stato messo allo stesso livello di un altro progetto non ufficiale, elaborato da un gruppo che non aveva nessuna investitura e che persegue una linea diversa. Lei diceva questa mattina, signor Ministro, che il progetto Bruni, in realtà, non si differenzia da quello della Commissione. Io non l'ho letto ancora bene, ma non credo dica le stesse cose e di questa idea mi pare anche il collega Gatto che è stato membro della Commissione.

Noi siamo d'accordo sull'unità sanitaria, anche prevedendo la gradualità del suo sviluppo, ma occorre un impegno preciso su quello che deve essere, nel suo complesso e nel suo carattere essenziale, l'unità sanitaria locale. Se invece questa chiarezza non c'è, tutto diventa difficile perchè allora rischiamo, partendo da un punto settoriale, di procedere davvero settorialmente, cioè in modo da contribuire a creare non l'unità orizzontale e il coordinamento delle varie strutture sanitarie, ma dei nuovi processi verticali che continuino a suddividere quello che è già largamente suddiviso.

Per venire alla parte riguardante l'infanzia, non dirò una parola per illustrare né l'urgenza né l'importanza del problema. Ne abbiamo parlato per quindici anni e ne conosciamo tutta la drammaticità. Mi rivolgo a dei colleghi che conoscono il problema, mi rivolgo a un Ministro che mi pare abbia dato prove di sensibilità umana e politica.

Vengo, viceversa, al punto più concreto e immediato. Io credo che anche in questo campo dobbiamo partire in tante direzioni, e i punti di partenza principali mi pare siano quattro: in primo luogo, occorre gettare le basi per alcuni tipi di servizi assistenziali

istituzionalizzati che oggi non esistono. Per esempio, c'è tutto il settore dell'infanzia anormale sia psichicamente che fisicamente: i subnormali, i normali difficili, gli spastici. Tutto questo complesso settore non può essere curato dai servizi addetti all'infanzia sana, ha bisogno di una specializzazione del tutto particolare e che non esiste ancora nè per legge nè nei fatti.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* È uno dei problemi per i quali ho interessato, appena arrivato al Ministero, l'ufficio legislativo per ritrovare l'enorme numero di leggi sparse che riguardano questo settore.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Io credo che il problema si debba affrontare con urgenza almeno in fase di elaborazione e di studi per giungere ad una impostazione precisa e a una precisa proposta di legge. Se è necessario creiamo una Commissione di lavoro specifica, ma bisogna provvedere al più presto all'instaurazione di servizi come questi.

C'è poi tutto un altro aspetto totalmente carente, anche se è di carattere meno essenzialmente sanitario; ma siamo d'accordo di indirizzare verso la sanità tutti gli aspetti dell'assistenza che possono essere considerati moralmente e fisicamente preventivi e specialistici.

Esiste solo una legge del 1927 che riguarda il ricovero nei brefotrofi degli illegittimi, ma oltre a questo non esiste più niente, tutto è affidato alla carità privata, alle istituzioni private, senza vigilanza, senza controllo.

Per la parte che riguarda la prevenzione e lo sviluppo fisico e psichico dei bambini sani, esistono leggi e istituti ma anche in questo campo dobbiamo procedere al più presto a una seria, profonda riforma. Abbiamo presentato in questi giorni una proposta di legge che crediamo possa fornire una base di discussione. In questo campo siamo di fronte a un estremo disordine strutturale, a una molteplicità di poteri, di funzioni, di enti e ad una polverizzazione di contributi dispersiva e costosa; e, al centro di questa congerie disordinata, a un Ente come l'ONMI, centralizzato e burocratico, con due inconvenienti quindi: la frammentazione e, nella frammentazione, il monolitismo verticale e autoritario. Due elementi assolutamente contrari alle esigenze di un'assistenza moderna, che richiede di essere agile, vicina e aderente ai bisogni, legata alle popolazioni e, quindi, a centri di potere, locale e democratico, liberata da una struttura pesante e macchinosa. Si apre quindi un problema di profonda riforma in questo campo. Signor Ministro, riconfermo quello che ha detto il senatore Argiroffi del nostro Gruppo: noi respingiamo decisamente qualunque tentativo di porre ancora in termini di solo aiuto finanziario il problema dell'ONMI e dell'assistenza all'infanzia. Non che pensiamo che gli attuali stanziamenti dello Stato per l'assistenza all'infanzia siano sufficienti, ma occorre che il finanziamento si traduca in risultati sociali e non siano sperperati. Quindi auspico che, come il Ministro ha formalmente annunciato, tutto il possibile sia fatto per portare avanti la discussione su questa riforma più generale.

Ma c'è un aspetto che è urgentissimo e già maturo e può essere stralciato dalla riforma ed affrontato prima della riforma stessa; ed è il problema dell'applicazione dell'articolo 92 del programma di sviluppo che prevede la creazione entro il 1970 di una rete di 3.800 asili nido gestiti dai Comuni. Ma dopo quasi quattro anni dal piano quinquennale noi non abbiamo avuto nemmeno l'inizio di questo programma. Le tre grandi organizzazioni sindacali, CGIL, CISL e UIL, si sono accordate ed hanno presentato proprio in questi giorni alla Camera tre progetti di legge uguali, anche se distinti, per facilitare la soluzione del problema. Si propone infatti per gli asili nido la creazione di un Fondo nazionale finanziato in parte dallo Stato e in parte da contributi dei datori di lavoro: una soluzione finanziaria realistica che fa fare un grosso passo avanti.

Il primo passo concreto è la creazione degli asili nido e lo stanziamento per gli asili nido un passo della riforma perchè ci si muove già nella linea della riforma, in una visione

nuova delle finalità e del carattere dei servizi, dell'unificazione e del decentramento democratico dell'assistenza, che implica e sollecita la modifica in tal senso di tutto il sistema attuale, dispersivo, caotico e accentrato e, perciò, inefficiente e arretrato. In tale senso presentiamo anche un ordine del giorno.

P A U S E L L I . Uno degli aspetti della organizzazione sanitaria trattato dal relatore che, a mio modesto avviso, merita di essere approfondito è quello che si riferisce alla raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano.

È un problema collegato alla nuova concezione che si ha di tutta l'organizzazione sanitaria nel nostro Paese. Attualmente, come voi sapete, esistono per la raccolta, conservazione e distribuzione del sangue vari enti che, nonostante i controlli, non possono non generare delle anomalie. E si tratta di anomalie le quali influiscono in maniera negativa sulla organizzazione sanitaria, per cui è necessario porvi rimedio.

Che cosa comporta in modo particolare un sistema il quale affida un compito così delicato, come quello della raccolta del sangue, a diversi organismi? Innanzi tutto garanzie insufficienti sulle analisi, in quanto le strutture di cui dispongono gli enti in questione sono inadeguate; risultati sempre più deludenti di queste attività, dovuti principalmente ad una scarsa possibilità propagandistica, anche in relazione al tipo di propaganda, che purtroppo possono provocare difficoltà serie in occasione di interventi urgenti; infine una moltiplicazione di spese di gestione.

Ritengo pertanto che si debba ovviare alle disfunzioni manifestatesi in questo campo, concentrando i Centri trasfusionali negli ospedali poichè questi possono veramente considerarsi le sedi più idonee, non soltanto per la raccolta e la conservazione del sangue, ma anche per le opportune ricerche ed analisi. Nel contempo il Ministero dovrebbe condurre, attraverso la stampa, la radio e la televisione, una costante opera di propaganda, intesa a sensibilizzare l'opinione pubblica sul valore altamente morale ed umano delle donazioni di sangue, in una società quale la nostra proiettata con tutti i mezzi a tutelare la salute pubblica.

In via del tutto subordinata e nel caso sia accertata l'impossibilità — cosa che ritengo discutibile — di organizzare i Centri trasfusionali nel senso indicato, ritengo si dovrebbe provedere con la massima sollecitudine alla unificazione degli enti di raccolta del sangue umano, in un unico centro, direttamente controllato dal Ministero della sanità, attraverso i medici provinciali.

Anche in questo caso la propoganda dovrebbe essere svolta a cura del Ministero della sanità.

Onorevoli colleghi, concludendo questo argomento mi sia concesso affermare che, se il sistema di raccolta del sangue umano non sarà modificato e si persisterà a svolgere tale attività con la attuale precaria organizzazione assolutamente non rispondente al continuo sviluppo sanitario e sicentifico, scarsa efficacia avranno le varie leggi o leggine che potranno essere varate, accentuando il rischio di vedere un compito di così grande valore umano trasformarsi in una scadente attività di tipo commerciale, con conseguenze facilmente e tristemente prevedibili.

Un altro problema sul quale desidero richiamare una particolare attenzione riguarda l'istruzione professionale del settore assistenziale sanitario ospedaliero.

Premetto che per quanto si riferisce ai corsi di istruzione professionale mi trovo perfettamente d'accordo con il relatore, senatore Perrino. Ritengo però che sia stata trascurata una esigenza, la quale viene avvertita negli ospedali in maniera sempre più evidente: l'esigenza cioè di corsi di riqualificazione professionale per infermieri. A mio giudizio tali corsi dovrebbero essere svolti dagli enti ospedalieri, con il contributo dello Stato, senza attendere la creazione dell'Istituto professionale di Stato per l'assistenza sanitaria.

Per convincersi dell'assoluta necessità di questi corsi di riqualificazione è sufficiente considerare lo sviluppo scientifico registrato in questi ultimi anni in questo settore. A tale sviluppo però non ha corrisposto una

analoga riqualificazione del personale preposto all'assistenza sanitaria. La situazione quindi non è certamente la più idonea per fare assolvere all'ente ospedaliero quel ruolo ad esso giustamente assegnato dalla nuova legge.

Sarebbe opportuno che si procedesse nel settore sanitario così come si procede nelle industrie, dove accanto al progresso tecnologico si pone l'esigenza dello sviluppo tecnico-culturale delle maestranze, per non consentire la possibilità di dannose contraddizioni.

Forse il rapporto con il settore industriale può apparire fuori luogo, essendo le esigenze sanitarie di natura del tutto particolare e diverse. Non è fuori luogo, però, se si pensa che anche il progresso della scienza medica può, nella applicazione, dare risultati positivi, solo se il personale all'uopo preposto è stato preparato ai compiti nuovi che dal progresso stesso derivano. Purtroppo nei nostri ospedali, in passato, mentre venivano applicati nuovi sistemi curativi, nuove terapie, di pari passo non si provvedeva a fornire della preparazione necessaria coloro i quali avevano fatto il loro ingresso nella categoria infermieristica in momenti in cui la evoluzione scientifica avveniva molto lentamente e quando gli stessi compiti loro assegnati non avevano l'importanza di oggi.

Il problema, quindi, della riqualificazione professionale assume una importanza veramente notevole; e per affrontarlo non ritengo sia giusto attendere l'istituzione dell'Istituto professionale di Stato per l'assistenza sanitaria. Questo è un problema da affrontare oggi, attraverso l'ente ospedaliero e con mezzi che deve fornire lo Stato.

Un ultimo argomento che desidero brevemente trattare è relativo alla inadeguatezza dei contributi fissati per la lotta contro il cancro ed i tumori maligni.

Io mi rendo conto, onorevoli colleghi, che le limitazioni di un bilancio creano sempre delle zone d'ombra, dei settori cioè da trascurare. Quello di cui non riesco a rendermi conto, è come possa considerarsi « zona di ombra » l'attività contro i tumori. Stanziare in bilancio 400 milioni per la Lega italiana contro il cancro e 500 milioni per l'istituto « Regina Elena » mi appare veramente come un fatto che difficilmente trova una giustificazione. E non la trova in modo particolare per il secondo stanziamento.

È certamente a tutti noto che un paziente, per il quale è stata ritenuta indispensabile la terapia particolare per combattere questo terribile male, deve nel migliore dei casi attendere un mese prima di poter essere ricoverato all'istituto « Regina Elena ». Ciò si verifica indubbiamente, in quanto l'Istituto in questione non ha le possibilità di ricoverare un numero illimitato di malati.

Con questo, sia chiaro, non intendo proporre una riduzione del contributo previsto per il « Regina Elena », tutt'altro.

Il contributo deve restare così come è indicato. Si deve però trovare la possibilità di erogazione di ulteriori contributi da destinare ad istituti analoghi, non solo per sviluppare l'applicazione della terapia anti cancro ma soprattutto per rendere maggiormente efficace la terapia stessa, dal momento che potrebbe essere iniziata quando se ne manifesta la necessità. Nel contempo, il contributo al potenziamento degli istituti che combattono il cancro ed i tumori agevolerebbe la ricerca scientifica in un campo ove ancora oggi debbono compiersi dei grandi passi. Concludendo, io invito a considerare in tutta la sua grande importanza questo problema e quindi a ricercare, tra i vari capitoli del bilancio, le somme necessarie ad aiutare tali istituti dislocati nelle varie regioni d'Italia.

M E N C H I N E L L I . Io ho cercato di esaminare il bilancio della sanità alla luce della relazione svolta dal senatore Perrino.

Ho ascoltato con molta attenzione questa relazione e devo dire che ho provato una strana sensazione sentendo che, alla fine, essa proponeva l'approvazione del bilancio. Avendo seguito con interesse e soddisfazione certi rilievi critici che nella relazione venivano fatti, mi attendevo, secondo la logica (e non logica di opposizione), una conclusione diversa. Non mi pare infatti che nel bilancio siano recepite quelle parti che io condivido e sulle quali il senatore Perrino poneva l'accento. Sarebbe veramente un fatto rivo-

luzionario se quelle osservazioni dovessero essere accettate dal Governo!

Sostenere infatti che il problema della sanità deve essere affrontato non più sotto un profilo di solidarismo di categoria, ma sotto il profilo dell'interesse pubblico, quindi integralmente, mi pare sia una cosa veramente importante.

Sostenere, anche se questo non è nuovo, comunque con molta forza, che occorre affrontare a monte il problema della salute pubblica e fare della parte preventiva la parte essenziale dell'intervento, anche questa è un'affermazione importantissima, che dovrebbe dar luogo ad una indicazione, a delle riforme, ad una operosità, che io non vedo poi tradotte nel bilancio. Niente di quello che deriva da tali affermazioni è tradotto nel bilancio.

Perciò, penso che ci si dovrebbe dichiarare insoddisfatti del bilancio della sanità. Forse può dare fiducia la figura del Ministro, che certamente ispira simpatia. Però questo non è sufficiente per arrivare alla conclusione che bisogna approvare il bilancio. Dietro al Ministro c'è un Governo, c'è, direi, un'esperienza, un andamento che, per essere modificato, avrebbe bisogno di una forza politica e di una volontà politica che non si vedono espresse, nonostante le premesse che rivendicano un andamento del tutto diverso.

Per le stesse ragioni che sono state espresse nella relazione, direi quindi che bisogna votare contro il bilancio della sanità. Circa le questioni che non risultano dalla relazione, il senatore Perrino potrebbe dire (egli già affaccia questa possibilità): non mi sono espresso, quindi sono d'accordo con l'opposizione anche sugli altri problemi che sono stati sollevati, quello lei vecchi, quello dell'infanzia, quello della riforma psichiatrica. Quest'ultimo è un problema che è stato affrontato soltanto in minima parte; e questo rischia di risolversi in un elemento negativo, se non si dà luogo ad una vera e propria riforma dei manicomi e dell'assistenza psichiatrica in genere.

A questo proposito, collegandomi all'intervento del collega Argiroffi, vorrei accennare al problema dei bambini disadattati, psichicamente anormali. Si tratta di bambini che sono definiti deboli di mente, quindi hanno bisogno di cure, di attenzione. Ebbene, questi bambini vengono affidati a degli istituti, i quali hanno rette che vanno dalle 950 lire alle 1.100, alle 3.900 lire al giorno. Quale assistenza possono dare a bambini di questo tipo istituti che ricevono rette di questo genere? Lo lascio immaginare. E pensare che, proprio per la loro situazione psichica, avrebbero biosgno di un ambiente che riproducesse il più possibile quello familiare! Come è possibile questo quando sono assistiti con mezzi tanto insufficienti?

Com'è possibile riprodurre lo stesso clima della famiglia quando l'assistenza viene praticata da istituti di questo tipo che si accontentano di una retta di 950 lire? Gli assistiti vengono tenuti in camere comuni, con il guardiano che pensa solo ad impedire che essi possano fuggire; ma diventano degli esseri ancora più disadattati di quanto non lo siano già.

P E R R I N O , *relatore*. Questa retta corrisponde a quella ministeriale e riguarda i ricoverati comuni, non i disadattati.

M E N C H I N E L L I . Mi sono permesso di citare questa cifra dopo essermi informato presso il direttore generale del servizio del Ministero di grazia e giustizia, professor Radaeli. Questa è la retta che viene corrisposta per istituti specializzati in questo campo, non per altri istituti specializzati in campi diversi. Evidentemente il servizio non risponde alle esigenze di un trattamento umano nei confronti dei bambini assistiti, e non risponde neppure ad un criterio di carattere economico, perchè se questi ragazzi fossero trattati diversamente potrebbero costituire domani una forza produttiva.

Così facendo, invece, essi sono destinati ad essere un peso sociale, vuoi sotto il profilo sanitario, vuoi sotto il profilo della legge penale. Se oggi ci si decidesse ad andare loro incontro sul piano umano, oltre tutto se ne ricaverebbe un'utilità dal punto di vista degli interessi della società.

Vorrei richiamare l'attenzione della Commissione su un'altra questione che non è stata affrontata nella relazione, cioè quella dei

prodotti farmaceutici. Oggi la produzione farmaceutica è organizzata in modo tale da non offrire le garanzie di una più larga applicazione dell'assistenza farmaceutica. Ci sono studi a proposito di questa produzione farmaceutica che lasciano individuare larghissimi margini di speculazione. Riteniamo che il sistema attuale non sia giusto e debba essere corretto. Pertanto noi ci permettiamo di richiamare l'attenzione del Governo sulla necessità di operare onde si crei un settore pubblico della produzione dei farmaceutici. Potremmo anche avanzare la proposta della nazionalizzazione di questo settore; ma sappiamo che comporterebbe un eccessivo squilibrio per questo Governo e perciò ci asteniamo dal fare una proposta del genere. Ma chiediamo quanto meno un impegno del Governo di operare perchè si stabilisca un istituto che possa fare da calmieratore, diciamo, in questo mercato, o comunque un elemento che possa mitigare il fenomeno della speculazione.

Il Governo ha la possibilità di creare un settore pubblico della produzione dei farmaceutici convenientemente controllato dallo Stato attraverso l'intervento e degli enti mutualistici e degli assistiti, in maniera che i costi di produzione corrispondano ai prezzi e che i prodotti rispondano alle necessità dell'intervento sanitario. In ordine a questo problema ci siamo permessi di presentare un ordine del giorno.

D E L P A C E . Tratterò alcuni argomenti, anche se i colleghi potranno pensare che non sono inerenti o direttamente collegati alla discussione del bilancio nelle sue cifre e nella sua illustrazione. Si tratta, comunque, di questioni che l'onorevole Ministro conosce perfettamente e quindi ritengo che non abbisogneranno di eccessivo approfondimento.

L'onorevole Ministro è perfettamente convinto — perchè lo ha sostenuto molte volte nella sua qualità di direttore del Centro nazionale di urbanistica — che la salute del cittadino non si difende soltanto il giorno in cui egli è ammalato e lo si deve curare, ma soprattutto creando un ambiente che sia ad immagine dell'uomo e corrisponda alle sue esigenze. È chiaro che in questo settore abbiamo grandi difficoltà nel nostro Paese e non concordo affatto col collega Pinto quando sostiene che negli infortuni sul lavoro esistono oggi solo rischi calcolati; altrimenti non sarebbe giustificabile l'esistenza dello ENPI in Italia al fine di controllare come le norme collettive sul lavoro vengono applicate e rispettate. Potrei ricordare al collega Pinto che per esempio nella lavorazione delle calzature si può ridurre l'infortunio attraverso la prevenzione, con una serie di atti che possono limitare il rischio che inevitabilmente esiste in questo tipo di attività. Quando infatti nella lavorazione del cuoio i calzaturifici adoperavano mastice da benzolo, è chiaro che le malattie professionali in questo settore erano superiori a quelle che si verificano oggi che l'utilizzazione di mastici derivati da benzolo è stata, se non del tutto, almeno in parte abolita.

Ho voluto fare soltanto un accenno a questo aspetto; vorrei invece soffermarmi su tre punti fondamentali. Il primo è quello dell'ambiente urbanistico e mi preme sottolinearlo non tanto perchè ci sia bisogno di stanziamenti particolari del Ministero della sanità, ma perchè mi sembra che in questo settore il Ministero della sanità abbia poche capacità di intervento. Nella elaborazione dei piani regolatori infatti, il Ministero della sanità esprime soltanto un parere; chi approva in definitiva è il Ministero dei lavori pubblici. Ora, mi sembra che a questo proposito ci siano molte cose da dire. Il crescere e lo svilupparsi disordinato delle nostre città, la mancanza assoluta di spazi verdi, l'assoluta concentrazione, per motivi finanziari, di costruzioni in ambiti ristretti, creano una condizione ambientale di vita che non è più possibile tollerare. Le statistiche sono estremamente chiare: siamo uno dei Paesi più arretrati per disponibilità di verde. Assistiamo tutti i giorni a scempi paurosi. Roma, che era la città più ricca di verde, ne viene spogliata giorno per giorno. Il nostro Ministero come intende e come vuole operare? Quale sforzo intende, inoltre, fare per arrivare ad una struttura delle nostre città più corrisponden-

te ai bisogni civili, non solo odierni ma anche futuri? Se questo problema è estremamente valido per le città ed è oggi esteso ad alcune frazioni di comuni importanti, nei confronti di tutte quelle che sono le case sparse, le abitazioni rurali, diventa ancora più grave. In questa direzione i comuni non hanno possibilità di intervento, le amministrazioni provinciali hanno le mani legate e le condizioni di vita delle popolazioni delle campagne sono tragiche, non solo nel Meridione d'Italia, ma anche in Toscana, Lombardia e Veneto.

Difesa dell'ambiente vuol dire anche difesa dall'inquinamento atmosferico. Sì, è vero, c'è una legge, ed è vero che manca ancora il completamento regolamentare, ma non è solo un problema di regolamenti: ci sono poteri reali che devono essere maggiormente rafforzati e quella legge non dà sufficienti poteri ai comuni e alle province, mentre nei comitati che si sono costituiti e che si devono costituire c'è un bisogno reale di una partecipazione più diretta dei comuni e delle province.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Ma i comuni attraverso i regolamenti edilizi potevano anche anticipare la legge e lo possono tuttora.

F E R R O N I . Proprio quella legge prevede nella stesura dei piani regolatori l'intervento, direi determinante, del Ministero della sanità o di organi periferici in ordine ai problemi sanitari relativi all'inquinamento.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Il Ministero della sanità ha i suoi rappresentanti presso il Comitato tecnico-amministrativo del Provveditorato regionale alle opere pubbliche e presso il Consiglio superiore dei lavori pubblici. Quindi, in sede di emissione di parere sul piano regolatore, il Ministero interviene.

D E L P A C E . Comunque, poiché la legge prevede che tutte le Amministrazioni comunali debbano aggiornare i propri regolamenti edilizi alla legge, domando: quanti di questi regolamenti edilizi sono stati aggiornati? C'è un ritardo generale che provoca un aggravarsi ulteriore della situazione. Chi é stato a Genova sa che vi é una zona dove neppure gli uccelli vanno a volare per quanto l'aria é inquinata.

La soluzione di questo problema è nella richiesta del senatore Perrino, richiesta che deve diventare operante soprattutto per quanto è già stato previsto ma non attuato.

Un altro aspetto che mi preoccupa profondamente è la condizione delle acque nel nostro Paese.

Abbiamo leggi vecchissime. Vi era stato un tentativo, una proposta...

F E R R O N I . Proposta approvata dal Consiglio dei Ministri nel novembre del 1967, quindi non è un tentativo.

D E L P A C E . Sì, ma è caduta. Mi sono trovato in un convegno a Padova dove si discutevano questi argomenti e ho visto come gli industriali si battono contro qualsiasi legge sull'inquinamento delle acque. Il problema è grave; oggi siamo ridotti, in Italia, a consumare il 25 per cento di acqua per uso potabile da sorgenti di superficie. Le sorgenti vanno inaridendosi e i progetti dei piani regionali degli acquedotti, di fronte al problema del reperimento di nuove acque, non hanno potuto trovare soluzione diversa da quella di altri sbarramenti che utilizzano le acque di superficie; tutti sappiamo che le acque del nostro Paese sono ridotte, nella stragrande maggioranza dei casi, in fetide cloache. Non voglio parlare del Naviglio di Milano e del fiume Olona; non voglio parlare dei laghi di Mantova e dell'Arno quando scorre intorno a Santa Croce o al centro di Firenze; non voglio parlare del Reno e del Po dopo il passaggio davanti agli scarichi degli zuccherifici dell'emiliano; parliamo della zona di Frosinone e delle zone meridionali. I fiumi e i laghi sono ridotti a raccoglitori di tutti gli scarichi industrali e urbani e le nostre acque sono paurosamente impoverite di ossigeno, tanto che la vita, persino quella dei microrganismi, viene a scomparire. Siamo al punto, e qui stamane veniva

ricordato, che in Svizzera è ammessa una tollerabilità in milligrammi di cromo dello 0,04 per quintale. Questi limiti in Italia li abbiamo superati abbondantemente.

Come dobbiamo operare in questa direzione? Rientrano nei compiti del Ministero della sanità questi problemi? È chiaro che il Ministero della sanità deve occuparsi della salute del cittadino e la salute del cittadino dipende anche da ciò che è costretto a bere e a consumare.

Le previsioni ci dicono che fra dieci anni avremo bisogno del doppio della disponibilità delle acque: se oggi siamo costretti ad adoperare il 25 per cento delle acque in superficie, allora ne dovremo usare il 50 per cento. Ma quali? Quelle dell'Arno? È più che mai urgente provvedere alla elaborazione di una legge organica che disciplini in modo definitivo la materia. Perchè, in Italia, chi si occupa delle acque?

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* La competenza primaria, per non dire esclusiva, purtroppo, è del Ministero dei lavori pubblici.

D E L P A C E . Non sono d'accordo. Il Genio civile si interessa della manutenzione delle sponde dei corsi d'acqua, ma non della loro purezza. Di questo si occupano le Amministrazioni provinciali, le quali, però, hanno poteri solo per quanto concerne la difesa della fauna ittica. Quindi, la purezza delle acque è compito del Ministero della sanità.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Solo ai fini dei controlli delle acque. Sono le amministrazioni provinciali e comunali che debbono impedire l'immissione di acque impure.

D E L P A C E . No, le amministrazioni provinciali e comunali non hanno grossi poteri in questa direzione!

F E R R O N I . Sì, esiste una legge in materia.

D E L P A C E . Ma come viene applicata?

È chiaro, allora, onorevole Ministro, che o noi riusciamo a porre sotto un'unica autorità il controllo della purezza delle acque — e in questo senso un disegno di legge sarebbe utile — o avremo dispersione di interventi e questo non risolverà certamente il problema. Tra l'altro, non si tratta di un problema per cui si può dire: ci penseremo tra due o tre anni. Anche iniziando subito, infatti, anche se la legge venisse approvata con rapidità, prima che possano essere reperiti i fondi necessari per la decantazione e la depurazione delle acque, prima che si sia attuata una certa filtrazione dei danni già avvenuti nel nostro Paese, sappiamo bene che passerà un certo numero di anni. Quindi, se affermavo che tra dieci anni avremo bisogno del 50 per cento di acque di superficie per uso potabile, è chiaro che questo problema diventa estremamente urgente e grave.

Per il motivo esposto, invitiamo il Ministro della sanità a voler riprendere rapidamente questa questione, indicendo, se necessario, una conferenza di Enti locali, di tecnici, che possano fornire ulteriori indicazioni alla luce anche del dibattito che sulla vecchia proposta di legge è stato fatto, onde impegnarci rapidamente a presentare un disegno di legge che risolva in modo unitario la situazione.

Il quarto ed ultimo aspetto riguarda la difesa della genuinità degli alimenti, cioè di ciò che si produce e di come si consuma.

È vero che in Italia esistono i nuclei antisofisticazione (NAS); esistono uffici di igiene e profilassi; esiste, nei comuni, la polizia municipale...

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Proprio oggi mi è stato fatto rilevare che la situazione di questo personale è tale, per quanto attiene agli stipendi, che si verifica un notevole esodo degli elementi tecnici più qualificati e questo esodo sarà intensificato nell'immediato futuro, se non verranno date delle garanzie. Poichè non sono portato a dare garanzie che non posso mantenere, ho fatto presente l'esigenza di attrezzare compiutamente questi laboratori, ma che oggi come oggi non si possono dare garanzie per il futuro.

D E L P A C E . Ho avuto la fortuna di fare l'assessore provinciale e di poter controllare di persona come in alcune fabbriche, nel periodo di dieci giorni, venivano compiute ben tre ispezioni, mentre in altre decine di fabbriche passavano due-tre anni prima che ve ne fosse una. Questo avviene perchè queste ispezioni partono da due punti diversi: un settore dipende dal medico provinciale, un altro settore dall'ufficiale sanitario comunale, un terzo settore dipende direttamente dal nucleo antisofisticazione, e via di seguito. Quindi, può accadere, teoricamente, che nella stessa fabbrica si compiano tre ispezioni di tre nuclei nello stesso momento. Bisogna ovviare a questo inconveniente e dare una unicità di direzione a questi interventi.

Sono d'accordo poi su quanto è stato detto a proposito degli istituti zooprofilattici.

L'Istituto zooprofilattico è un ente morale, ha una sua direzione. Chi se ne dovrebbe occupare fondamentalmente dovrebbero essere i veterinari provinciali e i loro uffici. Anche in questo campo occorre unificare gli interventi. Del resto dai colloqui avuti direttamente con il Presidente nazionale del Consorzio dell'Istituto zooprofilattico mi risulta che in questa direzione non ci sarebbe molta resistenza.

F E R R O N I . Vorrei soltanto rivolgere una preghiera al relatore.

È probabile che io sfondi una porta aperta ma, poichè ho avuto la ventura di essere più volte relatore dei bilanci della sanità, pregherei il senatore Perrino di prendere in considerazione un criterio da me adottato. Io non ho mai considerato la relazione una relazione di maggioranza. Ho sempre recepito, a conclusione della discussione, i pareri espressi da tutti i membri della Commissione, anche talvolta contestandoli, così da portare in Aula, insieme all'opinione del relatore, quindi della maggioranza, anche, rispettosamente, quelli della minoranza. Questo per avere una visione quanto più possibile unitaria dei problemi della sanità. In sostanza, io ho parlato sempre a nome della Commissione e non della maggioranza. Penso che adottare questo criterio significhi anche ridurre la discussione in Aula.

P E R R I N O , *relatore*. Effettivamente il collega sfonda una porta aperta. Mi richiamo anche a quello che ha detto poco fa il senatore Menchinelli, e cioè che, giunto alla fine della relazione, si è meravigliato della conclusione; questo a significare che si trattava di una relazione critica, quindi non di maggioranza nel senso più stretto del termine.

Io replicherò ai vari interventi, e mi dispiace dover dire fin da ora che non potrò essere molto breve, dato che intendo rispondere specificamente a ciascun collega, sicchè si possa giungere ad una sintesi della discussione.

P R E S I D E N T E . Ha chiesto la parola il senatore Guanti.

G U A N T I . Vorrei fare innanzitutto un'osservazione relativa ad una cifra del bilancio. Si tratta del capitolo relativo all'igiene degli alimenti. È l'unica cifra rimasta invariata: 346 milioni nel 1968, 346 milioni nel 1969; e rappresenta lo 0,2 per cento de 141 miliardi previsti dal bilancio. Ciò vuol dire che questo settore rimane ancora in ombra, nonostante la grande importanza che riveste in una società moderna.

Riprendo ora un tema che è stato trattato dal collega Argiroffi ed assicuro subito che noi non siamo qua per fare della retorica o dei grandi discorsi, ma soltanto per dare il nostro modesto contributo al fine di sottolineare i problemi della politica sanitaria che sono, secondo, noi, tra i più importanti nell'attuale momento.

Nella passata legislatura, quando si discusse il disegno di legge governativo n. 2422 sull'assistenza psichiatrica, tutti convennero sull'esigenza di radicali mutamenti nel campo delle istituzioni psichiatriche. Il professor Cassano ebbe a dichiarare: « Lo stato attuale dei manicomi è deplorevole, siamo in ritardo di qualche secolo rispetto agli altri Paesi civili ». Il relatore Sellitti ebbe, tra l'altro, a dichiarare: « Onorevoli colleghi,

dalla più che dimostrata carenza della situazione esistente nel settore dell'assistenza psichiatrica, dalla necessità di dare al cittadino ricoverato dignità e rispetto, quadri sanitari ed infermieristici preparati ed in numero sufficiente all'organizzazione ospedaliera, dalla inderogabile necessità di cancellare una legge vecchia di 60 anni che è già superata per la concezione poliziesca e razzista alla quale si ispirava fin dal suo nascere, è scaturito il presente disegno di legge — sulla riforma delle disposizioni sulla sanità mentale — la cui approvazione da parte degli organi legislativi non può ulteriormente essere procrastinata ».

Sullo stesso disegno di legge Mariotti, una recente relazione ministeriale afferma quanto segue: « Detto disegno di legge dovrà realizzare una profonda riforma delle vigenti disposizioni legislative, ormai largamente superate, anzi travolte, da oltre un cinquantennio di meravigliosi progressi in tutti i campi: scientifico, tecnologico, economico e sociale.

Il disegno di legge, ispirandosi ai nuovi princìpi informatori della sanità mentale, prevede tutta un'organizzazione di strutture psico-igieniche che dovranno costituire il cardine dell'assistenza extra-ospedaliera e della psichiatria sociale.

Inoltre, tutte le istituzioni assumeranno un nuovo profilo giuridico-amministrativo ed assistenziale adeguato ai tempi nuovi ed alle nuove istanze sociali ». Vengono alla mente alcuni versi del Petrarca che dicono: « Vedo il migliore ed al peggior m'appiglio! ».

Ora, sappiamo che quel disegno di legge non fu approvato nella passata legislatura. Su iniziativa del Governo e della maggioranza, il Parlamento ne approvò soltanto uno stralcio, e cioè la legge 18 marzo 1968, n. 431, riguardante « Provvidenze per l'assistenza psichiatrica ». Ma anche i modesti obiettivi di tale legge non vengono realizzati. Si ha l'impressione che si continui ad andare avanti con molta confusione ed eccessivo ritardo. A tale proposito sarebbe necessario sapere anche se gli 8 miliardi stanziati per il 1968 con la legge n. 431 esistono ancora oppure si sono volatilizzati.

Ignoriamo quali siano i progressi realizzati nel campo delle strutture psichiatriche e in quello dell'adeguamento del personale medico, degli psicologi, delle assistenti sanitarie e sociali e degli infermieri.

Desidero che il Ministro ci fornisca informazioni e precisazioni a tal riguardo.

E il problema — si badi bene — non è quantitativo, ma qualitativo!

Non è tanto il problema di quanti ospedali e di quanti posti-letto occorrono secondo i vecchi schemi, ma di creare veramente una attrezzatura e una struttura capace di assolvere ai compiti di una vera e moderna assistenza psichiatrica.

Bisogna abbandonare il vecchio manicomio di tipo tradizionale, inumano, oppressivo, degradante; bisogna porre fine all'organizzazione repressiva istituzionalizzata, bisogna porre fine alla segregazione degli ammalati di mente.

Comunque, non va sottaciuto il fatto che nelle attuali strutture 30 provincie non dispongono di ospedali psichiatrici: così l'intera Basilicata, dove le provincie di Matera e di Potenza sono convenzionate con una organizzazione ospedaliera privata.

Le deficienze più gravi poi si riscontrano nel campo dell'igiene mentale infantile. Vi è impreparazione, confusione, inorganicità, ritardo tecnico-scientifico, abbandono. Il problema è rilevante e grave. Vi sono 24.643 minorati psichici ricoverati e più di 100.000 bambini visitati presso i centri medici psicopedagogici.

Il problema della prevenzione e della cura dei malati di mente oggigiorno deve essere affrontato con urgenza tenendo conto che le malattie nervose occupano il terzo posto nelle cause di morte, precedute soltanto dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori.

L'assistenza psichiatrica deve essere umanizzata. Il malato di mente non deve essere considerato e trattato come l'escluso dalla società, pericoloso a sè e agli altri e di pubblico scandalo, da isolare nei manicomi. Abbattiamo, con le pareti dei vecchi manicomi, vecchie idee sbagliate e vecchi pregiudizi; sconfiggiamo l'inumana ideologia capitalisti-

ca del malato di mente. Potenziamo gli strumenti di prevenzione, di profilassi e di cura; preoccupiamoci dell'assistenza post-ospedaliera degli ammalati dimessi, dell'inserimento dei recuperati nella società. Combattiamo i mali profondi della società che contribuiscono a sviluppare le nevrosi e le psicopatie; i ritmi di lavoro imposti dallo sviluppo dell'automatizzazione e dalla morale di una società fondata sul profitto. Affrontiamo problemi sociali urgenti e indilazionabili, come quello dei traffici delle grandi città, oggi disordinati e caotici; la contaminazione atmosferica, l'inquinamento delle acque, l'ambiente insalubre di lavoro, l'urbanesimo, il ritmo intenso della vita moderna.

Il dottor Candan, direttore generale dell'organizzazione mondiale della sanità, nel suo messaggio per la prossima Giornata mondiale della sanità (7 aprile 1969) dedicata alla salute, al lavoro e alla produttività, afferma: « Oggigiorno le condizioni essenziali per il mantenimento della salute restano talvolta trascurate. Polvere, calore, sostanze tossiche, rumore, stanchezza, tutto questo nuoce all'equilibrio fisico e mentale del lavoratore. Medici, infermieri, assistenti sociali, architetti e ingegneri, tutti possono contribuire a preservare il benessere fisico e mentale del lavoratore ».

Ci rendiamo poi conto delle gravi conseguenze sociali che derivano dalla forzata disoccupazione e di quanto malessere e disturbo essa porti in centinaia di migliaia di famiglie?

Occorre liberare l'uomo dal bisogno e dalle costrizioni di una società male organizzata. Alla società repressiva noi opponiamo una società di uomini liberi ed uguali, che consenta il pieno e libero sviluppo della persona umana, che impedisca lo sfruttamento, l'abbruttimento dell'uomo, l'alienazione. Milioni di lavoratori, milioni di studenti appartenenti a tutte le categorie sociali non accettano l'organizzazione attuale della società e ne contestano il diritto all'esistenza. Un processo di liberazione nasce quindi dalle grandi masse. Tutti i settori della vita sociale sono in crisi. Gli uomini politici, la classe dirigente, i governanti debbono tener conto di questo, essere sensibili e solleciti nel modificare strutture e sovrastrutture, secondo le esigenze della vita moderna.

L'importanza sociale della salute mentale richiede un impegno di tutti, richiede un'organizzazione moderna. Le vecchie anacronistiche strutture vanno abbandonate, demolite, per costruirne di nuove atte a garantire la salute mentale nella società, e cioè: servizi di igiene e profilassi mentale, comunità terapeutiche, ospedali diurni, ospedali notturni, villaggi sociali ove sia facilitato il contatto, la comunicazione tra pazienti e visitatori, laboratori protettivi, istituti medico-psico-pedagogici, scuole differenziali, scuole professionali di adattamento e inserimento dei guariti nella società.

Bisogna attuare una politica globale di igiene mentale e attività psichiatrica che sia fondata sul *continuum* terapeutico e cioè che sia presente fuori dell'ospedale, nell'ospedale e dopo la dimissione dall'ospedale; una vasta azione di prevenzione a tutte le età e a tutti i livelli; una serie di istituzioni differenziate atte a facilitare l'azione di cura e di recupero, il reinserimento nella società, incentrate sul servizio psichiatrico territoriale, mobile, dinamico, inserito e integrato nelle unità sanitarie locali.

Psichiatria di settore di tipo francese o comunità terapeutiche di tipo anglosassone? La socioterapia. Prima di tutto occorre cambiare il pregiudizio del malato di mente considerato quale essere pericoloso da isolare. Il malato di mente è un malato come tutti gli altri, che può guarire come avviene per tutte le altre malattie.

La società deve mutare il suo atteggiamento nei confronti degli ammalati di mente. La psichiatria tradizionale ormai in crisi saprà trovare nuove strade scientifiche e umane di prevenzione, di cura e di recupero degli ammalati di mente. L'indagine sociopsichiatrica, individuando i mali delle strutture e sovrastrutture della società che turbano l'equilibrio psichico e che creano casi di scompenso, potrà prospettare le soluzioni adatte ed i mezzi necessari per eliminare tali condizioni e salvaguardare la salute mentale. Gli operatori psichiatrici, da esecutori delle tendenze della società ad eliminare i « deviati », nell'assolvimento dei loro com-

piti non solo cureranno i singoli ma potranno dare il loro contributo per eliminare i guasti della società.

Compito di tutte le forze democratiche e progressive è di porre in crisi la società attuale, le sue strutture, il suo modo di vita, il suo modo di pensare, esaltando e valorizzando l'esistenza umana. Cadranno miti e ideologie della società integrata, integrante e oppressiva per far posto ad una vera integrazione degli uomini in una società senza classi e senza sfruttati, con al centro l'uomo ad una nuova dimensione.

O R L A N D I . Signor Presidente, onorevoli colleghi, io vorrei riprendere alcuni problemi che sono stati trattati nella relazione del senatore Perrino, riguardanti il servizio sanitario nazionale e l'unità sanitaria locale o di base, perchè mi sembra che su questi argomenti occorra quanto meno confrontare il nostro pensiero.

Il collega Perrino nella sua relazione ha posto l'accento sul servizio sanitario nazionale e sull'organizzazione di base di tale servizio riportando la formulazione dell'unità sanitaria locale — quella del professor Buoni, tanto per intenderci — contenuta nel documento che il Ministro della sanità ci ha inviato, evitando di citare l'altro documento, quello della Commissione nominata a suo tempo dal Ministro, che pure è richiamato nel Notiziario dell'Amministrazione sanitaria.

Ora, a mio avviso, bisogna mettersi d'accordo su come vogliamo risolvere questo problema. Perchè, ad esempio, il documento redatto dalla Commissione . . .

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Sono contributi alla soluzione del problema. Credo che nè il Ministro nè la Commissione siano vincolati ai documenti di una Commissione consultiva. Sono solo oggetto di discussione, ma non sono delle interpretazioni autentiche così come sono portate nella rivista.

O R L A N D I . Lei comprende che pure essendo questi dei contributi — e sono contributi validi, dobbiamo riconoscerlo —, in alcune parti contrastano gli uni con gli altri. Quando poi di questi contributi se ne cita solo una parte, è evidente che chi la cita ritiene che quella parte corrisponda al suo pensiero. Ora, poichè la parte citata dal senatore Perrino corrisponde ad una visione diversa dei compiti delle unità sanitarie locali, è evidente che a questo punto occorre per lo meno confrontare le idee che si hanno. A me sembra, per esempio, che il prendere come modello l'impostazione data dal dottor Bruni alle unità sanitarie locali . . .

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Preferirei che ella passasse a darci la sua interpretazione del modello Bruni e del modello Seppilli.

P E R R I N O , *relatore.* Nella mia relazione ho detto semplicemente che c'è una relazione Seppilli e una relazione Bruni. Non ho detto altro. Qui si raccolgono tutte le idee espresse da qualunque parte.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* C'è stata una Commissione che ha espresso un parere. All'interno di questa Commissione, alcuni membri si sono espressi, per certi aspetti, in maniera diversa. A me interesserebbe conoscere, in questo dibattito, anzichè l'interpretazione del punto di vista Bruni e del punto di vista Seppilli, la critica che il senatore Orlandi intende formulare del modello Bruni e del modello Seppilli.

O R L A N D I . È da sottolineare che, quando una Commissione, nominata dal Ministro, lavora collegialmente su un determinato problema e arriva ad un documento conclusivo, quello che deve valere è certamente questo documento e non quello che possono avere redatto alcuni membri delle Commissioni riunitisi in un secondo momento. Nella presentazione, infatti, è detto che il dottor Bruni, al termine dei lavori della Commissione, ha redatto un documento . . .

P E R R I N O , *relatore.* Siamo nella fase informativa.

O R L A N D I . Sì, ma la fase informativa ha una grande importanza. Capisco che non ha valore di legge, però è evidente che una lettera del Ministro con la quale si presentano due documenti fa pensare che i pareri non sono concordi e, poichè si mettono a confronto i due documenti, è altresì evidente che una parte sostiene un pensiero e una parte l'altro. Si poteva indicare il secondo documento solo come contributo, senza premettere alcuna presentazione.

È da considerare anche che quando un Ministro presenta due documenti, significa che non condivide neppure il lavoro della Commissione, in quanto pone i due modelli sullo stesso piano.

Ora, sono stati posti alla nostra attenzione due modelli che si differenziano notevolmente e proprio sulle funzioni dell'unità sanitaria locale.

Io sono contrario alla visione dell'unità sanitaria locale come organismo dedicato in primo luogo alla prevenzione: esso deve avere anche compiti curativi e riabilitativi.

P E R R I N O , *relatore*. E che cosa ne facciamo degli ospedali?

O R L A N D I . Non solo vedo una unità sanitaria di base di questo tipo, con queste funzioni, ma sostengo che ad essa devono essere collegati gli ospedali. In sostanza, un cittadino di un certo comprensorio, facente capo ad una unità sanitaria locale, deve essere preso in consegna dal medico generico e deve essere catalogato con la sua scheda sulla quale si può seguire il suo stato di salute, perchè di lì devono poi prendere le mosse le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione.

Naturalmente l'unità sanitaria di base può avere i poliambulatori, ma non può avere tutte le specializzazioni che ha un'ospedale. Quindi essa deve appoggiarsi all'ospedale di zona o all'ospedale provinciale o regionale e a quello specialistico. È di lì che parte il filone per finire nelle grandi divisioni specialistiche, se c'è bisogno di un intervento specialistico. Se noi non vediamo l'unità sanitaria di base in questo quadro, imposteremo un'assistenza sanitaria nazionale che poi non reggerà; lasceremmo cioè sussistere tutte le altre strutture e non daremmo all'unità sanitaria di base tutto quello di cui ha bisogno, per sovvenire alle necessità del cittadino.

In questo senso, a me sembra che l'unità sanitaria di base o locale dovrebbe prendere in considerazione una determinata parte di una città, un villaggio, un comprensorio.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Quando affermo, sulla linea indicata dal Presidente del Consiglio nella replica al dibattito in Senato, che la prima fase è quella preventiva, inquadro questa fase in un disegno globale. Proprio dalla sua parte politica, senatore Orlandi, mi si è detto oggi: noi accettiamo anche l'organizzazione settoriale, purchè inquadrata in un disegno globale.

Ecco dunque che la fase di medicina preventiva è individuata come fase iniziale, ma nel disegno organico del servizio nazionale, l'unità sanitaria locale (la definiremo poi più chiaramente) comprende i tre momenti cui si richiamava la senatrice Minella Molinari e cui si richiamano entrambe le relazioni, sia quella della Commissione sia il documento Bruni.

O R L A N D I . Vi è quindi una differenza sostanziale. Mentre la relazione della Commissione prevede per l'unità sanitaria locale un collegamento diretto con gli ospedali, il documento Bruni non lo prevede Questo documento pone altre questioni, anzi, in proposito parla di libertà di collegamenti e di convenzioni. Io penso che l'unità sanitaria locale debba essere quella che ho descritto poco fa. Comunque, il discorso potrebbe essere meglio approfondito.

Prendo atto di ciò che dice l'onorevole Ministro. Mi rendo conto che sarebbe possibile, prevedendo dei compiti più semplici, realizzare subito delle unità sanitarie localizzate in determinati rioni o zone. Ne prendo atto, perchè questo mi fa comprendere che la volontà del Governo non è di fermarsi qui. Temo però che altri (si sono fatte numerose considerazioni in questo campo) vedano l'unità sanitaria di base limita-

ta soltanto a compiti di prevenzione. E secondo me, seguendo questa strada, noi non andremo verso la realizzazione di un sistema sanitario nazionale.

Voglio portare un esempio. Noi stiamo cercando di costituire un'unità sanitaria locale a Bologna. Abbiamo preso in considerazione un quartiere della città, dove hanno sede i poliambulatori dell'azienda tramviaria municipale, con un certo numero di abitanti, scuole, eccetera. Stiamo già trattando il problema con il comune, con il consiglio di quartiere e con l'amministrazione degli ospedali per le convenzioni, per quanto occorre fare circa gli interventi specialistici, eccetera. Vedremo come funzionerà in pratica questa unità sanitaria. E pensiamo che in questo modo sbloccheremo un po' la situazione. Vedremo gli ostacoli che incontreremo e le misure che dovremo adottare per superarli; l'esperienza ci servirà certamente per vedere di estendere l'iniziativa al di fuori della città o in altri quartieri della città stessa.

A noi sembra che in questo modo si possa dare un contributo concreto. Il lavoro è già a buon punto. Per tutte le famiglie di coloro che lavorano presso l'azienda tranviaria abbiamo già una classificazione, una scheda sanitaria. Dobbiamo fare la stessa cosa per le rimanenti famiglie che vivono nel rione. Avremo così un nucleo sanitario attorno al quale tutti gli abitanti del quartiere faranno capo.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Prendo atto di quanto lei dice. Esperimenti del genere li ho sollecitati ad altre amministrazioni locali. Per esempio l'Amministrazione comunale di Roma si è dichiarata disposta a realizzare, attraverso l'Assessorato all'igiene, un esperimento analogo in due quartieri situati in diversi punti della città. Anche in Lombardia saranno realizzati esperimenti di questo tipo, mentre il Ministero vorrebbe compierli direttamente in zone dove occorrono interventi massicci di medicina sociale, per esempio nella Campania.

O R L A N D I . Mi compiaccio che il Ministero voglia agire in questo senso. Penso però che, a tal proposito, sia opportuno scambiarci delle idee sulle esperienze che si fanno; sarebbe anche interessante che il Ministero stesso vedesse come gli esperimenti vengono compiuti, quali sono le difficoltà che si incontrano e come vengono risolti i vari problemi. Solo in questo modo riusciremo ad ottenere una struttura sanitaria di base nel nostro Paese.

Un'altra questione sulla quale mi vorrei soffermare è quella della riforma ospedaliera. Sappiamo che si è fatto qualche progresso a questo riguardo; sappiamo che l'attuale Ministro e il suo predecessore hanno mandato avanti i decreti, hanno sollecitato la costituzione dei comitati per la programmazione. Mi auguro che, nei brevi termini di tempo necessari, si possa avere un programma da parte dei comitati regionali per passare, poi, anche alla classificazione degli enti ospedalieri. La mia preoccupazione è che mano a mano che procede l'attuazione della riforma ospedaliera si incontrano difficoltà di vario genere: la prima grossa difficoltà, a mio parere, è proprio quella che riguarda la struttura interna degli ospedali; esiste infatti il grosso problema dell'aumento del personale, che comporta un aumento di spese per l'ospedale stesso. È necessario pertanto avere una visione esatta per cogliere i bisogni nuovi che sorgono con la ristrutturazione. Con le rette odierne, ad esempio l'immissione di personale nuovo rappresenta già un primo ostacolo.

L'altro ostacolo è che gli Istituti mutualistici non pagano gli ospedali. L'ospedale di Bologna ha un credito di oltre 5 miliardi e mezzo; un credito di questo tipo, che si trascina da anni, costringe una amministrazione ospedaliera a contrarre prestiti e pagare gli interessi.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Con questa cifra si copre quasi la quota di ammortamento per un nuovo ospedale.

O R L A N D I . Effettivamente potremmo costruire un nuovo ospedale, grande quasi come quello esistente. Prendiamo atto delle due alternative poste dal senatore Perrino: o il superamento delle mutue o un al-

tro tipo di pagamento. Lei, signor Ministro, ha detto anche che le mutue non sono più in grado di reggere a questa situazione. Ma le mutue esistono ancora; i dati che lei, signor Ministro, ha fornito l'altro giorno, e quelli che si reperiscono un po' dovunque, rivelano un nuovo aumento del *deficit* dell'INAM fino a 445 miliardi per il 1968-69; l'ENPAS con il 1° febbraio, si dice, o 1° di aprile, cessa l'assistenza se non si risolverà la situazione debitoria; gli altri Enti, come si può ben immaginare, non si trovano in migliori condizioni. La stessa riforma ospedaliera troverà un ostacolo insormontabile alla sua realizzazione, se non riusciamo a trovare una strada intermedia che permetta di svuotare gradualmente gli Enti mutualistici. Non possiamo pensare che, anche con, tutta la buona volontà, il Governo possa trovare i fondi necessari a coprire il nuovo *deficit*. Non dimenticando, poi, che i primi 476 miliardi stanziati, da versare in tre rate — l'ultima rata dovrebbe essere versata in questo periodo per la copertura del *deficit* fino al 1967 — non sono arrivati tutti agli ospedali; e vorrei anzi chiedere dove sono andati a finire.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Il disavanzo non è solo verso gli ospedali.

O R L A N D I . Però era stato detto a tutte lettere che quei fondi servivano a colmare il *deficit* delle mutue, e vi fu anche una polemica perchè da parte nostra si propose al Ministero di pagare direttamente con il primo stanziamento del fondo le Amministrazioni ospedaliere. Ci si rispose che i fondi non c'erano e che si sarebbero fatte delle obbligazioni. Ad un certo momento i fondi furono reperiti, però sono andati alle mutue, non sono arrivati agli ospedali. Eppure tutti sanno come stanno le cose, basterebbe ricordare vari fatti di cronaca anche recenti: ieri una bambina non è stata accettata da un ospedale ed è morta; vi sono malati sistemati in cameroni da 30-40 letti, l'assistenza è inadeguata e solo chi ha un po' di denaro o conosce qualcuno viene curato, gli altri sono curati malamente. In altre parole, nei nostri ospedali i poveri sono ancora poveri. Tutto questo accade nonostante la buona volontà delle amministrazioni ospedaliere.

Allora, cosa si deve fare? Il nuovo debito dovrà essere pur pagato in qualche modo, le mutue non possono dichiarare fallimento, il Governo dovrà dunque fissare ancora un nuovo sussidio o stanziamento; vogliamo cominciare a pensare se questo stanziamento deve andare al Ministero della sanità?

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Quanto lei dice era da intuirsi, ma urtiamo contro le strutture interne del Ministero che non possono sopportare la gestione di un fondo simile.

O R L A N D I . Allora, secondo me, la cosa più saggia sarebbe cominciare a costituire il Fondo ospedaliero. All'articolo 33 della legge sono previsti 15 miliardi, di cui soltanto 5, per il fondo ospedaliero. Avrei qui alcune perplessità, perchè non mi spiego per quale motivo nell'articolo 33 della legge di riforma ospedaliera non si faccia menzione degli ospedali psichaitrici. La voce « Fondo nazionale ospedaliero » riguarda solo gli ospedali in generale; perchè allora abbiamo inserito qui anche gli ospedali psichiatrici? È il bilancio ordinario che deve riportare questa voce, non confondiamo le cose!

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Abbiamo un altro capitolo di bilancio che riguarda il problema degli ospedali psichiatrici.

Comunque, non possiamo più distinguere tra ospedali generali e ospedali psichiatrici: abbiamo detto che il manicomio lo consideriamo come ospedale, anzi come ospedale aperto.

O R L A N D I . D'accordo, ma si deve tenere conto della legge che è stata approvata e che dovrebbe essere già operante.

Io chiedo che il Fondo nazionale ospedaliero venga indicato qui come stanziamento, così come stabilisce la legge

Forse si è pensato che, poichè non si potevano spendere i 10 miliardi nè del 1967 nè del 1968, in quanto la riforma ospedalie-

ra non è ancora avvenuta non essendoci le leggi delegate, l'unico sistema per poter ugualmente usufruire di questi soldi fosse quello di fare capo ad una legge già operante.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità* Non è così perchè con la legge approvata alla Camera dei deputati, non solo recuperiamo gli stanziamenti, ma . .

O R L A N D I . Comunque è bene che il Fondo nazionale venga bene specificato, perchè su di esso vorremmo fare convergere anche altre somme.

L'altra questione, collegata al problema del Fondo ospedaliero, riguarda la riforma ospedaliera.

L'attuazione di tale riforma incontra notevoli ostacoli, in quanto gli ospedali si trovano con le rette bloccate, mentre prosegue la situazione debitoria degli istituti mutualistici. Occorre, pertanto, a mio avviso, trovare una soluzione intermedia per vedere di riuscire a risolvere questo problema. Una soluzione potrebbe essere quella di cominciare a sottrarre alle mutue l'assistenza ospedaliera e affidarla agli Enti locali o meglio ancora al Ministero della sanità. I Comuni, come lei sa, signor Ministro, hanno già questo compito per i ricoveri di urgenza e per quei ricoveri che ritengono opportuni (malattie infettive, eccetera).

P E R R I N O , *relatore*. È uno scardinamento della legge!

O R L A N D I . Il Ministero della sanità potrebbe passare il denaro al Comune per il pagamento delle rette ospedaliere. In questo modo l'Ente locale, che è poi collegato alla unità sanitaria locale, comincia a svolgere la sua funzione. Credo che questa mia idea non sia poi molto al di fuori della realtà.

Forse non tutto è chiaro, ma ancora mi sono permesso, di aprire un discorso e di confrontare le mie idee con quelle degli altri per vedere se riusciamo a trovare una soluzione e se questa può essere la strada attraverso la quale si può dare inizio al processo di trasferimento di un servizio dalle mutue alle unità sanitarie locali, collegate con gli enti ospedalieri e, quindi, cominciare ad attuare sotto questo aspetto la riforma.

L'altra questione che vorrei porre, sempre in relazione alla riforma dell'assistenza mutualistica, è quella delle spese per i medicinali. L'argomento è stato oggetto di ampie discussioni in questa sede e ne abbiamo parlato anche in altre occasioni. Non vi è dubbio che le spese per i medicinali cominciano a diventare insostenibili, non dico per gli enti mutualistici ma per la collettività, che è quella che paga. E non credo nemmeno che si possa pensare che l'unica soluzione sia quella di far partecipare i cittadini mutuati al pagamento di queste spese, perchè secondo me sarebbe solo un palliativo. Rimane, infatti, il problema centrale, che è quello del costo di produzione dei medicinali, dei grandi complessi monopolistici che operano in questo settore, che hanno una infinità di specialità e le rinnovano continuamente anche dal punto di vista della semplice confezione.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Stiamo intervenendo in questo campo.

O R L A N D I . I dati che abbiamo sono veramente preoccupanti e credo che il problema debba attirare la nostra attenzione proprio per potere andare avanti sulla via della riforma. Come dicevo prima, non penso che la partecipazione dei mutuati possa risolvere la questione. La soluzione di fondo è quella di assoggettare i prodotti farmaceutici al controllo pubblico; bisogna fare in modo che una parte almeno dei medicinali di largo consumo sia sottratta ai grandi complessi monopolistici. E anche qui, ritengo che non sia difficile trovare una strada intermedia.

Non dico, infatti, che bisogna nazionalizzare questo settore. Il problema è più vasto di quanto pensiamo. Noi sappiamo, ad esempio, che la Farmitalia è controllata, in fondo, dalla Montedison che è a partecipazione azionaria pubblica. Ciò significa che il capitale pubblico (le partecipazioni statali) esercita già una parte di controllo sulla Far-

mitalia. Ora, perchè non si potrebbe fare in modo che una parte dei medicinali di base venga prodotto dalla Farmitalia? Una soluzione del genere non si potrebbe chiamare nazionalizzazione, ma sarebbe certamente un modo per cominciare a sottrarre all'industria privata una parte dei medicinali che servono alla popolazione e, quindi, a controllarne il costo di produzione, riuscendo a risparmiare molto più del 30 per cento.

Un'ultima considerazione desidero fare a proposito dell'osservazione della Corte dei conti su una voce del bilancio del Ministero della sanità che indica uno stanziamento di 50 mila lire là dove si spendono più di 8 milioni. Ora, se questa osservazione è stata fatta sul bilancio del 1966-67, sarebbe stato bene, a mio avviso, che fosse già apparsa la rettifica.

Avrei altre cose da dire, ma data l'ora tarda vi rinuncio.

P R E S I D E N T E . Ringrazio gli onorevoli colleghi. Data l'ora tarda, se non si fanno osservazioni, il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

(*Così rimane stabilito*).

La seduta termina alle ore 19,30.

SEDUTA DI GIOVEDI' 6 FEBBRAIO 1969

Presidenza del Vice Presidente ALBANESE

La seduta ha inizio alle ore 9,50.

Sono presenti i senatori: Albanese, Arcudi, Argiroffi, Colella, Dal Canton Maria Pia, De Falco, De Leoni, Del Pace, Ferroni, Guanti, Lombari, Menchinelli, Minella Molinari Angiola, Montini, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino, Pinto, Zelioli Lanzini.

Intervengono il ministro della sanità Ripamonti e il sottosegretario di Stato allo stesso Dicastero Zonca.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1969

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

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1969 - Stato di previzione della spesa del Ministero della sanità ».

O S S I C I N I . Chiedo scusa anzitutto per la mia assenza al dibattito di ieri, assenza peraltro dovuta a ragioni di forza maggiore. Ho provveduto comunque a trasmettere il mio ordine del giorno, che illustrerò rapidamente.

Un primo rilievo, di carattere generico, si rende necessario per quanto concerne il modo di condurre la discussione. Posso comprendere che vi siano esigenze politiche e organizzative, che spingono a fare presto, ciò non di meno resta il fatto che il nostro stile di lavoro è a dir poco incredibile, come giustamente faceva ieri rilevare anche il Ministro.

Nei miei ordini del giorno vengono affrontati dei problemi, ai quali difficilmente il Ministro potrebbe rispondere senza consultarsi e senza una indagine approfondita, poichè investono fatti economici e politici che non possono essere risolti nello spazio di una nottata.

Fatta questa premessa, debbo farne una ulteriore. Nei miei ordini del giorno si parla di un radicale mutamento di atteggiamento del Governo di fronte a taluni problemi. Il riferimento è fatto in modo improprio, probabilmente, nel senso che mi riferisco più ad un passato prossimo e remoto che al presente, ma ciò si è reso necessario in quanto non ho alcun elemento di giudizio su quello che è l'orientamento del Governo attuale; non ho la più pallida idea, cioè, se il Governo attuale intenda seguire in tutto o in parte la linea adottata dai Governi precedenti.

Ciò premesso, passo a illustrare i miei ordini del giorno.

Il primo punto del mio intervento riguarda l'assistenza psichiatrica infantile e affronta un gravissimo problema, che da moltissimi anni non trova soluzione. La psichiatria e la psicologia clinica moderne hanno dimostrato in modo concreto che i disturbi psichici, i disadattamenti infantili, sono legati a situazioni socio-economiche familiari e ambientali determinanti, e che in quelle strutture vanno curati. La psicologia e la psichiatria moderne dimostrano che ogni terapia che tenda a istituzionalizzare è alienante, ossia crea dei disturbi più gravi di quelli che già si registrano, in quanto in pratica gran parte dei disadattamenti dei bambini sono di origine ansiosa, legati a situazioni drammatizzate (uso questo termine in senso psicologico) nella primissima infanzia. Per cui la politica terapeutica, lo orientamento scientifico di tutta la psicologia clinica moderna, son quelli di una prevenzione precocissima di tali disturbi, attraverso una consultazione medico-pedagogica estremamente puntuale e precisa, con interventi adattativi e terapeutici *in loco* e l'istituzione di centri medico-psicopedagogici di tipo aperto, ambulatoriale. È evidente che tali strutture devono essere di quartiere, di zona, di paese, non possono cioè essere centralizzate. La scienza moderna è infatti orientata verso una prevenzione e una terapia infantili a livello zonale, periferico, ambulatoriale.

Ciò nonostante, nei bilanci della sanità e in quelli delle strutture assistenziali delle provincie e dei comuni vediamo talvolta stanziate cifre considerevolissime (è il caso anche di Roma) per la costruzione di strutture atte al ricovero dei bambini. È spaventoso constatare come una percentuale altissima di bambini con disturbi psichici venga ricoverata, interrompendo così, o rendendo impossibile, l'intervento terapeutico valido, che deve essere collegato alla famiglia. E ciò avviene mentre i centri medico-psicopedagogici versano in condizioni economiche drammatiche. In alcune provincie ricche alcuni di tali centri funzionano, ma nel Sud (parlo per esperienza diretta, avendovi lavorato per molti anni) essi sono in pratica non funzionanti.

Io dico allora che occorre invertire un certo tipo di orientamento politico, che occorre cioè realizzare il finanziamento di queste strutture ambulatoriali, e non di grossi quanto inutili « carrozzoni » per il ricovero. L'università dovrebbe bastare spesso in questo senso. La clinica neuropsichiatrica infantile di Roma è dotata di una struttura per il ricovero dei soggetti che debbono essere veramente ricoverati e non trattati ambulatorialmente. Strutture di questo tipo si possono collegare alle università. Non dobbiamo dare però alle provincie la possibilità di spendere centinaia di milioni per il ricovero di bambini che vengono distratti alle famiglie.

Ritorna a questo punto l'annoso problema della confusione tra assistenza e terapia; problema che è molto complesso, ma che occorre chiarire. La terapia scientifica va fatta in sede clinica e raramente con ricovero; ma una larga opera di prevenzione va scientificamente svolta e coinvolge il servizio sociale. Questo lavoro di *équipe*, che è la base fondamentale della terapia moderna, è determinante per una rivoluzione nell'assistenza dei bambini, rivoluzione che tutto il mondo sta facendo (e non capisco perchè dovrebbe vedere alla retroguardia proprio noi, che in fondo l'abbiamo inaugurata quaranta-cinquant'anni fa!).

Ripeto: la mia è una esperienza di molti e molti anni. L'aumento dei disturbi psichici nei bambini è spaventoso (ho delle casistiche che riguardano migliaia di soggetti) e ne riscontreremo gli effetti a lunga scadenza. Dobbiamo dare all'assistenza e alla terapia dei bambini un orientamento che sia veramente in linea con la scienza moderna e che non segua le vecchie istituzionalizzazioni, perchè istituzionalizzare significa quasi sempre alienare: e questo non dobbiamo farlo mai!

Un altro problema su cui intendo richiamare l'attenzione della Commissione è quello concernente la nuova impostazione della assistenza psichiatrica generale.

Vi è già una legge stralcio, c'è già tutta una impostazione legislativa in proposito. Però, la mia impostazione, scientificamente documentata, che spesso è in contrasto con

quella, non è nuova. Noi stiamo, con coraggio, tentando di riformare delle vecchie leggi, ma il problema fondamentale è quello della impostazione radicalmente nuova del concetto di malattia mentale, dal quale deve poi discendere una nuova normativa.

Negli ultimi anni, la prospettiva della terapia è radicalmente mutata. La letteratura scientifica anglosassone, sovietica, di moltissimi Paesi civili, e ormai piena di queste cose. La psicologia analitica ha rivoluzionato il concetto di malattia mentale e della sua genesi. In Italia ci sono stati alcuni convegni che sono stati alla avanguardia di questa nuova problematica, ma la sostanza è simile a quella del mio precedente intervento: la azione terapeutica deve essere prevalentemente fatta a livello ambulatoriale; quando è condotta a livello istituzionalizzativo deve essere fatta attraverso piccole comunità terapeutiche. Quindi, tutta la politica economica e strutturale delle provincie va revisionata e anche la legge deve essere rivista alla luce di questi concetti, cioè di una modifica radicale avvenuta nella psichiatria moderna, la quale ha avuto una evoluzione profondissima negli ultimi anni con i centri di igiene mentale, con le organizzazioni aperte per la terapia ambulatoriale.

Potrei parlare su questo dei giorni (in Aula dedicheremo più tempo a questo tema), ma debbo essere fedele alla promessa di essere breve.

Ovviamente c'è una prospettiva del tutto nuova che non è possibile modificare con dei semplici accorgimenti. Un limite rigido tra malato di mente e sano oggi non c'è più (è abbastanza vero che i confini sono plastici), non solo perchè abbiamo riformato il concetto di malattia mentale, ma perchè oggi la presenza di disturbi psichici di carattere temporaneo è più facilmente diagnosticabile ed analizzabile, e questo sposta i confini dell'azione psichiatrica, a parte il fatto che non siamo più nelle vecchie problematiche della alienazione, del difenderci dai malati di mente anzichè difenderli. Queste sono vecchie concezioni ormai superate: non c'è più psichiatria che non creda nella possibilità di cura del paziente.

Ogni struttura alienante è distruttiva del rapporto transferale tra paziente e terapista, che e rapporto singolare. Perciò ad esempio la terapia occasionale da *schok* è interruttiva di alcuni disturbi, non contribuisce al recupero del paziente, anzi spesso incide negativamente sulla struttura dell'io, facendone cadere alcune difese. L'organismo tende a delle difese automatiche e spesso sono anche sintomi patologici a difenderci e noi, facendo la lotta contro i sintomi, distruggiamo delle difese e facilitiamo delle regressioni.

Perciò la struttura psichiatrica e alienante non può essere modificata con degli accorgimenti, ma deve essere radicalmente rinnovata e « aperta » non soltanto nel senso ovvio della parola, che poi è già stato chiarito e non è più problema legislativo, ma aperta nel senso che deve essere prevalentemente ambulatoriale o in esternato, talvolta in internato diurno, raramente in internato totale; e in questo caso in comunità terapeutiche, con struttura abbastanza autonoma e di tipo comunitario. Fuori di questo non c'è che un carcere psichiatrico per la difesa contro il malato di mente. Quello che oggi si deve fare richiede anche una strutturazione economica differente, perchè nessuna provincia avrà mai i mezzi per fare questo. Fra l'altro, l'organizzazione regionale verrà incontro alla provincia, perchè l'organizzazione provinciale non potrà risolvere queste cose: ha sempre i bilanci in *deficit*.

È un mutamento radicale di prospettiva che in questa legislatura dovremmo, veramente con coscienza, impostare, per non restare alla retroguardia di tutto il mondo in queste cose, quando dal punto di vista scientifico l'Italia non è certamente alla retroguardia e per quanto riguarda la psicologia, sia per i bambini che per gli adulti, ha dato notevoli contributi.

Il mio non vuole essere soltanto un intervento polemico, ma in sostanza lo è, per il fatto oggettivo che io psichiatra mi trovo a lavorare in Italia, oggi, con strumenti organizzativi e in situazioni veramente allucinanti e questo non può seguitare. Noi portiamo, di fronte ai nostri figli, delle respon-

sabilità gravissime, specie per quello che riguarda il domani dei bambini e anche degli adulti che possono essere recuperati. Tra l'altro, in termini economici, è dimensionabile con chiarezza il danno di una tale situazione che aumenta in misura geometrica. Siamo, pertanto, gravemente responsabilizzati e in occasione del bilancio, come in altra occasione, sarò sempre pronto a sollevare questi problemi, con l'angoscia che è legata ad un senso di colpa che io ho, per lo meno come cittadino. Questa non è certo l'ultima delle ragioni per cui mi trovo qui tra voi.

P E R R I N O , *relatore*. Sono intervenuti sulla mia relazione quindici colleghi. Per quanto io ricordi — sono appena alla seconda legislatura —, questa è la prima volta che si svolge una discussione così ampia e serrata. Ciò fa ritenere che l'obiettivo che si proponeva la relazione, come peraltro è detto chiaramente in essa, quello cioè di suscitare un ampio dibattito, è stato pienamente raggiunto.

Naturalmente non ho fatto — nè potevo farla — una relazione che fosse una specie di enciclopedia: ho dovuto svolgere una relazione di sintesi cercando di attenermi strettamente ai problemi specificamente afferenti al settore della sanità. Ci sono poi, indubbiamente, altri settori marginali che hanno riflessi con la sanità, ma deliberatamente mi sono astenuto dal trattarli. Tuttavia, in una discussione come quella che si è svolta qui, è fatale che si debordi dal tracciato indicato dalla relazione e si parli anche di problemi non strettamente afferenti al settore sanitario. Ciò non deve costituire motivo, però, di rilievo nei confronti del relatore il quale avrebbe trascurato qualche determinato settore.

Quando, per esempio, si è parlato del problema dell'assistenza agli anziani (evidentemente ci riferiamo agli anziani sani), si è trattato di un problema che è marginale alla Sanità e di competenza di altro Dicastero, più specificamente della Direzione generale dell'assistenza pubblica del Ministero dello interno.

Ringrazio, quindi, tutti coloro che sono intervenuti; ringrazio coloro che hanno espresso il loro apprezzamento alla mia relazione; ringrazio, con lo stesso calore, i colleghi che hanno mosso delle critiche. Evidentemente da questo contrasto emerge l'armonia che sarà alla base del parere che daremo al termine di questa seduta.

Ora, desidero subito dire che non mi pare fondata l'osservazione che è stata rivolta e cioè che questo bilancio ricalca pedissequamente il tracciato dei vecchi bilanci e che non dice niente di nuovo. Questo bilancio, a mio avviso, indica un fervore di attività che va visto e inquadrato nel piano quinquennale di sviluppo 1966-70. Indubbiamente tutto quanto è stato realizzato nell'ultimo scorcio della passata legislatura, e quanto stiamo esaminando in questo inizio di legislatura, si riferisce esattamente a quanto è previsto nel Piano. Quindi, esiste una programmazione anche per il Ministero della sanità, dentro la quale ci stiamo muovendo con la necessaria gradualità. Non si può parlare, pertanto, di immobilismo in un Ministero che è giovane, che ha solo dieci anni di vita, che non è ancora uscito da uno stato di incompletezza che certamente sarà superato nei prossimi anni e nei prossimi esercizi. A mia consolazione — ed a soddisfazione della parte politica che rappresento — devo dire che non si può ignorare che siamo nati appena dieci anni fa; siamo nati faticosamente, con il forcipe. Nella passata seduta ho voluto ricordare l'appassionata volontà del senatore Caporali, già Presidente di questa Commissione e di altri pionieri, alla cui tenacia dobbiamo la creazione del Ministero della sanità. Siamo passati gradualmente da appena 20 miliardi del primo stanziamento a 80 e più miliardi nel 1963 e oggi a 163 miliardi. Non c'è dubbio che nei prossimi esercizi il Ministero della sanità dovrà attingere dal Tesoro nuovi stanziamenti per rispondere meglio alle funzioni che è chiamato ad assolvere.

Sarebbe bello e comodo se ad un certo momento potessimo disporre di tutti i mezzi che sono richiesti. La nostra economia è quella che è e noi non possiamo prescindere dalla gradualità necessaria, non possiamo prescindere dai problemi del Paese, che sono tanti. Oggi abbiamo sul tappeto altri pro-

blemi egualmente importanti e ognuno, naturalmente, sostiene la propria tesi.

Detto questo, posso passare ad altri rilievi che sono stati fatti sulla mia relazione.

Il senatore De Falco ha esposto dettagliatamente problemi riguardanti la situazione della città di Taranto. Vorrei dire che quella della medicina del lavoro è una branca medica molto giovane, ancora più giovane del Ministero della sanità, e che la sua organizzazione, attraverso l'istituzione di cattedre universitarie, ha storia recentissima. Oggi in Italia le università dotate di tale disciplina si contano quindi sulle dita di una mano, e gli ospedali aventi un reparto apposito in questo campo sono solo quelli di Alessandria, Genova, e — tra quindici giorni — la mia città, Brindisi. Poi seguirà Bologna.

O R L A N D I . C'è già.

P E R R I N O , *relatore*. Comunque voglio dire che si tratta di una branca della medicina che si va affermando, e che è sorta proprio nella prospettiva di tenere nel dovuto conto il problema delle malattie professionali, le quali si connettono soprattutto alle zone a grande sviluppo industriale.

Così un'altra branca giovane della medicina è costituita dalla geriatria, la medicina degli anziani, sorta sette od otto anni fa e che è anch'essa presente in poche università ed in pochi ospedali.

Pertanto l'orizzonte ospedaliero si va praticamente ampliando verso settori che finora erano assolutamente sconosciuti; ed io l'ho affermato anche nella mia relazione, là dove, sostenendo che il problema dei problemi è quello dell'organizzazione ospedaliera, mi riferivo esattamente alle possibilità sempre nuove che si presentano per l'attività medica. Ho sempre sostenuto — non perchè sono ospedaliero operante, sia in campo nazionale che in campo provinciale da oltre venti anni — che l'ospedale va considerato, a tutti gli effetti, come il vero centro della salute; e finalmente abbiamo ottenuto, con una legge dall'*iter* alquanto tormentato, di passare dalla funzione manovalante a quella pentavalente, dall'ospedale che si occupava solo di medicina curativa o ippocratica siamo passati alla funzione di medicina preventiva, medicina curativa, medicina riabilitativa, funzione didattica e funzione educativa (e quindi educazione sanitaria), e tale complesso di attività dovrà essere sempre più sviluppato.

Ecco perchè i problemi che sono stati sollevati — e mi riferisco solo a quelli che ho citati — si inquadrano perfettamente nella organizzazione *in fieri* degli ospedali, sulla quale dovrò comunque tornare.

Il senatore De Leoni, con l'esperienza che tutti gli riconosciamo, ha parlato dell'ONMI, spezzando una lancia per quanto riguarda la Rocca delle Caminate, « imprudentemente acquistata » dall'Opera. Io non vorrei ripetere cose già dette, ma desidero solo ricordare — per essere stato in un certo senso corresponsabile della decisione relativa allo acquisto suddetto — che questo non fu il solo, perchè contemporaneamente fu acquistato un altro stabile in provincia di Brindisi. Ad un certo punto, infatti, l'ONMI ritenne opportuno uscire dal vecchio *clichè* della Casa della madre e del bambino, che prevedeva solo consultori pediatrici e materni ed assistenza dei bambini non oltre i tre anni di età, ricordando che, secondo la Carta istitutiva dell'Opera — risalente al 1925 —, ad essa erano affidati compiti ben più vasti, riguardanti i fanciulli ed i giovani fino ai 18 anni. Ci si preoccupò inoltre di estendere l'assistenza anche ai minorati psichici recuperabili, e a tale scopo si volle fare il tentativo di creare due grandi istituti, uno nel Settentrione ed uno nel Meridione, per accogliere appunto i bambini disadattati.

L'acquisto venne compiuto a condizioni estremamente favorevoli. Comunque, in seguito, la dirigenza dell'ONMI è cambiata, sono venute altre idee e l'Opera si è arroccata, come ho detto nella relazione, su posizioni più ristrette.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Anche per ragioni economiche.

P E R R I N O , *relatore* Comunque l'ospedale di Brindisi di cui ho l'onore di essere dirigente ha acquistato recentemente

dall'ONMI uno dei due edifici per farne un istituto per motulesi e neurolesi con scopi quindi affini a quelli originari dell'ONMI.

D E L E O N I . Io non parlavo di Brindisi, essendo l'acquisto relativo successivo a quello della Rocca delle Caminate. Ad ogni modo la Rocca non era idonea.

P E R R I N O , *relatore*. È un giudizio non esatto. Il collega De Leoni ha poi parlato, come del resto altri oratori, del prezzo dei medicinali. Debbo qui affermare — riferendomi alle specialità medicinali, perchè per quanto riguarda i farmaci da banco e le confezioni galeniche il prezzo è fissato da apposito tariffario nazionale, che prevede anche sconti per enti mutualistici, comuni, eccetera — che le specialità medicinali esistenti in Italia hanno prezzi sensibilmente più bassi di quelli esistenti nel MEC; e che per quanto riguarda la fissazione dei prezzi stessi, signor Ministro, esiste una situazione veramente strana in quanto è il Ministero della sanità a stabilirlo secondo determinati criteri...

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Il primo prezzo.

P E R R I N O , *relatore*. ... che possono essere rivisti. Le successive variazioni, in aumento o in diminuzione, vengono effettuate dal CIP. Ora sarebbe opportuno rivedere la materia, stabilendo che sia un solo ente a decidere, e questo non può evidentmente essere che il Ministero della sanità, sia pure attraverso una commissione diversa da quella attuale e perciò più composita.

O R L A N D I . Anche perchè il CIP non ha diminuito quei prezzi che si era impegnato a diminuire.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. La questione è in corso.

P E R R I N O , *relatore*. È imminente la riduzione del prezzo per circa 1.700 specialità medicinali, divise per gruppi in modo da creare uniformità di prezzi per quelle aventi la stessa composizione. Si tratta di un provvedimento che verrà attuato entro un certo lasso di tempo e che rappresenterà certamente un indubbio merito della sanità italiana.

Il collega Manenti si è occupato diffusamente del problema degli anziani. Ho già detto che, in un certo senso, potrebbe essere considerato un problema marginale; tuttavia sono grato al collega per averlo sollevato e mi compiaccio della competenza da lui dimostrata. Debbo solo obiettare che le notizie da lui fornite circa l'ONPI sono lontane dalla realtà, ed ho l'impressione che egli abbia confuso la situazione dell'ONPI medesima con quella di altri istituti che fioriscono in gran numero in Italia: difatti ho potuto documentare che l'ONPI assiste e ricovera esclusivamente pensionati della previdenza sociale.

I dati in mio possesso sono i seguenti: attualmente sono in funzione 26 case di riposo ed altre 3 verranno inaugurate prossimamente, mentre altre 5 sono in costruzione. L'obiettivo è quello di completare lo schieramento di una casa per regione per poi passare successivamente a una per provincia. Ora mi auguro, conoscendo il funzionamento e l'alto livello di assistenza di tali istituti — che, ripeto, non vanno confusi con altri del genere —, che essi possano effettivamente moltiplicarsi; tanto più che l'ONPI trae i suoi finanziamenti da una percentuale sui contributi che si versano all'INPS, e poichè tali contributi crescono ogni anno, esiste la possibilità di programmare la costruzione contemporanea di altre case. Per la retta si prende a base il reddito, che nella quasi totalità dei casi si identifica con la pensione della previdenza sociale: per un reddito da 6.000 a 10.000 lire la trattenuta è del 40 per cento. Successivamente sale gradualmente fino al 60 per cento per redditi mensili superiori alle 26 mila lire. Il resto rimane a disposizione del ricoverato.

Quanto al trattamento è, come dicevo, di prim'ordine. Vi sono sale di ricreazione e assoluta libertà per i ricoverati; e c'è veramente da esserne orgogliosi.

L'auspicio è che se ne possano creare tante e tante. E poichè la Previdenza sociale assiste parecchi milioni di cittadini italiani — e verosimilmente nel futuro ne congloberà la quasi totalità — è da ritenersi che questa sia la giusta via da seguire.

Ciò non significa tuttavia l'esclusione delle iniziative a carattere locale. Domani mi recherò a visitare l'istituto « Celesia », sul lago di Como, costruito con un cospicuo lascito della contessa Celesia: son tutte camere da uno o due letti, tipo grande albergo; il costo è di ottanta-novantamila lire mensili a persona, e ospita generali, alti magistrati e così via. A fianco di simili strutture, esistono ovviamente gli istituti tipo mendicicomio di infausta memoria, fortunatamente destinati a scomparire. Mi piace ricordare in questa sede, per quanti come me sono di estrazione provinciale, che in molte province sono state le amministrazioni provinciali a prendere delle iniziative per il coordinamento e l'assistenza agli anziani, provvedendo a concedere congrui finanziamenti per l'ammodernamento degli istituti che si trovavano nelle peggiori condizioni. Mi pare pertanto che in questo settore si stia facendo abbastanza e che sia veramente ingiusta l'accusa di immobilismo che è stata mossa.

Si è parlato anche dei lungodegenti e dei cronici. È questo un altro merito della legge ospedaliera, in base alla quale è fatto obbligo agli ospedali appartenenti a determinate categorie di tenere distinti reparti per lungodegenti e per cronici. Si tratta di una novità, e molti ospedali si vanno attrezzando in tal senso.

Il senatore Gatto si è soffermato, con la sua competenza e il suo solito calore, sul problema della riforma sanitaria base. Nella mia relazione sono stato abbastanza prudente, in quanto ho solo enunciato delle proposte, senza esprimere giudizi. È un tema che è stato affidato alla riflessione degli uomini di buona volontà, perchè se ne occupino al momento opportuno. È stato detto che esiste una relazione ufficiale. Sì, è vero, però ho voluto precisare che il notiziario dell'Amministrazione sanitaria, oltre a riprodurre a pagina 3 la relazione ufficiale del professor Seppilli, dell'Università di Perugia, pubblica a pagina 23 un documento, nel quale si legge: « Al termine dei lavori della Commissione per la riforma sanitaria di base abbiamo avvertito il dovere di raccogliere il nostro pensiero, ripetutamente manifestatosi durante le sedute del Comitato e dell'Assemblea plenaria ». Ci troviamo quindi nella cosiddetta fase conoscitiva (per usare un termine caro al senatore Gronchi) e in questa fase qualunque notizia che possa pervenirci è estremamente utile Tutto ciò comunque è materia *de jure condendo* e se ne parlerà al momento opportuno.

Mi sia consentita una osservazione. Parleremo di unità sanitaria di base, sì, ma affrontando questo problema non potremo che affermare il concetto della gradualità di certe realizzazioni, che vanno collegate alla riforma della finanza locale. Sarebbe semplicemente assurdo pensare di addossare ai comuni i nuovi oneri derivanti dalla riforma dell'unità sanitaria di base, considerate le condizioni disastrose in cui i comuni versano; e il discorso è tanto più valido per l'Italia meridionale, ove per il 90 per cento i comuni sono in paurosa situazione deficitaria. Ho fatto un calcolo molto semplice: il comune di Brindisi (80 mila abitanti) spende oggi una certa cifra per un determinato numero di unità di personale sanitario ed ausiliario; con la istituzione dell'unità sanitaria locale, secondo le indicazioni date dalla Commissione Seppilli, lo stesso Comune dovrebbe disporre di un numero doppio di unità, con conseguente raddoppio di spesa.

Quel che mi preme quindi affermare in questa sede è il concetto che la riforma dell'unità sanitaria di base — alla quale si dovrà necessariamente arrivare — postula la riforma della finanza locale: altrimenti non faremo che costruire sulle sabbie mobili.

L'onorevole Dal Canton ha posto in evidenza il problema dei tumori: problema grave, questo, che va collegato con la ricerca scientifica e con i fondi ad essa necessari. Nella mia relazione ho accennato alla necessità del potenziamento e del coordinamento dei centri di medicina sociale.

Dalla tabella dell'incidenza della mortalità distribuita per settore si rileva che al primo posto vi sono le malattie da tumori, seguite da quelle cardioreumatiche, e via dicendo. Per ognuno di questi settori il Ministero della sanità ha creato negli ultimi anni una serie di centri, ciascuno dei quali procede per suo conto: è il solito sistema, cioè, della dispersione in tanti rivoli inutili dei pochi mezzi che abbiamo a disposizione. Mi domando se non sia possibile almeno per queste malattie — tubercolosi, malattie mentali, oncologiche e cardioreumatiche — creare un centro di medicina sociale unico, le cui specifiche attività dovrebbero far capo in primo luogo agli ospedali, centro della salute, e in secondo luogo ai dispensari di igiene sociale. Lo strumento adatto lo avremmo in forza della legge sulla tubercolosi. Abbiamo creato in Italia una rete per l'assistenza antitubercolare di altissimo livello, che ha suscitato non poche invidie: si tratta di circa seicento dispensari, quasi tutti costruiti *ex novo,* i quali però vengono utilizzati soltanto per la diagnosi della tubercolosi e le cure ambulatoriali. Perchè dunque non approfittare di questa organizzazione per creare un centro unico di igiene sociale che tenga conto delle succitate malattie, le quali richiamano particolarmente l'attenzione e la fantasia delle nostre popolazioni?

L'onorevole Dal Canton si è occupata anche degli invalidi civili. La legge riguardante questa categoria è stata definita qualificante dal collega Pinto, però, come abbiamo dimostrato, è rimasta inoperante.

Onorevole Ministro, ricordo che era stato presentato in questo ramo del Parlamento un disegno di legge inteso a destinare una parte dei fondi disponibili alle attrezzature dei centri per la riabilitazione degli invalidi civili, motulesi e neurolesi. La Corte dei conti, con una interpretazione rigorosa ha precisato che quegli stanziamenti (3 miliardi e 800 milioni l'anno, e ci sono i residui di tre anni) sono destinati soltanto al pagamento delle rette di degenza e per le protesi e i sussidi sanitari. Ma le rette di degenza non si pagano perchè non esistono gli istituti...

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* C'è, in proposito, un disegno di legge alla Camera.

P E R R I N O , *relatore.* Sì. Si tratta di un disegno di legge di iniziativa governativa che poteva invero essere presentato al Senato per essere esaminato insieme a quello analogo giacente presso questo ramo del Parlamento. Vorrei rivolgere la preghiera di sollecitare una rapida approvazione di quel disegno di legge alla Camera, perchè possa essere al più presto varato anche dal Senato e quindi diventare operante.

Alcuni ospedali stanno cercando di operare anche in questo settore, ma non hanno mezzi sufficienti per approntare tutte le attrezzature necessarie, che sono costose. Piuttosto che lasciare gli stanziamenti inutilizzati, mi pare che sarebbe quanto mai opportuno rendere operante la legge n. 625.

Il senatore Picardo ha parlato dei centri di oftalmologia, sostenendo la tesi che ormai il tracoma è in fase di eliminazione. Effettivamente è così. L'origine del tracoma è ormai chiara. Una *équipe* della scuola del professor Bietti che è stata inviata in Abissinia, dove il tracoma è diffusissimo, è riuscita ad isolarne il virus. Non si è potuto però ancora commercializzarlo, per varie ragioni di carattere tecnico. Tuttavia, con le migliorate condizioni igienico-sanitarie ed alimentari e l'impiego di antibiotici i casi di tracoma sono in diminuzione. Ci sono, comunque, malattie oftalmologiche egualmente importanti e diffuse Si dovrebbe cercare, quindi, di sostituire gli enti antitracomatosi con centri oftalmologici, associati o specializzati, in modo da rispondere meglio alle attuali esigenze.

Il senatore Pinto ha lamentato il ritardo con cui si è introdotta in Italia la vaccinazione obbligatoria contro la poliomielite. Nella passata legislatura abbiamo parlato a lungo dell'argomento e abbiamo anche espresso critiche severe.

Ora voglio ricordare che in Italia, il Paese dove si discute molto, gli studiosi della materia sono stati molto divisi sull'uso dei due tipi di vaccino, quello ucciso e quello vivo, del Sabin. Ancora oggi essi non sono

d'accordo. Discussioni dotte ed importanti si sono svolte negli anni passati in seno al Consiglio superiore di sanità; e ricordo di aver sentito illustrissimi igienisti dire che non avrebbero mai vaccinato i loro bambini con un vaccino vivo della poliomielite. Il Ministero, di fronte a questa discordanza di pareri, è rimasto per un certo tempo perplesso; ma poi, con un atto di coraggio, ha introdotto la vaccinazione obbligatoria, con un vaccino vivo (Sebin), che sta dando i suoi frutti, perchè siamo scesi dai 3.500 casi di poliomielite di alcuni anni fa ad 87 nel 1968, riferiti probabilmente a bambini che sono sfuggiti alla vaccinazione o che non l'hanno completata.

Per quanto concerne il fondo ospedaliero, ricordo che c'è un disegno di legge di iniziativa parlamentare, che raccomando particolarmente all'attenzione del Ministro, per consentire che una parte del Fondo, entro certi limiti, sia destinato all'istruzione professionale sanitaria.

A proposito dell'istruzione professionale — un problema di grande attualità sul quale si è intrattenuto diffusamente il senatore Pauselli — vorrei fare osservare che non c'è bisogno di un apposito provvedimento per creare l'Istituto professionale di Stato per l'assistenza sanitaria propedeutico per l'accesso ai corsi infermieristici o tecnici, in quanto esiste una legge che risale al 21 settembre 1938, la quale, all'articolo 9, dà facoltà al Ministero della pubblica istruzione di creare istituti di istruzione tecnica a carattere speciale. Ora, è accaduto che il Ministero della pubblica istruzione ha creato corsi di istruzione tecnica in numero tale da determinare una inflazione, tanto che molti corsi sono stati soppressi. Invece nel settore sanitario, dove ci sono larghe possibilità di occupazione, manca il personale qualificato. Ho calcolato che, aumentando la disponibilità dei posti-letto e perfezionandosi le attrezzature degli ospedali, ci sarà bisogno di parecchie decine di migliaia di unità qualificate.

Quanto all'intevento pregevole del collega Argiroffi, vorrei ricordare che abbiamo ereditato molti problemi dal passato; ma non credo si possa pretendere (anche se siamo in un clima cosiddetto di contestazione) di risolvere tutto col classico colpo di bacchetta magica!

Nella passata legislatura è stata varata una legge-stralcio sull'assistenza psichiatrica. Che sia stata valida o no, c'è comunque l'impegno di riprendere l'argomento per giungere ad una legge organica e definitiva La situazione di molti ospedali psichiatrici è quella che è, ma non dimentichiamo che c'è stata un'evoluzione rapida e violenta dell'assistenza psichiatrica; la medicina ha compiuto molti progressi in questo campo. La camicia di forza è ormai scomparsa da anni; si va verso nuovi sistemi di cura.

D'altra parte io associo questo problema a quello che tenne viva l'attenzione dell'opinione pubblica italiana e del mondo a cavallo del secolo, quando dominavano le teorie del Lombroso, del Garofalo, del Ferri sull'antropologia criminale, quando si riteneva cioè che il delinquente fosse irrecuperabile, e come tale un individuo da emarginare dalla società. Questo concetto si riferiva, naturalmente, anche ai figli dei carcerati, che venivano considerati reietti e da tenere al bando. Concetti superati dalla forza di redenzione dell'amore cristiano.

Per quanto riguarda l'assistenza esterna, così come è stata indicata dal senatore Ossicini, si tratta di un problema che va considerato con molta attenzione, ed in relazione alla creazione di una buona rete di ospedali psichiatrici e di dispensari di igiene mentale. Non dobbiamo dimenticare però che, in base ad un decreto del Ministero dei lavori pubblici del 1965, sono stati concessi fondi per la creazione di ospedali psichiatrici (naturalmente secondo concetti moderni) nelle province che erano prive di questo tipo di istituti. Un istituto del genere l'ha avuto, ad esempio, la provincia di Brindisi per una spesa di due miliardi e mezzo; e l'ha avuto, penso, anche la provincia di Matera. Potrei controllare il piano per essere più preciso. Comunque, l'obiettivo di quella legge era di far sì che in ogni provincia fosse creato un ospedale psichiatrico, anche per favorire il decentramento dalle località dove affluiscono malati di varie province, determinando disfunzioni no-

tevoli. Si sa infatti come sia difficile controllare un ospedale che superi i 700-800 posti-letto.

Io so che nella Puglia c'era un ospedale psichiatrico per le tre province di Brindisi, Lecce e Taranto. Adesso si stanno creando degli ospedali specializzati: per esempio, si è creato un ospedale psichiatrico per lavoratori agricoli, un ospedale psichiatrico per tubercolotici, uno per ritardati mentali irrecuperabili. Anche qui si va verso una specializzazione. Tale criterio non può essere che accolto con soddisfazione.

Quanto alle critiche fatte dal senatore Menchinelli, non posso che ripetere quanto ho detto all'inizio, cioè che stiamo operando nel quadro del capitolo settimo del piano quinquennale di sviluppo.

A proposito del problema dei profitti dell'industria farmaceutica, che è stato sollevato anche da altri colleghi di parte comunista, si ripete la solita proposta della nazionalizzazione dell'industria stessa. È una vecchia tesi, pur rispettabile. Devo ricordare però che l'industria farmaceutica è una industria che fa onore al nostro Paese, che dà luogo ad una produzione scelta, la quale si colloca in quasi tutti i Paesi del mondo, in special modo in quelli dell'America latina, dei Balcani e del vicino medio Oriente.

Voglio ricordare un precedente. Negli anni trenta, per venire incontro alle esigenze degli enti mutualistici — le esigenze erano diverse da quelle di oggi — fu creato il cosiddetto medicamento SAFIM (Società anonima farmaci italiani mutue): erano confezioni speciali che ripetevano la formula di specialità di più largo uso, a costo basso. Dopo pochi anni, poichè i mutuati, diffidenti, ripudiavano queste confezioni, l'INAM fu costretta a rinunciarvi. È un precedente storico che ho voluto ricordare per i passi che in futuro si vorranno fare in questa direzione.

Ringrazio il collega Del Pace per il suo intervento sull'inquinamento atmosferico e delle acque. Certo, l'approvvigionamento idrico è un problema molto attuale, però noi oggi — visto che nel sottosuolo non c'è da attingere acqua più di quanto già se ne attinge — siamo orientati verso una politica di creazione di invasi per utilizzare le acque di scorrimento che defluiscono verso il mare.

Nell'Italia meridionale sono stati creati una serie di invasi destinati a soddisfare le esigenze della Puglia sitibonda, sia dal punto di vista alimentare, agricolo-irriguo che industriale. Il triangolo industriale Bari-Brindisi-Taranto subisce una battuta di arresto proprio per la carenza delle acque. Non c'è sufficiente disponibilità di acque e le industrie non si insediano. Per questo motivo si sta lavorando alacremente per creare questa serie di invasi che, opportunamente canalizzati, devono fornire l'acqua necessaria.

Il senatore Del Pace, però, non ha accennato ai notevoli progressi compiuti e che si vanno compiendo nel processo della desalazione delle acque del mare. Dieci anni fa l'acquedotto pugliese avviò un primo impianto sperimentale di desalazione delle acque del mare: l'acqua veniva a costare 400 lire il metro cubo: sul piano tecnico il problema era risolto, ma non era realizzabile sul piano economico. Oggi, con i perfezionamenti introdotti, l'acqua ottenuta mediante questo processo viene a costare poco più di 100 lire al metro cubo. La Breda sta costruendo a Bari, per suoi usi, un impianto di desalazione delle acque del mare, e la Montedison sta costruendo a Brindisi un altro impianto di vaste proporzioni. Perfezionando la tecnica, è auspicabile che tra pochi anni sarà possibile risolvere questo problema che condiziona lo sviluppo della nostra economia.

D E L P A C E . Ci dimentichiamo che anche le acque del mare sono inquinate!

P E R R I N O , *relatore*. Da noi c'è la psicosi che si vuole l'acqua di sorgente. Chi ha girato il mondo sa che la maggior parte delle grandi città vengono alimentate con le acque dei fiumi: New York è alimentata con le acque dell'Hudson; anche città italiane sono alimentate dalle acque di fiume.

F E R R O N I . Non dobbiamo pensare a riparare al male, ma ad impedire che il male avvenga! Quando a Marghera in 70 et-

tari ci sono 210 stabilimenti che inquinano le acque della laguna, io debbo impedire che questi stabilimenti scarichino in laguna le materie inquinanti. A che cosa mi porta la desalazione delle acque di mare? Alla sostituzione dell'acqua che madre natura ci offre!

P E R R I N O , *relatore*. Tornando alla medicina del lavoro, voglio ricordare (evidentemente è sfuggita al collega che ha sollevato il problema) che è stato presentato in Parlamento, nei giorni scorsi, un disegno di legge di iniziativa governativa sul servizio della medicina del lavoro nelle aziende. Ne discuteremo prossimamente in questa sede, sia pure sotto specie di parere. Si tratta di un disegno di legge che, a mio avviso, è ben congegnato ed affronta, per la prima volta in Italia, i problemi della medicina del lavoro, traendo spunto dalla legislazione vigente in altri Paesi.

Per finire, rispondo al collega Orlandi che ha trattato diffusamente dei problemi degli ospedali e delle rette ospedaliere. Certo, in molti ospedali c'è una notevole disfunzione. Il « Corriere della Sera », tanto per citare un giornale di grande informazione, proprio questa mattina riporta un lungo articolo nel quale denuncia le carenze e le brutture che si verificano in alcuni ospedali della Sicilia, dove pure il personale gode di un trattamento di favore perchè ha una maggiorazione del 28 per cento sullo stipendio, giustificata come indennità regionale. Le rette dell'ospedale civico di Palermo sono le più alte d'Italia: 9.700 lire. Ci siamo ormai avvicinati al livello delle rette francesi e tedesche che superano le 10-12 mila lire.

Naturalmente, su questa situazione incide in modo non lieve la carenza degli enti mutualistici: su 9.700 lire al giorno, circa 800 lire vengono assorbite dagli interessi che l'ospedale di Palermo paga per le mutue. Ecco che ritorna il grosso problema mutualistico, che mi ha consigliato di presentare, insieme ad altri colleghi, un ordine del giorno che confido che il Governo vorrà accettare per cercare di porre rimedio alla situazione del settore mutualistico che si presenta veramente drammatico.

Al senatore Ossicini esprimo il mio apprezzamento per gli ordini del giorno che ha presentato e che mi trovano consenziente.

Comunque, per tutte le considerazioni esposte, ritengo che la Commissione possa esprimere parere favorevole sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli senatori, vorrei anzitutto esprimere il mio ringraziamento — e non è questo un atto formale o un rito ricorrente, non vuole esserlo, perlomeno da parte mia — al relatore per la fatica da lui sostenuta per corrispondere alla richiesta di una accelerata esposizione e, successivamente, di una replica immediata. Desidero poi rivolgere un particolare ringraziamento a quanti sono intervenuti nel dibattito, per gli ampi interventi svolti, per l'elevato livello culturale e politico della discussione, per il contributo che hanno voluto offrire all'individuazione di un disegno organico di riforma della politica sanitaria in stretta correlazione con le indicazioni del Capitolo VII del programma economico nazionale. La discussione, infatti, ha dimostrato un impegno nuovo dei componenti della Commissione igiene e sanità all'inizio di questa V legislatura repubblicana; l'impegno a ricercare, nelle linee di fondo del servizio sanitario nazionale, obiettivo quest'ultimo di una azione politica che va al di là del programma dell'attuale Governo e della stessa legislatura, i settori prioritari di intervento di breve periodo in una visione organica della politica sanitaria.

Vorrei, in proposito, sottolineare che si verifica un salto qualitativo nel dibattito parlamentare, a conferma che la passata legislatura, con la approvazione del primo programma economico nazionale per il quinquennio 1966-1970, ha determinato una spinta, di notevole valore politico, a proiettare lo sguardo e l'interesse di ciascuno di noi al di là di fatti congiunturali o di problemi territoriali di carattere particolare. Ed in tal modo si conferma anche, a mio avviso, la validità dell'istituto parlamentare

e la funzione che maggioranze qualificate hanno nel sollecitare il confronto delle opposizioni sulla soluzione dei problemi di fondo emergenti dalla società in sviluppo.

Dal dibattito è emersa la riconferma di una vasta convergenza sull'esigenza del superamento del sistema mutualistico e di ogni forma di assistenza paternalistica o a carattere corporativo, ovvero meramente benefico, per conseguire un'assistenza sanitaria aperta e globale, nella sua vasta accezione di azione preventiva, curativa, riabilitativa, estesa a tutti i cittadini. E ciò, onorevoli senatori, non sul piano della esclusiva organizzazione e tecnica assistenziale, quanto sul terreno finalistico della piena valorizzazione della persona umana, senza distinzione di categoria e di censo, sì da evitare la sopravvivenza della figura, che qui è stata richiamata, del cittadino povero, che rimane povero pur nell'ambito dell'assistenza offerta dal servizio delle mutue.

Il Governo riconferma la volontà di dare progressiva attuazione al programma, secondo le direttive che sono chiaramente delineate nel Capitolo VII citato e, quindi, di realizzare il servizio sanitario nazionale articolato nei comuni, nelle province e nelle regioni. Il riferimento alle « province » non deve essere inteso come riconferma della validità della provincia tradizionale; la nuova dimensione intermedia tra comune e regione, nel rispetto del dettato costituzionale, può ritrovarsi nel comprensorio intercomunale e le relative funzioni devono essere definite in sede di modifica e di integrazione della legge comunale e provinciale.

Per conseguire lo scopo suddetto il Ministero della sanità intende utilizzare, coordinandone le molteplici iniziative, i servizi e gli istituti esistenti nel settore. Il servizio sarà finanziato dallo Stato mediante la contribuzione dei cittadini, naturalmente secondo la loro capacità contributiva. Per questa via il servizio sanitario potrà essere garantito a tutti, in correlazione con altre riforme.

Onorevoli senatori, quando accenno ad una gradualità di attuazione del servizio sanitario nazionale intendo richiamare i condizionamenti istituzionali ed economici, che trovano sede di superamento nel disegno generale rappresentato dalle soluzioni indicate dal programma di sviluppo economico e sociale del Paese.

In questo disegno generale rientrano l'attuazione dell'ordinamento regionale, la modifica della legge comunale e provinciale e del testo unico della finanza locale, nonchè la riforma tributaria, con la quale occorre procurare le risorse per il finanziamento del servizio sanitario nazionale.

Poichè le tappe di avanzamento della nostra organizzazione statale seguiranno queste direttrici, la gradualità nella attuazione del servizio sanitario nazionale si ricollega a due obiettivi fondamentali del programma di Governo: la nuova struttura dello stato democratico, articolato nel sistema delle autonomie regionali e locali; la riforma della finanza statale e della finanza locale. La realizzazione della riforma della finanza statale è prevista entro il 1972 e ritengo che, nel dibattito che si aprirà su questo argomento, dovrà essere considerato come problema di caratteristica peculiare il finanziamento, attraverso la riforma fiscale, del servizio sanitario nazionale.

Per evitare malintesi preciso che se il servizio sanitario non può essere inteso come nazionalizzazione della medicina e dei medici, certamente costituisce la rottura dell'attuale sistema centralistico e burocratico, che abbiamo ereditato e talvolta perfezionato dal punto di vista tecnico, accentuandone la caratteristica di centralizzazione. Il superamento dell'attuale situazione si deve verificare mediante l'articolazione ai livelli comunitari di base ed intermedi della gestione, e, quindi del controllo del servizio stesso.

Il servizio sanitario nazionale si qualifica, sul piano legislativo, anzitutto con la legge-quadro che dovrà essere presentata al Parlamento per quanto riguarda la formazione delle unità sanitarie locali; con le norme che le regioni a statuto ordinario dovranno emanare nell'ambito di tale legge-quadro per l'articolazione territoriale del servizio sanitario locale.

Sul piano operativo il servizio sanitario si caratterizza con l'assunzione di precise responsabilità nella organizzazione delle

nuove strutture e nella loro gestione ai livelli comunale, intercomunale e comprensoriale ed anche, al livello provinciale là dove l'area ottimale relativa all'unità sanitaria locale di secondo intervento coincide con l'area amministrativa provinciale.

Il servizio sanitario nazionale è organizzato sulla base di due strumenti operativi fondamentali: l'unità sanitaria locale e l'ente ospedaliero.

L'unità sanitaria locale rappresenta l'articolazione periferica del servizio per un'azione diffusa e capillare degli interventi di prevenzione, di cura e di riabilitazione.

È stata chiesta dalla collega Minella Molinari una precisazione circa la volontà di attuare l'unità sanitaria locale considerando il momento preventivo, il momento curativo ed il momento riabilitativo. Posso confermare che questa volontà esiste; è già stata delineata del resto dal programma di sviluppo; a questa decisione politica si è attenuta la Commissione consultiva, istituita presso il Ministero della sanità. La Commissione consultiva ha offerto un notevole contributo alla impostazione della unità sanitaria locale, proprio sulla base delle indicazioni del programma di sviluppo economico.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Allora è quello il documento fondamentale?

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Su questo punto non so se, dato il poco tempo a disposizione, sia possibile arrivare ad un chiarimento. Ritengo del resto il chiarimento superfluo, poichè un comitato ristretto, costituito nell'ambito della Commissione consultiva generale per la riforma sanitaria di base, ha espresso un parere che non è stato messo in votazione, come è logico, trattandosi dell'elaborato di una Commissione priva di qualificazione rappresentativa. Infatti, la Commissione generale ha chiuso i suoi lavori nella seduta del 18 dicembre 1967, mentre il comitato ristretto si è riunito in data 28 dicembre 1967 per la redazione del testo conclusivo. In un verbale, redatto dalla segreteria della Commissione generale, non controfirmato tuttavia nè dal Presidente, nè dal segretario, è inserita la dichiarazione del professor Seppilli, con cui si dà atto che i documenti, pur differendo su taluni aspetti, nelle linee generali hanno elementi di convergenza. Potrei leggere la sintesi della riunione tenutasi il 18 dicembre 1967. È detto testualmente: « prende la parola il professor Seppilli. L'oratore sostiene che, fatta eccezione di alcuni punti in definitiva marginali, i due documenti, quello cioè presentato dal gruppo di lavoro e quello presentato dal dottor Bruni e dai suoi collaboratori, non sono in contrasto, anzi sotto molti profili si completano.

Pertanto l'oratore propone che entrambi gli elaborati, anche come tutti gli altri documenti presentati dai vari membri della Commissione, vengano raccolti in una unica relazione conclusiva ed in tale veste presentati all'onorevole Ministro per la ulteriore procedura. La proposta del professor Seppilli viene unanimemente accolta. Non essendovi altre richieste di interventi, il Presidente dichiara chiusa la seduta, aggiornando i lavori al giorno 28 dicembre ».

Il 28 dicembre viene invece riunito soltanto il comitato ristretto. Non posso assumermi la responsabilità della rispondenza del verbale alle dichiarazioni rese dal professor Seppilli nella seduta della Commissione. Posso solo dire che il primo documento è stato approvato dal gruppo ristretto nominato in seno alla Commissione consultiva e che in modo autonomo un altro gruppo di componenti ha presentato un documento sul quale si è pronunciato il professor Seppilli secondo quanto risulta dal verbale citato.

Devo anche aggiungere che nella stampa dei documenti sul Notiziario sanitario, sarebbe stato opportuno che il comitato di redazione avesse indicato la composizione della Commissione generale, la composizione del gruppo ristretto, aggiungendo una nota descrittiva dell'andamento dei lavori.

Non vi è stata però alcuna volontà di non dare rilievo ai lavori della Commissione. Si è voluto (risulta dall'introduzione del ministro Zelioli Lanzini) considerare il contributa dato dalla Commissione consultiva, nei

suoi componenti, alla definizione dell'unità sanitaria locale. Non mancherà occasione, quando proseguiremo la pubblicazione del Notiziario, superati i rilievi della Corte dei conti, di precisare l'*iter* dei lavori della Commissione consultiva.

L'unità sanitaria locale risponde alle dimensioni ottimali dell'intervento sanitario di base, garantendo la gestione economica e funzionale dei servizi sanitari, che non possono essere svolti dalla maggior parte dei comuni italiani, di cui sono ben note l'entità demografica e la situazione amministrativa. L'unità sanitaria locale, come è stato indicato, si collega strettamente con l'organizzazione ospedaliera ed in particolare con gli ospedali di zona. Conseguentemente i Comitati regionali per la programmazione ospedaliera, devono tenere conto della connessione fra la localizzazione degli ospedali di zona e la dimensione territoriale delle unità sanitarie locali.

G A T T O S I M O N E . Sarà necessario, come minimo, tenere conto delle dimensioni comprensoriali.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Non vi è dubbio. D'altra parte le unità sanitarie locali devono integrarsi ed armonizzarsi con gli strumenti di sanità pubblica di cui oggi il sistema dispone e che sono rappresentati, a livello periferico, dalla condotta sanitaria. Tralascio di ricordare alla Commissione cose già note circa la formazione e la natura dei comprensori e, quindi, anche dell'ente di gestione delle unità sanitarie locali. Vi sono comprensori (richiamati nell'intervento del senatore Orlandi) che coincidono con quartieri della città, altri invece con un solo comune, altri ancora che possono interessare diverse comunità (comprensori intercomunali).

Per quanto riguarda le funzioni essenziali delle unità sanitarie locali, queste sono già state chiaramente individuate secondo le indicazioni del programma di sviluppo nelle relazioni della Commissione consultiva e riguardano: la vigilanza igienica e la profilassi (igiene ambientale), la medicina preventiva di primo livello, la geriatria preventiva, l'educazione sanitaria, la residenzialità e reperibilità del medico condotto e dell'ostetrica condotta, il coordinamento degli interventi sanitari nella scuola e negli ambienti di lavoro, la medicina veterinaria, eccetera.

L'unità sanitaria locale deve essere gestita dagli enti locali; direttamente dal comune nel caso della coincidenza della zona di intervento con quella comunale, ovvero dal consorzio dei comuni. Per quanto attiene alle prestazioni di medicina curativa, è indubbio che l'organo di gestione dell'unità sanitaria locale — comune o consorzio dei comuni — dovrà stipulare convenzioni per l'assistenza medica generale o specializzata e stabilire stretti rapporti con gli ospedali per l'assistenza ospedaliera.

Ritengo che non sia possibile, allo stato delle cognizioni, assumere impegni circa l'estensione e la coincidenza o meno tra comprensori amministrativi ed aree ottimali di articolazione del servizio sanitario: occorrerà prima che opportune indagini siano svolte con gli strumenti che dovranno essere posti a disposizione dei Comitati regionali per la programmazione ospedaliera, affinchè siano individuate aree e standards di servizi e prestazioni in ragione di determinate situazioni di ordine geografico, socio-economico e nosologico.

In questo disegno organico, onorevoli colleghi, nella prospettiva di imminente avvio dell'attività dei comitati regionali e nazionale per la programmazione ospedaliera deve essere considerata la dichiarazione del Presidente del Consiglio che si attiene, del resto, strettamente alle indicazioni del programma economico quinquennale, e secondo la quale nella prima fase alle unità sanitarie locali saranno attribuiti eminentemente compiti preventivi di medicina sociale e di educazione sanitaria. Come ho precedentemente dichiarato tale fase comporterà anche una azione di ricognizione, di coordinamento e di indirizzo delle strutture esistenti, nonchè di verifica dei costi di gestione dell'unità sanitaria locale.

Precisato il disegno organico dell'articolazione del servizio sanitario nazionale, nelle unità sanitarie locali, delineate le relative strutture, si deve procedere alla verifica delle

stesse sul territorio, perchè è sul territorio che si svolge la vita dell'uomo; tale verifica deve essere svolta anche per quanto attiene ai costi ed ai benefici che ne derivano alla comunità, cercando di contenere i posti nel limite più basso e di ottenere la massima produttività possibile.

La prima fase, pertanto, comporta un impegno operativo nel campo della medicina preventiva, in attesa che le costituende regioni provvedano con le norme integrative della legge-quadro ad assumersi in pieno questa responsabilità.

Il Ministero della sanità dovrà condurre le prime sperimentazioni.

È stato qui ricordato da parte del senatore Orlandi l'impegno di alcune grandi città, che hanno attuato il decentramento amministrativo con l'istituzione dei comitati di quartiere, di avviare concretamente la realizzazione delle unità sanitarie locali.

Confermo al senatore Orlandi che è intenzione del Ministero condurre queste sperimentazioni, avvalendosi degli enti locali ed integrandone l'azione ove non vi fosse una accentuata propensione degli enti stessi a portare avanti questo disegno. Ciò in particolare in quelle zone del Nord e del Centro-Sud nelle quali gli interventi di medicina preventiva si impongono con urgenza.

La gradualità dell'attuazione, onorevoli colleghi, e non posso non insistere su questo punto, si ricollega alle connessioni tra l'ordinamento regionale, la riforma della legge comunale e provinciale, della finanza locale e statale e il servizio sanitario nazionale. La gradualità è imposta dalle dimensioni del problema la cui soluzione comporta anzitutto una volontà politica precisa, per quanto attiene al superamento del sistema mutualistico che, a mio avviso, ha fatto il suo tempo. Non si possono certo disconoscere i grandi meriti acquisiti dal sistema delle mutue nell'organizzazione sanitaria del nostro Paese, ma, come prevede il programma quinquennale, si deve provvedere gradualmente alla loro sostituzione con il servizio sanitario nazionale in base a modelli moderni e civili di articolazione e di gestione.

Nel biennio 1966-67 si è accertato un disavanzo di circa 480 miliardi al cui ripianamento si è provveduto con lo stanziamento di 476 miliardi. Questo disavanzo, derivante dalla gestione di servizi sanitari, trova la sua giustificazione nell'accresciuta domanda di assistenza nella fase di incisiva trasformazione economica e sociale del nostro Paese da un lato e, dall'altro lato, dalla mancata assunzione da parte dell'INAM dei compiti di medicina preventiva.

Nel biennio 1968-69, sulla base del consuntivo in corso di approvazione e del bilancio di previsione per il 1969 si viene a verificare, per quanto riguarda l'INAM, un disavanzo dell'ordine di 445 miliardi.

È opportuno sottolineare che il bilancio preventivo è stato impostato dal Consiglio di amministrazione dell'INAM con una certa larghezza di previsioni, tenendo conto del ritmo di aumento delle uscite in relazione all'incremento delle prestazioni e dei costi.

Il fatto politico di maggiore rilevanza verificatosi in proposito è stato evidenziato dal relatore nella sua replica: l'INAM ha posto il Governo e il Parlamento di fronte al problema di accelerare i tempi di realizzazione del servizio sanitario nazionale. A maggioranza, il Consiglio di amministrazione dell'Istituto ha approvato, infatti, un ordine del giorno — ordine del giorno che la stampa ha largamente diffuso — nel quale, constatato che alla fine del 1969 è previsto un disavanzo complessivo di 445 miliardi, « invita Parlamento e Governo ad affrontare con urgenza ed in modo organico i problemi della riforma sanitaria, stabilendo tempo e modalità di attuazione, sicuro dell'impegno delle forze sociali interessate allo sviluppo della protezione sanitaria ».

Questo documento ha un'indubbia rilevanza politica per la Commissione igiene e sanità, anche se coinvolge problemi di prevalente competenza del Ministero del lavoro.

Il problema non può essere affrontato settorialmente dal Ministero della sanità; richiede evidentemente l'impegno dei Ministeri interessati ed una conseguente decisione in sede governativa.

Per quanto attiene agli aspetti sanitari credo si potrebbe prospettare, come fase di passaggio, un'unificazione del trattamento

agli assistiti, anzichè l'unificazione del sistema mutualistico.

L'unificazione delle prestazioni consentirebbe la comparazione dei costi, nonchè la possibilità di avvalersi delle strutture di uno dei maggiori Istituti mutualistici (al fine di non creare duplicazioni) per gestire, nella fase iniziale, il servizio nazionale sanitario, prima di trasferirlo alle regioni. Ritengo che lo Stato debba avvalorare l'esperimento regionalistico favorendone nella fase iniziale l'esercizio delle funzioni.

F E R R O N I . Bisogna spazzarli via, gli enti mutualistici!

R I P A M O N T I . *Ministro della sanità.* Non ho affatto affermato che gli enti mutualistici debbano sopravvivere; ho avanzato l'ipotesi dell'utilizzo dell'esperienza, delle strutture e delle attrezzature esistenti per avviare il servizio sanitario nazionale anzichè creare duplicazioni, sovraccaricando inutilmente il Ministero della sanità con l'accentramento di compiti che dovranno, poi, essere trasferiti alle regioni, nella fase finale dell'attuazione del servizio sanitario nazionale. Le strutture del Ministero della sanità non sono tali da sopportare, dal punto di vista tecnico ed operativo, la gestione del servizio sanitario nazionale, in attesa che si organizzino le regioni. Ritengo, invece, che sia il Ministero della sanità che le regioni possano avvalersi delle strutture esistenti, assumendone la direzione, nel passaggio dal sistema mutualistico al sistema di sicurezza sociale nel settore sanitario.

Dalla fase dell'intuizione, onorevoli colleghi, si dovrà passare a quella progettuale ed operativa. Poichè solo da un mese e mezzo sono impegnato in questo settore, mi limito a sottoporre alla Commissione alcune considerazioni, poichè non vi può essere improvvisazione in questo campo.

Si prospetta, quindi, l'esigenza della formazione di commissioni di studio e soprattutto dell'istituzione di un centro studi, indispensabile per l'impostazione delle riforme di un settore, che ha riflessi umani e sociali così profondi, per incidere nelle vecchie strutture, trasformandole ed adeguandole a più elevati gradi di civiltà dell'uomo.

L'approvazione dell'ordine del giorno da parte del Consiglio di amministrazione dell'INAM ha una rilevanza politica notevole, poichè, a mio avviso, le forze sociali hanno dato il loro assenso al servizio sanitario nazionale. All'inizio della V legislatura si verifica il fatto nuovo, è una mia interpretazione, di una convergenza delle grandi organizzazioni sindacali sull'istituzione del servizio sanitario nazionale.

Il servizio di assistenza sanitaria verrà nuovamente attribuito agli enti locali ai vari livelli, intesi come espressione democratica della comunità nel suo complesso, una comunità costituita da cittadini chiamati a gestire insieme dei servizi fondamentali per la tutela della salute. La comunità, in questo senso, ha preceduto lo Stato e lo Stato oggi restituisce alla comunità le sue originarie funzioni, naturalmente garantendo l'omogeneità e la diffusione del servizio nel Paese, una parità di trattamento per tutti i cittadini, ovunque essi abbiano scelto la loro residenza, soprattutto se nelle zone più depresse o sottosviluppate della comunità nazionale.

Il secondo strumento fondamentale per la riforma è rappresentato dall'Ente ospedaliero.

La nuova funzione del sistema ospedaliero è stata chiaramente delineata dalla legge organica del 12 febbraio 1968, n. 132, che troverà l'indispensabile integrazione nelle norme delegate.

La competenza attribuita alle regioni viene esercitata in attesa dell'ordinamento regionale dal Ministero della sanità, che si avvale dei comitati regionali per la programmazione ospedaliera per la formazione del piano regionale e del Comitato nazionale per quanto attiene alla formazione del piano nazionale. Detti Comitati regionali dovevano essere costituiti entro 40 giorni dall'entrata in vigore della legge.

Si mette, pertanto, in moto il meccanismo della programmazione democratica, supplendo alla carenza delle regioni, con i Comitati regionali della programmazione ospedaliera; si formano i programmi, sia pur transitori, di riorganizzazione della struttura ospedaliera e di localizzazione dei nuovi ospedali. Entro sei mesi dalla loro costituzione i Comitati dovrebbero impostare

il programma transitorio e successivamente il Comitato nazionale potrebbe provvedere alla formazione del programma nazionale. Se si fossero rispettati i tempi previsti dalla legge, entro un anno e precisamente entro il corrente mese di marzo, avremmo potuto disporre del primo programma nazionale.

Come è noto la legge è entrata in vigore nel periodo preelettorale e la situazione politica post-elettorale non ha consentito una immediata applicazione della stessa.

La razionalizzazione della struttura ospedaliera avviene, così, in due tempi. In un primo tempo viene data la prevalenza al processo di democratizzazione dell'ente ospedaliero, sulla base di una classificazione provvisoria per omogeneizzare la composizione dei Consigli di amministrazione, con la partecipazione prevalente dei rappresentanti eletti dai Consigli comunali e provinciali e con il conseguente controllo della gestione degli ospedali da parte degli enti locali. Si avvia, così, il processo di partecipazione democratica alla gestione dell'ente ospedaliero. Il secondo tempo è caratezizzato dalla formazione del piano regionale ospedaliero.

La prima classificazione riflette la situazione delle strutture ospedaliere esistenti, ma è finalizzata soprattutto alla formazione dell'amministrazione democratica dell'ospedale.

Il secondo tempo comporta il confronto fra le strutture esistenti e la struttura ottimale della rete ospedaliera. I Comitati regionali devono, anzitutto, accertare la situazione attuale della rete ospedaliera e prevederne la razionalizzazione e lo sviluppo. Noi potremmo ipotizzare la struttura ideale della rete ospedaliera nazionale, ma questa ipotesi resterebbe infruttuosa se non venisse raffrontata con le strutture esistenti per accertarne il divario. Purtroppo non disponiamo di statistiche aggiornate per quanto riguarda i posti-letto esistenti al 31 dicembre 1968, la loro destinazione ed il coefficiente di utilizzazione.

Con l'insediamento del Comitato regionale della Lombardia, previsto per sabato, viene completata la costituzione dei comitati; entre breve termine potrà essere convocato anche il Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera una volta che siano stati nominati tutti i presidenti dei Comitati regionali.

A mio avviso il Comitato nazionale ed i Comitati regionali non devono occuparsi esclusivamente delle strutture degli ospedali generali, ma devono considerare anche il problema dei collegamenti tra la rete ospedaliera e le unità sanitarie locali.

Nella rete ospedaliera devono essere compresi gli istituti psichiatrici. Non è infatti, a mio avviso, ammissibile una distinzione fra la rete degli ospedali psichiatrici e la rete degli ospedali generali. La rete degli ospedali e la loro classificazione andrà riconsiderata, onorevoli colleghi, superando il municipalismo e combattendo le istanze campanilistiche tendenzialmente negatrici di ogni programma e di qualsiasi sistematico sviluppo. Sono stati fin qui emanati 316 decreti per l'istituzione di enti ospedalieri; sulla *Gazzetta Ufficiale* ne sono stati pubblicati 21; i decreti in corso sono 60; in preparazione 404; da emanare, a seguito di scorporo, altri 600.

Vi è inoltre il problema delle infermerie, la cui utilizzazione sarà opportuno esamina re nei piani regionali. Un dato di immediata rilevanza è quello della destinazione dei posti-letto. Su 250.023 posti-letti, vi sono 22.977 posti-letto per lungo-degenti. Questi dati riguardano 1259 enti ospedalieri (non tutti ancora riconosciuti) di cui almeno 400 sono infermerie, 134 sanatori e preventori che dispongono di 41.060 posti-letto; e infine gli ospedali neuro-psichiatrici con 94.954 posti-letto. Nelle 1037 case di cura private i posti-letto ammontano a 75.523. I primi dati risalgono al 1964; quelli relativi alla cliniche private al 1962; secondo altri dati stabiliti nel periodo dal 1964 al 1967 i posti-letto sarebbero aumentati da 250.023 a 293.800, quindi quasi 43.000 unità. Il divario tra le varie zone è notevole come risulta dai quozienti rilevati.

Il quoziente nazionale, rispetto al quoziente ottimale di 4-5 posti-letto, per i malati acuti è di 4,28 (Italia settentrionale 5,46; Italia centrale 4,98; Italia meridionale 2,50). Per i lungo-degenti, rispetto al quoziente ot-

timale di due posti-letto, il quoziente nazionale è di 0,50 (Italia settentrionale 0,82; Italia centrale 0,59; Italia meridionale 0.07).

Per i convalescenti, rispetto allo *standard* ottimale di due posti-letto, lo *standard* nazionale è di 0,04 (Italia settentrionale 0.07; Italia centrale 0,03; Italia meridionale 0,003).

Per i malati mentali, rispetto allo *standard* ottimale di tre posti-letto lo *standard* nazionale è di 1,72 (Italia settentrionale 2,02; Italia centrale 1,85; Italia meridionale 1,28).

Discutendo questi argomenti in sede di Commissione lavori pubblici alla Camera dei deputati ho avuto occasione di affermare che mentre le provincie ricche possono porre il problema del recupero degli ammalati mentali, le provincie povere possono garantirne soltanto la custodia. Il senatore Argiroffi nel suo intervento di ieri ha richiamato la figura degli « oggetti viventi imprigionati ». Ora, la figura che egli ci ha prospettato, squalifica sotto il profilo sociologico, politico e morale il manicomio attuale ed invita alla ricerca di nuovi metodi e di più civili impegni. Di qui l'urgenza dell'applicazione della legge stralcio, nella visione della riforma globale degli istituti psichiatrici. L'ufficio legislativo del Ministero dovrà, in proposito, raffrontare il disegno di legge presentato dal ministro Mariotti con la legge stralcio nonchè con gli studi e le osservazioni successivamente elaborati.

È mio intendimento costituire una Commissione consultiva della quale saranno chiamati a far parte anche alcuni membri delle Commissioni del Parlamento, onde pervenire ad una soluzione conclusiva dell'angoscioso problema.

Perchè i Comitati di programmazione possano funzionare in attesa delle regioni occorrono ricercatori, mezzi ed anche le sedi. La legge, infatti, non prevede il finanziamento dei Comitati.

Il Ministro del tesoro si è dimostrato sensibile alle mie sollecitazioni in proposito. Come possiamo programmare se non possiamo gravare con ulteriori oneri sugli enti locali e se i Comitati non dispongono di fondi propri?

Si deve affrontare il problema della copertura delle spese di primo impianto per il funzionamento dei Comitati, nonchè per le indagini e gli studi, spesa che può essere valutata grosso modo in un miliardo di lire.

Si potrebbe, con il consenso della Commissione e seguendo il principio adottato nella legge riguardante il piano di edilizia scolastica, utilizzare una percentuale dell'importo del fondo nazionale ospedaliero per le spese in questione. Individuate le modalità di copertura della spesa è possibile la presentazione di un disegno di legge che preveda la costituzione di un centro studi collegato al Comitato nazionale, nonchè la dotazione dei mezzi finanziari necessari ai Comitati regionali per la programmazione ospedaliera.

Il Comitato per la Toscana ha già segnalato al Ministero le difficoltà di funzionamento e le responsabilità che il Presidente dovrebbe accollarsi per quanto riguarda l'assunzione del personale di segreteria. Il Ministero degli interni, d'altra parte, sottolinea la situazione dei bilanci degli enti locali e l'impossibilità per gli stessi di assumersi nuovi oneri, sia pure per la manutenzione dei locali da destinare ai Comitati.

In tali condizioni è opportuno che la Commissione esprima il suo parere preventivo sulle modalità proposte di finanziamento dei Comitati.

L'impostazione del programma ospedaliero, regionale e nazionale, comporta la determinazione del fabbisogno di risorse da destinare agli investimenti nel settore.

È attualmente in discussione, alla Commissione lavori pubblici della Camera, il disegno di legge n. 711, riguardante lo stanziamento di contributi in annualità di tre miliardi per il corrente esercizio. La Commissione igiene e sanità ha proposto, in sede consultiva, di mantenere costante lo stanziamento dei contributi pari a tre miliardi all'anno, per un quinquennio, per dare modo di programmare razionalmente la nuova struttura ospedaliera. Si potrebbe impostare il programma di circa 330 miliardi di lire in investimenti nell'arco di un quinquennio e si potrebbe provvedere subito alla progettazione integrale delle strutture ospedaliere, secondo le priorità definite dai piani regionali.

Entro due anni dall'approvazione della legge potrebbe essere completata la programmazione progettuale e finanziaria, con la determinazione dell'entità delle risorse necessarie sotto forma di credito a lungo termine da destinare annualmente al settore ospedaliero per l'esecuzione di lotti funzionali, definiti sulla base della progettazione integrale dell'unità ospedaliera.

La prima fase verrebbe, quindi, caratterizzata dalla programmazione finanziaria e dalla determinazione dei tempi d'intervento, mentre in un secondo momento si dovrebbe verificare il superamento del sistema della contribuzione erariale in annualità, con la concessione del finanziamento a totale carico dello Stato, analogamente a quanto è stato fatto per il piano dell'edilizia scolastica. Si verrebbero così a ridurre i tempi tecnici relativi alle operazioni di finanziamento che superano talvolta quelli della progettazione.

Le intese intercorse con il Ministro del tesoro, onorevole Colombo, comportano la limitazione del programma — fatta salva naturalmente l'approvazione da parte della Commissione — ad un biennio a completamento del primo piano quinquennale. In sede di esame delle opzioni per il secondo piano quinquennale dovranno essere previsti ulteriori investimenti, secondo le nuove modalità di finanziamento. Gli investimenti da programmare aumenterebbero così a 130 miliardi per il biennio 1969-70.

Poichè ritengo che il Parlamento vorrà considerare gli ospedali psichiatrici non come un fatto a se stante, bensì come parte integrante della rete ospedaliera, la concessione dei contributi dovrebbe essere estesa, in attesa delle regioni, anche alle province per la costruzione di nuove unità ospedaliere per gli ammalati di mente.

La progettazione degli ospedali psichiatrici o delle divisioni psichiatriche presso gli ospedali generali deve essere finalizzata ad agevolare i nuovi metodi di cura.

Nel corso della discussione si sono rilevati gli squilibri esistenti nelle distribuzioni dei posti-letto tra le diverse regioni anche per gli ospedali psichiatrici: il fabbisogno complessivo di posti-letto per conseguire l'indice medio del 3 per mille ammonta a 68.000 mentre l'attuale disponibilità risulta di 95.000 posti-letto.

Per superare gli squilibri attuali è indispensabile una razionale programmazione degli investimenti.

Soprattutto, a mio avviso, deve essere aumentata la destinazione di mezzi per la medicina preventiva.

Visitando l'Istituto neurologico di Milano ho appreso che il numero dei minorati psichici può essere ridotto in modo incisivo e che è possibile recuperare quasi integralmente gli infermi alla comunità, allorchè la minorazione viene individuata prima del 18° mese di vita. Destinando maggiori risorse alla medicina preventiva in tale settore, si potrebbero restituire alle famiglie ed alla società individui attivi e capaci, riducendo nel tempo gli oneri relativi alla gestione delle case di cura e talvolta a veri e propri ricoveri per minorati psichici.

La programmazione della spesa per settore di intervento e per territorio deve caratterizzare la gestione del Dicastero della sanità; è questo un preciso impegno che intendo assumere anche se mi rendo conto che potrà trovare solo graduale attuazione, non disponendo di sufficienti elementi conoscitivi delle situazioni attuali.

Devono essere esaminati e superati i divari esistenti tra le dotazioni dei vari capitoli di spesa, evidenziati nel corso del dibattito, nonchè l'insufficienza degli stanziamenti rilevata dalla senatrice Dal Canton e da altri senatori, ad esempio per quanto riguarda l'assistenza ai poliomielitici.

Concordo con le osservazioni avanzate sull'esigenza del coordinamento degli interventi del Ministero nel settore della medicina sociale e soprattutto dell'esigenza d'incrementare gli stanziamenti. A proposito del fondo nazionale ospedaliero il senatore Orlandi ha osservato che al capitolo 1139 si è prevista la destinazione a favore degli ospedali psichiatrici: tale estensione è sancita dall'articolo 8 della legge 18 marzo 1968, n. 431, sicchè il Fondo nazionale ospedaliero è unico per gli ospedali generali e per quelli psichiatrici.

Ciò costituisce, a mio avviso, un passo avanti e la logica premessa dell'unificazione del sistema ospedaliero.

L'attuazione della riforma ospedaliera comporta l'impegno dell'emanazione delle norme delegate entro i termini previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Riconfermo, pertanto, la volontà del Governo di procedere all'approvazione dei decreti legislativi entro il 27 marzo prossimo. La prima riunione della Commissione consultiva parlamentare è fissata per il 19 febbraio per l'esame degli schemi elaborati dal Ministero che verranno successivamente diramati alle organizzazioni sindacali e di categoria, di cui la legge n. 132 prevede la consultazione.

Devo, in proposito, sottolineare che vi è stata una larga partecipazione delle organizzazioni sindacali e di categoria, nonchè delle associazioni ospedaliere ai lavori delle commissioni di studio.

Il senatore Orlandi ha insistito sulla fiscalizzazione degli oneri relativi all'assistenza ospedaliera. Non posso che riconfermare quanto ho dianzi dichiarato in ordine al superamento del sistema mutualistico; la finalità prevista non comporta il superamento delle difficoltà organizzative.

Il problema va affrontato in modo globale anche se l'attuazione della soluzione prescelta può essere graduata nel tempo.

La mancata programmazione dei lavori della Commissione per quanto attiene la discussione dello stato di previsione della spesa ed il limitato tempo a disposizione, tra la chiusura del dibattito e la replica, non mi consentono di rispondere in modo esauriente alle richieste avanzate ed alle proposte formulate dagli onorevoli colleghi.

I senatori De Falco e Pinto hanno affrontato con interessantissime osservazioni i problemi della medicina del lavoro, materia che rientra nella prevalente competenza del Ministero del lavoro.

Tra i provvedimenti all'esame del Parlamento vi è il disegno di legge n. 346 in tema d'igiene e medicina del lavoro, che prevede l'istituzione del servizio medico di azienda obbligatorio. Vi è un altro disegno concernente l'assistenza sanitaria ai carcerati presentato dal Ministro della grazia e della giustizia. Esiste, comunque, il problema di coordinamento degli interventi anche legislativi nei vari settori, poichè se l'obiettivo da raggiungere è rappresentato dal servizio sanitario nazionale, deve essere svolta un'azione organica ed unitaria.

Per quanto attiene gli infortuni sul lavoro assicuro gli onorevoli colleghi che verranno approfondite le cause sulla base dei dati statistici ai fini di adottare ulteriori misure preventive.

Il prolungamento della vita media, l'evoluzione dell'istituto familiare, la situazione nel settore ospedaliero (gli anziani occupano in Europa circa il 50 per cento dei posti-letto negli ospedali generali) pongono in sempre maggior rilievo i problemi della geriatria preventiva ai quali può essere data soluzione anche attraverso il potenziamento dei centri geriatrici inseriti nei servizi di medicina sociale e di lotta alle malattie di più ricorrente riscontro nella patologia pre-senile e senile. Certamente, accanto ai servizi « aperti » occorrerà prevedere e gradualmente istituire servizi di assistenza agli anziani « fuori famiglia » attraverso piani di adatta localizzazione territoriale delle case di riposo.

Il senatore Del Pace ha ripreso gli argomenti trattati anche dal senatore De Leoni, dalla senatrice Dal Canton e da altri colleghi, ampliandone la prospettiva e approfondendoli sul piano culturale. Ha conseguentemente richiamato la dimensione umana che deve caratterizzare il servizio sanitario nazionale; le strutture assistenziali vengono così inquadrate nell'organizzazione del territorio mediante il processo di pianificazione regionale, comprensoriale ed urbano: la città-territorio concepita a misura dell'uomo deve agevolare la vita di relazione e l'affermazione della libertà e della dignità della personalità umana.

L'attuazione del piano comprensoriale ed urbano comporta la programmazione pluriennale degli investimenti da parte dei comuni e la scelta prioritaria dei settori d'intervento, tra i quali rientrano le opere igienico-sanitarie.

La formazione del piano comporta la definizione di *standards* ottimali dei diversi servizi, ivi compresi gli spazi a verde pubblico e le zone di svago nonchè la destina-

zione d'uso del suolo con una razionalizzazione degli insediamenti umani, e di quelli produttivi e la previsione degli impianti urbanistici di raccordo.

Non vi è chi non veda come la localizzazione degli insediamenti industriali e, ad esempio, la centralizzazione degli impianti di riscaldamento nel quartiere rappresentino la misura determinante ai fini di ridurre al minimo l'inquinamento atmosferico.

Un esplicito richiamo, infatti, è stato avanzato in ordine all'applicazione della legge *antismog*, quasi a ritenere che con l'approvazione della stessa da parte del Parlamento sia stato compiutamente risolto il problema dell'inquinamento atmosferico.

Per evitare l'aggravarsi di tale fenomeno, per contenerlo quindi e ridurlo gradualmente occorre da un lato perfezionare i regolamenti di applicazione della legge e dall'altro disporre del personale e dei mezzi di controllo.

Il regolamento per l'esercizio degli impianti di riscaldamento è stato già emanato e dovrà essere in parte modificato o integrato per una più rapida applicazione; i Comandi dei vigili del fuoco non dispongono, però, di personale sufficiente per controllarne l'applicazione.

Per quanto riguarda gli inquinamenti dei grandi impianti industriali, il regolamento di attuazione è in avanzata fase di studio e sono state chiamate a collaborare, responsabilmente, le categorie interessate.

È stato anche approntato il regolamento per i motori a ciclo Diesel, mentre è assai più difficile la messa a punto delle norme riguardanti l'inquinamento provocato dai gas di scarico dei motori a ciclo Otto.

È pure in corso il completamento della costituzione dei Comitati regionali *antismog*.

Si è pure accennato al rinnovo delle acque in superficie e delle falde freatiche, nonchè alle conseguenze in futuro per quanto attiene alla disponibilità di acqua potabile.

La competenza primaria in materia, com'è noto, è attribuita al Ministero dei lavori pubblici e, nello scorso anno, l'allora ministro Natali, trasmise alla Presidenza del Consiglio un disegno di legge che, a mio avviso, deve essere integrato per quanto concerne gli aspetti sanitari.

Per quanto attiene ai farmaci, ritengo che si possano effettuare, attraverso i metodi allo studio del CIP, controlli più razionali dei costi di produzione e dei prezzi di vendita, pur lasciando all'iniziativa privata la prevalente azione nel settore.

Lo sviluppo assunto dall'industria alimentare e l'incremento della produzione zootecnica comprende un'azione di vigilanza e di controllo per la repressione delle frodi e delle sofisticazioni soprattutto a livello della produzione. Al riguardo va sviluppata la ricerca scientifica di tipo contestativo rispetto alla ricerca privata, la quale è portata a determinare nuove produzioni nel settore alimentare senza che nella fase d'impostazione vi sia un attento controllo e una verifica da parte degli organi tecnici del Ministero della sanità. È preferibile prevenire a livello della produzione anzichè ricorrere poi ad interventi repressivi. Ritengo che dobbiamo avviarci lungo questa strada.

Ed è per questa strada che passa la collaborazione con gli enti locali: ai comuni è infatti affidata la realizzazione dei macelli pubblici, delle reti di distribuzione dell'acqua potabile, degli impianti di fognatura, di raccolta e di smaltimento dei rifiuti solidi, nonchè degli impianti di depurazione delle acque di scarico.

Sono questi i dati di grande importanza in tema d'igiene degli alimenti, dell'abitato e del territorio.

Nell'interessante volume « Progresso, coesistenza e libertà intellettuale » di Andrei Dimitrievic Zacharov vi è un capitolo dedicato all'inquinamento dell'ambiente naturale; desidero riferirne testualmente le conclusioni che debbono essere oggetto di profonda meditazione:

« Il problema della " geoigiene " (igiene della terra) è molto complesso e strettamente connesso con i problemi sociali ed economici. Questo problema non può quindi essere risolto a livello nazionale e tanto meno locale. La salvezza del nostro ambiente naturale esige che noi superiamo le nostre divisioni e la pressione di interessi temporanei e locali. Altrimenti l'Unione Sovietica finirà con l'avvelenare gli Stati Uniti con i suoi scarichi e viceversa. Attualmente questo sembra soltanto un paradosso. Ma con un

aumento annuale del 10 per cento degli scarichi, in 100 anni l'aumento sarà di 20.000 volte tanto ».

Bisognava salvare l'*habitat* dell'uomo per salvaguardare la vita umana. Nella Genesi, capitolo IX, si legge che dopo il diluvio universale, rinnovando a Noé il potere di disporre di tutte le creature, Dio impose anche severamente il rispetto della vita umana « da ciascun suo simile domanderò soddisfazione per la vita di un uomo ».

Ciascuno di noi, dunque, potrà essere chiamato a rispondere della vita del proprio simile se non avvieremo a soluzione i problemi riguardanti la tutela della salute e la salvaguardia dell'integrità fisica e psichica dell'uomo.

Al conseguimento di questa alta finalità deve essere adeguata l'organizzazione del Ministero e valorizzato il fattore umano; accenno in particolare al problema del personale tecnico della carriera direttiva, con specifico riferimento ai ruoli dei medici provinciali.

È indispensabile garantire nuovo affusso di personale sanitario per consentire lo svolgimento delle funzioni di competenza del Ministero, specie in considerazione dei compiti nuovi che devono essere assunti e del diverso modo di essere dell'assistenza sanitaria di un Paese civile.

Il senatore Ossicini, nel suo interessante intervento di stamane, ha lamentato come l'uomo-bambino viene isolato dal proprio ambiente naturale mentre proprio in esso dovrebbe essere curato (lo sradicamento dell'ambiente familiare aggrava le minorazioni psichiche) e l'uomo-adulto, colpito da malattia mentale, viene rinchiuso nel ricovero.

Occorre ormai decisamente affrontare il problema dell'assistenza all'infanzia — attraverso la riforma dell'ONMI — dei subnormali, dei minorati psichici e dell'assistenza psichiatrica — attraverso i Centri d'igiene mentale e la ristrutturazione degli ospedali psichiatrici: sono questi i problemi che debbono impegnarci a fondo.

La vita di ogni uomo è legata alla nostra capacità operativa; il nostro impegno, pur consapevoli dell'esiguità delle nostre forze e della nostra preparazione, può essere esaltato e reso più proficuo dalla stessa partecipazione popolare, che si sollecita restituendo alla comunità di base la gestione del servizio sanitario.

Questa mattina il senatore Ossicini nonchè il senatore Ferroni hanno auspicato che nel parere conclusivo si tenga conto delle indicazioni emerse dal dibattito di tutte le parti politiche, indicazioni che ritengo collimino con gli obiettivi della politica che la maggioranza di centro-sinistra intende perseguire.

Il relatore saprà sintetizzare nel suo parere il contenuto della discussione estremamente interessante e per me quanto mai positiva, soprattutto perchè si è verificata l'esistenza di una profonda sensibilità per l'assistenza sanitaria e si è avuta la conferma che al di là degli obiettivi di lotta politica, che possono dividere, vi sono finalità sociali e profondamente umane che determinano la convergenza dell'azione politica. Ed è su questa funzione profondamente umana del Dicastero della sanità che dovrà essere posto l'accento, onorevoli colleghi, nel corso degli incontri che avremo — in commissioni informali o in quelle parlamentari e in sede di Assemblea — per deliberare sulla realizzazione del servizio sanitario nazionale.

Debbo, infine, esprimere il ringraziamento più vivo per l'attenzione portata al mio intervento e per il contributo che avete dato all'adempimento dei compiti che il Ministro è chiamato ad assolvere nell'ambito del programma del Governo di centro-sinistra, che ha ottenuto la fiducia di una larga maggioranza del Parlamento.

P R E S I D E N T E . Passiamo all'esame degli ordini del giorno.

I senatori Minella Molinari Angiola, Orlandi, Argirolfi, Manenti, Guanti, Del Pace e De Falco hanno presentato il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

tenuto conto della urgente necessità di asili-nido, dell'impegno preciso e già gravemente in ritardo sancito nell'articolo 92 del capitolo VII della legge del Programma nazionale di sviluppo per il 1966-1970, per un

piano di 3.800 asili-nido gestiti dai Comuni entro il 1970, in rapporto anche alle proposte di legge presentate alle Camere dalle più grandi organizzazioni sindacali allo stesso fine,

impegna il Governo a facilitare la sollecita soluzione del problema, provvedendo nell'ambito del bilancio del 1969 all'onere necessario ».

P E R R I N O , *relatore*. Mi dichiaro favorevole.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Lo accetto come raccomandazione, in quanto risponde a un preciso impegno assunto con la legge di approvazione del programma quinquennale, che prevede l'attribuzione ai comuni della gestione amministrativa degli asili-nido.

P R E S I D E N T E . I senatori Perrino, Valsecchi Pasquale, Arcudi, De Leoni e Albanese hanno presentato il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

richiamandosi ad un recente ordine del giorno dell'INAM in occasione dell'esame del bilancio di previsione per l'anno 1969, nel quale l'INAM — malgrado l'intervento straordinario dello Stato a copertura dei disavanzi delle gestioni fino a tutto il 1967 — annunzia un nuovo disavanzo complessivo per il 1968-69 di 445 miliardi — prescindendo dalla situazione degli altri enti mutualistici — e chiede di affrontare con urgenza ed in modo organico i problemi della riforma sanitaria, stabilendo tempi e modalità di attuazione,

ritiene che in attesa del passaggio al sistema di sicurezza sociale previsto dal piano quinquennale di sviluppo, basato sulla solidarietà di tutti i cittadini e che postula il superamento del sistema mutualistico, sia possibile:

1) avviare, intanto, la unificazione della miriade di enti mutualistici in pochi grandi istituti per gruppi di settori;

2) la unificazione della normativa, sicchè tutti i cittadini abbiano lo stesso tipo di assistenza sanitaria;

3) responsabilizzare il cittadino con una pur modesta aliquota di partecipazione alla spesa farmaceutica, come avviene del resto in tutti gli Stati del mondo, nessuno escluso;

4) estendere uniformemente il sistema di quota capitaria annua per i medici;

5) ridurre la degenza media negli ospedali avviando una più stretta collaborazione tra i poliambulatori degli Enti mutualistici e gli ospedali;

6) evitare la creazione di nuovi poliambulatori facendo capo a quelli esistenti presso gli ospedali più vicini;

7) fiscalizzazione degli oneri sociali, almeno per quanto riguarda gli ospedali;

8) blocco della spesa per cinque anni

Intanto, il Senato richiama l'attenzione del Governo sulla inadempienza dell'INAM, che è già in arretrato mediamente di sei mesi nei confronti degli ospedali, mentre si annunzia imminente l'impossibilità di corrispondere agli impegni verso i sanitari con le prevedibili conseguenze ».

P E R R I N O , *relatore*. L'ordine del giorno è stato da me già illustrato. Esso investe la competenza anche di altri Ministeri, ma prego il ministro Ripamonti di volerlo accettare per la parte di sua competenza.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Lo accolgo come raccomandazione per la parte di competenza del Ministero della sanità.

P R E S I D E N T E . È stato presentato dai senatori Del Pace, Argiroffi, De Falco, Orlandi, Manenti, Minella Molinari Angiola, Ossicini, il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

tenendo conto che in tutto il territorio nazionale l'inquinamento delle acque per scarichi industriali e urbani, da fenomeno episodico, è diventato tanto continuo da trasformare molte acque di fiumi, di laghi e costiere in cloache talmente inquinate da non consentire alcuna forma di vita;

considerando che già circa il 25 per cento dei consumi idropotabili del Paese è

assicurato da acque di superficie, e che si prevede, negli anni a venire, un forte aumento di tale percentuale con il rischio che si ripetano i luttuosi episodi già largamente verificatisi,

impegna il Governo a voler convocare nel minor tempo possibile (90 giorni) un convegno nazionale di amministratori locali e tecnici per elaborare concrete proposte per la difesa della purezza delle acque, per la elaborazione di una legge che disciplini definitivamente la materia ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Per quanto riguarda l'invito a disciplinare la materia, devo sottolineare che un disegno di legge d'iniziativa governativa, volto a predisporre idonei strumenti normativi ed operativi, è già stato trasmesso alla Presidenza del Consiglio. Ne ha dato assicurazione l'onorevole Natali, già Ministro dei lavori pubblici, ad una precisa richiesta dell'onorevole senatore Zelioli Lanzini. Il disegno di legge, quindi, deve essere rimesso all'ordine del giorno del Consiglio dei ministri.

Sotto l'aspetto dell'urgenza della legge, l'ordine del giorno potrei anche accoglierlo; per quanto riguarda, invece, la convocazione di un convegno nazionale di amministratori locali e di tecnici, essendo questa competenza primaria del Ministro dei lavori pubblici, non posso accogliere tale parte che come raccomandazione.

Per maggiore semplicità credo opportuno dichiarare che accolgo tutto l'ordine del giorno come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . È stato presentato dai senatori Gatto e Ossicini, il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

udita la relazione sul bilancio della Sanità, tenuto conto delle conclusioni della Commissione ministeriale per l'assistenza sanitaria di base presentata nel marzo 1968 e degli obiettivi di sicurezza sociale indicati dal programma quinquennale, invita il Governo ad attuare il passaggio di competenza dell'assistenza mutualistica al Ministero della sanità e a promuovere, secondo i princìpi sanciti dalla Costituzione, gli obiettivi del piano e le linee indicate dalla Commissione ministeriale, la realizzazione di un sercizio sanitario nazionale, che assicuri a tutti i cittadini una valida tutela della salute, della prevenzione alla cura ed alla riabilitazione, attraverso unità sanitarie locali che esplichino organicamente tali attività ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* In questo ordine del giorno c'è un invito al Governo ad « attuare » il passaggio delle competenze riguardanti l'assistenza mutualistica al Ministero della sanità. Ora, che a questo punto si inviti il Governo . . .

G A T T O . Insisto soprattutto sulla seconda parte.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Il Ministro accetta la prima parte dell'ordine del giorno se quell'« attuare » viene modificato in « promuovere con la dovuta gradualità ».

G A T T O . Ma « promuovere » non significa attuare.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Solo con detta modifica posso accettare la prima parte, perchè risponde al programma.

In mancanza di adesione dei proponenti non accolgo tale parte.

Accetto invece la seconda, a condizione che siano soppressi gli incisi relativi alla Commissione ministeriale.

G A T T O . Eliminiamo gli incisi.

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno presentato dai senatori Gatto e Ossicini, dopo le modifiche apportate, risulta così formulato:

« Il Senato,

tenuto conto degli obiettivi di sicurezza sociale indicati dal programma quinquennale,

invita il Governo a promuovere, secondo i princìpi sanciti nella Costituzione e gli obiettivi del piano, la realizzazione di un servizio sanitario nazionale, che assicuri a tutti

i cittadini una valida tutela della salute, dalla prevenzione alla cura ed alla riabilitazione, attraverso unità sanitarie locali che esplichino organicamente tali attività ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità* Così modificato lo accetto.

P R E S I D E N T E . È stato presentato dai senatori Manenti, Orlandi, Guanti, Menchinelli, Minella Molinari Angiola, Argiroffi, Del Pace, De Falco, il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

considerato che il prolungamento della vita umana, la trasformazione dell'istituto familiare, l'evolversi dei diritti dei singoli cittadini, l'emigrazione, l'urbanesimo, sono tutti fattori che concorrono a rendere sempre più rilevante il problema degli anziani in rapporto ai problemi della tutela sociale dei medesimi nella società italiana in evoluzione,

impegna il Governo a predisporre iniziative e, in primo luogo, ad assicurare l'assistenza sanitaria agli anziani attraverso l'assistenza diretta e gratuita che comprenda l'assistenza domiciliare; in secondo luogo, a potenziare e riformare le istituzioni di ricovero per gli anziani, sia per quanto riguarda il numero dei posti-letto oggi assolutamente insufficiente, sia per quanto riguarda l'ammodernamento dei criteri di assistenza sanitaria ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Lo accetto come raccomandazione, il che non significa insensibilità al problema. Nel mio intervento ho puntualizzato il mio parere al riguardo.

P R E S I D E N T E . È stato presentato dal senatore De Leoni il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

premesso che la legislazione in materia di prelievi di tessuti e organi da cadavere e da vivente — a scopo di trapianti ed a scopi terapeutici — è, per generale considerazione, o carente o in ritardo rispetto alle acquisizioni scientifiche ed ai doveri della società verso le umane sofferenze;

rilevato che, in particolare, l'anzidetta legislazione non prevede nemmeno la possibilità di prelievi e di trapianti di taluni organi, quali il fegato, il polmone, il pancreas, le ghiandole endocrine ed esocrine e che, peraltro, nei casi da essa espressamente previsti, l'attuazione del prelievo e del trapianto è resa estremamente improbabile se non impossibile, per le complicazioni e le remore derivanti dalle vigenti disposizioni sulla nozione di « morte certa » e sugli adempimenti medico-legali in caso di morte per infortunio;

considerato che ogni ulteriore accumulo di ritardo nuocerebbe gravemente al prestigio della chirurgia italiana nella nobile gara che nell'agone scientifico mondiale si è da tempo aperta,

invita il Governo:

1) ad assumere al più presto idonee iniziative legislative per modificare, aggiornare e coordinare le norme vigenti in materia di prelievi di tessuti e organi, da cadavere e da vivente, al fine di trapianto e ad altri scopi terapeutici;

2) a considerare l'opportunità che, senza indugiare in ulteriori studi, soccorrendo all'uopo pienamente le conclusioni scientifiche già tratte in congressi e in convegni, l'inziativa si concreti nella presentazione di una proposta di legge di delega al Governo, che, nel rispetto dell'articolo 76 della Costituzione:

a) preveda tempi brevissimi, anche se distinti, per l'una e per l'altra delle seguenti ipotesi: 1) modifica e integrazione della legislazione; 2) coordinamento in testo unico;

b) oltre alla previsione di princìpi e criteri direttivi di ampia e certa garanzia, subordini l'emanazione delle norme delegate al parere di apposita Commissione interparlamentare, composta di senatori e deputati, di professori universitari e di magistrati ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* L'ordine del giorno è accettato come rac-

comandazione, in quanto è noto che con la legge 2 aprile 1968, n. 318, è stata modificata la disciplina relativa ai prelievi di parte di cadavere a scopo di trapianto terapeutico, già regolata dalla legge 3 aprile 1957, numero 235.

Con regolamento del 20 gennaio 1961, numero 300, e successive modificazioni è stato stabilito che il Ministero della sanità può concedere, su domanda, agli Istituti universitari e agli ospedali, l'autorizzazione di prelievi su parte di cadaveri.

Quanto alle remore, relative alle modalità di accertamento della morte, il Governo si impegna a predisporre un disegno di legge che modifichi, da un lato, e coordini dall'altro le norme vigenti in materia.

D E L E O N I . Io direi di istituire una commissione composta di tre professori universitari, due magistrati e un amministrativo per modificare alcuni articoli del codice penale. Si tratta di un grosso problema la cui soluzione è vivamente richiesta dalla classe medica italiana che si sente umiliata dinanzi agli scienziati stranieri; e l'accettazione come raccomandazione, da parte dell'onorevole Ministro, suscita in me un vivo rammarico.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Per la prima parte, si tratta di leggi che danno la facoltà al Ministro di autorizzare interventi; per la seconda parte, ripeto che il Governo s'impegna a predisporre un testo unico che coordini la legislazione in materia quando saranno state chiarite le remore derivanti dall'accertamento della morte. Il problema sarà affidato ad un organo consultivo: in merito ho già parlato con il Presidente del Consiglio superiore della sanità. D'altronde, per la Commissione cui lei accenna, occorre stabilire le competenze per il concerto con gli altri Ministeri: ripeto quindi che accetto l'ordine del giorno come raccomandazione, assumendomi l'impegno relativo.

D E L E O N I . Prima del concerto occorre che il Governo chieda la delega, poichè la questione è urgente.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità* Ho accettato la metodologia da lei indicata e mi riservo di parlare col professor Valdoni; per il resto ribadisco quanto detto dianzi. Se il Ministro accetta un ordine del giorno come raccomandazione, vuol dire che è convinto della necessità di operare in certo settore, ma non può assumersi l'impegno quanto questo deve tradursi in un atto operativo immediato.

D E L E O N I . Bisogna consentire subito ai nostri scienziati di studiare questa branca, altrimenti si troveranno in una forte condizione di inferiorità, specialmente dopo il Congresso di Firenze.

P R E S I D E N T E . È stato presentato dal senatore Lombari il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

considerato che, secondo l'opinione ormai dominante in Parlamento, nella stampa e in tutti coloro che si occupano di problemi sanitari, la ragione principale per cui in Italia l'azione dello Stato nel campo sanitario non ha quell'efficacia, quella coerenza e quella funzionalità che dovrebbe avere sta nel fatto che la competenza statale in questo campo è ancora frazionata fra diversi Ministeri quali, specialmente, i Ministeri del lavoro e della previdenza sociale e dello interno, oltre al Ministero della sanità;

che tale frazionamento di competenza, con conseguente dispersione di mezzi, è una delle principali ragioni dell'attuale disagio dei sanitari ospedalieri e di tutte le organizzazioni sanitarie;

che per ovviare alle gravi deficienze che, in conseguenza di tale situazione irrazionale, si manifestano nell'azione dello Stato nel campo sanitario è generalmente sentita la necessità che vengano al più presto unificate nel Ministero della sanità, a cui spetta istituzionalmente la competenza primaria generale in questo campo, tutte le competenze spettanti attualmente alle altre Amministrazioni civili dello Stato in materia sanitaria;

che tale unificazione è già una realtà in tutti i Paesi civili, e costituisce il presupposto logico, politico ed amministrativo della istituzione del Ministero della sanità;

che in uno Stato moderno e specie nella Repubblica italiana, essenzialmente fondata sul lavoro ed in cui la popolazione attiva è nella stragrande maggioranza rappresentata da masse di lavoratori, l'igiene e la sanità del lavoro non possono ormai considerarsi avulse dall'igiene e dalla sanità generali della popolazione,

invita il Ministro della sanità a presentare al più presto, in Parlamento, un disegno di legge che attui l'auspicata unificazione, presso il Ministero della sanità e gli organi centrali e periferici di questo, di tutte le competenze in materia di sanità, organi diretti ed indiretti e istituti sanitari ancora spettanti ad altre Amministrazioni civili dello Stato, con particolare riguardo alle funzioni sanitarie dell'Ispettorato del lavoro ed agli interventi e controlli sugli Enti ed Istituti che svolgono attività sanitarie, ancora spettanti al Ministero del lavoro e della previdenza sociale, al Ministero dell'interno e ad altri Ministeri;

ciò allo scopo di assicurare all'organizzazione ed all'azione dell'Amministrazione statale in questo delicato settore la maggiore efficienza e funzionalità, tanto più doverose quanto più sono esigui i mezzi finanziari che lo Stato annualmente destina alla tutela ed al miglioramento della pubblica salute ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Poichè coinvolge aspetti strutturali che interessano anche altre Amministrazioni, accolgo questo ordine del giorno come raccomandazione.

Non posso infatti non concordare con il proponente, per quanto attiene all'impegno di promuovere gradualmente il servizio sanitario nazionale.

L O M B A R I . Desidererei che il mio ordine del giorno venisse accolto senza riserve. Comprendo perfettamente, data la necessità di un impegno di Governo, le difficoltà davanti alle quali l'onorevole Ministro verrebbe a trovarsi se lo accogliesse: debbo dire, però, con la mia solita chiarezza, che comincio a dubitare della volontà politica del Governo di fare sul serio qualcosa di concreto per arrivare, sia pure con gradualità, ad una chiara impostazione della riforma sanitaria nazionale.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Lo accolgo come raccomandazione: il che vuol dire che, pur apprezzandone il contenuto per quanto attiene alla parte relativa alla promozione di un servizio sanitario nazionale, non posso accettare le indicazioni specifiche fatte per i vari settori, di competenza di altri Dicasteri.

L O M B A R I . La materia è molto vasta e complessa. Così, ad esempio, per quanto si riferisce alla facoltà di medicina e di chirurgia, posso dire che tutti in genere — ad eccezione forse dei medici che veramente hanno esercitato la professione — considerano questo settore come un settore di carattere esclusivamente dottrinale e scientifico senza comprendere che esiste un terzo elemento fondamentale rappresentato dall'ammalato.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Ho già dichiarato — anche se non in questa sede — che il Ministero della sanità non può disinteressarsi della formazione dei medici e si deve occupare dei problemi la cui soluzione i giovani sollecitano al Parlamento e al Paese, ivi compresi quelli relativi all'articolazione della facoltà di medicina e chirurgia, che devono essere senz'altro affrontati e risolti.

Torno quindi a ripetere che accolgo l'ordine del giorno come raccomandazione.

L O M B A R I . L'autorevole comprensione del Ministro mi consenta di non essere soddisfatto.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Preferirei che si dichiarasse parzialmente soddisfatto.

L O M B A R I . Non sono soddisfatto e mi riservo, se del caso, di ripresentare l'ordine del giorno in Aula.

P R E S I D E N T E . Informo la Commissione che è stato inoltre presentato dai senatori Del Pace, Orlandi, Argiroffi, Guanti, Manenti, Minella Molinari Angiola e De Falco il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

preso atto che da più parti si pone l'accento sulla crisi in cui si dibattono gli Enti mutualistici,

invita il Governo a completare la riforma sanitaria attraverso il superamento del sistema mutualistico e la realizzazione delle unità sanitarie locali, nel quadro di un compiuto sistema di sicurezza sociale, assegnando alle regioni e agli enti locali le competenze e l'autonomia prevista dalla Costituzione ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Accetto anche questo ordine del giorno come raccomandazione. Ciò significa che esso è accolto per le parti che coincidono con l'esposizione che ho fatto alla Commissione, mentre nel complesso è accettato soltanto come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Do ora lettura del successivo ordine del giorno presentato dai senatori Menchinelli, Manenti, Argiroffi, Minella Molinari Angola, Guanti, Ossicini, Del Pace e Orlandi:

« Il Senato,

in considerazione dell'interesse sociale che riveste l'industria farmaceutica ai fini della più larga assistenza sanitaria, in considerazione dell'assorbimento di oltre l'80 per cento della produzione di detta industria per iniziativa pubblica (mutue, ospedali, eccetera);

in considerazione dello sperpero provocato in questo settore dall'iniziativa speculativa del privato nella scelta della produzione dei farmaci e nella fissazione dei prezzi,

impegna il Governo ad operare per la creazione di un settore pubblico della produzione dei farmaceutici sotto il controllo delle organizzazioni degli Istituti di assistenza e delle organizzazioni degli assistiti ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Non posso accogliere questo ordine del giorno così come è formulato: mi faccio peraltro carico dei problemi che esso pone.

Per quanto attiene alla revisione della disciplina relativa alla produzione e alla vendita dei prodotti farmaceutici, la riorganizzazione del settore si connette con quella degli altri Paesi della Comunità economica europea. Da parte del CIP sono inoltre in corso di studio nuove metodiche per l'accertamento dei costi in modo tale che il controllo della produzione (pur lasciata questa all'iniziativa privata) diventi più efficace, più dinamico e finalizzato soprattutto alla effettiva attività di ricerca scientifica di base e non solo di sviluppo. Ora, si ritiene in questa fase, attraverso questa nuova metodologia di controllo, di indirizzo dei prezzi dei farmaci, di poter orientare l'automatismo di mercato al perseguimento di fini sociali.

Non accetto, pertanto, l'ordine del giorno nella formulazione prospettata, mentre riconfermo che sono in corso gli studi per un più efficiente controllo dei prezzi.

M E N C H I N E L L I . Prendiamo atto delle dichiarazioni dell'onorevole Ministro, ma manteniamo l'ordine del giorno che ripresenteremo in Aula.

P R E S I D E N T E . È stato poi presentato dai senatori Maria Pia Dal Canton, Lombari, Colella, Arcudi, De Leoni, Perrino, Montini, il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

considerata la estensione e gravità del fenomeno delle irregolarità psichiche nei minori;

preoccupato delle implicazioni sociali che da essa derivano se non sono convenientemente e tempestivamente diagnosticate e curate;

constatato che non sono ancora state coordinate le poche provvidenze esistenti,

chiede al Ministero della sanità di operare affinchè a livello interministeriale sia istituito un ufficio che coordini e potenzi tutto ciò che già esiste e prepari un testo legislativo che, tenendo conto delle proposte di legge già in atto, affronti il problema nella sua complessità ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Accolgo l'ordine del giorno.

P R E S I D E N T E . Comunico che è stato presentato dal senatore Ossicini il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

constatato che, nonostante che tutti gli orientamenti della moderna psicologia e psichiatria abbiano dimostrato che l'igiene mentale infantile e la cura dei disturbi psichici dell'infanzia è basata su interventi fatti nella situazione ambientale nella quale i soggetti si trovano e ambulatoriamente, si seguita a favorire ed approvare lo stanziamento, specialmente da parte di enti locali, di cifre ingenti, per la costruzione di istituti medico-pedagogici, invece di favorire un organico sviluppo e un concreto funzionamento dei centri medico-psicopedagogici a carattere locale,

impegna il Governo ad un radicale mutamento della sua attuale politica in questo settore favorendo un ampio e coordinato finanziamento dei centri medico-psicopedagogici al posto delle strutture assistenziali con ricovero che determinano troppo spesso, invece che risultati positivi assistenziali e terapeutici, la patologia da istituzionalizzazione ».

Data l'assenza del presentatore, se nessuno intende fare proprio questo ordine del giorno lo dobbiamo considerare ritirato.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Il nostro Gruppo lo fa proprio.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Lo accetto nel suo complesso, escludendo però le parole: « ad un radicale mutamento della sua politica in questo settore.

Quindi il testo dovrebbe suonare: « impegna il Governo a favorire un ampio e coordinato funzionamento » eccetera.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Siamo d'accordo sulla modifica proposta dal Ministro.

P R E S I D E N T E . Segue il secondo ordine del giorno presentato dal senatore Ossicini:

« Il Senato,

constatata la gravissima situazione nella quale versa tutto il settore dell'assistenza psichiatrica in Italia per la mancanza di adeguati provvedimenti e per la errata impostazione della revisione legislativa, come è stata progettata e parzialmente attuata, in quanto collegata a una non più attuale concezione della origine, delle motivazioni e delle prospettive terapeutiche dei disturbi psichici,

impegna il Governo ad una radicale modifica della sua attuale politica in questo settore che permetta che l'assistenza psichiatrica sia fatta secondo i moderni criteri dell'igiene mentale e della psicologia dinamica che hanno rivoluzionato i metodi di valutazione dei disturbi psichici, sottolineando l'importanza di interventi assistenziali e terapeutici che si sviluppino nell'ambiente di vita dei soggetti stessi e il più possibile al di fuori di ogni forma di istituzionalizzazione;

impegna altresì il Governo a modificare radicalmente la struttura degli organismi di ricovero, a qualunque livello esistenti, perchè diventino delle comunità terapeutiche e non restino delle strutture alienanti attraverso le quali la società si difende dal malato e non lo difende ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Accolgo questo ordine del giorno e colgo l'occasione per rilevare che la osservazione fatta ieri dal senatore Argiroffi circa la dichiarazione dell'onorevole Gava non mi sem-

bra del tutto esatta. Come risulta, infatti, dal testo stenografico, l'onorevole Gava ha dichiarato che si considerano necessari altri manicomi giudiziari, per almeno 1.500 persone, anche per sanare situazioni irregolari oggi esistenti. Non ha quindi fatto riferimento a un ospedale di 1.500 posti ed ha usato una terminologia che dà risalto all'aspetto giuridico; ho già dichiarato che in questa materia sono prevalenti gli aspetti sanitari e che la competenza dovrebbe essere riportata al Ministero della sanità.

P R E S I D E N T E . Segue l'ordine del giorno presentato dai senatori Argiroffi, Menchinelli, Ossicini, Simone Gatto, De Falco, Del Pace, Minella Molinari Angiola, Manenti, Orlandi e Guanti:

« Il Senato,

considerata la unanimemente riconosciuta genesi psicopatologica del disadattamento sociale minorile;

considerato che per questa ragione non è più accettabile che la diagnosi e la terapia di tale disadattamento siano legate ad interventi del magistrato e a decreti di ricovero in strutture istituzionalizzate a tipo restrittivo o genericamente emendativo;

invita il Governo a sviluppare un servizio sociale di assistenza medico-psico-pedagogica ai minorenni disadattati, efficiente e capillarizzato, e ad affidare al Ministero della sanità gli opportuni controlli degli interventi in tale delicato settore, che vanno sviluppati, come la scienza richiede, nell'ambiente di vita dei soggetti stessi o nelle comunità terapeutiche ».

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Non posso non accettare un ordine del giorno di questa natura.

P R E S I D E N T E . Segue l'ordine del giorno presentato dai senatori Minella Molinari Angiola, Orlandi, Manenti, Del Pace, Guanti, De Falco, Argiroffi:

« Il Senato,

in relazione al capitolo 1185 del Ministero della sanità « per l'assistenza e la cura di infermi poveri recuperabili affetti da paralisi spastiche infantili e da lussazioni congenite dell'anca »,

invita il Ministro a provvedere a che venga modificata l'attuale situazione in materia con l'eliminazione della condizione di povertà per l'assegnazione dei contributi e la destinazione dei fondi statali alle Provincie quali centri particolarmente competenti ad un'azione unitaria e coordinata nel campo delle malattie sociali e del recupero riabilitativo ».

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Noi abbiamo presentato un emendamento a proposito degli spastici e, nel contempo, un ordine del giorno perchè si provveda nel corso dell'anno, sia ad eliminare la condizione di povertà per l'assegnazione dei contributi, sia a destinare i fondi statali alle Provincie onde evitare che siano divisi tra le varie associazioni.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* L'accettazione di questo ordine del giorno è subordinata però all'approvazione dell'emendamento.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Potremmo rinunciare allora alla prima parte, perchè questa implica la approvazione di un emendamento che non abbiamo ancora discusso.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Il concetto relativo al superamento della condizione di povertà è previsto nel programma di sviluppo, e quindi l'ordine del giorno non può che essere accolto nella prima parte. Per quanto concerne il secondo punto, non posso accettare la proposta della destinazione da farsi alle Amministrazioni provinciali.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Noi non chiediamo che l'assistenza venga fatta dalle Provincie, ma che nell'ambito delle Provincie ci sia un organo che coordini questa azione e che i fondi statali vengano destinati alle Provincie stesse.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Il Ministero è impegnato ad agire sulla base di programmi per i singoli settori di intervento, ripartendo, quindi, i finanziamenti per territori e per enti. Non è possibile accogliere la sua richiesta di destinare i fondi esclusivamente alle Provincie, mentre è possibile stabilire un rapporto di collaborazione tra il Ministero e le amministrazioni provinciali.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . Non vogliamo che continui la dispersione e la polverizzazione degli stanziamenti!

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Non credo che introducendo il metodo della programmazione si continui la dispersione e la polverizzazione degli interventi.

Accolgo il primo punto e solo come raccomandazione la seconda parte dell'ordine del giorno.

P R E S I D E N T E . Vi è ora l'emendamento presentato dai senatori Orlandi ed altri:

Al capitolo n. 1139, aumentare lo stanziamento da lire 15 *miliardi a lire* 50 *miliardi.*

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Lo stanziamento per il fondo sanitario ospedaliero nazionale viene ad ammontare a 35 miliardi con il recupero delle somme che non si sono potute impegnare nel biennio precedente.

L'ulteriore estensione a 50 miliardi non può essere accolta perchè non è prevista la copertura.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento.

(*Non è approvato*).

Vi è un secondo emendamento presentato dai senatori Orlandi ed altri:

Al capitolo 1185, aumentare lo stanziamento da lire 4.500.000.000 *a lire* 9 *miliardi.*

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità.* Non ritengo di dover aderire neppure a questo emendamento.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento.

(*Non è approvato*).

Se non si fanno osservazioni, possiamo considerare concluso l'esame della Tabella 19. La Commissione dà mandato al senatore Perrino di redigere parere favorevole sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

La seduta termina alle ore 13,45.

UFFICIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Direttore delegato per i resoconti stenografici
Dott. ENRICO ALFONSI