

N. 815-A

Resoconti XIX

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 1970

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 GIOVEDÌ 18 SETTEMBRE 1969

PRESIDENTE	Pag. 974, 984, 985, 986, 987
ALBANESE	986
ARGIROFFI	985
COLELLA, <i>relatore</i>	974, 985
DE LEONI	986
DEL PACE	987
ORLANDI	984
PERRINO	986, 987
ZONCA	985

SEDUTA DI VENERDÌ 19 SETTEMBRE 1969

PRESIDENTE	Pag. 987, 993, 1005
ALBANESE	1001
ARGIROFFI	1001, 1002
DE MARIA, <i>sottosegretario di Stato per la sanità</i>	1003, 1004
ORLANDI	1002
OSSICINI	987
PERRINO	994, 1001, 1002, 1003
RIPAMONTI, <i>ministro della sanità</i>	993

SEDUTA DI GIOVEDÌ 25 SETTEMBRE 1969

PRESIDENTE	Pag. 1005, 1041
ARGIROFFI	1028, 1035
CHIARIELLO	1033, 1034, 1035
DE LEONI	1005
DE MARIA, <i>sottosegretario di Stato per la sanità</i>	1022, 1023, 1027, 1039
DEL PACE	1025, 1027, 1028
DINDO	1011
GUANTI	1008
MENCHINELLI	1020, 1022, 1023
MINELLA MOLINARI Angiola	1023, 1038
ORLANDI	1028, 1033
PINTO	1028, 1038, 1039

SEDUTA DI VENERDÌ 26 SETTEMBRE

PRESIDENTE	Pag. 1041, 1045
COLELLA, <i>relatore</i>	1041, 1043, 1044
DE MARIA, <i>sottosegretario di Stato per la sanità</i>	1045
DEL PACE	1044
MENCHINELLI	1044
MINELLA MOLINARI Angiola	1043, 1044

BILANCIO DELLO STATO 1970

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)**SEDUTA DI GIOVEDÌ 2 OTTOBRE 1969**

PRESIDENTE	Pag. 1046, 1054, 1061, 1062, 1063, 1069
ARGIROFFI	1048, 1051, 1052, 1055
DE LEONI	1052, 1056, 1057, 1058, 1059
DEL PACE	1060
FERRONI	1056, 1064, 1066
MINELLA MOLINARI Angiola	1054, 1059
MENCHINELLI	1062, 1069
ORLANDI	1053, 1054, 1056, 1057, 1067
PERRINO	1054, 1061
PICARDO	1067
PINTO	1069
RIPAMONTI, ministro della sanità	1046, 1048, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1066, 1069

SEDUTA DI GIOVEDÌ 18 SETTEMBRE 1969

Presidenza del Presidente CAROLI

La seduta ha inizio alle ore 10,25.

Sono presenti i senatori: Albanese, Argiroffi, Caroli, Chiariello, Colella, De Leoni, Del Pace, Dindo, Guanti, La Penna, Menchinelli, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino e Zonca.

Interviene il sottosegretario di Stato per l'igiene e la sanità De Maria.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1970**— 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 1970 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

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

C O L E L L A , relatore. Il momento attuale è caratterizzato, in campo sanitario, da profondi mutamenti delle condizioni nosologiche del Paese e dei bisogni dei cittadini. Questi mutamenti in parte sono la naturale conseguenza dello sviluppo socio-economico e in parte sono dovuti alle grandi conquiste

della medicina moderna che hanno consentito notevolissimi progressi nel campo della profilassi, della terapia medica e chirurgica e della riabilitazione.

Assistiamo così ad un processo di natura in certo modo demografica per cui un numero sempre maggiore di individui raggiunge l'età anziana, e ad un processo socio-culturale in virtù del quale la salute viene in misura sempre maggiore concepita come un diritto inalienabile del cittadino che lo Stato deve tutelare e difendere. Nel momento infatti in cui si allarga il campo delle possibilità preventive e terapeutiche, gli interventi sanitari si fanno anche più complessi (il problema dei trapianti ne è un esempio) e, di conseguenza, più costosi. In questa situazione le possibilità di completa utilizzazione delle risorse sanitarie da parte del singolo cittadino divengono sempre minori e si evidenzia quindi la necessità di promuovere, nel settore, un vasto movimento di solidarietà nazionale.

Il significato dell'organizzazione mutualistica è appunto questo: tutelare categorie di cittadini particolarmente esposti al rischio di malattia sollevando il singolo individuo dall'impegno finanziario che il ripristino dello stato di salute comporta e predisporre anche direttamente gli strumenti tecnici ritenuti utili allo scopo.

In questo senso bisogna sottolineare i grandi meriti della nostra organizzazione mutualistica che tra difficoltà obiettive rilevanti ha saputo progressivamente qualificarsi e allargarsi sino a comprendere più del 90 per cento della popolazione italiana.

Tuttavia dobbiamo oggi riconoscere che l'organizzazione mutualistica è in crisi di fronte ai crescenti impegni che la qualificazione delle attività mediche e la maturazione della coscienza sanitaria pubblica comportano.

La crisi della mutualità è di carattere finanziario. Il sistema previdenziale nel suo complesso ha registrato infatti per la fine del 1969 circa 70 miliardi di deficit che sarà lo Stato, e quindi la comunità nazionale, a dover corrispondere per ripianare bilanci cronicamente in crisi. Questa situazione finanziaria è inoltre destinata inevitabilmente ad

aggravarsi, dal momento che il costo delle prestazioni subisce cospicui incrementi annuali, mentre l'entità degli oneri sociali gravanti sul mondo del lavoro ha raggiunto, per concorde ammissione degli esperti, il suo limite massimo di tolleranza e non può essere ulteriormente aumentata se non si vogliono provocare pericolosi contraccolpi sul piano dell'occupazione. In questa situazione è venuto meno uno dei capisaldi del sistema assicurativo che richiede un perfetto equilibrio fra l'entità globale delle contribuzioni e l'onere mediamente sostenuto per la tutela dello spazio di rischio assicurato.

Ma la crisi della mutualità è anche di ordine tecnico. Un altro caposaldo di ogni organizzazione assicurativa vuole infatti che il sistema scatti e divenga operante quando il rischio si trasforma in evento: nel nostro caso è l'evento « malattia » che determina nella pratica il diritto alle prestazioni e prima che questo evento si verifichi non esiste alcun obiettivo diritto dell'assicurato nè alcuna seria possibilità di intervento per gli enti.

La mutualità esclude dal suo ambito operativo tutta quella cospicua parte dell'intervento medico che può e deve essere realizzato prima che si instauri la malattia allo scopo di difendere e consolidare lo stato di buona salute. In altre parole è esclusa dalla competenza della mutualità la prevenzione, proprio quel settore cioè dell'intervento sanitario che gli studiosi di tutto il mondo riconoscono di fondamentale interesse e del quale lo stesso andamento nosologico del Paese — caratterizzato com'è dal progressivo incremento della patologia degenerativa affrontabile soltanto con interventi di profilassi, di *dépistage* di massa e di diagnosi precoce — sottolinea l'estrema importanza.

È ancora da aggiungere che l'organizzazione mutualistica, nonostante le grandi dimensioni raggiunte, non è in grado di assicurare ai cittadini tutto l'arco di protezione sanitaria di cui essi necessitano.

Si verificano infatti oggi per effetto del sistema mutualistico tre ordini di sperequazioni:

a) la sperequazione tra coloro che sono inseriti nel ciclo lavorativo e che quindi sono

protetti dal sistema e coloro che ne vengono invece esclusi. Questi ultimi, pur essendo una minoranza, rappresentano la parte più sfortunata e vulnerabile della popolazione (sottoccupati e disoccupati, anziani non pensionati, inabili al lavoro, eccetera) e quindi la più esposta ai rischi di malattia;

b) la sperequazione tra gli stessi assistiti dai vari enti mutualistici dovuta alla diversa natura, qualità ed estensione delle prestazioni che gli stessi enti erogano;

c) la sperequazione tra malati acuti, tutelati dal sistema, e quelli cronici o affetti da malattie d'ordine psichiatrico che il sistema stesso tende a rifiutare operando una vera e propria opera discriminatrice dannosa, oltre che sul piano sociale, anche su quello economico e terapeutico.

Ci si deve domandare se la soluzione di questa crisi profonda e progressiva, cui per brevità si è soltanto accennato, debba essere ricercata in un processo di sviluppo e di razionalizzazione del sistema attuale o in uno sforzo di riforma globale della nostra organizzazione sanitaria.

La scelta, com'è noto, è stata effettuata da tempo, nelle sedi più responsabili, in armonia con quanto stabilito, in ordine al diritto alla salute, dalla Carta costituzionale. Il piano quinquennale, confermato ripetutamente negli impegni programmatici di Governo e ripreso del tutto recentemente dal progetto '80, individua nel superamento del sistema mutualistico e nell'attuazione del Servizio sanitario nazionale la prospettiva qualificante verso la quale deve orientarsi la riforma sanitaria.

Il Servizio sanitario nazionale dovrà articolarsi in due istituzioni fondamentali: lo ospedale e l'unità sanitaria locale. Alle regioni dovrà competere, nel rispetto del dettato costituzionale, la potestà legislativa e amministrativa in campo sanitario, mentre è previsto che agli enti locali venga attribuita, per delega delle stesse regioni, la gestione degli strumenti operativi. Ovviamente tutte le forme di prestazioni sanitarie — preventive, curative e riabilitative — dovranno essere assicurate a tutti i cittadini ai quali corrispondentemente sarà chiesto, in pro-

porzione delle rispettive disponibilità, di concorrere al finanziamento del servizio mediante la fiscalizzazione dei relativi oneri.

Si configura così un sistema — tecnicamente incentrato sullo sviluppo delle attività di prevenzione e politicamente caratterizzato dalla gestione diretta dei servizi da parte dei cittadini — incompatibile con ogni ipotesi di razionalizzazione della situazione attuale e realizzabile soltanto mediante una decisa volontà di progresso che passa attraverso l'attuazione dell'Ente Regione, la riforma tributaria e della finanza locale.

La riforma ospedaliera e i decreti delegati di attuazione recentemente approvati sono due grandi passi avanti sulla strada del rinnovamento sanitario. Ci aspetta ora un lavoro non indifferente per la riforma dei servizi sanitari di base e l'attuazione in tutto il Paese di una rete di unità sanitarie locali con compiti per il momento limitati alla prevenzione e al controllo igienico dell'ambiente, ma pronte a recepire domani tutte le responsabilità operative nel campo della medicina terapeutica e riabilitativa, che dovranno essere gradualmente sottratte al sistema previdenziale.

Su questa linea esistono precisi e solenni impegni delle forze di maggioranza e verso questa prospettiva si muovono anche le grandi centrali sindacali e le varie componenti del mondo sanitario.

Ricorderò qui soltanto che l'onorevole Rumor, nel momento in cui presentava al Parlamento il suo primo Governo e precisamente nel suo discorso di replica al Senato del 19 dicembre 1968, affermava che in campo sanitario le iniziative del Governo si sarebbero svolte nella direzione della « riforma sanitaria attraverso l'istituzione di unità sanitarie locali con compiti preventivi, di medicina sociale e di educazione sanitaria ».

Questo impegno è stato di recente ufficialmente riconfermato. Lo stesso onorevole Rumor infatti ha presentato, nella sua veste di Ministro del lavoro e della previdenza sociale *ad interim*, il bilancio per il 1970 di questo Dicastero e nel capitolo introduttivo ha affermato che è compito fondamentale del Ministero « estendere le prestazioni sa-

nitarie a tutti per mezzo di un Servizio sanitario nazionale finanziato dallo Stato attraverso il contributo di tutti i cittadini ».

D'altra parte la soluzione del problema della casa e di quello dell'assistenza malattia rientra come momento fondamentale del pacchetto di richieste avanzate dai grandi sindacati nazionali proprio in questi giorni. Lo stesso tema del Servizio sanitario nazionale è inoltre stato ampiamente dibattuto nel mondo del lavoro ed è stato oggetto di un apposito convegno delle ACLI.

Sulle grandi linee della riforma esiste quindi un accordo generale in sede politica: Governo, partiti della maggioranza e sindacati concordano infatti sulla necessità di superare il sistema mutualistico e di attuare gradualmente il Servizio sanitario nazionale secondo le linee sancite dal piano quinquennale.

Anche le organizzazioni rappresentative del mondo sanitario sostengono e portano avanti questa prospettiva. Basterà a questo proposito citare le posizioni assunte dalla FIARO (Federazione italiana delle Associazioni regionali ospedaliere) al recente Convegno di Verona e le ripetute dichiarazioni di disponibilità dei dirigenti dell'ANAAO (Associazione nazionale degli aiuti e degli assistenti ospedalieri).

Sulla base di questa vasta e significativa concordanza di idee è possibile oggi operare dando inizio concretamente al processo di riforma.

Gli obiettivi a breve scadenza che possono essere indicati sono fondamentalmente due: il primo riguarda la necessità di mettere fine al sistema dei periodici ripiani dei bilanci degli enti mutualistici. I *deficit* che oggi ci troviamo a sanare riguardano soprattutto l'assistenza ospedaliera. È questo quindi il momento di sottrarre questa parte dell'intervento sanitario al controllo della mutualità estendendo a tutti i cittadini il diritto all'assistenza ospedaliera e fiscalizzando i relativi oneri.

Il secondo obiettivo immediato riguarda l'istituzione delle unità sanitarie locali di prevenzione. È possibile infatti sin d'ora realizzare concretamente, dal punto di vista territoriale e istituzionale, queste reti di

BILANCIO DELLO STATO 1970

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

servizio e affidar loro quei compiti di prevenzione, controllo igienico ed educazione sanitaria che oggi in maniera assolutamente sporadica e insufficiente vengono attuati da numerosi enti nazionali e locali. Ciò consentirà di predisporre e consolidare una struttura operativa capace in breve tempo di recepire un'area più vasta di responsabilità e di competenze.

Passando poi al concreto esame del disegno di legge n. 815 e della tabella n. 19 sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno 1970, debbo rilevare che il bilancio prevede una spesa globale di lire 164.275,6 milioni con un aumento rispetto all'anno precedente di appena milioni 22.772,05 così distribuiti:

Spese generali . . .	L.	7.525.250.000
Ospedali	»	8.755.000.000
Igiene pubblica . . .	»	330.500.000
Malattie sociali . . .	»	5.531.000.000
Igiene degli alimenti e nutrizione	»	108.000.000
Servizio farmaceutico	»	45.000.000
Servizio veterinario . . .	»	228.000.000
Istituto superiore di sanità	»	249.300.000
Totale	L.	22.772.050.000

Farò alcune brevissime considerazioni sulle rubriche innanzi menzionate.

Spese generali.

Tra le spese generali c'è quella del personale.

Problema di vitale importanza per il Ministero della sanità, e che assumerà un aspetto determinante nell'anno 1970, in relazione agli impegni cui il Ministero stesso sarà chiamato ad assolvere, è quello del personale.

È un problema che è stato più volte prospettato in tutte le sedi ed a tutti i livelli, senza risultato alcuno. L'ostacolo è stato soprattutto costituito dal frapposto rinvio al previsto riordinamento generale della pubblica Amministrazione, in cui dovrebbe inquadrarsi anche l'invocata revisione dei ruoli organici del Ministero della sanità.

Io ritengo che il problema del personale per il Ministero della sanità si ponga in termini del tutto diversi da quelli degli altri Ministeri, che sono di più antica e solida formazione. L'Amministrazione della sanità è sorta da appena dieci anni ed ha visto accrescersi rapidamente le proprie attribuzioni senza che, corrispondentemente, si siano sviluppate le occorrenti attrezzature organizzative, soprattutto per quanto concerne il personale.

Le dotazioni organiche del personale sono rimaste sostanzialmente quasi inalterate rispetto a quelle del 1959. Anzi, dal 1959 ad oggi, mentre è stato possibile, attraverso un rapido espletamento dei concorsi di immissione in carriera, coprire i posti disponibili nei ruoli organici delle varie carriere amministrative, si è dovuta invece registrare una progressiva diminuzione della consistenza numerica del personale delle carriere tecniche (in particolare dei medici provinciali e delle assistenti sanitarie), sia per il sempre più scarso afflusso di candidati ai concorsi, sia per l'esodo volontario dei medici già in servizio, attratti dalle migliori prospettive offerte loro da altre attività più remunerative.

Il quadro più indicativo dell'attuale situazione del personale del Ministero della sanità è offerto, appunto, dalla situazione del personale medico. Rispetto ad una consistenza in organico di n. 485 unità, soltanto n. 262 posti risultano occupati.

Altra situazione particolarmente indicativa delle critiche condizioni in cui opera il Ministero della sanità è quella del personale di ragioneria. Qui non si tratta più di difficoltà di reclutamento, come per il personale medico, ma di insufficienza della dotazione organica.

I posti nel ruolo di ragionieri sono appena 192: con appena 192 unità il Ministero dovrebbe provvedere ai servizi finanziario-contabili di sette direzioni generali e di circa 200 uffici periferici (del medico provinciale, del veterinario provinciale, di sanità aerea, marittima e di confine). È quindi intuibile a quali responsabilità vadano incontro i dirigenti degli uffici periferici, i quali non dispongono neppure di un ragioniere, sia pure assegnato a entrambi gli uffici del medico

e del veterinario provinciali: tale è il caso, attualmente, dei dirigenti degli uffici di ben dodici sedi provinciali.

Mi astengo dal fare altri rilievi riguardanti il personale di dattilografia e di archivio, (alcuni uffici periferici non dispongono neppure di una unità da adibire alla copia e all'archivio); il personale veterinario e chimico; il personale della carriera direttiva amministrativa eccetera; per dire chiaramente che l'Amministrazione sanitaria ha in questo momento una duplice, fondamentale esigenza:

1) l'adozione di provvedimenti atti ad agevolare il reclutamento e frenare l'esodo volontario del personale delle carriere tecniche, in particolare quello medico;

2) l'ampliamento dei ruoli organici del personale di alcune carriere, in particolare dei ragionieri, dei dattilografi, degli archivisti, nonché dei veterinari e dei funzionari amministrativi.

Ma l'esigenza succennata deve essere soddisfatta nel più breve tempo possibile e non può attendere — ripeto — l'attuazione della riforma generale dell'Amministrazione dello Stato, prevista dalla legge 18 marzo 1968, n. 249.

Ospedali.

Fornisco soltanto due indicazioni per i programmi di spesa relativi ai servizi degli ospedali:

1) si torna a ribadire, anche se non è di carattere normativo, la necessità dell'accoglimento da parte del Ministro del tesoro della istituzione del capitolo per il finanziamento delle commissioni per gli esami di idoneità di cui all'articolo 43 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, lettere *b*) e *c*);

2) si sottolinea la necessità che si provveda ad elaborare il piano nazionale ospedaliero transitorio di cui all'articolo 61 della legge sopracitata, in quanto, per il disposto della lettera *b*) dell'articolo 27, il Fondo nazionale ospedaliero, dovrà essere utilizzato solo in base ai criteri territoriali e qualitativi dettati dal piano predetto.

Si rammenta che con apposito provvedimento legislativo è stato reso possibile conservare nei residui e non oltre il 31 dicembre 1970, le somme stanziare nel Fondo nazionale ospedaliero, che a tutt'oggi assommano a 35 miliardi.

Come è noto la nuova legge per il finanziamento dell'edilizia ospedaliera è entrata in vigore e consente un finanziamento per il prossimo biennio di 130 miliardi. Il Ministro della sanità, in pieno agosto, ha diramato un decreto che fissa i criteri per la formulazione dei piani regionali ospedalieri.

Di questa essenziale tappa dell'applicazione della legge ospedaliera desidero parlare più diffusamente a conclusione della mia relazione.

Igiene pubblica.

I servizi di medicina scolastica non hanno ancora raggiunto lo sviluppo che meriterebbero per vari motivi che si riallacciano tutti alle deficienze in cui attualmente versa l'organizzazione periferica di base di cui quella medico-scolastica non è che un settore operativo.

Problema di assoluta priorità è quindi quello di promuovere la capillarizzazione dei predetti servizi venendo incontro con concreti aiuti finanziari ai piccoli Comuni per porli in grado di espletare almeno le attività più elementari ed urgenti.

2) Inquinamento atmosferico.

In tale settore è stata intensificata l'attività per rendere operante la legge 13 luglio 1966, n. 615, recante provvedimenti contro l'inquinamento atmosferico.

Sono stati istituiti, e sono operanti, quasi tutti i Comitati regionali contro l'inquinamento atmosferico.

Questa legge avrà completa attuazione nell'inverno 1969 e si prevede che i risultati saranno soddisfacenti.

3) Profilassi malattie infettive.

Il programma che si intende svolgere nel 1970, compatibilmente con le gravi condizioni in cui versano gli uffici centrali e provinciali del Ministero, e con la carenza nella

massima parte del territorio nazionale di uffici sanitari comunali che abbiano un minimo di organizzazione, può essere così indicato:

a) perfezionamento della lotta contro la poliomielite a mezzo della vaccinazione con il vaccino vivo attenuato di Sabin.

Oggi si manifestano pochi casi destinati anch'essi a scomparire non appena si riuscirà a dare completa applicazione alla legge sulla obbligatorietà delle vaccinazioni. Rimane sempre vivo il problema del recupero degli infermi poveri affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta, anche se questi sono in numero minore, come risulta chiaramente dagli stanziamenti in bilancio per il 1970, di cui all'articolo 126 del disegno di legge in esame;

b) eradicazione della residua morbosità per difterite. L'Amministrazione sanitaria ha approfittato della particolare sensibilizzazione raggiunta nell'opinione pubblica nei riguardi della vaccinazione antipoliomielitica per favorire la diffusione delle altre vaccinazioni obbligatorie, ed in particolare di quella antidifterica.

Non è un caso se la residua morbosità per difterite risulta concentrata nelle stesse zone in cui si verificano ancora troppi casi di poliomielite, nè può essere addebitato al caso se, in conseguenza dell'azione svolta dagli organi sanitari, la tendenza alla progressiva riduzione della morbosità per difterite ha assunto, nell'ultimo quinquennio, un ritmo più accelerato;

c) lotta contro il tetano. È intimamente legata all'azione di cui al punto b) in quanto, come è noto, è associata nei bambini a quella antidifterica;

d) lotta contro l'influenza. Come è noto, la vaccinazione antinfluenzale non è obbligatoria.

Si stanno in questi anni raccogliendo i frutti dell'opera di convinzione attuata, a mezzo degli organi periferici, perchè sia praticata ai soggetti più esposti a contrarre la malattia o in condizioni di età e salute tali da poter risentire in maniera grave della malattia influenzale, una volta contratta. È da rilevare con soddisfazione che la vaccinazione si va diffondendo e sta gua-

dagnando adesione sempre più vasta anche nell'opinione pubblica;

e) lotta contro l'epatite virale. Questa malattia è in continuo aumento (nel 1968 i casi sono ammontati a 50.000 circa).

Manca un vaccino specifico, per cui le possibilità di controllo della malattia restano legate, allo stato attuale, al risanamento ambientale e alla rigorosa osservanza delle norme d'igiene individuale.

Auspico che il Ministero della sanità voglia predisporre un programma volto a rendere più incisiva l'azione degli organi sanitari per fronteggiare il continuo aumento della malattia.

Servizi di medicina sociale.

1) Servizi per la protezione della maternità e dell'infanzia.

Debbo porre in particolare rilievo l'utilità della campagna promossa dal Ministero per la lotta contro la mortalità infantile e dei programmi particolareggiati che per essa sono stati previsti nel capitolo 1208 (massima estensione dei controlli pre e post-natali delle gestanti e nel puerperio, fino al terzo anno di età del bambino, incremento numerico e qualitativo dei reparti ospedalieri, ostetrici e pediatrici, centri per immaturi, eccetera).

A carico dello stesso capitolo vengono concessi sussidi alle ostetriche condotte per sensibilizzarle ai problemi medico-sociali ed alle attività di puericultura, in particolare per l'attuazione della lotta alla mortalità infantile, sollecitandole a frequentare corsi di educazione sanitaria necessari alla loro specifica preparazione.

I sussidi alle scuole convitto professionali per vigilatrici d'infanzia ed a quelle a corso annuale per il rilascio della licenza di puericultrice completano il quadro degli interventi perseguiti direttamente dal Ministero con il fondo stanziato in bilancio nel capitolo 1208.

2) Servizi per la lotta contro le malattie sociali.

Accenno soltanto alle principali: tumori e tubercolosi. Tralascio le altre per non dilungarmi troppo.

a) Tumori.

Per la lotta contro i tumori è necessario, sia la istituzione di nuovi centri, sia il potenziamento di quelli già esistenti. A tal fine è stato proposto di aumentare la spesa del capitolo 1210.

Infatti, soltanto una delle principali attività di tali istituzioni, quella del *dépistage* di massa dei tumori della sfera genitale femminile, importerebbe una spesa biennale di circa 12 miliardi, quindi con un onere di 6 miliardi per esercizio finanziario.

Nè è da trascurare la necessità che i centri per tumori siano forniti di idonee attrezzature diagnostiche e terapeutiche, in continua evoluzione per i progressi della scienza e della tecnica, e richiedenti perciò un continuo ammodernamento, con spese di notevole entità specie per quanto riguarda le apparecchiature radiologiche.

b) Tubercolosi.

Per quanto attiene alla lotta contro la tubercolosi, il Ministro della sanità, confortato dai risultati ottenuti negli ultimi anni, ha chiesto un aumento del capitolo 1204 per continuare a svolgere anche nel 1970 la propria azione secondo i seguenti indirizzi:

- 1) ulteriore perfezionamento dei servizi di accertamento della malattia tubercolare;
- 2) maggiore potenziamento delle attività di prevenzione;
- 3) integrazione delle attività svolte dalle istituzioni antitubercolari per favorire l'assistenza degli infermi di tubercolosi e dei predisposti alla malattia.

Il rinnovamento e l'incremento delle attrezzature soprattutto radiologiche e schermografiche dei dispensari antitubercolari, che restano il fulcro di ogni iniziativa diretta a combattere la tubercolosi, sono condizione necessaria perchè l'attività di accertamento e la ricerca dei casi ignorati e latenti di malattia possa efficacemente svilupparsi.

Tale attività che si concreta, secondo gli ultimi dati disponibili, in oltre tre milioni e mezzo di visite dispensoriali — le quali comportano almeno un esame radioscopico o radiologico —, e in circa quattro milioni di

schermogrammi all'anno, dovrà non solo continuare allo stesso livello, ma essere per quanto possibile incrementata nel 1970.

Per quanto riguarda le attività di prevenzione, sarà continuata l'azione ininterrotta di stimolo condotta dal Ministero da alcuni anni per attuare un aumento decisivo delle attività di profilassi antitubercolari specifiche; azione che già ha portato alla istituzione, negli ultimi tre anni, di organici servizi di vaccinazione antitubercolare in oltre un terzo delle province italiane ed all'inizio della pratica vaccinale in altrettante province.

Sempre nel campo della prevenzione sarà altresì esercitata una sempre più incisiva azione di controllo intesa ad ottenere che il funzionamento degli istituti di prevenzione risponda pienamente ai requisiti stabiliti.

Nel settore dell'assistenza saranno continuati gli interventi contributivi in favore dei Consorzi provinciali antitubercolari, le cui difficoltà economiche, malgrado la contrazione della morbosità, persistono ancora, in quanto la diminuzione delle giornate di degenza dei tubercolotici non riesce ancora a bilanciare l'aumento verificatosi delle rette di ricovero.

Si ha fondato motivo di ritenere che l'attuazione del programma sopra accennato porterà indubbiamente ad una ulteriore contrazione della epidemiologia tubercolare sia sotto l'aspetto della morbosità che della mortalità.

3) Servizi di riabilitazione.

Riassumo di seguito le variazioni che si propongono in sede di bilancio:

Infermi affetti da paralisi spastiche infantili e da lussazioni congenite dell'anca:

CAPITOLO 1185 - da lire 4.500.000.000 a lire 8.000.000.000.

L'aumento di lire 3.500.000.000 si rende necessario per far fronte alle maggiori spese previste per il pagamento delle rette di ospedalità.

L'impegno finanziario è andato aumentando di anno in anno in rapporto al sorgere in

tutta Italia di numerosi centri di rieducazione psicomotoria, alle più pressanti richieste di tali categorie d'infermi ed al maggior livello dell'assistenza, sia per la qualificazione del personale specializzato (medico e paramedico) sia per il progresso delle metodiche riabilitative nel settore.

Tuttavia lo sviluppo dell'assistenza è ancora lontano dal traguardo che ci si prefigge di raggiungere, in quanto in Italia numerose province ed intere regioni sono sprovviste di centri di rieducazione motoria per spastici.

CAPITOLO 1209 - da lire 80.000.000 a lire 120.000.000.

L'incremento di 40 milioni si rende necessario sia per promuovere l'impianto di nuovi Centri residenziali ed ambulatoriali nelle province che ne sono sprovviste, sia per la concessione di sussidi ai centri esistenti allo scopo di migliorarne l'attrezzatura tecnica.

Igiene degli alimenti e nutrizione.

Raffrontando lo stato di previsione della spesa per l'anno finanziario 1970 con lo stato di previsione per l'anno 1969 si rileva, come dato positivo, la maggiore attenzione che si intende attribuire ai problemi della sicurezza sociale ed in particolare ai problemi della salute pubblica.

Certo i capitoli di bilancio amministrati dal Ministero della sanità per l'igiene degli alimenti e la nutrizione sono molto esigui in rapporto al crescente allarme dell'opinione pubblica e alla protezione sempre più richiesta al Dicastero in parola contro le sofisticazioni alimentari.

Si deve osservare, a tale riguardo, che la imponente mole di provvedimenti comporta la organizzazione degli strumenti operativi che garantiscano la corretta applicazione delle norme di legge.

Il programma relativo a questo settore può sintetizzarsi come segue:

1. — *Regolamento di esecuzione della legge 30 aprile 1962, n. 283.*

Una discreta parte delle disposizioni contenute in questa legge non può avere pra-

tica attuazione per la mancanza di un regolamento di esecuzione.

2. — *Disciplina dei prodotti cosmetici.*

Manca in Italia, una disciplina organica, sistematica, dei prodotti cosmetici.

3. — *Nuova disciplina del latte alimentare.*

Le norme attualmente in vigore sono il Regolamento approvato con regio decreto 9 maggio 1929, n. 994, e la legge 16 giugno 1938, n. 851.

Si tratta di norme che potevano considerarsi valide all'epoca in cui furono emanate, ma che non sono più idonee a disciplinare la complessa problematica attuale concernente la produzione, il trattamento, la trasformazione ed il commercio del latte alimentare.

Trattasi di materia particolarmente complessa, come dimostra il fatto che nei scorsi anni sono stati compiuti vari tentativi di aggiornare la legislazione, sia da parte di questo che di altri Ministeri, nonchè per iniziativa parlamentare, senza risultati concreti.

4. — *Nuova disciplina della molluschicoltura.*

Anche in questo campo, come per il latte alimentare, le norme in vigore (che risalgono al 1929) non sono più idonee al controllo.

Lo sviluppo urbanistico ed industriale ha posto problemi di inquinamento marino che condizionano l'attività di produzione dei molluschi eduli a tutta una serie di misure che dovranno essere previste da una nuova legge.

Per quanto riguarda il problema di una normativa mondiale concernente la molluschicoltura, si segnala che l'Italia è stata designata quale Paese relatore, unitamente agli USA, alla prossima sezione del Comitato igiene alimentare del « Codex » FAO-MS. Anche questo programma rappresenta uno dei maggiori impegni assunti dal Ministero della sanità.

Il problema della molluschicoltura comporta anche considerazioni di carattere finanziario.

La soluzione delle questioni di salubrità, riguardanti l'allevamento dei mitili, deve essere ricercata — essendo praticamente immutabile la situazione dei mari sempre più inquinati — nell'allestimento di numerosi e bene attrezzati impianti di depurazione. In tale direzione l'iniziativa privata deve essere incoraggiata in ogni modo, anche con il concorso finanziario dello Stato.

Deve rammentarsi al riguardo che la molluschicoltura rappresenta, sia per il consumo interno che per la bilancia commerciale, una ricchezza del nostro Paese. Occorre predisporre gli strumenti che garantiscano i consumatori riguardo alla salubrità dei prodotti e, nel contempo, consentano alla economia italiana di non perdere una posizione di preminenza nel mercato internazionale, conquistata in lunghi anni di lavoro.

Oltre che sul terreno normativo, l'attività in questo settore dovrà svolgersi su alcune direttrici essenziali per l'igiene della alimentazione.

Le principali sono:

a) *Potenziamento dei Laboratori provinciali di igiene e profilassi.*

L'intero sistema di vigilanza sulla produzione e sul commercio delle sostanze alimentari fa perno sull'attività ispettiva, sul prelievo di campioni e sull'analisi degli stessi. Ciò significa che non è neppure immaginabile, nella materia, una vigilanza senza controllo analitico.

b) *Organizzazione di un Ufficio centrale di vigilanza.*

Soltanto attraverso la centralizzazione della vigilanza l'attività degli organi locali cessa di costituire un fatto episodico e può fornire, con elementi di informazione, le tessere di un mosaico che, ricostruito dall'organo centrale, sveli l'organizzazione della frode industriale. L'onorevole Ministro ha posto le premesse di questo nuovo tipo di vigilanza istituendo con decreto l'Ufficio centrale, ed occorre adesso dar seguito alla

iniziativa approntando i mezzi necessari, in uomini e materiale, per il buon funzionamento del servizio.

Servizio farmaceutico.

I lavori per l'aggiornamento della Farmacopea procedono alacremente e si può dire che essa ha già superato largamente il previsto aggiornamento e si sta allineando alla situazione del momento.

Manca ancora il formulario galenico nazionale, ma si confida di portare a termine il lavoro, assai complesso, entro la fine del 1969. Per quanto concerne la brevettazione dei procedimenti di fabbricazione, la « disciplina globale della produzione » dei medicinali, la generale revisione delle autorizzazioni dei farmaci esistenti sul mercato italiano e la dotazione al Ministero della sanità di un efficiente apparato tecnico, tali obiettivi sono condizionati all'iter del disegno di legge sulla brevettazione ed al processo di armonizzazione legislativa nell'ambito della CEE, nonché all'adeguamento degli uffici e degli organici alle accresciute esigenze dei servizi.

Servizi veterinari.

La organizzazione dei servizi veterinari a livello comunale è particolarmente carente sia dal punto di vista del numero dei veterinari addetti sia da quello del personale coadiutore a disposizione. D'altra parte, le funzioni di ispezione e di vigilanza sugli alimenti di origine animale, quelle relative alla polizia veterinaria, alla lotta contro le malattie diffuse nonché al controllo degli allevamenti per quanto riguarda in particolare l'alimentazione e la riproduzione, richiedono l'esistenza di un servizio veterinario capillarmente distribuito e guidato, secondo gli interessi delle comunità locali, da amministrazioni locali. Di qui l'esigenza, richiamata più volte anche con numerose disposizioni in questi ultimi anni, di potenziare i servizi veterinari comunali assicurandone lo sviluppo organico e precisandone sempre di più i compiti d'istituto per pubblica finalità.

Si potrebbe ipotizzare, pertanto, una nuova organizzazione dei servizi veterinari a li-

vello locale centrata sull'esistenza di uffici veterinari comunali autonomi, dotati però di attrezzature e di personale veterinario e ausiliario tecnico in misura adeguata, nei centri urbani con popolazione superiore a 100 mila abitanti, e di prevedere invece l'istituzione di uffici veterinari consortili in tutti gli altri casi, in cui si abbia una popolazione minima di 100 mila abitanti e con una dotazione di personale variabile e proporzionata alla consistenza del patrimonio zootecnico allevato, tenendo anche conto dell'industria di trasformazione e delle locali difficoltà socio-economiche. Infine è da auspicare la creazione in ogni provincia di un consorzio tra provincia e comuni per la centralizzazione dei servizi di interesse generale, come le disinfezioni, l'esecuzione dei piani di profilassi, la gestione dei macelli contumaciali, eccetera. Gli uffici comunali e consortili ed i consorzi provincia-comuni dovrebbero essere coordinati nelle loro attività e programmati nei loro compiti dallo istituendo Ente regione.

Frattanto ci appare irrisoria la somma di lire 30 milioni iscritta in bilancio per sussidi alle condotte disagiate. Bisogna in prospettiva puntare su una somma dell'entità minima di un miliardo, sia per le condotte disagiate con sussidi pari o quasi pari al costo degli stipendi per il personale veterinario, sia per favorire la istituzione in ogni provincia di un consorzio tra provincia e comuni per gli scopi prima ricordati.

Vi è da dire infine che non esiste possibilità di esplicitare una efficace politica veterinaria, nè di assicurare un sostanziale penetrante controllo nel campo dell'igiene degli alimenti se non esiste una rete di laboratori provinciali distribuiti e coordinati regionalmente da istituti specializzati nei quali possa organizzarsi la ricerca sperimentale applicata sia ai problemi delle malattie infettive come all'igiene degli alimenti ed all'igiene zootecnica e capace nel suo insieme di fornire una razionale assistenza tecnica ai servizi veterinari pubblici ed alle aziende contadine.

Attualmente v'è da dire che la legge sull'alimentazione zootecnica del 1963 ha cominciato ad avere pratica attuazione soltan-

to a partire dalla fine del dicembre 1968 ed è continuata nel primo semestre 1969 per quanto riguarda le competenze del Ministero e limitatamente all'approvazione ed al divieto dei principi auximici annessi.

Istituto superiore di sanità.

Un breve cenno all'aumento di spesa per il funzionamento di consigli, comitati e commissioni (cap. 1322).

L'aumento per questo capitolo scaturisce dalla applicazione delle nuove tariffe fissate dalla legge 5 giugno 1967, n. 417.

In base ad una accurata considerazione dei concorsi che si prevede di indire durante la gestione e delle concrete possibilità di espletamento degli stessi, si è previsto un aumento di spesa di lire 3.000.000, in quanto si tratta di corrispondere una maggiore indennità ai componenti delle diverse e varie commissioni e comitati in funzione presso l'Istituto.

Il capitolo 1328 registra un aumento di lire 150.000.000 per il funzionamento e per la manutenzione dell'Istituto superiore di sanità.

Il crescente aumento del costo di apparecchiature, macchinari, attrezzature, materie prime e quanto altro è indispensabile per il funzionamento e la manutenzione dell'Istituto, inducono a riconoscere necessaria una variazione in aumento del capitolo.

Esaminati i dati di bilancio, vorrei chiudere con l'argomento oggi più vicino, anche cronologicamente, al nostro dibattito.

Ribadito che la più importante delle realizzazioni nel campo sanitario degli ultimi anni è la legge ospedaliera n. 132 del 1968, debbo subito aggiungere che questa ha già avviato una fondamentale riforma sul piano normativo e organizzativo attraverso l'emanazione delle leggi delegate che constano di quasi 200 articoli e che rappresentano il frutto di un puntuale e generoso impegno del ministro Ripamonti.

Ma oltre a ciò, come ho già accennato, c'è stata un'altra tappa importante raggiunta in questi ultimi giorni: il decreto interministeriale che fissa i criteri per la

formazione dei piani regionali ospedalieri. Vorrei citare i criteri seguiti.

I piani regionali ospedalieri devono tendere alla realizzazione di una rete di unità ospedaliere, a diversi livelli strutturali, funzionalmente coordinate tra loro e da inserire nel contesto delle istituende unità sanitarie locali in modo da costituire un tutto armonico nel quadro della programmazione economica nazionale.

La rete delle unità ospedaliere dovrà essere articolata in ospedali generali (di zona, provinciali e regionali), in ospedali specializzati (regionali e provinciali), in ospedali per lungodegenti e convalescenti (provinciali e di zona).

Nella pianificazione sarà tenuto conto che la rete ospedaliera è altresì comprensiva degli ospedali psichiatrici e degli altri presidi per la prevenzione, cura e recupero delle malattie mentali, regolati dalle particolari disposizioni che li riguardano, anche per quanto attiene al finanziamento per la costruzione e le attrezzature.

La rete dei presidi ospedalieri di ciascuna Regione deve mirare a raggiungere, entro il termine quindicennale previsto dal piano economico, una disponibilità di circa 12 posti letto per 1.000 abitanti. Fra breve i Comitati regionali per la programmazione ospedaliera e le Regioni a statuto speciale debbono trasmettere al Ministro della sanità:

a) il piano regionale ospedaliero transitorio con le indicazioni indispensabili per la elaborazione del Piano nazionale ospedaliero transitorio di cui all'articolo 61, secondo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132;

b) l'elenco delle opere di costruzione, di ampliamento, di trasformazione e ammodernamento di ospedali, nonché di istituti e cliniche universitarie di ricovero e cura, policlinici ed ospedali clinicizzati, da ammettere a beneficiare dei contributi statali per lo sviluppo dell'edilizia ospedaliera (legge n. 589 del 3 agosto 1949 e successive modificazioni; legge n. 574 del 30 maggio 1965; legge n. 82 del 5 febbraio 1968; legge n. 383 del 20 giugno 1969);

c) le proposte per l'assegnazione di contributi da prelevare sul Fondo nazionale

ospedaliero per le finalità previste dalla legge.

Come si può facilmente constatare, il Ministero della sanità ha fatto delle scelte chiare per la organizzazione centrale e periferica del servizio sanitario nazionale. Su queste scelte chiare « si è andata così formando, anche nel nostro Paese, una dottrina della programmazione sanitaria sostenuta da ampi e qualificati studi e arricchita da un fecondo impegno di analisi e di approfondimento della realtà attuale ». Così si è pronunciato il professor Pietro Valdoni, Presidente del Consiglio superiore di sanità, nella prefazione al volume « Un piano sanitario per la Lombardia » del dottor Gian Carlo Bruni.

A questo studio deve aggiungersi quello relativo al « Piano sanitario per l'Umbria » ed anche l'ultimo, il « Progetto di piano ospedaliero della regione campana ».

Queste iniziative, unitamente a tante altre che non conosco e che in questi prossimi mesi certamente verranno alla luce, attingono dalla realtà viva del Paese la forza necessaria per realizzare incisive riforme di struttura e qualificanti obiettivi di sviluppo.

Certamente il solerte Ministro della sanità saprà ad esse ispirarsi per decidere sui nostri destini sanitari.

Per questi motivi, per quello che ha fatto il Ministero della sanità nonostante tutte le difficoltà incontrate e per quanto si propone di fare in quest'anno 1970, propongo di esprimere parere favorevole allo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

P R E S I D E N T E . Ringrazio il relatore per la sua chiara ed ampia relazione.

O R L A N D I . Abbiamo ascoltato una relazione interessante, però vi sono altre osservazioni da fare su diversi problemi derivanti per lo più da leggi che abbiamo già approvato, ma che non sono state ancora applicate (ad esempio tutta la questione della mutualità è all'ordine del giorno non solo da noi, in Commissione, ma in tutto il Paese), problemi che possiamo approfondire in

occasione della discussione sul bilancio oggi al nostro esame.

Ripeto, la relazione è stata interessante, approfondita e analitica, ma ovviamente non poteva scendere in troppi particolari, per cui non credo che il dibattito possa esaurirsi in settimana; proporrei quindi che l'argomento venisse trattato anche la settimana prossima. Quando la discussione sul bilancio verrà trasferita in Aula, non tutti potranno intervenire, perchè ogni Gruppo avrà a sua disposizione un tempo determinato per parlare e sceglierà quindi solo alcuni temi per cui si correrà il rischio che certi problemi non vengano affrontati o che vengano addirittura ignorati. In Commissione, invece, non dovendosi seguire come in Aula una prassi precisa, abbiamo tempo e modo per trattare tutti gli argomenti che ci interessano.

COLELLA, *relatore*. Sono anch'io del parere di discutere il bilancio con la dovuta ponderazione; tuttavia, lavorando intensamente oggi e domani, mattina e pomeriggio, si potrebbe arrivare senz'altro a concludere soddisfacentemente la discussione.

ZONCA. Vorrei esprimere il mio parere su questo punto. Due giorni mi sembra che possano essere sufficienti per esaminare il bilancio del Ministero della sanità, perchè non bisogna svisare quello che è il carattere della discussione di un bilancio. Abbiamo la Tabella 19 la quale contiene determinate cifre e solleva problemi sui quali, però, potremo discutere e dare i nostri suggerimenti nel corso di tutto un anno. Se invece vogliamo sviscerare questi problemi proprio in occasione della discussione del bilancio, allora non basteranno due giorni per esaurirla, ma ci vorrà almeno un mese. Vorrei richiamarmi al senso di responsabilità della Commissione. Avremo — ripeto — diverse possibilità di studiare tutti gli aspetti positivi e negativi di argomenti complessi quali la legge ospedaliera, la riforma del sistema mutualistico e il progetto per la ristrutturazione dell'Istituto superiore della sanità. Sono, dunque, nettamente contrario a protrarre fino alla prossima settimana la discussione del bi-

lancio. Voler anticipare tutti i grandi problemi con una discussione in gran parte basata su orientamenti, ipotesi e prospettive vaste e generali, mi sembra una cosa fuori posto ed estranea all'esame di un bilancio preventivo. Possiamo tutt'al più affrontare il problema del personale sanitario, che è della massima urgenza, ma non possiamo perderci in discussioni, che sarebbero teoriche, che spazierebbero in campi infiniti, senza approdare a nulla.

Poichè, dunque, la relazione è stata chiarissima (si sono sollevati problemi che tutti conosciamo), potremmo anzi iniziare oggi stesso, proseguire nel pomeriggio e quindi riprendere i lavori domani per continuare eventualmente nel pomeriggio.

PRESIDENTE. Non apriamo una discussione su questo punto. Iniziamo intanto la discussione e, se si protrarrà, la rinvieremo anche alla settimana ventura.

ARGIROFFI. Io non posso essere d'accordo col collega Zonca, poichè accogliendo il suo suggerimento si obbliga anche chi non fosse d'accordo ad iniziare subito la discussione. Molti di noi ritengono infatti preferibile avere qualche giorno di tempo per studiare l'interessante relazione del collega Colella. Noi dobbiamo essere tutti convinti dell'utilità del nostro compito. Quindi non possiamo che stigmatizzare questo metodo di discussione frettoloso e burocratico che ancora una volta ci viene impostato e che fa sì che sia relegata in secondo piano la tematica così ricca e drammatica della situazione sanitaria.

Accetto pertanto l'invito del collega Zonca di procedere ad una trattazione celere, sveltita al massimo; però mi sia consentito prospettare anche un altro punto di vista. Non per nulla è stata propugnata per tanti anni quella componente della nostra civiltà che è costituita dalla sicurezza sociale, contro la paurosa disgregazione dell'economia umana. Ora il collega Zonca ricorda giustamente che verranno emanate delle leggi. Ma come possiamo limitarci ad accogliere una promessa pura e semplice di norme che dovranno raccogliere i punti nodali della problematica in questione, se

essa non proviene a noi dalla relazione programmatica che accompagna il bilancio di previsione? Io credo che in linea generale l'invito a non discutere non possa essere considerato come un apporto di democrazia e di sviluppo di uno Stato: se le discussioni non concludono, come è stato qui affermato, possiamo anche evitare di riunirci; ma, in caso contrario, bisogna rifugiare da metodi giugulatori.

Propongo pertanto di rinviare la discussione di quattro o cinque giorni, in modo da poter poi procedere con quella cognizione di causa, quella coscienza e quella conoscenza dei problemi che sono indispensabili.

Del resto avere a disposizione la relazione, credo sia un diritto indiscutibile dei membri delle Commissioni parlamentari.

P R E S I D E N T E . Nessuno vi vuole privare dei vostri diritti.

D E L E O N I . Dopo l'ampia illustrazione del relatore ci rendiamo più che mai conto della necessità di studiare i problemi del settore. Sarei quindi anch'io del parere di rinviare la discussione per esaminare a fondo la relazione, particolarmente nella sua parte iniziale.

A L B A N E S E . Mi associo alla richiesta avanzata dal collega Orlandi, anche in considerazione del fatto che quella di oggi è la prima riunione, dopo le ferie estive ed abbiamo avuto poco tempo, dopo la convocazione telegrafica, per esaminare la materia esposta, peraltro in modo abbastanza dettagliato, dal relatore. Avremo bisogno di un congruo numero di giorni per approfondire i problemi più importanti della società italiana. E già stato ricordato come quello della sicurezza sociale rappresenti uno dei cardini su cui si impernia la salute pubblica; cerchiamo quindi di non soffocare una discussione che, al contrario, deve essere ampia, approfondita, completa.

P E R R I N O . Io ho l'impressione che siamo rientrati dalle ferie con una certa

forma di pigrizia mentale. Ora rendiamoci conto del fatto che la convocazione della Commissione non è avvenuta su iniziativa del Presidente, bensì perchè, tenuto conto dell'economia generale dei lavori parlamentari, il Presidente del Senato ha dato disposizioni affinché l'esame del bilancio da parte delle Commissioni iniziasse per tempo, considerato anche che quest'anno tale esame avverrà da noi prima che alla Camera e che si vuole evitare di ricorrere all'esercizio provvisorio a cui ormai si ricorre da tanti anni.

Io mi domando: siamo veramente impreparati a questa discussione? Abbiamo veramente bisogno di sprofondarci nella disamina della relazione, pur così pregevole? Abbiamo ricevuto il testo della Tabella n. 19 circa dieci giorni fa: se poi la maggior parte di noi non ha ancora avuto la possibilità, il tempo, di darvi una scorsa, ebbene, si tratta in fondo di argomenti certo non nuovi, triti e ritriti. Per il resto noi esaminiamo il bilancio di quest'anno, è vero, ma vi sono trattati problemi che vanno visti in proiezione, che riguarderanno sì e no, per una parte il 1970, ma indubbiamente investono più che altro gli anni futuri.

Ora io credo che con un po' di buona volontà possiamo iniziare l'esame dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità senza porre fin da ora dei limiti alla discussione. Il bilancio è certamente il documento politico per eccellenza e non dobbiamo strozzarne la discussione. Non possiamo muovere dalla considerazione che dobbiamo finire entro domani sera: finiremo domani sera se non ci saranno altri colleghi iscritti a parlare, ma se sarà necessario continueremo le sedute.

Poichè questa premessa polemica si verifica regolarmente ad ogni bilancio, ci saremmo augurati che almeno quest'anno si fosse fatto tesoro dell'esperienza del passato. Comunque io ritengo che, essendo stati oggi convocati in ottemperanza alle direttive della Presidenza del Senato, potremmo iniziare la discussione per poi continuarla ed ultimarla quando sarà possibile, cioè quando avremo esaurito tutti gli interventi.

BILANCIO DELLO STATO 1970

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)

D E L P A C E . Una brevissima osservazione in merito alle considerazioni fatte dal senatore Perrino.

È vero che abbiamo ricevuto solo una decina di giorni fa la copia dei bilanci, ma in realtà i bilanci non sono che una elencazione di cifre. Questa mattina il relatore ha svolto, giustamente, una relazione politica a chiarimento del bilancio e in essa ha fatto delle affermazioni che — come diceva il senatore Orlandi — vanno al di là del bilancio stesso, cercando di interpretare il significato di quelle cifre in una prospettiva politica.

P E R R I N O . Questo avviene per tutti i bilanci.

D E L P A C E . Senatore Perrino, se volessimo discutere il bilancio in base alle cifre, la questione si risolverebbe rapidissimamente. Io potrei dire che sono contrario a questo bilancio, perchè le cifre in esso riportate non sono grosso modo che una ripetizione di quelle dell'anno passato e non rivelano nulla di nuovo come volontà politica, anzi vorrei aggiungere che rappresentano un passo indietro rispetto alle affermazioni fatte continuamente in questa Commissione e alle dichiarazioni fatte in una intervista, a *La Domenica del Corriere* dallo stesso Ministro della sanità attualmente in carica.

Quindi, per un dibattito veramente serio, sarebbe stato necessario che, assieme alla copia del bilancio, fosse stata inviata ai membri della Commissione anche la relazione, perchè solo in questo modo avremmo potuto discutere con la dovuta competenza tutta la materia.

Propongo, quindi, che la segreteria della Commissione ci fornisca copia della relazione del senatore Colella entro questo pomeriggio in modo che domattina possiamo passare alla discussione dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

P R E S I D E N T E . Credo che si possa concordare con la proposta fatta dal senatore Del Pace. Comunque, anche se non sarà possibile distribuire la relazione scritta entro questa sera, il seguito della discus-

sione è rinviato ugualmente a domattina alle ore 10, per ascoltare quei senatori che sono pronti ad intervenire.

La seduta termina alle ore 11,45.

SEDUTA DI VENERDI' 19 SETTEMBRE 1969

Presidenza del Presidente CAROLI

La seduta ha inizio alle ore 10,10.

Sono presenti i senatori: Albanese, Arcudi, Argiroffi, Ballesi, Caroli, Colella, De Leonni, Del Pace, Dindo, Guanti, La Penna, Lombardi, Manenti, Menchinelli, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino e Zonca.

A norma dell'articolo 18, ultimo comma, del Regolamento, la senatrice Minella Molinari Angiola è sostituita dal senatore Borsari.

Intervengono il ministro della sanità Ripamonti e il sottosegretario di Stato per lo stesso Dicastero De Maria.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1970**— 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 1970 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

Ha chiesto di parlare il senatore Ossicini.

O S S I C I N I . Volevo sollevare alcuni problemi di carattere settoriale un po' per la mia competenza, un po' perchè altri, evidentemente più competenti di me, parleranno su altri problemi. Intendo occuparmi di aspetti più chiaramente inerenti alle mie esperienze e mi riallaccio ad una precisa situazione che si era venuta determinando l'altro anno in sede di discussione del bilancio,

quando il Ministro si orientò ad accogliere non come raccomandazione ma senza riserve due miei ordini del giorno, uno riguardante l'orientamento dell'assistenza psichiatrica per gli adulti e l'altro riguardante i problemi della psichiatria e della assistenza sociale dei bambini. Quei due ordini del giorno ai quali mi richiamo non erano soltanto, come in genere sono questi strumenti, una raccomandazione al Ministro e all'Esecutivo per una più ampia azione in questo settore, ma intendevano riproporre problemi di carattere strutturale, dei problemi di fondo su quello che è oggi l'orientamento degli studi psichiatrici.

Comincerò rapidamente a parlare del problema degli adulti e verrò poi a quello dei bambini.

Il problema del bilancio è sì problema di cifre, ma anche e principalmente di orientamento politico e di orientamento culturale scientifico. Quello che intendevo proporre l'anno scorso — e che propongo nuovamente quest'anno, visto che purtroppo poco o nulla si è potuto fare in questo settore — è che noi dobbiamo orientarci a considerare le questioni riguardanti la psiche umana legate ad una profonda rivoluzione scientifica. Le malattie mentali sono ormai considerate scientificamente una cosa lontanissima da quella che era pochissimi anni fa, mentre le strutture sono non solo precedenti alle recenti concezioni, ma precedenti addirittura alle vecchie concezioni di malattie mentali. Cioè siamo indietro di due « rivoluzioni » scientifiche: una considerava l'ammalato di mente come un essere umano e qualcosa di differente dal normale in senso qualitativo, l'altra in senso quantitativo. Noi siamo al di fuori di ogni concezione moderna. Sarebbe come se impostassimo i bilanci sull'assistenza alla tubercolosi pensando ad essa come ad un problema di cure climatiche, così come si riteneva ai primi dell' '800. Una seria impostazione dell'assistenza psichiatrica ci impegna economicamente in modo notevole, ma dobbiamo farla una volta per tutte per non ricadere nella legge stralcio che lo stesso senatore Zonca ieri definiva del tutto superata. Dobbiamo cioè porci anche in termini di bilancio il problema dell'assistenza

psichiatrica come problema che si fonda su nuove concezioni delle malattie mentali. Questo chiede riforme di struttura estremamente ampie; perciò il mio ordine del giorno non voleva essere solo una rivendicazione per una diversa ripartizione degli stanziamenti, per cui più fondi andassero all'assistenza psichiatrica — perchè non si tratta di ripartire in astratto — ma un chiarimento di carattere scientifico, da parte nostra e da parte di chi deve in qualche modo operare in questo campo, su che cos'è la malattia mentale oggi nel nostro Paese e in tutto il mondo, su come si determina un disturbo psichico e come si cura. E allora dimensioniamo le strutture a tutto questo. Noi di questo da tanto tempo stiamo parlando, ma siamo lontani dall'arrivare a qualcosa di concreto. Sono state fatte esperienze settoriali e di encomiabile valore per chi le ha fatte: basti pensare a Perugia, Gorizia e via dicendo. Ma il problema ci sta di fronte nella sua gravità e non possiamo lasciarlo ad esperienze settoriali, perchè l'individuo non può comunque sopperire a quello che deve fare la collettività. Noi non possiamo denunciare l'esistenza di gravi problemi e poi non avere la forza di risolverli. È mutato il concetto di malattia mentale: in tutto il mondo si dice che tra l'ammalato di mente e il sano c'è un elemento spesso quantitativo e non qualitativo di differenziazione; quando tutto il mondo sa che l'alienazione è particolarmente legata a determinati fattori sociali, patogenetici ed anche all'essere segregati, non si può non procedere che alla radicale trasformazione dell'attuale assistenza e terapia. Quando si pensi che un ospedale psichiatrico come quello di Viterbo prevede un centro di igiene mentale con un assistente sociale e un medico, ci si domanda che cosa significa tutto questo! L'ammalato va assistito a casa, va guarito nell'ambiente e noi stiamo qui a spendere milioni, miliardi per costruire enormi ospedali psichiatrici, magari moderni dal punto di vista edilizio, ma quasi sempre strutturati contro quella che è la base scientifica della riabilitazione. I centri di igiene mentale fondati 25 anni fa, ma che spesso sono solo sulla carta, tutto sommato prevedono in genere

un medico e un assistente sociale come se nella provincia di Viterbo — come ho detto — un assistente sociale e un medico potessero recarsi in tutte le famiglie degli ammalati per stabilire se sono ammalati o sani, l'assistenza che devono avere e così via. Non vorrei dilungarmi su questi concetti che mi sembrano ovvi, ma di fatto al Consiglio provinciale di Viterbo stanno discutendo la costruzione di un nuovo ospedale psichiatrico e i criteri sono quelli antichi di due rivoluzioni fa dal punto di vista scientifico. Evidentemente c'è un problema di orientamento scientifico che per quello che riguarda la psichiatria degli adulti è enormemente importante; e vedremo poi quanto diventa ancora più importante per la psichiatria infantile.

Ripeto: o si accetta o non si accetta un criterio scientifico; o si accetta o non si accetta il rovesciamento degli orientamenti dell'assistenza agli ammalati di mente. Bisogna ridimensionare tutta la struttura anche economica di questo processo, altrimenti finiamo per accettare scientificamente un concetto e in pratica metterne in atto un altro. Sono convinto che dati i problemi che esse debbono affrontare per l'80-90 per cento, le provincie non possono sostenere le spese per una assistenza psichiatrica seria. Abbiamo però le regioni — alla fine dovremo pure farle — e allora regionalmente questo tipo di organizzazione avrà uno spazio economico e organizzativo diverso. Però, se non emerge un orientamento di fondo — scusate la mia insistenza, ma trovo qui anche la responsabilità di essere oltre che un politico un tecnico, e l'unico psichiatra della Commissione — se non accettiamo nuovi concetti sulla genesi e terapia delle malattie mentali, tutta la nostra impostazione del bilancio non ha senso. Quando si parla, per esempio, anche in termini economici di questo, bisogna avere idee chiare; quando si parla in termini economici del problema della spesa dell'assistenza in famiglia bisogna avere dati concreti. Io — ripeto — ho fatto fare dei conteggi ed una serie di indagini, che sono ancora in possesso dell'Amministrazione provinciale, più di 20 anni fa, quando ho avuto l'onore di essere per parecchi anni

deputato provinciale di Roma, in base ai quali dimostravo quanto risparmiava l'Amministrazione stessa ad organizzare un servizio sociale che facesse il *dépistage* e che permettesse il non ricovero o il rapido rientro in casa dei malati. Feci allora per la prima volta assumere un piccolo gruppo di assistenti sociali: eravamo nel 1947. Adesso siamo nel 1969, ma il loro numero è rimasto sempre lo stesso.

Vi è evidentemente una vischiosità, una resistenza, che è legata, oltre che a fatti politici e umani, all'incapacità che abbiamo di considerare come noi i malati di mente. Ci difendiamo dal considerare questa integrazione come una cosa reale e possibile: si tratta spesso di una difesa di classe che si collega anche a resistenze psicologiche.

Ricordavamo tempo fa con Carlo De Sanctis che quando chiedevamo un finanziamento per l'assistenza ai bambini disadattati, alcuni fondi, in via pubblica o privata, venivano erogati, ma alla fine di tutto il benefattore strizzava l'occhio come per dire: «Facciamolo perchè è bene farlo: ma i bambini non guariranno mai lo stesso!» Noi invece sosteniamo che in un certo senso il disadattato non è neppure malato: si tratta di vedere in che limite la sua anormalità deriva o si inserisce in una certa struttura.

Bisogna quindi affrontare queste questioni in modo corretto, altrimenti ci mettiamo da un punto di vista dal quale non si potrà più fare niente di positivo. La mia insistenza perciò nel ribadire questi concetti, visto che non si è affatto progredito in questo settore, si basa appunto su questo: o accettiamo un nuovo modo di affrontare i problemi, un modo scientifico, così da ridimensionare tutto il problema tecnico, o altrimenti, pur facendo talvolta delle cose utili introducendo nelle pieghe del bilancio qualche fondo in più o in meno, il problema dell'assistenza psichiatrica attiva agli adulti non verrà mai affrontato in modo serio. E questo è grave per due ragioni: una ragione umana, in quanto noi abbiamo il dovere di assistere i malati di mente soprattutto in considerazione del notevole aumento di quella zona grigia che un tempo era scarsamente considerata, di coloro cioè che passano facilmente dal disturbo

psichico alla malattia vera e propria per la funzione patogenetica che hanno le attuali condizioni di vita specie per i poveri; ed una ragione sociale, politica, civile, poichè, per la maggior parte, la gente che ha disturbi nervosi purtroppo non ha la possibilità di venire da noi psichiatri o psicologi privatamente. Io ho girato l'Italia, sono stato professore universitario a Messina e so che molto poche sono le persone che, non appartenendo ad una certa classe sociale, possono precocemente farsi diagnosticare i disturbi nervosi.

Praticamente non esistono centri di diagnosi precoce o, là dove esistono, i malati vi arrivano quando il disturbo ha già scavato in modo tale per cui molti finiscono per intervenire con le terapie tradizionali, con l'elettroshock, con l'insulina, e così via, che spesso sbloccano la situazione, ma demoliscono l'io, la capacità di integrazione dell'io, di modo che un soggetto clinicamente da recuperare diventa un paziente cronico.

È un problema perciò estremamente grave che noi non possiamo pensare di risolvere soltanto attraverso alcune norme stralcio di una riforma psichiatrica o con un ammodernamento delle strutture ospedaliere, ma attraverso una nuova concezione e le conseguenti riforme di struttura. Qui si pone pertanto il grosso problema di responsabilizzare il Ministero della sanità, problema che si dovrà pur affrontare: fino a quando infatti l'assistenza, specialmente ai bambini, rimarrà legata ad una serie di interventi che sfuggono anche istituzionalmente a tale Ministero, le famose pieghe del bilancio non saranno più pieghe, ma ombre che confondono ancora di più le idee.

Per fare qualcosa di concreto, quindi, noi dobbiamo convincerci — e tra l'altro abbiamo anche gli strumenti scientifici per farlo — che l'assistenza psichiatrica va radicalmente mutata; noi facciamo infatti delle cose non riformistiche, ma reazionarie anche in senso scientifico, perchè illudiamo la opinione pubblica che ci si possa servire degli strumenti che non hanno invece nessuna possibilità di essere utilizzati. Talvolta mi spiace dover vedere lo sconforto in alcuni miei colleghi, direttori di ospedali psichia-

trici, lo sconforto di chi non riesce lì dentro a rimediare a nulla. Ma è evidente che non può cambiare niente se non cambia il retroterra, se non cambia il rapporto tra terapeuta e malato modificando le strutture. Il *dépistage*, ad esempio, è assolutamente determinante: ma chi lo fa? È facile immaginare le difficoltà che si incontrano per l'indagine familiare. Io stesso ho svolto una indagine con il mio Istituto per quanto si riferisce all'incidenza di certe condizioni ambientali sui disturbi mentali dei bambini, ed ho dovuto utilizzare fondi ingenti per le indagini microscopiche, che sono scientifiche ed hanno una funzione indicativa, ma non assistenziale. Capisco quindi che cosa significherà dal punto di vista economico introdurre questi cambiamenti, ma bisognerà comunque farlo.

Noi spendiamo miliardi — e qui passo ai problemi della psichiatria infantile — per la istituzionalizzazione di soggetti senza considerare che gli istituti non possono far altro se non essere dei silos, dei cronichi in cui ospitare gli ammalati fino a che non diventino adulti e si possa così iniziare per essi un altro tipo di assistenza. Questo evidentemente è spaventoso!

Io lavoro dal 1946 ad un centro medico-psicopedagogico; ebbene, in base alla casistica per quanto si riferisce all'assistenza, al ricovero e all'intervento sui bambini, risultano delle cifre allucinanti di spese inutili per la mancanza di intervento al momento opportuno.

Passo ora al problema della prevenzione e del *dépistage* per i bambini disadattati. Per gli adulti, oltre alla diagnosi precoce e ai centri di igiene mentale funzionanti, si deve arrivare alla istituzionalizzazione nelle comunità terapeutiche. Questi sono i due punti essenziali senza i quali l'assistenza non ha alcun senso oggi; ma per quanto riguarda i bambini il problema diventa più complesso, le stesse comunità terapeutiche sono scarsamente efficienti. È stata anche provata dal Ministero di grazia e giustizia, con qualche esperimento interessante, l'importanza, per il riadattamento, della assistenza di tipo familiare con i « focolari », ma, in sostanza, l'assistenza dei disadattati, che sono una

grande massa, è legata alla forma ambulatoriale e all'intervento in famiglia. Anche in questo caso si tratta di trarre le conseguenze da un orientamento scientifico. Se prendiamo in considerazione, come esempio, il bilancio dell'ONMI, vediamo che vi sono 118 milioni stanziati per l'assistenza e la prevenzione dei bambini disadattati, e due o tre miliardi sono invece stanziati per l'assistenza pediatrica e ostetrica che è svolta in Italia dalla stessa ONMI e da altre istituzioni. Ora, ditemi cosa possiamo fare con 118 milioni! Non sono neanche sufficienti a reclamizzare questo tipo di assistenza.

L'analisi ambientale, poi, è un problema determinante. Dobbiamo tener fermo questo punto: che il controllo delle classi differenziali, il controllo del disadattamento familiare, il controllo degli istituti deve essere legato ad un controllo scientifico, non amministrativo. Se il controllo è fatto da un amministratore, per ragioni di competenza, questi non può stabilire l'opportunità e l'efficacia di un intervento. Questo è un cardine importante su cui deve muoversi l'assistenza ai bambini, mentre oggi questo settore è ancora legato a strutture di tipo amministrativo. Dobbiamo riconoscere che certe nuove forme di assistenza psico-pedagogica introdotte, del resto, abbastanza celermente nel nostro Paese, sono però rimaste per lo più inoperanti e simboliche. I centri medico-psico-pedagogici sono importantissimi ma, ad esempio, a Roma ve ne sono solo cinque o sei! Il centro di cui mi occupo dal 1947 non può, ad esempio, fissare un appuntamento se non a distanza di otto o nove mesi, pur lavorando in modo spaventoso. E un bambino che deve essere studiato e curato non può attendere tanto tempo! Ma, purtroppo questo non è soltanto un problema economico, è anche un problema di struttura. Questo tipo di assistenza deve essere estesa a tutti, deve crearsi la condizione per cui essa non sia solo prerogativa di alcuni privilegiati. Pensiamo, ad esempio, a quel particolare aspetto del disadattamento che è quello scolastico e a tutti denari che si stanno spendendo per il *dépistage* dei bambini che entrano in prima elementare. Siamo di fronte ad una situazione marginale; infatti

spesso il fenomeno di disadattamento si presenta dopo. Il problema è il controllo psicologico nella scuola; purtroppo spesso nelle scuole non c'è neanche il medico. Si spendono somme ingenti per l'esame preventivo di quei bambini che vanno nelle classi differenziali, ma poi non vengono quasi mai seriamente seguiti. Evidentemente anche questo è un problema grave; prevediamo classi differenziali, ma le prevediamo in modo sbagliato, legandole a problemi che hanno basi economiche e sociali che non vengono analizzate e neanche conosciute perchè il *dépistage* di questi ragazzi è pressochè inesistente. Dobbiamo creare una struttura completa e non accontentarci di interventi occasionali, fatti da persone di buona volontà. Dobbiamo tener conto di un fatto determinante, cioè che la società oggi deve dare alla famiglia un aiuto per una maggiore possibilità di controllo e di intervento. È evidente che oggi siamo di fronte ad un fatto nuovo: la famiglia ha visto diminuire le proprie possibilità di intervento nell'assistenza ai propri figli e il fenomeno del disadattamento sociale dei bambini è molto più esteso. Un precoce intervento diventa determinante per la salvezza di questi soggetti; le strutture che io auspico devono sopperire proprio a queste carenze familiari e dell'ambiente sociale. Non possiamo non tener conto e non preoccuparci del fatto che indubbiamente oggi giorno una madre dedica molto meno tempo alla educazione e all'assistenza di un figlio di quanto ne avvenisse qualche anno fa. C'è un dato oggettivo da valutare: non possiamo non vedere quanto il nuovo sistema di vita sociale incida sulla vita psichica del bambino, sullo sviluppo del suo linguaggio, sulla sua vita di gruppo. I mezzi di comunicazione di massa hanno certo una funzione positiva, ma possono anche divenire alienanti. Non possiamo ignorare che questi bambini sono bombardati da un certo tipo di stampa, dalla televisione e da numerose altre fonti di informazione, spesso in modo non fisiologico. Le strutture da me auspicate sono le uniche possibili da opporre ad una situazione che altrimenti ci porterà a dei danni gravissimi.

Dal 1946 ad oggi non faccio che occuparmi di disadattamenti, perchè il numero dei bambini disadattati è enorme e diventa sempre più impressionante.

È una situazione a macchia d'olio. E noi non facciamo niente o quasi niente.

Io vorrei, anche se il tecnico e il politico non possono disgiungersi, che voi prendeste queste osservazioni non solo come una polemica politica, che c'è, nessuno può negarlo; la mia battaglia si riferisce a fatti oggettivi che tutti voi potete riscontrare. Vi sono statistiche e dati precisi in proposito. Ho presentato i due ordini del giorno, ai quali faccio ancora riferimento (avevo previsto un certo entusiasmo che va scemando mano a mano che mi rendo conto come la situazione resti immobile), perchè vi sia un mutamento sostanziale di prospettive, una rivoluzione e non dei rattoppi, altrimenti non potremo deresponsabilizzarci di fronte a fatti gravissimi.

E qui mi sia permessa una nota polemica circa il finanziamento del Ministero, le sue competenze, eccetera. Noi dobbiamo porre il problema che il Ministero della sanità non ha bisogno soltanto di fondi, ma di competenze più ampie di quelle che gli sono state affidate. Alla luce della scienza moderna certe competenze assistenziali e sanitarie, affidate, come sono, ad altri enti, fanno ridere. I Ministeri del lavoro, dell'interno, della pubblica istruzione mancano, in questi settori, degli strumenti di controllo necessari. Allora mettiamoci insieme, seriamente, a discutere queste cose. Il problema della salute mentale investe oggi le radici della vita stessa del nostro Paese. Ora, non è serio permettere che il Ministero della sanità viva come un Ministero il quale deve intervenire in maniera spesso estemporanea, perchè manca di una fisionomia reale, scientifica. La burocrazia deriva da una impostazione teorica, non la precede!

Ecco dunque che questi problemi si inseriscono in un quadro più vasto, per cui questo bilancio, così come è predisposto, non è valido; è il bilancio di un Ministero sbagliato che si muove senza gambe e senza braccia! Questo bisogna dirlo seriamente, altrimenti non si potrà andare avanti. Non pos-

siamo continuare a ripetere che tutto va rivisto o riformato o affidato al controllo di enti che non hanno nessuna competenza. Non si può, ad esempio, lasciare una parte specifica di assistenza al Ministero degli interni. Che senso ha, infatti, che io debba rivolgermi al Ministero degli interni per l'assistenza ad un bambino con disturbi psichici, il quale mi viene ricoverato senza un controllo, perchè magari è il prefetto che lo raccomanda? E si potrebbero fare altri esempi. Lo stesso Ministero di grazia e giustizia, che pure ha svolto una encomiabile opera di assistenza ai minori, si gioverebbe in modo determinante di uno stabile collegamento con il Ministero della sanità.

Se un Ministero come quello della sanità vuole seguire orientamenti scientifici, deve cambiare strutture! Non si tratta di un miliardo in più o in meno! Noi abbiamo di fronte il bilancio di un Ministero che deve rivedere le sue strutture; altrimenti i miei ordini del giorno, ai quali mi richiamo angosciosamente, rimarranno due manifesti, ma non avranno la possibilità di essere applicati!

Scusate il tono e il modo della mia esposizione, ma io vedo passare gli anni senza che nulla accada! I concetti che sto esponendo ora ebbi l'onore di esprimerli — come ho più volte detto — nel 1946 a Venezia, insieme a Cerletti e Bonfiglio. Ero giovanissimo allora, ed ero deputato provinciale. Ora non sono più giovane come allora; non vorrei fra molti anni trovarmi a ripetere ancora, angosciosamente, queste stesse cose! Sono tornato ad occuparmi di questi problemi sul piano politico proprio per poter ripetere i medesimi concetti in un settore tecnico.

Se un giorno mi accorgerò di aver detto qui queste cose come in un comizio, per non ingannare i miei elettori, mi dimetterò. Noi ci assumiamo delle responsabilità spaventose se non affrontiamo questi problemi seriamente! Il Ministero della sanità ha, nel nostro Paese, dei compiti di importanza determinante. Non possiamo considerare i Ministeri secondo un criterio cronologico; non possiamo considerare l'importanza dei bilanci in rapporto alla data di costituzione dei rispettivi Ministeri! I Ministeri vanno va-

lutati secondo quella che è la loro ampiezza di intervento, altrimenti sarebbe più importante il Ministero delle poste rispetto a quello della sanità perchè è stato costituito prima!

Ora, io dico questo: dobbiamo impostare il bilancio della sanità secondo diversi criteri scientifici e politici. Questo bilancio non solo è insufficiente, ma, per quello che riguarda la mia parte, è sbagliato, perchè deriva da una concezione sbagliata.

C'è il problema dell'assistenza psichiatrica ai bambini e agli adulti. Per questi ultimi si tratta di provvedere di fatto, finalmente, ad una seria riforma psichiatrica. Per i bambini si tratta di adottare una precoce forma di intervento, a tutti i livelli: scolastico, familiare, eccetera. Questo richiede delle riforme di struttura!

Scusate la mia insistenza sugli stessi temi, ma essa è legata allo stratificarsi in me di un'angoscia che, a differenza della polvere, non è possibile mandar via col soffio delle parole; è legata alla specifica responsabilità che ciascuno di noi ha di fronte a questi problemi che sono tra i più gravi ed impegnativi che le Commissioni affrontano. Io mi recherò tra poco alla Commissione pubblica istruzione per alcune questioni riguardanti l'università, questioni che, nonostante la preoccupazione di alcuni miei colleghi, sono molto meno importanti di quelle che affrontiamo in questa sede. Ebbene, noi abbiamo ancora qualche anno nella presente legislatura che potremo usare non solo per affrontare altri problemi politici, ma per render conto alla nostra coscienza se abbiamo fatto qualcosa in questi delicati settori di cui ho parlato.

Vorrei concludere dicendo che mi sento responsabilizzato in modo tale da non perdere nessuna occasione di parlare di questi problemi, fino a quando qualcosa di serio non sarà impostato nel nostro Paese e la nostra personale coscienza non sarà libera, politicamente e umanamente, dopo aver rifiutato condizioni inaccettabili, di cui tutti siamo responsabili!

P R E S I D E N T E . Ringrazio il senatore Ossicini per il suo intervento, così in-

teressante ed esauriente. Quello che egli ha detto troverà certamente eco nel Ministero della sanità.

Do ora la parola al ministro Ripamonti.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità.* Mentre mi scuso con gli onorevoli colleghi per non essere stato presente ieri, devo avvertire che anche questa mattina, tra pochi minuti, lascerò la seduta per recarmi a discutere con le organizzazioni sindacali il problema del personale ospedaliero, con la fiducia di poter evitare, nell'interesse degli assistiti, lo sciopero che, come i colleghi sanno, è stato annunciato per i giorni 24 e 25.

Ho seguito con particolare interesse l'intervento del senatore Ossicini. Ringrazio il collega per il contributo che ha dato a questa discussione e vorrei assicurarlo che personalmente condivido le sue osservazioni e le sue critiche.

Volevo sottolineare che nella relazione introduttiva al bilancio, pure se in maniera tecnicamente meno perfetta, taluni di questi problemi sono stati affrontati delineandone le soluzioni. Ella mi dirà che non basta che il Ministro intervenga nella nota polemica, là dove si fa riferimento alla legge n. 904, che attribuiva alle province l'obbligo di assistere gli alienati pericolosi o di pubblico scandalo, ignorando i problemi della prevenzione e dell'assistenza all'infanzia e ai bambini. Comunque le assicuro che proprio ieri ho firmato quattro decreti ministeriali per la costituzione di Commissioni; non si tratta di fare delle Commissioni per rinviare la soluzione dei problemi, perchè ritengo che, al punto in cui è arrivata la scienza, gli esperti sono in grado di offrire rapidamente al Ministero lo schema del disegno di legge da presentare al Parlamento per quanto attiene l'assistenza psichiatrica, l'assistenza ai minorati psichici, fisici e sensoriali.

Le altre due Commissioni devono predisporre il disegno di legge quadro per l'unità sanitaria locale ed un programma di realizzazione di asili nido, avviando così la riorganizzazione dell'ONMI, affidando alle comunità locali la gestione degli stessi, in modo da adempiere alle indicazioni contenute nel programma di sviluppo quinquennale per gli interventi nel settore,

Alla fine della discussione dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, mi auguro di poter offrire alla Commissione ulteriori elementi per quanto attiene la volontà politica del Ministero di operare in questi settori. Non vi nascondo, però, le enormi difficoltà per quanto attiene il riordino delle competenze. Come è noto, le competenze fondamentali in materia di politica sanitaria non sono affatto incentrate nel Ministero della sanità. Non vi è da parte del Ministero la possibilità di orientare, per esempio, l'azione delle province nel campo dell'assistenza psichiatrica. Con un decreto interministeriale, previsto dalla legge n. 132 e non ancora pubblicato dalla *Gazzetta Ufficiale* (il decreto del 13 agosto), vengono date direttive ai Comitati regionali per la formazione dei piani regionali transitori e per offrire al Ministero gli elementi per il piano nazionale transitorio, che riguarderà il biennio 1969-70. In sede di formazione del piano regionale, verrà affrontato anche il problema dell'assistenza psichiatrica; i Comitati regionali si avvarranno di esperti per esaminare questo settore, non ritenendo possibile considerare disgiuntamente l'organizzazione della struttura ospedaliera generale dal problema dell'assistenza psichiatrica.

Ringrazio ancora il senatore Ossicini. Mi avvarrò anche della sua competenza per arrivare ad offrire al Parlamento, il più rapidamente possibile, uno schema di disegno di legge sul quale mi auguro che le forze politiche presenti nel Parlamento e i singoli parlamentari potranno offrire quelle integrazioni derivanti dalla loro competenza e conoscenza dei problemi. A questa collaborazione mi devo appellare perchè il Ministero della sanità non dispone di strutture, di cui ci si possa avvalere per accelerare i tempi di un mutamento radicale nella politica sanitaria in questo settore.

Il senatore Ossicini ha richiamato l'attenzione sull'attuale situazione del Ministero della sanità, nonostante che esso sia stato costituito dieci anni or sono. L'organizzazione del Ministero riflette la tradizionale struttura degli altri Dicasteri, dal punto di vista dell'organizzazione burocratica (non intendo con questo avanzare critiche nei confronti

degli altri Ministeri); non si è fatto nessun tentativo di trovare strumenti nuovi per esprimere nel settore sanitario una politica organica, secondo le indicazioni del Parlamento e tenendo conto delle conquiste della scienza e dell'avanzamento tecnologico.

Non si è potuto fare molto in questi otto mesi, pur avendo avviato il processo di pianificazione del settore.

Nei prossimi mesi, ritengo, presentando il piano nazionale transitorio, potrà essere aperto un ampio dibattito sulla politica sanitaria.

P E R R I N O . L'appassionata esposizione del senatore Ossicini mi ricorda quella che è passata alla storia come l'ostinazione di Catone di Utica, il quale ogni inverno presentava al Senato un piatto di pregiati fichi di Cartagine per concludere: « *Delenda Carthago* ». Il senatore Ossicini non dice: « *Delenda Carthago* », ma pone l'accento sulla necessità di una ristrutturazione del Ministero della sanità, che rappresenta in effetti la prima e vera esigenza alla base di una sana politica sanitaria; tale tesi è da noi sostenuta da molti anni. Più volte abbiamo ripetuto che il Ministero è nato con estrema difficoltà (qualcuno ha detto che è nato col forcipe), però non siamo riusciti a rimuovere le tante opposizioni, le tante prevenzioni e le tante difficoltà esistenti attorno ad esso. Ora, mi auguro che insistendo nella politica tendente a rivendicare al Ministero stesso tutte le attribuzioni che gli sono proprie si possa finalmente giungere a conferirgli quella completezza di strutturazione che, ripeto, è alla base di ogni attività sanitaria.

Ora ci troviamo di fronte allo stato di previsione della spesa per il 1970. Questo, come tutti i bilanci di previsione, è una sorta di enunciazione di impegni contingenti, ma è anche una enunciazione di propositi e di aspirazioni, sicchè viene sempre guardato sotto il duplice aspetto di una parte generale **squisitamente** politica, che naturalmente ha proiezioni nel futuro, che vanno cioè al di là dell'anno strettamente considerato, e una parte contingente amministrativa strettamente legata al 1970. Il relatore, molto opportunamente, ha infatti diviso la sua

esposizione appunto in due parti: una riguardante la politica generale e l'altra riguardante l'esame obiettivo del bilancio sottoposto al nostro esame.

Sul primo punto — che è quello al quale dobbiamo rivolgere la nostra maggiore attenzione — bisogna dire che la politica sanitaria non può che far corpo col Piano di sviluppo economico del Paese; e, nel caso particolare, col noto Capitolo VII di tale piano, che scade nel 1970. Se prendiamo in esame il suddetto capitolo, troviamo, nella parte introduttiva, l'affermazione che l'obiettivo finale del Piano è quello di arrivare ad un compiuto sistema di sicurezza sociale, alla creazione, cioè, di un Servizio sanitario nazionale. Si tratta di vedere oggi, anno 1969, se quell'obiettivo è stato tenuto in considerazione nella politica svolta dal Ministero della sanità, e quindi dal Governo in generale, in questi ultimi anni; perchè poi la constatazione che andremo a fare dovrà portarci a prendere in esame il secondo Piano quinquennale, a partire dal 1971, sicchè il presente anno viene a trovarsi a cavallo tra il primo ed il secondo Piano.

A mio avviso, nel primo si è avuta una certa caratterizzazione della politica sanitaria, anche se non nella completezza che avremmo desiderato, anche se non con l'agilità, con la rapidità, che avremmo auspicato e che le esigenze del Paese richiedono. Ma non possiamo dimenticare che nel quadro di questo Piano quinquennale di sviluppo abbiamo realizzato alcune delle riforme strutturali più importanti, senza le quali non sarebbe successivamente possibile avviarsi verso un compiuto sistema di sicurezza sociale. La riforma, a mio avviso, più caratterizzante e fondamentale è stata indubbiamente quella ospedaliera, che è stata imposta su basi oggettivamente valide e dovrà poi essere completata attraverso l'applicazione pratica delle note tre leggi delegate, che hanno creato una situazione di difficile attesa, cui farò un qualche esplicito riferimento.

Altro elemento essenziale di questo periodo è quello costituito dalla legge sull'edilizia ospedaliera, che è stata forse una delle cose più positive di questi ultimi anni. Noi

siamo ormai al terzo biennio, prescindendo dagli interventi che sono stati esercitati negli anni anteriori al 1965 sia da parte della Cassa per il Mezzogiorno sia da parte del Ministero dei lavori pubblici con i fondi ordinari. Sta di fatto che nel 1965, in forza del noto decreto legislativo che stabilì un piano quinquennale di finanziamento e di costruzione ospedaliera, abbiamo operato, proseguendo nel 1966, per utilizzare i 130 miliardi stanziati all'uopo, ed i lavori sono in una fase avanzata. Nel gennaio 1968 abbiamo approvato un'altra legge che prevedeva l'utilizzazione di altri 130 miliardi per i due esercizi 1967 e 1968. Infine, prima delle ferie estive, abbiamo approvato un'altra legge che pone a disposizione ancora 130 miliardi per costruzioni ospedaliere relative agli anni 1969 e 1970. Ciò significa che in tre bienni sono stati destinati agli ospedali 390 miliardi per costruzioni, e che quindi siamo su un piano di movimento. È lecito ritenere che, se saremo previdenti e, soprattutto, oculati e tempestivi, nei bienni successivi sarà possibile, ben prima della famosa scadenza del decennio nel 1979), riuscire a realizzare la costruzione di 207.000 posti-letto previsti dal piano di sviluppo.

Quindi, dal punto di vista quantitativo possiamo dire di essere veramente avanti, e con un successo che dovrebbe riempirci di soddisfazione.

Desidero aggiungere che abbiamo approvato una legge sul servizio farmaceutico sulla quale vi sarebbe qualcosa da dire. Bisogna rivedere l'organizzazione amministrativa del Ministero della sanità, perchè non significa nulla emanare delle leggi, quando poi non si ha la materiale possibilità di renderle applicabili. Nell'ultimo giorno della quarta legislatura il Senato approvò il disegno di legge, proveniente dalla Camera, sul servizio farmaceutico.

Grande innovazione senza dubbio e non starò qui a ripeterlo! Quella legge però, pur così provvidenziale, destinata ad assicurare il servizio farmaceutico in tutti i comuni di Italia, anche nei più piccoli, attraverso il generoso intervento del Governo, è rimasta inoperante, poichè non un solo concorso per l'apertura di nuove farmacie è stato nel frat-

tempo bandito nè una sola pianta organica delle province d'Italia è stata approvata. A distanza di un anno e mezzo dall'approvazione di quella legge tutto pertanto è rimasto immutato per cui i fondi relativi finiranno per essere trasferiti ancora una volta in quei tali residui che ogni anno creano motivo di insoddisfazione in tutti noi.

Non si può inoltre dimenticare la legge sulla pensione civile che rappresenta un successo del nostro tempo, così come non si può dimenticare la provvida legge sugli invalidi civili, che purtroppo è rimasta anche essa praticamente inoperante, dal momento che mancano gli istituti di ricovero per la riabilitazione e la riqualificazione dei cittadini che ne hanno bisogno e poco o niente è stato fatto per la loro creazione. Anche in questo caso le disponibilità relative passeranno nel fondo dei residui! Questa è una altra delle realtà del nostro tempo: è inutile emanare delle leggi se non vi è la possibilità di renderle operanti.

Tra le prospettive del prossimo piano di sviluppo, del cosiddetto « Progetto '80 » vi è poi la realizzazione dell'altro aspetto qualificante il sistema di sicurezza sociale: mi riferisco all'unità sanitaria locale. In proposito il Ministro ci ha dato testè notizia della nomina di una apposita Commissione di studio: anche in questo caso però non vorrei che si approvasse una ulteriore legge destinata a restare inoperante, dal momento che sulla materia non esiste ancora uno studio per quanto si riferisce alla parte finanziaria. In altri termini, quanto costerà questa riforma? Come ho già detto in un'altra occasione, ho fatto un calcolo relativo alla mia città, Brindisi, e sono arrivato alla conclusione che, facendo leva sui servizi attuali, e facendo riferimento a quella che dovrebbe essere la strutturazione dell'unità sanitaria locale secondo i vari studi che al riguardo sono stati fatti (tra cui uno svolto da una Commissione presieduta dal professor Sappilli), in cui sono stabiliti anche i parametri dei sanitari e di tutto il personale che dovrebbe operare, il Comune dovrebbe quadruplicare la spesa per la realizzazione di questo servizio. Ritengo pertanto che non sia possibile tentare di realizzare l'unità sa-

nitaria locale senza prendere nel contempo in seria considerazione anche il problema del finanziamento, per non correre il rischio di emanare una legge che non avrebbe alcuna utilità pratica. Vi è da rilevare inoltre che, mentre alcuni ritengono che l'unità sanitaria locale dovrà essere l'obiettivo dell'anno 1970 o dell'anno 1971, altri sono invece molto più prudenti. In proposito desidero ricordare — e mi spiace che l'onorevole Ministro non sia presente — che al Congresso degli ospedali che ha avuto luogo a Verona ai primi di luglio del 1969 lo stesso Ministro, che intervenne quale graditissimo ospite della FIARO, ebbe a fare una dichiarazione che a me parve sensata, come di un uomo che sa tenere i piedi per terra e si rende conto che nella strutturazione economica del nostro Paese non si può prescindere, al di là delle nostre aspirazioni umane e legittime, da una certa gradualità di applicazione delle riforme: egli disse appunto, esaltando la necessità e la funzione dell'unità sanitaria di base, che si tratta però di un problema che si proietta negli anni ottanta.

Dinanzi a queste contrastanti prospettive, è evidente la necessità di avere in proposito qualche notizia più chiara. Si è parlato di 1.300 unità da creare nel quinquennio, ma io — che pure sono favorevolissimo all'istituzione dell'unità sanitaria locale — mi accontenterei, da uomo pratico quale sono, che intanto si procedesse ad una sorta di sperimentazione più o meno diffusa nelle varie parti d'Italia per vedere quali risultati pratici si otterranno e quali conseguenze di ordine finanziario ne deriveranno ai comuni, per i quali, nelle presenti circostanze, il meno che si possa pretendere è che una riforma di questo genere sia preceduta dalla riforma della finanza locale.

Ritengo quindi necessario — e ne avanzo formale proposta — che il Ministero esamini la possibilità di effettuare una certa sperimentazione in varie zone d'Italia, così come mi pare si stia già facendo nella regione autonoma del Trentino-Alto Adige. Non so peraltro se i risultati di questo esperimento siano positivi o negativi: sarei però lieto di poterli conoscere. E mentre da un lato pro-

cederà la Commissione di studio che dovrà predisporre un piano integrale, da completarsi con quello finanziario — insisto su questo aspetto —, per ora si passi almeno alla sperimentazione. Troppo spesso infatti — e questo lo dico a me stesso, alla mia parte politica e a tutte le parti politiche — nell'ansia di rinnovamento da cui siamo pervasi mettiamo in cantiere tante e tanto grosse riforme, ma poi ad un certo momento ci accorgiamo che così facendo urtiamo contro difficoltà insormontabili, proprio per la particolare situazione del nostro Paese. Ad un certo punto quindi bisogna fare delle scelte prioritarie: non è possibile infatti risolvere tutti insieme problemi così importanti e così onerosi. Di qui — ripeto — la necessità di una scelta prioritaria. Ed anche la Commissione che il Ministro ci ha detto di aver nominato o di voler nominare con proprio decreto ministeriale deve pertanto tenere conto del carattere prioritario delle singole opere.

A questo punto è necessario che io faccia una digressione e ve ne chiedo scusa. Parlando sull'ordinamento regionale, io espressi il mio favore, ma aggiunsi: « Sempre che non si ripeta l'errore di certe Regioni a statuto speciale: sarebbe meglio non istituire le regioni, se si dovessero istituire sul tipo, ad esempio, della Regione siciliana »; non entro comunque ora nel merito dell'opportunità di istituire o meno le regioni. Tuttavia, quando considero che si prevedono 700 miliardi per il primo avvio delle regioni e poi penso alla drammatica situazione dell'assistenza ospedaliera in Italia, di cui vivo — come tanti di voi — le quotidiane angosce ed alla situazione fallimentare degli enti mutualistici, allora mi richiamo al concetto di priorità e mi domando se è possibile realizzare entrambi gli obiettivi. Se è possibile, realizziamoli pure, ma se non è possibile, non vi è dubbio alcuno sulla scelta da fare tra un sistema di sicurezza sociale, cioè tra l'instaurazione di un servizio sanitario nazionale e l'altra esigenza, che pur deriva da un accordo di partiti e da un accordo di Governo. Ecco perchè insisto molto sulla priorità che bisogna dare alla soluzione dei vari problemi!

Come è noto, nel prossimo anno dovremo affrontare il problema della brevettabilità dei farmaci, che rappresenta ormai una vera necessità — anche se vi sono delle tesi contrarie — soprattutto in considerazione del fatto che l'Italia è l'unico Paese in Europa a non avere una regolamentazione in materia. Dalla relazione ministeriale e dalla relazione fatta dal senatore Colella emerge un chiarimento: è superata infatti la perplessità in ordine al tipo di brevettabilità sul quale ci si deve orientare, se si debba cioè parlare della brevettabilità del prodotto finito o del procedimento di fabbricazione o addirittura dell'uno e dell'altro. A me pare che sia ormai pacifico l'orientamento generale sulla brevettabilità del processo di fabbricazione, in modo da dare a tutti la possibilità di arrivare allo stesso prodotto, senza interferenze circa la via seguita dal predecessore.

Vorrei poi ricordare che il Governo, raccogliendo le invocazioni che sono venute dalle varie zone del Paese le quali, particolarmente in questi ultimi anni, sono state flagellate da calamità atmosferiche (i cittadini colpiti da inondazioni, nubifragi, terremoti rimangono in definitiva abbandonati a se stessi, perchè gli interventi governativi, legati ad appositi provvedimenti di legge, finiscono con l'essere tardivi e perciò inefficaci), ha annunciato l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri di un disegno di legge sulla protezione civile, che istituisce un fondo nazionale di solidarietà rinnovabile mano a mano che il denaro viene impiegato. Ciò rappresenta indubbiamente un altro passo avanti verso il tanto auspicato sistema di sicurezza sociale.

Fatta questa breve disamina introduttiva, non posso non soffermarmi sulla legge ospedaliera e le relative leggi delegate, anche in relazione a quanto sta accadendo in questi giorni.

La legge ospedaliera, faticosamente arrivata in porto nella passata legislatura, rappresenta un elemento positivo; essa è alla base del sistema di sicurezza sociale ed ha notevolmente innovato soprattutto quando ha affidato all'ospedale, oltre al tradizionale compito terapeutico, anche quello pre-

ventivo, riabilitativo e didattico; si arriverà certamente al cosiddetto ospedale d'insegnamento e quindi alla sua funzione educativa e didattica.

La legge ospedaliera però avrebbe dovuto operare attraverso le cosiddette leggi delegate, le quali sono state approvate con provvedimento pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* dell'8 maggio 1969. Tali leggi delegate e, in sostanza, la stessa legge ospedaliera avevano un obiettivo, quello di migliorare il servizio ospedaliero da più parti riconosciuto come carente.

Ora, quello che si sta facendo o che si sta per fare non porterà tanto a migliorare l'efficienza dell'ospedale, quanto piuttosto a migliorare le condizioni del personale. Vorrei ricordare che, almeno per quanto riguarda il personale non medico, fu raggiunto un accordo negli anni passati, e che tale accordo scade il 31 dicembre 1970. La logica vorrebbe che fino a quella data non si parlasse di modifiche del trattamento economico. È inutile, infatti, prendere determinati accordi se, dopo un certo tempo, comunque prima della loro scadenza, si considerano nulli.

Anche per quanto concerne il personale medico, esso è riuscito ad avere un trattamento economico che è andato (ripeto la frase detta più volte) *ultra petita*. Originariamente, infatti, i medici ospedalieri avevano richiesto uno stipendio pensionabile adeguato e al livello del pubblico impiego sanitario. Certe concezioni hanno fatto sì che si sia andati molto al di là delle richieste, con soddisfazione dei medici stessi. Il risultato, oggi, è che il medico ospedaliero italiano è il meglio trattato del mondo. Se noi infatti facciamo un confronto con i Paesi dell'Europa occidentale, dell'America, soprattutto dell'America settentrionale, vediamo che il medico ospedaliero italiano si trova in una situazione di assoluto privilegio. Il Ministro poco fa ha accennato alle trattative che stanno per svolgersi. Ora, si avanzano delle richieste per cui gli stipendi minimi arriverebbero a cifre astronomiche: un milione per i primari, 900 mila lire per gli aiuti, 700 mila lire per gli assistenti. È vero che si vogliono conglobare i compensi mutualistici; ma la situazione è quella che è.

Tornando al personale non medico (il Ministro non l'ha detto; forse è stato più prudente di me), ricordo che, in fase di discussione delle leggi delegate, attraverso l'apposita Commissione composta di 10 senatori e 10 deputati, si raggiunse un accordo con le maggiori organizzazioni sindacali (accordo verbale, tra gentiluomini), con il quale si precisò che i miglioramenti previsti, cioè la riduzione da 46 a 40 ore lavorative settimanali, l'aumento da 4 a 5 mesi del periodo di assenza per gravidanza, le ferie di 30 giorni al netto delle festività, e qualunque altra concessione che potesse significare aggravio della retta ospedaliera, si sarebbero dovuti realizzare in un ampio arco di tempo, cioè fino al 1975. L'onorevole De Maria, qui presente, che faceva come me parte di quella Commissione, ricorderà che fu data allora assicurazione che gli ospedali si sarebbero adeguati gradatamente per evitare che fin dal primo anno ci si trovasse di fronte ad un forte aumento delle rette. Tale aumento era previsto nella misura del 70-80 per cento per il 1970, qualora si fosse affermato il concetto dell'applicabilità integrale della legge dalla data della sua pubblicazione, cioè l'8 maggio 1969. Io non so quale sarà il risultato delle trattative di oggi. Non posso che fare un'osservazione. I rappresentanti dei sindacati sostengono che quella è la legge: *dura lex, sed lex*. Però gli ospedali hanno il diritto di chiedersi chi pagherà il 70-80 per cento in più dal 1970 oltre gli arretrati dall'8 maggio 1969. Chi darà tranquillità agli ospedali, i quali alle scadenze devono pur far fronte al pagamento degli stipendi e degli altri impegni più urgenti? Potrà accadere quello che effettivamente si sta minacciando: la chiusura degli ospedali; e ciò non perchè gli amministratori scioperino. In questi giorni, ad esempio, è stato raggiunto un accordo con l'INAM, il maggiore ente erogatore di assistenza, il maggiore cliente degli ospedali. Ebbene, l'INAM è debitore degli ospedali dal novembre o dicembre (a seconda delle varie zone del Paese) del 1968. Se si pensa che la spesa dell'INAM per i ricoveri ospedalieri raggiunge i 25 miliardi al mese, è facile calcolare che per 10 mesi di arretrati la sola INAM deve corrispondere

agli ospedali 250 miliardi. Ora, proprio con l'acqua alla gola, col pericolo che 1.300 ospedali chiudessero all'improvviso, si è arrivati a reperire 100 miliardi, con un sistema finanziario che denota la pesantezza della situazione. L'INAM, vista l'impossibilità per lo Stato di intervenire con un nuovo ripiano del disavanzo degli enti mutualistici, che il Parlamento probabilmente non avrebbe accolto, si è vista costretta a realizzare un mutuo di favore con la Banca nazionale del lavoro, garantito dalla Banca d'Italia. Si tratta di cento miliardi pagabili in ragione di 25 miliardi al mese a partire dalla fine di questo settembre. Si tratta di una goccia di acqua nel mare. Non parliamo, poi, degli altri Enti, non parliamo dei comuni per i quali la situazione è ancora più pesante. Un benemerito collega di una precedente legislatura, il senatore Braschi, riuscì a varare un disegno di legge che fece nascere tante speranze che finalmente si riequilibrassero i rapporti tra ospedali e comuni, attraverso la creazione del fondo di anticipazione gestito presso il Ministero dell'interno. Noi, alla fine del 1967, abbiamo approvato un provvedimento per l'adeguamento del fondo suddetto. Ricordo che da parte dei colleghi di sinistra si voleva un provvedimento annuale; riuscì a far prevalere la mia tesi e cioè che il provvedimento fosse almeno triennale. Ebbene questo provvedimento scade alla fine del 1970; ma come spiegate che, pur avendo impiegato questo fondo, il Ministero degli interni, oggi alla fine del 1969, ha pagato gli ospedali fino al settembre-ottobre del 1967, lasciando scoperto tutto il 1968 e il 1969? Evidentemente lo stanziamento previsto in bilancio si è dimostrato insufficiente. C'è da notare che nel bilancio del Ministero dell'interno questo fondo che era di 18 miliardi nel 1969 viene portato a 20 miliardi, ma tale aumento è ben poca cosa, perchè la cronica situazione rimarrà effettivamente tale. Ora, la domanda che ci poniamo è questa: come mai è in progressivo aumento, in rossiniano crescendo, la spesa che riguarda gli enti mutualistici? Come si spiega che questo aumento avviene anche per i comuni? È presto detto. Per i comuni la spesa per l'assistenza sanitaria dovrebbe progressivamente diminuire, fino a

scomparire del tutto, perchè man mano che si allarga la piattaforma dell'assistenza mutualistica dovrebbe contrarsi la piattaforma dell'assistenza non mutualistica a carico dei comuni. È chiaro che il 90 per cento dei cittadini è coperto dal rischio malattia; ora, perchè quel 10 per cento dei cittadini avente diritto all'assistenza gratuita dei comuni diventa invece il 40, il 50, il 60 per cento? Perchè ogni amministratore, di qualunque corrente politica, considera come un suo dovere, quando ha in mano il settore dell'assistenza, erogare la medesima a suo piacimento, concederla a chi gli è simpatico, a tutti, magari fino all'ultimo usciere del comune. Il che provoca questo andazzo, vorrei dire questa demagogia alla quale nessuno dei partiti politici sfugge e ci troviamo di fronte ad una situazione paradossale: cresce la piattaforma mutualistica e cresce anche la spesa dei comuni. Questo sottolinea il sistema nel quale viviamo e ci porta a dover concludere che veramente è venuto il momento di riconoscere il superamento dell'assistenza malattia attraverso la mutualità. A questa conclusione siamo arrivati dopo lunghe discussioni e dopo lunghissime trattative: la mutualità ha operato bene nel nostro Paese, ha le sue benemerite, ma ha fatto il suo tempo, la primavera mutualistica è definitivamente trascorsa. Ecco perchè ho fatto perno sul capitolo VII del Piano di sviluppo economico.

L'obiettivo della sicurezza sociale si può realizzare sulla base degli esperimenti consolidati in Inghilterra e negli Stati scandinavi, soprattutto in Svezia; però se vogliamo veramente arrivare ad un compiuto sistema di sicurezza sociale, dall'oggi al domani, attraverso il cosiddetto prelievo fiscale, dobbiamo riprendere il ragionamento fatto innanzi. Se volessimo arrivare ad un sistema compiuto, sotto l'aspetto globale, faremmo uno sforzo di gran lunga superiore alle nostre possibilità, alle possibilità del nostro sistema economico. Da qui nasce la necessità che alla fiscalizzazione degli oneri si arrivi con la gradualità dettata dalle nostre esigenze. Ecco, perchè, al Congresso di Verona, nella relazione presentata dal Presidente, approvata all'unanimità e condivisa dal Ministro della sanità, abbiamo proposto

che, in attesa della soluzione globale del problema della sicurezza sociale, si cominci, intanto, a fiscalizzare la parte attinente agli ospedali. È dimostrato che l'INAM, e quindi tutti gli enti mutualistici, attraverso i proventi contributivi, sono in grado di far fronte alla spesa farmaceutica e medica con sufficiente regolarità, mentre risultano permanentemente scoperti per quanto riguarda la spesa del settore del ricovero ospedaliero. Ecco il perchè della proposta che il Ministro ha finito con il condividere e proprio in un recente convegno egli stesso ha detto che è necessario arrivare alla fiscalizzazione degli oneri per la parte afferente proprio agli ospedali; questo concederebbe un certo sollievo al settore e, una volta consolidato tale passo, si potrebbe procedere ad una successiva fiscalizzazione.

Mi auguro vivamente che con le trattative che si svolgeranno nei prossimi giorni tra il Ministero della sanità e il Ministero del lavoro si possa finalmente aprire una via nuova per uscire da questa situazione che è diventata veramente impossibile. Noi abbiamo auspicato, proprio in questi giorni, che l'« operazione mutue » si svolga nei confronti di tutte le mutue, non solo nei confronti dell'INAM da cui è iniziata, perchè la nostra preoccupazione è questa: noi tamponeremo la situazione fino al dicembre 1969; però ricordiamoci — e coloro che sono amministratori ospedalieri lo sanno bene — che a dicembre ci troveremo a dover far fronte ad impegni che sono almeno quattro volte maggiori di quelli ordinari di ogni mese: mensilità, tredicesima mensilità, erogazione dei contributi assicurativi, ratei di mutui eccetera.

Non si può continuare a tamponare le varie situazioni: è tempo ormai di affrontare il problema nel fondo e risolverlo nel modo che ho indicato.

Perchè vedete, onorevoli colleghi, quando alla fine del 1967 approvammo quella legge di integrazione con la quale il Governo ebbe ad erogare graziosamente 476 miliardi per il ripianamento dei debiti degli enti mutualistici al 31 dicembre di quell'anno, il Ministro del lavoro *pro-tempore* ritenne di aver conseguito una vittoria, dato che finalmente si

sarebbe potuto operare con tranquillità. In quell'occasione io intervenni in Aula gettando acqua sulle calde previsioni del signor Ministro. Feci infatti notare come, mentre si chiudeva una falla, se ne apriva un'altra di dimensioni imprevedibili. È logico che, senza una politica di contenimento della spesa, è fallace ed illusorio pensare di aver chiuso definitivamente il passato attraverso il tamponamento di qualche falla. Ciò è tanto vero che, dopo un anno, la falla si era riprodotta nelle stesse dimensioni, ed oggi — lo ha confermato il relatore — siamo giunti a 700 miliardi.

Ora, l'anno scorso, nel riferire sul bilancio, presentai insieme ad altri colleghi un ordine del giorno che il Ministro dichiarò di accogliere per la parte di competenza della sanità. Oggi, la buona disposizione dimostrata dal Ministero del lavoro sotto l'incalzare degli avvenimenti spero possa portare a che ci si ponga effettivamente sulla strada da me indicata.

Che cosa chiedo in quell'ordine del giorno? Anzitutto l'unificazione della miriade di enti mutualistici esistenti in pochi grandi istituti raggruppati in settori; e non credo vi sia chi non veda quanto sia naturale il soddisfacimento di tale esigenza. Quanti sono gli enti mutualistici? Quali sono le loro spese di gestione? Naturalmente non si tratta di creare un unico grande organismo, una specie di ministero delle mutue, ma di dar vita ad un riordinamento settoriale.

In secondo luogo, chiedo l'unificazione della normativa, onde offrire a tutti i cittadini lo stesso tipo di assistenza sanitaria. Voi conoscete i diversi trattamenti esistenti tra mutua e mutua: sistema diretto, sistema indiretto, percentuali diverse e via dicendo.

In terzo luogo parlavo della necessità di responsabilizzare il cittadino con una sia pur modesta aliquota di partecipazione alla spesa farmaceutica, come avviene in tutti — dico tutti — gli Stati del mondo. A tal proposito desidero dirvi che avevo preparato un disegno di legge ispirato a questo concetto; disegno di legge che ebbe l'assenso preventivo di tutti i grossi istituti mutualistici. Però, prima di presentarlo, volli sentire l'opinione delle grandi centrali sindacali,

e in quella sede mi fu dichiarato che, pur apprezzando la mia proposta — i sindacati avrebbero contrastato fino in fondo il progetto. Ora io penso che si dovrebbe avere il coraggio, al di là di ogni demagogia, di avviarsi verso la direzione giusta, senza preoccupazioni che così facendo si creino situazioni difficili all'interno dei sindacati stessi.

La mia quarta richiesta era quella di adottare uniformemente il sistema di quota capitaria annua per i medici. Voi sapete che in molte province d'Italia si applica il sistema del pagamento a notula, che dà luogo al fenomeno del medico che in un'ora compie 60-80 visite. Esistono naturalmente molti medici morigerati e osservanti... Ma c'è anche chi non si lascia pregare.

A L B A N E S E . Direi che è il contrario. Solo qualcuno fa ciò che lei dice.

P E R R I N O . Io so che il medico non riesce a sottrarsi alla richiesta del mutuato e, per condiscendenza, spesso scrive ciò che quello desidera. Ora, se un cittadino compra un *cachet* in una farmacia lo paga 50 lire; mentre lo stesso *cachet* all'ente mutualistico viene a costare 500 o 1.000 lire, a seconda che la visita che giustifica la ricetta figurì effettuata all'ambulatorio o a casa dell'ammalato.

A R G I R O F F I . Io ho l'impressione che quanto lei afferma sia vero. Però non possiamo confondere il problema della responsabilità più vasta col tentativo di scaricare sulle spalle dei mutuati e dei medici pecche che appartengono al sistema.

P E R R I N O . Il sistema della responsabilizzazione del mutuato è valido, ripeto, in tutti i Paesi del mondo. In nessuna nazione si dà tutto a tutti.

Quinto punto: ridurre l'assistenza medica negli ospedali avviando una stretta collaborazione tra poliambulatori mutualistici e ospedali medesimi. Voi sapete che in Italia la media del ricovero è di quindici, sedici giorni: con una migliore organizzazione tale media potrebbe scendere anche a dieci, undici giorni, se non meno, e bisogna tener presente che per ogni giornata in meno gli

enti mutualistici realizzano un'economia di miliardi. Naturalmente parlo di una riduzione, ad esempio, dei giorni oggi impiegati negli esami usuali; la cura sarebbe la stessa, ma si abbrevierebbe la degenza, col vantaggio suindicato.

Altro punto importante è quello rappresentato dalla opportunità di evitare la creazione di nuovi poliambulatori facendo capo a quelli esistenti presso gli ospedali più vicini. E qui debbo denunciare il sistema degli enti mutualistici. Mentre questi si rendono conto che così non può continuare, mentre denunciano la loro impossibilità di pagare, poi continuano imperterriti nella politica di creazione di nuovi presidi, magari (ecco il punto) non in località dove manca l'ospedale e dove un polioambulatorio da chiunque venga impiantato ed esercitato è sempre bene accetto, ma il più delle volte — anzi quasi regolarmente — proprio di fronte o di fianco agli ospedali, determinando così la dispersione in tanti rivoli inutili di quelle poche disponibilità economiche che gli enti stessi possono avere.

È chiaro che si parla di unità sanitaria locale e si parla anche e necessariamente della opportunità che i poliambulatori siano scorporati dall'organizzazione mutualistica per passare alla unità sanitaria locale. Ma allora che senso ha tutto questo, se ancora oggi attraverso i comitati regionali della programmazione abbiamo notizia di domande per la creazione di nuovi poliambulatori? Recentemente a Bari, al Comitato regionale, sono state presentate richieste di poliambulatori per sei o sette comuni i quali hanno i loro ospedali.

Ora, quando si è nella difficoltà attuale, quando non si riesce a pagare agli ospedali, perchè persistere in questa politica? Quando l'INAM segue questa politica, significa che non crede che si debba arrivare alla fiscalizzazione degli oneri sociali nei quali l'istituto mutualistico dovrà giocare certamente un ruolo diverso.

Quindi, come vedete, oggi ritorna l'argomento al quale ha fatto riferimento il Ministro e di cui si è parlato al Congresso di Verona del luglio scorso. Un anno fa, questo stesso argomento veniva sostenuto in Senato come una delle necessità di prima applica-

zione graduale per arrivare al compiuto sistema di sicurezza sociale. Si indicava poi anche il blocco della spesa, per i prossimi cinque anni, degli enti mutualistici. Questo è il quadro della situazione che si è venuta a creare. Ora, i Comitati regionali per la programmazione si sono messi finalmente al lavoro, anche perché i termini stanno per scadere: entro il 2 ottobre devono presentare il piccolo piano relativo alla utilizzazione dei 130 miliardi per il biennio 1969-70. Successivamente bisognerà affrontare il piano generale che prevederà alle esigenze degli anni futuri.

Passando ora brevissimamente all'esame di alcuni capitoli del bilancio, devo dire che l'incremento di 22 miliardi e 700 milioni per quanto riguarda la dotazione della spesa del Ministero della sanità è piuttosto modesto. Tuttavia è apprezzabile, questo sforzo che, pure nelle presenti difficili condizioni, è stato fatto dal Governo. Soprattutto mi piace sottolineare come è stata destinata questa maggiore dotazione, perché noi troviamo che quattro miliardi sono stati assegnati all'ONMI, il cui stanziamento passa così da 24 miliardi e mezzo a 28 miliardi e mezzo. L'ONMI, infatti, malgrado abbia continuato nel 1968-69 quella politica di ridimensionamento (taluno dice di demolizione) per contenere le spese, si è trovata alla fine del 1968, per i miglioramenti concessi al personale e cioè per la parte che più grava sul bilancio, con un ulteriore avanzo di due miliardi. Quindi, a mio parere, i 4 miliardi sono ben dati, perché se questo ente deve vivere, deve pur avere i mezzi per poterlo fare!

A R G I R O F F I . Questo è discutibile.

P E R R I N O . Da diversi anni, quindi, l'ONMI si sta limitando ad amministrare quel poco o quel molto che ha. Si tratta solo di sterile amministrazione, avendo soppresso tante di quelle attività che erano sue caratteristiche. Per la storia, questo anno sono stati eliminati altri asili notturni; è stato eliminato l'istituto di Monterotondo per il ricovero delle madri nubili; è stato alienato l'edificio della Rocca delle Cammi-

nate perché retrocesso a Donna Rachele Mussolini. In fondo l'ONMI ha fatto un gran piacere a Donna Rachele Mussolini, perché ora la tenuta si vende per 250 milioni. La vendita all'ONMI a prezzo di eccezionale favore (45 milioni) fu realizzata con l'obbligo per l'ONMI di realizzare un istituto di ricovero per bambini ritardati mentali recuperabili. Siccome questa opera non è stata più realizzata, l'ONMI ha dovuto restituire lo stabile alla proprietaria.

O R L A N D I . Bisognerebbe far pagare i dirigenti dell'ONMI!

P E R R I N O . Voi non avete mai approvato quell'acquisto, quindi siete i meno idonei a fare critiche. Noi dovevamo avere in Italia due istituti per bambini ritardati: uno al Nord e uno al Sud. La tenuta era stata acquistata dall'amministrazione Caronia, a questo fine, dieci anni fa. Non si è potuto realizzare neppure uno di questi istituti.

Comunque, per concludere, annuncio fin da ora che presenterò un ordine del giorno in questo senso: visto che l'ONMI, almeno finché non avvengono nuove trasformazioni, deve vivere e svolgere la sua azione, almeno il 25 per cento di questi quattro miliardi di maggior stanziamento sia impiegato dall'ONMI per la costruzione di nuovi asili-nido. D'altro lato, se l'ONMI sarà soppressa, ci saranno gli eredi che dovranno provvedervi. Dei 3.800 asili nido previsti per il 1966-1970 non se n'è costruito nessuno; solo a Cesena ne è stato costruito uno e il sindaco ne ha menato giusto vanto per averlo realizzato con la finanza comunale. Alla fine, però, dopo avere tentato la gestione diretta da parte del Comune, si è dovuto rassegnare ad affidare la gestione all'ONMI.

Per la CRI l'incremento è di mille milioni; ed anche di mille milioni per le commissioni mediche, mentre di 4 mila milioni è per i contributi e i sussidi ad enti ospedalieri. Il famoso fondo ospedaliero di cui all'articolo 33 della legge, che nel primo anno fu previsto di 10 miliardi e l'anno scorso è stato di 15 miliardi è passato a 19 miliardi per il 1970.

Non mi soffermo sugli altri argomenti sui quali mi proponevo di intervenire per trat-

tare di un argomento di grande attualità: i tumori.

Non c'è dubbio che anche nel 1968 (non ho ancora i dati del 1969) la percentuale dei morti per tumore è cresciuta notevolmente: da 80 mila morti nel 1967 siamo arrivati a 90 mila morti nel 1968.

D E M A R I A, sottosegretario di Stato per la sanità. Adesso sono 100 mila.

P E R R I N O. Quindi il fenomeno incalza; di qui la necessità di organizzare la lotta contro i tumori soprattutto sul piano preventivo. Il relatore ha già detto abbastanza e in Aula dovremo dire anche noi qualcosa in merito. Ora voglio solo richiamare l'attenzione del Governo sul caso del dottor Bonifacio, un veterinario, il quale avrebbe scoperto (parlo al condizionale) un siero (impropriamente chiamato siero) per la cura dei tumori. La stampa quotidiana e a rotocalco si è occupata morbosamente, appassionatamente dell'argomento; è stata fatta anche una sottoscrizione che ha raggiunto circa 20 milioni per dotare il dottor Bonifacio delle attrezzature necessarie per preparare questo pseudo-siero. Il Ministero della sanità — si dice — è intervenuto opportunamente. L'onorevole De Maria ha avuto diretta parte in causa, ha contribuito per avviare la sperimentazione ufficiale.

Il dottor Bonifacio presenta la campionatura e l'Istituto superiore di sanità fa gli esami di carattere batteriologico e tossicologico; successivamente i cinque istituti per i tumori esistenti in Italia ed altri istituti svolgeranno la sperimentazione clinica necessaria.

Debbo però lamentare che con molta facilità e semplicità si è così venuto a creare un generale stato d'animo di attesa, di perplessità e per molti di illusioni. Voglio infatti ricordare agli onorevoli colleghi che casi del genere ricorrono periodicamente, a cicli di reit, nel nostro Paese; nel 1946 vi fu il caso, ad esempio, del famoso dottor Guarnieri, al quale ricorrevano innumerevoli pazienti non solo italiani, ma anche stranieri nella speranza che il prodotto da lui inventato li guarisse dal loro male. Tale prodotto però, regi-

strato come AF2, risultò essere costituito da un estratto di fegato e di milza di ovini giovani: ebbe il suo quarto d'ora di celebrità, la sua brevissima primavera e poi cadde nel ridicolo. Successivamente si è avuto il caso del dottor Vieri, quindi si è passati alla cura giapponese che veniva praticata, a prezzi ovviamente elevati, soltanto in una clinica di Roma che importava direttamente il prodotto dal Giappone.

Ora, dinanzi al caso attuale la Sanità ha fatto quello che poteva: ho l'impressione però che sia stata costretta ad una sorta di cedimento — nè d'altra parte poteva agire diversamente — poichè, mentre in veste ufficiale si esige che il prodotto sia depositato ed esaminato, dal punto di vista tossicologico e batteriologico, presso l'Istituto superiore di sanità prima che lo stesso possa passare alla sperimentazione clinica, di fatto si consente al dottor Bonifacio di preparare e di distribuire il suo preparato senza queste prove preliminari.

In questi casi cosa deve fare la Sanità? Deve agire con la necessaria tempestività, perchè solo in questo modo può stroncare certe iniziative che in buona o in cattiva fede determinano un parossismo in seno alla opinione pubblica, specialmente in seno a quell'opinione pubblica che si trova in una particolare e dolorosa situazione. La raccomandazione che vorrei quindi rivolgere al rappresentante del Governo in casi del genere (il caso Bonifacio è uno, ma ne capiteranno altri) è di tagliare corto arrivando al più presto possibile alla sperimentazione ufficiale.

La ristrettezza del tempo a disposizione mi impedisce di attardarmi sulla situazione del personale paramedico, sulle scuole e sulla necessità di un incontro in proposito con il Ministero della pubblica istruzione. Vedo tuttavia che nella nota preliminare allo stato di previsione in esame, a pagina 17, per quanto riguarda l'ordinamento dell'istruzione parasanitaria il Ministero ha sposato in pieno la tesi che ormai è venuta da alcuni anni affermandosi. Io stesso al Congresso di Verona svolsi una relazione nella quale sostenevo la necessità di portare tale istruzione al livello dei paesi più progrediti come

l'Inghilterra, la Scandinavia, la Francia e la Germania: l'impostazione data dal Ministero della sanità alla soluzione di questo problema — ripeto — segue questa linea per cui non posso che esprimere la mia viva soddisfazione.

Riservandomi pertanto di trattare nell'intervento che svolgerò in Aula gli argomenti che per la ristrettezza del tempo e per rispetto alla pazienza dei colleghi che mi ascoltano non ho potuto qui affrontare, concludo preannunciando il mio voto favorevole allo stato di previsione della spesa per il Ministero della sanità così come ci è stato presentato e alla relazione veramente apprezzabile svolta dal senatore Colella.

D E M A R I A, sottosegretario di Stato per la sanità. Pe quanto si riferisce al dottor Bonifacio, desidero ricordare che già nel 1954, quando cioè ero Commissario aggiunto, mi capitò di occuparmene. A quel tempo incaricai il professor Pentimalli di fare delle ricerche al riguardo, ma queste furono assolutamente negative nel senso che il prodotto in questione non aveva nessun fondamento scientifico. Per conto mio, quindi, la questione era archiviata. In seguito il dottor Bonifacio è tornato alla ribalta. Vi è un fatto peraltro di carattere deontologico che differenzia il dottor Bonifacio dagli altri e, in un certo senso, lo salva: mentre tutti gli altri medici hanno ricavato parecchi milioni dal loro prodotto, il dottor Bonifacio non ci ha speculato, in quanto non ha mai posto in vendita il suo farmaco, che comunque — torno a ripeterlo — non ha alcun fondamento scientifico.

Il giorno in cui mise piede al Ministero della sanità era l'8 agosto: io dissi al ministro Ripamonti di proporre al dottor Bonifacio di fare ricerche, così come avvengono sempre, in laboratorio su animali, perchè la sperimentazione umana avviene in un successivo momento.

Per vero, il dottor Bonifacio non ha voluto accettare questa proposta. In seguito a questo rifiuto siamo arrivati, allora, a quell'accordo che conoscete, preso con il professor Valdoni. Gli esami in questo momento sono in corso presso il Ministero della sa-

nità. Il ritrovato non ha fondamenti scientifici; siamo in attesa dell'esito degli esami chimici e farmacologici, ma si può senza esitazione affermare che si tratta di una produzione molto artigianale. Le premesse scientifiche sono dunque discutibilissime, si rientra piuttosto nel campo dell'empirismo. Naturalmente la stampa ha dato molto rilievo alla notizia la cui eco si è estesa suscitando nell'opinione pubblica commozione e aspettativa. Nonostante tutto il clamore sollevato, io non credo che il Ministero della sanità dovesse impedire l'esame del preparato; un domani gli si sarebbe potuto sempre rivolgere l'accusa di avere trascurato una possibile ipotesi di rimedio. In considerazione di ciò si è deciso di lasciare che il preparato venisse esaminato. Al senatore Perrino che ci fa osservare che l'esame non segue la prassi consueta rispondo che in genere si praticano diversi sistemi, tutti scientificamente fondati. Stiamo lottando contro una malattia che ci affligge molto duramente. Studi e ricerche sono in corso in tutto il mondo, ma purtroppo non si è ancora giunti a niente di concreto. Ho visitato, in America, il Centro di ricerche contro il cancro, corredato di attrezzature perfette e costosissime, nonostante le quali però i ricercatori che vi lavorano incessantemente non hanno ancora raggiunto risultati concreti.

Date queste premesse, dunque, il ministro Ripamonti, per non lasciare nulla di intentato, ha pregato il professor Valdoni di sperimentare il preparato del dottor Bonifacio sotto la sua egida e la sua esperienza.

Il Ministero della sanità, inoltre, non ha tralasciato di invitare la stampa a non creare aspettative nell'opinione pubblica. Io mi permetto di rivolgere questo invito anche agli onorevoli senatori, affinchè nella loro maturità umana evitino di creare speranze che in questo momento purtroppo non sono fondate.

Più di questo non possiamo fare; in un regime democratico esiste una certa libertà e io non direi che in questo caso sconfini in campi arbitrari. Dobbiamo pensare al travaglio delle creature colpite e dei parenti che conoscono l'ineluttabilità del male e la

BILANCIO DELLO STATO 1970

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

impotenza dei medici. Non si può negare che l'opinione pubblica è già stata troppo scossa, ma si è trattato di un terremoto che era difficile evitare. Il Ministero della sanità si è comportato come aveva il dovere di comportarsi; non è il caso di tragicizzare né di dissentire su questo episodio. La ricerca scientifica continua e speriamo in questo caso di approfondirla ulteriormente. Sono sicuro, come medico, che un giorno arriveremo ad una soluzione, ma oggi su questo ritrovato, dal punto di vista scientifico, esistono ancora molte riserve.

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

La seduta termina alle ore 12,40.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 25 SETTEMBRE 1969

Presidenza del Presidente CAROLI

La seduta ha inizio alle ore 10,20.

Sono presenti i senatori: Argiroffi, Balesi, Caroli, Chiariello, Colella, De Falco, De Leoni, Del Nero, Del Pace, Dindo, Guanti, Lombardi, Manenti, Menchinelli, Minella Molinari, Angiola, Orlandi, Pauselli, Perrino, Pinto e Zelioli Lanzini.

Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità De Maria.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1970

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1970 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

D E L E O N I. Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi! Ho attentamente esaminato la interessante relazione del senatore Colella. Il collega ha iniziato col parlare dei trapianti, di cui anch'io ho avuto modo di occuparmi a lungo in un mio intervento in Aula lo scorso anno.

Il Ministro accolse soltanto come raccomandazione la mia proposta di richiedere, per quanto concerne la parte giuridica, la delega al Governo per risolvere la questione dei trapianti con la massima rapidità. In meno di un mese la legge sul trapianto della cornea e dei reni fu approvata sia dal Senato sia dalla Camera.

Il relatore ha giustamente messo in evidenza la questione delle mutue e delle gravissime difficoltà in cui queste operano: difficoltà, a mio giudizio, destinate ad aggravarsi mese per mese, anno per anno, di pari passo con l'aumento delle rette ospedaliere. Ecco perchè molto spesso gli istituti mutualistici sono costretti a ricorrere alle cliniche private. Lei sa meglio di me, onorevole Sottosegretario, stante la sua lunga esperienza in materia, dell'esistenza di un miliardo al giorno che grava sulle mutue: quando infatti l'assistito è ricoverato in un ospedale, deve sottostare inevitabilmente a un giorno di degenza, con un aggravio giornaliero — che finora non si è riusciti a superare — appunto di un miliardo di lire.

L'ultimo governo Moro affrontò il problema ed è stata creata presso il Consiglio dei ministri una commissione paritetica composta da dieci funzionari del Ministero della sanità e da dieci funzionari del Ministero del lavoro e presieduta da un Presidente di sezione del Consiglio di Stato. Il suo compito avrebbe dovuto essere quello di realizzare finalmente la fusione dei vari enti, per giungere ad un'assistenza unica, ma logicamente non si è ottenuto alcun risultato: la burocrazia imperante ha, infatti, impedito che venissero seguite le direttive dell'onorevole Moro, relative alla creazione di due grossi enti: uno per la parte assistenziale e uno per quella previdenziale.

Occorrerebbe pertanto ridare vita a questa commissione di studio, magari incrementandola con personalità politiche, dato che i

funzionari sono, com'è noto, eccessivamente attaccati ai loro servizi, che difficilmente cedono (mi riferisco, particolarmente, alla burocrazia del Ministero del lavoro). La questione potrà essere risolta soltanto quando si riuscirà a fondere in uno i due Ministeri in questione. Il Dicastero della sanità avrebbe così la tutela sanitaria di tutti gli enti mutualistici, ciò che finora non è stato possibile ottenere: infatti, nessun medico provinciale si è mai permesso di andare a esaminare un ambulatorio, nè ha avuto mai la preventiva autorizzazione. Tipico, in proposito, è il caso del Centro traumatologico della Garbatella, inaugurato dall'INAIL senza che in pratica il nostro Ministero ne sapesse nulla.

Altro problema importante è quello del personale del Ministero della sanità. La situazione è tanto più seria in questo momento, particolarmente delicato per il nostro Dicastero e soprattutto con l'attesa della riforma ospedaliera. Io ritengo che sia inutile attendere la riforma generale della Pubblica amministrazione per inquadrare i ruoli della Sanità. È di pochi giorni or sono la notizia che anche il medico provinciale di Torino, ispettore generale e valorosissimo medico, ha abbandonato il suo posto. La situazione è grave, insomma, e il Ministro dovrebbe, in collaborazione con i Dicasteri del tesoro e della riforma burocratica, affrontarla in maniera concreta. Attualmente vi sono sette direzioni generali, novantadue medici provinciali, novantadue veterinari provinciali; vi sono inoltre gli aeroporti, i porti e via dicendo, ma il personale medico, amministrativo e tecnico è rimasto quello di sempre, a detrimento completo del servizio che il Ministero della sanità dovrebbe invece rigorosamente svolgere.

È stato da noi discusso in sede deliberante, prima delle ferie estive, un disegno di legge di iniziativa del senatore Pinto, ampliato e accettato dal Ministro, per cercare di dare almeno un « contentino » a tutti questi medici e veterinari: sarebbe stato un incoraggiamento ai nostri funzionari della Sanità per continuare nel loro lavoro, ma il provvedimento non ha avuto seguito. Leggevo proprio alcuni giorni fa un bell'articolo

sul prestigio delle Commissioni in sede deliberante: mi sembra invece che l'arenarsi del provvedimento in questione costituisca una vera umiliazione!

Per quanto riguarda la medicina scolastica, il relatore ne ha giustamente sottolineato la situazione di carenza. Questa è dovuta in primo luogo, a mio giudizio, alla esistenza di un certo dissidio fra i due Ministeri della sanità e della pubblica istruzione. Ho fatto parte di alcune commissioni paritetiche, ma non si è mai concluso niente. Il Ministero della pubblica istruzione sostiene infatti che la medicina scolastica deve far parte dei compiti del nostro Dicastero, cosa questa, a mio avviso, quanto mai errata. I fondi vanno quasi sempre in economia: ci sono andati gli altri anni e ci andranno in massima parte anche quest'anno. E poi ci lamentiamo delle decurtazioni operate dal Tesoro! Come possiamo pretendere che quel Ministero aumenti gli stanziamenti del bilancio? Vi è da dire che il nostro Dicastero si riduce solitamente a concedere gli aumenti in questione proprio alla fine dell'esercizio, quando la Corte dei conti e la Ragioneria sono oberate da una mole immensa di provvedimenti che devono essere esaminati e registrati. Sarebbe pertanto opportuno prendere accordi sia con la Ragioneria che con la Corte dei conti per cercare di eliminare o, almeno, attenuare una certa esagerata richiesta di documenti.

Per quanto riguarda la profilassi delle malattie infettive, il relatore parla di una situazione di carenza di ufficiali sanitari, medici condotti e via dicendo. È noto che i Comuni non tollerano la spesa che debbono sostenere sia per l'ufficiale sanitario sia per il veterinario comunale e anche per l'ostetrica e il medico condotto; in particolare quest'ultimo — nostra eminentissima figura che conserva tuttora una sua validità — corre i rischi maggiori, ma sarebbe una cosa gravissima se essi sparissero, perchè al medico condotto la riforma sanitaria attribuisce nuovi compiti, per cui la sua presenza è necessaria.

Noi abbiamo già trattato la questione relativa agli ufficiali sanitari condotti: in proposito, abbiamo trovato una forte opposizio-

ne del Ministero dell'interno e non siamo riusciti fino ad oggi a raggiungere un accordo nè per i veterinari comunali nè per gli ufficiali sanitari condotti, giacchè la legge parla di uno stipendio pari all'80 per cento di quello del medico condotto, ma lo stipendio del medico condotto di Roma è differente da quello ad esempio di Scurcola Marsicana, giacchè il primo percepisce uno stipendio di grado quarto, pur esercitando le stesse funzioni.

Circa la lotta contro l'influenza, il relatore ha parlato di vaccinazione preventiva ogni anno; però l'esperienza ci dice che le vaccinazioni antinfluenzali non servono, o servono pochissimo. L'Istituto superiore della sanità non ha ancora trovato un vaccino efficace per difenderci dall'influenza.

In merito all'azione in favore della maternità e dell'infanzia, sono d'accordo su quanto ha riferito l'illustre collega Perrino. Approvo quindi l'aumento degli stanziamenti iscritti in bilancio a favore dell'ONMI, giacchè l'assolvimento dei compiti attribuiti all'Istituto fino ad oggi ha lasciato enormemente a desiderare.

Vedo anche con piacere che in bilancio sono stati iscritti maggiori stanziamenti per la lotta contro le malattie sociali, dichiarandomi d'accordo su quanto è stato detto, in particolare, circa la lotta contro i tumori. L'anno scorso sono stati dati appena 300 milioni ad un istituto grande come il « Regina Elena », che spende una simile cifra in una settimana. Questi istituti si sono trasformati in veri e propri ospedali e di studi ne fanno ben pochi. Il « Regina Elena » si regge attivamente proprio perchè è diventato un ospedale.

Bisogna anche andar cauti nell'incoraggiare i rimedi miracolistici contro i tumori, che di tanto in tanto vengono annunciati da sanitari più o meno qualificati. Abbiamo visto quali risultati abbiamo ottenuto finora. Il ritrovato fornitoci dalla Jugoslavia, dopo le analisi dell'Istituto superiore della sanità, si è rivelato costituito di semplice canfora calmante dei dolori. Adesso è in via di sperimentazione il ritrovato di un veterinario. Io penso che il Ministero dovrebbe essere più prudente in proposito, perchè la popolazione si allarma.

Quest'anno viene aumentato il fondo per la lotta contro la tubercolosi, ma tale malattia non è in aumento, nel modo più assoluto: ce lo dicono le statistiche. Io riterrei più opportuno devolvere questo fondo a favore della lotta contro i tumori. Questa mia proposta dovrebbe essere accolta senz'altro dal Ministro. Il Ministero della sanità finanzia ogni anno i 92 Consorzi provinciali antitubercolari, ma mi pare che non ci sia nessuna legge che lo prescriva. Tra l'altro, questi Consorzi provinciali antitubercolari non sono neanche sottoposti al controllo del Ministero della sanità, ma a quello del prefetto. Ancora non siamo riusciti a porli sotto il controllo del Ministero della sanità. Un'azione da potenziare, comunque, è quella di *depistage* contro la tubercolosi, effettuata con speciali automezzi, adeguatamente attrezzati, che girano per le varie province d'Italia per eseguire la radiografia a tutta la popolazione. Questa attività, che ha dato dei risultati ottimi, ma che ora mi sembra un po' ferma, va ripresa e potenziata, specie nel Meridione, dove otto-dieci anni fa si riscontrava il maggior numero di predisposti alla tubercolosi.

Così pure non va perso di vista il pericolo sempre incombente della poliomielite. Il relatore giustamente ha rilevato che col vaccino vivo la poliomielite è quasi scomparsa in Italia. Sono stati registrati pochi casi anche nel Meridione, dove la gente è restia a portare dal medico il bambino malato; però l'esperienza ci dice che si tratta di una malattia subdola, che arriva all'improvviso come i temporali: può passare un anno senza che vi siano temporali, poi all'improvviso ne scoppia uno tremendo. Quindi io raccomandando al sottosegretario De Maria, e per lui al Ministro della sanità, di mantenere sempre in piena efficienza gli istituti, ormai ridotti soltanto a due, che producono il vaccino antipolio.

Passando ad un altro settore, è noto che il Ministero della sanità ha creato due o tre anni fa la Direzione generale degli alimenti e della nutrizione. Secondo me, la legge sulla nutrizione va rivista nel modo più assoluto. La Direzione generale non può esercitare bene i suoi controlli sugli alimenti, prima di tutto perchè le guardie sanitarie sono in nu-

mero esiguo e sono adibite alle mansioni di telefonisti, uscieri, dattilografi e autisti, per cui solo un piccolissimo numero di esse è a disposizione di tutte e sei le Direzioni generali e di tutti i novantadue medici provinciali per il controllo degli alimenti. Inoltre i Laboratori provinciali di igiene e profilassi hanno attrezzature antiquate e il Ministero della sanità ha scarsi mezzi per ammodernarle. È quindi indispensabile aumentare il numero delle guardie sanitarie in sede di riforma burocratica e raccomando in modo particolare la soluzione di questo problema.

Per quanto poi riguarda la disciplina dei prodotti farmaceutici, confesso che nutro dei dubbi. Il controllo che viene effettuato sulla fabbricazione delle medicine non offre il minimo affidamento, principalmente perchè il personale ad esso adibito è scarso; ed ora attribuiamo al Ministero della sanità un altro compito più delicato, costoso ed impegnativo. Io consiglierei una certa prudenza in questo campo. Fra le varie Direzioni generali della Sanità che andrebbero ridimensionate c'è anche quella dei servizi farmaceutici.

Occorrerebbe pure modificare l'attuale composizione della Commissione per la registrazione dei medicinali, di cui non dovrebbe far parte un capo laboratorio (che spesso è un consulente delle industrie farmaceutiche) nè dovrebbe esserne Presidente il Direttore generale dell'Istituto superiore della sanità, che per il Ministero della sanità esercita in certo modo le funzioni della Cassazione. Si è mai visto un Presidente di Cassazione presiedere la Corte di appello? Io penso che la Commissione dovrebbe essere presieduta perlomeno dal Sottosegretario di Stato, dato che il Ministro ha troppi impegni.

Ritengo anche che il procedimento per la registrazione dei medicinali vada modificato e snellito. Occorre tener presente che oggi i grandi complessi industriali tendono a far scomparire i piccoli, che producono i migliori preparati.

Per quanto poi concerne il problema delle frodi e delle sofisticazioni alimentari, il servizio di controllo non dovrebbe più rientrare nella competenza del Ministero dell'agricoltura, ma essere attribuito interamente al

Ministero della sanità, alle dipendenze della Direzione generale degli alimenti e della nutrizione.

Circa i servizi veterinari devo dire che è necessario che il Ministero studi e stabilisca lo stato giuridico degli Istituti zoo-profilattici, i quali lo attendono da sette-otto anni. Questi Istituti svolgono una interessantissima attività nel campo della creazione, protezione e conservazione delle razze italiane e producono anche dei vaccini che poi vendono a prezzi molto modici rispetto a quelli praticati dall'industria privata. Tuttavia sarebbe opportuno non mettere in concorrenza gli Istituti zoo-profilattici con quelli privati.

Ritengo anche che bisognerebbe controllare maggiormente le importazioni e le esportazioni delle carni, in scatola e non, dagli altri Paesi: in ciò è necessario però un maggiore coordinamento con il Ministero del commercio estero.

Giustamente il relatore ed altri colleghi hanno fatto presente che 30 milioni per sovvenzionare le condotte veterinarie in 92 province sono una somma irrisoria, giacchè non tutti i Comuni d'Italia possono avere il veterinario comunale e quindi o costituiscono dei consorzi a questo scopo o sono costretti a servirsi di veterinari privati.

Ma il punto su cui mi permetto di insistere maggiormente è questo: il Ministero della sanità deve essere posto nella condizione di poter esercitare effettivamente i compiti di istituto che gli sono attribuiti. Infatti l'organico di cui dispone è molto modesto e dovrebbe essere aumentato. Si pensi alla medicina sociale, alla medicina preventiva e alla gerontologia, che vengono trascurate. I nostri vecchi vengono completamente abbandonati: si tratta di un problema che la medicina sociale dovrebbe affrontare con energia. Logicamente, quando si supera una certa età, si ha bisogno dell'assistenza medica.

G U A N T I . Limiterò il mio intervento alla trattazione di un solo argomento: quello inerente la protezione della maternità e dell'infanzia.

Il sistema non risponde affatto alle esigenze di uno Stato moderno, nè si uniforma a quanto stabilito dall'articolo 31 della Costitu-

zione: « La Repubblica agevola la formazione della famiglia... Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo ». Il sistema di protezione della maternità e dell'infanzia è infatti caratterizzato da strutture anacronistiche, confusione, dispersione e deficienze. In primo luogo, le attribuzioni centrali sono confusamente distribuite tra i Ministeri dell'interno (divisione assistenza minorile), della pubblica istruzione (servizi per la scuola materna), di grazia e giustizia (rieducazione minorenni), del lavoro (tutela lavoro minorile), della sanità (assistenza maternità e infanzia, rieducazione e recupero dei minorati).

Non parliamo poi della miriade di enti pubblici e privati che operano nel settore. Ne cito uno stralcio quanto mai modesto: l'AAI (Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali) opera con i suoi uffici provinciali UPAI e organizza i Centri ricreativi educativi scolastici (CRES); l'ENAOI (Ente nazionale per gli orfani dei lavoratori) provvede al ricovero degli orfani e all'istruzione professionale; l'ENPMF (Ente nazionale per la protezione morale dei fanciulli) si articola in centri provinciali per i servizi sociali, in centri medico-psicopedagogici e in centri provinciali per la difesa della gioventù; esiste poi l'UIAI (Unione italiana di assistenza all'infanzia) con i suoi centri per la tutela minorile presso le Corti di appello, i Tribunali e le Preture; la CRI (Croce rossa italiana) che si occupa dell'assistenza antitubercolare all'infanzia, l'Opera nazionale per gli orfani dei militari dell'Esercito, l'Opera nazionale per gli orfani dei sanitari italiani, l'Opera per il ragazzo della strada, la Fondazione Pro Juventute.

E del resto risaputo che il campo dell'assistenza è quanto mai ricco di istituzioni. In Italia sono quarantamila gli enti che dovrebbero assolvere a compiti sociali così importanti. In questo labirinto di istituti nessun ente o autorità riesce ad esercitare un benchè minimo controllo ed a ottenere il necessario coordinamento. I fondi dell'assistenza si disperdono in mille rivoli e poca parte invero finisce per servire ai veri scopi cui gli stessi sono destinati.

Un discorso a parte merita l'ONMI, istituita con legge 10 dicembre 1925, n. 2277, re-

golamentata con regio decreto 15 aprile 1926, n. 718 e assorbita dal testo unico 24 dicembre 1934, n. 2316, con compiti molto vasti ed ambiziosi, con strutture centralizzate ed autoritarie ormai superate dai tempi. Questo peccato d'origine è stato aggravato dalla antidemocratica e prolungata gestione commissariale, nonché dalla pratica del sottogoverno e dalla cattiva gestione dei fondi. Le responsabilità in questo campo sono ben precise ed individuate. L'ONMI d'altronde non ha mai assolto ai compiti di vigilanza e di coordinamento degli enti operanti nel campo dell'assistenza alla maternità ed infanzia che le sono stati attribuiti dalle leggi istitutive. La fungaia di enti privati ha potuto così svilupparsi, assorbendo i miliardi destinati all'assistenza dell'infanzia senza avere le necessarie competenze e attrezzature.

Solo di recente sono venuti alla luce alcuni dolorosi drammi vissuti da centinaia di bambini minorati rinchiusi in istituti-Lager, che hanno commosso l'opinione pubblica e messo in luce le responsabilità dei pubblici poteri.

Il problema di una ristrutturazione nuova dell'assistenza alla maternità e infanzia è avvertito da tempo. Occorre pertanto por mano alle riforme senza indugi, poichè ogni ulteriore ritardo non troverebbe giustificazione alcuna e denuncerebbe l'insensibilità e le responsabilità del Governo.

Del resto, il programma di sviluppo economico per il quinquennio 1966-70 al capitolo VII, paragrafo 92, traccia gli indirizzi e pone gli obiettivi da raggiungere entro i cinque anni nel campo dell'assistenza all'infanzia. In primo luogo viene stabilito che entro il 1970 debbono essere costruiti 3.800 asilini, dopo averne individuato un fabbisogno di 10.000 e avere riscontrato che quelli dell'ONMI sono soltanto 522. Finora però nessun disegno di legge in questo campo è stato presentato dal Governo. Per quanto riguarda i disadattati, sono previsti uno studio standard dei diversi tipi di servizi per le varie categorie e una programmazione di settore regionale, per favorire al massimo e il più rapidamente possibile l'inserimento dei soggetti nelle normali sedi di lavoro, di istruzione e di vita sociale. Per quanto concerne i minorati fisici e psichici, è prevista l'istitu-

zione di scuole speciali e laboratori protetti. L'intervento assistenziale nel settore si propone di prevenire e ridurre le cause di minorazione e di recuperare i minorati. Sono previste inoltre forme concrete di assistenza agli invalidi civili irrecuperabili e forme integrative per coloro che possono svolgere un'attività lavorativa parziale.

Sono questi gli obiettivi e le direttive fissati dal Piano, che sono obbligatori, devono essere tradotti in provvedimenti di legge e devono costituire azione quotidiana del potere pubblico nel campo dell'assistenza all'infanzia. Il quinquennio si chiude invece l'anno venturo, senza che le direttive del Piano siano state realizzate dal Governo. Siamo troppo in ritardo! Occorre fare presto e bene e porre termine una buona volta ai rinvii. Migliaia di bambini soffrono, migliaia sono quelli che muoiono ogni anno.

Le statistiche denunciano una percentuale di nati-mortalità del 19,5 per mille e una mortalità infantile del 34,2 per mille. Le percentuali mondiali dividono i Paesi in tre gruppi: il primo gruppo (Svezia, Olanda, Norvegia, Finlandia, Francia) si trova al di sotto del 20 per mille; il secondo gruppo (Giappone, Stati Uniti, Israele, Canada, Belgio, Repubblica democratica tedesca e altri) si trova tra il 20 e il 30 per mille; il terzo infine (Italia, Grecia, Messico, Jugoslavia e altri) si trova al di sopra del 30 per mille.

Che dire delle condizioni di molte regioni meridionali, dove questa percentuale sale spaventosamente, come in Basilicata, ove si registra il 33,9 per mille di nati-mortalità e il 45,3 per mille di mortalità infantile? Vi sono carenze igieniche, alimentari ed ambientali, ma vi sono purtroppo gravi carenze dell'intervento sanitario pubblico. Interventi profilattici adeguati in tutte le provincie d'Italia potrebbero strappare alla morte almeno 10.000 bambini ogni anno. Occorre provvedere al potenziamento dei servizi di medicina preventiva, rendendoli quanto più possibile capillari, e all'organizzazione moderna dell'assistenza psico-medico-pedagogica per limitare il drammatico fenomeno dell'infanzia sub-normale, ritardata o disadattata.

Davanti alle esigenze di una riforma delle strutture sollecitata dai crescenti bisogni e

dalle spinte delle masse lavoratrici e popolari, il Governo nella passata legislatura presentò un disegno di legge stralcio sull'ONMI, che è poi divenuto la legge 1° dicembre 1966, n. 1081, intesa a democratizzare gli organi di amministrazione centrali, provinciali e comunali e a porre termine alle gestioni commissariali. Ma anche questa modesta legge non ha trovato immediata applicazione. Ad un anno di distanza, e cioè al 4 dicembre 1967, risultavano costituiti soltanto quaranta Comitati provinciali, mentre ne restavano da nominare cinquantatré.

La legge 1934 prevede che l'ONMI debba prestare assistenza ai minorati psichici fino ai 18 anni, se emendabili ed educabili. L'ONMI non ha potuto assolvere adeguatamente a questo compito per mancanza di idonee strutture. Gli assistibili sono un milione.

L'igiene mentale infantile è stata trascurata e la tutela dei minorati psichici in età evolutiva si è sviluppata nella più grande e colpevole confusione. Per quanto riguarda l'assistenza riabilitativa ai minorati fisici, si rende necessaria l'istituzione di appositi centri di recupero.

Importante è anche la medicina scolastica e la tutela sanitaria delle attività sportive.

L'ONMI è venuta meno ai propri compiti. Leggi vecchie di trenta, quaranta anni non rispondono più ai bisogni della collettività. Le strutture burocratiche centralizzate e autoritarie non solo sono al di fuori del dettato costituzionale, ma sono di ostacolo ad una razionale ed efficace azione in un campo così delicato ed importante. Occorre, quindi, una riforma dalle fondamenta nell'assistenza alla maternità e all'infanzia.

Il Gruppo comunista col disegno di legge n. 420, presentato al Senato il 23 gennaio 1969 e riguardante « Nuove norme per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia e piano di sviluppo degli asili-nido », ha voluto dare il proprio contributo perchè questi obiettivi siano raggiunti.

Noi pensiamo che occorra attuare una profonda riforma delle strutture con la più ampia democratizzazione, fondata sull'autonomia e legata al potere locale: Regione, Provincia e Comuni. Noi pensiamo che il nuovo

sistema debba prevedere l'obbligatorietà dell'intervento pubblico nell'azione preventiva.

All'articolo 2 del nostro disegno di legge prevediamo che i servizi di assistenza alla maternità e alla prima infanzia forniscano:

1) consulenza genetica, ginecologica, ostetrica e pediatrica, nonchè consulenza medico-psico-pedagogica per la madre ed il bambino;

2) ospitalità e assistenza psico-sociale alle gestanti e puerpere;

3) ospitalità e assistenza ai bambini da zero a tre anni.

È previsto, inoltre, che i suddetti servizi svolgano anche opera di educazione sanitaria e di divulgazione scientifica.

Nel titolo II, agli articoli che vanno da 6 a 12, sono previsti gli organi per l'assistenza alla maternità e all'infanzia. Essi sono: i Comitati regionali, i Comitati consorziali e i Comitati comunali. Speciali compiti, infatti, spettano alle Regioni e alle Province in questo settore.

Nel titolo III, articoli 13-15, si prevede la programmazione dei presidi e dei servizi. Si stabilisce innanzitutto che i presidi non potranno essere in ogni caso inferiori ad un asilo-nido ogni 15.000 abitanti, un consultorio ogni 25.000 abitanti e un centro di ospitalità materna ogni 100.000 abitanti.

Nel nostro disegno di legge si prevede di realizzare il dettato del programma di sviluppo economico nazionale con la costruzione, a totale carico dello Stato, e l'entrata in funzione entro il 1970, di 3.800 asili e di altri 12.200 entro il 1980, per un totale di 16.000 asili capaci di ospitare 800.000 bambini fino ai tre anni. Si tratta di un impegno di legge che è stato approvato dal Parlamento, di una scelta fatta dal Governo e dai partiti di maggioranza. Questo impegno va mantenuto.

Naturalmente nel nostro disegno di legge è prevista la soppressione dell'ONMI e l'abrogazione del testo unico 24 dicembre 1934, numero 2316 sulla maternità e infanzia.

È augurabile che Ministero e Governo si decidano almeno a realizzare rapidamente quanto prescritto nel piano di sviluppo economico nazionale. I ritardi in questo campo non possono essere tollerati. Siamo in una

nazione civile e democratica che ha scritto nella sua Costituzione: « È dovere dello Stato tutelare la salute dei cittadini, proteggere la maternità e l'infanzia ».

Il bilancio di previsione per il 1970 non accoglie queste istanze e perciò noi esprimiamo parere contrario.

Desidero richiamare l'attenzione dei colleghi e del Governo anche sul problema della Croce Rossa Italiana e sui compiti che essa ha per quanto riguarda le trasfusioni di sangue, il servizio di soccorso stradale, il trasporto degli infermi, il pronto soccorso e la istruzione professionale degli infermieri. Occorre una precisazione dei compiti dell'ente. C'è una discrasia tra la legge ospedaliera e i compiti degli enti ospedalieri. Credo che sia venuto il tempo di rimeditare su questo problema e di predisporre i provvedimenti legislativi opportuni per inserire anche i compiti della Croce Rossa Italiana nel quadro dello sviluppo dei compiti degli enti ospedalieri e delle prossime unità sanitarie locali; tutta una nuova organizzazione di compiti e funzioni che si devono assolvere nel grande quadro di un servizio sanitario nazionale. Per ciò che concerne la Croce Rossa Italiana richiamo l'attenzione dei colleghi su quanto è affermato nella relazione della Corte dei conti ed è stato detto dallo stesso Presidente della Croce Rossa Italiana nella relazione al bilancio consuntivo del 1969.

D I N D O . Credo che il bilancio del Ministero della sanità possa essere considerato un bilancio interlocutorio, nel senso che il Ministero della sanità e il suo Dicastero si trovano di fronte ad una riforma ospedaliera di notevole portata che è in via di attuazione, e alla prossima istituzione delle Regioni, cui spettano compiti sanitari ad esse deferiti dalla Costituzione. Inoltre lo stesso Ministero, come è già stato rilevato, non ha definito le proprie funzioni e prendiamo atto di quanto ci ha detto il ministro Ripamonti, il quale ha affermato che è prossimo l'inizio di discussioni e di scambi di vedute con il Ministero del lavoro per risolvere il problema delle mutue e definire le competenze relative. Io mi auguro che le competenze in

questo settore passino in modo definitivo al Ministero della sanità.

Con l'occasione vorrei richiamare l'attenzione del Presidente sulla proposta modifica al Regolamento del Senato, per la quale sembra che la Commissione sanità si fonda con la Commissione lavoro. Io faccio parte di questa Commissione da troppo poco tempo per poter dare un giudizio in merito; ritengo tuttavia che, nel momento in cui i compiti del Ministero della sanità sono in constatata fase di ampliamento in questa nostra società che lo richiede, dobbiamo essere molto prudenti prima di togliere alla Commissione la sua autonoma specifica competenza. Comunque il Presidente e anche i colleghi, che da più lungo tempo di me fanno parte di questa Commissione, saranno i migliori giudici.

A mio giudizio, il bilancio di quest'anno presenta aspetti notevolmente positivi, tenuto conto appunto della situazione interlocutoria in cui il Dicastero si trova. Tuttavia, considerata una certa avanzata, se pur lenta, su tutto il fronte sanitario, sarebbe opportuno nella relazione puntualizzare certi settori in cui l'azione dovrebbe essere veramente dinamica. Tali settori sono da me individuati nelle unità sanitarie locali di prevenzione, di cui parla il relatore, unità che, per ora soltanto sulla carta, costituiscono, a mio avviso, la pietra angolare di ogni attività veramente organica di prevenzione, ossia della medicina moderna, che auspichiamo arrivi a prevenire le malattie anziché curarle. Confesso di non avere ancora una idea sufficientemente precisa di quel che si intende per unità sanitaria locale. So che ad occuparsene deve essere un gruppo di medici. Ma come esattamente la materia potrà articolarsi con le competenze della Provincia e del Comune? La cosa dovrebbe essere chiarita. Si potrebbe magari cominciare con una provincia-pilota e valutarne i risultati. L'importante comunque è che si inizi al più presto a fare qualcosa.

Altro argomento trattato è quello della mutualità: limiti, difetti e pregi delle mutue. A mio giudizio, il Ministero della sanità dovrebbe in primo luogo sforzarsi di mettere in luce lo spreco di ricchezza nazionale che

caratterizza tale settore. Il senatore Perrino ha parlato dell'imposizione di una tangente a carico dei mutuati, nell'acquisto delle medicine o nelle visite mediche. Questa può essere una strada, certo molto discutibile. Egli ha sottolineato d'altra parte come i sindacati, pur convinti della necessità di far qualcosa, abbiano espresso in merito parere contrario. Mi risulta che la contrarietà maggiore è stata espressa dai complessi farmaceutici, i quali evidentemente da un provvedimento del genere sarebbero i più colpiti nella loro continua espansione. Dobbiamo pensare che la mutualità è pagata in un certo senso dalla collettività e viene in sostanza detratta da fondi destinati alla retribuzione del lavoro. Si potrebbe forse intavolare con i sindacati un discorso tendente a spostare il cinque per cento dei contributi a favore del lavoro, aumentando proporzionalmente stipendi e paghe: questa piccola tangente previdenziale potrebbe forse costituire una base di discussione per arrivare a chiedere ai mutuati un piccolo contributo diretto. Su questo argomento però non intendo in questa sede dilungarmi.

Il Ministero della sanità potrebbe far molto in un altro settore parallelo. Abbiamo tutti ricevuto in questi giorni una relazione sulla campagna della cortesia che il Presidente dell'INAM ci ha voluto inviare, per dimostrare come tale campagna abbia avuto un certo successo. Devo dire che ce n'era bisogno. « Chi sta dall'altra parte del tavolo o dello sportello è un suddito che è bontà mia se riesco ad accontentare... »: è la mentalità diffusa in buona parte dei dipendenti degli istituti mutualistici ed è questa mentalità che la campagna dell'INAM cerca non dico di eliminare, chè sarebbe pretender troppo, ma quanto meno di ridurre. È giusto che ciò sia fatto. Tuttavia, non sarebbe forse meglio prevenire il male anzichè cercare di curarlo? Se noi per esempio, attraverso una opportuna e intelligente azione di propaganda anche nelle scuole, cominciassimo a far opera di convincimento che le medicine fanno male se prese senza una reale necessità, che c'è sperpero inutile (in un certo comune durante la pulizia delle fognature sono stati trovati quintali di medi-

BILANCIO DELLO STATO 1970

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

cine non adoperate) e che ad andare dal medico si perde tempo e che il tempo è denaro, non otterremmo risultati migliori? Anche ricorrendo alla fiscalizzazione degli oneri sociali, il problema resta. Se invece la collettività, come una grande famiglia, usa delle proprie possibilità — a tutti i livelli — con un certo criterio, è chiaro che tutti stanno meglio. Anche ora si parla di fiscalizzazione dell'assistenza ospedaliera, ma chi paga fino a quando non si realizza detta fiscalizzazione? Per il momento gli ospedali vanno avanti, sperando di poter far fronte agli impegni assunti fino a quando non si arrivi alla fiscalizzazione, che non è risparmio di ricchezza nazionale, bensì ricorso ad un'altra fonte. Però il Ministero della sanità deve sempre preoccuparsi della buona utilizzazione dei fondi.

A questo proposito, devo fare qualche rilievo per quanto concerne le malattie sociali e i servizi di riabilitazione. Io mi occupo in maniera particolare della riabilitazione degli spastici e ho visto che nel bilancio del Ministero della sanità la spesa prevista per questo settore è passata dai quattro miliardi e mezzo dello scorso anno ad otto miliardi. Ma l'onorevole Sottosegretario convincerà che questi otto miliardi non sono sufficienti. So peraltro che il Ministero della sanità aveva chiesto di stanziare 13 miliardi a questo scopo, ma poi il Ministero del tesoro ha decurtato la cifra. Io penso che bisognava arrivare a stanziare 16 miliardi per poter soddisfare completamente le esigenze finanziarie del settore. Certo prendiamo atto che è stata quasi raddoppiata la cifra stabilita lo scorso anno e che ciò rappresenta indubbiamente un passo avanti; devo però notare che 500 milioni sono già impegnati per la legge 23 gennaio 1968, risparmiando così sul ripiano del *deficit*; adesso mi risulta che c'è un miliardo di *deficit* nel bilancio del 1969. Esiste a questo proposito il progetto di una « leggina » che bisognerà approvare per non far ricadere questo *deficit* sui nuovi stanziamenti di 8 miliardi, che diversamente verrebbero ridotti a sei e mezzo. Penso che sarei ben contento se potessi avere assicurazioni in proposito. I quattrini sono fondamentali e necessari, perchè altrimenti le cose da fare non si possono finanziare;

però — e su questo vorrei richiamare particolarmente l'attenzione del rappresentante del Governo e degli onorevoli colleghi — non bastano assolutamente i soli fondi. In questo settore, infatti, tutta la preparazione medica e paramedica è estremamente carente. Vorrei dire che il settore è lasciato completamente da parte, mentre, data la diffusione della prevenzione della mortalità infantile, aumentano i bambini spastici che hanno bisogno di cure. Di specialisti medici che si occupino di questo ce ne sono pochi e ancor meno sono le fisioterapiste. Da un rapporto delle Nazioni Unite riguardante tale settore risulta che quello che manca in tutto il mondo è soprattutto il personale paramedico. Occorre incentivare questa professione nobilissima che è anche moralmente soddisfacente. Nella relazione che il Ministero ci ha presentato viene previsto che questo personale paramedico abbia il diploma di terza media più due anni di preparazione infermieristica e tre di specializzazione. Io non posso dichiararmi soddisfatto di ciò, come ha fatto il senatore Perrino: nei convegni che si tengono su questi problemi i direttori sanitari dei centri di riabilitazione degli spastici e dei motulesi insistono perchè questo personale posseda un titolo di scuola media superiore e abbia effettuato tre anni di specializzazione a livello universitario. D'altra parte, ciò è stato in un certo senso già attuato da noi: difatti, nel centro di cui io mi occupo personalmente, abbiamo quattro fisioterapiste; tre sono delle maestre italiane che hanno frequentato a Milano quel noto corso che non è riconosciuto dal Ministero, ma che è molto qualificante e senza di esso non sapremmo proprio come fare; la quarta è una giovane australiana molto brava che ha frequentato la scuola superiore di specializzazione in Australia e poi è stata in Inghilterra: adesso è molto richiesta, data la sua capacità ed esperienza, e gira l'Europa, soffermandosi due anni in un Paese e due anni in un altro. Noi siamo molto contenti di averla attualmente con noi, anche perchè può insegnarci qualcosa.

Io penso che lo sforzo finanziario che il Ministero sta facendo per il settore dei bambini spastici, subnormali e motulesi, debba

essere completato da tutta una azione di preparazione del personale paramedico.

Il Ministero della sanità dovrebbe essere dinamico nella politica di trasformazione dell'apparato sanitario e nella istituzione di unità locali di prevenzione, il che si allaccia al problema da me sottolineato, giacchè, se la diagnosi delle malattie sociali è precoce e precisa e se i bimbi possono essere messi sotto cura con notevole anticipo sull'età scolastica, qualche risultato si ottiene.

Riallacciandomi al discorso fatto dal collega che mi ha preceduto, voglio concludere dicendo che, a mio giudizio, il Ministro della sanità dovrebbe sentire appunto il dovere di prestare maggiore attenzione all'infanzia subnormale (c'è una mozione che verrà in discussione in proposito tra non molto), ma anche verso i bambini abbandonati, che per fortuna non sono fisicamente tarati.

La psicologia moderna ci informa di traumi violenti subiti da questi bambini, che con il loro bisogno estremo di un affetto che non hanno saranno gli spostati, gli psicopatici della società di domani.

Questo settore, onorevole Sottosegretario, deve assolutamente passare sotto la competenza della Sanità, ed avvalersi anche del prezioso ausilio degli psicologi.

Mi sia consentito a questo punto citare un caso personale, ma comunque eloquente. A Verona mio figlio si è recato con alcuni amici in un parco nei dintorni della città, accanto a uno di questi istituti. Era l'ora della ricreazione e lui e i suoi amici hanno varcato i cancelli: i bambini che correvano nel prato li hanno letteralmente sommersi, chiedendo di essere presi in braccio, di poter giocare, di poter parlare! Vi è dunque una effettiva necessità di questi bambini di sentire intorno a sè affetto, di poter scambiare qualche parola con un estraneo. Il collega Ossicini ha del resto autorevolmente sottolineato la tragedia della civiltà moderna, che fa aumentare gli squilibri psichici. Così stando le cose, ed essendo circa quattrocentomila — una città intera! — i bambini rinchiusi negli istituti in questione, io penso che iniziare un'azione medico-psichica nello specifico settore costituirebbe titolo di merito per il Ministro della sanità e per i suoi collaboratori.

A R G I R O F F I . Dovrei pronunciare una specie di *mea culpa*, avendo insistito, contro la proposta del collega Zonca, per rimandare il dibattito di una settimana. Dico questo perchè la rilettura della tabella 19 e della relazione Colella non solo non mi ha consentito di rintracciare quegli elementi di novità che da tante precedenti affermazioni del Ministro era sembrato di intendere, ma mi ha addirittura lasciato stupefatto la constatazione di un ulteriore arretramento dell'intera linea di politica sanitaria nell'attuale Governo.

Esistono e sono percepibili almeno tre atteggiamenti diversi e uno — quello del Ministro — contrastante con la relazione di tabella e con quella dell'onorevole Colella. Ciò voglio ben chiaramente affermare perchè sia evidente che noi consideriamo un dato oggettivo l'esistenza di tali contraddizioni, e che questo elemento conflittuale è una ulteriore riprova — ove fosse stato necessario — della confusione e delle molteplici anime con le quali il partito di maggioranza relativa parla.

La nota preliminare sembra costituire l'elaborato di un ufficio di ragioneria, totalmente estraneo alla funzione del nostro Parlamento, che è quella di esercitare impulsi politici, nell'ambito di una dialettica che a volte, nello scorso anno, ci era sembrata possedere elementi nuovi di prospettiva.

La relazione Colella, d'altro canto, ci si è presentata come il tentativo piuttosto angosciato di rivestire di giustificazioni uno schema di proposte peggiorative. Il Ministro, nella breve anticipazione che del suo commento ci ha fornito la volta scorsa, ha nuovamente suscitato la sensazione che sarebbe in fondo ragionevole dar credito al suo personale impegno, in attesa che maturino tempi meno duri. È stato come se da un incrocio stradale si allontanassero tre pellegrini in direzioni contrapposte.

D'altro canto, bisogna dire che in politica non si può vivere di cambiali, e i fatti sono non già quelli delle speranze ipotizzate da atteggiamenti che del resto noi comunisti abbiamo dimostrato di apprezzare nel rapporto che globalmente — direi — abbiamo avuto con la persona rispettabile dell'onorevole Ripamonti: i fatti son quelli siglati dal-

la tabella 19, che non sappiamo sino a che punto sia espressione del Ministro, e che vogliamo ritenere esprima forzature artificiali ed esterne che non giovano ad alcuno, nè per giudicare fatti passati, nè per pesare elementi attuali, nè purtroppo per confortare azioni future.

Non possiamo fare a meno di tenere conto che anche altre dichiarazioni del Ministro ci hanno lasciati perplessi per il modo con il quale ci è sulle prime sembrato che contraddicessero alla sua linea « ideologica » (mi si consenta il termine). Le dichiarazioni programmatiche sono però venute a confermare le battute frenanti, sicchè ci sia consentito cordialmente di chiedere se erriamo nel rammentare che da anni esistono ed operano commissioni di studio in relazione al problema della costituzione delle unità sanitarie locali, e che l'approfondita analisi che di tale essenziale momento di profonda riorganizzazione del nostro sistema sanitario si è ormai fatta in documenti ed elaborati innumerevoli, ha del tutto esaurito l'argomento di studio.

Ora — col più franco stupore — ci tocca sentire che il problema viene di nuovo aperto e che si torna a proporre altre inutili commissioni che non si capisce bene che cosa dovrebbero ulteriormente studiare, e delle quali è lecito comprendere che rivestono un compito puramente frenante a rivendicazioni ormai poste con grande urgenza e con forza da parte del mondo del lavoro.

Che cosa significa infatti prevedere alcune sperimentazioni, in qualche zona, dove cautamente si dovrebbe iniziare una sorta di *test* funzionale? Ma veramente vi è qualcuno che non prevede ciò che immediatamente si verificherà, laddove iniziative del genere dovessero effettuarsi? Veramente vi è qualcuno che non sa già che tutte le precedenti istituzioni esautorate da qualche timida ed isolata presenza riformistica non si scaglieranno con ogni mezzo a loro disposizione, esplicito ed implicito, per aggredire il bersaglio costituito da poche accerchiate unità?

La relazione del senatore Colella del resto parla di immediata istituzione delle unità sanitarie locali di prevenzione, capaci di

predisporre la « struttura recettiva per più vaste responsabilità e competenze ».

Ora è evidente che una riforma tendente alla modificazione strutturale dei presidi sanitari e al trasferimento radicale delle competenze, non può certo effettuarsi cambiando la denominazione di istituzioni già esistenti e funzionalmente fallite.

Non è qui il caso di tornare a discutere sul modo di affrontare la riorganizzazione dei servizi sanitari delle unità, ma credo che nessuno ormai si faccia illusioni sulla possibilità di potervi giungere consentendo l'ulteriore sopravvivenza delle mutue soprattutto nella prima fase organizzativa. Gli istituti mutualistici sono tigri di carta che denunciano ormai una specie di istinto preistorico di sopravvivenza che non riuscirà ad essere condizionato se non da un provvedimento radicale.

Del resto, l'orientamento generale della tabella 19 è tale per cui non vi è motivo di nutrire alcuna illusione in proposito. Non è vero che i tentativi di riorganizzazione degli ospedali attraverso la nuova legge costituiscono uno dei primi momenti riorganizzativi della sanità pubblica. In realtà senza attribuire le necessarie competenze e le strutture autonome indispensabili alle regioni, alle province ed ai comprensori cui faranno capo le unità, i nuovi interventi in direzione degli ospedali stanno denunciando soprattutto nel Sud il carattere incentivante dei vecchi, sovrapponendosi alle realtà locali come sovrastrutture, gusci vuoti di ogni contenuto, la cui presenza caotica viene ulteriormente aggravata dalle presenze più che mai demolitrici della Cassa del Mezzogiorno e del Ministero dei lavori pubblici.

A questo punto, nel momento cioè in cui, benchè il problema della sanità sia rivendicato come elemento fondamentale di libertà dei lavoratori italiani il Governo dell'onorevole Rumor finge d'aver l'orecchio del mercante, vien fatto di chiedersi che senso ha richiamare al Ministero della sanità — come qui si è sentito — la legittimazione di numerose attribuzioni politiche frantumate in una serie la più diversa di collocazioni.

L'unità sanitaria locale non può che assumere questo significato comprensivo di tut-

ti gli elementi di rivendicazione ai quali anche l'onorevole Colella all'inizio della sua relazione si riferisce. Basta considerare l'assoluto silenzio sui due grandi problemi da noi ripetutamente sollevati, inerenti a una radicale revisione dell'assistenza psichiatrica e alla riorganizzazione assistenziale all'indirizzo dell'infanzia. Il collega Colella, per esempio, si riferisce al « processo socio-culturale, in grazia del quale la salute viene in misura sempre maggiore concepita come un diritto inalienabile del cittadino che lo Stato deve tutelare e difendere ». A tal proposito il relatore si richiama al problema dei trapianti.

Ora noi non ci vogliamo addentrare in una problematica di tal tipo, ma la frattura fra questa enunciazione ed il suo corollario esecutivo è così lacerante che vorremmo porre qualche domanda ai nostri interlocutori: per quali categorie umane e per quali fini la scienza viene manipolata in tanti paesi ove pure è all'avanguardia? Il padre dei trapianti dottor Barnard, frequente ospite di rinomate cliniche romane, ci lancia il suo nuovo messaggio scientifico da uno stato come quello del Sud Africa, dove non passa giorno in cui decine di schiavi negri non vengano massacrati.

E perchè questo progresso, che dovrebbe consentire agli uomini di difendersi dalla morte, coesiste in Italia proprio alla morte di centinaia di lavoratori in infortuni? È dei giorni scorsi la notizia che soltanto all'Italsider di Taranto quest'anno sono morti 14 operai.

Questo noi diciamo perchè pensiamo sia giusto considerare che morire, e cioè il fatto della cessazione della vita, è un fatto che coinvolge anche il problema del diritto alla salute in maniera primordiale. Ed è da questo livello che esplode e comincia la lotta e il messaggio del fondo del lavoro italiano, un fatto che preme in misura ormai irreversibile e che deve essere inteso dall'Esecutivo come diritto urgente alla libertà.

Tempo fa, in questa sede si è accennato alla scoperta del contropulsatore elettronico che ha tentato disperatamente di salvare da infarto cardiaco un essere umano del quale non casualmente, tra la generale com-

mozione, i giornali italiani hanno sottolineato che egli era padre di due figli, e come tale protagonista insieme alla collettività di affetti che ci investono tutti e subito.

Che cosa significa ciò, oltre il dato episodico, quando nelle drammatiche zone minerarie del Sulcis, che ho recentemente visitato, tutti i figli dei minatori sono affetti da silicosi e da tubercolosi, quando l'indagine eseguita nei giorni scorsi dagli Ospedali riuniti di Reggio Calabria denuncia una ennesima volta le gravi stigmate nosologiche e disalimentari nei bambini calabresi? Come metteremo questi nostri figli sventurati nel conto della magica arte contemporanea del guarire?

È partendo dal cuore di questa realtà che noi comunisti abbiamo da sempre lottato, identificando il diritto alla salute con lo stesso problema della dignità e della libertà del cittadino, e per questo noi sappiamo molto bene che il capovolgimento delle strutture sanitarie italiane, con la costituzione immediata delle Unità sanitarie locali, è il primo obiettivo di rivendicazione comune a tutte le forze democratiche italiane.

È partendo da questa considerazione che noi abbiamo ravvisato nei manicomi i *lager* per adulti, e negli istituti custodiali per l'infanzia handicappata i *lager* per bambini. Si tratta di una diversa condizione anagrafica istituzionalizzata differentemente ed affidata a competenze profondamente estranee e socialmente distaccate dalla finalità sanitaria che unica dovrebbe invece loro sovrintendere. E quando, come la settimana scorsa si è qui verificato, si brontola da tutti i settori contro i tentativi di alienazione, da parte di differenti Ministeri, di competenze che a parole si pretende di rivendicare al Ministero della sanità, io dubito che ci si proponga anche lontanamente di approfondire le drammatiche motivazioni classiste alle quali governi come l'attuale non si piegheranno, affinché ciò avvenga.

Questo è il motivo di fondo della critica irrinunciabile che noi compiamo all'indirizzo di tutte le istituzioni che in Italia si occupano dell'infanzia con motivazioni e giustificazioni apparentemente le più differenti, ma sostanzialmente riconducibili non

tanto alla mancanza di una generica volontà politica per affrontare il problema, quanto e soprattutto a un preciso e vasto disegno strategico che tende al riassorbimento, alla manipolazione in tempi lunghissimi, di una serie di problemi di libertà fondamentali.

La nostra ferma avversione a un istituto come l'ONMI nasce dalla convinzione che tale ente non è vero che non abbia potuto adeguatamente assolvere ai compiti per mancanza di idonee strutture, come la nota preliminare alla tabella 19 suggerisce. In condizioni come quelle attuali, che hanno visto esplodere la serie inaudita di scandali nei cosiddetti istituti assistenziali dell'infanzia, l'ONMI ha dimostrato di essere un corpo passivo ed estraneo alle dolorose urgenti necessità che passano attraverso le sofferenze di almeno un milione di bambini italiani. Responsabilità di questo genere e di tale misura non investono soltanto i diretti criminali, ma anche coloro i quali non hanno fatto ciò che si doveva e sono rimasti per anni ottusamente alla finestra, pretendendo tuttavia di rivendicare il monopolio assistenziale dell'infanzia italiana.

Fatti come quello di Grottaferrata ripropongono gravi interrogativi sulla disponibilità dell'Opera nazionale maternità ed infanzia, e dunque sull'opportunità di una sua ulteriore persistenza nel panorama già così carente dell'assistenza italiana all'infanzia.

Noi abbiamo ampiamente trattato le insufficienze organizzative dell'ONMI, nel corso del dibattito sul bilancio precedente della tabella n. 19, e ancor prima, nel corso della discussione sul decreto di legge n. 155/A, per la concessione di un contributo straordinario di 13 miliardi di lire a favore dell'ONMI.

Abbiamo in quelle occasioni documentato inoppugnabilmente l'inefficienza dell'istituzione, proponendo una precisa alternativa alla disorganizzazione di questo vecchio e screditato ente.

Non è più possibile ignorare queste gravissime lacune, proprio perchè in ampi settori del Parlamento ci si va orientando per una radicale modificazione del sistema as-

sistenziale in direzione dell'infanzia, e soprattutto in considerazione del fatto che la condizione dei bambini e la loro problematica sanitaria e pedagogica non può — sul piano di una proposta metodologica avvertita — essere disgiunta dalla valutazione globale della loro realtà esistenziale.

Il bambino non costituisce più, nel giudizio degli psicologi e dei sociologi, degli educatori e dei medici, una sorta di specie autonoma che vada considerata dall'esterno, e al cui indirizzo possa tuttavia considerarsi lecito agire con una discrezionalità che fatti come quello di Grottaferrata e tanti altri analoghi denunciano come un pericolo pubblico.

Se non si vogliono commettere questi errori, e se non si vuole essere corresponsabili di ciò, la condizione infantile va considerata un momento della maturazione dinamica dell'uomo, sguardato nella sua parabola vitale.

In quale maniera e misura una specie di società per azioni politiche come l'ONMI riesce oggi a interpretare questa dato d'intervento tanto importante? Un'istituzione, voglio dire, che adombra una sorta di impresa dickensiana di *racket* dell'infanzia, ad uso di interessi ormai contrastanti con le esigenze dirompenti della nostra società.

La sensibilità ricettiva della prima infanzia oggi viene universalmente riconosciuta come un'esplosiva componente nel mondo della ricerca socio-culturale, come ama dire il collega Colella. Si tratta dunque di aver coscienza e capacità di percezione di nuovi elementi medico-sociologici, che impongono valutazioni di merito e quindi strumenti d'intervento a livelli nuovi, avverso strutture sprovvedute sul piano di una preparazione sia pure elementare.

Esiste tuttavia in Italia una sorta di finzione, con la quale certi settori pretendono di sostenere, per scopi di sottopotere ormai ripudiati da componenti sociali più responsabili, la vecchia tendenza centrifuga all'accettazione del problema della globalità e dell'individualità critica della parabola vitale dell'uomo.

È come se, eludendo la considerazione prioritaria del fatto che l'ambiente non può

non essere profondamente legato alla qualità del cittadino, si potesse evitare la necessaria implicazione di altri problemi di tipo organico, dai quali inevitabilmente verrebbe emarginato ogni pretesto sottogovernativo, del tipo ONMI.

Il fatto che il nostro ordinamento sanitario e pedagogico contempra diversi ordini di intervento per l'infanzia, è un tipo d'incentivazione irrazionale ed antistorica. L'infanzia non assume specifiche caratteristiche psicologiche o biologiche a tre nè a sei o a dieci, e l'istituzione del magistero medico e pedagogico a cominciare da un limitato livello anagrafico risponde ad artificiose esigenze organizzative che non tengono in alcun conto l'ininterrotto progredire delle esperienze del bambino sin dai primi mesi di vita.

Come dare ad istituzione come l'ONMI una patente di funzionalità tenendo conto che oggi le scuole di psicopedagogia e di pediatria, e non solo sui suggerimenti di scienziati anglosassoni e sovietici, ma anche attraverso studi che in Italia sono stati condotti con alta qualificazione, hanno riconosciuto che nell'infanzia nipiologica esiste una capacità di recezione che non può assolutamente prescindere da una valutazione globale del bambino e che non si può più affidare ad interventi settoriali e sprovveduti?

Per un bambino (intanto per tutti i bambini delle zone depresse) non è mai stata e non può costituire una soluzione razionale il fatto che prima dei tre anni egli non esiste per la società neppure come problema alimentare. Proprio per questo motivo, e a parte le deficienze delle stesse scuole materne ed elementari, allorchè la società dovrebbe iniziare — nel momento indicato dalla convenzione legislativa — la sua delicata e difficile opera, essa si scontra con soggetti in gran numero già profondamente traumatizzati sul piano spirituale da una continua serie di carenze di origine pedagogica, sociale e troppo spesso economica.

L'ONMI ha l'enorme e mai abbastanza contestata responsabilità di aver avocato a sé una sorta di appalto dei bambini italiani, senza mai essere riuscita — proprio per il deficit istituzionale dal quale è affetta — a

ricambiare socialmente tale privilegio in alcuna maniera, nè a raggiungere mai le sue finalità con un minimo di garanzia e di competenza.

Dinanzi alla cronica verifica di questo vuoto strutturale, culturale e organizzativo, c'è solo da chiedersi se valga la pena di rilevare — come ininterrottamente si va facendo da parte della stampa — gli scandali e le crudeltà di tante diaboliche istituzioni per l'infanzia.

Abbiamo insistito su questo problema e riteniamo di averlo chiarito nel corso dei dibattiti provocati dalla catastrofica gestione dell'ONMI. È dunque incredibile che si propongano ancora finanziamenti per 28.500 milioni!

È come se — dopo avere sviscerato l'argomento con i documenti più schiacciati, comprese le note e significative relazioni della Corte dei conti — i nostri interlocutori fingessero di capire tutto il contrario. La risposta che in genere ci sentiamo dare è: « Ciò che voi dite è giusto, inoppugnabile, e quindi bisogna aumentare i finanziamenti dell'ONMI, che non funziona perchè è troppo povera ».

Siamo stanchi di questa mistificazione, perchè la conclusione deve suonare diversamente, e cioè: « Dal momento che non solo l'ONMI non funziona ed è ormai dimostrato che istituzionalmente non può funzionare; poichè insistere per mantenerla in vita significa solo bloccare la soluzione del vasto improrogabile problema dell'assistenza alla prima infanzia; dal momento che lo Stato è sempre assente là dove invece si richiederebbe la sua opera; dal momento che episodi come quello di Grottaferrata, di Lodi, di Cabras, di Oppido Mamertina, la denuncia di atroci scandali in tanti orfanotrofi rendono assurdo consentire la prosecuzione di un'istituzione del genere, sempre assente in tali circostanze e quindi moralmente corresponsabile, non solo è maturo il tempo per chiudere i battenti dell'ONMI e per chiamarla al rendiconto, ma è urgente ricondurre l'assistenza all'infanzia allo strumento unitario di difesa della salute che non può essere l'unità sanitaria locale, nell'ambito di proposte legislative che avvertano questo obiettivo.

E del resto un fatto di disinformazione scientifica ritenere un qualsiasi elemento del divenire organico della creatura umana come autonomo dal suo contesto pensante, e non essere preparati nelle strutture sociali ad affrontare un impegno sociopedagogico così complesso. Non solo ciò non è mai vero nella vita, ma lo è tanto meno nell'infanzia nipiologica. Se oggi si vuole eseguire un qualsiasi tipo di indagine per un corretto intervento, bisogna tener presente questo principio per illuminare i problemi e la dialettica nel divenire. La psicanalisi ci ha insegnato da tempo che l'uomo è sempre figlio dei momenti in cui è stato. È assurdo insistere ancora nella tesi che gran parte dei problemi della prima infanzia dovrebbero farsi rientrare semplicisticamente nell'ambito di una generica competenza custodiale e punitiva del Ministero degli interni, ed è d'altro canto errato non riconoscere l'impossibilità di esercitare una utile azione medico-assistenziale che prescindenda dalle strutture psicologiche primordiali della persona e quindi dell'organismo infantile.

La nostra valutazione della condizione infantile si ispira a tale considerazione, suggerisce e sostiene un metodo d'intervento che considera l'infanzia un momento essenziale del divenire. Per ciò stesso risponde all'esigenza d'intervenire all'indirizzo del bambino non considerandolo un ammalato, anche se facilmente suscettibile ad impulsi e traumi ambientali, ma un essere umano da costruirsi, per il quale vanno respinti incentivi pietistici ed istituti custodiali, per il quale va adottato il trattamento educativo che consideri le varie fasi della sua vita nel suo *habitat* naturale.

Più di 6 mila giovani adolescenti sono oggi rinchiusi nelle celle dei riformatori italiani oltre ai due o tre milioni di infelici rinchiusi negli istituti famigerati di assistenza. Ora noi ci poniamo una domanda: se essi secondo la nostra legge non sono imputabili, se nessuno responsabilmente può più affermare che esistano mezzi di recupero diversi da quelli sociali e psicologici, come è possibile che la loro infelice condizione non divenga tema di una nostra comune battaglia di civiltà e di nuova carità?

Come è possibile che noi ci si preoccupi di foraggiare ulteriormente istituzioni come l'ONMI, o tante altre iniziative sciagurate che mirano a sfruttare queste presenze sociali, invece di ricondurre nel consorzio civile tante giovani vite umane?

Ecco, onorevole Colella, onorevole Perrino, che cosa significa per un uomo politico saggio e cristiano rivendicare le competenze del Ministero della sanità.

Noi siamo pronti per quest'opera, e non chiediamo contropartite.

Vi sono in Italia 118 istituti di custodia per adolescenti, veri orribili ghetti di disumanità, dove si calcola che circa la metà dei ragazzi (oltre 3 mila) siano stati rinchiusi per miseria, per difficoltà delle famiglie al loro mantenimento.

Una recente inchiesta ha denunciato veri orrori in tali *lager*, dai quali è stato dimostrato che i giovani espulsi sui 21 anni, nella gran parte portatori di turbe irreversibili di disadattamento o da traumi psicologici, passano direttamente al manicomio o in prigione.

Questa è una delle tante componenti turpi della nostra società, dove con pretesti e per ragioni diverse l'infanzia viene usata e spiritualmente stuprata col consenso o col tacito assenso di tanti di noi che pur dovrebbero avvertire tragiche responsabilità.

Prescindere da tale impostazione conduce inevitabilmente l'infanzia alla limitazione alienante di modelli comportamentistici esterni alla sua realtà esistenziale, e in tale direzione deviante conducono interventi irrazionali come il *dépistage* insulare, come la frequenza alle scuole differenziali che allo stato attuale provocano la totale disintegrazione psichica del fanciullo, o, appunto, come i famigerati istituti di rieducazione che sono le vere università del crimine.

In tal senso il bilancio che ci viene proposto marcia in direzione avversa a quella pur ripetutamente riconosciuta come valida in questa sede. In quale misura l'incremento dei fondi destinati al finanziamento dell'ONMI potrà affrontare questa grave problematica?

Si pensi che i problemi organizzativi denunciati dal relatore sono soprattutto determinati dalla necessità di pagare gli sti-

pendi agli impiegati, e si consideri che l'ONMI assiste nel Mezzogiorno solo il 12,8 per mille di bambini al di sotto dei tre anni, nelle Isole l'11,8 e nel resto dell'Italia una media del 22,5 con punte che si abbassano al 6,5 della Campania, all'8,1 della Calabria e al 9,6 della Sardegna.

La ristrutturazione della coscienza medica di cui qui si è parlato come di un elemento prioritario ai fini della riforma sanitaria deve partire dalla comprensione della necessità di devolvere alle istituzioni sanitarie e comprensoriali le cifre pur notevoli di investimenti previste all'indirizzo di istituzioni appunto come l'ONMI, come la Croce Rossa, come i manicomi e come le istituzioni antitubercolari. È nella direzione opposta a quella prevista, ed è adottando una differente canalizzazione che si potrà reinterpretare, con una differente valutazione ed in un impegno rinnovato, la coscienza attuale dell'esercizio medico.

Quando si comprenderà che è nel proprio ambiente che si deve tendere alla restaurazione dei diritti dell'uomo, non si potrà non contestare l'intervento disgregante di una politica che tende all'isolamento ed all'alienazione della persona umana.

Compiendo un calcolo sommario possiamo affermare che oltre la metà dell'intero bilancio del Ministero della sanità — quasi 90 miliardi — avrebbe dovuto e potuto essere proposto in maniera diversa da quella prevista, impostando le basi di una politica nuova, che è poi quella che da qualche mese con maggiore vigore e passione che per il passato viene rivendicata da milioni e milioni di lavoratori. Noi crediamo che non si possano ignorare queste spinte, e riteniamo che in ogni caso esse saranno obiettivi di conquista imminente.

Noi invitiamo a questa battaglia di civiltà tutti coloro che ormai avvertono la maturazione storica di questi obiettivi, ed è proprio perchè sentiamo e sappiamo che la conquista dell'integrità spirituale del cittadino dipende prioritariamente dalla funzione della nostra azione politica, in questa sede, che riteniamo di compiere un preciso dovere adottando una linea che aiuti anche coloro che insieme a noi costruiranno una nuova società a misura dell'uomo.

MENCHINELLI. Dopo il brillante intervento del collega Argiroffi, provo un po' di difficoltà a prendere la parola; difficoltà che è aumentata dalle condizioni oggettive in cui si svolge la discussione e che io avvertii anche l'anno scorso intervenendo sulla pregevole relazione del senatore Perrino sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per il 1969. Perché c'è questa difficoltà? Perché si tende a tenere in piedi un equivoco, al quale contribuiscono anche gli atteggiamenti che il Ministro della sanità ha assunto in occasione della precedente discussione sul bilancio, nonché in altre occasioni e in altre sedi, in cui appunto ha espresso le linee della politica sanitaria. Se fosse impostata una discussione sulla base della contrapposizione di due politiche sanitarie, io questa difficoltà forse continuerei a provarla ma sarebbe molto minore.

Il fatto è che si vuol dare l'impressione che esiste un'unica politica sanitaria su cui tutti concordano, mentre poi si cerca, nella pratica, di attuarne un'altra o comunque si lascia che nella pratica se ne attui un'altra. Di qui l'equivoco. L'anno scorso dissi al relatore Perrino che approvavo tutto quello che era contenuto nella sua relazione, solo che mi stupivo che egli alla fine proponesse di approvare il bilancio.

Occorre che quest'equivoco, che danneggia tutti, venga a cessare e chiedo che a ciò contribuiscano specialmente i componenti della maggioranza, giacchè si tratta di un inganno vero e proprio. Avviene, infatti, che si assumano impegni per una politica sanitaria che si dice concordata con tutti, ma poi che quegli impegni non vengano mantenuti. Questo è immorale. Non si può andare avanti così. Il Ministro si è esposto a questo equivoco forse involontariamente, ma non deve continuare ad assumersi impegni e a non mantenerli.

Voglio fare alcuni esempi. Per l'assistenza psichiatrica fu approvato un ordine del giorno che esprimeva un determinato orientamento; ma da un anno a questa parte non si è fatto nulla per muoversi in direzione di quell'orientamento, nè in proposito si indica niente nell'attuale bilancio: si continua a promettere, ma come cosa a parte.

C'è poi anche il caso dell'ONMI, di cui ha parlato il collega Guanti: il Ministro aveva preso un impegno preciso in merito, promettendo che non si sarebbero elargiti all'Ente altri miliardi per ripianare i suoi *deficit* e che avrebbe proposto al Parlamento una riforma totale in questo settore. Si trattava di un impegno morale che è stato disatteso e viene ancora disatteso con la presentazione dell'attuale bilancio. Non avendo infatti il coraggio di presentare una leggina fra tre anni per dare un ulteriore contributo di 12 miliardi all'ONMI, se ne iscrive una parte — quattro miliardi, che in tre anni diventeranno dodici — in bilancio, invece di sottoporre al Parlamento una proposta di riforma dell'Istituto e dell'assistenza nel settore della maternità e dell'infanzia.

Voglio portare un altro esempio. Questa volta il Ministro ha avuto il coraggio di assumersi delle responsabilità negative, che indicano in un certo senso in quale direzione marcia la politica reale del Ministero della sanità e del Governo. L'anno scorso ho avuto occasione di presentare con altri colleghi un ordine del giorno in cui si auspicava la pubblicizzazione dei prodotti farmaceutici: fu l'unico ordine del giorno che il Ministro respinse, mentre accettò tutti gli altri, magari solo come raccomandazione. Perché?

Il Ministro della sanità avrebbe dovuto considerare la speculazione che si fa in questo settore e che è dell'ordine di centinaia di miliardi, che finiscono nelle tasche degli speculatori, mentre potrebbero essere più utilmente destinati all'assistenza farmaceutica per chi ne ha bisogno. Non pare che l'ordine del giorno sia stata respinto per ragioni economiche o di organizzazione della produzione. Allora il Ministro fece capire che era impossibile attuare quanto da me auspicato nell'ordine del giorno; ma coloro che poi hanno preparato la prima bozza del Piano di sviluppo economico degli anni 80 — e penso siano degli economisti e dei tecnici dell'organizzazione e della produzione del nostro Paese — hanno accettato il criterio da me indicato ed hanno precisato nel Piano che occorre istituire

delle industrie pubbliche nel settore farmaceutico, con compiti concorrenziali a scopi calmieratori — dicono — dei prezzi dei prodotti farmaceutici. Perché il Ministro non ha accettato l'ordine del giorno, il cui spirito informatore è pur stato accolto nel Piano « 80 »? L'anno scorso espressi senza veli simpatia nei confronti del Ministro: ma oggi devo ricredermi e devo esprimere viceversa una certa diffidenza.

Il Governo ha proceduto lo scorso anno all'emanazione di decreti delegati relativi alla legge di riforma ospedaliera. Io facevo parte della Commissione interparlamentare di dieci deputati e dieci senatori e ricordo con quanta insistenza si chiese in quella sede di fare in modo che venissero emanate delle leggi che poi fossero operanti e non destinate a rimanere sulla carta. Venne anche denunciata la carenza nei settori tecnico e amministrativo del Ministero della sanità; carenza che comporta fra l'altro anche dei pericoli in materia di attuazione delle norme delegate per quanto riguarda lo svolgimento dei concorsi. Si volle infatti inserire in tali norme la clausola che la segreteria dei concorsi deve essere affidata a un funzionario della carriera amministrativa del Ministero della sanità. Ora, poiché nel solo primo anno d'attuazione i concorsi saranno venti-venticinquemila, ne consegue che gli organici della carriera amministrativa del nostro Dicastero dovrebbero essere almeno triplicati. Cosa si pretende di fare infatti con gli attuali 195 funzionari? (Incidentalmente, faccio notare che, in sede di Commissione, tale numero è stato falsamente accresciuto). Un funzionario può lavorare quaranta settimane. Se tutti i funzionari si recassero in giro per tutte le quaranta settimane, non ne rimarrebbe uno solo a Roma. Cosa succederà quindi? Non si faranno i concorsi? O meglio: quali si faranno? Quelli per gli ospedali ricchi?

Nelle norme si è voluto stabilire che, oltre al gettone di presenza voluto dalla legge, c'è anche un gettone di presenza facoltativo deciso dai Consigli di amministrazione degli ospedali in ragione di 50.000 o 100.000 lire; in alcuni casi, pertanto, si avrà

l'espletamento dei concorsi ed in altri casi no.

Desidero ora far presente un ultimo caso particolare ed aggiungo che lo faccio deliberatamente, per esprimere la sfiducia che nutro nei confronti dei propositi manifestati dal Governo e per motivare, alla fine, il mio voto contrario al bilancio della sanità. Questo mio voto lo darò quest'anno senza alcuna preoccupazione e senza neanche quelle perplessità che erano alla base del voto contrario da me dato al precedente bilancio.

Ho già avuto occasione di parlare della situazione dell'Ospedale pediatrico del « Bambin Gesù » di Roma e voglio ora tornare sull'argomento. Questo ospedale è l'unico del genere in tutta la Capitale perchè, anche se ci dovrebbero essere circa 200 altri posti letto disponibili per uso pediatrico, gli ospedali finiscono con il destinarli ad altri reparti; avviene così che tutti i bambini di Roma che devono essere ricoverati in ospedale finiscono con l'andare al « Bambin Gesù ».

Tanto per mettere le cose in chiaro dirò che quest'ospedale si chiama abusivamente ospedale, perchè dovrebbe piuttosto essere classificato tra le case di cura private; si tratta infatti di un istituto del Vaticano, appartiene ad uno Stato straniero e, per tale ragione, non può usufruire di contratti con gli istituti mutualistici alla pari di altri ospedali.

Di conseguenza, poichè non può usufruire della retta destinata agli ospedali ed essendo una casa di cura privata, non è tenuto ad adempiere a tutti quegli obblighi di assistenza propri di altri ospedali.

Esistono, è vero, convenzioni con il « Bambin Gesù », ma con rette inferiori a quelle normalmente praticate e mi dolgo del fatto che, fino a questo momento, il Ministero della sanità non sia ancora intervenuto.

DE MARIA, sottosegretario di Stato per la sanità. Ho esaminato con molta attenzione il resoconto di quella seduta del Senato nel corso della quale lei, senatore Menchinelli, prese la parola su quest'argo-

mento ed ottenne dal Ministero della sanità una risposta.

A mio avviso, lei dovrebbe avere la bontà di informarsi meglio sulla situazione del « Bambin Gesù », poichè quanto ha affermato non risponde a verità e ciò vale tanto per quello che ha detto tempo addietro quanto per ciò che sta ora ripetendo.

Le case di cura private hanno in Italia strutture e prerogative particolari e non è questo il caso del « Bambin Gesù »; noi intendiamo per ospedale un luogo di cura di natura pubblica che non abbia finalità di lucro ed il « Bambin Gesù » risponde a questi requisiti. Il fatto da lei sempre invocato, senatore Menchinelli, nella precedente seduta ed anche in questa della extraterritorialità di questo istituto poichè appartiene al Vaticano, non autorizza ad attribuire al « Bambin Gesù » la fisionomia di una casa di cura privata.

Si informi piuttosto sulla fondazione, sull'origine, sull'attuale struttura degli organi di questo ospedale e si renderà conto che esso ha tutte le caratteristiche giuridiche di un luogo di cura pubblico non avente finalità di lucro e quindi paragonabile agli ospedali italiani.

MENCHINELLI. Posso risponderle, onorevole Sottosegretario, che vi è una sentenza del Consiglio di Stato che dice che il « Bambin Gesù » non è un ospedale, bensì una casa di cura privata!

DE MARIA, sottosegretario di Stato per la sanità. La legge 30 settembre 1938, n. 1531, la famosa legge Petragliani, stabilisce che l'ospedale del « Bambin Gesù » è dichiarato dallo Stato italiano ospedale di prima categoria, cosa che io confermo.

MENCHINELLI. Ripeto, c'è una sentenza del Consiglio di Stato che ha il valore che ha; ma desidero far presente alla Commissione che la conferma che le mie asserzioni rispondono a verità si trova nel fatto che gli istituti mutualistici non fanno i contratti di assistenza con il « Bambin Gesù », bensì con il Pio Istituto di S. Spirito il quale, a sua volta, manda i propri malati

BILANCIO DELLO STATO 1970

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

al « Bambin Gesù » incassando la retta intera e pagando a questo istituto molto di meno!

Ma questa, onorevoli colleghi, è associazione a delinquere! La retta intera è all'incirca di 9.000 lire al giorno, mentre alle case di cura private, ripeto, viene corrisposta una retta inferiore del 40 per cento di quella percepita.

Questa è dunque la percentuale che viene assegnata anche al « Bambin Gesù » il quale, è ovvio, può offrire ai propri ammalati un'assistenza limitata.

Ma perchè dobbiamo sopportare che vi siano persone che incassano miliardi a scapito dei malati? Perchè si prelevano questi diritti sulle rette?

Non è certo compito mio denunciare certi funzionari amministrativi, certi primari! Per il « Bambin Gesù » circa un miliardo all'anno viene distolto dalle rette pagate dalle casse mutue e l'assistenza ai bambini è deficitaria. Questo danaro è rubato, questo è il termine, da persone che non si interessano certo della salute dei bambini, ma solo amministrativamente curano il passaggio delle rette dall'istituto mutualistico agli ospedali.

Questa stessa denuncia io l'ho fatta un anno fa; come mai, finora, il Ministro della sanità non è intervenuto?

Come è possibile che lei, quale Sottosegretario del Ministero della sanità e membro del Consiglio di amministrazione del « Bambin Gesù » non faccia nulla? Lei ha una responsabilità morale; non si può speculare sulla pelle dei bambini!

DE MARIA, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Vorrei capire bene a chi sono rivolte le sue accuse, in quanto mi sembra che le sue denunce non facciano che confermare la serietà con cui funziona il « Bambin Gesù ».

MENCHINELLI. Accuso anche lei, onorevole Sottosegretario!

DE MARIA, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Se ci mettiamo in questi termini, io respingo ogni accusa, perchè nella

Amministrazione del « Bambin Gesù » vi è una scrupolosità che non ho avuto modo di riscontrare in altri enti.

MENCHINELLI. Non ho detto che si ruba nell'ambito dell'amministrazione, ma sui bambini prima che arrivino al « Bambin Gesù ». Lei conosce queste cose, ma facendo parte del Consiglio di amministrazione non può parlare.

DE MARIA, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Esattamente il contrario! È il suo intervento che può impedire al « Bambin Gesù » di andare per la sua strada.

MENCHINELLI. Io dico: si programmi un ospedale pediatrico a Roma e si ponga fine alle speculazioni.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Il mio sarà un intervento breve e improvvisato (e mi scuso in anticipo) su un tema molto specifico, perchè sugli altri temi più importanti sono già intervenuti i miei colleghi.

Ho partecipato in questi giorni ad una serie di manifestazioni per la donazione volontaria del sangue — so anche che per il 12 ottobre, se non erro, previo accordo col Ministero è stata fissata una specie di giornata nazionale per la donazione del sangue —, e ho avuto occasione di leggere le dichiarazioni fatte da primari e dirigenti di ospedali su questo argomento. Mi sono resa conto che il problema della donazione del sangue non viene considerato da noi in maniera adeguata. Due anni fa in Parlamento vi è stata una serie di iniziative in occasione della legge per i Centri trasfusionali, ma dopo di allora il problema non è più stato ripreso.

Io debbo credere alle dichiarazioni di medici e di scienziati (che non credo siano propagandistiche) quando dicono che la raccolta del sangue non raggiunge neppure la metà del fabbisogno attuale, di cui si può prevedere il continuo aumento ove si consideri lo sviluppo che è destinata ad avere la chirurgia dei trapianti. Penso, quindi, che dobbiamo considerare il problema con serietà.

Intanto si pone un'esigenza di stanziamenti notevolmente superiori, perchè i 350 milioni previsti sono da suddividere tra tutta una serie di molteplici attività e quindi rappresentano una cifra assolutamente irrisoria per questo settore sussidiario della chirurgia moderna in fase — ripeto — di grande sviluppo. Per quanto concerne, poi, la distribuzione della cifra stanziata, debbo far presente che viene completamente dimenticata l'Associazione volontari del sangue fatta eccezione per qualche raro caso collegato a pressioni personali, alla presenza di un Ministro o di un Sottosegretario, ad un certo centro dell'AVIS o ad un altro. Non voglio dire che ha fatto male l'onorevole Mariotti a concedere la sovvenzione all'AVIS di Firenze, ma intendo rilevare soltanto che non possiamo basarci sul generoso dono di qualcuno in qualche paese, perchè all'Associazione volontari come contributo statale arriva ben poco o addirittura nulla.

In tutto il Meridione la situazione è gravissima; abbiamo regioni, come la Liguria e l'Emilia, dove l'Associazione volontari del sangue ha una tradizione di decenni, è un germoglio del movimento socialista, ma anche lì, a livello più elevato, occorrono aiuti. Mi risulta che l'unico contributo effettivo dello Stato in misura notevole (mi pare che l'ultimo sia di 80 milioni) viene concesso alla Croce rossa. Il Governo, allora, intende fare anche qui una scelta burocratica a favore di un Ente nazionale centralizzato? Non voglio parlare adesso di tutto quello che c'è di oscuro, di scandalistico, che non è mai venuto alla luce, per quanto concerne la Croce rossa. Desidero dire soltanto che in Liguria come in altre regioni il movimento dei donatori volontari è molto sviluppato. Ovviamente, non può trattarsi che di un movimento spontaneo fondato sul concetto della solidarietà. E quale Ente o Ministero può realizzare oggi una cosa del genere? Ho assistito ad alcune manifestazioni di questi donatori volontari e, mi creda onorevole De Maria, ne sono rimasta molto commossa: si trattava di portuali, di persone modestissime; ma è proprio quella la gente che incita la gioventù a dare il sangue. E quando vedo nelle modeste strade di periferia i cortei con le bandiere, i ragazzi che

danno il loro sangue con tanto slancio, debbo dire che sono queste le cose che ci riempiono il cuore di gioia e che debbono essere incoraggiate nell'interesse della medicina.

Il Governo potrà istituire tutti gli enti che vuole, ma nessuno di questi potrà obbligare a donare il sangue! Dovremmo allora ridurci ad estrarlo dai cadaveri, a rendere obbligatorio il prelievo per i galeotti, ma se vogliamo una donazione di sangue spontanea non possiamo fare altro che appellarci alla solidarietà umana.

E questo, al giorno d'oggi, non si fa solo a parole; il Ministero deve prendere contatti molto seri con la radio, con la televisione e con il cinema per lanciare una grande campagna propagandistica.

Ho sentito operai dire: che la televisione parli meno dei detersivi e dedichi invece qualche minuto a spiegare alla gente cosa significa donare il sangue, ma è chiaro che è lo Stato che deve pagare questa pubblicità; si facciano interviste, documentari per incoraggiare i giovani a questa donazione; io stessa sto cercando di convincere mia figlia, perchè, oltre tutto, si tratta di un'opera altamente educativa oltre ad essere essenziale per lo sviluppo della scienza.

Bisogna aumentare i fondi in modo programmato ed organico e non solo sulla base del beneplacito di qualcuno; bisogna incoraggiare le associazioni di volontari. Faccio parte dell'AVIS e ritengo che questa Associazione sia molto seria ed onesta e svolge la propria opera da 50 anni in nome della fraternità; coloro che ne fanno parte non vogliono neppure essere nominati e conosciuti; si tratta di gente che si sdegna che gli ospedali facciano pagare il sangue ai malati, perchè vorrebbero che tutto fosse gratis. Non sono credente, ma ritengo che tutti possiamo essere d'accordo nel dire che questi sono i grandi principi della solidarietà umana.

Propongo dunque che per il 12 ottobre, giornata della donazione del sangue, vi sia da parte del Governo un impegno serio per lanciare una grande campagna propagandistica in tutto il Paese.

La seduta, sospesa alle ore 12,50, è ripresa alle ore 17,10.

D E L P A C E . Concordo pienamente con i colleghi i quali hanno affermato che la tabella che stiamo esaminando ha una impostazione meramente burocratica; essa non solo non recepisce ciò che di nuovo sta avvenendo nel Paese, ma si limita a riflettere pedissequamente l'impostazione dei bilanci precedenti.

Credo che anche l'aumento di 22 miliardi e 700 milioni circa non significhi recepire fatti nuovi; significa che il bilancio è stato aumentato del 16 per cento, e tale percentuale si riferisce soltanto agli aumenti del costo della manodopera, dei servizi, degli stipendi e delle materie prime che riguardano la sanità.

Un bilancio che si presenta come questo, pur riguardando un settore per il quale si richiedono profondi mutamenti, non può che confermare una tendenza ad andare indietro anziché procedere sulla via delle riforme.

Mi pare che certi interventi, specialmente quello del senatore Perrino, abbiano fatto intendere, sia pure in modo velato, la tendenza che esiste, da parte di alcuni gruppi della maggioranza, di tornare indietro su alcune questioni.

Quando, a proposito dell'unità sanitaria locale, si parla di esperimenti, di tentativi, ciò significa voler rinviare *sine die*, non volerne fare niente.

Questo bilancio, dunque, non esprime nessun coraggio, nessuna presa di posizione nuova; e la sua impostazione è in netto contrasto con le affermazioni di rinnovamento ripetute nelle varie interviste che il Ministro ha concesso e con le dichiarazioni di buona volontà che dallo stesso Ministro sono state qui fatte. E mi si permetta di aggiungere che non può il Ministro venirci a dire quest'anno che il bilancio in esame non è una sua espressione. Questo si poteva accettare per il bilancio precedente che, essendo stato elaborato prima che all'onorevole Ripamonti fosse affidato il Dicastero della sanità, poteva anche non esprimere la sua volontà. Il bilancio del 1969 è l'espressione della direzione dell'attuale Ministro; esso avrebbe dovuto quindi recepire gli impegni che erano stati assunti nei dibattiti della Commissione.

Questo non è avvenuto: non mi soffermerò dunque su molte questioni. Mi basterà considerarne alcune.

Noi abbiamo avuto un lungo, travagliato dibattito sulla famosa questione delle indennità mensili, le 45 mila lire ai medici provinciali, ai veterinari, eccetera; sembrava addirittura che il provvedimento dovesse essere varato da un momento all'altro. Ebbene, questo bilancio nemmeno ricorda l'impegno che era stato assunto di rivedere il problema a settembre. Settembre sta passando, e non se n'è fatto nulla! Poi ci lamentiamo che le migliori forze del Ministero della sanità, i medici provinciali, i veterinari provinciali e gli aiuti concorrono per altri posti. È possibile che per risolvere una questione di questo genere non sia bastato un anno? Mancano i finanziamenti oppure manca la volontà politica di operare un qualsiasi modesto mutamento? Ecco il punto dolente.

A proposito del problema degli inquinamenti delle acque, dopo la presentazione del primo provvedimento da parte dell'allora ministro Mariotti (un provvedimento non certo perfetto), si era detto che bisognava ancora camminare molto. Nel corso dello esame di bilancio dello scorso anno fu accettato un ordine del giorno con il quale si chiedeva la elaborazione di una legge sulla materia. È passato un anno, la legge non è venuta, e la situazione — per quanto riguarda l'inquinamento delle acque — sappiamo qual è. Ho voluto accennare a queste cose marginali per dire come si procede.

Il mio intervento vorrei dedicarlo a questioni più specifiche, più legate al bilancio.

Sul problema delle malattie mentali vi è stato un intervento di notevole rilievo, quello del senatore Ossicini. La esposizione del collega è stata chiara e precisa, come la sua denuncia sull'attuale situazione delle malattie mentali in Italia. Io vorrei spendere qualche parola per dire perchè siamo in questa situazione.

Anzitutto, quello che oggi si fa per coloro i quali sono colpiti da malattie mentali è legato alla legge del 1904. Già allora, nella discussione che precedette l'approvazione di quella legge, alcuni parlamentari sostennero che essa era largamente superata. Sono pas-

sati 65 anni; i metodi di cura per le malattie mentali hanno fatto enormi passi in avanti, ma la legge è rimasta la stessa. Otto mesi fa la Corte costituzionale osservava che l'articolo 2 di quella legge è incostituzionale e che bisognava sostituirlo, ma gli ospedali neuro-psichiatrici operano tuttora in base alla legge del 1904.

In uno dei dibattiti della Commissione il Ministro si impegnò a presentare sollecitamente una proposta di legge per affrontare il problema. Ora si parla di uno stralcio, si parla di commissioni. Il problema è che noi dobbiamo fare una scelta seria.

La legge del 1904 concepiva l'ammalato di mente come un individuo che bisogna isolare dalla società. L'ammalato rinchiuso in un manicomio diventa un morto civile, e questa impostazione derivava dalla convinzione della impossibilità di curare la malattia mentale.

Oggi si deve dare una disciplina nuova alla materia, in modo che la malattia mentale sia considerata come una qualsiasi altra malattia e, come tale, sia affidata alla normale assistenza ospedaliera. Noi parliamo di medicina preventiva, recuperativa. Ora, se c'è un campo in cui l'azione preventiva ha un valore essenziale, è proprio quello delle malattie mentali. È chiaro che individuare all'origine una distorsione, un indebolimento di particolari facoltà può permettere la cura, il recupero, a condizione che l'ammalato non sia isolato dalla vita civile.

Per questo motivo io mi permetto di sollevare dei dubbi anche su quanto diceva il collega Ossicini a proposito della necessità della comunità per la cura delle malattie mentali. Mi sembra che anche questo sistema di sicurezza nella concezione moderna della cura delle malattie mentali sia superato, perchè la comunità non può creare che un ambiente artificioso di una certa socialità, nel quale però l'alienazione rimane tale e quale come quando ci si trova nel manicomio. Non è quindi la comunità che può permettere la realizzazione di una cura moderna di questo tipo di malattia, ma piuttosto il mantenere l'ammalato legato alle sue abitudini e al suo ambiente sociale; è que-

sto che può consentire, magari con l'ausilio di istituti di cura diurna o notturna quando l'ammalato è in grado di continuare l'attività lavorativa, un recupero anche a tempo parziale dell'ammalato stesso. E concordo pienamente con il senatore Ossicini quando afferma che tutte le esperienze fatte in proposito e che sono state prospettate come innovazioni — la passeggiata, il cinema — costituiscono soltanto dei palliativi. Io insisto, pertanto, nel dire che se c'è una malattia che ha bisogno di un'azione preventiva, questa è proprio la malattia mentale. Naturalmente, per svolgere tale azione occorrono maggiori somme di quelle che attualmente spendiamo.

Ho voluto informarmi in proposito e posso citarvi questi dati: nella mia provincia di Arezzo, dove abbiamo un ospedale neuro-psichiatrico, un centro psicopedagogico, i centri di igiene mentale che funzionano, la amministrazione provinciale spende un miliardo e duecento milioni l'anno. Di questa somma, 1 miliardo e 150 milioni viene destinato all'ospedale psichiatrico e 50 milioni agli altri due settori, cioè ai centri di igiene mentale e al centro medico-psicopedagogico. E sappiamo molto bene — potrei citare nomi e cognomi — che il 30 per cento dei ricoverati nell'ospedale neuropsichiatrico si trova in condizioni tali da poter tranquillamente ritornare a casa propria. Però questi ammalati sono interdetti; chi si assume la responsabilità di mandarli via? Il direttore dell'ospedale ha per legge la tutela di costoro e non può dimmetterli, le famiglie non vogliono più riceverli, e c'è da considerare che dopo circa venti anni questi ammalati troverebbero, uscendo, anche un ambiente di lavoro diverso che li riporterebbe nello stato di alienazione mentale. Siamo perciò costretti a mantenere 200 ammalati, i cosiddetti cronici, già recuperati, ma costretti a condurre una vita vegetativa insieme ai dementi, in un ambiente che di per sé non può non riportarli nelle stesse condizioni di prima. Se potessimo con una nuova impostazione restituire questo 30 per cento di ammalati alle proprie famiglie con sussidi particolari, o facendoli curare *in loco* presso centri di medicina psicologica e

di rieducazione, e facendoli ritornare in ospedale ogni tanto per un controllo o per una cura di 15 giorni, ne avremmo una grande utilità, perchè da un lato contribuiremmo più proficuamente al recupero dei soggetti e, dall'altro, potremmo destinare alla medicina preventiva le somme che attualmente spendiamo per il loro mantenimento.

Ho citato come esempio la provincia di Arezzo, ma se prendiamo come base le cifre che si spendono attualmente in codesta provincia per fare un calcolo di quello che spende l'Italia per questi ammalati vediamo che si va dai 200 ai 300 miliardi. E se il calcolo è esatto, come io ritengo — perchè anche il senatore Ossicini ed altri eminenti studiosi hanno indicato il numero degli ammalati che potrebbero essere dimessi —, potremmo avere già 70 miliardi disponibili per svolgere un'azione preventiva, che sarebbe molto importante perchè permetterebbe di salvare centinaia di persone.

Forse le divisioni che esistono nel partito di maggioranza relativa, forse le gelosie o il bisogno di mantenere determinati privilegi per alcuni settori che non avrebbero nessun diritto, impediscono di modificare il sistema. Le amministrazioni provinciali debbono così continuare a buttar via tutti gli anni decine di miliardi che potrebbero invece utilizzare in modo diverso e più redditizio, sacrificando per altro centinaia di persone che sono costrette a vivere in un ambiente che è il meno adatto al loro recupero. Occorre un impegno preciso da parte del Governo; non possiamo più accontentarci delle parole perchè ne abbiamo sentite tante. Avremmo voluto un bilancio e soprattutto una relazione che impegnasse veramente il Governo e il Parlamento a fare subito determinati rinnovamenti.

La dimostrazione che la via sulla quale dobbiamo camminare è quella della cura preventiva ce la dà un altro aspetto del problema, e anche per questo il Governo ha deluso le aspettative che vi potevano essere. Si è detto che la tubercolosi in Italia è in netta diminuzione e siamo tutti d'accordo. Ma io domando: sono mutate le condizioni ambientali? Osservando la vita che si conduce nelle nostre campagne, nelle case co-

loniche, dobbiamo dire che l'ambiente non è migliorato di molto. Il senatore Arigroffi ha parlato dell'alimentazione riferendosi alla Calabria; ma io penso che non si possa fare riferimento solo al Sud, perchè c'è anche una parte del Nord che non si discosta molto dalle condizioni di vita calabresi. Ebbene, come si è eliminata, o meglio come si è limitata la tubercolosi in Italia? Siamo riusciti a limitarla essenzialmente con un'azione preventiva, non solo con una azione curativa. Ed il merito è stato innanzitutto dei consorzi antitubercolari comunali e provinciali che sono stati dislocati in tutte le zone d'Italia e che in 40 anni di attività hanno permesso di svolgere un'educazione sanitaria in questo settore. È diminuita la paura per questo tipo di malattia che una volta sembrava quasi disonorevole per colui che ne veniva colpito. Si è affermato il principio che la tubercolosi è una malattia comune che può e deve essere curata con particolari accorgimenti igienici e sanitari, con un'alimentazione adeguata. È stata quindi l'educazione sanitaria del cittadino che ha permesso di svolgere una azione concreta contro la tubercolosi; e se ancora la lotta continua, riteniamo che la opera intrapresa possa aprire le porte ad una vittoria definitiva, almeno dal punto di vista della coscienza della malattia e delle possibilità di cura.

Ma se è diminuita la malattia grazie a quest'azione preventiva, mi domando come mai nel bilancio siano aumentati i fondi ad essa destinati.

D E M A R I A, sottosegretario di Stato per la sanità. Perchè sono diminuiti gli indici di mortalità, ma sono aumentati gli indici di morbilità, soprattutto tra gli uomini. C'è anzi una inchiesta in corso che ci darà dei dati precisi.

D E L P A C E. Il fatto importante è che oggi c'è una immediata individuazione della malattia, o quanto meno una individuazione che non avviene più, come nel passato, dopo dieci anni ossia quando il soggetto è irrecuperabile. Ed è vero che sono aumentati coloro che ricorrono alle cure,

ma si tratta di ammalati allo stato iniziale che possono essere facilmente recuperati.

ARGIROFFI. Vorrei osservare che quanto dice l'onorevole Sottosegretario a mio avviso non contrasta con quello che afferma il senatore Del Pace, per il fatto molto semplice che la tubercolosi rimane sempre nell'ambito delle malattie che vanno curate preventivamente, soprattutto sul piano terziario della nutrizione e di una certa igiene alimentare. Non è casuale il fatto che nella tubercolosi si registri un aumento della percentuale di morbilità e non di mortalità, perchè le regioni alle quali si riferiva il senatore Del Pace sono proprio le più povere e dove i problemi dell'alimentazione sono più drammatici.

La questione non è che vi sia contrasto, è che gli ammalati ricorrono sempre meno alla lunga permanenza in sanatorio.

PINTO. È a quel livello che si verifica la sfasatura.

DEL PACE. Volevo arrivare proprio a questa conclusione. I nuovi sistemi di cura per la tubercolosi che cosa comportano? Che il mantenimento dell'attuale struttura sanatoriale per un ricovero a livello preventivo incide eccessivamente sul costo. Alla situazione bisogna porre rimedio. Ma ciò non è possibile finchè ci si trova di fronte alla diversa mentalità dell'Istituto della previdenza sociale o di altre amministrazioni interessate. E allora si verificano certi episodi come quello di Arezzo (scusate se vi tedio ancora con gli esempi di casa mia ma sono convinto che di casi « Arezzo » ve ne siano tanti in Italia). Ad Arezzo c'è una strana situazione: vi è un ospedale provinciale per adulti con circa 550 posti letto che ricovera normalmente 900 persone; vi è poi un sanatorio con 300 posti-letto che ricovera attualmente 150 o meno persone, ed è diventato un centro operatorio. Come è possibile dunque affermare che c'è in Italia carenza di posti-letto, quando nel solo sanatorio che ho citato esistono 150 posti-letto liberi, in un ambiente ideale, con un parco meraviglioso, mentre nell'altro ospedale vi sono ammalati nei cor-

ridoi e si opera in condizioni disperate? Una unificazione nel Ministero della sanità di tutti gli interventi del settore deve essere realizzata (ed è strano che una simile rivendicazione debba venire proprio dalla minoranza).

È tempo che si operi in modo da eliminare certe discordanze, certi episodi incresciosi! C'è una volontà in questo senso? Torno a dire che una tale volontà non traspare chiaramente nè dalla relazione nè tanto meno dal bilancio. Potrà aversi ancora una volta un impegno formale: faremo, vedremo...; vi potrà essere anche l'accettazione di determinati ordini del giorno, come raccomandazione od altro. Ma il risultato quale sarà? Che tra un anno saremo daccapo a ripetere le stesse cose.

La ragione per cui non possiamo approvare il bilancio in esame è che lo riteniamo insufficiente, completamente al di fuori della realtà del Paese.

ORLANDI. Onorevoli colleghi, penso che il bilancio di previsione per il 1970, per quanto attiene al settore della sanità, avrebbe tenuto conto delle cose nuove che sono state oggetto di ampio dibattito non solo nella nostra Commissione, ma anche nel Paese, dibattito che nel corso degli ultimi anni è stato arricchito da impegni presi dallo stesso Ministro della sanità, in più occasioni, dentro e fuori il Parlamento. Sono portato a pensare che quegli impegni fossero presi a nome del Governo che il Ministro rappresentava. L'ultima intervista del ministro Ripamonti è del 19 luglio, quindi risale alla vigilia delle vacanze estive. In quell'intervista il Ministro ripropose temi sui quali eravamo stati già intrattenuti molte volte. A proposito delle unità sanitarie locali, si è parlato di impegno per costituirle; si è proposto addirittura di arrivare allo scorporo dell'assistenza ospedaliera, auspicando che alle unità sanitarie locali vengano affidati i compiti dell'assistenza specialistica, ambulatoriale, togliendola alle mutue. Tutta una serie di proposte che sono il risultato dell'orientamento del Ministro, orientamento che rispecchia (visto che la relazione del senatore Colella riprende gli stessi argomenti) l'orientamento del Governo.

Si è detto anche che questo bilancio si colloca tra il piano economico quinquennale 1965-70 e quello che va sotto il nome di Progetto '80. Io devo rilevare che il bilancio in esame segna la fine ingloriosa del programma di sviluppo economico 1965-70 nel settore della sanità e non apre alcuno spiraglio per il prossimo piano quinquennale. Non vi è nessuna indicazione (tranne quelle contenute nella prima parte della relazione del senatore Colella) circa un orientamento preciso del Governo per attuare o per lo meno iniziare ad attuare quella riforma sanitaria della quale tutti parlano.

Ora, poichè siamo nella Commissione sanità e ci interessano i problemi della sanità, non possiamo fare soltanto una discussione accademica. Dobbiamo chiederci quale ragione sta alla base del divario che esiste tra gli orientamenti espressi da una parte della Democrazia cristiana, con alla testa, diciamo pure, il ministro Ripamonti, e la realtà nella quale tali orientamenti non trovano applicazione. E la risposta è (è inutile fingere al riguardo) che una parte della Democrazia cristiana non accetta il servizio sanitario nazionale. Non riconoscere come stanno le cose ci impedirebbe di trovare una soluzione. È bene dire che una parte della maggioranza relativa non è d'accordo di portare avanti la riforma sanitaria nel nostro Paese.

I motivi sono molti. Vi è il fatto, ad esempio, di aver voluto, fino a questo momento, mantenere un centro di potere come quello degli enti mutualistici.

Ma il divario, il contrasto tra gli orientamenti e le realizzazioni si evidenzia se si legge attentamente la relazione del senatore Colella.

In essa si pone giustamente l'accento sulla necessità di costituire l'unità sanitaria di base. E noi non possiamo che essere d'accordo su questo. Dobbiamo aggiungere che l'affermazione del relatore è la stessa che abbiamo sentito fare da altri relatori di precedenti bilanci. Il Ministro ha detto che si sta preparando un disegno di legge a questo proposito.

Il problema non solo è stato a lungo discusso da noi, ma è stato trattato a fondo da una speciale Commissione nominata dal

Ministro della sanità, Commissione che ha anche presentato un documento sul quale la maggior parte di coloro che si interessano della materia ha trovato dei punti di confronto essenziali.

Ora, al posto dell'unità sanitaria locale che convogliava gli orientamenti delle varie parti politiche, compresa la nostra, che cosa troviamo? Partiti con quella relazione della maggioranza, dove siamo arrivati? Siamo arrivati ad accettare le proposte fatte dal dottor Bruni nel suo documento, stampato in appendice alla relazione della maggioranza dal Ministro della sanità di allora, onorevole Zelioli Lanzini; siamo arrivati, cioè, ad accettare il concetto che l'unità sanitaria locale deve avere per un tempo breve il solo compito della prevenzione per assolvere poi, in un tempo lungo, altre funzioni. Ora, è certo che anche in questo gli interessi generali sono stati posposti agli orientamenti di una parte politica, perchè le unità sanitarie locali non possono cominciare con l'assolvere la sola funzione della prevenzione. Se vogliamo avviarcì verso il servizio sanitario nazionale non è possibile accettare questo concetto dell'unità sanitaria locale che ha un primo tempo breve e un secondo tempo lungo, perchè ciò significa discutere per anni l'annoso problema senza risolverlo. E noi, onorevoli colleghi, non abbiamo bisogno di discutere ancora, perchè il Paese aspetta e ha bisogno di andare avanti rapidamente.

Dicevo prima che il bilancio in esame segna la fine ingloriosa delle indicazioni approvate dalla maggioranza. C'eravate infatti anche voi, colleghi della maggioranza, quando è stato approvato il programma di sviluppo economico 1965-70; ebbene sono passati cinque anni dal giorno in cui si è detto che le unità sanitarie locali dovevano essere 1.300, che le spese di impianto dovevano aggirarsi intorno ai 50 miliardi e così via, e ci troviamo alle soglie del 1970 senza alcuna prospettiva per il prossimo programma quinquennale. E proponiamo ancora al Paese che l'unità sanitaria locale debba avere solo il compito della prevenzione!

Un altro problema vorrei sollevare, unendomi alle altre voci autorevoli che si sono già levate in questa Commissione, sottolinean-

do la necessità che il Ministero della sanità sia investito di tutte le responsabilità e di tutti i compiti attinenti alla salute pubblica. Credo che anche questa idea sia comune a tutti i settori politici; ma ciò malgrado dobbiamo dire che nemmeno il bilancio contiene delle indicazioni in questo senso. Capisco che non è facile togliere ad alcuni Ministeri quelle funzioni che essi assolvono da quando sono sorti; non è un problema tecnico, ma di carattere politico, che dovremo pure affrontare e risolvere. Non possiamo continuare a pensare che il Ministero della sanità debba essere « tenuto a balia » da altri Ministeri; non possiamo pensare che esso realizzi il Servizio sanitario nazionale lasciando ad altri i compiti che gli sono propri, se vuole veramente tutelare la salute pubblica del nostro Paese. Non possiamo continuare ad affermare che il Ministero della sanità è « giovane » e che in 10 anni non avrebbe potuto realizzare tutto quello che doveva fare. In questi 10 anni esso è già cresciuto, quindi chiediamo degli impegni precisi da parte dei rappresentanti del Governo, perchè si porti rapidamente a soluzione questo problema.

Il Ministero della sanità, ripeto, deve essere investito di tutte le responsabilità e di tutti i compiti attinenti alla salute pubblica, in tutti i momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione; fino a quando queste responsabilità e questi compiti saranno nelle mani di altri Ministeri non riusciremo ad ovviare a quelle disfunzioni di cui hanno parlato i colleghi che mi hanno preceduto, per una concezione diversa, anticostituzionale che oggi predomina e che porta a considerare la cura della salute in maniera burocratica. Finora ci si è preoccupati di tutelare il buon ordine della società del benessere e dei consumi, senza pensare che questo va a discapito della salute di coloro che potrebbero essere recuperati e, prima ancora di essere recuperati, che potrebbero essere salvaguardati nella loro integrità fisica e psichica e morale in modo da partecipare alla vita della società come tutti gli altri cittadini. La società oggi non vuole essere disturbata, non deve sapere se un cittadino ha bisogno di cure (tanto qualcuno ci penserà!) perchè forse questo dà fastidio a coloro che

credono di non avere scompensi fisici o psichici.

Però per far questo bisogna portare tutto nell'ambito del Ministero della sanità. E mi sembra che questo sia un problema che sta a monte di tutti gli altri, se noi veramente vogliamo avviarcì verso un sistema sanitario moderno, efficiente, basato su tre componenti fondamentali: previdenza, cura e riabilitazione; un sistema in cui gli strumenti non siano più in mano dei funzionari che possono paragonarsi a secondini, ma siano in mano a dei medici, cioè a coloro i quali sappiano indicare le soluzioni per ogni singolo caso, prevenendo, curando e riabilitando.

Il Ministro a questo proposito ci ha informato dei contatti avuti con gli altri Ministeri. Io non so a che punto sono questi contatti, ma vorrei raccomandare che si arrivasse presto ad indicare delle soluzioni, altrimenti le cose rimarranno sempre allo stesso punto. A proposito del problema degli istituti mutualistici, il Ministro ha parlato di colloqui che sono iniziati o che debbono iniziare con il Ministro del lavoro. Su questo problema l'opinione pubblica è ormai orientata. In proposito vi erano delle perplessità in molti ambienti e anche da parte delle organizzazioni sindacali. Nel programma economico quinquennale si parlava di unificazione degli enti mutualistici. Le stesse organizzazioni sindacali ritengono ormai superata tale soluzione: unificare non serve più. Il sistema mutualistico, come giustamente ha fatto osservare il collega Colella nella sua relazione, se per un certo periodo di tempo ha svolto una funzione nel nostro Paese, oggi ormai non lo svolge più, anzi è di intralcio alla realizzazione della riforma sanitaria. È dunque ormai un orientamento generale delle forze politiche e sindacali quello di superare il sistema mutualistico.

Ora, questo è un punto che la nostra Commissione deve considerare attentamente: la esistenza o il permanere delle mutue non permetterà di realizzare il Servizio sanitario nazionale, non permetterà di estendere a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria. Dirò di più: il permanere del sistema mutualistico, data la spesa che comporta, non consente di avere a disposizione somme da destinare ai

servizi di assistenza che sono necessari nel nostro Paese.

Desidero richiamare l'attenzione dei colleghi sul problema delle mutue anche per un'altra ragione. Le leggi delegate, dopo gli ultimi accordi intervenuti tra il Ministero e le organizzazioni sindacali dei medici e degli infermieri, sono entrate in vigore. I colleghi ricorderanno che quando discutemmo delle leggi delegate si parlò di gradualità di attuazione; si disse addirittura che si sarebbe cominciato a discutere dopo due anni circa dall'entrata in vigore delle leggi delegate. Sono passati solo alcuni mesi. Le organizzazioni sindacali sono scese in agitazione, hanno minacciato lo sciopero; si è cercato di superare la difficoltà attraverso un accordo che prevede l'applicazione delle 40 ore settimanali, i 30 giorni di ferie, un aumento del periodo di assenza per puerperio, eccetera.

Ci troviamo dunque di fronte, in questo settore, alla entrata in vigore della legge con tutti i problemi che ciò comporta. Gradirei avere in proposito delle indicazioni da parte del Ministro. I problemi non riguardano soltanto i fondi, ma interessano la struttura degli ospedali, interessano il personale. Dove si prende il personale e come si provvede alla sua formazione? Dove sono le scuole? I colleghi sapranno che la legge sulle scuole per infermieri e per le scuole-convitto prevede un numero fisso di allievi. Ogni corso, fatto solo in determinati ospedali, non può avere più di 40 allievi. Potete immaginare quanto tempo occorrerà per avere il numero di infermieri necessario per applicare le 40 ore, i 120 minuti di assistenza, eccetera. Occorrono dei tecnici. È evidente, infatti, che non basta introdurre nell'ospedale nuovi assistenti o infermieri, se contemporaneamente non si ha un'organizzazione diversa dell'ospedale stesso. Occorre poi che i servizi rispondano alle esigenze dell'ammalato e dell'ospedale: gli esami radiologici, le analisi debbono essere fatti rapidamente, in modo che non siano necessari tanti giorni di degenza solo per avere il risultato di determinati esami. Occorre dunque un'attrezzatura diversa, moderna e persone capaci di lavorare con un'attrezzatura simile.

È necessaria un'organizzazione diversa all'interno dell'ospedale. Attraverso le sezioni o le divisioni si dovrà fare in modo che l'ammalato passi dalle cure intensive a quelle meno intensive fino al momento in cui è dimesso. Si deve realizzare cioè una gradualità nell'assistenza. Nell'ospedale deve farsi strada la mentalità che l'ammalato è l'oggetto attorno al quale deve essere organizzato tutto il lavoro.

Purtroppo negli ospedali si considera l'ammalato anche come una fonte di guadagno; e questo naturalmente induce, non dico a non fare il proprio dovere, ma certo a non accelerare i tempi di degenza, a non adoperare, ad esempio, un criterio per cui negli ospedali vengano ricoverati quelli che hanno effettivo bisogno e gli altri, invece, vengano rinviati alla cura ambulatoriale. Non induce, insomma, a fare un lavoro tale che ci permetta di avere negli ospedali solo coloro per i quali il ricovero è indispensabile. Purtroppo, siccome gli ammalati rappresentano un introito e siccome, per altro, la legge dà la possibilità a tutti di essere ricoverati, non vi è più neppure la tendenza a consigliare all'interessato, quando il caso lo richiederebbe, di starsene a casa propria. Succede così che negli ospedali i letti vengono occupati per varie settimane inutilmente. Ora, questi problemi sono molto seri e investono le strutture degli ospedali e anche le amministrazioni ospedaliere nella parte iniziale.

Non so se i colleghi hanno fatto un calcolo di quello che occorre applicando le leggi delegate. Si tratta di 50 persone per 100 ammalati, quindi di una persona ogni due letti. Le giornate lavorative di un dipendente ospedaliero (considerando i mesi di 30 giorni, le malattie, i giorni festivi, le ferie) si riducono a 179; quindi occorre reperire altro personale per coprire le giornate che restano scoperte. Ne deriva un costo enorme; io non voglio qui porre il problema delle spese, ma bisognerà pure che il Governo ci dica come farà fronte agli oneri che l'applicazione delle leggi delegate comporta. Non crederà certamente che possano farvi fronte le amministrazioni ospedaliere e non penserà nemmeno che possano farvi fronte gli enti mutualistici. È un circolo vizioso; ed ec-

co perchè all'inizio ho posto il problema delle mutue. È indispensabile risolverlo, altrimenti non si farà nulla.

Non saranno nemmeno applicate le leggi delegate, ma bisognerà reperire ugualmente i fondi per pagare le ore che il personale avrà fatto in più dal momento in cui dette leggi sono entrate in vigore. Nei nostri ospedali il problema è stato già posto; si può rinviare l'applicazione del principio delle 48 ore perchè manca il personale, ma i fondi bisogna reperirli ugualmente, anche per gli oneri che si saranno maturati quest'anno per l'applicazione del principio delle 48 ore, caricandoli sulla retta.

Sono convinto che il Ministro queste cose le conosce, però nel bilancio non troviamo nessun fondo che possa sopperire a queste spese, non troviamo nulla che possa indicare la soluzione per venire fuori da questa situazione. Dirò anzi che per contro si prevede un nuovo stanziamento di 9 miliardi agli enti mutualistici. Nel 1967, lo ricordiamo, sono stati assegnati 477 miliardi: dove sono andati a finire? Bisognerebbe saperlo, perchè non sono andati tutti alle amministrazioni ospedaliere: a queste, anzi, ne è arrivata una piccola parte. Faccio presente che già nel 1967, anno in cui le amministrazioni ospedaliere avrebbe potuto avere il saldo delle loro spettanze, l'amministrazione ospedaliera di Bologna per il policlinico era scoperta per 235 milioni e per l'altro ospedale per 185 milioni; 72 milioni erano dell'INAM e altri 16 pure dell'INAM fuori bilancio. Sono stati stanziati dei miliardi, eppure l'INAM non ha pagato; evidentemente saranno andati verso un'altra direzione. E mi dispiace dover dire — vorrei che fosse presente l'onorevole Ministro — che persino il Ministero della sanità ha dei debiti nei confronti dell'amministrazione degli ospedali di Bologna che risalgono al 1966; e non si tratta di qualche centinaio di migliaia di lire, ma di 30 milioni e mezzo nel 1966, di 40 milioni e mezzo nel 1967, altrettanti nel 1968, e di 29 milioni nel 1969.

Ad un certo momento, quando si vogliono giustamente applicare le leggi già approvate dal Parlamento, quando ci si propone di modificare le strutture ospedaliere, devono anche dirci i rappresentanti del Governo dove

possiamo reperire i fondi necessari, perchè le amministrazioni ospedaliere fino ad oggi non sono state pagate. Quella di Bologna è un'amministrazione che ha in maniera permanente esattamente 6 miliardi e 900 milioni di crediti verso gli enti mutualistici; questo denaro costa circa il 10 per cento, e se si fanno i calcoli ci si accorge che con quello che si spende potremmo costruire due ospedali ogni anno per il Mezzogiorno d'Italia.

Su questo problema, allora, non potete non dirci quello che pensate, che cosa intendete fare. Prendo atto della volontà di aprire dei colloqui con il Ministero del lavoro e della previdenza sociale; ma questi colloqui quando porteranno a soluzione il problema? E come faremo intanto a pagare il personale e a soddisfare gli ammalati? Noi pensiamo a tutte le strutture, siamo pressati da richieste, e ci dimentichiamo poi che l'oggetto reale verso il quale la nostra attenzione deve essere rivolta e per il quale dobbiamo lavorare è l'ammalato che molte volte non ha quella assistenza che dovrebbe avere perchè mancano i fondi necessari.

Ed allora, ecco che si pone nuovamente il problema che è diventato il filo conduttore di tutti i nostri interventi — ne hanno parlato i miei colleghi di partito e ne avete parlato anche voi colleghi della maggioranza —; non è più possibile continuare a vagare tra le nuvole e dire tutto quello che si desidera fare senza attuarlo. Bisogna entrare nella realtà del nostro Paese e cominciare a dire che cosa occorre fare, che cosa si intende realmente fare; altrimenti non riusciremo a realizzare nulla e peggioreremo la situazione attuale del settore sanitario che è già così grave e piena di incognite.

Dicevo poc'anzi che mi ha interessato l'intervista del Ministro in cui si parla di scorporo dell'assistenza ospedaliera (ne ha parlato anche il collega Colella nella sua relazione), di passaggio degli ambulatori specialistici ai comuni per poi passarli alle unità sanitarie locali. Si parla dunque di cominciare a decentrare questi servizi e di togliere una parte delle attribuzioni alle mutue per passarle agli Enti locali. Non è detto però da nessuna parte come si intenda pagare questi servizi. Si pensa forse di addossarne le spese ai comuni? Un'idea di questo gene-

re non si può accettare. Ma allora come intende provvedere il Ministro della sanità? Siamo d'accordo sullo scorporo, l'abbiamo proposto già l'anno scorso, quando abbiamo discusso a lungo attorno a queste cose; le idee si sono perfezionate e siamo ormai quasi tutti d'accordo. Però ci dovete dire dove prenderete il danaro per lo scorporo. L'anno scorso proponemmo di istituire il Fondo nazionale ospedaliero e che dal fondo globale si prelevassero le somme da destinare al fondo ospedaliero, in modo che il Ministero della sanità cominciasse a pagare l'assistenza ospedaliera. Naturalmente la proposta non fu accettata e ora ci troviamo nelle stesse condizioni di allora. Non c'è la voce per il fondo (che io proporrei di chiamare non già « Fondo nazionale ospedaliero », bensì « Fondo sanitario nazionale »: se, infatti, si deve parlare di comitato per la programmazione sanitaria, si dovrà evidentemente cambiare la denominazione del Fondo), non solo, ma non c'è la possibilità di attingere al fondo globale per le necessarie variazioni di bilancio. Esistono soltanto i 20 miliardi di residui passivi del 1968. Se ad essi si aggiungono quelli di quest'anno, mi pare si arrivi a 35 miliardi. Ma che cosa si può fare con questa cifra? Si pensi soltanto a quello che si deve stanziare per le mutue, per riuscire a colmare i *deficit* di parecchi anni.

Il Governo deve dunque dire come intende attuare questa prima parte della riforma.

A nostro parere delle possibilità vi sarebbero. Innanzitutto non si dovrebbe dar denaro alle mutue perchè queste a loro volta paghino gli ospedali. Si è parlato di 245 miliardi e si prevedeva di arrivare a 300. Il Ministero della sanità deve avere il coraggio di lottare perchè questo denaro non venga dato alle mutue, altrimenti farebbe la fine di quell'altro che fu dato nel 1967.

E qui vorrei aggiungere che se questo denaro deve andare al Ministero della sanità per formare il fondo con il quale pagare le amministrazioni ospedaliere, quindi le rette, è evidente che non deve essere denaro pubblico; si deve eventualmente usare lo stesso sistema che si usò per i 476 miliardi. Se sono bene informato, si sarebbe proposto di prendere del denaro in prestito dalle banche per darlo alle mutue, le quali a loro volta

salderebbero i loro debiti agli ospedali. Naturalmente, poi, le mutue non pagheranno le rette correnti, quindi è come se non saldassero i loro debiti. La nostra proposta è che non si usi questo sistema, ma che si emettano delle obbligazioni o dei buoni novennali per poter costituire il Fondo sanitario nazionale.

C H I A R I E L L O . Ma sarebbe più o meno la stessa cosa. Si tratterebbe semplicemente di un certo scarto di interessi. Anche per le obbligazioni si pagano gli interessi.

O R L A N D I . L'obiezione del collega può essere giusta. Ma la questione non è qui. Lo Stato faccia quello che vuole. Quello che si deve fare è non concedere più fondi alle mutue, ma attribuire invece tali somme al Ministero perchè provveda direttamente al pagamento delle rette ospedaliere. Questa misura, se attuata, consentirebbe la rapida soluzione della situazione di crisi degli ospedali che sono i principali creditori delle mutue.

A che cosa dovrebbe servire poi il Fondo? A mettere in atto l'altra operazione. Si parla di trasferimento ai comuni o consorzi di comuni dei compiti di assistenza ospedaliera o specialistica ambulatoriale finora svolti dalle mutue, estendendo tale assistenza (il Ministro ha insistito su questo punto) gratuitamente a tutta la popolazione; di avvio dell'attività di medicina preventiva ambientale da parte di comuni o consorzi di comuni, con l'inizio della costituzione delle unità sanitarie locali, che noi non porremmo solo per la prevenzione ma per tutti i compiti che esse debbono svolgere. E questo sarebbe possibile attuarlo, perchè esistono le strutture sanitarie di base (ambulatori, condotte mediche, consultori ONMI). Si sa anche che alla testa di questi organismi si può porre immediatamente l'ufficiale sanitario, dato che i comuni con oltre centomila abitanti l'hanno; gli altri si costituiranno in consorzi; quindi si potrà avere l'ufficiale sanitario per questo primo nucleo di organizzazioni di base.

Proponiamo però anche l'istituzione dei comitati sanitari locali costituiti dai rappresentanti dei cittadini, dei lavoratori autono-

BILANCIO DELLO STATO 1970

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

mi e dei medici, in modo tale che le unità sanitarie locali possano avere forme democratiche di gestione.

Abbiamo in proposito delle esperienze positive fatte con le mutue artigianali, con le mutue municipalizzate, che hanno già questo sistema di gestione democratica che permette non solo di rispondere ai soci, ma di avere anche il controllo dei soci sulle varie amministrazioni e di decidere collegialmente il da farsi con il bilancio di previsione.

Proponiamo il finanziamento di questo complesso di misure — che si muovono nella prospettiva di accelerare la creazione del Servizio sanitario nazionale — mediante la istituzione presso il Ministero della sanità di un Fondo sanitario nazionale alimentato:

a) dai contributi incassati da tutte le mutue nella misura corrispondente alle spese mutualistiche attuali per l'assistenza ospedaliera e quella specialistica;

b) dai contributi dei comuni nella misura della spesa da essi finora sostenuta per prestazioni sanitarie;

c) dal contributo dello Stato nella misura necessaria a costituire, assieme ai contributi precedenti, il gettito necessario per coprire le spese alle quali si andrà incontro, e cioè: l'eliminazione dei debiti delle mutue, con pagamento diretto dal Fondo sanitario nazionale ai creditori, senza che alcun versamento sia fatto alle mutue stesse; l'erogazione ai comuni dei fondi necessari per coprire le spese di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare a tutta la popolazione; finanziamento di un piano decennale totalmente a carico dello Stato, di costruzioni ospedaliere, ambulatoriali, e delle altre attrezzature sanitarie occorrenti secondo le decisioni dei Comitati regionali di programmazione sanitaria.

Se il Governo intende veramente cominciare a porre le basi del Servizio sanitario nazionale, mi sembra che, attuando queste proposte intermedie, che contengono le idee già espresse dal Ministro della sanità e da molti altri colleghi, faremmo un grosso passo avanti nell'interesse della popolazione, della salute di tutti i cittadini italiani, e avvierem-

mo finalmente a soluzione il problema del Servizio sanitario nazionale.

Concludo dicendo che il nostro Gruppo si riserva di presentare un parere di minoranza sulla tabella n. 19, che contenga il pensiero espresso nei nostri interventi, e cioè che consideriamo il bilancio non coerente con le idee, con le indicazioni, con le necessità del Paese e pertanto non meritevole della nostra approvazione.

C H I A R I E L L O. Sarò molto breve perchè mi riservo di parlare più diffusamente in Aula. Desidero dire innanzitutto che il bilancio nel suo insieme non lascia prevedere grandi programmi. Non c'è da sperare, cioè, che si possano fare grandi cose. D'altra parte, mi pare che tra il bilancio dell'anno scorso e quello di quest'anno vi sia una differenza di soli 22 miliardi, quindi i voli pindarici del relatore non hanno aderenza con la realtà. Se niente si è potuto fare l'anno scorso, non credo che con questi 22 miliardi si possa fare di più.

La volta scorsa io parlai a lungo sulla questione del personale del Ministero della sanità. È vero che questo Ministero è un organismo giovane che si sta formando, potrei dire, tra molte difficoltà; però il personale sanitario nel complesso (parlo di quello medico come di quello tecnico) è molto al di sotto della necessità. La ragione è molto molto chiara: si sa che i compiti dell'ufficiale sanitario sono aumentati notevolmente; però gli stipendi, diciamolo pure, sono anche molto modesti. Forse sarà così dappertutto: io mi trovavo prima nella Commissione lavori pubblici e ho constatato che anche per gli ingegneri del Genio civile la situazione è identica.

Ma non è possibile costruire un bel corpo di medici funzionari se non si dà a questo personale uno stipendio che possa competere con quello che essi possono ricavare altrove. Si badi bene che negli stessi enti mutualistici i medici che non commettono abusi e che conducono un'attività normale riescono a guadagnare, per la categoria dell'INAM, un discreto stipendio facendo i consulenti, se non erro, due ore al giorno per tre volte alla settimana. Ora, il medico provinciale

che si trova in una grande città, con un ufficio pieno di responsabilità, bisogna assolutamente che sia messo in condizione di guadagnare di più. Questo per me è il problema principale: occorre cioè fare in modo che i medici bravi, valenti possano concorrere sapendo di avere dinanzi una bella carriera. Io credo che di questo il Ministero si debba preoccupare. Comprendo che la soluzione non è facile; forse occorrono i fondi cui accennava il collega Orlandi, però il problema esiste ed è uno dei fondamentali.

Mi voglio soffermare, adesso, su due malattie che hanno anche un carattere sociale: la tubercolosi ed il cancro.

A proposito della tubercolosi, un oratore che mi ha preceduto diceva che la mortalità per questa malattia è diminuita, perchè vi è stata un'efficace opera di previdenza e di assistenza; e ha accennato ai preventori.

Per la lotta antitubercolare si creò alcuni anni fa un'attrezzatura veramente magnifica, che ci poneva effettivamente tra i primi Paesi in questo campo.

Debbo però ricordare che la mortalità per la tubercolosi è diminuita soprattutto per l'uso della streptomicina e di altre medicine che completano l'azione di quel farmaco. Io ho lavorato per una quindicina d'anni come chirurgo in un sanatorio; e posso dire che nei sanatori, prima dell'ultima guerra, gli ammalati morivano come mosche: intere famiglie venivano ricoverate ed erano falciate dalla malattia. Questo non avviene più. Abbiamo la tubercolosi cronica, la tubercolosi fibrosa, la tubercolosi che interessa anche l'apparato cardiovascolare. Vi sono ammalati che arrivano a 60 anni ed oltre. Oggi un processo primario tubercolare in un bambino si individua facilmente; basta un ricovero in sanatorio per sei mesi e si guarisce.

I consorzi hanno svolto un buon compito, pur con gli infiniti errori con cui sono stati amministrati. Ora, noi abbiamo un'attrezzatura antitubercolare stupenda. In proposito debbo ripetere quello che dissi l'anno scorso, anche se non riusciamo a spuntarla. Abbiamo sanatori con 1.500-2.000 posti-letto e solo 500-600 ammalati, i quali sono considerati un po' i « professionisti » della tuber-

colosi. Vi sono — è vero — situazioni di fronte alle quali bisogna inchinarsi, quali che siano le ragioni che spingono le persone ad agire in un determinato modo; ma vi è da osservare (la considerazione è di un articolo che trattava l'argomento) che se noi dessimo a detti ammalati 2 o 3.000 lire al giorno e li mandassimo a casa, essi con quella somma se la caverebbero discretamente, mentre restando in sanatorio costano 10.000 lire al giorno. La cosa grave è che questi ammalati non fanno più nessuna cura. Ce ne sono che escono la mattina e rientrano la sera, essendo riusciti a trovare un lavoro fuori. È una situazione che bisogna affrontare. È vero che non è facile; io che ho vissuto in mezzo a queste cose lo so bene, perchè, come dicevo dianzi, conosco bene la vita dei sanatori privati e pubblici.

A R G I R O F F I . In questa maniera i ricoverati si ammalano spesso irrimediabilmente!

C H I A R I E L L O . È esatto: non fanno le cure necessarie e contagiano, tornando a casa o girando per i caffè, anche gli altri. Personalmente, conosco ammalati di sanatori pubblici che escono la mattina e rientrano la sera. Immaginiamo quello che può accadere in un sanatorio privato.

L'anno scorso feci una proposta. Dissi: creiamo delle commissioni, vediamo chi è ammalato e chi non lo è e non diamo più le 500 lire al giorno. Io sono infatti assolutamente d'accordo che alle persone che escono dal sanatorio non si può dire: andatevene e arrangiatevi. Colui che esce dal sanatorio deve essere aiutato dalla collettività e con una spesa, come dicevo poco fa, che sarà certamente inferiore a quella che si sostiene mantenendolo in ospedale.

Ora, le organizzazioni sanatoriali stanno pensando ad una soluzione del problema. Dicono che vorrebbero far funzionare gli ospedali con reparti di pneumologia (è un termine scientifico che non è il caso qui di discutere), cioè di tutte le malattie dell'apparato respiratorio; si tratterebbe di avere un reparto per il ricovero dei tubercolosi e un altro per gli ammalati generici dell'appara-

to respiratorio. Ripeto: esiste una sovrabbondanza di ammalati che sono estremamente costosi e che socialmente sono diventati anche molto... difficili; ma vi sono però anche ammalati meritevoli di un'assistenza, direi così, primaria. E qui intendo parlare dei cancerosi.

In un convegno al quale partecipai mi sentii dire da un collega medico: ma dei cancerosi nessuno si occupa?

Ora, leggi sociali per i cancerosi non ne esistono. Vi sono soltanto ambulatori per il *dépistage rapido* o per la diagnosi precoce. Ma qui vi è un problema sociale assai grave, poichè non si è attualmente in condizione di lottare contro il cancro se non con la chirurgia o con una certa terapia fisica. Vi sono alcuni istituti che si occupano del problema. Ve ne è uno a Milano, un altro a Napoli ed un terzo a Roma. Ve ne sono altri due che mi si assicura lavorano anche bene, mi pare, a Bologna e a Torino e poi forse basta. Vi sono certo altre organizzazioni che però meriterebbero di essere perfezionate prima di poterle chiamare centri oncologici, come si vorrebbe fare. Penso quindi che bisogna rinnovare al Governo la preghiera di limitare il numero delle attrezzature relative alla cura della tubercolosi ai reali bisogni dell'Italia, trasferendo contemporaneamente tutto questo bagaglio al settore dell'assistenza contro il cancro, che è molto difficile e piena di responsabilità.

Bisogna poi pensare ai cancerosi per i quali non c'è più nulla da fare. Oggi il canceroso ritenuto irrecuperabile non si sa dove metterlo, perchè non lo vuole nessuno. E questo è un problema di carattere sociale, perchè quando un ammalato si vede respinto dai vari ospedali, capisce non solo di avere il cancro, ma che per la sua malattia non c'è più nulla da fare.

Vorrei soffermarmi ancora sulla questione della legge ospedaliera e sul problema delle mutue. Il collega Orlandi ha detto delle cose giustissime nei confronti degli enti mutualistici; si sa bene che questi funzionano male. Ma stando in ospedale, a contatto con tutti i tipi di mutue, vi dirò onestamente che io stesso non so come potreb-

bero funzionare meglio. È difficile sapere che cosa dovrebbero fare. C'è una dispersione enorme di danaro. Benchè molti medici abbiano i loro pregi — e chi vi parla appartiene ad una regione in cui due medici mutualistici sono stati uccisi perchè non hanno voluto rilasciare il certificato di malattia: uno a Torre Annunziata e l'altro ad Aversa, abbiamo per contro una quantità di medici che moltiplicano le visite perchè sanno che rifiutandosi perdono il cliente. E moltiplicandosi le visite, si moltiplicano i medicinali, si scrivono infinite ricette: le più costose sono quelle che riguardano i mutuati. Per le indagini di laboratorio, si sa oggi che quando si presenta un mutuoato per farsi fare le analisi non se ne va mai senza un pacco di lastre e di indagini. Tutto questo prima non se lo sognavano neppure! Ripeto: come si possa fare per frenare questo spreco io stesso non lo so. Mi vanto di avere nel mio ospedale di Napoli il minor numero di giornate di degenza per singolo ammalato, quindi potrei essere soddisfatto; però debbo dire che le giornate di degenza negli ospedali si moltiplicano per un complesso di ragioni: l'ammalato arriva per esempio venerdì, sabato il primario lo vede e non lo vede, poi c'è la domenica, lunedì si cominciano a fare le analisi del mutuoato. Questo per dire come sia complesso il problema, quando parliamo dei 200 o 300 miliardi che bisogna rifondere per arrotondare il bilancio delle mutue. Tra tutti gli ammalati vi sono categorie di persone che vanno in ospedale perchè non hanno la possibilità di stare a casa propria: ciò spiega il perchè nel mese di luglio e di agosto arrivano in ospedale una quantità di vecchietti che non sono proprio ammalati, ma siccome la famiglia vuole andare in villeggiatura, li rifila all'ospedale! Ai pronti soccorsi non sono mai rifiutati con i tempi che corrono, perchè si teme che lasciandoli andare potrebbe sopravvenire loro qualche accidente e anche morire. Una volta entrati, vengono ripresi dai familiari dopo due mesi. E questo significa aver fatto spendere mezzo milione alla mutualità, alla società.

Tutto questo lo dico per mettere in evidenza come il problema sia complesso e co-

me non si possa risolverlo nemmeno con il fondo di solidarietà nazionale. Io sono contrario alle mutue, ma il problema finanziario rimane. Vi sono mutue aziendali che funzionano discretamente, ma si sa perchè; hanno dei settori limitati; hanno medici che effettuano i controlli negli ospedali e nelle cliniche private. Poi vi sono dei sussidi da parte delle direzioni. E gli operai, gli impiegati si ribellano quando sentono parlare di passaggio dell'assistenza all'INAM.

Io non saprei dare suggerimenti in merito a questi problemi, ma penso che il Ministro si sia proposto di studiarne la soluzione. È inutile pensare che nel prossimo anno le mutue potranno andar meglio; potranno andare molto peggio, perchè la gente si è smaliziata e chiede sempre di più. E si tratta di centinaia di miliardi che se ne vanno!

Un'ultima parola vorrei spendere sulla legge ospedaliera. L'anno scorso mi sono battuto per questa legge. La ritenevo mal fatta, farraginosa; pensavo che si prestasse ad una quantità di errori; in una parola non ne ritenevo facile l'applicazione, e non ebbi difficoltà a dichiararlo al Ministro. Ricordo che dissi, per esempio: si pensa ad un tipo di concorso che si dovrà fare solo a Roma, in cui è prevista una sola prova scritta e i vincitori saranno disponibili per essere chiamati in ospedale. Potrei dire che con ciò hanno terminato la loro carriera. Dopo ciò, i vari candidati ritornano nelle loro residenze e aspettano i primi concorsi. Naturalmente si deve fare un concorso per i posti disponibili, ed in questo caso i concorsi locali hanno un ristretto margine di combattività. Tutto questo non dà garanzie per una buona selezione dei medici. Poi vi è la questione degli incaricati. Quanto tempo ci vorrà perchè si comincino questi concorsi? Sono passati due anni e il Sottosegretario sa bene quanto me quanto ancora ci vorrà prima di raggiungere il traguardo del primo concorso. Ora, una legge il cui primo traguardo di applicazione non si potrà raggiungere se non dopo quattro anni, è una legge sbagliata. Oggi vi sono necessità che riguardano non solo i servizi di medicina o di chirurgia, ma riguardano servizi nuo-

vi ai quali bisogna assolutamente far fronte. Un ospedale che si rispetti oggi deve avere un servizio di rianimazione, un centro trasfusionale, un'attrezzatura per il rene artificiale (quello che si usava dieci anni fa è diventato preistorico). Tutto questo impone la presenza di altri medici. Ma come si fa ad averli? Non vi sono disposizioni in proposito. E allora vi è un palleggiamento: si scrive al medico provinciale e il medico provinciale scrive a Roma. Ora, in questa confusione che cosa succede? Che arrivano a posti di responsabilità delle persone incompetenti. E qui vi è la questione dei limiti di età, che andrebbe rivista. Chi vive negli ospedali sa che oggi essi sono anchilosati. Gli assistenti che oggi hanno cinquant'anni tra dieci ne avranno sessanta. Come possiamo pretendere che un uomo di sessant'anni, che magari è diventato anche un buon chirurgo, ma che è rimasto assistente, faccia le cartelle cliniche e tutte le altre piccole incombenze del posto che occupa? Oggi concorsi per le sezioni veramente attive degli ospedali non se ne fanno più. Nel mio ospedale da dieci o dodici anni non si fanno concorsi per assistenti chirurgici, mentre prima ogni due o quattro anni nuovi elementi venivano ad apportare la linfa vitale della gioventù.

Ci vuole una legge che impedisca il determinarsi di questi e di altri inconvenienti.

Noi vogliamo sapere dal Governo come ci si deve regolare negli ospedali, in assenza di norme precise, per la nomina degli incaricati. E non ci si dica che questa diventa sempre materia contenziosa. È vero che tutti i concorsi dei medici finiscono al Consiglio di Stato. Però sapere sin dall'inizio che questo accadrà è cosa antipatica.

Insomma, occorre sapere cosa si deve fare, perchè se nominiamo con faciloneria un incaricato, quando questo è stato per due anni in un posto non è facile mandarlo via.

Naturalmente a questo bilancio alquanto modesto il mio Gruppo non potrà dare la sua approvazione, quindi voterò contro. Ma vorrei pregare il Sottosegretario di tener presente, nei limiti del possibile, queste mie modeste osservazioni.

P I N T O . Sarò breve. Innanzitutto debbo osservare che sostanzialmente questo bilancio riflette i bilanci degli anni precedenti con delle variazioni in più o in meno che poi si riducono a poche decine di milioni. La relazione fatta dall'onorevole Ministro contiene un'esposizione schematica di quelle che sono le voci del bilancio, senza che si possa intravedere alcuna prospettiva di una nuova azione politica. Talune indicazioni politiche, invece, le troviamo nella relazione svolta dal senatore Colella; però io non riesco a capire — e vorrei che al riguardo ci fosse data una spiegazione — se quanto afferma il relatore riflette una sua opinione personale o risponde invece ad un pensiero della maggioranza. Ad un certo momento, infatti, egli sostiene — cosa del resto che tutti condividiamo — che purchè si possa realizzare una riforma sanitaria è necessario orientarsi verso il superamento dell'attuale sistema.

Ora, io credo che tutti siamo d'accordo di muoverci verso il Servizio sanitario nazionale; ma quando il relatore ribadisce questa esigenza, è una sua speranza oppure assume un impegno a nome della maggioranza e implicitamente del Governo? Questo è il punto essenziale. Debbo ritenere che si tratti di una sua aspirazione e di un atto di fede, ma che non possa essere ritenuto un impegno del Governo, perchè se andiamo ad esaminare i vari capitoli non troviamo nessun aumento di stanziamenti che possa indurci a credere alla seconda alternativa.

Il senatore Colella ad un certo momento dice poi che si intende attuare l'unità sanitaria locale. Questa prospettiva veramente l'ha affacciata anche il Ministro, ed è chiaro che sull'argomento dovremo discutere. Non sono d'accordo con quanto ha affermato il senatore Orlandi; naturalmente vi sono delle difficoltà, ma si tratta di uno sforzo apprezzabile e di un obiettivo che dobbiamo realizzare dando noi pure il nostro contributo, se ci sarà richiesto.

Desidero soffermarmi brevemente sulla crisi del sistema mutualistico. Tutti riconosciamo, credo, che questa crisi esiste, però non ritengo che la si debba collegare ai motivi esposti dai colleghi che mi hanno preceduto. È una crisi intrinseca, determinata

dal fatto che non teniamo conto del dettato costituzionale. Abbiamo delegato agli enti mutualistici la tutela della salute di alcuni cittadini. Naturalmente essi non assolvono questo compito per tutta la popolazione italiana; ma dire che l'assolvono malamente non mi sembra esatto.

M I N E L L A M O L I N A R I A N - G I O L A . Non hanno il compito fondamentale che è quello della previsione!

P I N T O . Siamo d'accordo! Dirò anzi che nel nostro sistema mutualistico manca qualcosa di più importante: manca il settore della riabilitazione. Voi sapete che vi sono oggi centinaia di migliaia di minorati fisici a causa della poliomielite o di incidenti automobilistici e sul lavoro che pesano sulla società. Le carenze che abbiamo nel settore della riabilitazione sono più gravi di quelle relative alla prevenzione, perchè in questo ultimo campo qualcosa si è fatto.

Ma se veramente vogliamo avviarcì verso la soluzione del problema sanitario, dobbiamo approfondire il discorso dell'accentramento nel Ministero della sanità di tutti i compiti e di tutte le responsabilità attinenti alla salute pubblica. A me sembra addirittura anacronistico oggi parlare di sistema sanitario nazionale, quando poi, in altra sede, da parte degli stessi uomini che vogliono tale servizio, si difende il mantenimento di certe competenze che sono solo burocratiche o di prestigio, quando non sono di altra natura. Voglio sperare che il ministro Donat Cattin, abbia la sensibilità di capire che il Ministero del lavoro non può amministrare la mutualità, perchè è assurdo pensare che un direttore generale di questo Ministero, il quale è un tecnico, possa dirigere l'organizzazione dei servizi sanitari attraverso i vari enti che dipendono dal Ministero del lavoro.

E chiaro che tutti questi compiti debbono passare al Ministero della sanità; e, a mio avviso, e questo il primo passo da fare per arrivare al Servizio sanitario nazionale. Se non si realizza l'unificazione di tutti i servizi sanitari non si può arrivare all'erogazione di un servizio sanitario nazionale.

Non è possibile, ad esempio, parlare di riabilitazione quando dobbiamo affidare al Ministero dell'interno, che a sua volta delega un prefetto, l'assistenza di bambini minorati.

Auspico quindi, come hanno fatto altre parti politiche, che l'incontro tra il Ministro della sanità e quello del lavoro dia i frutti sperati e che il Ministro del lavoro ceda certe competenze che non gli spettano e che comunque comportano quelle dispersioni nel sistema mutualistico che sono dovute a queste interferenze di non tecnici sul piano tecnico.

Sulla crisi del sistema mutualistico si sono dette molte cose per cui non credo sia il caso di insistere. Io comprendo le preoccupazioni del collega Orlandi nella sua veste di amministratore ospedaliero; però egli sa bene che gli impegni degli enti mutualistici non riguardano soltanto gli ospedali, ma i medici, le case farmaceutiche, i proprietari degli stabili. È chiaro che tutti questi enti quando incassano del danaro debbono dividerlo. È chiaro, comunque, che se vogliamo arrivare al Servizio sanitario nazionale il sistema mutualistico deve scomparire.

Lo possiamo far scomparire anche gradualmente, ma è essenziale — ripeto — che tutte le competenze passino al Ministero della sanità, in modo che si sappia che cosa scorporare.

Qualche parola ora sul problema ospedaliero. Noi siamo passati da un tipo di ospedale fondato su di un principio caritativo ad un ospedale alla cui base è il concetto che il cittadino ha diritto all'assistenza. È chiaro dunque che il problema va visto secondo questa concezione nuova. E ciò riguarda anche i concorsi: quel determinato posto di assistente non sarà più ricoperto dal medico che ha portato per anni la borsa al primario. D'altra parte, io non posso pensare che i medici oggi siano peggiori di quelli di una volta soltanto perchè si assumono secondo criteri diversi.

A proposito di concorsi, penso che un modo semplice di accelerarli sarebbe quello di consentire, attraverso precise disposizioni, che gli esami di idoneità avvenissero in sede nazionale anzichè regionale. Voi sapete che se si applicassero le norme per gli esami di

idoneità, si dovrebbero avere ben 2.000 commissioni in Italia, magari per dare una idoneità per la cardiocirurgia, ad esempio, a Potenza dove non concorre nessuno. E per fare questo occorrerebbero i medici disponibili e vi sarebbe anche una questione di tempo. Se prevediamo invece esami di idoneità in sede nazionale, tutto potrebbe funzionare molto meglio.

DE MARIA, *sottosegretario di Stato per la sanità*. La legge prevede esami di idoneità in sede nazionale per i primari e in sede regionale per gli aiuti e gli assistenti. Io ricordo che sull'argomento si discusse a lungo sia alla Camera che al Senato. Fui presente al dibattito della Camera e posso dire che, decidendo per l'idoneità in sede regionale per gli aiuti e gli assistenti, si pensò ad un decentramento, ad un alleggerimento.

PINTO. Vorrei ora accennare alla questione del personale del Ministero. Noi siamo tutti d'accordo sulla necessità di concentrare nel Ministero della sanità tutte le competenze che istituzionalmente dovrebbero spettargli. Ma per far questo occorre il personale necessario. Purtroppo noi navighiamo nelle acque morte di certi criteri ormai superati, per cui il Ministero si svuota di tecnici e non si fa niente per impedirlo. Lo stesso collega Colella ha parlato nella sua relazione di organici ridotti almeno della metà. Parliamo di riforma ospedaliera, di abolizione dell'attuale sistema mutualistico, eccetera, e non ci rendiamo conto che il Ministero della sanità dovrà chiudere i battenti, perchè non avrà più tecnici. E ancora: si parla di legge *antismog*, di tutela della salute pubblica e quindi del controllo sulle sostanze alimentari. Come si può far fronte a questi compiti se i tecnici se ne vanno? Si deve affrontare seriamente il problema.

Vorrei segnalare un'altra questione (ne abbiamo già parlato in altre occasioni e certamente si riproporrà nel prossimo bilancio). L'azione di controllo da parte dello Stato in alcuni importanti settori avviene attraverso i Laboratori di igiene e profilassi. Questi laboratori sono amministrati dalle province e, data la situazione dei bilanci delle pro-

vince, in economia: sono chiusi il sabato, i giorni pari e i giorni festivi. Noi non possiamo affidare questi compiti ad organi che non dipendono direttamente dal Ministero della sanità. Il medico provinciale deve avere la possibilità di intervento diretto, una precisa responsabilità.

E vorrei fare un'ultima osservazione. Quello che mi ha colpito in questo bilancio, rispetto al bilancio dell'anno scorso, è un aumento di 300 milioni per la riabilitazione dei poliomielitici. Il collega Orlandi ha detto giustamente che la società del benessere e dei consumi non vuole più vedere i minorati; ma c'è qualcosa di più. Noi assistiamo in tutti gli istituti dove sono ricoverati i poliomielitici ad un fenomeno che purtroppo non è molto consolante: le mamme che hanno portato in questi istituti i loro bambini colpiti dalla poliomielite nel 1962-64, i primi tempi andavano a trovarli ogni domenica, poi ogni 15 giorni, ora non ci vanno più, non li vogliono più vedere. Il caso di questi minorati è veramente pietoso. È assurdo affermare che l'assistenza è dovuta solo se è possibile il recupero, perchè se questo non è possibile, avviene che i minorati restino negli istituti con la solita bugia pietosa del medico, in quanto le famiglie non intendono più riprenderseli.

Dobbiamo avere il coraggio di dire che bisogna pensare non solo alla riabilitazione sul piano fisico, ma anche alla riabilitazione sul piano professionale, perchè i bambini poliomielitici ricoverati negli istituti stanno crescendo e noi dobbiamo dare loro qualcosa di diverso da quello che può dare la cura medica che ha ormai esaurito il suo compito. Non possiamo pensare che le poche centinaia di milioni previste siano sufficienti per dare a questi ragazzi un mestiere e per inserirli nella società in condizioni tali da non sentirsi dei minorati.

Su questo bilancio vi sarebbero tante altre cose da dire; ma mi limito a fare qualche breve osservazione su quanto ha detto il collega Orlandi a proposito della tubercolosi. È giusto che l'azione preventiva contro la tubercolosi sia incrementata. Debbo però rilevare che in questo settore noi avvertiamo tutto il disagio delle duplicazioni,

delle variazioni di strutture, perchè, mentre da una parte abbiamo i consorzi antitubercolari che conducono una vita grama, per mancanza di fondi e di attrezzature, dall'altra, per contro, osserviamo che vi sono sanatori bellissimi, i quali hanno ancora qualche centinaio di ricoverati e forse si potrebbero addirittura chiudere. Ma chiudere un sanatorio, si sa bene, significa spostare i medici, le infermiere e tutto il resto. Ad un certo momento, se ci fosse un indirizzo sanitario unico in Italia il Ministero potrebbe effettuare *in loco* dei controlli e stabilire quanti sanatori debbono rimanere ancora aperti. Questo è uno dei casi particolari che bisognerebbe far presente al Ministero del lavoro per convincerlo, qualora fosse necessario, che occorre un indirizzo unico, se vogliamo arrivare all'auspicato Servizio sanitario nazionale. È questo il primo passo che dobbiamo compiere, e poi agire sul sistema mutualistico tenendo presente la crisi che lo travaglia e controllando i vari enti che operano nel settore.

Un'ultima cosa vorrei dire sull'assistenza psichiatrica, di cui ha parlato con molta competenza il collega Del Pace. La legge del 1904 prevede i manicomi che soltanto la pietà generosa dei medici ha trasformato in ospedali psichiatrici. È necessario, quindi, e urgente dare una normativa radicalmente nuova alla materia. Non posso fare a meno però di osservare che le cifre indicate dal senatore Del Pace non hanno molto valore, perchè mi risulta che la retta giornaliera che l'amministrazione provinciale paga negli ospedali psichiatrici si aggira intorno alle 3.000 lire. Ora, i casi sono due: o è disonesto dare 8.000 lire agli ospedali civili oppure è disonesto dare 3.000 lire agli ospedali psichiatrici. Vi posso garantire che con questa cifra non si può fornire un'assistenza medica adeguata. Ed allora, quando sosteniamo che vogliamo assicurare l'assistenza psichiatrica, bisogna avere il coraggio di dire che questa deve essere tolta alle amministrazioni provinciali. L'assistenza psichiatrica, prima ancora dell'assistenza ospedaliera, deve essere posta a carico della collettività nazionale, perchè se la cura di colui che è ammalato fisicamente può essere anche legata alla

libera scelta dell'individuo, quella della malattia mentale prescinde dalla libertà dell'individuo stesso; è un dovere della società e come tale deve essere assicurata mediante la fiscalizzazione degli oneri sociali.

P R E S I D E N T E . Data l'ora tarda, propongo che il seguito dell'esame del disegno di legge venga rinviato ad altra seduta.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 19,45.

SEDUTA DI VENERDI' 26 SETTEMBRE

Presidenza del Presidente CAROLI

La seduta ha inizio alle ore 10,20.

Sono presenti i senatori: Accili, Argiroffi, Caroli, Colella, De Falco, Del Nero, Del Pace, Dindo, Guanti, La Penna, Lombardi, Marenti, Minella Molinari Angiola, Orlandi, Perrino e Zelioni Lanzini.

Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità De Maria

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1970

— 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 1970 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

C O L E L L A , relatore. Debbo anzitutto rilevare, onorevoli colleghi, che sulla prima parte della mia relazione — la parte cioè che precede l'esame analitico delle singole rubriche e dei più importanti capitoli — vi è stato un accordo pressochè unanime.

Due indicazioni costituiscono il binario sul quale, a mio modesto modo di vedere, va condotta la politica sanitaria del nostro Paese. Mi riferisco al servizio sanitario nazionale quale prospettiva, così come da me indicato nella relazione, verso la quale deve orientarsi la riforma sanitaria; e alle unità sanitarie locali, per la cui realizzazione non ho nascosto a nessuno che ci attende un lavoro di non indifferente mole. Su tale impostazione non sono emersi rilievi di fondo e, con diverse sfumature, ci si è dichiarati tutti d'accordo: tant'è vero che il senatore Menchinelli ha detto ad un certo punto del suo discorso di trovare un po' di difficoltà ad intervenire nella discussione, in quanto non si trovava a dover prendere in esame due impostazioni diverse di politica sanitaria, bensì la stessa politica sanitaria voluta da tutte le forze politiche, per la cui realizzazione — egli ha dichiarato — ci sono degli impegni da parte del Ministro che non sono stati ancora mantenuti.

Mi pare pertanto doveroso ringraziare i colleghi che sono intervenuti sulla relazione al bilancio di previsione per il 1970 per quanto così egregiamente hanno detto onde meglio illustrare quella che dovrà essere la direttrice di marcia dei prossimi mesi, dei prossimi anni.

Se rilievi vi sono stati (e ve ne sono stati parecchi), questi sono da attribuirsi a particolari stati d'animo di alcuni colleghi e a posizioni di Gruppo, stati d'animo e posizioni che non danno credito alla volontà politica di voler portare avanti le scelte indicate.

L'intervento del senatore Argiroffi, a parte l'urgenza da lui sottolineata di una pronta realizzazione delle unità sanitarie locali, credo abbia, come sottofondo, una scarsa credibilità circa i principî enunciati da me nella relazione introduttiva all'esame del bilancio.

Vi è invece chi palesa perplessità sulle due direttrici di cui parlavo prima, e, pur dichiarandosi d'accordo, esige un approfondito e tempestivo studio ed approvazione di leggi adeguate alle direttrici stesse, prima della loro realizzazione (ad esempio il senatore Perrino), e chi indica addirittura la strada di un esperimento (il senatore

Dindo). Comunque oggi in questa sede — e ritengo in sede competente — abbiamo messo un punto fermo, indicando chiaramente, noi tutti, cosa intendiamo fare nel futuro. Sarà poi il Ministro, nella seduta di giovedì prossimo, a parlarci di tempi più o meno brevi e di possibilità graduali o rapide di realizzazione.

La maggior parte degli interventi contiene delle chiare richieste che interessano il Ministro della sanità, per cui mi limiterò a dare qualche risposta di mia pertinenza. Il prezioso intervento del senatore Ossicini è stato già raccolto dal ministro Ripamonti nella riunione del 19 corrente. Egli ha dato assicurazioni sul grave problema delle malattie mentali negli adulti e nei bambini, problema che impone all'Esecutivo di studiare subito e concretamente la possibilità di creare i Centri di igiene mentale, tenendo conto del rapporto indispensabile tra tali Centri e gli ospedali psichiatrici. Lo stato attuale di questi ultimi è a conoscenza del ministro Ripamonti, in quanto nell'inverno scorso egli ha visitato, su mio invito, l'ospedale psichiatrico consortile di Nocera Inferiore e quell'esperienza io ritengo non potrà non essergli di stimolo per dare una soluzione al grave problema. Speriamo che la normativa auspicata dal senatore Del Pace, che pure ha sottolineato nel suo intervento la situazione dei malati di mente, giunga presto all'esame per una radicale revisione dell'assistenza psichiatrica. In questa normativa troverà collocazione anche quanto sottolineato dal senatore Guanti circa l'igiene mentale nell'ambiente familiare.

Il senatore Perrino ha invocato la ristrutturazione del Ministero della sanità, cui occorre rivendicare tutte le attribuzioni ad esso pertinenti. La stessa cosa hanno chiesto il senatore Orlandi e il senatore Pinto, ma penso che tutti siano concordi nell'invocare tale ristrutturazione, e il nostro Ministro per primo. Un certo sforzo in questo senso si sta già compiendo. Si ha però il timore — espresso ieri dal senatore Orlandi — che i colloqui iniziati o rimangano senza seguito oppure vengano protratti all'infinito. Vedremo.

Io ho fiducia che ben presto qualcosa verrà fuori. D'altra parte, anche noi singolarmente e come Gruppi dobbiamo premere per raggiungere questo traguardo.

Il senatore De Leone, si è soffermato su molti punti della mia relazione. Lo ringrazio per i suggerimenti dati, però dovrò consentirmi di dire, per quella obiettività che deve distinguerci, che non sono d'accordo su tre rilievi da lui fatti. Il primo rilievo è quello relativo alle mutue. Il senatore De Leone si è riferito ad una certa Commissione paritetica nominata nel corso dell'ultimo Governo Moro per studiare la fusione delle mutue. Ebbene, a mio avviso, qui non si pone ormai più, il problema dell'unificazione delle mutue, ma l'abolizione del sistema mutualistico e l'istituzione del servizio sanitario nazionale. Probabilmente sarà stata proprio questa o qualche altra richiesta cautelativa a far dire al senatore Orlandi che esiste un contrasto in seno al partito di maggioranza relativa sulle due precise indicazioni: servizio sanitario nazionale e unità sanitaria locale. Ecco perchè ieri sera, a chiusura della discussione, l'ultimo intervenuto, il senatore Pinto, mi poneva una precisa domanda al riguardo, alla quale risponderò alla fine di questa mia replica. Sono convinto, anche per quanto privatamente ci si è detti in questi giorni con il collega De Leone, che egli voleva soltanto farci un po' di storia mutualistica per mettere in risalto come questo problema sia stato vivo anche nelle passate legislature, ma anch'egli è d'accordo sull'impostazione programmatica da me data.

Il secondo rilievo del senatore De Leone riguarda il fondo per la tubercolosi: non è d'accordo di aumentarlo. Io debbo dire al senatore De Leone che i sanitari ricevono dai consorzi soltanto la quota parte derivante dalla ripartizione del contributo del Ministero della sanità, vantano crediti cospicui e non vogliono accettare ammalati. I consorzi vanno alla ricerca di quei sanatori privati ove la retta è inferiore a quella dei sanatori annessi agli ospedali, tanto è vero che io sono stato costretto a presentare una interrogazione il 19 novembre 1968 per una situazione che si era determinata

a Nocera Inferiore. Il sanatorio annesso allo Ospedale civile di Nocera Inferiore non voleva accogliere due giovani ammalati in quanto il consorzio non paga rette non so da quanti anni. Nella mia interrogazione denunciavo anche il fatto che questi giovani non vogliono essere ricoverati nei sanatori privati perchè non vengono trattati bene.

Il terzo ed ultimo rilievo del senatore De Leone riguarda i cosmetici. Io ritengo che per i cosmetici sia necessaria una disciplina organica. Nella relazione introduttiva alla tabella n. 19 vi è una indicazione su questa attività che ha assunto una dimensione imponente fino ad un fatturato di 250 miliardi all'anno. Una attività del genere evidentemente va presa in considerazione per una disciplina organica.

Con il senatore Guanti non vorrei aprire una polemica, però debbo manifestargli un pensiero personale, che vale anche per il senatore Argiroffi. Io non capisco — e lo dico con molta sincerità — perchè, sia lui che il suo Gruppo siano così avversi alla Opera nazionale maternità ed infanzia.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Solo perchè sono 15 anni che la cosa va avanti! Volete farci passare per gente che ha delle idiosincrasie nei confronti dell'ONMI, mentre noi ci battiamo solo per un sistema reale moderno, nuovo, adeguato, molto diverso da quello del fascismo.

COLELLA, relatore. Ci sono senza dubbio delle carenze, e nessuno vuole nasconderle. Ma le stesse carenze noi le riscontriamo anche in altri enti che non sono fatti segno di attacchi altrettanto severi. Quando però si parla dell'ONMI, ho l'impressione che si stia qui con i fucili spianati; eppure è una benemerita organizzazione. Ho avuto modo di conoscere di recente, per un asilo-nido aperto a Nocera Inferiore, la Presidente di questa Opera nazionale maternità e infanzia, come pure il delegato provinciale di Salerno, e debbo dirvi che ho dovuto constatare tutta la buona volontà da

parte di questi dirigenti di voler portare avanti questa organizzazione.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Il problema oggi è tra vecchio sistema e nuovo sistema; ha la stessa portata del grande problema: « mutue e servizio sanitario nazionale ». Si tratta di un superamento di sistema e non ci venga a dire che era simpatica la tale o tal'altra persona...!

COLELLA, relatore. Lei consentirà che io esponga queste mie esperienze anche se probabilmente la realtà è poi diversa.

Il senatore Guanti ha detto che in Italia abbiamo molti enti di assistenza che tutto fanno tranne l'assistenza all'infanzia. Ha poi messo tutti questi enti di assistenza per l'infanzia sullo stesso piano o quasi. Ebbene, io ritengo che occorra intervenire nei casi simili a quelli di cui ci siamo occupati, però non possiamo e non dobbiamo fare di tutte le erbe un fascio: io conosco enti di assistenza per l'infanzia che sono apprezzabilissimi sotto tutti i punti di vista.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Porre il problema in questi termini significa falsarlo!

COLELLA, relatore. Giungo alla conclusione. Io ritengo che l'ONMI con la unità sanitaria di base troverà la sua collocazione ed assolverà le sue funzioni. Giustamente ha detto il senatore Argiroffi che l'unità sanitaria di base deve assumere anche la riorganizzazione assistenziale all'indirizzo dell'infanzia.

Il senatore Dindo ha chiesto come si articolerà l'unità sanitaria locale. Lo vedremo quando il Parlamento affronterà l'esame del provvedimento istitutivo.

Tra le malattie sociali il senatore Dindo si è soffermato sulla riabilitazione e rieducazione dei bambini spastici ed ha proposto un aumento al capitolo n. 1185, pur riconoscendo lo sforzo fatto in questo bilancio di previsione. Non posso che dichiararmi d'accordo circa la opportunità di dare maggiore consistenza a questo capitolo del

bilancio. Ci auguriamo che il Ministro del Tesoro nel prossimo bilancio mostri sensibilità al riguardo. Su questo argomento si è anche soffermato il senatore Pinto avanzando la stessa richiesta.

In merito alla situazione dell'ospedale « Bambin Gesù », denunciata dal senatore Menchinelli, propongo che sia aperta una severa inchiesta al fine di chiarire i rapporti esistenti tra questo Ente e gli Ospedali riuniti di Roma.

Concordo inoltre pienamente con la senatrice Minella Molinari che ha sollecitato un aumento di fondi a favore di tutti gli enti che curano la raccolta del sangue umano. Questo settore sussidiario della chirurgia moderna va preso in seria considerazione e la benemerita Associazione volontari del sangue va aiutata con contributi da elargire direttamete e proporzionatamente a tutti i centri di raccolta.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A . I centri sono una cosa e la Associazione volontari del sangue è un'altra. Chi fa la propaganda è l'Associazione.

C O L E L L A , relatore. Il senatore Orlandi dice che la parte introduttiva della mia relazione non trova rispondenza nelle cifre del bilancio; e l'osservazione è stata ripresa anche da altri.

Ora, nella relazione, a proposito del servizio sanitario nazionale e delle unità locali, io dico: « Sulla base di questa vasta e significativa concordanza di idee è possibile oggi operare, dando inizio concretamente al processo di riforma ». Preciso cioè: « è possibile operare »; quindi attraverso normative. Soltanto dopo l'approvazione di leggi *ad hoc* noi potremmo trovare nei prossimi bilanci la rispondenza delle cifre.

D E L P A C E . Però non si è voluta nemmeno esprimere una volontà politica in proposito!

C O L E L L A , relatore. Si dice pure che non è possibile accettare l'unità sanitaria di base soltanto per la prevenzione. Ora, a parte il fatto che il collega Del Pace

ha tanto insistito sulla necessità di dare priorità alla prevenzione, debbo far rilevare che nella mia relazione ho proposto la realizzazione, dal punto di vista territoriale e istituzionale, di queste reti di servizio affidando loro compiti di prevenzione e — ho aggiunto — di controllo igienico ed educazione sanitaria. Comunque, io ho inteso, nella mia relazione, dire questo: cominciamo a fare qualcosa. Questo è il concetto che tengo a ribadire in modo chiaro: non rimandiamo sempre; cominciamo a fare qualcosa, sia pure attraverso le unità sanitarie di base limitate a compiti di prevenzione, di controllo igienico e di educazione sanitaria.

M E N C H I N E L L I . Queste stesse cose le disse il senatore Perrino che fu relatore del precedente bilancio; e noi non solo fummo d'accordo, ma lodammo il relatore.

C O L E L L A , relatore. Anche se queste cose sono state già dette, è bene sempre ripeterle.

Circa la spesa, senatore Orlandi, l'argomento andrà affrontato al momento opportuno. Quando avremo i provvedimenti cercheremo di coprire la spesa che essi comporteranno. Il Ministro ci ha detto che qualcosa è pronto, e noi dobbiamo dargli credito, non possiamo sempre dubitare.

Il senatore Chiariello, soffermandosi sulla tubercolosi e sul cancro, ha proposto di smantellare l'organizzazione nel campo tubercolare per una maggiore e più vasta assistenza ai cancerosi, non sono invece d'accordo sulla demolizione dell'apparato delle malattie tubercolari.

Lo stesso senatore Chiariello ha espresso perplessità circa il servizio sanitario. Egli ha detto: le mutue non funzionano, però non sappiamo se il servizio sanitario nazionale migliorerà o peggiorerà la situazione. Ora, niente è perfetto in questo mondo. Noi intravediamo, attraverso il servizio sanitario nazionale, la possibilità di un miglioramento dell'attività sanitaria in Italia. Vi sarà poi sempre la possibilità, per chi verrà

dopo di noi, di perfezionare il sistema o di cercare altre soluzioni.

Concludo, rispondendo alla domanda del senatore Pinto. Debbo dire subito che le linee della futura politica sanitaria da me indicate nella relazione non sono personali. Esse sono condivise da tutta la mia parte politica. Lo dimostra il fatto che nè il Ministro, nè i suoi interventi qui o in altre sedi, nè i componenti della Commissione sanità appartenenti alla maggioranza, le hanno contrastate, nonostante non vi fosse alcun accordo preventivo. Il Presidente può confermare infatti che non vi è stato il tempo di incontrarci, con i colleghi della maggioranza prima di sottoporre la relazione alla vostra attenzione. Io voglio augurarmi che tali linee trovino pratica attuazione, sia pure gradualmente. In questo senso, ritengo, noi saremo tutti chiamati, in un prossimo futuro, a fare il nostro contributo di esperienza di intelligenza, soprattutto di buona volontà.

Ringrazio tutti per la cortese attenzione prestatami, scusandomi al tempo stesso per il modo affrettato con il quale ho svolto la relazione e ho replicato alle varie osservazioni. Chiedo al sottosegretario De Maria di voler sollecitare il Ministro a dare le risposte che sono di pertinenza del suo Dicastero. Debbo dire, infine, cari amici, che sono contento di questa mia prima esperienza, di questo primo contatto avuto con voi; penso che, avvalendoci delle nostre esperienze potremo insieme condurre la nostra battaglia secondo il binario indicato nella parte introduttiva della mia relazione.

D E M A R I A, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Desidero assicurare l'onorevole Presidente, l'onorevole relatore e tutti gli onorevoli senatori che informerò il Ministro di tutte le osservazioni che sono state fatte. Il Ministro non mancherà di rispondere dettagliatamente a tutti. Io desidero soltanto pronunciare brevi parole di ringraziamento: al Presidente, che in maniera così squisita e discreta presiede i lavori della Commissione; al relatore, che ha dimostrato analitica competenza, grande interesse e grande passione per i problemi della sanità pubblica; e a tutti gli onorevoli sena-

tori. Ovviamente, al di fuori di ogni divisione di parte, io desidero ringraziarli non soltanto per il loro prezioso contributo, dimostrato nei loro interventi, ma per la passione che portano alla soluzione dei problemi della sanità; e sono certo che con la collaborazione dei due rami del Parlamento i problemi che finora sono stati agitati potranno felicemente avviarsi a soluzione.

Loro sanno meglio di me che quando parliamo dei problemi dell'assistenza, a livello dell'infanzia e a livello degli adulti; quando parliamo del grande problema della medicina preventiva e dell'educazione sanitaria; quando parliamo della riforma delle mutue e dell'unificazione del sistema mutualistico, delle assicurazioni sociali per passare alla sicurezza sociale, senza la quale non vi potrebbe essere uno Stato moderno; quando pensiamo ai problemi della medicina riabilitativa, ovviamente sappiamo che orizzonti nuovi si aprono nel campo della sanità pubblica che impegnano tutta la società, in tutti i suoi settori, non soltanto il Ministero della sanità. Il Ministero della sanità dovrebbe essere il supremo coordinatore e tutta la sfera sanitaria dovrebbe diventare di sua competenza perchè non è possibile che essa venga ripartita fra 14 Dicasteri. È veramente un orizzonte che si apre dinanzi a noi e richiede un fortissimo impegno di mezzi e strumenti, mentre abbiamo una carenza assoluta di organi e di personale, e carenza assoluta — anche — di leggi. La legge ospedaliera è la prima che è stata varata, seguita dalle leggi delegate. Ed io aggiungerò che altre leggi bisognerà al più presto approvare, perchè, innegabilmente, un dinamismo legislativo si impone per venire incontro alle esigenze della collettività.

Quello in cui confido veramente è che al di sopra di ogni divisione, ci sia questa comunanza di sforzi e di intenti necessaria a realizzare, nei prossimi anni quegli obiettivi che gli uomini, i tempi e le circostanze impongono.

P R E S I D E N T E. Il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 11,30.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 2 OTTOBRE 1969**Presidenza del Presidente CAROLI***La seduta ha inizio alle ore 9,35.*

Sono presenti i senatori: Albanese, Argiroffi, Ballesi, Chiariello, Colella, De Falco, De Leoni, Del Nero, Del Pace, Ferroni, Guanti, Lombardi, Manenti, Menchinelli, Minella, Molinari, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino, Picardo, Pinto e Zelioli Lanzini.

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

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1970**— 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 1970 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

R I P A M O N T I , *ministro della sanità.* Signor Presidente, onorevoli colleghi, desidero anzitutto chiedere scusa per non aver potuto presenziare alla discussione sul bilancio. Undici anni di esperienza parlamentare e di attiva partecipazione alle Commissioni mi hanno portato a considerare la importanza del dibattito parlamentare per la determinazione della politica nei singoli settori oltre che di quella globale e, quindi, l'esigenza che il Ministro partecipi alla discussione in Commissione. Sono stato, comunque, validamente rappresentato dal sottosegretario onorevole De Maria, ed ho seguito attentamente il dibattito che si è svolto in questa sede con la lettura dei resoconti stenografici. La presenza in Commissione mi avrebbe consentito di stabilire un dialogo immediato e forse la possibilità di fornire chiarimenti utili all'ampliamento della di-

scussione, ai fini di una positiva conclusione.

Si conclude, a otto mesi dall'esame in Commissione dello stato di previsione della spesa del Dicastero della sanità per il 1969, il dibattito in sede referente sulle prospettive e sulle previsioni di spesa per il 1970, esercizio con il quale si chiude l'arco quinquennale di attuazione del primo programma di sviluppo economico.

Sulla relazione del senatore Colella, approfondita nell'analisi dei vari settori di intervento del Ministero e politicamente significativa nella riaffermazione degli obiettivi indicati dal programma quinquennale e della gradualità delle soluzioni prospettate dagli impegni programmatici di Governo, nonché sulla nota preliminare si è sviluppato un ampio dibattito al quale hanno preso parte i senatori Ossicini, Perrino, De Leoni, Guanti, Dindo, Argiroffi, Menchinelli, Molinari, Del Pace, Orlandi, Chiariello e Pinto, ai quali rivolgo il mio ringraziamento per il contributo che hanno voluto dare, con suggerimenti, con proposte ed anche con una critica talvolta aspra, alla precisazione della politica sanitaria della nostra comunità nazionale.

Non posso, però, condividere il giudizio da alcune parti espresse circa il carattere meramente burocratico della nota preliminare al bilancio.

Proprio sui grandi problemi prospettati dal senatore Ossicini in due ordini del giorno accolti dal Governo nella discussione dello stato di previsione della spesa per il 1969 e, precisamente, sull'assistenza psichiatrica agli adulti e sull'assistenza psicologica ai ragazzi disadattati, nella nota introduttiva si afferma che dovranno essere radicalmente modificati gli indirizzi fin qui seguiti e gli interventi dovranno essere collegati alla realizzazione di nuove strutture e ad orientamenti scientificamente validi, quali quelli prospettati dal senatore Ossicini nel suo intervento di apertura della discussione.

Non è possibile, onorevoli senatori, collegare le prospettive della politica sanitaria esclusivamente alle indicazioni qualitative e quantitative offerte dallo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, poiché

proprio da tutte le parti politiche è stata avanzata la richiesta di accentrare nel Ministero la direzione unitaria della politica sanitaria e di ampliarne, pertanto, le competenze, nonchè di procedere alla sua ristrutturazione ed al suo potenziamento, cosicchè possa assumersi le complete responsabilità nel settore ed esercitare una indispensabile opera di indirizzo, di coordinamento e di vigilanza. Ciò si rende evidente valutando da un lato gli interventi del Ministero e, dall'altro lato, l'ammontare globale delle risorse destinate annualmente al settore dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese.

Lo stato di previsione della spesa per l'esercizio 1970 reca spese complessive per milioni 164.275,6 a cui si aggiungono milioni 1.268,3 accantonati nel fondo speciale del Ministero del tesoro con riferimento a provvedimenti legislativi in corso, sicchè la spesa complessiva ammonta a milioni 165.343,9.

L'aumento di milioni 22.772,1 rispetto alle spese previste nell'esercizio 1969 riguarda per milioni 5.008,1 l'incidenza di leggi precedenti o l'applicazione di intervenuti provvedimenti legislativi (di cui 4.000 milioni per le provvidenze a favore di province ed enti da cui dipendono Ospedali psichiatrici a norma della legge 18 marzo 1968, n. 431; 450 milioni per la concessione di contributi a favore degli Istituti per lo studio e la cura del cancro da utilizzarsi per la ricerca scientifica, ai sensi della legge 29 maggio 1969, n. 316; milioni 1.000 per il funzionamento del Centro studi e dei comitati per la programmazione ospedaliera, stanziamento disposto con la legge 20 giugno 1969, n. 383) e milioni 17.764 rappresentano l'adeguamento delle dotazioni di bilancio alle nuove occorrenze: concorrono alla formazione di detto importo oltre ai contributi all'ONMI per 4 miliardi e alla Croce Rossa per 1 miliardo, la destinazione di 1 miliardo per le spese per il funzionamento delle Commissioni per gli esami di idoneità del personale sanitario medico degli Enti ospedalieri in applicazione della riforma; 4.000 milioni quale incremento del fondo per la concessione dei contributi e sussidi agli Enti ospedalieri ed agli Ospedali psichiatrici che ammonta per il 1970 a 19 miliardi; 3.540 milioni per

l'ampliamento dell'assistenza e la cura degli infermi recuperabili affetti da paralisi spastiche infantili e da lussazioni congenite dell'anca; 700 milioni per contributi e sussidi per la lotta contro la tubercolosi; 1.500 milioni per l'istituzione e il funzionamento di nuovi centri per le malattie sociali.

Per poter variare il capitolo corrispondente ad una competenza organica del Ministero occorre una legge. È vero che l'incremento dello stanziamento per l'assistenza agli spastici poteva essere realizzato modificando la destinazione del capitolo e ampliandone l'arco d'intervento. Ma questo si potrà fare soltanto attraverso una legge di riforma dell'intervento del Ministero in questo settore.

Certamente, sia l'importo complessivo della spesa del Ministero che lo stato attuale delle sue strutture centrali e periferiche non possono ritenersi rispondenti alle esigenze di intervento diretto, di coordinamento e di vigilanza nei settori dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e psichiatrica, dell'igiene pubblica, delle malattie sociali, dell'igiene degli alimenti, della produzione e della distribuzione dei farmaci, dei servizi veterinari e della ricerca applicata. Come è stato giustamente rilevato dagli onorevoli colleghi, gli incrementi di spesa per i settori di destinazione (programmazione ospedaliera generale e psichiatrica, assistenza ai minorati fisici, lotta contro la tubercolosi, istituzione e funzionamento di nuovi centri per malattie sociali) delineano chiaramente la volontà di affrontare in modo organico e programmato i problemi dell'assistenza sanitaria, ospedaliera generale e psichiatrica e di quelli relativi alla lotta contro le malattie sociali; di incentivare la medicina preventiva e di garantire l'assistenza ai minorati fisici e psichici, perfezionando nel contempo, mediante commissioni e gruppi di lavoro costituiti con decreto ministeriale, gli schemi di disegni di legge in materia di istituzione delle unità sanitarie locali (non è possibile predisporre stanziamenti in bilancio per la unità sanitaria locale se non esiste la legge organica di istituzione dell'unità stessa), di assistenza psichiatrica (lo schema di disegno di legge su questa materia deve essere rapi-

damente elaborato, ritenendosi da ogni parte, e dal Ministro in particolare, superata sotto taluni aspetti la legge stralcio; direi anzi che quella legge può rappresentare un'ulteriore strozzatura nei confronti di un perfezionamento della materia...)

A R G I R O F F I. Speriamo che nella elaborazione non c'entri nessuno di quei tecnici che stamattina ci hanno proposto quel disegno di legge!

R I P A M O N T I, *ministro della sanità.* Sono pronto a rivedere e ad integrare quella Commissione.

Sono in corso di perfezionamento, ripeto, gli schemi di disegni di legge in materia di assistenza psichiatrica, di interventi organici per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali e per disadattati sociali, nonché per l'impostazione di un piano organico di asili-nido.

L'esigenza prospettata dal senatore Perrino di accentrare nel Ministero della sanità tutte le competenze del settore, esigenza che è stata ripresa anche se talvolta con accentuato tono polemico dai colleghi di parte comunista, si pone come indispensabile per realizzare il passaggio dall'attuale sistema di assistenza al servizio sanitario nazionale; soprattutto — ribadisco — senza un centro unitario di indirizzo, di coordinamento e di controllo della politica sanitaria non è ipotizzabile una organica programmazione nel settore ed una democratica gestione del piano.

Dalla tabella relativa agli impieghi sociali del reddito nel quinquennio 1966-70 si rileva che è stato attribuito carattere prioritario ai settori della sanità e della sicurezza sociale e si è inteso caratterizzare l'intervento più che attraverso un aumento di mezzi finanziari, con la manifestazione di misure razionalizzatrici, capaci di ottenere notevoli riduzioni di costi ed una più efficace offerta di servizi.

In realtà, onorevoli colleghi, per assicurare un più elevato livello tecnico delle prestazioni ed una più efficace offerta di servizi, si viene a verificare un aumento dei costi specie per quanto attiene alla retta ospedaliera anche in presenza di misure razionalizzatrici.

Il conseguimento di tale obiettivo è subordinato certamente ad una direzione unitaria della politica sanitaria, che deve essere perseguito superando il sistema mutualistico e non già solo assoggettandolo ad un processo di razionalizzazione, con una riforma globale, quindi, dell'attuale sistema e con il passaggio graduale al servizio sanitario nazionale, articolato nelle regioni, che hanno la competenza in materia di assistenza ospedaliera e sanitaria, nei comprensori provinciali e nei comuni.

Il Ministero della sanità non è in grado di offrire attualmente il quadro completo delle risorse utilizzate nel settore dell'assistenza sanitaria e destinate agli investimenti ed ai consumi, poichè, come è noto, oltre al sistema mutualistico hanno competenza anche le province ed i comuni ed accanto alle pubbliche istituzioni operano centri assistenziali e cliniche private.

La spesa relativa alle prestazioni sanitarie erogate dagli enti gestori delle assicurazioni contro le malattie e la tubercolosi e di maternità nel 1968 (si tratta di dati provvisori) ammonta complessivamente a 1.452,071 miliardi con la seguente destinazione per categoria: per lavoratori dipendenti: 1.287.511 milioni; per lavoratori autonomi: 161.184 milioni; per liberi professionisti: 3.366 milioni.

La spesa viene ad essere così ripartita per i diversi tipi di prestazioni: assistenza ospedaliera, 575.743 milioni (pari al 39,65 per cento); prestazioni ambulatoriali, 94.964 milioni (pari al 6,54 per cento); onorari ai medici, 290.372 milioni (pari al 20 per cento); farmaci, 411.783 milioni (pari al 28,36 per cento); altre prestazioni, 79.209 milioni (pari al 5,45 per cento).

Le prestazioni sanitarie erogate nel quinquennio 1964-68 dal sistema mutualistico assommano in complesso a 5.610,2 miliardi (dati provvisori), e sono così ripartite per categorie: per lavoratori dipendenti, 5.011.130 milioni; per lavoratori autonomi, 590.417 milioni; per liberi professionisti, 8.740 milioni.

A tale importo deve aggiungersi la spesa per l'assistenza psichiatrica che, sulla base dei dati del Ministero dell'interno e di quelli diversificati dell'Istituto centrale di statistica, può, in via indicativa, essere valutata in almeno 500 miliardi nel quinquennio (con

una media, quindi, di 100 miliardi all'anno), nonchè gli oneri sostenuti dall'Amministrazione comunale per le condotte mediche, la medicina scolastica, la profilassi e la vigilanza igienico-sanitaria, la distribuzione dei farmaci e l'assistenza ospedaliera per gli iscritti nell'elenco dei poveri.

Non ho trovato i dati statistici, corrispondenti al quinquennio sopra citato, per quest'ultima voce di spesa. Secondo un calcolo approssimativo, è possibile determinare l'ammontare complessivo della spesa in 6.300-6.400 miliardi.

Sulla base dei dati relativi al 1968, si rileva un ulteriore incremento della spesa annua ed è prevedibile che all'inizio degli anni '70 la spesa per l'assistenza sanitaria venga ad ammontare a 2.000 miliardi all'anno (oltre 10.000 miliardi nel quinquennio 1971-75) e si evidenzia, pertanto, come le previsioni di intervento del Ministero non siano tali da incidere sulla politica sanitaria nazionale, la cui competenza, proprio nel settore dell'assistenza diretta al cittadino, è affidata a centri operativi autonomi, seppure sottoposti a vigilanza del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Le precedenti considerazioni confermano, a mio avviso, la validità del disegno politico delineato dal programma quinquennale di sviluppo economico e degli impegni assunti di fronte al Parlamento dal primo e dal secondo Governo presieduto dall'onorevole Rumor in questa legislatura e, in particolare, nella discussione sullo stato di previsione della spesa per il 1969, impegni che vengono qui riconfermati, onorevole senatore Orlandi, poichè non vi è, per quanto mi risulta, settore alcuno della Democrazia cristiana che avanzi opposizioni pregiudiziali alla realizzazione del servizio sanitario nazionale, così come, senatore Pinto, il Governo, sulla base delle indicazioni programmatiche concordate con i partiti democratici di centro-sinistra, ha assunto l'impegno — come risulta anche nella nota preliminare — di promuovere provvedimenti per l'istituzione delle unità sanitarie locali con compiti, nella fase iniziale, eminentemente di medicina preventiva.

Le commissioni istituite recentemente non hanno, onorevole senatore Argiroffi, il compito di riaprire una nuova fase di studi e di approfondimenti, bensì quello di procedere all'impostazione degli schemi di disegni di legge, tenendo conto dei risultati acquisiti a livello culturale e dal dibattito politico che ha caratterizzato questo inizio di legislatura, proprio nei settori sottolineati dagli interventi di tutti i colleghi nel corso della discussione e, in particolare, dai senatori Guanti, Argiroffi, Molinari, Del Pace, Orlandi e Chiariello.

Onorevoli colleghi, in questi otto mesi il Governo non si è limitato a manifestazioni di buona volontà ed ha avviato il processo di pianificazione delle strutture sanitarie: il servizio sanitario nazionale, infatti, deve essere organizzato sulla base di due strutture operative fondamentali: l'Unità sanitaria locale e l'Ente ospedaliero.

Il Ministero ha proceduto alla realizzazione della riforma ospedaliera, promossa con la legge 13 febbraio 1968, n. 132, e con la collaborazione della Commissione consultiva parlamentare, cui rinnovo il mio ringraziamento, delle organizzazioni sindacali e della FIARO, delle quali desidero sottolineare il contributo positivo dato all'impostazione degli schemi delle norme delegate, il Governo ha provveduto, entro i termini prescritti, all'approvazione ed alla conseguente promulgazione da parte del Presidente della Repubblica dei decreti presidenziali 27 marzo 1969, n. 128, sull'ordinamento interno dei servizi ospedalieri, n. 129, sull'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e istituti universitari di ricovero e cura e n. 130 sullo stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri. Si appresta ora a perfezionare le norme relative all'amministrazione e contabilità dell'ente ospedaliero, di cui alla delega prevista dall'articolo 55 della citata legge n. 132, «avente di mira il conseguimento di una effettiva autonomia, nonchè la salvaguardia delle competenze conseguenti e dei rapporti tra gli istituendi enti ospedalieri e lo Stato, le Regioni, le province ed i comuni lasciando, comunque, impregiudicata la competenza legislativa dell'ente regione».

Le norme sull'amministrazione e contabilità dell'ente ospedaliero si pongono ormai come indispensabili per l'indirizzo, il coordinamento ed il controllo dell'attività degli enti stessi.

Infatti, la riorganizzazione delle strutture ospedaliere e la loro qualificazione attraverso l'applicazione delle norme delegate deve essere ricondotta nell'ambito dei piani regionali e di quelli nazionali, i primi in fase di avanzata elaborazione da parte del CRPO, sulla base delle indicazioni del decreto interministeriale del 13 agosto ultimo scorso, sottoposto al parere del Consiglio superiore di sanità e del Comitato nazionale di programmazione ospedaliera.

Le direttive offerte ai CRPO per l'elaborazione dei piani riguardano l'intera organizzazione sanitaria e dovranno portare alla formazione, entro questo anno, dei piani regionali transitori, con le proposte di localizzazione degli investimenti disposti con la legge 23 giugno 1969, n. 383.

Ho già fatto rilevare che mentre viene discussa negli incontri triangolari con la FIARO e le organizzazioni sindacali l'applicazione graduale delle norme relative all'ordinamento dei servizi, si verifica che le amministrazioni ospedaliere, di propria iniziativa, provvedono all'istituzione di servizi che, a giudizio del Ministero, dovrebbero essere programmati nel tempo ed attuati nel prossimo quinquennio. Il Ministero non dispone di adeguati strumenti di controllo, poichè il passaggio ai medici provinciali della tutela sugli enti ospedalieri non ha comportato anche il trasferimento agli uffici stessi del personale degli interni, sicchè i medici provinciali non sono in grado di esplicitare — con tempestività e completezza — i controlli su tutti gli atti deliberativi degli enti vigilati.

L'attività amministrativa deve essere inquadrata in un programma pluriennale che ciascun ente ospedaliero deve formare e deliberare e, pertanto, le norme delegate prevederanno l'impostazione di bilanci di previsione quinquennale per l'ente ospedaliero, e potrà essere graduato entro il 1975 l'incremento delle spese sulla base delle priorità dell'applicazione delle norme sull'ordina-

mento dei servizi che verranno stabilite nei piani regionali, a seguito anche, delle intese con le organizzazioni sindacali e la FIARO.

Non è ammissibile che da un lato si avanzino opposizioni all'applicazione della norma di legge sulle quaranta ore settimanali per il personale di assistenza diretta e sulla durata del congedo ordinario, previsto nella misura massima di trenta giorni, per motivi di ordine economico, se poi si istituiscono servizi non prioritari, che comportano oneri notevoli per le amministrazioni.

Una efficace vigilanza sull'attività amministrativa degli enti ospedalieri non può che basarsi sull'obbligo della formazione dei bilanci pluriennali da parte degli stessi.

Sulla base della legge di programma ospedaliero, di cui all'articolo 26 e del programma nazionale ospedaliero, di cui all'articolo 27 della citata legge n. 132; legge e piano che verranno elaborati con il contributo degli studi, delle indagini e delle proposte che, mi auguro, le regioni a statuto ordinario sapranno esprimere nel Comitato nazionale di programmazione ospedaliera, continuando l'attività transitoria dei comitati regionali per la programmazione ospedaliera.

Verranno individuate le localizzazioni delle strutture e si provvederà al finanziamento delle stesse e delle attrezzature per il completamento della rete ospedaliera generale e psichiatrica, per il conseguimento degli obiettivi indicati nel programma economico nazionale.

La realizzazione del centro studi ed il finanziamento dell'attività dei comitati regionali per la programmazione ospedaliera disposti con la legge 23 giugno 1969, n. 383, consentiranno lo sviluppo del programma di lavoro per l'elaborazione sia del piano nazionale ospedaliero transitorio, per il biennio 1969-70, che del piano per il quinquennio 1971-1975.

Si tratta, anzitutto, di procedere al rilievo delle situazioni di fatto e in progettazione e, precisamente, di elaborare l'inventario con la valutazione qualitativa delle attrezzature edilizie esistenti, ai fini della verifica della rispondenza effettiva della classificazione provvisoria effettuata.

Non si tratta, quindi, di procedere solo alla compilazione di nuove schede statistiche; a gruppi di esperti deve essere affidato il compito di esprimere un giudizio valido sullo stato delle strutture edilizie e sulla loro rispondenza alle funzioni cui sono adibite.

Si deve poi procedere all'inventario e all'accertamento della composizione qualitativa e quantitativa dei servizi speciali e poliambulatoriali, richiesti a norma di legge per gli enti ospedalieri in rapporto alla classificazione, all'inventario delle attrezzature per assolvere alle disposizioni di legge in materia di ricerca scientifica, preparazione professionale ed aggiornamento del personale medico, nonché delle scuole per addestramento del personale ausiliario e tecnico, per esigenze didattiche, scientifiche e cliniche delle Università.

Gli ospedali regionali si qualificano tali se sono in grado di svolgere un'efficace ricerca scientifica, di contribuire alla preparazione professionale e all'aggiornamento del personale medico; devono, quindi, disporre di attrezzature e di personale adeguato altrimenti la classificazione di « ospedale regionale » verrebbe ad assumere solamente il significato di un atto formale.

Inoltre, è indispensabile disporre dei dati relativi all'andamento degli investimenti nel settore delle strutture sanitarie, sia per quanto riguarda gli investimenti incentivati dallo Stato con la concessione di contributi, sia per quelli determinati dalle iniziative autonome degli enti ospedalieri, proprio ai fini della programmazione delle risorse da destinare al settore nel quinquennio 1971-1975.

Non è possibile, senza questa fase preventiva di accertamento della realtà, passare alla fase dell'individuazione degli obiettivi, alla definizione dei criteri relativi all'ubicazione degli impianti sanitari (progettazione urbanistica territoriale), nonché all'individuazione dei criteri di distribuzione dei mezzi finanziari (programmazione economica-finanziaria) per soddisfare i fabbisogni di attrezzature ospedaliere, intese nel senso più alto possibile.

Il piano nazionale transitorio, alla cui elaborazione è subordinato l'utilizzo in gran

parte del fondo nazionale ospedaliero che, tenendo conto dei residui a partire dal 1967, viene ad ammontare a 54 miliardi di lire, dovrà portare alla verifica dell'impiego degli stanziamenti di cui alla legge 20 giugno 1969, n. 383 — la cui ripartizione sarà disposta con decreto interministeriale sulla base delle proposte dei comitati regionali di programmazione ospedaliera per il completamento delle opere in corso — e dovrà ancora precisare i criteri di utilizzo del fondo nazionale ospedaliero, criteri che saranno oggetto di ulteriore specificazione in sede di formazione del piano nazionale ospedaliero per il quinquennio 1971-1975.

Il piano transitorio sarà un piano di prima approssimazione, per quanto attiene alla verifica della localizzazione e della classificazione degli Ospedali e determinerà i criteri di destinazione del fondo nazionale ospedaliero. Si tratterà, ovviamente, di un piano suscettibile di critiche ma è indispensabile promuoverne sollecitamente la formazione, ai fini di programmare l'intervento nei diversi settori (servizi e scuole) ivi compreso il settore dell'assistenza psichiatrica. Non vi è infatti alcuna distinzione tra assistenza ospedaliera e psichiatrica e sono d'accordo che si debba procedere in modo univoco senza distinguere gli interventi. Il fondo nazionale ospedaliero deve essere utilizzato anche per l'assistenza psichiatrica.

ARGIROFFI. La mia preoccupazione è che, ancora una volta, non si provveda al settore psichiatrico!

RIPAMONTI, ministro della sanità. Quando parlo di inventario vorrei precisare che esso non riguarda solamente gli ospedali generali, ma comporta pure l'esame della struttura degli ospedali o degli istituti psichiatrici da parte di *équipes* di esperti.

I Presidenti dei Comitati regionali per la programmazione ospedaliera sono stati invitati ad impostare il piano completo delle strutture sanitarie, con un esplicito riferimento all'assistenza psichiatrica.

Mi auguro, pertanto, che dai Comitati regionali vengano offerti al Ministero elementi per stabilire le priorità di intervento nel settore.

A R G I R O F F I . Fingono sempre di capire che non si tratta anche dell'assistenza psichiatrica.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Sulla base delle comunicazioni pervenute dai Comitati lombardo, toscano, emiliano e campano, posso garantire alla Commissione che viene affrontato in quelle sedi l'esame globale del problema.

Certamente non basta che i Comitati regionali esaminino questi problemi; devono anche sollecitare il dibattito sulla politica dell'assistenza psichiatrica nei consigli provinciali, dato che l'ente provincia ha la competenza diretta in tale settore. Attraverso questo lavoro paziente di impostazione di una metodologia nuova nella gestione della politica sanitaria, con l'introduzione del metodo della programmazione, il Ministero, a mio avviso, sarà in grado, nel prossimo anno, di procedere alla formazione del piano nazionale sanitario, sulla base delle indicazioni dei piani regionali, nonché dei piani territoriali di coordinamento promossi dal Ministero dei lavori pubblici e dei programmi elaborati dal CRPE e si potrà, pertanto, procedere alla determinazione dei comprensori territoriali di articolazione dei servizi ospedalieri (quando parlo dei servizi ospedalieri mi riferisco sia a quelli generali che psichiatrici) regionali, provinciali e zonali, tenendo conto delle caratteristiche socio-economiche, geografiche e urbanistiche del territorio in connessione con i comprensori delle unità sanitarie locali.

Poichè ho parlato di piano sanitario, è evidente che saranno affrontati compiutamente i problemi relativi alla realizzazione del servizio sanitario nazionale, ivi compresa la definizione dei comprensori relativi all'unità sanitaria locale. Lo schema di piano territoriale della Lombardia, ad esempio, prevede già l'articolazione del territorio della regione nei comprensori riferiti all'unità sanitaria locale. Ed è nell'ambito del piano sanitario che le regioni, sulla base della legge-quadro (e mi auguro che il Parlamento possa approvarla prima delle elezioni regionali) istitutiva dell'unità sanitaria locale, po-

tranno procedere alla realizzazione graduale del servizio sanitario nazionale.

Così come con l'istituzione dell'unità sanitaria locale i Comuni e le Regioni potranno affrontare i problemi dell'assistenza alla maternità e all'infanzia, della medicina scolastica e della medicina di fabbrica e sviluppare nuove forme di assistenza ai minorati e ai disadattati, nonché perfezionare le nuove strutture per l'assistenza psichiatrica con la formazione di centri di igiene mentale.

Nella fase transitoria, quale quella attuale, accordi in corso con il Ministro del lavoro porteranno a risolvere il problema dello scorporo degli ospedali, dagli enti mutualistici, la cui riutilizzazione e ristrutturazione sarà affrontata sulla base delle proposte dei Comitati regionali di programmazione ospedaliera (il problema è stato posto dal senatore Del Pace) ed a definire modalità o tempi di ristrutturazione dell'assistenza sanitaria mutualistica.

Non si tratta, senatore De Leoni, di rimettere in funzione la Commissione, a suo tempo istituita, per l'unificazione delle mutue, ma di procedere a completare il disegno politico di riforma ed a graduarne nel tempo l'attuazione per la realizzazione del servizio sanitario nazionale.

Non si tratta quindi nemmeno di nominare una Commissione — il decreto istitutivo semmai ci pone poi l'esigenza di autorizzazione della spesa — ma di incontri a livello dei Ministri, i quali si avvalgono dei funzionari dei loro Dicasteri e di esperti per approfondire gli aspetti di natura tecnico-procedurale, per arrivare alla decisione politica, che deve essere adottata dal Governo.

D E L E O N I . Ci deve essere un errore, infatti io non ho detto che si deve ripristinare la Commissione, ma ho detto che, pur essendoci riuniti per molti mesi, poichè il problema è molto complesso e difficile, non siamo riusciti a concludere nulla. Quindi questo problema delle mutue che devono passare al Ministero dei lavori pubblici o viceversa è una questione di carattere politico: fino a quando non verrà affrontata politicamente, la questione non potrà essere risolta. Le Commissioni non concluderebbe-

ro niente, come non abbiamo concluso niente noi, perchè c'è la forza della burocrazia del Ministero dei lavori pubblici che non cede affatto.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. A questo proposito, vorrei far rilevare al senatore Orlandi che i modi e i tempi di attuazione del servizio sanitario nazionale si pongono in relazione alla soluzione dei problemi istituzionali, quale l'attuazione dell'ordinamento regionale ed il superamento della provincia, per quanto attiene alla assistenza psichiatrica. Il senatore Argiroffi ha definito i manicomi quali « *lager* per gli adulti ». Le province ricche, infatti, possono garantire strutture adeguate, le province povere dei semplici ricoveri; ma non si tratta solo di disponibilità di mezzi finanziari, è necessaria la disponibilità, soprattutto, all'esperimentazione di nuovi metodi terapeutici.

Il Ministero della sanità nel predisporre lo schema di disegno di legge di riforma dell'assistenza psichiatrica, deve sciogliere il nodo delle competenze istituzionali della provincia nella gestione dell'assistenza agli ammalati mentali.

Le prospettive, aperte dal decreto interministeriale per quanto riguarda la realizzazione della divisione psichiatrica negli ospedali generali, nonché la formazione di centri di igiene mentale, comportano nella loro attuazione il superamento della competenza istituzionale dell'ente provincia, che deve poi assumersi la spesa relativa ai ricoveri nelle divisioni psichiatriche degli ospedali generali. Non si può, certo, prevedere nell'ospedale generale due gestioni differenziate: il Consiglio di amministrazione che amministra l'ospedale generale e l'Amministrazione provinciale che dirige la divisione psichiatrica. Si devono prevedere le convenzioni, del resto già in atto con case di cura private, e che a maggior ragione potrebbero essere stipulate tra la provincia e l'ente ospedaliero per i ricoveri nelle divisioni psichiatriche degli ospedali generali.

Devo anche, sottolineare che l'attuazione completa del Servizio sanitario nazionale è collegata alla riforma della finanza locale e alla ridefinizione delle funzioni dei Comuni in materia di politica sanitaria.

Desidero subito precisare che con questo non ritengo di sfuggire alle precise domande poste dall'opposizione sia negli interventi sia nello schema di relazione di minoranza.

A proposito di quest'ultima, debbo aggiungere che non so se politicamente (sottolineo « politicamente » in riferimento alla materia sanitaria, non in riferimento alla dialettica tra i Gruppi: la dialettica tra i Gruppi è un fatto fondamentale in una democrazia sostanziale, non formale) sia conveniente la presentazione di una relazione di minoranza sul bilancio della sanità, nel momento in cui le forze sociali si esprimono in modo unitario sulla modifica della politica dell'assistenza sanitaria. Io credo che a questa unità di indirizzi delle forze sociali dovrebbe corrispondere non dico una unità di considerazione (che è impossibile e non è auspicabile) in senso favorevole al bilancio, ma almeno una convergenza su alcune prospettive di sviluppo futuro del servizio sanitario nazionale. Nel frattempo, infatti, sulla base delle indagini e degli studi in corso, si dovrebbe pervenire (ripeto « si dovrebbe » perchè si tratta di una decisione che non può essere assunta dal Ministro del lavoro e dal Ministro della sanità, ma dal Governo nel suo complesso) ad una gestione speciale, sotto il controllo del Ministero della sanità, dell'assistenza ospedaliera, congiuntamente però al coordinamento e ad una direzione unitaria dei servizi poliambulatoriali, che rappresentano, a mio avviso, il filtro per la successiva fase di assistenza ospedaliera. Senza questo filtro rischieremmo di far aumentare le degenze negli ospedali; conseguentemente le mutue potrebbero anche dimostrare, domani, di aver ridotto le spese di assistenza diretta e quelle per i medicinali, ma si aggraverebbe la situazione del sistema ospedaliero.

O R L A N D I . Non ho ben compreso il concetto.

R I P A M O N T I , *Ministro della sanità*. Si dovrebbe arrivare ad una gestione speciale dell'assistenza ospedaliera sotto la vigilanza del Ministero della sanità (non è pensabile una direzione generale che gestisca l'assistenza ospedaliera, altrimenti si verificherebbe proprio la centralizzazione burocratica la-

mentata a proposito delle indicazioni nella nota preliminare); tale gestione speciale dell'assistenza ospedaliera non è ipotizzabile se non accompagnata da una direzione unitaria del servizio poliambulatoriale.

ORLANDI. Da parte di chi?

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Il Ministro della sanità deve condannare il sistema poliambulatoriale.

Potrò sbagliarmi, ma se si realizzasse una gestione speciale dell'assistenza ospedaliera generalizzata, disgiunta da una direzione unitaria e coordinata dell'attuale sistema poliambulatoriale, avremmo una ulteriore congestione degli ospedali per le richieste di ricoveri a discapito della medicina generica e della medicina specialistica poliambulatoriale. Si deve collegare la gestione speciale dell'assistenza ospedaliera generalizzata ad una politica nuova dei poliambulatori.

PERRINO. Come si concilierebbe questo nuovo indirizzo con le funzioni che dovrebbero essere chiamate a svolgere le unità sanitarie locali?

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Ho affermato anche al convegno della FIA-RO che non è possibile da un lato nel costruire nuovi ospedali prevedere la realizzazione di poliambulatori che consentano anche l'attività extra-ospedaliera e dall'altro lato consentire nello stesso tempo e nella stessa località, la costruzione di poliambulatori dell'INAM o dell'ENPAS o di altri istituti...

MINELLA MOLINARI ANGIOLLA. Lei esclude come tappa intermedia il passaggio di queste strutture ai comuni?

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Si deve procedere per gradi. Il primo atto deve consistere nella gestione speciale dell'assistenza ospedaliera e nel coordinamento dell'assistenza poliambulatoriale sotto la vigilanza del Ministero della sanità. Non è possibile realizzare nello stesso momento...

DEL PACE. È prudenza la sua...

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Non è prudenza; è questione di possibilità tecniche. Non posso andare oltre.

PRESENTE. Avremo occasione di approfondire l'argomento.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Ho affermato che si dovrebbe pervenire ad una gestione speciale dell'assistenza ospedaliera, al coordinamento e ad una direzione unitaria dei servizi poliambulatoriali, alla attuazione, con compiti iniziali eminentemente di medicina preventiva, delle unità sanitarie locali, con la realizzazione, durante l'iter di formazione della legge, di progetti pilota affidati ai comuni e ai consorzi di comuni; iniziativa quest'ultima sulla quale il senatore Dindo ha espresso il suo consenso.

Mi riservo, su questi particolari aspetti della riforma sanitaria, di tenere informata la Commissione sulla base delle indicazioni che scaturiranno dagli studi in corso, per arrivare al superamento del sistema mutualistico. Poichè la responsabilità e la competenza non è solo del Ministro della sanità, mi riservo di informare la Commissione sui risultati dei gruppi di lavoro e delle discussioni in argomento con le forze sociali.

Infine, senatore Orlandi, nella relazione dell'opposizione comunista si propone un piano decennale per la costruzione di strutture ospedaliere e poliambulatoriali a totale carico dello Stato.

In proposito desidero richiamare quanto ebbi modo di dichiarare in sede di esame del disegno di legge 20 giugno 1969, n. 383, e cioè che il metodo della contribuzione erariale dovrebbe concludersi con il programma relativo al biennio 1969-1970.

Apprendo una parentesi, aggiungerò che sarei favorevole a una immediata estensione del sistema della contribuzione erariale, perchè le domande pervenute in questa prima fase di pianificazione a livello regionale hanno superato i 130 miliardi disponibili per completare gli ospedali già avviati. È urgente portare avanti il completamento delle opere già iniziate.

Con legge di programma relativa al quinquennio 1971-1975 dovranno essere introdotti

ti nuovi criteri di selezione degli investimenti e nuove modalità di finanziamento degli stessi.

Ho accennato al sistema dei mutui agevolati, nel senso che il contributo dello Stato possa equivalere alla quota annua di ammortamento (quota, capitale ed interessi); la esperienza dell'edilizia scolastica mi porta a propendere per il mutuo assunto dall'ente ospedaliero, sempre nell'ipotesi della corresponsione di un contributo pari alla quota di ammortamento da parte dello Stato perchè, in questo modo, si possono prevedere tempi più rapidi nella esecuzione della spesa.

È evidente che quando accenno alla realizzazione delle strutture ospedaliere non introduco nessuna distinzione tra ospedali generali e psichiatrici. Per questi ultimi dovranno essere verificati i programmi in corso di attuazione.

Nel dibattito si è convenuto sulle mie affermazioni relative al superamento della legge stralcio in materia di riforma psichiatrica e le argomentazioni di natura tecnico-scientifica e, soprattutto, le osservazioni di natura morale, che riflettono la difesa della libertà e della dignità della persona umana, non possono che trovare pieno accoglimento da parte del Ministro e del Governo, nella considerazione, però, dei tempi tecnici necessari, senatore Argiroffi, per trasformare le strutture attuali e realizzare per quanto riguarda l'assistenza psicologica ai ragazzi disadattati, lo sviluppo dei centri medico-psico-pedagogici.

Dopo aver visitato tempo fa alcuni ospedali psichiatrici, intervistato da un giornalista, ho sottolineato l'urgenza di superare le strutture manicomiali attuali, di smontarle per poi ricomporle alla luce di nuovi criteri ed orientamenti.

Ho, pertanto, apprezzato gli interventi dei senatori Ossicini e Del Pace che hanno auspicato una rapida evoluzione del sistema attuale di assistenza psichiatrica; il senatore Ossicini ha affermato che noi siamo ancora arretrati rispetto a due rivoluzioni scientifiche avvenute in campo psichiatrico e, in parte, devo convenire con le sue dichiarazioni.

Devo ora soffermarmi sui problemi particolari della politica del Ministero della sa-

nità nei diversi settori di competenza, richiamati nella discussione.

Vorrei innanzitutto rassicurare i colleghi che l'opera di classificazione degli ospedali, in base al primo comma dell'articolo 3 della legge ospedaliera, ha portato a questi risultati: su un totale di 838 enti ospedalieri, per i quali non era previsto lo scorporo, 176 sono stati classificati provinciali, 455 di zona e 207 rappresentano le infermerie, che dovranno essere classificate come ospedali di zona entro 8 anni, oppure dovranno avere un'altra destinazione, come ospedali per lungodegenti o come case provvisorie per anziani.

Per quanto riguarda gli scorpori, sono in corso di istruzione le pratiche per lo scorporo di 47 ospedali appartenenti all'INPS, all'INAIL ed alla Croce Rossa Italiana. I comitati regionali dovranno esaminare l'utilizzazione di questi ospedali specializzati o generali a livello regionale ed interregionale.

Ad esempio, il Comitato regionale della Lombardia, di intesa con le Regioni Trentino-Alto Adige, sta esaminando il problema dell'utilizzo del preventorio di Sondalo e, conseguentemente, della diversa destinazione dei preventori di Arco di Trento, zona climatica e turistica, nella quale le strutture esistenti si prestano ad altre destinazioni sempre nel campo dell'assistenza sanitaria.

A R G I R O F F I . Converrebbe invece mantenere i preventori della Valtellina.

R I P A M O N T I , ministro della sanità. Direi di sì; comunque, l'esame della situazione e le proposte vanno riferite alla scala regionale e in alcuni casi, interregionale.

Vi sono poi da scorporare altre 267 istituzioni e stiamo procedendo con decreti di scorporo sulla base del patrimonio funzionale fatto salvo l'accertamento del patrimonio effettivo da parte della commissione prevista ai sensi dell'articolo 5 della legge numero 132.

Per quanto riguarda gli ulteriori adempimenti per lo svolgimento dei concorsi di idoneità, desidero confermare agli onorevoli senatori intervenuti sull'argomento che, entro il luglio 1970, si avrà la pubblicazione della graduatoria degli idonei e la certificazio-

ne con la votazione conseguita, per cui gli enti ospedalieri saranno in condizione di bandire i concorsi per la copertura dei posti in organico.

FERRONI. Vorrei pregare l'onorevole Ministro di dirmi quale è l'atteggiamento che il suo Dicastero intende assumere nei confronti dei Consigli di amministrazione scaduti, o che stanno per scadere totalmente o parzialmente, rispetto alle disposizioni, per questi organismi, previste dalla legge n. 132.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Il mio Ministero ha chiesto alcuni mesi fa un parere al Consiglio di Stato in merito all'interpretazione della norma relativa colla proroga dei Consigli di amministrazione scaduti e non rinnovati o parzialmente rinnovati, prima dell'entrata in vigore della legge n. 132.

A mio avviso, i Consigli scaduti all'atto dell'entrata in vigore della legge n. 132 non possono essere mantenuti in carica ancora per 3-4 anni.

FERRONI. Allo stato, Consigli d'amministrazione già scaduti rimangono in carica. E se un membro ha cessato di farne parte, viene o no sostituito? E in base a quali norme?

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Non viene sostituito.

FERRONI. Come funziona allora il Consiglio di amministrazione?

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Se, a causa delle dimissioni di alcuni suoi componenti, il Consiglio di amministrazione resta senza una maggioranza legale, viene sciolto e nominato un Commissario con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'interno.

FERRONI. Non condivido questa procedura.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Ho tra l'altro richiesto il parere del Consiglio di Stato sulla possibilità di procedere al rinnovo del Consiglio di amministrazione in base alla precedente disposizione di legge nel caso che la formazione dell'ente ospedaliero dovesse protrarsi nel tempo. Ancora, sul caso di un Consiglio di amministrazione scaduto e mai rinnovato semplicemente perchè un ente di interesse locale non ha volutamente designato i propri rappresentanti, nonostante che gli enti locali (Provincia e Comune), che complessivamente hanno la maggioranza, abbiano da tempo designato i loro, a mio avviso dovrebbe essere considerato decaduto. Appunto tenendo conto di tali situazioni, ho chiesto un parere esplicito al Consiglio di Stato anche per evitare che nel futuro si possano ripetere situazioni del genere. In attesa, ho, dato disposizioni con circolare, affinché siano insediati nel caso di mancata designazione dei rappresentanti degli interessi originari degli enti, i rappresentanti dei comuni e delle province. Non posso escludere, però, ricorsi al Consiglio di Stato in conseguenza di questa decisione.

FERRONI. In sostanza, ella signor Ministro da mesi sta aspettando il parere del Consiglio di Stato: speriamo che non arrivi a Regioni costituite.

DELEONI. Quando i vari enti, invitati e sollecitati a nominare i loro rappresentanti, non lo fanno entro 60 giorni il Ministro o chi per esso nella provincia può con atto definitivo sostituirsi a loro.

ORLANDI. Dal giugno scorso è entrato in vigore il provvedimento delle 40 ore. Di conseguenza, le Amministrazioni ospedaliere per apprestare le nuove piante organiche dovrebbero già calcolare le relative spese nelle rette. Ma, quando saranno corrisposte loro tali nuove rette? Mi risulta, tanto per fare un esempio, che gli enti mutualistici sono debitori verso l'ospedale di Bologna ancora di 7 miliardi di lire, una situazione che continua a trascinarsi mese dopo mese, anno dopo anno. Ecco, vorrei conoscere le intenzioni del Ministro in proposito.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Nel corso di una discussione avvenuta nell'ambito del CIPE ho fatto presente che, al limite, il fondo nazionale ospedaliero risulterebbe pari agli interessi passivi che gli ospedali devono pagare per i crediti a breve termine contratti con gli Istituti di credito, onde soddisfare alle esigenze di cassa, nonostante l'entità dei crediti vantati nei confronti del sistema mutualistico. Perciò, mentre ho sollecitato il pagamento delle rette, ho prospettato l'opportunità che siano gli enti mutualistici ad assumere impegni con le banche. Pertanto, non è stato richiesto lo stanziamento di nuovi fondi da parte dello Stato a pareggio dei disavanzi.

ORLANDI. Nel 1967 fu adottato il sistema di sovvenzionare le amministrazioni ospedaliere con Buoni del Tesoro, ma nemmeno in questo modo esse hanno ottenuto il pagamento dei loro crediti. E se non sono riuscite a indurre gli enti mutualistici a pagare nel 1967, nel 1968 e nel 1969, c'è da credere che non vi riusciranno nemmeno in futuro. Ecco i motivi per cui abbiamo proposto di non dare più danaro agli enti mutualistici, ma di assegnarli al Ministero, perchè sia questo il tramite con le amministrazioni ospedaliere.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Stiamo affrontando a livello ministeriale anche questo problema, ossia come liquidare le spettanze già maturate anzichè tramite gli enti mutualistici, direttamente alle amministrazioni ospedaliere e come provvedere per il futuro. Comunque l'INAM ha garantito per conto proprio un certo *plafond* mensile destinato al pagamento delle rette ospedaliere. Altre informazioni potrà attingerle direttamente al Ministero.

ORLANDI. Lei, signor Ministro, ha parlato di azione unitaria per l'assistenza ospedaliera e poliambulatoriale con il Ministero dell'interno. Siamo lieti di tale decisione perchè la riteniamo molto utile e confidiamo che lo sia anche per assicurare che i fondi appositamente stanziati arrivino effettivamente alle amministrazioni ospedaliere.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. In tema più propriamente di bilancio, vorrei rispondere ad alcune osservazioni fatte nel corso della discussione.

Il senatore De Leoni ha accennato al problema di grande momento della medicina scolastica. In proposito, informo che sono in corso contatti con il Ministero della pubblica istruzione, perchè in questo settore bisogna operare di comune accordo; è indispensabile il coordinamento dell'attività del Ministero della sanità con quella del Ministero della pubblica istruzione.

È stata proposta la costituzione di una Commissione permanente, a livello interministeriale, tra Ministero della pubblica istruzione e Ministero della sanità e Ministero del lavoro, anche per altri settori. Per quanto attiene all'assistenza ai subnormali, gli interventi rientrano nelle competenze del Ministero della sanità, del Ministero della pubblica istruzione e del Ministero del lavoro. Nel gruppo di studio che è stato recentemente nominato, sono presenti i rappresentanti dei vari Ministeri. Occorre, però, costituire un ufficio di coordinamento delle attività delle diverse amministrazioni operanti nel settore.

DE LEONI. In ordine alla medicina scolastica, sono già state nominate delle commissioni. Attualmente a Roma la medicina scolastica è curata dal Comune fino alle scuole elementari e ai primi tre gradi di scuola di avviamento al lavoro. Non mi risulta che qualche comune abbia chiesto contributi per istituire ambulatori odontoiatrici scolastici. Quindi questi sono tutti stanziamenti che vanno in economia.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Il problema della medicina scolastica può trovare una organica soluzione solo a livello di unità sanitaria locale. Ho già affermato che se affrontassimo subito alcuni problemi di medicina preventiva, quali la medicina scolastica, la medicina di fabbrica, l'assistenza all'infanzia e la tutela dell'ambiente, realizzeremmo un notevole passo avanti.

In tema di medicina preventiva si sta facendo una notevole propaganda per la dia-

gnosi precoce dei tumori degli organi genitali femminili. Sono state convocate riunioni in diversi comuni e vi è stata una elevata partecipazione. Non disponiamo però di strutture, di personale preparato per completare tale indagine rapidamente: solo l'unità sanitaria locale potrebbe portarci ad una razionale azione nel campo della medicina scolastica. Ne deriva l'esigenza di attuazione delle stesse con compiti, almeno nella prima fase, eminentemente di medicina preventiva.

D E L E O N I . Bisogna superare lo scoglio di questa competenza esclusiva del Ministero della sanità.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Il senatore De Leoni ha richiamato l'esigenza di potenziamento dei laboratori provinciali di igiene e profilassi. Gli stanziamenti previsti in bilancio sono assai limitati, mentre è necessario che la rete sia potenziata per poter incentivare i controlli oltre che sull'igiene dell'ambiente anche sull'igiene degli alimenti. Nello stato di previsione della spesa lo stanziamento è stato aumentato di 100 milioni.

In vista della costituzione delle regioni, dovrà essere considerata la possibilità di istituire stazioni regionali dell'Istituto superiore di sanità, anche per consentire all'Istituto stesso di intensificare la sua azione nella ricerca scientifica e in quella applicata, affidando alle stazioni regionali l'attività di controllo delle analisi, nonché le indagini analitiche per campione.

Per quanto riguarda i trapianti è stato emanato il decreto sull'accertamento dello stato di morte. È stato approntato anche uno schema di decreto presidenziale per rivedere l'elenco degli organi prelevabili dai cadaveri, includendovi il cuore. Dopo il parere del Consiglio superiore di sanità lo schema di decreto verrà sottoposto all'approvazione del Consiglio dei Ministri.

Per quanto riguarda la Commissione consultiva per la registrazione dei medicinali, verranno apportate modifiche alla metodologia di lavoro, articolando la Commissione in gruppi specializzati e rimettendo alla Com-

missione in sede plenaria il giudizio tecnico-scientifico finale.

Desidero chiarire al senatore Menchinelli che nel campo dei farmaci, con la brevettazione del procedimento (il disegno di legge è stato predisposto), e sulla base degli studi in corso da parte del CIPE per il controllo dei prezzi, tutta la produzione verrebbe controllata dalla registrazione al momento della distribuzione. Intensificando questa azione di controllo, si otterranno risultati certamente incisivi.

Per quanto concerne gli istituti zooprofilattici, il disegno di legge è all'esame della Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati e ne ho sollecitato l'approvazione.

Il senatore Guanti ha posto il problema della ristrutturazione dell'ONMI. Nella relazione da me presentata alla Commissione sanità della Camera dei deputati sono indicate alcune linee di modifica della organizzazione dell'ONMI. Si prevede tra l'altro, con la realizzazione del piano degli asili nido, di sottrarre tale competenza all'ONMI, affidando la gestione degli asili-nido ai comuni. L'ONMI diventerebbe così l'organo di coordinamento, di vigilanza, di indirizzo, di promozioni di schemi e di ricerche nel campo dell'assistenza all'infanzia, riducendo via via la sua attività operativa diretta.

Inoltre è in corso una indagine a tappeto sugli enti che ricoverano i minori. Questa indagine è stata avviata con il consenso del Ministero di grazia e giustizia, del Ministero dell'interno e del Ministero della pubblica istruzione, e tende ad accertare la situazione igienico-sanitaria di questi istituti, le condizioni dei minori ricoverati, le proposte di ristrutturazione dell'assistenza minorile. Sui risultati dell'indagine riferirò poi alla Commissione.

La senatrice Minella Molinari ha giustamente sottolineato l'esigenza di intensificare la propaganda e l'attività del Ministero nel settore emotrasfusionale e di incrementare i relativi stanziamenti in bilancio. Nel bilancio del 1970 siamo arrivati a 440 milioni. L'aumento non è certo sufficiente. Riconosco l'importanza che nel settore rivestono le libere associazioni. Sono d'accordo sul signi-

ficato del volontarismo anche in questo campo della donazione, della raccolta del sangue, ma il regolamento della legge emotrasfusionale è ancora all'esame del Consiglio di Stato. Ne ho sollecitato l'approvazione, perchè è indispensabile ai fini della riorganizzazione del sistema emotrasfusionale nel nostro Paese.

M I N E L L A M O L I N A R I A N G I O L A. Per le associazioni si può agire anche indipendentemente dal regolamento, per esempio dando aiuti economici o di attrezzature, facendo una grossa campagna alla televisione su questi problemi, valorizzando queste associazioni.

R I P A M O N T I, *ministro della sanità*. La nota degli Uffici insiste sul fatto che il coordinamento della propaganda è una delle indicazioni programmatiche che trovano soluzione nell'ambito del regolamento di attuazione della legge; oltre al coordinamento dell'attività di propaganda e di educazione sanitaria che viene sviluppata dalle associazioni libere, dovrà essere poi risolto il problema del coordinamento tra le attività di queste associazioni e gli ospedali.

Altro problema sollevato da numerosi colleghi è quello di assistere al continuo esodo del personale del Ministero della sanità, personale delle carriere tecniche direttive mediche che entro pochi anni sarà ridotto a cento unità. Il Ministero non dispone, inoltre, di personale esecutivo. Ci troviamo talvolta di fronte a ritardi nell'utilizzo degli stanziamenti proprio per l'impossibilità materiale di provvedere alla stesura dei provvedimenti.

Sto sollecitando la riforma, ma anche se verranno emanati decreti delegati anticipatori della modifica dell'organico del Ministero della sanità, le operazioni concorsuali porteranno nel tempo alla copertura dei posti. Abbiamo bisogno subito di almeno 500 unità per quanto riguarda autisti, archivisti, dattilografi, ragionieri, ma soprattutto abbiamo bisogno di dattilografi, per consentire alla direzione generale degli ospedali di completare gli adempimenti relativi alla emanazione dei bandi di concorso entro il mese di ottobre, nonchè quelli necessari per conclu-

dere entro il mese di luglio 1970 l'operazione di certificazione delle graduatorie di idoneità, sicchè i singoli ospedali possano bandire poi i concorsi per la copertura dei posti in organico.

D E L E O N I. Possiamo bandire anche duemila concorsi, ma nessuno vi partecipa per l'esiguità delle retribuzioni: i tecnici vanno tutti negli ospedali! Quindi il problema non è quello di bandire concorsi, ma è di natura economica.

R I P A M O N T I, *ministro della sanità*. Il problema delle carriere tecniche direttive riguarda tutti i Ministeri ed è all'esame del Ministero per la riforma della Pubblica amministrazione. Si stanno preparando tutti i regolamenti per l'antismog. Le proposte di modifica del regolamento per gli impianti di riscaldamento sono all'esame del Consiglio di Stato ed è auspicabile che il parere venga espresso quanto prima così da rendere effettivamente applicabile la regolamentazione degli impianti di riscaldamento. È già stato approvato dal Consiglio superiore di sanità il regolamento per quanto riguarda le immissioni nell'atmosfera da parte degli stabilimenti industriali. È pronto il regolamento per quanto riguarda i motori a ciclo diesel ed entro il mese di aprile sarà completato il regolamento per quanto riguarda i motori a ciclo « otto ». Sono in corso sperimentazioni d'intesa con l'Alfa Romeo e l'ENI, cui si aggiungeranno quelle della FIAT e di altri complessi ugualmente interessati.

Emanati i regolamenti, il Ministero dovrà disporre di personale tecnico per la verifica ed i controlli della loro applicazione. A questo problema si aggiungerà quello della difesa delle acque dagli inquinamenti, della contaminazione del territorio, eccetera. Sono problemi la cui soluzione richiede personale tecnico. Si devono superare le difficoltà avanzate da parte dei sindacati che, a quanto mi risulta, non intendono accettare un trattamento economico differenziato del personale delle carriere tecniche rispetto a quelli delle carriere direttive amministrative. Una soluzione dovrà trovarsi, altrimenti non si disporrà di personale tecnico e si dovrà ricor-

rrere ai liberi professionisti per svolgere queste funzioni.

D E L P A C E . Le 45.000 lire al mese arriveremo a darle?

R I P A M O N T I , *ministro della sanità.* Abbiamo risolto il problema attraverso la concessione di un premio in deroga, come soluzione congiunturale, certamente.

Si è parlato anche di potenziamento dei servizi veterinari. In questi otto mesi abbiamo emanato i decreti interministeriali di applicazione, per esempio, della legge sui mangimi. A distanza di sei anni abbiamo concluso questo capitolo dal punto di vista normativo. Stiamo adesso passando alla parte operativa. Il Consiglio superiore di sanità ha espresso parere favorevole al regolamento di attuazione della legge sul controllo degli alimenti che è stato elaborato quest'anno e che mi auguro di poter portare al Consiglio dei ministri entro la fine dell'anno. Non vorrei insistere oltre con questa elencazione. Se i colleghi vorranno, potrò dare loro i prospetti di tutta l'attività svolta nel campo della formazione dei regolamenti in questi otto mesi.

Vorrei concludere scusandomi se non ho risposto compiutamente a tutte le osservazioni fatte e invitando il senatore Ossicini a voler convenire con me almeno sul fatto che la *accettazione dei due ordini del giorno, da me fatta a nome del Governo nel febbraio scorso, non fu un'accettazione formale, bensì dovuta ad una profonda convinzione.* Ritengo che i colleghi si renderanno conto delle difficoltà del passaggio dall'accettazione di una proposta di modifica del sistema di assistenza ai minorati fisici e psichici, alla attuazione delle strutture indispensabili, che comportano anche il superamento dei problemi di natura istituzionale.

Allo stesso modo, enormi sono le difficoltà che si incontrano nella modifica delle strutture dell'assistenza psichiatrica. Vi sono alcune amministrazioni provinciali che adottano sistemi di avanguardia nella modifica delle strutture dei propri ospedali. Ho visitato recentemente l'ospedale psichiatrico di Cremona, dove è in corso un esperimento

assai interessante di un piccolo reparto aperto e di un centro d'igiene mentale.

In genere la situazione è veramente grave. Ho presente, ad esempio, la situazione dell'ospedale di Nocera Inferiore, dove oltre 800 ammalati passano la giornata in grandi sale collegate, senza essere sottoposti a moderni trattamenti terapeutici. In questi casi si conservano degli oggetti viventi, come ha affermato il senatore Argiroffi, anzichè recuperare essere viventi. Mi auguro che con l'aiuto delle amministrazioni provinciali, soprattutto con un ampio dibattito nei consigli provinciali, si possa modificare la struttura dell'assistenza psichiatrica nel nostro Paese. Talune Amministrazioni provinciali hanno cominciato a creare centri di igiene mentale; hanno avviato esperimenti di comunità terapeutiche; hanno incentivato l'azione di diagnosi precoce.

Ringrazio i colleghi che hanno posto l'accento su questo problema. Non posso che convenire con il senatore Argiroffi (anche se la sua definizione è molto dura) che molte strutture di ospedali psichiatrici rappresentano dei *lager* per adulti, così come molte strutture di ricoveri per minori rappresentano dei *lager* per bambini, nel senso della impossibilità di offrire una prospettiva di recupero, di reinserimento nella società.

Si tratta di problemi di eccezionale gravità, che dobbiamo affrontare insieme, onorevoli colleghi. Mi auguro che il Ministero della sanità sia messo in grado, con l'attuazione delle regioni e con la partecipazione delle comunità locali alla gestione della politica sanitaria, di determinare un salto qualitativo in questo settore. Ecco perchè mi riprometto di presentare al più presto gli schemi di disegni di legge di riforma dell'assistenza psichiatrica e per l'assistenza ai minorati fisici, psichici e sensoriali. Mi rendo conto dei limiti dell'azione del Ministero per l'insufficienza delle strutture e del personale, limiti che spero possano essere superati attraverso la collaborazione delle Commissioni del Senato e della Camera, ma soprattutto con la partecipazione della nostra gente alla gestione della politica sanitaria. Ho visitato in questi ultimi tempi nelle varie provincie, molti presidi ospedalieri ed ho nota-

to un vivo interesse degli operatori sanitari, del personale paramedico, degli stessi ammalati, degli amministratori locali ai problemi della gestione della sanità pubblica. Penso che solo attraverso questa partecipazione potremo avviare la realizzazione del servizio sanitario nazionale, sia pure con gradualità. Mi auguro che le indicazioni da me prospettate possano trovare rapidamente conferma nelle decisioni a livello governativo e nelle successive discussioni in sede parlamentare. Vi sono certamente, anche difficoltà di natura economico-finanziaria, ma, soprattutto, mi pare che debba esservi la volontà politica di risolvere i problemi. Da parte del Ministero della sanità ritengo che questa volontà politica possa esprimersi ed io mi auguro che sia confortata dalla collaborazione del Parlamento, affinché si facciano dei passi in avanti nella modifica dell'attuale sistema di assistenza nel nostro Paese, così da allontanare dal dibattito parlamentare, soprattutto dalla realtà delle strutture, le figure che sono state qui richiamate e per le quali incombono responsabilità non solo sul piano politico, ma sul piano morale e civile, responsabilità che toccano ciascuno di noi e soprattutto chi si trova a dirigere, nella congiuntura, il Dicastero della sanità, ed è ritenuto dalla pubblica opinione responsabile della politica sanitaria, mentre può incidere soltanto su alcuni settori dell'assistenza sanitaria.

Nel rinnovare il mio ringraziamento all'onorevole relatore ed ai colleghi per la partecipazione alla discussione dello stato di previsione della spesa, mi riservo di completare la mia esposizione sulla replica in Aula.

P R E S I D E N T E . Passiamo ora all'esame degli ordini del giorno. Il senatore Perrino ha presentato il seguente ordine del giorno:

« Il Senato,

rilevato che il contributo all'ONMI è stato elevato a 28.500 milioni, con un incremento di 4.000 milioni, in relazione a maggiori esigenze assistenziali dell'Ente;

considerato che la costruzione di asilini — sui quali s'incentra l'attività dell'ONMI — è praticamente ferma, e da molti anni, intorno ai 560 asili costruiti dal 1925 ad oggi, malgrado gli impegni del Piano quinquennale di sviluppo (1966-1970) che prevede la costruzione di ben 3.800 asilini,

fa voti che una parte dell'incremento dello stanziamento di 4 miliardi sia destinato alla costruzione di asilini, particolarmente nell'Italia meridionale ».

R I P A M O N T I , ministro della sanità. Non posso accettare l'ordine del giorno del senatore Perrino se non come raccomandazione, perchè l'incremento di 4 miliardi a favore dell'ONMI consentirà a tale organismo di portare avanti la gestione delle attuali strutture, con un'integrazione non certo significativa per quanto riguarda l'azione dell'assistenza svolta.

Verrà invece presentato al Parlamento un disegno di legge per la costruzione di asilini, attribuendone la gestione ai comuni.

P E R R I N O . E come pensa il Ministro di reperire i mezzi finanziari per un piano di tal genere? In venti anni non si è creato neanche un asilo-nido.

R I P A M O N T I , ministro della sanità. Ripeto, senatore Perrino, che accetto l'ordine del giorno da lei proposto come raccomandazione nel senso che provvederò diversamente ad impostare un piano per la creazione di una rete di asilini in tutto il Paese. Nel programma quinquennale è stata prevista la costruzione di 3.800 asili, con l'investimento di oltre 200 miliardi di lire e con una spesa di 90 miliardi per la gestione. Occorre, pertanto, finanziare la legge per la realizzazione del piano e prevedere poi la gestione degli asili da parte degli enti locali, come viene richiesto da vari settori.

P E R R I N O . La mia proposta si basa sul fatto che bastano tre miliardi di lire a fronteggiare le spese per il funzionamento della attuale struttura dell'ONMI; il miliardo che rimane potrebbe essere utilmente de-

stinato per cominciare ad istituire concretamente alcuni asili-nido.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Non posso chiedere al personale dell'ONMI di rinunciare a miglioramenti economici concessi da altre istituzioni e dallo Stato.

Aggiungo che il mio proposito di predisporre un disegno di legge per gli asili-nido è avvalorato dalla avvenuta costituzione presso il Ministero di un'apposita Commissione per impostare un piano organico in questo settore.

Inoltre una Commissione ministeriale accerterà l'attuale situazione patrimoniale dell'ONMI, per quanto riguarda in particolare il patrimonio immobiliare, per esaminare la destinazione più funzionale e confacente ai compiti di istituto.

PRESDENTE. Do lettura del secondo ordine del giorno presentato dal senatore Perrino:

« Il Senato,

rilevato che la crisi degli Enti mutualistici — particolarmente acuta in questo ultimo anno — sottolinea la necessità ed urgenza del superamento del sistema mutualistico;

considerato che la crisi di tali Enti ha provocato la crisi gravissima degli ospedali;

considerato che obiettivo finale del Programma quinquennale di sviluppo, nel campo sanitario, previdenziale e dell'assistenza sociale è l'attuazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale,

ritiene che si debba procedere gradualmente alla fiscalizzazione degli oneri sociali;

ritiene intanto che si debba provvedere — prioritariamente — alla fiscalizzazione degli oneri dei ricoveri ospedalieri;

impegna in tal senso il Governo a predisporre il provvedimento necessario entro la fine del corrente anno ».

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Accetto tale ordine del giorno come raccomandazione, facendo presente che non

riguarda solamente le competenze del mio Dicastero.

Comunque, sono anche io del parere che bisogna arrivare ad una gestione speciale dell'assistenza ospedaliera estesa a tutti i cittadini e congiunta ad una politica unitaria del sistema poliambulatoriale. Pertanto, più che di fiscalizzazione degli oneri dei ricoveri ospedalieri, si deve prevedere una gestione speciale dell'assistenza estesa a tutti i cittadini, come ho precisato nel mio intervento, il che richiede anche l'intervento finanziario dello Stato.

PRESDENTE. Do lettura del terzo ordine del giorno presentato che reca la firma del senatore Menchinelli:

« 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 altresì 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 farmaci sotto il controllo delle organizzazioni degli Istituti di assistenza e delle organizzazioni degli assistiti ».

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. Dichiaro di non poter accogliere tale ordine del giorno; non rientra infatti nel programma di Governo lo sviluppo dell'industria di stato nel settore.

Lo Stato, a mio avviso, deve intervenire introducendo il brevetto sul procedimento incentrando la ricerca scientifica con adeguate agevolazioni, controllando efficacemente i prezzi.

MENCHINELLI. Lo schema '80 propone un settore pubblico nella produzione dei farmaci.

BILANCIO DELLO STATO 1970

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Non posso anticipare in questa materia le discussioni sul nuovo programma economico e mi devo attenere alle indicazioni dell'attuale legge di approvazione del programma economico per il quinquennio 1966-1970.

Mi impegno, però, ad organizzare un serio controllo dei farmaci, dalla registrazione alla loro distribuzione, con la definizione anche di una nuova metodologia di accertamento dei costi e di determinazione dei prezzi.

Non posso andare oltre quelli che sono gli impegni che il Parlamento ha stabilito con legge in questo settore.

P R E S I D E N T E . Do lettura del quarto ordine del giorno a firma dei senatori: Minella Molinari Angiola, Argiroffi, Del Pace, De Falco, Orlandi e Guanti:

« Il Senato,

considerato che la cura delle malattie mentali viene tuttora ispirata dalla legge del 1904, che — nonostante la recente obiezione di incostituzionalità della suprema Corte — prevede l'irrecuperabile interdizione dei soggetti dopo trenta giorni di ricovero manicomiale, ad eccezione dei rari casi di internamento volontario,

impegna il Governo ad abrogare la legge del 1904 e a riconoscere, mediante una nuova proposta legislativa, nelle cosiddette malattie mentali e nei quadri di comportamento deviante, sindromi etiologicamente identificabili e praticamente curabili;

invita l'Esecutivo a prevedere i necessari interventi nell'ambito della vigente legge ospedaliera, affidando alle Unità sanitarie locali il compito dell'indagine preventiva, della cura e del recupero dei cittadini interessati ».

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Dichiaro di accogliere tale ordine del giorno.

P R E S I D E N T E . Do lettura di un quinto ordine del giorno a firma dei sena-

tori Minella Molinari Angiola, Argiroffi, Del Pace, De Falco, Orlandi, Manenti e Guanti:

« Il Senato,

invita il Governo a considerare l'importanza sempre crescente della trasfusione del sangue in tutta l'azione medica e chirurgica e la necessità di un organico ed efficace intervento pubblico onde favorire con tutti i mezzi possibili lo sviluppo della donazione volontaria del sangue, attraverso sia la propaganda murale, cinematografica e soprattutto radiotelevisiva, sia l'attribuzione di adeguati contributi, previsti dalla legge trasfusionale, alle associazioni dei donatori volontari, prima delle quali l'AVIS, senza il cui contributo e potenziamento le stesse nuove leggi sui centri trasfusionali e sugli ospedali resterebbero inoperanti ».

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Accetto anche quest'ordine del giorno, in quanto si riferisce all'attuazione di una legge già approvata dal Parlamento.

P R E S I D E N T E . Do ora lettura di un sesto ordine del giorno presentato dai senatori Guanti, Argiroffi, Orlandi, Manenti, Del Pace, De Falco, Minella Molinari Angiola:

« Il Senato,

di fronte alla esigenza da tutti riconosciuta di una politica organica di prevenzione e di tutela dello sviluppo fisico e psichico dell'infanzia, che colmi le gravissime carenze esistenti e renda efficiente l'intervento dello Stato, attualmente vanificato dalla dispersione delle funzioni e dei mezzi e dall'arretratezza degli indirizzi e degli istituti, particolarmente l'ONMI;

di fronte alla necessità e possibilità che offre a tal fine la creazione ormai inderogabile delle Unità sanitarie locali quali centri territoriali di organizzazione e promozione della prevenzione e della sanità, e quindi sede naturale di una moderna politica di interventi medico-sociali per l'infanzia, la cui responsabilità e direzione spetti, come sancisce la Costituzione, agli enti locali,

invita il Governo ad assumere le iniziative necessarie per:

1) avviare l'attuazione del piano per gli asili-nido comunali sancito dal Programma di sviluppo nazionale 1966-70 e non ancora iniziato, tenendo conto anche delle proposte unitarie dei sindacati per il finanziamento e delle numerose proposte parlamentari;

2) trasferire agli enti locali la gestione delle istituzioni dell'ONMI che operano territorialmente con compiti essenzialmente sanitari, in particolare i consultori materni e pediatrici, attribuendo agli Enti locali i corrispondenti contributi finanziari oggi devoluti all'Opera;

3) affrontare concretamente il problema dei minori handicappati in tutti i suoi aspetti, e particolarmente:

— trasferire dal Ministero dell'interno al Ministero della sanità la tutela e l'assistenza dei minori subnormali e caratteriali;

— programmare ed iniziare una struttura organica di servizi per l'infanzia non normale psichicamente o fisicamente, rispondendo alle complesse esigenze di un completo intervento medico-psico-pedagogico, dagli istituti di tipo permanente ai presidi consultoriali e ambulatoriali, all'inserimento nell'organizzazione scolastica, all'avviamento professionale;

— impostare tale complesso di interventi e di servizi come primi elementi delle istituende Unità sanitarie locali, predisponendo per gli Enti locali e per le Unità sanitarie locali finanziamenti adeguati corrispondenti ».

R I P A M O N T I, *ministro della sanità*. Accolgo questo ordine del giorno come raccomandazione. In particolare, per quanto è richiesto nel terzo punto dell'ordine del giorno stesso, ricordo che ho già dato notizie dell'insediamento di una apposita Commissione di studio.

F E R R O N I. Poichè non ero presente alla precedente seduta, nè alle altre per la discussione del bilancio sento il dovere di

fare alcune dichiarazioni. Non foss'altro a titolo personale, ben lieto se esse coincidessero con l'opinione di altri, particolarmente dei compagni del mio partito, che non mi risulta siano intervenuti nella discussione.

Non sono intervenuto alle precedenti sedute, non tanto perchè non mi è stato possibile, quanto per una specie di stanchezza, di logoramento dell'entusiasmo che mi animava in passato: perchè vedevo riproporsi le questione di sempre; perchè sapevo, signor Ministro, che infine avrei dovuto votare favorevolmente il bilancio. Per tre ragioni: una, obiettiva, per un incremento, sia pure modesto, di stanziamenti, che costituisce pur sempre un piccolo passo in avanti; un'altra di ovvio carattere politico generale; la terza per fiducia, se mi consente, nella persona del Ministro e nell'opera che egli ha fin qui svolto. Ho potuto seguirne l'azione per l'elaborazione delle leggi delegate; nella sua attività esterna al Parlamento; nelle frequenti pubbliche dichiarazioni, e mi pare di poter affermare, senza peccare di gratuito incensamento (del quale del resto non ha alcun bisogno), che questo riconoscimento dell'opera del Ministro possa collegarsi al voto di fiducia del bilancio nel suo insieme, alla sua interpretazione e alla sua applicazione.

Senonchè, signor Ministro, vorrei aggiungere, proprio per la fiducia che ella merita, che l'entusiasmo che la anima, le buone intenzioni da lei pubblicamente espresse, andranno purtroppo a cozzare — come le dissi nel primo incontro che avemmo in quest'aula — contro una somma di fattori negativi facilmente prevedibili. Se andiamo a sfogliare i verbali dell'attività trascorsa, sia alla Camera che al Senato, troveremo, a mo' d'esempio, che nei vari interventi di tutte le parti politiche (compreso quello dell'onorevole De Maria oggi qui in veste di sottosegretario, compresi i miei, e compresi anche i molti ordini del giorno — finiti nel famoso « cimitero degli ordini del giorno » — compresi quelli di altri che sarebbe lungo nominare, si auspicava il concentramento nel Ministero della sanità di tutte le attività sanitarie, sicchè diventasse il centro irra-

diatore, coordinatore e propulsore dell'azione sanitaria nel Paese. Oggi, nel 1969, siamo ancora a ripetere più o meno le parole che pronunciammo nel 1959, e probabilmente già nel 1949 a Liberazione da poco avvenuta, quando tante speranze animavano i parlamentari del tempo. È per questo, onorevole Ministro, che quando sentiamo parlare, sempre a mò di esempio, di medicina scolastica e di coordinamento dell'attività sanitaria col Ministero della pubblica istruzione, non possiamo non pensare alle remove e alle resistenze che si incontreranno, perchè chi ha poteri di intervento non li cede a nessuno, se li tiene bene stretti.

Altra cosa ancora: è stato nuovamente affacciato il problema del controllo sugli alimenti. Ho l'impressione che in questo campo si stia sbagliando da decenni; in realtà si sta conducendo un gioco che assomiglia tanto a quello delle « guardie e ladri ». Il Ministero della sanità ha però pochissime guardie e i ladri sono attrezzati in modo che il Ministero della sanità non si sogna nemmeno. Ragione per cui nel campo dei nuovi sistemi di conservazione e di produzione, in cui dovremmo avere la facoltà di intervenire a priori per stabilire quali trattamenti i vari tipi di alimenti devono subire, di fatto interveniamo a posteriori, correndo dietro a risultati di ricerca chimica condotti dagli attrezzatissimi laboratori delle grandi aziende, che il Ministero della sanità certo non possiede.

Mutatis mutandis, signor Ministro, in questo settore siamo al Vajont. Scusi il paragone che può sembrare azzardato, ma che non lo è poi tanto: il Vajont aveva nel Ministero dei lavori pubblici dei controllori che erano, insieme, esecutori, che controllavano i lavori della diga in corso d'opera e nei collaudi senza avere le attrezzature di cui disponeva invece la società concessionaria; e che si sono trovati ad un certo punto a dover dare fiducia a un grosso, potente e attrezzatissimo gruppo monopolistico, con i risultati che ben conosciamo.

Per cui colpevoli tutti e nessuno degli organi ministeriali; colpevole è la politica dello Stato nel tempo, e non particolarmente di questo o di quel Governo ma di tutti i

Governi, nel tempo. E c'è soprattutto un problema di fondo, signor Ministro, contro il quale lei dovrà cozzare: la concezione che tutti i Governi hanno (questo e gli altri che lo hanno preceduto, di qualunque parte politica) del problema sanitario. Il problema della medicina preventiva e riabilitativa, concepito come problema economico oltre che sociale, non è sentito dagli economisti, dai politici di alcun partito, compreso il mio, se vuole. Comunisti o socialisti o democristiani, eccetera, tutti anteporranno un'infinità di altri problemi di carattere industriale, occupazionale, sociale, al problema della medicina. E saremo sempre, come purtroppo siamo ancora, in coda. È una concezione sbagliata lo abbiamo detto tutti sempre, e tuttavia non si riesce a far assimilare a costoro il concetto espresso da quel Ministro americano della sanità il quale assumendo l'incarico diceva: ho il più grosso affare economico del Paese sulle mie braccia. Proprio così, signor Ministro: lei ha il più grosso affare economico sulle sue braccia, senonchè non ha uomini, non ha attrezzature, e le sono negati i mezzi per poterlo risolvere.

Al punto che la sentiamo parlare di mancanza di dattilografe! Qualcuno ha parlato di potenziamento degli Istituti provinciali di igiene e profilassi. Ma come vogliamo applicare la legge antismog, la legge sull'inquinamento delle acque (già all'esame del Senato e della quale dovremo parlare fra giorni) senza un completamento in uomini e attrezzature di questi organismi?

E la stessa cosa dicasi per il controllo sulle sofisticazioni degli alimenti. Signor Ministro, lei si troverà a cozzare per questo settore, da una parte con il Ministero dell'agricoltura, che ha i suoi organi di controllo e di intervento; dall'altra con il Ministero delle finanze, che ha i suoi organi di controllo e di intervento e così via. Ecco quali sono le difficoltà vere, reali — e ve ne sono altre ancora — contro le quali noi e lei veniamo a scontrarci.

Io non mi permetto di fare, oggi un esame del bilancio. Non ne ho il diritto essendo la mia una dichiarazione di voto. Ma debbo dire che sono notevolmente scorag-

giato. Lavoriamo oggi prevalentemente sulle cose fatte nella passata legislatura e lavoriamo con estrema lentezza. Sentiamo delle ripetute enunciazioni dell'onorevole Ministro sulla sua volontà di fare, ancora ad esempio, in ordine all'inquinamento da fonti industriali; si parla meno dell'altro grosso problema, che l'opinione pubblica intende poco: l'inquinamento da mezzi motorizzati. Eppure basta percorrere una strada di Roma per rendersi conto della situazione: io mi sento rabbrivire quando vedo una madre con il bambino passeggiare per le vecchie strade di Roma, dove i mezzi motorizzati sputano gas velenosi e il bambino li assorbe tutti!

Ma non si cammina, perchè probabilmente « la consegna è di russare ». Non a caso, signor Ministro, non camminano certi regolamenti della legge antismog: come quello per le industrie e per i veicoli a motore. Ci sono interessi che premono. Si finge di accettare, si esercita in qualche misura un controllo sulle industrie, ma sostanzialmente si dice: signori sanitari, toglietevi dai piedi; quando avremo trovato la soluzione del problema dell'inquinamento, ci penseremo noi! Noi industriali. Di qui le remore, i rinvii. Ecco, signor Ministro, le difficoltà contro le quali dovrà lottare!

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Entro aprile i regolamenti saranno tutti completati.

F E R R O N I . Sono convinto che lei vorrà adeguatamente lottare, che tutto quello che potrà fare lo farà. Per questo l'ho già detto io esprimo a mio nome, e spero di poterlo fare anche a nome dei colleghi socialisti, fiducia nella sua azione. Io non so quali avvenimenti politici ci riserva il prossimo futuro, ma penso che ciò che è stato fatto (le leggi delegate hanno messo in moto tutta un'attività importante nel mondo ospedaliero) e che noi consideriamo forse insufficientemente o malamente attuato, potrà portare a dei risultati positivi nel tempo.

Un po' perplesso mi trovano le sue dichiarazioni sul settore della psichiatria. Mi sembra di aver capito, da ciò che lei diceva

poco fa, che la legge stralcio costituirebbe addirittura un ostacolo all'attuazione della riforma generale che è allo studio.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Non circa gli aspetti organizzativi. La legge stralcio ha precisato la struttura dell'ospedale psichiatrico, riducendo il numero massimo dei posti-letto.

F E R R O N I . Ma io direi, signor Ministro (mi si consenta di esprimere questo parere), poichè accade sovente che il meglio sia nemico del bene, che si dovrebbe intanto attuare ciò che di buono esiste nella legge stralcio. Salvo ad inserirlo poi nella legge generale, quando arriverà. Lei è stato a Venezia ad un Convegno sulla psichiatria. Io non sono potuto venire e me ne sono dispiaciuto perchè avrei appreso molte cose. Ma quale è il risultato di quel Convegno? La provincia di Venezia aveva in programma un ospedale nuovo in terraferma al posto di quello che attualmente esiste nell'isola di San Clemente, (una vecchia costruzione risalente alla dominazione austriaca) dove 1.300 ammalati di mente vivono in enormi sale. Ebbene, dopo quel convegno, la provincia, che aveva previsto una spesa di 4 miliardi per la costruzione del nuovo ospedale, ha rinunciato alla sua costruzione « in attesa dei reparti che si apriranno negli ospedali normali ». Ora, io ho fatto sommessamente rilevare che, nella migliore delle ipotesi, tutto questo si realizzerà tra otto, dieci anni. Nel frattempo, non costruire un ospedale nuovo, secondo criteri moderni e che risponda alle esigenze da tutti prospettate, è per me un errore. Ho fatto questo esempio per dire appunto che non vorrei che in attesa di certe riforme si ritardasse la realizzazione di ciò che oggi è possibile.

Nel rinnovare il mio voto favorevole al presente bilancio e la mia fiducia senza riserve nella sua opera, io la prego, signor Ministro (non presento ordini del giorno perchè a questo strumento non credo più), di fare tutto quanto può per attuare il più rapidamente possibile le norme ospedaliere, le norme stralcio psichiatriche e tutte

le altre che si riferiscono ai vari settori dell'igiene e della sanità. Vi è il problema dell'inquinamento atmosferico, quello della medicina preventiva, quello della medicina scolastica, quello della medicina carceraria anche per il quale dovrà lottare col Ministro di grazia e giustizia. Su tutti questi problemi, se lei può intervenire anche amministrativamente, signor Ministro, lo faccia.

Un'ultima questione. Credo che noi parliamo troppo poco degli interessi degli ammalati mentre parliamo sempre degli interessi dei medici, degli amministrativi eccetera. Ora, io vorrei, signor Ministro, che lei si adoperasse perchè negli ospedali si rispettino con severità le norme relative agli impegni di lavoro dei sanitari. Non farò dei nomi di ospedali. Dirò solo che ve ne sono ancora troppi, in Italia con reparti di 150-180 ammalati ed un solo primario. Mancano i locali per sdoppiare i servizi, si dice; spesso manca la volontà; spesso qualche « cosca medica » preme perchè lo sdoppiamento non avvenga. E poi ci si domanda perchè un ammalato rimane in ospedale un mese quando potrebbe rimanervi soltanto dieci giorni. Certi ammalati muoiono perchè non hanno un'assistenza tempestiva. Bisogna che i primari e i medici in generale stiano in ospedale il numero di ore previste; e bisogna che gli ospedalieri operino per la graduale attuazione, nei limiti del possibile, del « tempo pieno ».

Ecco le cose che in questo improvvisato e quindi frammentario intervento io le raccomando, nell'atto di approvare il bilancio.

P I C A R D O . Il nostro voto al bilancio non può che essere contrario. Ma il no di oggi è particolarmente convinto dopo le dichiarazioni del Ministro. Io apprezzo l'entusiasmo dell'onorevole Ripamonti e la sua buona volontà personale, non vedo però come si possa attuare quanto egli dice.

Onorevole Ministro, io sono siciliano e, come tale, ho già avuto la ventura di sperimentare l'autonomia regionale. Per quanto riguarda il problema ospedaliero, dovevamo essere all'avanguardia nell'attuazione della legge n. 138 e dovevamo essere all'avanguardia anche per una certa attrezzatura

degli ospedali, dati i poteri della Regione siciliana. Ora, se c'è regione in Italia che regredisce profondamente nell'assistenza ospedaliera è proprio la Sicilia. Ecco il perchè del mio intervento.

Non ho potuto partecipare ai lavori della Commissione non per negligenza, ma per assolvere ad un dovere, quello di sollecitare il medico provinciale ad intervenire, in un ospedale della Sicilia, per allontanare i topi dalle corsie e perchè si cambiassero, dopo un mese, le lenzuola in un letto dove si sono avvicendati ammalati con affezioni diverse. Do atto di aver avuto la collaborazione del medico provinciale.

Onorevole Ministro, io la invito, impegnando proprio la sua responsabilità, a far sì — prima che si attuino queste riforme. — che almeno le minime condizioni igieniche e sanitarie negli ospedali siano rispettate.

O R L A N D I . Onorevole Ministro, nel corso della sua risposta, per molti punti interessante ed anche più avanzata rispetto alle posizioni assunte nei mesi precedenti, ha prospettato un problema: può il bilancio contenere nelle poste le indicazioni riguardanti le cose nuove, cioè unità sanitaria locale, servizio sanitario nazionale, soppressione delle mutue, eccetera?

Debbo dare atto che nella tabella e nella relazione questi orientamenti nuovi sono stati sottolineati. Mi permetto però di osservare che vi è una posta di bilancio dove il Ministero della sanità poteva tranquillamente far entrare legalmente, e non di straforo, le somme occorrenti per attuare già una parte di questi orientamenti: è il Fondo nazionale ospedaliero, che io chiamerei Fondo sanitario nazionale. Questo avrebbe potuto già contenere gli stanziamenti necessari a realizzare con gradualità (accetto questa proposta del Ministro) gli orientamenti nuovi che abbiamo sentito esporre qui.

Debbo anche dire che noi siamo addentro a queste cose nuove perchè le abbiamo discusse anche noi, e alcune proposte ricalcano esattamente quelle fatte dal nostro Gruppo al di fuori della stessa Commissione e della discussione in Aula del bilancio 1969.

Questo per dire che le nostre posizioni non sono molto lontane, anche se su molte cose non possiamo essere d'accordo, non tanto per quanto riguarda gli orientamenti enunciati, quanto per ciò che si riferisce alla loro attuazione.

Ad ogni modo, ripeto, il bilancio poteva contenere nel capitolo che ho indicato gli stanziamenti indispensabili per cominciare ad attuare le riforme.

Abbiamo messo in evidenza il divario, la contraddizione che c'è tra la relazione e il bilancio: la relazione è molto avanzata, contiene delle prospettive, ma il bilancio non contiene nulla, mentre poteva ben contenere gli stanziamenti richiesti. È da questo punto di vista che noi abbiamo fatto l'altra considerazione, circa la buona volontà di una parte della Democrazia cristiana e del Ministro di attuare il servizio sanitario nazionale e la resistenza che a ciò viene opposta da un'altra parte del partito di maggioranza. Questa contraddizione esiste e non si può nasconderla. Se ci fosse stata la volontà unanime di tutto il Governo, il Ministro del tesoro avrebbe senz'altro trovato i fondi per dare la possibilità almeno di iniziare fin dal 1970 le riforme che attendiamo.

Nel corso della sua risposta, poi, lei si è chiesto se, avendo un orientamento comune che parte dalle grandi organizzazioni sindacali (le quali sono arrivate adesso a sostenere la soppressione delle mutue, mentre fino a poco tempo fa pensavano ad una loro democratizzazione), valeva la pena di dare un parere di minoranza, avendo tutti espresso la volontà di arrivare ad un servizio sanitario nazionale. Vede, signor Ministro, noi non crediamo che, mantenendo il nostro orientamento di minoranza, si venga meno a questo orientamento unitario; anzi mi sembra che nel parere di minoranza sia proprio espresso ed organato, sia pure in maniera diversa, il modo di arrivare allo stesso punto dove vuol arrivare lei, nell'intento e nella convinzione di aiutare lo stesso Ministero ad andare avanti su questa strada. Perché — mi permetta che lo dica — in me fa nascere molti dubbi il fatto di aver assegnato, per esempio, all'Unità sanitaria locale compiti di prevenzione, come

pure mi fa sorgere dubbi il fatto della visione unitaria dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza poliambulatoriale specialistica: ciò non per l'unitarietà in sé, ma perché mi fa pensare ad un concorso di altri Ministeri e all'impossibilità di una determinazione abbastanza precisa dei compiti del Ministero della sanità.

Si tratta forse di una mia interpretazione sbagliata, e sarei contento se il Ministro mi smentisse, ma quando si parla di unitarietà e di una gestione particolare delle spese ospedaliere e poliambulatoriali, allora sorge in me la preoccupazione che si crei un organismo al quale concorrano altri Ministeri e quindi che ci sia sempre la preoccupazione dell'equilibrio da tenere. La mia preoccupazione, cioè, è che si ritardi ancora in questo modo il processo indispensabile che deve vedere l'assunzione da parte del Ministero della sanità di tutte le competenze che riguardano la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei cittadini.

È questa la preoccupazione che il suo orientamento mi fa sorgere. Detto ciò, debbo dar atto al Ministro di aver risposto a molti interrogativi, anche se altri (e capisco il perché) rimangono senza riscontro. Desidero però sottolineare che anche quelle risposte che oggi non ci vengono date sono urgenti e indispensabili, perché riguardano la vita degli ospedali e quindi gli organismi che nel nostro Paese hanno ancora oggi come primo compito la cura della salute dei cittadini.

Con queste osservazioni, riconfermo a nome del mio Gruppo l'orientamento che abbiamo espresso nei nostri interventi e riconfermo anche la volontà del nostro Partito di andare avanti per arrivare alla realizzazione del Servizio sanitario nazionale in accordo con tutti gli altri Gruppi politici in tal senso orientati. Pur dichiarando questo, debbo dire che manteniamo il nostro parere di minoranza e che non possiamo accettare il bilancio così com'è stato proposto. Pensiamo di allargare il discorso e di trovare anche altri punti di convergenza sulle soluzioni da prospettare per avviare a soluzione i problemi che ci stanno dinanzi.

P I N T O . Nel mio breve intervento sul bilancio ho espresso molte riserve e le mantengo. Tuttavia, dopo l'esposizione dell'onorevole Ministro sulle prospettive della politica sanitaria, che coincidono totalmente col programma del Partito che io rappresento, è ovvio che voterò a favore del bilancio. Io aspetto, però, che le enunciazioni del Ministro siano poi accettate dal Governo e che entro quest'anno si traducano in una precisa volontà politica e governativa; perchè se dovessero rimanere pure enunciazioni, è chiaro che non potremmo più accogliere certe dichiarazioni.

Vorrei esprimere ancora una riserva. Il Ministro ci ha rivelato tanti dubbi e inconvenienti, ma non ci ha indicato una soluzione, neppure in prospettiva, per quanto attiene il problema della riorganizzazione sanitaria, in particolare del reperimento dei funzionari medici. Non basta denunciare i fatti, ma occorre proporre una soluzione.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. L'ho lasciata intravedere. .

P I N T O . Ella deve farci una dichiarazione precisa e deve dirci se è vero che dietro tale problema esiste una volontà della classe amministrativa di raggiungere un certo scopo che non è certamente quello di un buon funzionamento del Ministero della sanità. Sappiamo quello che succede nella vicina Francia dove il Prefetto della sanità è un amministrativo con *a latere* un consulente medico. Non è improbabile che anche in Italia si tenda ad adottare questa soluzione. Quindi abbiamo ascoltato con particolare interesse le dichiarazioni che ella ci ha fatto circa gli incontri che avranno luogo col Ministro del lavoro per la risoluzione del problema delle competenze in campo mutualistico, e ci auguriamo che l'onorevole Donat Cattin, il quale ha dato prova in certe occasioni di essere di idee avanzate, sappia prescindere da interessi particolaristici e, nell'interesse supremo della salute dei lavoratori, si renda conto che la competenza per l'assistenza sanita-

ria ai lavoratori stessi è del Ministero della sanità e non di qualche Direttore generale del Ministero del lavoro.

M E N C H I N E L L I . Debbo dire che il dibattito che si è svolto su questo bilancio ha rivelato un contrasto notevole tra le manifestazioni della volontà del relatore e del Ministro, e lo strumento che il Governo mette a disposizione della politica sanitaria del Paese per il 1970. Purtroppo la volontà politica, espressa appunto dal bilancio che ci viene presentato, manifesta delle intenzioni diverse da quelle che sono state qui espresse dal Ministro.

Ho avuto anzi modo di dire durante la discussione, senza alcun intento polemico, che c'è un equivoco; ho usato queste parole non per esprimere un giudizio morale, ma per fare una constatazione. E l'equivoco consiste nel fatto che siamo tutti d'accordo nel fare certe cose sapendo che mancano certi strumenti per poterle realizzare.

Io penso, signor Ministro, che per essere coerente con quanto è stato detto nel corso di questo dibattito lei avrebbe dovuto alla fine esporre la sua volontà e concludere perciò con l'invito a respingere il bilancio, per costringere il Governo a presentarne un altro di tipo diverso.

Per queste ragioni io voto contro lo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, indipendentemente dal giudizio che posso esprimere sulle dichiarazioni del Ministro, perchè la volontà politica espressa dal bilancio è quella che conta.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, resta inteso che la Commissione dà mandato al relatore di trasmettere alla 5ª Commissione parere favorevole sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno 1970.

La seduta termina alle ore 13,10.