

**N. 1660-A**  
Resoconti XIX

## BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO 1971

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

(Tabella n. 19)

### Resoconti stenografici della 11ª Commissione permanente

(Igiene e sanità)

#### INDICE

##### SEDUTA DI MERCOLEDI' 10 MARZO 1971

PRESIDENTE . . . . . Pag. 838, 849  
ALBANESE, *relatore* . . . . . 838

##### SEDUTA DI MERCOLEDI' 31 MARZO 1971

PRESIDENTE . . . . . Pag. 849, 851, 861  
ARGIROFFI . . . . . 861  
DAL CANTON, *sottosegretario di Stato per la sanità* . . . . . 851  
DE FALCO . . . . . 856  
FERRONI . . . . . 860  
MINELLA MOLINARI . . . . . 860  
OSSICINI . . . . . 851  
PERRINO . . . . . 849, 851  
PICARDO . . . . . 859

##### SEDUTA DI GIOVEDI' 15 APRILE 1971

PRESIDENTE . . . . . Pag. 862, 872, 879  
ALBANESE, *relatore* . . . . . 871

BARRA . . . . . Pag. 870  
CHIARIELLO . . . . . 879  
DE LEONI . . . . . 870  
GUANTI . . . . . 862, 868  
MARIOTTI, *ministro della sanità* . 866, 872, 878, 879  
ORLANDI . . . . . 864, 866, 867, 868, 879  
OSSICINI . . . . . 869  
PERRINO . . . . . 867, 869, 878, 879  
PINTO . . . . . 868, 869, 870, 872  
ZELIOLI LANZINI . . . . . 870

##### SEDUTA DI MERCOLEDI' 10 MARZO 1971

Presidenza del Presidente CAROLI

*La seduta inizia alle ore 9,30.*

*Sono presenti i senatori: Albanese, Argiroffi, Barra, Caroli, Colella, De Falco, De Leoni, Ferroni, Guanti, Manenti, Menchinelli, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino, Pinto, Senese e Zelioli Lanzini.*

*Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità La Penna.*

### Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1971

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

**P R E S I D E N T E .** L'ordine del giorno reca l'esame preliminare del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1971 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

**A L B A N E S E , relatore.** Onorevoli colleghi, la liberazione dal bisogno è un mito che l'umanità insegue e persegue dalla notte dei tempi ed è problema che la società moderna ha il dovere di affrontare e risolvere con leggi e con presidi adeguati.

La riforma sanitaria è capitolo affascinante e preminente della liberazione dal bisogno. Dal lontano programma di politica sociale proposto da Beveridge, in Gran Bretagna, anche a noi è pervenuta l'immaginifica visione di una società serena, composta, ordinata, libera dal bisogno.

Lungo l'arco dei trenta anni, dal 1941 al 1970, quella visione bella ed attraente si è, da noi, distorta ed adattata a particolari impostazioni che riflettono interessi e posizioni diverse. Idealità e sentimenti hanno perso il loro fascino originario per divenire oggetto di brutale strumentalizzazione da parte delle più disparate forze che si contrappongono nella lotta per il potere.

L'assistenza sanitaria, anche per le antiche e recenti polemiche insorte fra vari Ministeri, è « terra di nessuno », sulla quale tutti si sentono in dovere ed in diritto di battagliare e di inserirsi sotto il sacro stendardo della integrità fisica e psichica dei lavoratori.

Il discorso sulla riforma sanitaria si è svolto alla insegna di un certo dogmatismo, suggestivo nelle enunciazioni formali, ma non aderente e coerente con la realtà economica e sociale del Paese.

Bisognerà abbattere gli steccati e le palizzate che impediscono e vietano la collaborazione ed il confronto fra i vari gruppi

interessati all'assistenza sanitaria, anche fra chi opera in prima linea, i medici, e coloro che hanno le responsabilità più alte della sanità e della mutualità, i Ministri del lavoro e della sanità.

Bisogna cercare un valido e sereno colloquio democratico che serva a chiarire ed illustrare i punti di vista degli interlocutori, non già perchè essi interlocutori non si comprendano, ma perchè hanno tesi opposte da difendere.

E possibile non solo, ma anche indispensabile che il discorso sulla riforma sanitaria venga fatto: esso potrà avere una validità solo se si terranno presenti le effettive correlazioni esistenti fra i vari progetti, le varie tendenze e la società nella quale la riforma dovrà attuarsi, permettendo finalmente di poter tradurre le idee e le parole in fatti e leggi concrete.

E perchè si possa fare un discorso serio e concreto bisognerà partire da alcune premesse e da alcuni dati che configurano altrettante realtà.

La prima è che circa 48 milioni di italiani sono assicurati contro l'evento malattia con assicurazione obbligatoria, come risulta dalla relazione economica presentata dal Governo al Parlamento.

Gli assicurati erano 47.911.092, anzi da recenti accertamenti risulterebbe che gli italiani assicurati contro l'evento malattia, facendo la somma di tutti gli assicurati presso la miriade di Enti esistenti, sarebbero addirittura oltre 64 milioni, cioè a dire di oltre un quarto superiori alla effettiva popolazione italiana. Ciò significa che oltre un quarto della popolazione italiana fruisce di una assicurazione doppia, in qualche caso addirittura tripla.

Da questi elementi che stanno a dimostrare il caos in cui si dibatte l'assistenza malattia in Italia è possibile ricavare un dato che dovrebbe servire a ridimensionare le preoccupazioni, certamente eccessive, che si manifestano per l'assicurazione globale della popolazione della Repubblica italiana.

Visto nei giusti termini, questo problema non costituisce la difficoltà più complessa da affrontare. Più difficile da risolvere, in quanto comporta una vera volontà politica,

è invece quello che si riferisce alle diverse forme di intervento sia in campo assistenziale che profilattico.

Comuni e province, nell'ambito delle loro competenze ed attribuzioni, tramite gli « elenchi dei poveri », svolgono la loro funzione certamente insufficiente ed anacronistica (profilassi delle malattie infettive e contagiose e delle malattie mentali); ma dove queste mancanze e queste carenze si evidenziano in tutta la loro macroscopicità e gravità è nel campo della assistenza sociale.

Si annoverano diversi tipi di solidarietà mutualistica nell'ambito delle categorie e del territorio: solidarietà intercategoria a livello nazionale (INAM), solidarietà di grandi categorie (ENPAS-INADEL), di piccole categorie (ENPALS), o addirittura di categorie minime (Giornalisti) organizzate a livello provinciale od addirittura comunale (CCDD).

Pare che in Italia operino oltre 400 « case mutue di assistenza ».

È proprio da questo enorme, inqualificabile, composito mosaico che partono le più aspre resistenze, le più irriducibili forze che si oppongono ad una riforma sanitaria e che non vogliono rinunciare alle loro posizioni di potere e di privilegio.

È tempo di passare all'azione.

Una vera determinante volontà politica dovrà radicalmente affrontare il problema. Se ne parla ormai da molti, da troppi anni. È tempo di operare e di agire con determinazione e con vero impegno politico.

Dai vari progetti ufficiali ed ufficiosi, redatti ed elaborati dai partiti, da sindacati, da categorie; dalle stesse leggi e dagli stessi indirizzi presentati e discussi alle Camere, risulta in maniera chiara ed incontrovertibile, vorrei dire in maniera corale, che la sede naturale dove potranno organizzarsi ed affrontarsi i quesiti fondamentali della sicurezza sociale è quella che viene individuata come Unità sanitaria locale (USL).

Creato l'ordinamento regionale, le competenze organizzative e strutturali della Sanità dovranno essere devolute alle Regioni, riservando alla contrattazione nazionale lo esercizio della professione medica al fine di evitare la polverizzazione e la difformità dei

compiti con i conseguenti riflessi negativi sulla funzionalità ed efficienza del servizio, con prestazioni mediche assicurate a tutti i cittadini.

Il Governo Colombo, uscito da una travagliata crisi, si è preoccupato, dopo aver approntati i mezzi ed i rimedi per un pronto intervento ai fini di un risanamento dell'economia, di affrontare gli aspetti qualificanti del programma governativo e fra questi premege la ormai indilazionabile riforma della assistenza sanitaria.

Il problema, a mio avviso, può essere risolto cercando di utilizzare gli elementi, positivi e negativi, emersi dopo anni di esperienze internazionali e cioè sulla scorta dei risultati acquisiti con la istituzione dei servizi sanitari nei Paesi del mondo occidentale e nei Paesi del blocco orientale.

La riforma del settore sanitario postula d'altro canto la consapevole partecipazione di tutti i cittadini che ne sono gli attori e i protagonisti principali. Assistiti, medici, ausiliari, Enti pubblici, istituzioni ed organizzazioni, privati sono chiamati responsabilmente a portare il contributo della loro capacità, della loro collaborazione. Con il concorso di tutti, senza inutili ed aprioristiche discriminazioni, con una gradualità responsabile e realistica, si potrà raggiungere quanto ci sta a cuore.

Il disegno di legge per la costituzione di un Fondo sanitario nazionale non si appalesa, a mio avviso, completo ed aderente alla realtà.

Tale documento si discosta in maniera notevole, direi sostanziale, dall'indirizzo tracciato nel Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1966-1970, nel quale è precisato che l'obiettivo finale della riforma del settore sanitario, dell'assistenza e della previdenza è quello dell'avvento della « Sicurezza sociale » alla quale si potrà solo pervenire gradualmente attraverso la fusione degli istituti mutualistici e il riordinamento dei vari regimi nel settore della previdenza.

Il complesso problema va affidato al Ministero della sanità che dovrà realizzare un Servizio sanitario nazionale utilizzando le diverse attività del settore, pubbliche e pri-

vate, e ciò anche per evitare una inutile dispersione dei mezzi a disposizione.

Del resto la legge sulla riforma ospedaliera del 12 febbraio 1968 dà in materia sufficienti e chiare indicazioni con l'articolo 1, mentre con l'articolo 26, precisa i criteri organizzativi e funzionali con i quali realizzare il coordinamento tra i presidi che concorrono alla funzione e costituzione del Servizio sanitario nazionale, devolvendo con l'articolo 51 al Ministero della sanità la facoltà di stabilire i requisiti tecnici e funzionali, oltre che le norme sull'ordinamento dei servizi e del personale delle case di cura private, confermando con l'articolo 53 la liceità delle convenzioni fra case di cura private e gli Enti mutualistici per l'assistenza dei loro assistibili, e stabilendo, con l'articolo 62, la partecipazione di un rappresentante delle case di cura private al Comitato regionale per la programmazione ospedaliera.

Pertanto il disegno di legge istitutivo del « Fondo sanitario nazionale » per la erogazione gratuita a tutti i cittadini dell'assistenza ospedaliera e di quella specialistica ambulatoriale — che prevede lo scorporo delle suddette prestazioni dagli Enti mutualistici, per affidarle a pubblici ospedali, escludendo senza alcuna motivazione le case di cura e gli istituti privati, con l'affidamento sempre agli ospedali pubblici anche degli ambulatori e poliambulatori gestiti dai Comuni e dalle Province — non agevolerà certamente la costituzione delle USL. La USL, che rappresenta l'elemento base del futuro ordinamento sanitario, dovrà innanzitutto definire la sua configurazione giuridico-amministrativa, la sua struttura organica per un buon funzionamento dei presidi e delle prestazioni che dovrà erogare.

Il problema dei nosocomi non ha trovato, nè potrà trovare nel volgere di pochi anni la soluzione ottimale sotto il profilo quantitativo, qualitativo e distributivo per poter far fronte ai compiti ed alle esigenze istituzionali e alle richieste reali.

La riduzione dei posti letto a disposizione dell'aumentata popolazione che si vuole assistere non è, a mio avviso la maniera migliore di attuare quanto ci si prefigge.

Nell'attuale situazione di carenza di posti letto, le case di cura hanno adempiuto ed

adempiuto ad una funzione positiva che potranno anche svolgere nel futuro, se si adegueranno alle leggi di mercato e alla evoluzione dei tempi, della scienza e della società.

Sarebbe veramente inconcepibile, paradossale ed anacronistico che, mentre continua, inarrestabile, l'espansione delle prestazioni, sia per l'aumento della popolazione sia per una migliore coscienza sanitaria, si dovesse ricorrere alla soppressione delle case di cura private con conseguente aumento di richieste ai pubblici ospedali che non potrebbero accogliere le richieste di ospedalizzazione e di prestazioni.

Le attese operatorie si prolungherebbero anche per il dilatarsi del tempo di diagnosi, con un conseguente aumento del periodo di degenza che porterebbe ad una ulteriore riduzione dei posti letto e ad un aumento della spesa, che giustamente si vuole, se non ridurre, almeno contenere. Le case di cura private in Italia sono oltre mille, dislocate in tutto il territorio nazionale, dispongono di oltre centomila posti letto ed hanno fronteggiato oltre un milione di ricoveri all'anno, che l'attuale struttura ospedaliera pubblica non potrebbe in alcun modo fronteggiare.

Al fatto meramente numerico e diciamo materiale dobbiamo aggiungere anche il grosso danno di non poter disporre dei quadri sanitari qualificati, del personale ausiliario e anche delle valide attrezzature curative e diagnostiche delle case di cura private.

È fin troppo chiaro ed evidente che si dovrà fare una selezione ed escludere quelle case di cura non idonee e non attrezzate a soddisfare le prestazioni che dovessero essere richieste.

Sono comunque d'accordo con quanto ha affermato il ministro Mariotti, che con la totale attuazione della riforma sanitaria la importanza di tali istituti potrà essere ridimensionata, e che essi, forse, potranno essere più utilmente utilizzati per il ricovero dei lungodegenti.

La tendenza a scaricare sul sistema ospedaliero una parte sempre maggiore delle prestazioni sanitarie va sempre più aumentando nel nostro Paese. L'indice di ospedalizzazione in Italia ha raggiunto livelli insostenibili: gli assicurati INAM sono ospedalizzati

con un indice di 136 su 1.000, mentre negli Stati Uniti, in Svezia, Danimarca, Norvegia, Inghilterra l'indice è di 64-100 persone su 1.000. È evidente che a tale inconveniente va cercato e trovato un rimedio valido ed efficace: una specie di filtro che consenta il passaggio solo di coloro che hanno veramente bisogno di essere ricoverati. Questa funzione di filtro la possono e la debbono esercitare gli ambulatori specialistici, che vanno potenziati e dislocati in maniera funzionale, perchè date le ampie possibilità offerte alla diagnosi dalla terapia ambulatoriale e domiciliare, è impensabile una medicina globale che di tutte queste possibilità non si avvalga.

La sede naturale dei presidi ambulatoriali con tutte le attribuzioni loro demandate è la USL, organismo essenziale e fondamentale per la evoluzione dell'assistenza sanitaria verso la sicurezza sociale, atto a riqualificare, in un clima di responsabilità, il rapporto fiduciario medico-paziente e realizzare uno dei postulati più importanti e qualificanti della riforma sanitaria, quello della medicina preventiva e profilattica.

La USL dovrà rappresentare l'epicentro dell'assistenza sanitaria di base e la estrinsecazione pratica dell'intervento del medico.

La riforma sanitaria potrà e dovrà attuarsi con gradualità, con responsabile tempestività, con compiti ed attribuzioni finalisticamente indirizzate all'uso, alla utilizzazione dei presidi e delle attrezzature esistenti.

Voglio ancora ribadire un'esigenza per me e per la mia formazione culturale e professionale molto importante e cioè che le decisioni finali, definitive non si prendano e non si attuino senza la collaborazione e l'intervento anche di qualificati rappresentanti della classe medica, che costituisce e costituirà l'asse sul quale dovrà ruotare la riforma sanitaria.

La notizia riportata dal giornale « La Stampa » di uno schema di disegno di legge che pare sia stato elaborato dal Ministero del lavoro senza alcuna partecipazione dei medici a livello decisionale e programmatico, se corrispondente a verità, costituirebbe un grave, gravissimo atto di prevaricazione e di sopruso che suonerebbe grave offesa per la classe medica, e vanificherebbe l'avvio al Servizio sanitario nazionale che si definisce come la prima tappa « verso la democratizzazione della gestione della salute ».

L'attuazione del Servizio sanitario nazionale comporterà necessariamente la scomparsa della miriade di Enti che hanno pululato e prosperato fin'ora con il sistema assicurativo, la fine di un sistema che i tempi hanno dimostrato superato ed inattuale, anche se non si può negare che esso ha costituito un elemento ed uno strumento, valido per i tempi, per il superamento della concezione caritativa dell'assistenza.

L'articolo 32 della nostra Costituzione considera la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e può trovare attuazione con l'istituendo sistema di sicurezza sociale, la quale ha trovato e trova validi e convinti assertori, che si sono sforzati e si sforzano di darne una esatta definizione.

Alcuni ne hanno sviluppato più l'aspetto giuridico ed organizzativo, altri invece hanno dato più importanza agli aspetti pratici ed operativi.

La politica per la salute non è soltanto una serie di proposte tecnico-pratiche, operative o giuridiche, ma è l'esaltazione dei valori e della solidarietà democratica che possono essere realizzati in una nuova organizzazione sanitaria.

Il sistema sanitario nazionale deve essere considerato come un primo momento di trasformazione della società verso forme più democratiche di gestione del potere e di godimento dei diritti politici, verso la libertà dal bisogno, in ciò cercando di attuare quanto sancisce il secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione: la realizzazione di quella libertà in quanto garanzia del pieno sviluppo della personalità umana e dell'effettiva partecipazione di tutti i cittadini alla organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Non è quindi solo questione di aumento di posti letto, ma dell'instaurazione di un sistema diverso di intendere e di attuare quella che possiamo chiamare una nuova civiltà sanitaria, più avanzata, più aderente ai progressivi sviluppi dell'attuale società.

Il problema è alla stretta finale, non è il caso di ripetere e riconfermare principi o impostazioni sui quali si è d'accordo, ma di ricercare, individuare gli strumenti, i modi, i mezzi per passare dalla fase di formulazione e di discussione a quella dell'attuazione e della realizzazione in cui sarà dato di vedere e di valutare la vera volontà politica. Perchè, lo ripeto ancora, il problema è innanzi tutto e soprattutto un problema politico e c'è una presa di coscienza della opinione pubblica che investe un arco amplissimo di forze.

La Costituzione, all'articolo 2, riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali in cui svolge la sua attività. Ho voluto ricordare questo articolo nella speranza che la riforma sanitaria terrà presente questi diritti inalienabili che debbono essere riconosciuti ai due protagonisti della riforma: il medico e il cittadino.

Al cittadino sia data la possibilità di scegliere liberamente il suo medico di fiducia e il luogo di cura, e al medico sia riconosciuta la delicatezza della mansione che egli svolge, senza vincolarlo eccessivamente ad una attività burocratica.

Sulla riforma sanitaria è sorta una vastissima letteratura, dai documenti dei partiti politici, a quelli di gruppi di studio, di Confederazioni del lavoro, di Federazioni professionali, di studiosi singoli, il che dimostra come la riforma stessa sia un fatto veramente imponente, che non solo investirà la attività sanitaria del Paese, ma ne condizionerà la vita stessa.

Lo scopo fondamentale della riforma sanitaria è quello di dare un nuovo indirizzo alla medicina che finora è stato prevalentemente curativo, mentre, in osservanza all'articolo 32 della Costituzione, si è orientati verso la medicina preventiva e riabilitativa, realizzando appunto il principio della sicurezza sociale.

La medicina preventiva ha il compito di evitare l'insorgenza della malattia con le enormi implicazioni che essa comporta dal punto di vista morale, sociale ed economico.

La medicina preventiva si articola in tre stadi, tre momenti:

a) lo studio del soggetto sano per evidenziare le deviazioni dalla norma che possono essere sintomatiche di uno stato patologico e quindi prevenirlo;

b) la diagnosi precoce di malattia ancora non manifesta dal punto di vista clinico;

c) evitare i danni derivanti da uno stato di malattia accertato e che si identifica con la medicina curativa.

La medicina preventiva si potrà attuare con il controllo periodico dello stato di salute dei cittadini, con controlli elettronici, che già Nazioni più progredite della nostra, come la Svezia, attuano. Naturalmente non basterà controllare l'uomo, ma bisognerà potenziare la profilassi delle malattie infettive, la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, delle malattie sociali, delle malattie reumatiche, dei tumori, dell'arteriosclerosi, delle malattie di metabolismo, delle nevrosi, delle malattie cardiovascolari, e non basta ancora: bisognerà risolvere inoltre i grossi e gravi problemi attinenti agli inquinamenti delle acque, dell'aria e del suolo.

Ma la riforma sanitaria non potrà raggiungere le mete ambiziose che si propone se non si provvederà a sviluppare una adeguata coscienza ed educazione sanitaria e a dare alla medicina un nuovo indirizzo, per la preparazione e la formazione di una nuova classe medica.

In Italia la facoltà di medicina ha ordinamenti vecchi, superati che risalgono addirittura all'ultimo decennio del secolo scorso, quando la figura del medico rispondeva in modo adeguato e dal punto di vista pratico e dottrinale alle conoscenze scientifiche e alle strutture del Paese. La legislazione prefigurava un medico capace, almeno in via teorica, di qualsiasi prestazione diagnostica e curativa: il dottore in medicina e chirurgia.

Questo dottore in medicina e chirurgia ha assolto in maniera degna il compito che la società gli aveva assegnato, pur con la superficialità delle sue cognizioni tecniche apprese in Università, che si sono quasi arre-

state nel tempo e nella metodica dell'insegnamento, basata sulla lezione cattedratica e la strutturazione della facoltà in istituti monocattedra con insufficienza di strutture e di attrezzature, sia nell'ambito dell'insegnamento biologico che nell'ambito degli insegnamenti clinici con l'ulteriore aggravante della sproporzione tra numero di studenti, locali, attrezzature e numero di docenti.

Pur non ritenendo accettabile l'affermazione di quanti sostengono che molti laureati in medicina escono dall'Università senza aver mai visto un malato, è pur vero che il contatto con i pazienti è stato ed è molto scarso, tale da giustificare la imposizione ai laureati di un tirocinio pratico di un anno presso cliniche od ospedali.

L'attuazione della riforma sanitaria postula la necessità della preparazione e della formazione di un nuovo tipo di medico generico o di base. La medicina preventiva, la medicina sociale, insieme alla medicina curativa e riabilitativa esigono una preparazione di base molto più ampia.

E collegato a quello dei medici esiste il problema dei tecnici. Il piano di sicurezza sociale richiederà un numero notevole di tecnici per tutte le pratiche di *dépistage* clinico, di laboratorio, per l'elaborazione elettronica dei dati medici; di tecnici di reparto ad alta preparazione.

La contestazione è la manifestazione più eclatante della insoddisfazione degli studenti di fronte ad una situazione gravemente patologica, e ha fatto sì che gran parte degli studenti non si senta impegnata ad accostarsi alle fonti dell'insegnamento e consideri l'università come un ostacolo inutile e pesante che si deve superare attraverso gli esami per raggiungere e conquistare un titolo che ha valore legale.

È in sostanza l'università degli esami che ha soppiantato l'università degli studi.

Lo studente è già un operatore nel Paese, riceve dallo Stato assegni di studio, pre-salarario, esenzione di tasse, e pertanto deve essere considerato al pari di un apprendista in attività di diversa natura: una volta ottenuti i benefici, non può esimersi dal compiere un lavoro che deve essere regolato da orari e obblighi precisi. Deve essere altresì

codificato l'obbligo della frequenza e il tempo da dedicare allo studio.

Gli obblighi potranno essere imposti, evidentemente, soltanto se allo studente verranno offerte delle strutture adeguate; al presente si potrebbe affrontare parzialmente il problema con l'obbligo della frequenza e con la riduzione delle vacanze estive ed invernali.

L'argomento che ho appena sfiorato è som-mamente importante e mi auguro che in sede di riforma universitaria venga affrontato e risolto in maniera ottimale.

Concludo questo mio rapido *excursus* sulla riforma sanitaria, che presenta una tematica ponderosa, impegnativa ed avvincente, dicendomi sicuro che essa è ormai profondamente radicata nella mente dei più e, pertanto, va attuata e al più presto.

Mi sia comunque consentito di esprimere un giudizio e di formulare un augurio: la riforma è necessaria e va fatta e al più presto, ma occorre che non sia una riforma demagogica e velleitaria, ma una riforma ponderata e responsabile, che valuti e tenga presente la possibilità, i tempi, i modi di attuazione.

Non dico che nella ricerca dell'ottimo dobbiamo rimandare tutto, ma gli investimenti che il Paese si accinge ad affrontare sono favolosi, e come impegno economico e più e principalmente come preparazione di quadri, di attrezzature, di strutture e non si dimentichi che occorre affrontare anche una riforma dell'educazione sanitaria.

Si facciano delle scelte prioritarie, si concordino un programma, magari con la creazione di un Comitato interministeriale della programmazione sanitaria.

Vorrei trattare un po' più diffusamente — ne ho accennato appena prima — il problema della libertà individuale e professionale in un regime di sicurezza sociale, che giudico, nel contesto della riforma, argomento oltremodo interessante per la buona riuscita della riforma stessa.

La libertà costituisce, secondo la tradizionale concezione, la massima possibilità di autonomia dell'individuo, fino ai limiti del libero arbitrio, ma la libertà del singolo in una collettività organizzata e moderna, tesa

al raggiungimento di particolari fini sociali, deve necessariamente essere condizionata e limitata.

L'individuo singolo pertanto è da considerarsi una parte integrata e integrante della società in cui vive, pur riconoscendogli particolari diritti. È la libertà rispettosa delle libertà altrui ed inserita in una nuova concezione di società moderna e pluralistica, che trova i suoi pilastri fondamentali nella Carta costituzionale: « È tendenza comune delle Costituzioni contemporanee, — è stato scritto — anche su basi ideologiche diverse e con diversità di valore giuridico, di inserire accanto ai diritti di libertà individuale (come già nelle Carte della fine del secolo XVII e poi del secolo XIX), anche diritti "sociali", differenziati dai primi nel senso che non comportano limiti ad interventi statali, ma che anzi impongono interventi atti a soddisfare esigenze di varia natura della collettività e dei singoli componenti attraverso prestazioni sia dello Stato, sia di altri Enti di formazione obbligatoria, od anche volontaria, in una gamma istituzionale e funzionale sempre più ricca e complessa in correlazione alla ricchezza e complessità della vita pubblica moderna in tutti i suoi aspetti.

Tra le materie costituzionalizzate v'è anche la tutela della salute ».

L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica italiana stabilisce che « nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ».

Tralascio e perchè l'argomento non è pertinente e per la mia incompetenza giuridica, di soffermarmi sulla portata dell'articolo 32, ma non posso non rilevare come il diritto assoluto venga necessariamente limitato dalla necessità che la salute sia tutelata come diritto del singolo ad interesse della collettività; ritrovando, nella malattia, come nella infermità, una unione indissolubile della vita sociale e della vita individuale, l'ambiente può fare peggiorare, o migliorare, lo stato di salute individuale.

Accettati, ritenuti validi i principi su esposti nell'interesse del singolo e della collettività,

giovà spendere qualche parola in favore del diritto inalienabile della libertà del singolo di poter scegliere nel sistema in cui è inserito quel medico, quello ospedale, quel centro sanitario che più soddisfa le sue esigenze e sanitarie e morali.

Il vecchio rapporto fiduciario del medico di famiglia, di concezione patriarcale e liberale, potrà e dovrà trovare ancora modo di vivere e sopravvivere, pur con le limitazioni, le regolamentazioni e le esigenze della nuova società. La tutela e la salvaguardia della salute è certamente un fatto scientifico, ma tutti sanno che la reazione psichica del soggetto ammalato, valida e determinante nell'andamento di tutte le malattie, è in rapporto e in funzione della fiducia che l'ammalato ripone nel medico che lo cura: permane, nonostante tutto, anche nelle più moderne ed avanzate civiltà qualcosa, nell'inconscio del malato, delle vecchie medioevali credenze di considerare il medico uno stregone.

La ricerca scientifica riveste ed ha per una nazione civile una importanza enorme: addirittura, a mio avviso, essa dovrebbe far parte di quel ristretto gruppo di scelte veramente prioritarie che andrebbe potenziato in maniera adeguata.

Nella ricerca scientifica, oltre alla ricerca tecnologica, ha indubbiamente importanza fondamentale quella medico-sanitaria, che purtroppo in Italia non ha seguito il passo dello sviluppo industriale e della stessa dinamica culturale. Certamente l'inadeguato stanziamento di fondi è causa importante, ma non è nè l'unica nè la più rilevante causa di tale arretratezza, che è piuttosto da ricondurre alla inadeguata struttura della società italiana ancorata tuttora a viete forme istituzionali ed ad anacronistiche mentalità.

La riforma universitaria potrebbe essere un primo passo verso il rilancio della ricerca scientifica specialmente nel campo medico-sanitario, e l'università con i suoi istituti dovrebbe costituire il vero centro, il vero fulcro della ricerca fondamentale, sia pura che applicata.

Il campo di ricerca è vastissimo e, tanto per esemplificare, si possono ricordare le ricerche necessarie per l'igiene ecologica, per l'igiene industriale, sulla eziologia, patolo-

gia e cura dei tumori, sulla medicina preventiva, sulla medicina sociale, di sociologia medica, con valutazione critica degli atteggiamenti della popolazione nei confronti delle strutture sanitarie, oltre naturalmente alla ricerca e all'approntamento di nuovi farmaci più sicuri, meno tossici e più attivi.

Ed a proposito di farmaci, è bene ricordare l'importanza che riveste, ai fini della incentivazione della ricerca, l'istituzione del brevetto, e, a mio avviso, la regolamentazione dell'informazione scientifica con relativa riduzione delle eccessive spese che sostiene la industria farmaceutica per la pubblicità.

L'attuale Ministro della sanità mi pare che sia favorevole all'istituzione del brevetto, mentre, per quanto attiene la regolamentazione dell'informazione scientifica, la 11ª Commissione permanente del Senato se ne sta occupando e auguriamoci che, in attesa dell'auspicata riforma sanitaria, si possa almeno, al presente, disciplinare sì importante materia, così come la discussione al Senato della riforma universitaria potrà, quanto meno, porre le premesse per un effettivo sviluppo delle università, non in senso astratto, ma come inserimento nel contesto della moderna società, con capacità di impostazione obiettiva dei problemi e con la curiosità, direi, e l'interesse a risolverli.

Che la ricerca scientifica in Italia sia in crisi, è un dato di fatto certo. Esiste in Italia un Ministero della ricerca scientifica, molto giovane in verità, e dotato di mezzi, di strutture, di organico non aderenti alla realtà ed ai bisogni.

L'Italia fra le nazioni industriali è quella che destina alla ricerca scientifica, appena lo 0,85 per cento del prodotto nazionale lordo, contro il 2,2 per cento dei Paesi Bassi, del 2,2 della Gran Bretagna, del 2 per cento della Francia, del 2,9 per cento degli Stati Uniti.

A questo punto, e per finire sull'argomento, vorrei dire che non sono soltanto gli stanziamenti insufficienti, la crisi del Comitato nazionale delle ricerche (CNR), che tarpino le ali alla ricerca scientifica, che provocano la cosiddetta « fuga dei cervelli », ma, a mio avviso, la colpa principale è della concezione burocratica ritardatrice, e biso-

gna pertanto, per dare slancio, vigore, incremento alla ricerca, stabilire una programmazione fondata su scelte globali prioritarie, opponendosi alla tendenza, tutta italiana, di accontentare tutti, dando poco e disperdendo i fondi.

L'esame delle cifre riportate nei prospetti del bilancio portano a fare immediatamente delle considerazioni: gli stanziamenti previsti nei singoli capitoli di spesa sono stati completamente o quasi utilizzati, mentre nel settore contributi buona parte delle somme impegnate nel corso dell'anno non sono state spese e, conseguentemente, sono state trasferite in conto residui.

Di questo particolare fenomeno i burocrati danno una spiegazione immediata e fin troppo semplicistica: gli enti non forniscono in tempo debito i documenti necessari per poter incassare il contributo e questo cade in prescrizione.

Il ritardo a inviare entro i termini la documentazione richiesta presenta evidentemente difficoltà notevoli, non facilmente sormontabili, che è quindi bene rimuovere.

Una delle difficoltà maggiori è data dal fatto che le Amministrazioni interessate non possono reperire i mezzi integrativi necessari appunto perchè hanno bilanci passivi che le spingono a chiedere i contributi, per cui si viene a verificare un fatto molto grave e cioè che le Amministrazioni più solide, che magari potrebbero affrontare i loro problemi senza contributo, riescono ad ottenerlo, anche se forse non è necessario, mentre le Amministrazioni povere non riescono ad ottenere ciò di cui hanno bisogno. Il fenomeno è, come dicevo, grave, specie poi se si tiene presente che è proprio il settore della medicina scolastica che lo rivela e lo denuncia in maniera più macroscopica. E allora? Allora è necessario sburocratizzare al massimo le pratiche, snellirle, agevolarle.

Ma non basta: bisognerebbe abolire la concessione di contributi almeno per quelle Amministrazioni che hanno bilanci deficitari. Si sa che i bilanci si pareggiano col contributo dello Stato; pertanto, il contributo richiesto verrebbe a gravare, in ultima analisi, sempre sul bilancio dello Stato; sarebbe allora più opportuno, come dicevo, conce-

dere direttamente quanto si reputa utile e necessario.

Dopo le considerazioni d'ordine generale già svolte e che possono e debbono considerarsi come i presupposti fondamentali di quello che avrebbe dovuto e potuto essere il vero bilancio di previsione, il « grande bilancio », bisognerà pur dare uno sguardo anche sommario alla tabella 19 che tratta dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno finanziario 1971 e che va considerato come piccolo bilancio.

Tale stato di previsione assomma a meno dell'1 per cento della spesa che la collettività sostiene per la tutela della salute.

Questo dato ci dà la misura dell'inadeguatezza, della poca incidenza, della assenza, quasi della estromissione del Ministero della sanità dalla trattazione, dalla impostazione dei problemi che riguardano e attengono alla sanità e alla sicurezza sociale, dal punto di vista pratico e concreto.

L'attività di fondo del Ministero della sanità, in base al bilancio, resta quella concernente la sua efficienza ed attività centrale e periferica, attività peraltro molto importante, vista anche nell'ambito del riordinamento generale della Pubblica amministrazione e delle urgenti inderogabili necessità del Ministero stesso, con un organico assolutamente inadeguato ed insufficiente a far fronte all'incremento dei suoi compiti e alla attribuzione di nuove competenze oltre che allo sviluppo di quelle originarie. Il Ministero stesso dovrà poi trovare un valido argine all'esodo del personale con un equo riordinamento delle carriere e con il riassetto delle retribuzioni.

L'ONMI e la CRI, i due grossi enti a carattere nazionale, sottoposti al controllo del Ministero della sanità, debbono essere ristrutturati adeguando la loro attività al nuovo concetto di assistenza nel piano nazionale della sicurezza sociale e nell'ambito delle Regioni.

L'ONMI dovrà essere ristrutturata, snellita, fare fronte ai compiti che istituzionalmente le furono affidati ed adeguarsi, inserirsi nella nuova realtà socio-economica con capacità ed efficacia di prestazioni e di funzioni.

Occorre una azione ed uno sforzo più intenso, una presenza più efficace e più valida anche nei piccoli sperduti paesi del profondo Sud abbisognevole di aiuto più degli altri.

Si è fatto e si fa un gran parlare di medicina preventiva: quale migliore campo per poterla sviluppare di quello della prima infanzia, dove sarebbe agevole poter mettere in evidenza eventuali insufficienze fisiologiche, tare ereditarie e specialmente intervenire in quei disturbi psichici che sarebbe possibile diagnosticare da parte di neuropsichiatri infantili, di cui, peraltro, abbiamo assoluta carenza e che la moderna società reclama, come reclama il potenziamento degli asili-nido?

Gli asili-nido non sono da considerarsi come un luogo dove la madre « posteggia » la sua creatura, ma anche, e principalmente, sotto il profilo igienico-sanitario-sociale.

Gli asili-nido sono pochissimi e inadeguati, e come attrezzatura e come funzionamento.

Una inchiesta televisiva recentissima ci ha informato che gli asili aprono i battenti non prima delle otto. Come fa la lavoratrice che deve essere sul posto di lavoro per le otto, se non prima, ad usufruire dell'asilo-nido che deve essere considerato un servizio sociale?

I consultori ONMI dovrebbero svolgere la loro attività con adeguata opera di assistenza e di propaganda nel campo della mortalità infantile, con interventi razionalmente programmati. A tal fine sarebbe utile e necessaria anche la collaborazione delle ostetriche condotte e delle puericultrici.

Per raggiungere tali scopi e tali risultati si rivela insufficiente lo stanziamento del capitolo 1208 e sarebbe necessario che la legge 12 dicembre 1969, n. 1021, che stanziava un contributo statale per la organizzazione sociale della pediatria preventiva, emanata in favore dell'Istituto di puericoltura di Roma, fosse estesa anche alle altre università.

L'altro grosso ente che ha carattere nazionale è la CRI che va ristrutturata, potenziata per poter affrontare con maggiore adeguatezza ed efficacia i compiti posti dalla nuova realtà sociale: gli interventi a favore delle popolazioni civili colpite da pubbliche

calamità, l'organizzazione e l'attuazione del servizio di pronto soccorso stradale, specialmente necessario con l'aumento della motorizzazione e con la creazione di una lunga rete autostradale, luoghi di cura specializzati, eliminando quei periodi di vacanza curativa, quando un ammalato deve essere trasferito dalla competenza di un ente ad altro ente o peggio ancora quando l'ammalato non è coperto sul piano assicurativo.

Nel campo della prevenzione bisognerà intervenire ancora più incisivamente per limitare i danni irreparabili ed irreversibili che provocano le malattie infettive, i tumori.

Necessitano altresì interventi validi e qualificati per l'igiene e il controllo degli alimenti; per la disciplina dell'*habitat* dove l'uomo è destinato a vivere, nel campo veterinario.

Nel settore della lotta alle malattie infettive va sempre più intensificata l'azione intrapresa per ridurre e consolidare i risultati conseguiti con la vaccinazione Sabin, per la riduzione degli indici di morbosità e mortalità per tetano e difterite con la vaccinazione legalmente sancita con la legge n. 419 del 20 marzo 1968; la vaccinazione tifoidea, contro l'influenza, l'epatite virale, la anchilostomasi, le malattie reumatiche, le cardiopatie sono oltretutto occasioni e moventi di malattia che richiedono il massimo impegno e di ricerche e di controllo.

Un fenomeno che va seguito con molto interesse è quello delle tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive.

L'inadeguato stanziamento nel settore veterinario non permetterà certamente al Ministero di potere, non diciamo risolvere, ma nemmeno marginalmente affrontare il grave problema del risanamento sanitario degli allevamenti affetti da brucellosi e da tubercolosi.

Il problema va affrontato in maniera massiccia ed organica e inadeguati sono gli stanziamenti previsti dalle leggi nn. 615 e 33.

Il ritardo nella attuazione di una responsabile e valida politica veterinaria porterà danni dal punto di vista prettamente economico e psicologico, all'allevatore che si sente abbandonato e negletto e all'economia na-

zionale, stante la pesante situazione della nostra bilancia commerciale nel settore delle importazioni di carni.

Altro compito che la limitatezza del bilancio dovrebbe consentire è la sensibilizzazione della opinione pubblica, chiamata a partecipare al processo di evoluzione, allo sviluppo organizzativo, scientifico, che lo Stato compie, cercando di formare una nuova coscienza sanitaria, con adeguate pubblicazioni, con giornali murali, con la presenza attiva della Rai-TV, che non dovrebbe limitarsi a delle inchieste, peraltro giuste a volte, alle quali ci ha chiamati fin qui ad assistere, che hanno principalmente valore contestativo della società e della sua arretratezza, ma che non hanno certamente valore ed indirizzo educativo, formativo e di collaborazione.

Per l'igiene degli alimenti sarà necessario emanare leggi e provvedimenti più attuali ed aderenti alla realtà, aumentando e qualificando il personale addetto alla prevenzione, alla repressione delle frodi alimentari, e facendo applicare le disposizioni esistenti.

Circa poi l'*habitat*, il Ministero della sanità dovrebbe, di concerto col Ministero dei lavori pubblici, disciplinare lo sviluppo dei paesi e delle città per una crescita più umana, col rispetto delle più elementari norme di igiene, inteso non nel suo significato più comune e ristretto come *habitat* fisico e psichico.

Si fa sempre più drammatico il problema dell'acqua. La migliore condizione umana e sociale comporta un uso e un consumo sempre maggiore di acqua. Si persegua e si attui una politica programmata ed univoca anche in questi settori. Si realizzino come scelte prioritarie il maggior numero possibile di invasi, si acceleri la soluzione della desalinizzazione delle acque marine. Il problema è forse molto più grave e più importante di quanto non si creda comunemente.

Un argomento che ha dato luogo in questa Commissione, in occasione degli esami dei bilanci pervenuti, a discussioni appassionate, è quello degli ospedali psichiatrici che purtroppo è fermo nel tempo.

L'unico risultato ottenuto è quello di non parlare più di « manicomi », ma di « ospedali psichiatrici »: è cambiata la dizione, l'etichetta, ma la sostanza è rimasta la stessa.

Abbiamo avuto modo, in occasione della indagine conoscitiva sugli ospedali siciliani fatta da questa Commissione (e purtroppo, a distanza di oltre un anno dalla indagine, non siamo pervenuti ad una relazione finale) di osservare *de visu* lo stato veramente miserevole e disonorante per una società civile in cui vivono gli ospiti dei cosiddetti ospedali psichiatrici, che manicomi erano e manicomi continuano ancora ad essere.

Ambienti che richiamano alla mente le bolgie dantesche, che la più sfrenata fantasia non riesce ad immaginare. È proprio di questi giorni una inchiesta sul manicomio di Palermo, condotta da un giornale locale, ove le carenze, le insufficienze riscontrate dalla Commissione permangono, anzi pare che siano ulteriormente aggravate e sempre sotto la gestione ultradecennale di un commissario inamovibile.

La società moderna riconosce e non potrebbe fare diversamente, il diritto alla sanità e all'igiene mentale e la legge 18 marzo 1968, n. 341, ha affrontato decisamente la materia con risoluzione di problemi contingenti. Resta comunque sempre insoluto il grosso problema del reinserimento nella società, anche con adeguati aiuti economici, del dimesso dal manicomio.

Nel vasto campo della sicurezza sociale resta parimenti insoluta la grave questione degli anziani e dei vecchi. È necessario ed indifferibile costruire, creare dei « cronicali », delle case-albergo.

I cronicali scaricherebbero gli ospedali preposti alla cura e alla riabilitazione di una massa notevole di ospiti che potrebbero essere meglio e più economicamente assistiti. Le case-albergo per i vecchi pensionanti risolverebbero il grave problema che la società moderna ha creato, dei vecchi abbandonati, nel rispetto della personalità umana e della propria individualità.

La legge n. 625 del 6 agosto 1966, è, e continua a rimanere, inoperante, perchè man-

cano adeguati stanziamenti e i motulesi, i neurolesi, gli spastici aspettano.

Aspettano che il loro grave problema venga risolto con la costruzione di idonei istituti, con la formazione di personale medico ed ausiliario altamente qualificato e specializzato per tentare il recupero e l'inserimento di tali malati nella società attiva.

La loro situazione è veramente traumatica. Nulla si è fatto di concreto e di efficace da parte del pubblico intervento come scelta cosciente e responsabile.

Quello che si è fatto, lo si è fatto sotto la spinta delle pressioni e delle rivendicazioni delle categorie interessate, ma in maniera frammentaria, disarticolata, non potendo il Ministero della sanità collegare la materia, stante i conflitti di competenza tra i vari Dicasteri, con conseguenti frazionamenti degli stanziamenti, peraltro insufficienti e dispersivi.

Non ci si è posti nemmeno il gravissimo problema dei cardiopatici che con adeguati trattamenti d'ordine medico e psicologico potrebbero essere recuperati e reinseriti nel ciclo attivo e produttivo della società.

L'ottimismo diffuso per quanto concerne l'andamento della infezione tubercolare non mi trova consenziente. Se come statistica non c'è stato un aumento nell'Italia considerata nel suo insieme, certamente l'aumento c'è stato e c'è nel profondo Sud, specialmente nella prima e nella seconda infanzia.

Pertanto, non si deve assolutamente parlare di smobilitazione dei preventori e dei dispensari.

I grossi e gravi problemi che la moderna civiltà industriale ha creato: l'inquinamento atmosferico e l'inquinamento delle acque cominciano ad essere in qualche misura avviati a soluzione.

La legge *antismog* è stata varata, faticosamente, e con remore non giustificate e comincia ad avere un inizio di attuazione che bisogna sollecitare per renderla attiva e valida.

Per quanto riguarda l'inquinamento delle acque, abbiamo approvato recentemente una legge sui detersivi. Legge certamente insufficiente, ma che ci auguriamo possa mettere un freno e un riparo ai gravissimi danni per

tanti lati irreversibili che il Paese sta soffrendo.

Bisognerà affrontare serenamente e responsabilmente il problema, stabilendo in maniera chiara ed inequivoca la tossicità di essi detersivi e il grado vero della loro biodegradabilità. Che se non è possibile creare detersivi veramente innocui, anzichè pensare a pazzesche spese di impianti di depurazione, si provveda addirittura a vietarli.

La vecchia candeggina, la varecchina della nonna, il sapone che hanno contribuito in maniera valida e dignitosa a tenere l'umanità pulita possono riprendere il loro vecchio ruolo, rendendo utilizzabili per altri scopi più produttivi e civili gli enormi investimenti necessari per gli impianti di depurazione.

A conclusione della presente relazione si può affermare che la somma di 179 miliardi e ben poca cosa, meno del 10 per cento, sulla spesa complessiva di oltre 2.000 miliardi che è l'onere che la collettività nazionale sopporta per la tutela della salute e che evidentemente non permette e non consente al Ministero della sanità di essere un centro unitario politico ed operativo.

Questa mancanza di indirizzo univoco e globale è motivo di grave perplessità e di pessimismo che trova conforto e speranza nella riconosciuta volontà, indice di tempi nuovi, di attuare il Servizio sanitario nazionale.

È in considerazione delle speranze riposte nelle nuove prospettive della riforma sanitaria, atto veramente rivoluzionario e qualificante di un Governo, di un legislatore, di un popolo, non già nella valutazione delle cifre, delle competenze, delle attribuzioni che si propone alla Commissione di esprimere parere favorevole.

**P R E S I D E N T E .** Ringrazio il relatore per la sua chiara ed esauriente esposizione.

Poichè non si fanno osservazioni il seguito dell'esame preliminare della Tabella 19 è rinviato ad altra seduta.

*La seduta termina alle ore 10,25.*

#### SEDUTA DI MERCOLEDÌ 31 MARZO 1971

Presidenza del Presidente CAROLI

*La seduta inizia alle ore 11,30.*

*Sono presenti i senatori: Albanese, Arcudi, Argiroffi, Caroli, Chiariello, Colella, De Falco, De Leoni, Del Nero, Di Grazia, Ferioni, Guanti, Manenti, Menchinelli, Minella Molinari Angiola, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino, Picardo, Righetti, Senese e Zellioli Lanzini.*

*Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità Maria Pia Dal Canton.*

**C O L E L L A**, segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

#### Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1971

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

**P R E S I D E N T E .** L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame preliminare del disegno di legge: « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1971 - Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

**P E R R I N O .** Il mio intervento, onorevoli colleghi, sarà estremamente breve, anche perchè mi riservo di intervenire più ampiamente in Aula: oggi desidero solo richiamare la vostra attenzione su alcuni aspetti particolari, su alcune lacune che emergono dalla tabella al nostro esame.

Se volessimo chiosare tale tabella punto per punto avremmo poco o niente da dire perchè volendo usare un'immagine figurativa, dovremmo rilevare che essa ricalca esattamente quelle degli anni precedenti: non vi è niente di nuovo, salvo la normale lievitazione di stanziamenti che è legata più che altro all'incremento della spesa. Ed io

do piena giustificazione al relatore, il quale ha preferito spaziare su un campo, per così dire, extraterritoriale parlandoci soprattutto della riforma sanitaria, che tra l'altro è *de jure condendo* per cui non ritengo ora di dover affrontare l'argomento; debbo però confessare che mi sarei atteso — dopo il gran parlare che si fa dei problemi della profilassi, della funzione profilattica conferita agli ospedali e che dovrà essere conferita alle future unità locali, e dopo i molti discorsi del Ministro — mi sarei atteso un potenziamento dell'azione di medicina sociale, che poi è medicina preventiva.

Invece troviamo che tale settore è stagnante, così come tutti gli altri settori.

Eppure, onorevole rappresentante del Governo, avremmo potuto creare delle possibilità in tale settore: è un'occasione che abbiamo perduto, non so se per incertezza, per titubanza o per certi studi dialettici che hanno indotto il Ministero ad una perpetua indecisione. Mi riferisco soprattutto all'articolo 33 della legge ospedaliera, cioè della legge n. 132, riguardante il fondo destinato alle attrezzature ospedaliere; attrezzature che sono alla base dei servizi medici nazionali e per le quali, dopo lunghe perdite di tempo, si è finalmente giunti alla ragguardevole cifra di 54 miliardi che, se erogata in tempo, avrebbe veramente significato poter incentivare e potenziare i servizi di medicina sociale. Ad ogni modo pare si sia avuto un ripensamento salutare, dato che è stata annunciata la presentazione di un disegno di legge d'iniziativa governativa per l'utilizzazione dei suddetti 54 miliardi (ridotti — pare — a 52, non so perchè) che sarebbero appunto destinati alle attrezzature ospedaliere attraverso le Regioni, visto che con la nota circolare del Ministero della sanità i poteri relativi sono stati decentrati. Ad ogni modo abbiamo lasciato passare infruttuosamente anche il 1970 e speriamo che si arrivi finalmente alla ripartizione del fondo stesso tra le varie regioni d'Italia, sempre tenendo conto della particolare situazione del Mezzogiorno, al quale dovrebbe infatti andare il 75 per cento della somma.

Tra l'altro la tabella 19 per il 1971 reca, al capitolo 33, un altro stanziamento di 19 miliardi per lo stesso scopo, per cui dovremmo ritenere finalmente giunta la possibilità di avviare una consistente politica di medicina sociale e preventiva.

Quali sono i settori d'intervento più urgenti? Anzitutto vi è il problema dei tumori che, come sappiamo, è balzato da qualche anno al primo piano, è diventato il problema del giorno. Sappiamo che l'elemento maschile è fortemente colpito da tumori polmonari, mentre l'elemento femminile non è da meno per quanto riguarda i tumori della sfera genitale. Ecco quindi la necessità di creare centri di prevenzione dei tumori, dotati di apposite apparecchiature, non escluso il mammografo che consente una diagnosi precoce dei tumori mammari; apparecchiature che potranno dare un notevole contributo alla lotta contro tale malattia.

I tumori hanno la loro speranza di superamento soltanto nella diagnosi precoce e nell'intervento chirurgico. Sarebbe necessario che gli ospedali, a livello regionale e provinciale, fossero incoraggiati a creare appositi centri per la diagnosi precoce dei tumori soprattutto polmonari e dell'apparato genitale femminile; e mi sembra che questo sia uno degli obiettivi più immediati, più urgenti da perseguire.

Vi è un altro problema sul quale due anni fa ho richiamato in sede di discussione del bilancio l'attenzione del ministro, onorevole Ripamonti: il problema dei centri emodialitici. Sembra incredibile, ma oggi è possibile restituire alla famiglia alla società, al lavoro tanta gente che nel passato era irrimediabilmente condannata a rapida fine. Ora, sono sorti alcuni di questi centri, ma sono assolutamente insufficienti. Io proposi allora che se ne fosse creato almeno uno in ogni provincia, e il ministro Ripamonti (non svelo nessun mistero, perchè è documentato negli atti parlamentari) ebbe la sincerità di dire: ma questo problema lo conoscevamo! Tuttavia egli mise allo studio la questione; e successivamente il ministro Mariotti ebbe a destinare dal fondo nazionale ospedaliero una

certa somma per dotare le singole provincie di almeno un centro emodialitico. Oggi noi constatiamo che i centri che sono stati creati ed i pochi esistenti sono pressati da disperate richieste che non possono essere soddisfatte.

**DAL CANTON**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. A proposito della medicina sociale, dato che lei, senatore Perrino, ed altri interverranno in Aula, sarebbe opportuno a mio avviso sottolineare la totale inesistenza, tranne in qualche rarissimo centro, delle strutture della medicina prenatale e perinatale, allo scopo di prendere in esame il problema.

**PERRINO**. La ringrazio per il suggerimento. Dobbiamo, peraltro, segnalare la urgenza del potenziamento dei centri per le malattie cardiovascolari: anche questo è un settore di larghissima diffusione nel quale si può operare in profondità.

E vorrei richiamare l'attenzione sui centri antidiabetici e delle malattie dismetaboliche, centri che cominciano a sorgere presso vari ospedali o altri enti e che svolgono un compito nobilissimo.

Occorre sviluppare i centri di oftalmologia sociale, per non parlare dei centri anti-tubercolari, in quanto la tubercolosi, nonostante sia accentuata ancora oggi la flessione per quanto riguarda la mortalità, rappresenta un problema che continua a rimanere aperto. Occorre potenziare il settore dei dispensari di igiene sociale, che oggi in Italia sono circa 600 ma vanno ulteriormente adeguati alle esigenze. Lo stesso dicasi per altri centri, che debbono essere senz'altro potenziati.

Ma detto questo per quanto riguarda i centri di medicina sociale, vorrei richiamare l'attenzione su un'altra questione. È possibile che il Ministero della sanità abbia letteralmente ignorato il famoso fondo di anticipazione istituito presso il Ministero dell'interno? Come i colleghi certamente sanno, fu approvata una legge intesa a costituire, per venire incontro ai comuni che non erano in grado di pagare le rette dei ricoveri ospedalieri, un fondo nazionale di

anticipazione. Due anni fa la suddetta legge è stata rinnovata: la proposta iniziale prevedeva un anno di validità, un mio emendamento, invece, fissava due anni. Questi due anni sono scaduti nel dicembre del 1970; senonchè, la spesa è stata di gran lunga superiore a quella prevista negli stanziamenti degli anni 1969-70, per cui in detti anni si è accumulato un debito verso gli ospedali intorno ai 40 e più miliardi. Gli ospedali, pertanto, oltre alle difficoltà che incontrano con gli enti mutualistici, debbono tener conto di questi 40 e più miliardi che non vengono pagati; e poichè non si ha notizia di alcun provvedimento in proposito, si rischia di non poter disporre neppure di una lira per il 1971.

Tra l'altro, ricercheremmo invano nella tabella n. 19 un qualsiasi stanziamento che si riferisca al fondo di anticipazione, perchè in effetti la legge è scaduta.

**PRESDENTE**. Dovrebbe figurare semmai nella tabella relativa al Ministero dell'interno.

**PERRINO**. Anche in quella non c'è nulla, perchè la legge è scaduta. Il Ministero dell'interno d'accordo con quello della sanità non ha promosso alcuna iniziativa; ed io preannuncio che intendo presentare prossimamente un disegno di legge, per ripristinare il fondo di anticipazione e per cercare di recuperare i 40 e più miliardi che determinano un ulteriore indebitamento degli ospedali attraverso gli interessi passivi, soffocando la vitalità degli ospedali stessi.

Sono queste le brevi considerazioni che desideravo fare, riservandomi per tutto il resto di parlare più ampiamente in Aula.

**OSSICINI**. Signor Presidente, ero abbastanza incerto se intervenire in questo dibattito perchè, come ha già detto all'inizio della nostra riunione il collega Albanese, il problema del discorso sulle cifre e sugli stanziamenti (che poi è il problema più grosso perchè una politica sanitaria deriva non soltanto da alcune dichiarazioni teoriche, ma da quella che poi è l'ap-

plicazione pratica) è praticamente inutile. Giustamente diceva il senatore Albanese: ripetiamo da anni certe cifre, le variazioni sono talmente modeste che un discorso su di esse non servirebbe a nulla. Non vedo cosa potesse fare il relatore se non quello che ha fatto: una illustrazione generica del problema, lasciando a noi il compito di leggere delle cifre che ormai da tre anni sono sempre le stesse, con poche varianti che sono abbastanza modeste. È pur vero che noi in questo momento potremmo dire: d'accordo, discutiamo sulle stesse cifre, però siamo in attesa della riforma sanitaria generale che praticamente imposterà una nuova politica, delle nuove cifre e dei nuovi orientamenti. In parte questo è comprensibile. Mi pare però che questa faccenda d'attesa (la quale sembra che stia per diventare molto ansiogena) sia un po' come quella famosa commedia in cui si andava avanti aspettando Godot, il quale per altro non compariva mai. Comunque, anche se arrivassimo rapidamente — cosa che io auspico — a questa famosa legge-quadro, per quanto concerne i settori più delicati, che io rapidamente toccherò, non è possibile prevedere una rapida applicazione della stessa. Ossia non vorrei che noi ad un certo punto facessimo — e questa è una grave responsabilità — un lavoro genericamente preparatorio, quando abbiamo bisogno di risolvere alcuni problemi urgenti. Di essi probabilmente si occuperà anche la riforma sanitaria, ma essa deve affrontare gravi problemi, dalle mutue alle unità sanitarie locali, e così via, tutta una serie di problemi estremamente complessi, per cui almeno per alcuni anni non è certamente prevedibile una rapida soluzione delle cose vigenti che ci stanno a cuore. Pertanto, se apparentemente questo ripetersi sempre delle stesse cifre attraverso gli anni può essere confortato dal fatto che c'è « alle porte » questo progetto di riforma, sta di fatto che abbiamo problemi urgenti che non possono essere rinviati.

Come ho già detto, non entrerà nel problema delle cifre, ma farò delle osservazioni marginali. Comunque mi pare che il difetto fondamentale di questo bilancio è

— almeno per quanto concerne i capitoli che maggiormente mi interessano — di non prevedere, nell'attesa della riforma generale, alcuni adeguamenti e alcune chiarificazioni necessarie.

È stato già anche da altri ricordato — a proposito del provvedimento approvato l'altro giorno in Aula — che, per quel che ci riguarda, contiene affermazioni incredibili. In base ad esso infatti tutti i nostri figli potrebbero essere classificati invalidi civili se vanno male a scuola perchè, come voi sapete, in quella legge è detto che è invalido civile chi non fa le prestazioni della sua età; ora le prestazioni dell'età di molti nostri figli sono quelle di andare a scuola; se vanno male evidentemente non fanno le prestazioni della loro età perchè non rendono quello che dovrebbero rendere; perciò è ovvio che molti nostri figli sono invalidi civili secondo quella legge. Comunque non discuto e non mi angosco per tanto poco; provo tristezza ad approvare cose del genere. Però vi sono delle cose più gravi: questo bilancio persegue una settorialità che non si riesce a far cessare, disperdendo in settori di grandissima importanza cifre che, anche se modeste, unificate sarebbero più produttive. Inoltre, a mio avviso, in attesa di questa famosa riforma sanitaria, rinvia problemi che sono indilazionabili.

Come ho già detto precedentemente, due anni fa prospettai al ministro della sanità Ripamonti due ordini del giorno, sui quali torno non perchè sia affetto da una forma ossessiva ma perchè quando si propone una cosa e non viene approvata non se ne può proporre una nuova, ma si seguita a proporre la stessa nella speranza che venga attuata. Dei due ordini del giorno uno riguarda l'assistenza psichiatrica degli adulti e l'altro riguarda i problemi della psicologia infantile.

Per quello che riguarda l'assistenza psichiatrica degli adulti non si prevede nulla che possa immediatamente risolvere una situazione drammatica, sulla quale io debbo per pochissimi minuti tornare perchè con questa situazione non si può più andare avanti neanche per pochi giorni, non per anni. Si va avanti, ma noi ci assumiamo del-

le responsabilità spaventose. La famosa legge stralcio in sostanza ha risolto due modestissimi problemi, anche se interessanti: uno sotto il profilo morale, la non iscrizione nel casellario giudiziario, e uno di grande interesse settoriale, l'ammissione volontaria. Quest'ultimo poi riguarda un numero molto modesto di persone che, fra l'altro, sapendo i manicomi come sono fatti, sono dotati di un coraggio inesauribile se si fanno volontariamente rinchiudere in detti manicomi, dai quali evidentemente dovrebbero soltanto fuggire. Ma rimane il fatto che la cura e la prevenzione dei malati di mente è strutturata secondo criteri che, a dir poco, risalgono al 1904, legislazione integrata dal regolamento del 1909. Per questo motivo io non posso, per coscienza, ogni volta che si discute il bilancio, non elevare proteste altissime per il fatto che niente viene previsto, anche se ci sarà la famosa legge. Eppure il Governo aveva approvato un mio ordine del giorno in una sede tale da renderlo vincolante, in base al quale, prima della riforma sanitaria, sarebbero stati presi provvedimenti sostanziali, che solo in due o tre provincie autonomamente e sperimentalmente sono stati adottati, provvedimenti che penso non sono impossibili. La provincia di Perugia, ad esempio, anche in assenza della riforma generale della sanità, ha tentato delle ottime cose, che non riesce a portare avanti come vorrebbe solo perchè il bilancio della sanità o certi provvedimenti non le vengono incontro economicamente. Altri tentativi si stanno facendo a Gorizia e a Reggio Emilia. Noi non possiamo tralasciare la situazione manicomiale senza sottolinearne la drammaticità. Gli ospedali psichiatrici attuali sono una cosa incredibile che ci disonora in tutto il mondo. Io ho girato mezzo mondo e come i nostri non ne ho praticamente mai trovati.

Ora noi riaffrontiamo un bilancio, ribadiamo certe cifre, riapproviamo certi stanziamenti ma di questo problema non facciamo alcun cenno. Questo cosa significa? Significa mancanza di uno stanziamento per tutto quello che è assistenza ambulatoriale, internato diurno e assistenza familiare, che

costituiscono le soluzioni del problema. Noi parliamo continuamente del problema della prevenzione, ma la prevenzione è legata all'assistenza *in loco*, nell'ambiente in cui il soggetto vive per moltissime malattie, ma in modo particolare per i disturbi psichici degli adulti e, come vedremo, ancor più per i disturbi psichici dei bambini. Si tratta, perciò, di un problema di bilancio perchè da esso derivano certe strutture, anche se poi a parole siamo tutti concordi (mi riferisco al Governo, a coloro che sono responsabili) nel ritenere che certe strutture vanno modificate.

Non posso non rilevare, dicevo, il peso di questa situazione. Sarò una *vox clamantis in deserto*, ma in coscienza non posso dire che noi possiamo, oggi come oggi, accettare un bilancio nel quale la politica sanitaria di fronte agli ospedali psichiatrici è praticamente la stessa, con gli stessi fondi e le stesse direttive. Questo è un delitto. Tutto ciò avrei gradito dirlo al ministro Mariotti, che purtroppo non è presente. Lo faccio presente all'onorevole Sottosegretario, che del resto conosce abbastanza bene il problema. Comunque è un fatto di una gravità eccezionale.

Tra l'altro, ci troveremo tra non molto in una situazione piuttosto drammatica, perchè le Regioni, che dovranno ovviamente assumere certi compiti e che sarebbero — come ho detto più volte — l'elemento idoneo ad operare in questo campo, non avranno la possibilità di farlo. Le strutture regionali hanno il grosso vantaggio di poter porre questi problemi in termini moderni, ma poi saranno impedita dalla mancanza di una differente politica sanitaria, da un differente orientamento del bilancio.

I centri di igiene mentale sono sulla carta, ma all'atto pratico fanno pochissimo e spesso male. Nella provincia che mi interessa per il mandato ricevuto — la provincia di Viterbo — è stato approvato un progetto di riforma degli ospedali psichiatrici, con tanto di centro di igiene mentale, che prevede soltanto un assistente sociale per tutta la provincia: una vera barzelletta! Ecco perchè ripropongo il problema: era stato accettato un mio ordine del gior-

no che proponeva di mutare radicalmente l'impostazione della politica sanitaria in rapporto al finanziamento di tutta questa attività; ma questo è il terzo anno che il bilancio contraddice tale accettazione.

E veniamo al problema dell'assistenza e della prevenzione dei disturbi psichici. Non ritornerò sulla storia degli invalidi civili nè sul fatto che ci apprestiamo a discutere quel progetto di legge collegato alla legge degli handicappati, nella quale sono contenute cose da meditare. Pensate che nell'articolo 8 è previsto l'elenco delle persone che possono denunciare dei disadattamenti psichici. Questo è veramente pericoloso: sarebbe come se io elencassi i cittadini che possono segnalare un caso di polmonite! Il civile non può segnalare nulla: solo il medico può farlo. Tra l'altro (scusate se debbo essere molto chiaro in proposito) il disadattamento è uno stato molto difficile da definire. Faccio un esempio pratico: tempo fa fui chiamato da un assistente sanitario ad un istituto, un centro del Ministero dell'interno, che si trova presso l'EUR, perchè c'era un ragazzo che era stato definito pazzo e dovevano mandarlo al manicomio.

Il ragazzo era stato sottoposto ad un *test*, e le domande e le relative risposte erano state le seguenti: prima domanda: che cosa faresti se si incendiasse la tua casa? Risposta: l'importante è che non si imbizzarriscano i cavalli. Seconda domanda: che cosa faresti quando piove? Risposta: l'importante è non ripararsi sotto gli alberi. Terza domanda: che cosa faresti quando fa freddo? Risposta: si va a letto. Il ragazzo era stato dichiarato pazzo, invece era normalissimo: bastava considerare che si trattava di uno zingaro e le sue risposte sarebbero apparse del tutto normali.

Questo per dimostrare quanto sia difficile applicare certi strumenti. Non possiamo prevedere in una legge che il cittadino segnali un caso di disadattamento, anche perchè (altro esempio pratico) in questo momento mi trovo in una situazione assai incresciosa: da ben sei mesi sto cercando, senza riuscirci, di fare uscire dal

manicomio una ragazza normale di 16 anni che si trova lì ricoverata da tre anni e mezzo soltanto per l'applicazione errata di uno strumento diagnostico.

Una politica sanitaria che non affronti il problema ambulatoriale per me è assurda. In questo bilancio, ad esempio, sono previsti 5 miliardi per nuovi istituti per subnormali: non possiamo stanziare miliardi per istituti, perchè questi non servono a nulla se non in casi eccezionali, e cioè quando, mancando il padre e la madre, non si può svolgere una politica assistenziale in famiglia. Il problema non è di chiamare in causa questo o quell'istituto, ma di organizzare le cose in modo che il bambino non vada nell'istituto; poi vedremo se e come funzionano gli istituti.

Dobbiamo rivedere tutta la politica dell'assistenza all'infanzia, partendo dal principio che nell'infanzia il concetto di normalità e il concetto di patologia non sono gli stessi che nell'adulto, perchè sono collegati al concetto di sviluppo, per cui certe cose che sono normali a tre anni sono patologiche a sei e viceversa. Nei bambini esistono casi patologici secondo il quoziente di sviluppo; esiste poi la reazione all'ambiente, in base al quale un certo comportamento è normale in un ambiente e non in un altro. È evidente, quindi, che questo problema della normalità e dello stato patologico nell'infanzia è molto complesso e non lo si può configurare come nell'adulto tanto meno con strutture di ricoveri che sono molto generiche, perchè la dinamica dello sviluppo del bambino è legata ad una struttura che nell'istituto non è mai realizzabile.

Un solo tipo di esperimento è stato condotto in Italia, quello dei « focolari »: unico tipo, sia pure ridottissimo, di struttura istituzionalizzante a tipo familiare, a volte anche a carattere privato. Comunque in genere la struttura manca delle possibilità di adattamento, e quindi si persiste sugli istituti di ricovero e così via, in cui non esiste il problema elementare del finanziamento; il che rappresenta un fatto drammatico.

Non è possibile poi lasciar passare una legislatura senza risolvere certi problemi, come quello dei disadattati nella scuola, che implicano da parte nostra una responsabilità morale gravissima. Ad esempio si fa confusione tra classi differenziali e classi speciali: le prime rappresentano, per il 99 per cento una spesa inutile perchè il soggetto va riambientato nella struttura normale. I miei collaboratori ed io, a Roma, stiamo facendo un'esperienza addirittura al limite tenendo nella stessa classe soggetti medio-gravi e soggetti normali. Ebbene, anche i normali traggono da ciò un giovamento poichè si abituanano ad una esistenza dialogica e di integrazione. Naturalmente ad un certo livello interviene la classe speciale, ma questo è un altro problema; però anche qui non facciamo una politica di questo tipo, che è interessante perchè con l'unità sanitaria di base vedremo riassunta una parte che è assistenziale, assieme ad una scolastica e ad una sanitaria, mentre la sanità non può farsi carico di tutta la struttura: una parte notevole deve essere svolta dalla scuola, anche perchè un bambino abbandonato, ad esempio, non deve essere considerato ammalato, non deve andare all'ospedale per il solo fatto di essere illegittimo. Ciò purtroppo si verifica molto spesso, e la contaminazione, per la prima infanzia, è la più grave: ancora è possibile sopportare tante cose nella seconda infanzia, ma non lo è nella prima, tanto è vero che in tutti i Paesi civili i bambini stanno con la madre.

Bisogna allora dare vita a strutture suddivise ed organizzate, non ad ospedali ma a case-famiglia, come fanno in America, in Russia, in Svezia e via dicendo, dove si istituiscono appositi quartieri dotati della necessaria assistenza.

Non desidero dilungarmi oltre: voglio solo osservare che noi non possiamo non cogliere questa occasione per ribadire anzitutto che il problema dell'assistenza psichiatrica agli adulti non può più essere affrontato in modo istituzionalizzante; in secondo luogo che l'assistenza ai bambini, generica, psicologica e psicopedagogica va affrontata con strutture di un certo tipo,

oggi esistenti solo a livello microscopico. I centri psicopedagogici sorti a Roma, a Milano eccetera, sono pochissimi: Roma dovrebbe averne uno ogni 50.000 abitanti e ne ha solo quattro in tutto; io debbo assistere una popolazione di circa 900 mila persone, e nel nostro centro gli appuntamenti si prendono a nove, dieci mesi di distanza. Molto spesso un'assistenza del genere potrebbe invece aiutare a superare problemi molto importanti, ma non è possibile giungere a questo con l'attuale situazione poichè il più delle volte tale aiuto arriva troppo tardi.

Quindi, ripeto, non possiamo accettare un tipo di politica sanitaria siffatta, tanto più che siamo sempre in attesa che si risolva il noto problema della riforma sanitaria per cui, se non avremo intanto affrontato la situazione con chiarezza, potremo aggiungere al danno la beffa di aver atteso anni per poi vedere affidati all'unità sanitaria problemi scolastici che invece, come ho detto, le competerebbero solo in parte. Perciò ritengo che dobbiamo avanzare con estrema energia, fin da adesso le nostre richieste il Ministero della sanità perchè tenga almeno fede agli impegni già assunti e che sono determinanti; non vorrei, infatti, che tra le varie polemiche oggi in corso ci si dimenticasse di responsabilità più importanti, perchè evidentemente queste vanno affrontate: per quanto riguarda l'ONMI, ad esempio, nè il Ministero dell'interno nè quello della sanità possono respingere le loro responsabilità, poichè anch'essi hanno una competenza in merito, e non di poco rilievo trattandosi di svolgere compiti di controllo. In più, come ho detto, il Ministero della sanità non può dimenticare gli impegni che ha assunto e che hanno un carattere drammatico.

Concludo dichiarandomi a vostra disposizione per documentare le mie parole con dati sugli istituti, sui casi assistiti e via dicendo: non si tratta più di problemi interessanti questo o quel partito ma di problemi che riguardano tutti noi. Ricordo che nel 1956 fu elaborata una proposta di riforma che incontrò il consenso unanime ma

non riuscì, in tre legislature, a porla in discussione.

Questa è stata presentata per due, tre volte, ma sono scaduti i termini ed il discorso non è stato mai cominciato. È evidente che vi sono delle ragioni e vedremo quali sono. Allo stato attuale, abbiamo una serie di ipotesi, di capitoli che si discutono settorialmente, oppure le questioni si rinviando *sine die* e non si risolvono. Non vorrei fare dell'umorismo macabro e dire che questo avviene perchè i bambini non votano. Sta di fatto, però, che le pressioni e le polemiche di certe categorie riescono a far varare delle leggi.

Concludendo, torno a sottolineare le enormi responsabilità che abbiamo per quanto concerne i bambini subnormali, i quali si trovano in una situazione vergognosa che non possiamo più tollerare.

D E F A L C O . Onorevole Presidente, la relazione del senatore Albanese, così come ho anche accennato questa mattina, ha preferito tracciare un quadro, diciamo, di bilancio morale della Sanità piuttosto che analizzare gli stanziamenti dei singoli capitoli della tabella. Ha anche detto che non si possono ignorare completamente le cifre poichè c'è anche una politica dell'ordinaria amministrazione.

Trattando delle istituende unità sanitarie locali, tra l'altro, il senatore Albanese ha affermato: « Naturalmente non basterà controllare l'uomo, ma bisognerà potenziare la profilassi delle malattie infettive, la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, delle malattie sociali, delle malattie reumatiche, dei tumori ».

Io mi soffermerò su uno di questi problemi: la condizione operaia nelle fabbriche. A mio parere, non si tratta di potenziare la prevenzione di infortuni e malattie professionali, come sostiene l'onorevole relatore. L'assistenza ai lavoratori è gravemente deficiente e pertanto si tratta di trasformare, di rivoluzionare i concetti, le norme, gli istituti che sono alla base di tale prevenzione.

La legge che istituiva il Ministero della sanità volle riservare al Ministero del lavoro la competenza specifica sulle leggi che ri-

guardano la sicurezza del lavoro. Cambiano gli stessi concetti. Il concetto di « medicina del lavoro », che è stato sempre un concetto fondamentale della tutela del lavoro, ha oggi il significato di cura di un guasto patologico. Prevale nel mondo il concetto di « igiene del lavoro ». Evidentemente non sono sinonimi. L'igiene del lavoro è una cosa diversa e dà l'idea della prevenzione.

In una società industriale come la nostra la fabbrica interessa decine di milioni di persone. La situazione sanitaria nelle fabbriche interessa l'igiene generale e cioè la profilassi, la epidemiologia, la patologia, la fisiologia, come interessa anche la psicologia e tutto ciò che riguarda la prevenzione non tecnologica.

Pertanto, se il Ministero della sanità è preposto all'igiene e sanità generale, è assurdo che si disinteressi della condizione ambientale delle fabbriche, fonti di inquinamento interno ed esterno e di tutta una casistica patologica che, colpendo milioni di lavoratori, condiziona la situazione sanitaria dell'igiene generale. E questo nel rispetto delle leggi specifiche sanitarie vigenti. Direi perciò che questo investe il bilancio morale della Sanità. A mio parere la relazione doveva analizzare questa situazione sanitaria un po' più a fondo. Consentite che mi chieda se il Ministero della sanità ha svolto una politica di igiene del lavoro per quanto di sua competenza. Il relatore Albanese, quando parla nella sua relazione di potenziare i servizi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali non accenna a quale sarà la funzione che avrà l'unità sanitaria locale in questo campo. Va rilevato che per il passato fino ad oggi il bilancio in relazione a questo problema è stagnegativo. Il Ministero non ha svolto una politica in questo senso per evidenti ragioni. È evidente che sviluppare una politica del genere presupponeva una politica sanitaria del lavoro di qualità, secondo la più evoluta scienza di igiene del lavoro.

Il Ministero dispone di una organizzazione centrale e periferica necessaria. Ricordo il Consiglio superiore della sanità, l'Istituto superiore di sanità, i Consigli provinciali di

sanità, gli uffici del medico provinciale, gli uffici sanitari.

Onorevoli colleghi, dicevo che la situazione nelle fabbriche è allarmante. I lavoratori sono sempre più vittime di malattie non riconosciute attinenti alle lavorazioni. In Italia vi sono una quindicina di leggi e regolamenti in materia di igiene del lavoro; leggi che generano equivoci, dispute giuridiche e di dottrina. Secondo la scienza nazionale e internazionale tutte le tecnopatie, gli stati morbosi causati dalle lavorazioni investono la sanità pubblica. Queste leggi lo negano di fatto. Si calcola che nei 40 anni delle attuali leggi sul lavoro si sono avuti 50 milioni di infortuni e malattie professionali riconosciute. Nell'ultimo anno pare che il numero dei colpiti arrivi ad un milione e 600 mila: una vera carneficina! Oggi le tecnologie, i nuovi ritrovati chimici, i sistemi di lavorazione diventano superati prima ancora che se ne possano studiare gli effetti sui lavoratori, mentre la prevenzione e l'assistenza ai lavoratori è quella che era 40 anni fa. Chi oggi in Italia può stabilire a che cosa si deve attribuire il dilagare di alienazioni mentali, di nevropatie tra i lavoratori? Sono le tensioni prolungate? I ritmi di lavoro? Talune combinazioni chimiche? Le uniche risposte vengono date in modo pratico dai lavoratori interessati alle produzioni, dalla scienza e dai ricercatori privati non legati al carro padronale.

È un fatto che nessun Ministero, nè quello della sanità nè quello del lavoro, ha mai investito ufficialmente del problema il Consiglio nazionale delle ricerche, che pure ha avuto qualche buona iniziativa. C'è da chiedersi che valore sociale possano avere studi e ricerche se poi restano puri valori culturali senza che la sanità pubblica ne faccia oggetto di norme giuridiche a tutela del lavoratore! Esistono, ad esempio, studi e ricerche ad alto livello, specie all'estero, sui valori delle massime concentrazioni tollerabili (MAC) delle principali sostanze tossiche di uso industriale.

Questa tabella, per esempio, indica che la massima concentrazione tollerabile per l'uomo dell'acido cianidrico è di 11 milligrammi per metro cubo di aria. Chi con-

trolla tale massimo in una fabbrica? Nessuno, perchè oltretutto non esiste una tabella che abbia valore di legge, e pertanto la ricerca legata alla tabella della Clinica del lavoro di Milano ha solo un valore culturale.

Il cloruro di vinile, è stato accertato da un'équipe di ricercatori dell'« Istituto Regina Elena » di Roma, è cancerogeno nelle cavie (una relazione in tal senso è stata inviata sin dal maggio 1970 al Ministero della sanità) ed è usato largamente nell'industria chimica, specie per le materie plastiche. Non si sa ancora se è cancerogeno sull'uomo: chi l'accernerà? Potrebbe accertarlo l'Istituto superiore di sanità, ma pare che manchi di specialisti e di attrezzature scientifiche nel settore specifico... Mi si consenta di dire che soprattutto manca una politica sanitaria in tal senso!

Il neo-capitalista ritiene di stabilire il limite massimo fisiologico al quale il lavoratore può essere sottoposto, scoprendo che non vi sono limiti nell'adattare l'uomo alla macchina, all'ambiente nocivo, ai veleni, ai gas velenosi. La sezione di medicina del lavoro dell'alta autorità della CECA ed una risoluzione del Bureau international du travail affermano che una fatica eccessiva ed accumulata può portare a gravi turbamenti di ordine fisiologico e psicologico, può determinare nevrosi da *surmenage*, come sindrome da fatica nervosa e *stress* predisponente all'infortunio. L'infortunio sul lavoro è dunque una entità tecnica derivante da mancati apprestamenti di protezione? Interesse i valori attitudinali del lavoratore? Anche! Ma soprattutto l'infortunio sul lavoro è un problema fisiopatologico quanto medico-psicologico e medico-sociale, e, come tale, interessa il Ministero della sanità. Al esempio è stato stabilito da illustri scienziati di medicina del lavoro che il tasso di infortunio aumenta se la temperatura in una fabbrica è sotto i 13 gradi o sopra i 35: ora negli altiforni di Genova, di Terni o di Taranto i gradi di calore sono anche 80; le operaie dell'Alemagna di Milano lavorano a temperature fino a 60 gradi; nei centri siderurgici di Taranto, Genova, Terni e Piombino vi sono reparti dove, a causa di

polveri, la visibilità è pari a meno di 50 centimetri, ventiquattro ore su ventiquattro. La situazione peggiora sempre più per i ritmi della produzione e per la mancanza o l'insufficienza di apprestamenti di depurazione e ventilazione adeguati ed efficienti.

L'assenteismo in materia è notevole. Studiosi dell'Università di Strasburgo, come Metz, o della Queensland University, come Mac Pearson o l'italiano Maugeri, direttore dell'Istituto di medicina del lavoro dell'Università di Pavia, concordano sul fatto che continuare a lavorare in un ambiente surriscaldato causa un danno fisiologico e patologico irreversibile. Inoltre può causare menomazioni permanenti fino ad incidere sullo stato mentale del lavoratore.

I lavoratori accusano nella pratica casi di astenia mentale e fisica, modificazione del carattere, incapacità al controllo, perdita di conoscenza, agitazione, disturbi dell'apparato digestivo, di quello circolatorio, di quello neuro-ormonico; come pure i rischi ambientali di ordine fisico vengono influenzati da variazioni della temperatura, della pressione atmosferica, della rumorosità ambientale fuori norma. In tali condizioni i ritmi di lavoro, per esempio, debbono limitarsi, poichè solo così può assicurarsi l'integrità fisica e la personalità dei lavoratori.

Oggi chi entra in questo ordine di idee? L'ispettore del lavoro? L'ENPI?

In uno studio destinato all'organizzazione economica europea il professor Stephen Grew dell'Università di Bristol ha affermato che i suoi studi lo hanno condotto alla conclusione che i fenomeni determinantisi per effetto di due trasformazioni contemporanee, ma in senso inverso, si vengono realizzando nella situazione del lavoro. Da un lato gli apparati e le tecniche lavorative ringiovaniscono e si rinnovano; dall'altro l'uomo addetto a tali apparati invecchia. Noi diciamo che non è l'uomo ad invecchiare ma la società, perchè fa invecchiare le leggi: invecchia la società capitalistica, che rinnova il processo produttivistico contro l'uomo, condannandosi quale società di una classe.

Permettete che citi il severo giudizio di uno scienziato e ricercatore: il dottor Mario Rossi, già dell'Istituto superiore di sanità

e già titolare della Sezione di medicina del lavoro della CEE. Egli, in tema di adattabilità dell'uomo alla macchina, afferma: « A volte si ha l'impressione, leggendo certe relazioni più o meno scientifiche sul tema dell'adattamento della personalità, che l'ideale proposta da una società produttivistica tende soprattutto a creare l'uomo privo di ogni tensione, emozione, complesso, rivolta. Un uomo adattato dovrebbe essere, secondo certi cultori della super-produzione, l'uomo senza personalità prossimo ad entrare o già entrata in quella che Janet chiamava la miseria psicologica ». E conclude amaramente il dottor Rossi: « Non si può negare che un certo risultato in questo senso s'ia stato perseguito ».

Onorevoli colleghi, questo è un giudizio amaro, aberrante ed allucinante. Siamo più vicini all'a « robotica » che all'uomo, e si tratta di una condizione operaia che interessa tutta la società, poichè è ancora da dimostrare che tale « miseria psicologica » non stia investendo la società ed i suoi valori. È un fatto che l'Italia è il Paese primo in Europa per le malattie professionali, così come è uno dei primi in tema di ricerca privata delle tecnologie applicate più progredite per lo sfruttamento razionale del lavoratore, fino all'ideale di produzione. L'Italia è uno dei Paesi in Europa in cui manchi una scienza pubblica di ricerca applicata in tema di igiene del lavoro: veramente la ricerca, da noi, è allo stato indicato dalla relazione del senatore Albanese; l'Italia è il Paese dove l'industriale può immettere nelle lavorazioni tutti i veleni e gas letali, a suo piacimento: deve solo munirsi di una licenza rilasciata dal Ministero dell'interno. In parecchi Paesi europei, negli Stati Uniti d'America e in molti Paesi socialisti la medicina del lavoro è oggetto di studi e ricerche da parte della sanità pubblica; prevale cioè il concetto scientifico che ogni malattia professionale ha una causa di tecnica sanitaria, così come numerosi malesseri e malattie sono da attribuire a fattori ambientali dei luoghi di lavoro.

Nel lontano 1901 il professor Devoto, il padre della medicina del lavoro, affermò che il lavoro doveva essere organizzato se-

condo i dettami della medicina e della biologia. A 70 anni di distanza si tende a staccare dall'istituendo servizio sanitario nazionale tutto ciò che attiene all'igiene del lavoro.

Esiste una carenza del genere. Va potenziato questo servizio, ma dev'essere un servizio organizzato, disciplinato e diretto dalle unità sanitarie locali.

I lavoratori stanno affermando con la lotta di essere i soli depositari di tutte le conoscenze pratiche che nella fabbrica concernono la loro salute. Con la lotta hanno già ottenuto brillanti risultati contrattuali.

È evidente che per quanto ci riguarda noi vediamo una soluzione moderna del problema nella istituzione dei centri di medicina del lavoro; centri inseriti nella riforma sanitaria nazionale, nel più compiuto sistema di sicurezza sociale: funzione che può essere svolta solo dall'Unità sanitaria locale.

In tema di Unità sanitaria locale, è da rilevare la gradualità prospettata dal relatore circa la loro costituzione senza specificare come e quando comincerà a realizzarsi. L'indicazione che alcune parti politiche danno del 1974 è grave, perchè vuol dire, in tema di igiene del lavoro, lasciare i lavoratori soli nella lotta per la loro salute.

Pertanto, è urgente demandare ogni competenza legislativa alle Regioni in tema di sanità nazionale. Ne consegue l'urgente costituzione delle Unità sanitarie locali come emanazione dei comuni, con compiti legislativi dei medesimi.

Come è ovvio, si debbono riservare le funzioni legislative al centro, allorchè trattasi di leggi di carattere generale. Nella specie possono essere tradotti in leggi i risultati della ricerca scientifica in tema di medicina del lavoro.

Vi sono purtroppo forze politiche e corporative che vorrebbero settorializzare la riforma. Volere una riforma che tenga separati e distinti competenze e compiti istituzionali in tema di igiene del lavoro, e soprattutto competenze e compiti istituzionali di prevenzione e di assistenza degli infortuni sul lavoro, negandoli alla Unità sanitaria locale, vuol dire solo voler lasciare tutto come prima; significa voler eludere il fon-

do del problema, aggirando la sostanza di una vera riforma sanitaria; vuol dire, inoltre, provocare una lacerazione nel tessuto sanitario nazionale.

La riforma sanitaria nazionale dev'essere l'occasione per una nuova, moderna ed evoluta igiene del lavoro. Mi si consenta di affermare che i lavoratori hanno tutta la forza e la maturità per imporre con la lotta una riforma sanitaria completa che venga realizzata in tempi brevi.

Onorevoli colleghi, non pretendo di avere esposto esaurientemente tutto sulla tragedia sanitaria che investe i lavoratori; il tempo e la sede consigliavano di richiamare brevemente il problema. Sperando pur nella sommarietà di esserci riuscito.

P I C A R D O . Mi chiedo, signor Presidente, a che cosa valga questo dibattito sul bilancio, se la costante assenza del Governo in Commissione non ci consente di avere un dialogo e il nuovo sistema di discussione in Aula autorizza il Ministro a non rispondere ai nostri quesiti.

Sino a questo momento ho sentito due cose interessanti; l'esposizione del senatore Ossicini, che condivido in molti punti, e quello che definisco l'elaborato scientifico, sociale e politico del relatore, senatore Albanese. Ma pure apprezzando lo sforzo di diligenza del senatore Albanese, mi chiedo se questo elaborato rappresenti la relazione di maggioranza oppure no. Sul piano personale ammiro quello che egli ha fatto, il coraggio che ha avuto come medico e anche come politico; ma sul piano politico, la sua relazione che cosa rispecchia?

Stamane il senatore Orlandi parlava dei canali del Governo da indirizzare. Il Governo, senatore Orlandi, non ha canali o, se ne ha, essi sono così tortuosi che non si riesce a trovarli. L'esame del bilancio, signor Presidente, non deve essere, a mio modo di vedere, soltanto l'esame freddo e rigido dei dati che ritroviamo e delle cifre, ma l'esame dell'indirizzo politico che il Governo vuole avere. Ora, questo indirizzo noi non riusciamo mai a conoscerlo nè in Assemblea nè in Commissione; sappiamo qualcosa dai giornali e dai programmi televisivi, a

seconda che il Ministro sia più o meno telegenico.

Ho apprezzato tutti i colleghi che hanno preso la parola sulla riforma sanitaria, sull'Unità sanitaria locale; ma sono discorsi fatti a chi? Il nostro interlocutore diretto, il Governo, dov'è? Qual è la sua linea, qual è il suo indirizzo? E quello dell'onorevole Mariotti? E quello dell'onorevole Colombo che tratta e contratta con i sindacati, prescindendo dal suo principale dovere di informare le Commissioni? Oppure è quello emerso dalle dichiarazioni fatte, non certo in una sede responsabile come il Senato o la Camera, dal ministro Donat Cattin alla televisione, che l'altra sera ci esponeva un programma del tutto diverso?

Io spero che il giorno 15 sia veramente presente il Governo, altrimenti faremo ancora degli sforzi pregevolissimi, ma che poi nella realtà, quanto al contributo che dobbiamo dare alla società, non approderanno a nulla.

**M I N E L L A M O L I N A R I .** È veramente deplorabile che avvenga una discussione come questa senza la presenza del Governo, perchè io, ad esempio, mi trovo di fronte ad una serie di proposte, di interventi, di pareri di commissioni ministeriali, insomma a tutto un indirizzo nel quale sembrava del tutto ovvio che l'assistenza all'infanzia sarebbe stata attribuita alle Unità sanitarie locali. Mi trovo poi di fronte ad un progetto di riforma sanitaria, pubblicato su « 24 Ore », che nessuno sa se sia ufficiale o ufficioso, in cui non si fa alcun riferimento al problema della mortalità infantile e dell'assistenza all'infanzia in Italia. Comunque si potrebbe ancora supporre che tutto quello che riguarda la prevenzione contro le malattie — e penso che in questo campo rientri in prima linea anche l'assistenza all'infanzia — sia affidato al servizio sanitario.

**F E R R O N I .** Mi scusi se faccio una precisazione. Desidero rassicurare che quel progetto di riforma pubblicato sul giornale « 24 Ore » non proviene in nessun modo dal Ministero della sanità.

**M I N E L L A M O L I N A R I .** Però non sarebbe stato male che il Ministro avesse fatto qualche precisazione in proposito. Io infatti mi trovo di fronte a delle dichiarazioni fatte dal ministro Mariotti, al giornale « La Stampa », del 18 febbraio 1971, e al giornale « Il Giorno », del 26 febbraio 1971, in cui tra l'altro è detto: « Lo diciamo da tempo: il vecchio Stato accentratore non funziona, non può funzionare. Il decentramento attraverso le Regioni è l'unica soluzione giusta e possibile ». E a proposito dell'ONMI, sulla quale gli è stato chiesto espressamente il parere, il Ministro ha detto esattamente: « La gestione degli asili-nido dovrebbe passare agli enti locali sotto il controllo dello Stato. In particolare gli asili-nido, attualmente sotto il controllo del Ministero dell'interno, devono passare sotto il controllo dei Comuni. Le unità sanitarie locali dovrebbero provvedere all'assistenza all'infanzia sotto la supervisione generale del Ministero della sanità ». E poi c'è un punto in cui per quanto riguarda le Regioni, egli afferma che è ora di finirla con uno Stato che paga dei privati perchè gestiscano istituti per l'infanzia a fini speculativi e che occorre procedere ad un'opera di decentramento verso i Comuni e verso le Regioni. Queste le dichiarazioni del ministro Mariotti. Ora però ci troviamo di fronte a uno stato di previsione della spesa del Ministero della sanità nel quale, non solo viene riconfermato l'ONMI come unico ente monopolizzatore dei compiti in questo settore, anche se poi essi sono dispersi in centomila altri enti a cui l'ONMI li delega, ma si dice anche (a pagina 5 della relazione sul bilancio: « Per quanto concerne l'ONMI, occorre dare al più presto una nuova struttura all'ente, il quale, anche dopo l'istituzione delle Regioni, dovrà continuare a svolgere attraverso l'attuale capillare rete di assistenza sanitaria e sociale tutti quei compiti che gli sono stati affidati dalla legge istituzionale ».

Allora, a questo punto io sostengo che la discussione non può essere iniziata, dal momento che in queste poche righe di un documento firmato dai ministri Colombo e Giolitti si fissa una linea che il Parlamento non ha esaminato e non ha neanche preso

a discutere e, per quel che riguarda i compiti delle unità sanitarie locali, si sancisce una linea che è completamente l'opposto, non solo delle esigenze naturali e normali che oggi gli enti locali chiedono vengano soddisfatte e di quanto sancisce la Costituzione, ma anche di ciò che ha dichiarato il ministro Mariotti a piene lettere in precedenza sui giornali.

Di fronte a questa situazione mi domando come mi devo comportare. Non intendo intervenire nella discussione. Dico solo che voterò contro questo bilancio, partendo anche e soprattutto dalla constatazione che in esso non sono considerati in modo soddisfacente i problemi dell'infanzia.

**A R G I R O F F I .** Vorrei semplicemente dire che dalla lettura dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità risulta che non vi è alcun accenno ad un problema che a mio parere è di competenza squisitamente sanitaria. Mi riferisco al problema degli equilibri ecologici nelle istituende unità sanitarie locali, che richiede l'attribuzione della problematica ecologica alle Regioni e agli enti locali.

Ritengo che questo sia un dato molto importante perchè, se ci riferiamo all'intervento che ha fatto il senatore De Falco e a ciò che diceva la senatrice Angiola Minella Molinari circa la necessità di impostare localmente un tipo di equilibrio ecologico al quale va riferita indubbiamente la necessità di un dibattito culturale che nasca a monte della situazione di malattia legata agli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del terreno, si vede come problemi di così estrema diversificazione non possono non riferirsi ad una politica settoriale comprensoriale legata alla funzione delle unità sanitarie locali.

Ciò voglio dire perchè l'istituzione dell'unità sanitaria locale viene indefinitamente rinviata, secondo le notizie che abbiamo appreso ripetutamente in questi ultimi giorni dai giornali e secondo le quali non solo per i prossimi tre anni le mutue sopravviveranno (come del resto noi, facili cassandre, avevamo previsto durante il dibattito sul

« decretone ») con l'ossigenazione che viene consentita da questo nuovo finanziamento, ma addirittura ulteriormente per due anni si prevede che le mutue continueranno ad esercitare il loro potere frenante, burocratico e accentratore, impedendo lo svilupparsi di autentiche riforme sanitarie. A queste noi leghiamo indissolubilmente l'ipotesi di un recupero scientifico e anche operativo all'indizio di questo problema importantissimo, al quale lo stesso Presidente del Senato ha dato grande rilievo istituendo un'apposita Commissione, che ha ieri concluso i suoi lavori in attesa che venga insediato un nuovo organo istituzionale. Non sappiamo con quali criteri ciò verrà attuato, e ci auguriamo non vengano esclusi ancora una volta, come è successo nella precedente Commissione, i rappresentanti della Commissione sanità, trattandosi a nostro parere di un problema squisitamente sanitario.

**P R E S I D E N T E .** Poichè nessun altro domanda di parlare il seguito dell'esame preliminare della Tabella 19 è rinviato ad altra seduta.

*La seduta termina alle ore 13,30.*

**SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 APRILE 1971**

**Presidenza del Presidente CAROLI**

*La seduta inizia alle ore 10,10.*

*Sono presenti i senatori: Albanese, Barra, Caroli, Chvariello, Colella, De Falco, De Leoni, Di Grazia, Guanti, Manenti, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino, Pinto, Senese e Zellioli Lanzini.*

*Interviene il ministro della sanità Mariotti.*

**C O L E L L A ,** segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1971****— 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 1971 — Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

G U A N T I . La discussione sul bilancio, per volontà del Governo e della maggioranza, è stata svuotata di ogni contenuto, ridotta ad una pura e semplice formalità. Ministero del tesoro, Ministero del bilancio, CIPE, Cassa del Mezzogiorno, Consiglio dei ministri decidono tutto in materia di bilancio e programmazione. Il Parlamento viene esautorato dei poteri costituzionalmente stabiliti.

L'articolo 81 della Costituzione afferma che le Camere approvano ogni anno i bilanci ed il rendiconto consuntivo, mentre l'articolo 100 aggiunge che la Corte dei conti esercita il controllo sul bilancio dello Stato e riferisce direttamente alle Camere. La procedura usata non tiene affatto conto del dettato costituzionale e denuncia la volontà del Governo di volersi sovrapporre al Parlamento.

Mentre queste storture si verificano nella fase decisionale, ancora più gravi diventano le responsabilità del Governo nella fase operativa. Molti impegni di spesa già deliberati non vengono realizzati come viene del resto documentato dal « Libro bianco » sulla spesa pubblica.

I residui passivi sono dell'ordine di migliaia di miliardi. Questi corrispondono a problemi importanti non risolti, a milioni di giornate lavorative negate ai disoccupati, alla mancata risoluzione dei problemi del Mezzogiorno. Questa situazione in definitiva serve ad aumentare l'incertezza, a provocare confusione e si riflette in modo negativo sull'economia del Paese.

In materia di spesa pubblica il Parlamento non solo deve esercitare pienamente i suoi poteri nel decidere le scelte, ma deve anche esercitare un controllo continuo ed efficace, perchè quanto è stato programmato sia realizzato.

Pieno esercizio dei poteri del Parlamento in materia di bilancio perchè siano tutelati i fini sociali dell'attività economica, perchè siano rimossi gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione del Paese, perchè sia garantito il diritto al lavoro a tutti i cittadini. Tutto questo può e deve essere il bilancio dello Stato. Abbiamo tutti il dovere di fare in modo che trionfino gli indirizzi stabiliti dalla Costituzione. Ciò facendo, contribuiremo al progresso sociale, allo sviluppo economico e all'avanzamento democratico del nostro Paese. Dopo queste premesse di carattere generale passiamo all'esame delle cifre.

Gli stanziamenti del Ministero della sanità sono estremamente modesti: 178.995 milioni. La relazione ministeriale ci avverte però che il suddetto importo rappresenta meno del 10 per cento della spesa globale che la collettività affronta per la tutela della salute e che si trova distribuita tra i vari Ministeri: Lavoro e previdenza sociale, Interni, eccetera. Vi sono poi 16.413 milioni di spesa di competenza del Ministero della sanità accantonati nel fondo speciale del Ministero del tesoro.

L'esame analitico della previsione ci dice che solo 200 milioni sono le spese in conto capitale: spese per la ricerca scientifica dell'Istituto superiore di sanità. Inoltre, su una complessiva spesa di oltre 178 miliardi ben 128, pari al 72 per cento, sono rappresentati dai trasferimenti, cioè quelle somme che il Ministero trasferisce ad altri enti o eroga come contributi.

Le voci più importanti di detti trasferimenti sono rappresentate dai 28.500 milioni per l'ONMI; 23.394 milioni per concorso alle province ed enti da cui dipendono ospedali psichiatrici; 19.000 milioni per contributi e sussidi agli enti ospedalieri; 18.000 milioni

per contributi e sussidi per la lotta contro la tubercolosi; 7.106 milioni per la Croce rossa italiana.

La distribuzione della spesa per rubrica dà la seguente graduatoria:

- 1) Rubrica 2 — Ospedali 53.099, pari al 29,8 per cento;
- 2) Rubrica 1 — Servizi generali 51.756,6, pari al 29 per cento;
- 3) Rubrica 4 — Malattie sociali 49.959, pari al 23 per cento;
- 4) Rubrica 7 — Servizi veterinari 18.117, pari al 10,1 per cento;
- 5) Rubrica 3 — Igiene pubblica 6.611, pari al 3,4 per cento;
- 6) Rubrica 8 — Istituto superiore di sanità 5.048,1, pari al 2,8 per cento;
- 7) Rubrica 6 — Servizi farmaceutici 2.890, pari all'1,6 per cento;
- 8) Rubrica 5 — Igiene alimentare e alimentazione 514, pari allo 0,3 per cento.

Questo esame analitico ci dice che molto poco viene fatto nel settore dell'igiene pubblica e specialmente per la difesa dell'igiene del suolo, dell'ambiente e dell'abitato.

Scarsa importanza viene attribuita alla medicina scolastica. Modesti appaiono gli stanziamenti per il finanziamento dell'Istituto superiore di sanità, che dovrebbe assolvere compiti importanti di controllo e di ricerca scientifica.

Gli stanziamenti per gli alimenti e la nutrizione sono addirittura irrisori: 514 milioni in complesso, dei quali 400 milioni (capitolo 1228) sono destinati quali contributi per le attrezzature dei laboratori di igiene e profilassi.

Fatta questa sintetica analisi sulle cifre riguardanti la spesa e passando agli indirizzi di politica sanitaria rileviamo che la nota preliminare alla tabella 19 richiama in primo luogo gli impegni relativi alla riforma sanitaria, il cui problema di base resta quello del passaggio dal sistema mutuo-previdenziale a quello di sicurezza sociale, sistema che postula la creazione delle unità sanitarie locali per la tutela globale, preventiva, curativa e riabilitativa della salute del cittadino

come tale. Impieghi che non sono concretizzati nel bilancio in esame, ma che saranno concretizzati nel futuro.

Badate bene, dice la relazione, che il passaggio da un sistema all'altro è molto difficile. E in netta contraddizione con la premessa si parla di ristrutturazione dell'ONMI e della Croce rossa italiana, mentre la riforma richiede il superamento del sistema attuale, il passaggio della tutela della salute pubblica al servizio sanitario nazionale, alle Regioni, alle unità sanitarie locali gestite dai comuni o consorzi di comuni con il concorso di comitati sanitari degli utenti.

Nessuna struttura del vecchio sistema deve essere tenuta in piedi; perciò, non solo superamento delle mutue, ma anche scioglimento di tutti gli enti che si occupano di attività sanitaria: ONMI, Croce rossa italiana, ENPI, INAIL. Troppo generici e platonici appaiono gli impegni per la riabilitazione degli invalidi civili. Si afferma che « l'assistenza agli invalidi civili deve tendere al recupero sociale degli assistiti e, per la parte sanitaria, non si può negare l'esigenza di una completa assistenza, generica e specifica ».

Per quanto attiene all'igiene degli alimenti si promette l'emanazione del regolamento di esecuzione della legge 30 aprile 1962, numero 283. Per il settore farmaceutico si parla del brevetto, del riordinamento della disciplina della produzione e del commercio dei medicinali. Nessun accenno alla pubblicizzazione, nè al divieto di ogni forma di propaganda e promozione delle vendite.

In complesso, il bilancio della Sanità è un bilancio vecchio che non vuole rinnovarsi. Alcuni buoni propositi, ma niente di nuovo sul piano operativo, sul piano delle scelte effettive. Nessun passo avanti viene realizzato nel settore della prevenzione. Gli impegni del primo piano quinquennale si sono volatilizzati. Nel paragrafo 71 del programma di sviluppo per il quinquennio 1966-70 si afferma tra l'altro che l'intervento sanitario pubblico, soprattutto in senso preventivo, sarà orientato al fine di ridurre l'incidenza delle malattie di maggior rilievo sociale e della mortalità infantile, e ottenere una so-

stanziale elevazione del livello igienico-sanitario del Paese.

I dati sulla mortalità infantile ci dimostrano che l'intervento sanitario pubblico è stato carente. Nella relazione al bilancio si fa accenno alla campagna promossa e seguita dal Ministero per la lotta contro la mortalità infantile con l'estensione dei controlli pre-post natali delle gestanti, delle madri e del bambino fino al 3° anno di età; con l'incremento dei reparti ospedalieri, ostetrici e pediatrici e dei centri per gli immaturi; con interventi efficaci e razionalmente programmati con la collaborazione dell'Istituto di puericoltura dell'Università di Roma per l'organizzazione sociale della pediatria preventiva.

Ciò malgrado, le cifre denunciano gli scarsi risultati raggiunti in Italia rispetto ad altri Paesi europei ed extra europei. In quindici anni, dal 1950 al 1965, l'indice di mortalità infantile è sceso in Italia dal 63,8 al 35 per mille; mentre in Giappone dal 60 al 18,5 per mille nello stesso periodo; in Francia dal 52 al 22 per mille; in Norvegia dal 18 al 16,8 per mille; in Olanda dal 25,2 al 14,7 per mille. La fonte da cui ricavo questi dati è Pierre Dorolle: « I problemi sanitari internazionali ».

Ancora più analiticamente, dalle fonti ISTAT ricaviamo, per quanto riguarda la mortalità infantile (cioè senza i nati morti), queste cifre: 1965, 35,8 per mille; 1966, 34,8 per mille; 1967, 32,8 per mille; 1968, 32,9 per mille.

Nati-mortalità: 1965, 14,8 per mille; 1966, 19,3 per mille; 1967, 18,0 per mille; 1968, 17,2 per mille.

Mortalità perinatale:

a) nati morti più morti nella prima settimana di vita: 1965, 36,5 per mille; 1966, 36,1 per mille; 1967, 34,1 per mille; 1968, 33,4 per mille;

b) nati morti più morti nel primo mese di vita: 1965, 41,9 per mille; 1966, 41,1 per mille; 1967, 39,1 per mille; 1968, 38,3 per mille.

Nella stessa relazione al Consiglio superiore di sanità presentata dal Ministero della sanità sull'attività dell'amministrazione negli

anni 1965-67 si afferma che la mortalità infantile ha continuato a decrescere, ma con ritmo sempre lento. La gravità della situazione italiana emerge ancora più drammatica quando si confrontino i dati riferiti agli altri Paesi per il 1966. Infatti abbiamo:

a) al di sotto del 15 per mille: Finlandia, Svezia (12,6), Olanda (14,7);

b) fra il 15 ed il 20 per mille: Nuova Zelanda, Australia, Giappone, Svizzera, Danimarca, Inghilterra;

c) fra il 20 ed il 30 per mille: Francia (21,8), Stati Uniti (23), Spagna (26,7);

d) al di sopra del 30 per mille: Portogallo (64,7), El Salvador (62), Romania (46,6), Polonia (38,6), Ungheria (38,5), Italia (34,3), Grecia (33,7).

La statistica per regioni attribuisce il triste primato, in questo campo, alla mia regione, la Basilicata, che denuncia per il 1968 una nati-mortalità del 28,9 per mille, cioè una percentuale dell'11,7 in più rispetto alla media nazionale.

Sempre nella Basilicata si è avuta una mortalità entro la prima settimana di vita del 45 per mille, cioè il 12,1 per mille in più rispetto alla media nazionale, ed una mortalità entro il primo mese di vita del 51,5 per mille, cioè il 13,2 per mille in più rispetto alla media nazionale.

Nel 1965, di fronte ad una media nazionale del 36 per mille, la mortalità infantile nella Basilicata ha raggiunto un indice del 52,9 per mille, cioè il 16,9 per mille in più.

Lo scarso intervento sanitario, la situazione ambientale, la situazione socio-economica della Basilicata compiono questa strage degli innocenti, questo genocidio.

La riforma sanitaria, che dovrà essere approvata con urgenza, puntando sulla prevenzione e lottando contro le cause profonde della insorgenza delle malattie, contro la nocività dell'ambiente, deve correggere queste gravi colpe, questi gravi guasti della società eliminando insieme agli squilibri economici anche quelli delle strutture e degli interventi sanitari.

O R L A N D I . Anche quest'anno, come è successo altre volte, la discussione sul bi-

lancio ha seguito un *iter* piuttosto strano. Inizialmente si è trattato di una discussione informale, poi, dovendo terminare in tempo utile, è diventata formale ed ora siamo alla fine di questo dibattito, che ha visto interventi spezzettati in due o tre riunioni successive in assenza del Ministro. La mancanza del Ministro assume molta importanza perchè in questo modo manca l'interlocutore diretto, il rappresentante del Governo, che può assumere la responsabilità delle risposte e della linea che il Governo intende seguire o ha inteso seguire presentando il bilancio al Parlamento.

La relazione del collega Albanese, per molti aspetti pregevole, non ha potuto dire nulla di nuovo perchè il bilancio non presenta alcuna novità; si tratta di un bilancio che ricalca passo passo i bilanci degli anni precedenti, che non tiene conto delle cose nuove che sono avvenute, del processo in atto per la riforma sanitaria e delle Regioni.

Di fronte ad un bilancio del genere lo stesso relatore incontra difficoltà nello svolgere la sua relazione; è stato costretto a parlare lungamente e a porre non dico in primo piano, ma almeno in evidenza la funzione delle case di cura private.

In altre parole quindi la riforma sanitaria e la riforma ospedaliera, che avrebbero dovuto portare anche nel Sud un incremento dei posti-letto, a distanza ormai di tre anni non ha portato nulla di nuovo, tanto che nella stessa relazione si dice che le case di cura private sopperiscono a gran parte del bisogno di posti-letto che vi è nel Sud e che sarebbe davvero paradossale ed anacronistico che, mentre procede inarrestabile l'espansione delle prestazioni, sia per l'aumento della popolazione sia per una migliore coscienza sanitaria, si dovesse ricorrere all'esclusione delle case di cura private con conseguente aumento delle richieste per gli ospedali, che già oggi non sono in grado di soddisfare tutte le richieste di ospedalizzazione e di prestazione. Le case di cura in Italia dispongono di oltre 100 mila posti-letto, hanno approntato oltre un milione di ricoveri in un anno e la relazione propone di non escludere le case di cura private ma di aiutarle anzi nelle attrezzature.

Il relatore quindi ha dovuto sottolineare la funzione delle case di cura private proprio per la carenza della riforma ospedaliera che non è andata avanti e non è riuscita a dare almeno una parte dei posti-letto che erano necessari per la popolazione.

Non voglio seguire passo passo la relazione, ma alcune considerazioni devo farle. Come prima cosa noi dobbiamo registrare una battuta di arresto notevole nella costruzione di ospedali, nel Sud in particolare, ma anche nel Nord. In altre parole, malgrado la legge di costituzione degli enti ospedalieri, malgrado gli impegni che il Governo aveva preso per riuscire a dare al nostro Paese un numero di posti-letto tale da far fronte, nel lasso di tempo necessario, alle esigenze della popolazione, questi impegni non sono stati mantenuti.

Dobbiamo registrare questa battuta di arresto anche guardando il bilancio che non presenta nulla di nuovo in questo senso. Il famoso fondo ospedaliero è rimasto bloccato; c'è un richiamo del Ministro perchè venga sbloccato e messo a disposizione degli enti ospedalieri; però anche questo; come sappiamo, riguarda certe attrezzature ed il loro ammodernamento, ma non va al fondo del problema, non propone e non prevede la costruzione di nuovi ospedali.

Di fronte a questi impegni non mantenuti abbiamo un altro problema, quello degli enti mutualistici; cioè il Governo non ha messo in grado gli enti mutualistici di far fronte agli impegni assunti. Questa è una cosa a mio parere molto grave non solo per il *deficit* che aumenta mese dopo mese, ma anche perchè, a parte l'aspetto finanziario anch'esso molto grave, in questo modo si va contro la stessa tendenza posta dalla riforma sanitaria.

In altre parole la tendenza attuale degli enti mutualistici, e non so se non sia anche una tendenza di una parte del Governo, è quella di rinviare i pagamenti nei confronti degli enti ospedalieri in modo tale da aumentare il *deficit* che essi hanno nei confronti di quegli enti, in modo tale da porre di fronte alla riforma sanitaria una tale somma di pagamenti da rendere impossibile

BILANCIO DELLO STATO 1971

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

la riforma stessa quando questa verrà demandata alle Regioni.

La tendenza è quella di mantenere alla pari i pagamenti con le case farmaceutiche, con i propri dipendenti, di fare nuove assunzioni, cercando di far fronte con i maggiori introiti derivanti anche dal decreto dell'ottobre del 1970 ai propri impegni finanziari, accumulando un sempre maggiore *deficit* nei confronti degli enti ospedalieri.

Evidentemente questa linea che da una parte vede nuove assunzioni, nuovi investimenti ed un pagamento corretto delle spese farmaceutiche e dall'altra il mancato pagamento delle rette ospedaliere, porta necessariamente al fatto che gli enti mutualistici demanderanno alle Regioni una somma tale di debiti da mettere in forse lo stesso avvio della riforma sanitaria.

Credo sia noto a tutti che 250 dei miliardi che il Governo aveva stanziato, 140 entro il 31 dicembre 1970 e 110 entro il 31 marzo 1971, sono serviti agli enti mutualistici (anche quel 40 per cento che dovevano dare alle amministrazioni ospedaliere per pagare una parte dei debiti che essi avevano nei confronti delle amministrazioni stesse) per pagare delle mensilità correnti. Le somme stanziare per il conguaglio sono state date (sarebbe una bugia dire il contrario), però nel contempo non si sono pagate le rette mensili cosicchè si è allontanato il termine che esisteva prima, 6 mesi circa (quattro mesi qualche ente, cinque qualche altro ente), per le rimesse correnti e si è arrivati a 9 mesi. Gli enti ospedalieri, sulla base della retta del 1969 (poco più della metà della retta del 1970 e forse i due terzi della retta del 1971) hanno ricevuto i pagamenti sino al giugno 1970.

Ora siamo nel 1971, c'è un ritardo di 9 mesi circa nei pagamenti, il che vuol dire che gli enti mutualistici hanno allungato i termini e si sono serviti di quei denari che il Governo aveva messo a disposizione per i conguagli e per pagare una parte dei debiti che avevano con gli enti ospedalieri per pagare le rette correnti.

È evidente che, stante una simile situazione, nel momento in cui sarà varata la riforma sanitaria, ci troveremo con un aumento

di debiti tale da dover essere per forza di cose riversato sul fondo che il Ministero della sanità dovrà devolvere alle Regioni.

Se le Regioni continueranno a versare nella loro grave situazione si troveranno nella impossibilità, a decorrere dal 1° gennaio 1972, di dare assistenza ospedaliera, compresa quella neuro-psichiatrica, gratuita a tutti i cittadini.

Ora è evidente che di fronte a questo problema il Governo debba almeno dirci che cosa pensa di fare.

M A R I O T T I , *ministro della sanità.*  
Invitate in Commissione il Ministro del lavoro.

O R L A N D I . Lei comprende bene che non spetta a me invitarlo, ma al Presidente della Commissione o al Ministro interessato, che è quello della sanità. Certo, io sarei contentissimo se venisse in Commissione anche il Ministro del lavoro e se potessimo avere da lui alcune delucidazioni. Perchè è evidente che un altro problema che sorge immediatamente è quello di sapere dove sono andati a finire i 110 miliardi che dovevano essere devoluti entro il 31 marzo. Gli enti ospedalieri non ne fanno nulla! Bisogna pure che da qualche parte ci si dica dove sono andati a finire questi 110 miliardi o in che misura si intende darli.

Io pensavo che la discussione potesse affrontare questi problemi e potesse, quindi, svolgersi non solo sulle cifre che ci vengono indicate e che sono piuttosto vecchie, ma anche sulle prospettive che si aprono, o per lo meno dovrebbero aprirsi, con il bilancio del 1971, e dare una risposta ai diversi interrogativi che si pongono oggi i cittadini.

Il primo interrogativo è quello riguardante la riforma sanitaria: come andrà avanti, quando si farà, quando verrà in discussione? Era previsto un termine di presentazione del disegno di legge che mi sembra fosse il 15 marzo; oggi è il 15 aprile e il provvedimento non è stato ancora presentato. Ci saranno senz'altro delle difficoltà in sede di Governo e nessuno può ignorarle quando un Ministro, ad esempio, dichiara in un convegno che gli enti mutualistici sopravviveranno an-

cora per anni dopo che sarà stata realizzata la riforma sanitaria. Il Governo, però, a questo punto, o apre un discorso nel Paese e nel Parlamento e chiama le forze progressive a sostenere le tesi migliori per andare verso la riforma, o altrimenti deve risolvere il problema per conto proprio. Perchè se continua la polemica in seno al Governo, evidentemente la riforma non andrà avanti e noi staremo qui a dare atto delle difficoltà, mentre vi sono problemi che urgono, che sono proiettati verso la periferia, la quale deve arrangiarsi per assicurare la cura degli ammalati; e guai se non lo fa, perchè oltre a risponderne moralmente, ne risponde politicamente e anche penalmente, in quanto la legge dice che è obbligatorio il ricovero dei cittadini in ospedale.

Ora, io pensavo — ripeto — che questi problemi potessero essere discussi ampiamente in occasione della presentazione del bilancio; purtroppo, invece, non è stato possibile. Vi è però un'altra questione che io intendo sollevare ed è la seguente: negli anni passati, quando si discusse del bilancio, da tutti i settori politici venne rilevata la necessità che il Ministero della sanità si assumesse tutta la responsabilità per quanto riguarda l'assistenza che attualmente è assegnata al Ministero dell'interno e al Ministero, se non erro, della pubblica istruzione per una parte. Ogni anno è stato sostenuto, col consenso di tutti, questo principio, ma ogni anno, quando andiamo a guardare il bilancio, ci accorgiamo che praticamente quello del Ministero della sanità ha sempre le stesse voci, gli stessi fondi (mi sembra che complessivamente si tratti di 37 miliardi da destinare all'assistenza e alla cura degli ammalati, perchè tutto il resto attiene a spese per il personale, a sovvenzioni a istituti, eccetera), mentre il Ministero dell'interno ha mantenute intatte le sue competenze per tutta quella serie di problemi che riguardano strettamente l'assistenza.

Ora, questa questione può essere risolta, deve essere risolta.

P E R R I N O . Occorre una legge! Perchè la norma attuale stabilisce che il Mini-

stero della sanità assiste solo gli enti sanitari.

O R L A N D I . Ma tutti abbiamo sostenuto che questa è una stortura, e che deve essere il Ministero della sanità e non quello della polizia (scusate l'espressione che non vuole essere irriguardosa) a controllare tutta l'altra parte dell'assistenza. Siccome il Governo era sempre stato d'accordo su questa linea, evidentemente io mi aspettavo che un giorno o l'altro presentasse una legge in proposito e facesse i trasferimenti necessari. Siamo nel 1971 e questa legge non è stata presentata; deve essere d'iniziativa parlamentare? Se la Commissione è d'accordo, cerchiamo di presentarla noi, ma ad un certo momento bisognerà pure sciogliere questo nodo; anche perchè lo sciogliamo affidando il compito al Ministero, che a sua volta lo passa alle Regioni, oppure (e forse sarebbe più facile arrivati a questo punto) demandiamo alle Regioni il compito dell'assistenza accoppiandolo a quello della sanità.

Vi è un altro problema sul quale è anche necessario che la Commissione e il Governo si pronuncino. Noi stiamo discutendo (e i giornali ne parlano ogni giorno) della funzione dell'ONMI. Io so che il ministro Mariotti aveva in mente di presentare una legge; noi approvammo uno stralcio di quel progetto che riguardava la democratizzazione dell'ONMI, con la nomina del presidente da parte degli enti locali, eccetera, ma la legge di riforma o di soppressione dell'ONMI non è mai arrivata.

Adesso, come dicevo, si sta discutendo nuovamente sul problema dell'ONMI; è stato presentato alla Camera un progetto di legge per il passaggio delle sue funzioni agli enti locali; se ne discute in seno alle Regioni, le quali chiedono l'assunzione di questa responsabilità; ne abbiamo discusso anche in Commissione, ne discuteremo in Aula. Abbiamo avuto anche dei pronunciamenti da parte del Governo e di persone responsabili della maggioranza sul fatto che l'ONMI non può andare avanti così. Abbiamo addirittura una chiamata in causa dei suoi dirigenti da parte dei magistrati, ma quando poi andiamo a leggere la relazione che ac-

compagna il bilancio del Ministero della sanità, vediamo che non è previsto alcun mutamento.

La relazione, infatti, dice che « per quanto concerne l'ONMI occorre dare al più presto una nuova strutturazione all'ente che, anche dopo l'istituzione delle regioni, dovrà continuare a svolgere attraverso la sua capillare rete di assistenza sanitaria e sociale quei compiti che gli sono affidati istituzionalmente ».

**G U A N T I .** La relazione è stata fatta nel mese di luglio!

**O R L A N D I .** Il collega, senatore Guanti, mi dice che la relazione è stata fatta nel luglio, ma il fatto è che la situazione dell'ONMI non è di oggi: sono anni che se ne discute.

Ci sono però delle dichiarazioni di uomini della maggioranza che ricalcano questa tesi; è evidente quindi che ad un certo momento bisognerà dire che cosa si pensa di fare, se si intende mantenere fede a quanto si è scritto o si pensa di accogliere veramente le istanze che salgono dal Paese, e non solo dal Paese ma anche dalla Magistratura e da tutte le parti politiche per rivedere questa struttura e demandare questi compiti agli enti locali.

Un altro problema riguarda la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori. Anche qui la relazione parla di un concreto intervento a favore dei centri per i tumori, intervento giustificato dall'aumento delle prestazioni verificatosi negli ultimi anni anche a seguito della campagna di educazione sanitaria svolta in questo settore.

A questo punto il discorso andrebbe ampliato; queste affermazioni sulla importanza della lotta contro i tumori sono state fatte altre volte. L'anno scorso, con una apposita legge, finanziammo i tre principali istituti italiani che operano in questo ramo con 150 milioni ciascuno; erano il « Regina Elena » di Roma, il « Pascal » di Napoli e un altro di Milano. Si tratta ora di vedere come sono stati impiegati questi fondi.

L'impegno era che il Parlamento sarebbe stato informato del loro impiego; quei fondi

— si disse — non dovevano servire per spese ordinarie ma per finanziare programmi di ricerca.

Ormai è passato un anno ed ancora non abbiamo saputo nulla; non sappiamo se abbiano comprato delle nuove attrezzature o se abbiano fatto qualche cosa d'altro.

Io ho distribuito ai colleghi una pubblicazione sulla attività di un piccolo centro oncologico di Bologna che ha fatto degli studi estremamente interessanti. Vorrei sapere se gli altri istituti hanno fatto qualcosa del genere.

Quest'anno troviamo di nuovo 450 milioni; io ritengo che prima di finanziare nuovamente quegli istituti bisognerebbe compiere una accurata e rapida indagine sul lavoro svolto da questi centri e poi decidere sulla distribuzione dei mezzi.

In conclusione questo bilancio non presenta nulla di nuovo: prevede solo 37 miliardi per l'assistenza e la cura e si configura ancora come uno strumento di manovra del potere esecutivo, che non potrà soddisfare le esigenze innovative del nostro Paese.

Mi auguro che quando prenderemo in esame la riforma sanitaria ci sia la volontà del Governo di discuterla e soprattutto di attuarla, eliminando così gli inconvenienti che incontriamo oggi; mi auguro anche che ci sia la volontà di far sì che i soldi che sono devoluti per l'assistenza ospedaliera vengano direttamente spesi, perchè se gli enti mutualistici continuano a fare quello che fanno oggi non avremo nè assistenza nè riforma sanitaria.

**P I N T O .** Sarò molto breve perchè ritengo che una discussione sul bilancio della sanità sia pressochè inutile nella prospettiva di una riforma che dovrebbe essere approvata dal Consiglio dei ministri entro brevissimo tempo.

Credo che la riforma dovrebbe risolvere i problemi che oggi ci troviamo a dibattere; ma vorrei fare una raccomandazione al signor Ministro perchè, oltre alle categorie interessate, siano sentite anche le rappresentanze parlamentari. Io non intendo contestare il diritto dei sindacati di prospettare al Governo le tesi che essi ritengono neces-

sarie nell'interesse dei lavoratori; non voglio contestare il diritto dei partiti di proporre le soluzioni politiche che ritengono più opportune, ma ritengo che lo stesso diritto dovrebbe essere riconosciuto anche ai parlamentari. Può sembrare strana questa mia affermazione, ma sappiamo tutti che in effetti, quando una legge arriva in Parlamento con un accordo politico già raggiunto fra i partiti, noi siamo legati fino al punto che possiamo apportare solo modificazioni di scarso rilievo. Mi rendo conto che queste osservazioni bisognerebbe farle in sede di partito; voglio comunque rivolgermi al signor Ministro, perchè non ci faccia trovare di fronte ad uno schema di legge da accettare o respingere, ammesso che ci sia la possibilità di respingerlo.

Questa raccomandazione è legata al disagio nel quale noi parlamentari ci troviamo quando siamo costretti a discutere di argomenti che non conosciamo o dei quali abbiamo una conoscenza molto approssimativa. È una raccomandazione che forse è più attuale per la riforma sanitaria, perchè il progetto di legge dovrebbe essere già pronto; ma può valere per l'avvenire, quando verranno in discussione leggi che dovranno incidere sulla organizzazione della sanità nel Paese. Chiedo in altri termini che il Governo senta sempre il pensiero dei parlamentari prima che il testo di legge venga approvato in sede governativa.

Fatta questa premessa, voglio rivolgere al signor Ministro della sanità alcune raccomandazioni. Innanzitutto, appellandomi alla sua particolare sensibilità, vorrei pregarlo di porre attenzione al grosso e annoso problema dell'assistenza psichiatrica. Purtroppo sappiamo tutti che l'assistenza psichiatrica in Italia, specialmente a certi livelli, è organizzata in maniera tale da costituire una vera vergogna nazionale. Io provengo da una provincia dove si manifesta forse l'aspetto peggiore dell'assistenza psichiatrica: vi è l'ospedale a Nocera Inferiore, dove per 1.500 posti-letto abbiamo 3.000 ricoverati, che vive in una condizione allucinante.

**O S S I C I N I .** Ma i manicomi sono manicomi!

**P I N T O .** Lei sa bene che questa condizione in Italia è consentita soltanto perchè siamo ancora al punto in cui il pazzo in famiglia è una vergogna e i familiari non protestano. Noi tutti siamo tanto sensibili alle esigenze di coloro che scioperano nelle piazze, ma dimentichiamo troppo spesso i bisogni di coloro che non possono scioperare.

È una triste realtà. So bene che il Ministero della sanità può fare poco; dovremmo però tutti operare per sottrarre l'assistenza psichiatrica alle amministrazioni provinciali, perchè purtroppo le amministrazioni provinciali non hanno la possibilità economica, di norma, di corrispondere una retta che superi le 2.500 lire. E con una tale retta non è certamente possibile assicurare un'assistenza sanitaria ad un ammalato. Sappiamo tutti a quali livelli sono arrivate le rette degli ospedali. Ebbene, due sono i casi: o siamo disonesti quando accettiamo le rette di 15.000 lire negli ospedali civili, o lo siamo quando accettiamo la retta di 2.100 lire per gli ospedali psichiatrici.

So bene, ripeto, che il Ministro della sanità non ha molte possibilità; comunque, io lo prego di tener presente questo problema perchè, se la riforma sanitaria dovesse ritardare ancora, si cerchi di fare uno stralcio e si liberi l'assistenza psichiatrica dalla mortificazione di una dipendenza dalle amministrazioni provinciali.

**P E R R I N O .** Vorrei ricordare che in base al programma quinquennale 1966-70 è stata finanziata la costruzione di alcune decine di ospedali psichiatrici a livello provinciale; e questi ospedali sono in costruzione.

**P I N T O .** Credo di avere esposto la ragione essenziale; le amministrazioni provinciali non hanno la possibilità economica di pagare una retta sufficiente per un trattamento decente, umano, al quale ha diritto oggi un ammalato.

Un'altra considerazione vorrei fare, ed è la seguente: il signor Ministro sa che la mia parte politica non concorda pienamente con i principi che hanno ispirato la riforma ospedaliera. Ma ne apprezza alcuni punti e tra questi, in particolare, gli esami di idoneità

per le diverse qualifiche di assistente, di aiuto e di primario. È un elemento qualificante della legge, in quanto è prevista una selezione seria; e noi, ripeto, apprezziamo il criterio anche se questa selezione ha dato luogo ad alcuni inconvenienti, per cui abbiamo saputo che famosi professori sono stati bocciati.

Ora, il signor Ministro sa bene che si sta tentando, su di un piano corporativistico, direi, più che sindacale, di superare il principio di questi esami, richiamandoci ad una stortura giuridica, che certamente esiste nella legge, quando si dice che i primari di seconda categoria possono essere sorteggiati per gli esami di idoneità. Non si vuole tener presente che si potrebbe adottare il sistema di non sorteggiare i primari di seconda categoria per fare gli esami di prima categoria; invece ci si richiama a questa norma solo per chiedere la promozione per tutti. Non capisco perchè, poi, quando dovessimo dare la idoneità a tutti i primari non dovremmo darla anche a tutti i secondari.

**BARRA**. La posizione giuridica dell'aiuto è diversa da quella del primario.

**PINTO**. Sto esprimendo idee personali, che possono essere accettate o meno.

Voglio ancora far cenno ad un problema che certo arriverà prima o dopo a livello del Ministero della sanità; voglio parlarne in questa sede, perchè ritengo rientri nelle mie responsabilità, anche se so che non mi procurerò nuovi amici.

Mi riferisco al problema degli incaricati; noi abbiamo 5.000 medici ospedalieri incaricati, i quali, attraverso una potentissima organizzazione sindacale, stanno premendo per essere ammessi in ruolo senza concorsi.

Non dico che non sia giusto preoccuparsi della loro sistemazione definitiva, però bisogna anche pensare a tutti quelli che sono rimasti fuori; questa promozione « sul campo » dei 5.000 incaricati porterebbe, se attuata, un danno enorme ai giovani laureati che aspirano ad entrare negli ospedali.

Di questi 5.000 incaricati, molti saranno senz'altro entrati per meriti propri, ma ce ne sono di certo altri che sono entrati per

meriti non certo scientifici. Io ritengo sia giusto che si facciano dei regolari concorsi e prego il Ministro affinché si opponga nel modo più risoluto ad ogni ipotesi di sanatoria.

Voglio infine ricordare al Ministro un aspetto del problema degli esami di idoneità ospedaliera. Gli esami sono stati fatti da tempo, ma i risultati ancora non si conoscono e se ne ignora la causa.

Voglio pregare il Ministro di dare disposizioni perchè si possa conoscere al più presto l'esito di questi esami ed evitare che sorgano sospetti o dubbi sui motivi di questo ritardo.

**DE LEONI**. Ho visto nel nuovo ordinamento della burocrazia che l'organico del personale del Ministero della sanità conserva, principalmente per i ruoli tecnici, l'attuale consistenza numerica. Bisognerebbe allargare questo organico perchè, ad esempio, i medici provinciali ricevono sempre nuovi compiti e funzioni di responsabilità che difficilmente riescono ad assolvere. Il medico provinciale di Roma, ad esempio, è stato deferito all'autorità giudiziaria per l'inquinamento dell'acqua, compito che senza adeguati mezzi non poteva assolvere.

Lo stesso discorso vale per l'organico dell'Istituto superiore di sanità, che dovrebbe anche essere aumentato.

**ZELIOLI LANZINI**. Si è parlato prima della lotta contro i tumori; a questo proposito vorrei sottolineare, anche come presidente della Lega italiana per la lotta contro i tumori, la gravità del problema prospettato.

Non sono riusciti a trovare una soluzione i commissari nominati tre o quattro anni orsono dal ministro Mariotti, i quali dovevano fare proposte; le difficoltà sono molte, ma prima di tutto c'è bisogno di finanziamenti.

Occorrerebbero molti miliardi ed abbiamo invece solo pochi milioni. Certamente con la riforma sanitaria tutto questo settore verrà disciplinato. Ma come? Così com'è oggi? Con gli attuali centri tumori, che sono veramente ammirevoli per l'opera che compiono con deficienza di mezzi in varie re-

gioni d'Italia o secondo quell'ordinamento nuovo che all'unità di base potrà dare la possibilità di un'assistenza anche in questo particolare settore e un'assistenza, vorrei dire, più diretta, più vicina alle zone d'influenza. Dell'unità sanitaria di base non si conoscono ancora gli ordinamenti predisposti, ma non vi è dubbio che se l'unità di base farà capo all'ospedale zonale o all'ospedale circoscrizionale avrà la possibilità di assistere anche questi innumerevoli pazienti.

In questo momento debbo dire che i centri tumori svolgono un'attività senza dubbio utile al Paese ma deficiente, perchè non arrivano, per la mancanza di mezzi, a quella cura e soprattutto a quel *dépistage* che si dovrebbe proporre in tutti i settori della sanità pubblica. In campo oncologico brancoliamo nel buio e naturalmente non potremo risolvere subito questo gravissimo problema. Attendiamo che i rimedi vengano proposti a seguito delle ricerche scientifiche, che ci diranno anche quali sono le cause per cui i tumori sopravvengono.

La Lega italiana dei tumori, onorevole Ministro, limitata dalla sua attività specifica che è quella della propaganda e dell'agitare il problema in ordine alla cura preventiva e alla diagnosi precoce, non può fare di più, anche perchè con 400 milioni all'anno non si possono assolutamente finanziare tutti quegli ambulatori e quei centri che esistono nel Paese o che dovrebbero istituirsi. Ecco perchè, indipendentemente dagli aiuti che possono venire dal Ministero, è anche bene che l'opinione pubblica sappia che la Lega italiana per la lotta contro i tumori, con i mezzi di cui attualmente dispone non potrà fare altro che attendere alla propaganda, non solo in ordine all'invito ai pazienti a farsi assistere negli ospedali attrezzati, ma anche in ordine a quei corsi di specializzazione per le assistenti vigilatrici sanitarie, per i medici condotti, eccetera, che vogliono e sono chiamati a dedicarsi a questa attività.

Per tali considerazioni, signor Ministro, penso che questo problema, che preoccupa l'opinione pubblica e che senza destare allarme non può non preoccupare anche gli ambienti sanitari responsabili, debba essere considerato attentamente, e non soltanto in

ordine al finanziamento. Si dovrà agitare il problema sotto l'aspetto non soltanto teorico ma pratico, perchè le misure sanitarie vengano proposte dagli organi che sono responsabili nel settore così come sono responsabili in tutti i settori delle malattie che turbano l'umanità.

Pertanto, invito il signor Ministro ad attendere, non dico con discrezione, non dico neanche con entusiasmo, ma con quel senso del dovere che è suo e dei suoi collaboratori, a questo settore che preoccupa tutta l'umanità.

A L B A N E S E , *relatore*. La mia sarà una replica brevissima, e comincio col dare una risposta al collega De Leone. Penso che ognuno di noi nelle discussioni esprima sempre una deviazione professionale. Ella, senatore De Leone da vecchio burocrate ha visto l'aspetto burocratico nella mia relazione, e mi consenta pertanto di rileggere quanto ho scritto.

Io dico che l'esame delle cifre riportate nei prospetti del bilancio porta immediatamente a fare una considerazione; gli stanziamenti previsti nei singoli capitoli di spesa sono stati completamente o quasi utilizzati, mentre nel settore contributi buona parte delle somme impegnate nel corso dell'anno non sono state spese e conseguentemente sono state trasferite in conto residui. A questo proposito, i burocrati danno una spiegazione immediata e fin troppo semplicistica: gli enti non forniscono in tempo debito i documenti necessari per poter incassare il contributo e lo stesso cade in prescrizione.

Ora, non è che la colpa sia dei burocrati se i contributi non si danno, perchè i burocrati giustamente rispettano quanto la legge stabilisce. Io vorrei che essi fossero sollevati dal peso di dover esaminare le pratiche così come sono attualmente concepite e strumentalizzate.

Il bilancio della sanità, a mio parere, è un bilancio che grosso modo ricalca quello del mio piccolo, Comune, che ogni anno si adegua alle nuove esigenze di ordinaria amministrazione, senza che vengano affrontati i veri problemi di fondo. L'attività del Ministero della sanità, in base al bilancio, si riduce

ad una efficienza e attività centrale e periferica; attività peraltro molto importante, vista anche nell'ambito del riordinamento generale della pubblica Amministrazione e delle urgenti inderogabili necessità del Ministero stesso, il cui organico è assolutamente inadeguato ed insufficiente a far fronte all'incremento dei suoi compiti e alla attribuzione di nuove competenze, oltre allo sviluppo di quelle originarie.

Il bilancio della sanità non avrà, a mio avviso, una incidenza vera nella conduzione e nell'indirizzo della politica sanitaria, finchè al Ministero stesso non saranno attribuite tutte le competenze che gli debbono essere demandate nella maniera più assoluta. Il bilancio della sanità, ripeto, non è un bilancio che preveda assolutamente un inserimento attivo in quella che sarà la politica sanitaria del Paese e quanto meno l'attività che esso si prefigge come sicurezza sociale, ma un atto di ordinaria amministrazione, un atto in cui magari si esprimono delle buone volontà ma niente altro che questo. Che sia poi anche un bilancio vecchio ed anacronistico ognuno di noi se ne rende conto benissimo. Mi è capitato di notare, ad esempio, che nella prima rubrica, categoria quinta, al numero 1103, è segnato un contributo al comune di Palermo di 50 mila lire. È chiaro che questo è un fatto anacronistico, superato, che sta proprio a dimostrare che il bilancio della sanità viene compilato in modo meccanico nè più nè meno di come si faceva dieci anni fa.

La nostra speranza è che questa riforma sanitaria, che prelude ed auspica la sicurezza sociale, possa essere veramente portata a termine, che le diatribe tra i vari ministeri possano cessare e che il bilancio della sanità possa avere una visione organica di tutto quello che si dovrà e si potrà fare. È chiaro che il nostro voto non può che essere a favore — il bilancio viene qui per essere accettato e non certo per essere bocciato — ma il voto favorevole è in funzione di questa speranza e di queste aspettative.

P I N T O . Si vede che non avete visto da vicino la situazione di Nocera!

P R E S I D E N T E . Ringrazio il collega Albanese per la sua esauriente relazione e per la concisione della sua replica, e do la parola all'onorevole Ministro.

M A R I O T T I , *ministro della sanità*. Desidero innanzitutto ringraziare il relatore e tutti gli intervenuti e mi scuso con loro per non essere stato sempre presente nel corso del dibattito, come avrei voluto, perchè preso da tutta una serie di esigenze e di forzature che si registrano soprattutto in ordine a questa riforma che ancora non riesce ad inserirsi pienamente.

Ho letto la relazione ed ho dato una scorsa alle varie osservazioni fatte dai colleghi e la prima cosa che vorrei dire è che si dovrebbe essere più obiettivi nel giudicare l'attività del Ministero. Si è detto che in 10 anni non è cambiato nulla, non si è fatto nulla. Se così fosse, come si spiegherebbe che dal 1960 al 1971 il nostro Paese, nonostante sia stato colpito da terremoti, alluvioni ed altri eventi come la diffusione del colera in Paesi molto vicini, è riuscito a sradicare un grave problema come quello della poliomielite ed è rimasto immune da altre epidemie che hanno colpito invece Paesi vicini e più evoluti del nostro?

Questo dimostra che il Ministero della sanità, nonostante gli scarsi mezzi a disposizione, è sempre intervenuto tempestivamente mettendo in azione certi meccanismi di difesa che hanno consentito al nostro Paese di evitare determinati effetti negativi derivanti da malattie diffuse in Paesi vicini.

È vero che non mancano ogni giorno delle gravi denunce su certi comportamenti di alcune cliniche private o universitarie; non mancano però neanche le ispezioni da parte del Ministero e le denunce alla Magistratura. Non bisogna pensare infatti che sia lasciato tutto all'iniziativa di quest'ultima; l'iniziativa spesso parte dal Ministero, che rimette l'esame al magistrato. Da qui prendono il via varie indagini che sopperiscono almeno in parte alla carenza del Ministero in ordine agli ispettori

Anche sul piano qualitativo il nostro per sonale è quello che è; spesso si tratta di funzionari ormai abituati ad una certa vi-

ta e ad un certo modo di vedere i problemi e diventa molto difficile riuscire a sensibilizzarli su queste nuove responsabilità che si sono venute formando in questi ultimi anni.

La riforma della sanità, che è oggi quella più importante, è profondamente calata nella coscienza della maggioranza del popolo italiano proprio perchè si sono introdotte delle norme che hanno posto in moto il meccanismo. Ormai sono venti anni che sono parlamentare e ricordo che dal 1952 al 1960 sul bilancio della Sanità si dicevano soltanto le solite cose e cioè che bisognava dare tutte le competenze alla Sanità.

In realtà la Sanità più che un Ministero era un organismo a discrezione di una miriade di enti pubblici, privati e religiosi; non era un organismo unitario che seguisse il momento curativo, quello del recupero e della riabilitazione per coloro che sono colpiti da certe malattie.

Non possiamo dire quindi che nulla è cambiato; il Ministero, dopo un periodo di sonnolenza, si trova ora in un periodo di transizione ed è naturale che ci siano delle contraddizioni nello sviluppo. Quando si imposta una riforma che ha presa su vaste masse popolari, è chiaro che essa provoca delle reazioni in tutti coloro che sono interessati a questo contesto della vita nazionale e che non mancano certo le contraddizioni; anzi queste erano già state previste.

Nel 1964, quando s'impose la riforma, si sapeva benissimo che essa avrebbe avuto alcuni effetti sui rapporti tra università e strutture ospedaliere nel momento in cui fossero venute in conflitto le due strutture e che ovviamente questo conflitto avrebbe fatto irruzione anche in altri campi per investire tutto il sistema mutualistico, tutto l'assetto produttivo e distributivo dei farmaci, portando a quella clamorosa rottura dell'equilibrio tra l'individuo e l'ambiente.

Ad ogni modo, per quanto concerne la sanità, alla quale prima si accennava a fior di labbra nelle discussioni parlamentari, oggi si prendono iniziative non solo nell'ambito istituzionale ma fuori anche delle istituzioni, tentando di creare delle forme di diretta gestione sociale, che poi assorbirebbero gran

parte della prevenzione e non potrebbero non entrare in conflitto col servizio sanitario nazionale. Praticamente, in questo campo c'è tutta una miriade di iniziative che molto spesso entrano in conflitto tra loro, e debbo dire che è veramente aspra e defaticante la lotta, la dialettica che si manifesta tra queste componenti della società. Però bisogna ormai abituarsi ad un tipo nuovo di opposizione; quando l'onorevole Amendola fa delle affermazioni circa la partecipazione dei comunisti al Governo, perchè in fondo essi saranno un peso determinante nell'elezione alla Presidenza della Repubblica, bisogna che l'opposizione sia diversa. Anche il discorso del senatore Orlandi e di altri sulla mortalità infantile non vi è dubbio che contenga delle verità; però anche qui non si va mai ad esaminare quali sono le cause profonde, quali sono state le leggi di sviluppo della società italiana, se siamo tutti accusati o se vi sono alcuni colpevoli e altri no, se si fanno delle affermazioni massimalistiche. L'Italia prima di subire uno sconvolgimento, ha bisogno anche di raggiungere un certo livello culturale, perchè — parliamoci chiaro — il servizio sanitario ha la possibilità di essere valido nel momento in cui entra in contatto con la realtà, se a livello di massa possiamo acquisire una coscienza di partecipazione responsabile.

Quando noi, partiti, uomini, associazioni, riandiamo a certi eventi, possiamo dire di essere in condizione di esprimere un giudizio storico, critico o autocritico, di fare valutazioni o altro? No: tutte le forze politiche — debbo dire la verità — non sono mai riuscite a dare una giustificazione del perchè si sono verificati certi eventi. Oggi, sebbene molti progressi siano stati compiuti, il nostro Paese non è in condizione di poter affrontare, se non attraverso processi di assestamento molto difficili, una riforma così imponente qual è quella della sanità.

Come potevate pretendere che il bilancio della Sanità fosse diverso da un punto di vista qualitativo? Lo è dal punto di vista quantitativo perchè, pure considerando la perdita della capacità di acquisto della moneta rispetto a dieci anni fa, vediamo, per esempio, che sul piano della veterinaria —

di cui nessuno ha parlato — abbiamo avuto delle testimonianze. Soltanto attraverso le leggi siamo riusciti a salvare il patrimonio zootecnico italiano. E come potete spiegarvi che la peste suina africana, che ancora oggi registra episodi di epidemia molto grave nella stessa Spagna e nella stessa Inghilterra dove c'è un patrimonio suinicolo molto considerevole, noi siamo riusciti ad estirparla in sei mesi attraverso una lotta anche molto aspra e resistente da parte dei contadini? Voglio dire: se si è salvato questo patrimonio zootecnico che è molto consistente, anche se l'aumento del consumo della carne c'impone una certa importazione; se le vicende che hanno sconvolto il Paese non hanno avuto effetti di epidemia o altro, pensate che veramente siamo rimasti a guardare o che in realtà questo bilancio ci ha consentito di debellare alcune malattie molto gravi risparmiando anche diverse centinaia di miliardi?

Basti pensare al 1958: 4.000 casi di poliomielite; oggi si registrano 20-30 casi che riguardano coloro che non intendono vaccinarsi nonostante l'obbligo sancito dalla legge. Per tutte le altre malattie infettive, a cominciare dal tifo, si registrano casi che rientrano in una patologia comune a tutti i paesi anche più evoluti. Tutto questo si deve soltanto alla buona sorte, alla benedizione del Padre Eterno? No: è dovuto anche, in realtà, ad una Sanità che si è mossa ed è ormai alla vigilia di una svolta importante che dovrebbe cambiare completamente il vecchio equilibrio e dar luogo quindi ad un periodo di assestamento, in cui potrebbe succedere di tutto qualora il Paese non dovesse rispondere alla realtà della riforma nel momento in cui verrà a contatto con questo servizio sociale.

Quindi, cerchiamo di essere meno autolezionisti; è bene che l'opposizione richiami con certe considerazioni la sensibilità del Governo e della maggioranza, ma sarebbe anche bene a mio parere che ormai si instaurasse un costume e si parlasse delle grandi forze politiche, dove ci sono aspetti negativi e, ovviamente, aspetti positivi. Ma non si può elevare il cartello dei « no », cioè a dire tutto negativo e niente positivo; perchè il discor-

so diventa molto difficile nel momento in cui tutto quello che fa la maggioranza è negativo, tutto quello che dice l'opposizione è positivo. Inconsciamente si creano le condizioni per una specie di lotta politica radicalizzata, che può anche scaturire da concezioni diverse ma che non può essere giustificata se parte dal principio che tutto sia positivo da una parte e tutto negativo dall'altra. Mi sembra che questo sia un modo di esprimersi che tra l'altro non facilita la soluzione dei problemi più importanti che il nostro Paese in una prospettiva a breve scadenza dovrà affrontare.

Ho letto, per esempio, alcune considerazioni: farmaci, brevettabilità, industria, pubblica. Ancora non sono riuscito a capire come la brevettabilità dei farmaci possa andare d'accordo con un'industria di Stato che produca farmaci. In sostanza questa grande azienda pubblica che dovrà produrre i farmaci, non dico che avrà il monopolio, ma certamente influenzerà la ricerca farmacologica; rimarrà una fascia per l'iniziativa privata, ma non c'è dubbio che dove c'è il brevetto si potrà vendere a prezzo di monopolio, almeno per alcuni anni. Nel momento in cui verrà a cessare il mercato protetto, qual è stato il sistema mutualistico, che ha registrato fino a 700 miliardi di farmaci, e quando questa grande azienda pubblica prenderà delle posizioni decise contro la degenerazione della produzione dei farmaci, si avrà una contrazione del 30 o del 40 per cento nella produzione di farmaci in Italia. È chiaro però che non riscontreremo questo calo perchè forse ci sarà una esportazione dei nostri prodotti esportazione che può avvenire solo con una valida ricerca farmacologica.

Noi abbiamo 4 o 5 grandi aziende che hanno stabilimenti anche all'estero e sono in cooperazione con il capitale straniero (la « Carlo Erba », la « Farmitalia » e l'« Angelini » ad esempio) ed esportiamo già anche in paesi che sono al primo posto in questo campo. È chiaro che tutto il nuovo assetto che viene profilandosi con questa grande azienda pubblica, in cui potrà concorrere in minoranza anche capitale privato, che dovrà gestire la produzione e la distribuzione

e quindi modificare sostanzialmente il sistema distributivo bloccando le farmacie, rappresenta uno sconvolgimento della situazione. Questo sconvolgimento richiede un modo nuovo di pensare e di vedere i problemi e lo sviluppo sociale e, particolarmente, i servizi sociali sanitari; servizi che oggi purtroppo, così come sono, hanno consentito ai ricchi di curarsi veramente bene e ai poveri non certo bene, anche se non dobbiamo sottovalutare il fatto che il sistema mutualistico ai suoi tempi ha sopperito in parte alle necessità del momento con la copertura del rischio di malattia e del momento curativo. Tuttavia ancora oggi esistono due tipi di organizzazione: uno per i ricchi ed un altro per i poveri, che purtroppo ci lasciano a volte anche la pelle.

Oggi un sistema sanitario veramente moderno si dovrebbe affrancare dal concetto del massimo profitto per essere davvero un servizio pubblico fatto a misura dell'uomo e delle sue esigenze, secondo un concetto di salute del tutto diverso, comprendente cioè quelli che sono gli aspetti moderni del problema: inquinamento delle acque, salubrità del luogo di lavoro e di vita delle famiglie, decentramento delle industrie e così via; un concetto di salute così esteso ed imponente che non so se il Paese sarà in grado di affrontarlo se non attraverso una serie di convulsioni prima che il nuovo organismo possa trovare un suo assestamento. Questo non potrà avvenire se non collateralmente alla crescita del livello attuale della grande massa della popolazione e dei suoi corpi intermedi e degli operatori sanitari direttamente interessati all'esercizio di questo servizio.

Vi sono poi molte preoccupazioni in merito al medico provinciale, preoccupazioni che sono state prospettate anche qui; il medico provinciale verrà assorbito dalla Regione. I compiti del Ministero consisteranno solo nel fissare alcuni principi generali di politica sanitaria per lasciare poi alle Regioni il resto, in parte con funzioni dirette ed in parte con funzioni delegate; qui il problema è ancora aperto perché le Regioni vogliono anche le funzioni delegate e cioè, ad esempio, l'igiene dell'ambiente, la prevenzione degli

infortuni ed il controllo sugli alimenti, tutti problemi piuttosto complessi.

Il problema è di dare alle Regioni una organizzazione sanitaria con una certa potestà legislativa su tutte le materie, dalla ecologia all'igiene dell'ambiente. A questo proposito ci sarebbe una interpretazione autentica della Costituzione che non consentirebbe tutto ciò; per questo in Parlamento ci sarà senza dubbio una battaglia per fare accettare una interpretazione evolutiva, più conforme ad una società che sta subendo un processo di trasformazione estremamente profondo.

Il Ministero deve fissare i principi generali ed amministrare il fondo sanitario nazionale, che è un po' come un volano politico con il quale si possono eliminare alcune sperequazioni esistenti tra regione e regione, in base a parametri che verranno fissati dalla legge.

Ci sarà poi un organo politico di raccordo, il Consiglio sanitario nazionale, su cui c'è già una battaglia in corso tra due concezioni; una corporativistica che intende questo organo come una rappresentanza di tutte le categorie (commercianti, artigiani, eccetera) ed un'altra orizzontale che si richiama e si ricollega al concetto di un servizio sanitario che non è per l'una o per l'altra corporazione ma per il cittadino, anzi per l'uomo, per la spinta umana in sé e per sé; si dice che deve trattarsi di un organo politico di rapporto nel momento decisionale dello Stato e delle Regioni. E vi è da aspettarsi che vi saranno regioni pigre, o che hanno insufficienza di classe dirigente, le quali chissà quando istituiranno le unità sanitarie locali; vi saranno, invece, regioni che le realizzeranno. E allora, evidentemente, ci sarà il rappresentante regionale del Consiglio sanitario nazionale per colpire la regione che sia inadempiente a certe leggi e a certe scadenze dell'assistenza sanitaria; e si arriverà alla nomina di un commissario di Governo. Questo avverrà inevitabilmente, perché tra regione e regione, tra Nord, Centro e Sud vi sono degli abissi dal punto di vista dell'incremento della sanità, che non possono non preoccupare e prospettare problemi molto gravi.

Ecco, quindi, la ragione del travaglio della legge-quadro: perchè questi problemi sono tutti presenti, la realtà sociale è differenziata, e naturalmente una legge-quadro che contempra tutto, che dia la possibilità di avviare questo processo di omogeneizzazione, che consenta all'Italia di avere un diritto all'assistenza senza creare venti repubblicette sanitarie, non è che si possa fare nel giro di due giorni. Si tratta di una legge direi gravissima, che determinerà sconvolgimenti, squilibri, distruzione di vecchie concezioni nel comportamento e nel modo di pensare degli uomini. Quindi voi vi rendete conto che se detta legge tarda anche di un mese è bene che tardi perchè io non mi presenterò al Consiglio dei ministri fino a quando non avrò raggiunto un certo accordo con le forze sociali e soprattutto un accordo che mi consenta di proporre una legge-quadro che il giorno dopo non debba essere rivista. Io voglio, in sostanza, che questa legge, il giorno in cui sarà licenziata dal Consiglio dei ministri, venga al Parlamento il quale nella sua sovranità la potrà correggere per renderla conforme a certe leggi di tendenza della nostra società.

Si parla dell'ONMI, della Croce Rossa e di tutti questi enti che costano un occhio e che non sono produttivi. Non vi è dubbio che ormai vi sarà un Servizio sanitario nazionale che assorbirà le strutture principali dell'assistenza; a parte il fatto che in via puramente transitoria vi è questa legge in discussione alla Camera per quanto riguarda l'ONMI, e che, impegnando una spesa piuttosto consistente, circa 3.800 asili-nido verranno dati in gestione diretta ai comuni. Quindi le forzature oggi sul piano della polemica politica hanno sì una loro ragione di essere; un parlamentare non può non essere sensibile a quanto si denuncia, a queste iniziative della Magistratura, alla sopravvivenza di persone molto rispettabili che di fronte a denunce del genere avrebbero dovuto avere la dignità di dimettersi. Ma tutto rimane fermo perchè ormai stiamo per voltare pagina, quindi è inutile tormentarsi. Il Servizio sanitario nazionale porta, direi, ad un assorbimento da parte delle Regioni e da parte delle unità sanitarie locali. E mi è

parso opportuno inserire nella normativa della legge l'indirizzo politico da parte dei comuni, per modo che questi domani non abbiano ad essere completamente avulsi. E qui sorge il problema se non sia opportuno che il comitatino di gestione venga nominato per elezioni dirette o per un terzo o due terzi dal consiglio comunale. Dico subito che dissento, su questa linea, perchè voi capite che si fanno le elezioni comunali, provinciali, regionali e nazionali; se si dovessero fare anche le elezioni dirette per le unità sanitarie locali il nostro Paese sarebbe in continua competizione elettorale, con tutto quello che purtroppo ne consegue. Perchè ormai la società è cambiata e non è un mistero per nessuno; per un piccolo commissario all'ospedale *x* o *y* oggi si compongono e si scompongono le maggioranze politiche, non sul piano della ideologia o su certe linee di tendenza politica, ma su questo senso del potere fine a se stesso.

Per quanto concerne l'igiene ambientale, debbo dire che quella del colera è stata una epidemia molto grave in Europa e probabilmente quest'anno avremo qualche caso anche in Italia. Ma ho già predisposto una vaccinazione di massa, perchè i medici qui presenti sanno che anche un turista sano può essere portatore di questo virus.

Debbo anche aggiungere che in questi sei mesi io ho portato a conclusione tutti i regolamenti di esecuzione della legge antismog dopo una parentesi piuttosto lunga che non si è verificata a caso, perchè vi è stata una lotta anche molto aspra tra industriali e Ministero della sanità. Finalmente questi regolamenti sono stati varati e saranno pubblicati sulla *Gazzetta Ufficiale* dopo la firma del Presidente della Repubblica. Manca solo il regolamento di esecuzione per le macchine in circolazione perchè per quelle nuove il Senato lo ha già approvato. Quindi c'è anche qui uno strumento legislativo, per quanto ancora non completo, al quale si potrà fare riferimento quando il servizio sanitario entrerà in vigore.

E stata fatta, poi, un'osservazione molto giusta a proposito dell'assistenza psichiatrica. Io vorrei qui ricordare la posizione decisa assunta dal sottoscritto contro alcuni colle-

ghi della Commissione sanità, a suo tempo, per il varo della riforma psichiatrica. Ricorderete chi furono coloro che si opposero decisamente ad una denuncia delle case di cura per malati di mente, che io paragonai a veri e propri *lager* perchè quando si parla di Nocera Inferiore, di Palermo, eccetera, non possiamo non sentirci profondamente rattristati.

Ad un certo punto il disegno di legge numero 431 è rimasto fermo; comincio ora a firmare i decreti, dopo un accordo con l'Interno, di assunzione di medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali. I 32 miliardi che siamo riusciti a salvare cominciano ad essere spesi e sono stati banditi i concorsi; le cose non si fanno dall'oggi al domani, ma siamo rimasti fermi per tre anni e oggi si ricomincia a mettere in moto questa macchina. Anche il provvedimento che presentai a nome del Governo finalmente comincia a diventare operante anche per la organizzazione dei centri di igiene mentale. Con questa legge si sono potuti eliminare dai casellari giudiziari i malati di mente che altrimenti venivano confusi con i rei comuni; questi malati hanno potuto esercitare il loro diritto di voto nelle ultime elezioni; c'è quindi un progresso ma il fatto è che prima di rendere operante una riforma in questo nostro Paese, ci vuole tempo e una pazienza da certosini. Posso assicurare però che in base al servizio sanitario nazionale le provincie verranno private della gestione dei manicomi e gli ospedali psichiatrici diventeranno degli enti ospedalieri e quindi avranno anche loro una certa classificazione, diventeranno cioè parte di una struttura ospedaliera pubblica e quindi sottratti alla provincia.

Alle provincie non si sa bene che cosa rimarrà; per quanto abbiano coperto un ruolo piuttosto importante nel *depistage* del tumore dell'utero e della mammella, le provincie vanno oggi tramontando. Anche qui le proteste non mancheranno; quando ho chiesto pochi giorni or sono a che cosa servissero i nostri 8.000 comuni, si è scatenato un putiferio. Pensate che ci sono dei comuni con 167 abitanti; è chiaro quindi che bisognerebbe ridurli a 4-5 mila capaci, però di creare delle forme consortili e quindi di poter sopperire

a certi servizi pubblici essenziali. Ma in questo Paese si avrà il coraggio di eliminare dei comuni? Se non siamo disposti a questo è inutile che stiamo a discutere e a criticare, bisogna mettersi in testa che il decentramento va affrontato proprio cominciando dai comuni.

Per quanto riguarda poi l'assistenza psichiatrica devo dire che in questo campo si sta andando avanti, anche se molto lentamente; per quanto riguarda gli istituti di ricerca e terapia dei tumori di Milano, Roma e Napoli, devo confessare che non sono riuscito ad avere notizie precise, nonostante si tratti di organismi vigilati dal Ministero.

Quali progressi sul piano scientifico abbiamo fatto non sono in grado di dirlo; so che al « Regina Elena » di Roma attraverso una circolazione extra-corporea sono arrivati ad isolare alcuni tumori ossei ma niente di più. Devo però dire che anche sul piano mondiale in questo campo i progressi sono minimi. All'ultimo Congresso di cancerologia (tra l'altro siamo riusciti ad ottenere che nel 1974 si tenga a Firenze) si è visto chiaramente che tutti i paesi si trovano più o meno sullo stesso piano. Certo ci vogliono molte attrezzature e qualcosa si potrà fare con i 72 miliardi che spero verranno al più presto al Senato per l'approvazione. Per ora stiamo andando avanti perchè ci siamo offerti di assumere quei costi che le provincie rifiutavano; infatti prima le provincie si rifiutavano di assumere gli impegni previsti dalla legge perchè non potevano sopportare gli oneri riflessi. Ora che questi oneri ce li siamo accollati noi le provincie stanno andando avanti.

Si è parlato anche della ANAAO; a questo proposito posso assicurare che non si faranno più sanatorie. Finchè sarò Ministro della sanità si faranno i concorsi, e questo vale anche per quei 5 mila incaricati per la cui sistemazione la ANAAO preme fortemente.

Per quanto riguarda gli elenchi di idoneità, non sono ancora stati fatti perchè non abbiamo i cinque dattilografi necessari; sembra una cosa ridicola ma è la verità, recentemente me li sono fatti prestare ed ora sto cercando di elemosinarli da qualche altra parte e non c'è da scandalizzarsi, perchè la situazione è quella che è. Per quanto concerne i

concorsi, perciò, mi sembra di non avere altro da dire.

È stata fatta, poi, un'altra osservazione dal senatore Orlandi, che è molto pertinente, per quanto concerne la situazione debitoria nei confronti degli ospedali. In proposito, potrei dimostrare di avere inviato decine di telegrammi al Presidente del Consiglio; anch'io mi sono chiesto perchè si debba verificare una situazione del genere, perchè non debba essere corrisposto regolarmente agli ospedali quanto è loro dovuto in base ai decreti, ma ancora non sono riuscito a svelare tale mistero. Le Regioni, che hanno oggi il potere di gestione e controllo degli ospedali, si arrangeranno e sapranno a chi rivolgersi; il Ministero della sanità non è in condizione di poter controllare alcun atto della burocrazia la quale, non si sa se per disposizione dall'alto o per sua iniziativa diretta, ha dato precedenza nel pagamento ai farmacisti, ai generici e non agli ospedali. Ho inviato telegrammi di protesta anche in questo senso.

Respingo, però, nella maniera più assoluta il rilievo che non si sia fatto nulla sul piano dell'edilizia ospedaliera. Posso dire che abbiamo speso quasi 800 miliardi in poco più di 4 anni e che è pronta la legge di finanziamento per il 1971. Ho approvato d'intesa con il Ministro dei lavori pubblici i piani di finanziamento; ho preteso, però, che non si inizino nuovi ospedali e si utilizzino i denari per portare a termine le opere già iniziate, perchè dal 1967 ad oggi i prezzi non sono più gli stessi e ci siamo trovati di fronte ad una lievitazione dei costi che ha comportato una revisione dei capitolati d'appalto con conseguente rallentamento delle opere.

Di fronte, però, a queste doglianze più che giuste per un bilancio che sul piano quantitativo lascia a desiderare rispetto al nuovo concetto, per quanto riguarda la salute, che si sta affermando nella coscienza del popolo italiano; per un bilancio che non ha un linguaggio espressivo, che non ha certo le cifre che si trovano negli altri bilanci, posso dire che si volterà pagina tra un mese o due, quando cominceremo a discutere la riforma. Allora sarà giusto che cominciamo a guardare nel loro vero aspetto gli effetti che produrrà una legge, quanto meno avvertendo, interpretan-

do alcune tendenze; e io mi auguro che essa possa creare una coscienza sanitaria senza la quale anche questo servizio sanitario può infrangersi sugli scogli della incomprendimento, in una quantità di scorciatoie.

P E R R I N O . Lei sa che col 31 dicembre 1970 è scaduta la legge sul fondo di anticipazione, che tale legge non è stata ripresentata e c'è una iniziativa parlamentare in atto?

M A R I O T T I , *ministro della sanità.* L'altro giorno è stato esaminato il problema e aspetto che l'ufficio legislativo faccia un rapporto esatto. Se l'iniziativa presa dagli onorevoli senatori si può ritenere idonea nel quadro del Servizio sanitario sono d'accordo, perchè c'è una carenza imperdonabile d'ufficio e rileverò questa situazione.

Ci siamo trovati d'accordo sulla scelta del medico da parte del cittadino lasciando alla Regione il compito di fissare un ambito territoriale in cui questa scelta può avvenire. Tra l'altro, abbiamo anche cercato di configurare i rapporti che legheranno il servizio sanitario e i medici generici. Per questo tipo di medici avremo certamente o un tempo pieno volontario, che però potrà essere incentivato con un'indennità, oppure una forma di convenzione, non a tempo definito, perchè ciò porterebbe al fondo pensionabile per cui il lavoro a tempo pieno non lo farebbe più nessuno. Poi studieremo anche un meccanismo per coloro che, pure essendo legati al servizio sanitario, vogliono esercitare la libera professione.

Vi sono tre o quattro problemi di natura politica ancora sul tappeto; il grosso però è stato già definito. Vi sono le proposte alternative del Ministero dell'industria per quanto riguarda i farmaci su cui c'è disaccordo; poi vi sono altri tre problemi. Ma io spero, secondo gli impegni presi dal Presidente del Consiglio dei ministri, che la prossima settimana possa essere dedicata esclusivamente alla definizione di questo strumento legislativo. Nella settimana successiva il progetto di legge potrebbe andare all'approvazione del Consiglio dei ministri; e se si vuole che entri in vigore il primo gennaio 1972 bisognerà la-

BILANCIO DELLO STATO 1971

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

vorare sodo perchè, discusso in prima lettura al Senato, possa andare in tempo all'altro ramo del Parlamento. Il dibattito sarà serrato, aspro e direi frastagliato da una serie di opposizioni e di concezioni anche diverse su cui troveremo certamente un accordo in Parlamento nell'interesse del Paese.

**PRESIDENTE.** La ringrazio per le sue ampie e dettagliate risposte.

**ORLANDI.** Ringrazio innanzitutto il Ministro per le spiegazioni che ci ha dato e che senza dubbio ci saranno molti utili quando discuteremo la riforma sanitaria.

Prendo atto che lo stesso Ministro ha detto che il bilancio è inadeguato alle esigenze e non offre prospettive, anche perchè queste saranno contenute nella riforma sanitaria. Noi pensavamo che almeno qualcuna di queste prospettive fosse contenuta nel bilancio; non abbiamo mai sostenuto che il Ministero della sanità non abbia fatto nulla, comunque il bilancio per noi non è affatto soddisfacente, perchè non coglie le esigenze nuove della nostra società.

Per tutti questi motivi noi diamo voto contrario sullo stato di previsione del Ministero della sanità.

**PERRINO.** Sono sempre stato convinto, ed oggi lo sono ancora di più, della fecondità del lavoro svolto dal Ministero della sanità. Per esprimere un giudizio sulla sua attività bisogna guardare ben oltre le cifre e i dati aridi e scheletrici riportati nel bilancio. Non c'è dubbio che verso la fine della passata legislatura e all'inizio di questa è stata varata tutta una serie di provvedimenti che hanno modificato profondamente le strutture sanitarie del nostro Paese; tutti questi provvedimenti dovranno poi confluire nella riforma sanitaria. A questo proposito, cioè per quanto riguarda la riforma sanitaria, lei, signor Ministro, ha detto, all'inizio del suo intervento, che in questo campo non abbiamo esperienza.

**MARIOTTI, ministro della sanità.** E non ci sono riferimenti nelle leggi dello Stato!

**PERRINO.** È vero! Non abbiamo esperienza diretta, però abbiamo l'esperienza di chi ha cominciato dieci anni prima di noi; vogliamo iniziare dove sono arrivati gli altri o vogliamo cominciare da capo? Per questo ritengo che sarebbe estremamente utile, prima di affrontare l'esame della riforma sanitaria, che un ristretto numero di senatori (alla Camera dei deputati c'è già stata una iniziativa del genere) potesse compiere un viaggio di studio e di indagine in quei Paesi che in questo campo hanno già una notevole esperienza, proprio per rendersi conto di come sia strutturato un servizio sanitario.

**MARIOTTI, ministro della sanità.** Sono pienamente d'accordo con il senatore Perrino; sarebbe estremamente utile che rappresentanti di tutte le forze politiche si recassero nel Nord Europa, in Inghilterra e in Russia per vedere da vicino il sistema sanitario di questi Paesi, in modo che quando il Senato affronterà l'esame della riforma sanitaria possa avere un punto di riferimento.

**CHIARIELLO.** Dichiaro, a nome del Gruppo liberale, di non potermi esprimere un senso favorevole allo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità e che quindi il nostro voto sarà contrario.

**PRESIDENTE.** Poichè nessun altro chiede di parlare, la Commissione dà mandato al relatore, senatore Albanese, di trasmettere alla 5ª Commissione permanente parere favorevole sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

*La seduta termina alle ore 12,40.*