COMMISSIONE XI

LAVORO - EMIGRAZIONE - COOPERAZIONE - PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE - ASSISTENZA POST-BELLICA - IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

XIII.

SEDUTA DI VENERDÌ 14 MAGGIO 1954

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **RAPELLI**

INDICE

PAG.

Congedo:

PRESIDENTE 141

Comunicazione del Presidente:

PRESIDENTE 141

Proposta di legge (*Seguito della discussione*)

BONOMI ed altri: Estensione dell'assistenza malattia ai coltivatori diretti. (215) 141

PRESIDENTE . . . 141, 142, 143, 148
CACCIATORE 142, 143
CHIAROLANZA 143, 145
REPOSSI, *Relatore* 143
RUBINACCI 144, 145
BEI CIUFOLI ADELE 144
VENEGONI 144, 145
LA SPADA 145
PERTINI 145
COTELLESSA 145
SAMPIETRO GIOVANNI 146
BARBERI SALVATORE 146
NOCE TERESA 147
L'ELTORE 147
LENZA 148

La seduta comincia alle 9,15.

REPOSSI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(*È approvato*).

Congedo.

PRESIDENTE. Comunico che è in congedo il deputato Morelli.

Comunicazione del Presidente.

PRESIDENTE. Comunico che per la discussione della proposta di legge n. 215, i deputati Albizzati, Angelucci Mario, Bersani, Lizzadri, Marangoni, Montelatici, Pastore e Pavan sono rispettivamente sostituiti dai deputati: Sampietro Giovanni, Audisio, Marenghi, Fora, Grifone, Zamponi, Sodano e Bonomi.

Seguito della discussione della proposta di legge Bonomi ed altri: Estensione dell'assistenza malattia ai coltivatori diretti. (215).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione della proposta di legge Bonomi ed altri: Estensione dell'assistenza malattia ai coltivatori diretti.

Nella seduta del 12 maggio l'esame dell'articolo 3 fu sospeso in attesa che un apposito comitato accertasse presso l'I.N.A.M. i costi medi prevedibili di talune prestazioni sanitarie.

Riferirò ora alla Commissione il risultato delle indagini effettuate presso l'I. N. A. M. dal relatore Repossi, dall'onorevole Cacciatore e da me. Il direttore generale dell'istituto, assistito da un tecnico, ha compilato in merito dei prospetti e, a conclusione dell'incontro, mi ha rilasciato la seguente lettera in data 12 maggio 1954:

«Come da richiesta della S.V. trasmetto qui uniti i prospetti contenenti i costi medi prevedibili per il 1954 delle prestazioni sanitarie per beneficiario della categoria colonie mezzadri.

I costi predetti sono rappresentati dai dati ufficialmente comunicati nel novembre ultimo scorso dall'Istituto alla commissione centrale per i contributi unificati in agricoltura, mag-

giorati di una percentuale del 10 per cento in dipendenza:

delle risultanze emerse dai dati provvisori del bilancio consuntivo dell'esercizio 1953;

degli aumenti verificatisi nei costi delle diarie di degenza dal novembre ultimo scorso ad oggi – in media 10 per cento – e che si prevede si verificheranno nel corso del 1954;

dell'aumento delle tariffe di onorario richiesto nel febbraio ultimo scorso dai medici, nella misura del 20 per cento

Nei costi medesimi è compresa l'incidenza delle spese generali di amministrazione nella percentuale del 13 per cento.

L'allegata tabella *A* indica i costi relativi all'assistenza ospedaliera, specialistico-ambulatoriale, ostetrica.

Per quanto concerne la tubercolosi, il carico contributivo di lire 630 per assistibile – cui si è accennato nelle intercorse discussioni – è stato ricavato mediante un calcolo puramente deduttivo, prendendo a base il gettito contributivo di questa assicurazione e il numero degli assistibili ammontanti a 16 milioni circa ed avendo riguardo al minor periodo assistenziale ed alla minore frequenza di ricovero sanatoriale delle categorie agricole. Tale quota contributiva di lire 630 rappresenta il minimo indispensabile per assicurare la copertura del rischio.

Per quanto concerne le prestazioni assistenziali di malattia, si è ritenuto di comunicare i dati di costo dei *coloni e mezzadri*, essendo tale categoria quella che ha caratteristiche in tutto simili ai coltivatori diretti.

È ovvio che i dati in questione hanno valore solo per il 1954, non dovendosi escludere, sino d'ora, variazioni in aumento per quanto concerne il 1955 ».

Allegate alla lettera figurano le due seguenti tabelle:

TABELLA A.

ASSISTENZE	Costi comunicati alla Commissione centrale per i contributi unificati in agricoltura	Costi maggiorati del 10 per cento
Ospedaliera	1.441,45	1.585,60
Specialistica ambulatoriale	362,05	398,25
Ostetrica	175,90	193,30

TABELLA B.

ASSISTENZE	Costi comunicati alla Commissione centrale per i contributi unificati in agricoltura	Costi maggiorati del 10 per cento
Sanitaria generica . .	903,45	993,80
Ospedaliera	1.441,45	1.585,60
Specialistica ambulatoriale	362,05	398,25
Ostetrica	175,90	193,50

CACCIATORE. Desidero che l'onorevole Presidente dia atto che i dati da me indicati mi erano stati forniti dall'ufficio di ragioneria dell'I. N. A. M., il quale, a sua volta, li aveva ricavati sommando il costo di ciascuna prestazione per ogni provincia, nel settore dell'agricoltura, e dividendo il costo complessivo nazionale ricavato, sempre per ogni prestazione, per il numero degli assistibili. Dia anche atto, l'onorevole Presidente, che il direttore generale dell'I. N. A. M. ha detto che i dati non sono pienamente attendibili in quanto non era assolutamente possibile stabilire il costo dell'assistenza settore per settore e che, quindi, i dati forniti sono stati calcolati approssimativamente, per semplice comodità contabile. Dia ancora atto che, sempre secondo il dire del direttore generale dell'I. N. A. M., anche i dati del consuntivo, per il 1952, del settore dell'agricoltura, che furono sottoposti, a suo tempo, all'approvazione dei competenti Ministeri, sarebbero stati fissati in maniera approssimativa, sempre a causa dell'impossibilità assoluta di fissare il costo per ciascun settore. Dia infine atto che, dietro mia precisa domanda, il direttore generale dell'I. N. A. M. rispose che l'unico dato preciso, su cui ci si può basare, è quello del costo complessivo per tutti i settori; perché anche approssimativo si doveva considerare quello indicatoci per i coloni e mezzadri.

PRESIDENTE. Do atto all'onorevole Cacciatore che quanto ha detto è risultato effettivamente vero dal colloquio avuto col direttore generale dell'I. N. A. M. La diversità di cifre può essere stata provocata da calcoli diversi, fatti cioé, in parte, in base a

calcoli contabili precisi e in parte, in base a dati puramente deduttivi.

CHIAROLANZA. Io non do importanza alle cifre in senso assoluto. Ho chiesto, anch'io, dei chiarimenti e ho fatto dei conteggi dai quali ho ricavato il costo medio per ogni assistito. Ho constatato che esistono sensibili differenze di costi. Ora, io intendo fare una osservazione di ordine generale. L'I. N. A. M., praticamente, si trova in grave disagio economico, con un disavanzo formidabile; perciò ritengo che le cifre da esso forniteci debbano essere da noi accettate con riserva. Nel 1953, e poi nel 1954, il costo delle prestazioni è aumentato via via, per incidenze varie, per cui le cifre a nostra disposizione, presumibilmente, sono inferiori a quelle del costo effettivo. Di questo dovremo tenere conto nel decidere il genere di prestazioni da concedere.

REPOSSI, *Relatore*. Effettivamente, nel colloquio di ieri, abbiamo esaminato questo aspetto del problema e abbiamo fatto un calcolo di minore incidenza, ad esempio sull'assistenza generica, tanto da arrivare, dalle 1.300, a poco più di 900 lire.

CACCIATORE. Voglio chiarire alla Commissione che, nel costo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, è compresa anche l'assistenza generica ambulatoriale, vale a dire l'assistito non ha diritto ad andare in ambulatorio semplicemente per essere visitato dallo specialista, ma anche per ricevere quelle cure che gli sono necessarie, come le iniezioni od altro. È bene che noi precisiamo questo duplice aspetto, generico e specialistico, dell'assistenza ambulatoriale.

PRESIDENTE. I dati che si potevano acquisire sono ormai in nostro possesso. Ora si tratta di mettersi d'accordo sulle prestazioni da dare. Se noi vogliamo concedere l'assistenza sanitaria generica (993,80), quella ospedaliera (1.585,60), quella specialistica ambulatoriale (398,25) e quella ostetrica (193,50), avremmo un costo totale di lire 3.171,15.

CACCIATORE. E l'assistenza contro la tubercolosi ?

PRESIDENTE. La tubercolosi è già oggetto di cura da parte dell'Istituto della previdenza sociale.

Come ho detto, abbiamo un costo complessivo di lire 3171,15. Il Governo ha promesso un contributo, *pro capite*, di 1.500 lire. La differenza è rilevante. Nel corso di una precedente seduta l'onorevole Cacciatore propose di addossarne il 50 per cento agli interessati e l'altro 50 per cento allo Stato; ma rimane pur sempre un onere notevole.

CACCIATORE. La mia proposta era subordinata alla concessione dell'assistenza integrale.

PRESIDENTE. Se vogliamo proseguire nella discussione dobbiamo pur cominciare con lo stabilire almeno un principio di questa assistenza che, è noto, interessa un vasto campo: oltre sei milioni di lavoratori. Potremo certamente riscontrare delle reazioni ambientali molto diverse. Un fattore da valutare attentamente è, infatti, la condizione ambientale. Diversa è la situazione del lavoratore subordinato (che in caso di necessità ha diritto ad un determinato tipo di assistenza), e quella del lavoratore che, sia pure in parte, deve pagare di tasca sua.

Quale preoccupazione ho sentito emergere dalle discussioni finora svoltesi ? Quella di rendere immediatamente effettiva per gli interessati la questione dell'assistenza medica. Orbene, partendo da questo punto di vista, come reagiranno i medici ? Noi ci troviamo di fronte ad una specie di imponderabile, e per quanto si voglia discutere, qualunque sia la soluzione da adottare, noi saremo sempre legati, in un certo senso, a questo imponderabile.

CHIAROLANZA. L'onorevole Presidente si è chiesto quale potrebbe essere la reazione dei medici. Io debbo dichiarare questo: la proposta di legge, indiscutibilmente, se approvata, non tornerà gradita ai medici. Intendiamoci, non è che essi ostacolino l'assistenza; essi tendono piuttosto verso un principio di giustizia: siano cioè assistiti tutti coloro che sono meno abbienti ! I mezzadri, ad esempio, costituiscono un complesso eterogeneo: molti sono veramente bisognosi, altri non lo sono. Nella legge noi dovremmo cercare il modo di precisare bene questo punto. Sarebbe ingiusto, e anche dannoso per la generalità, stabilire che anche il ricco debba fruire di assistenza convenzionata. Ci sono in alta Italia piccoli poderi, magari di un solo ettaro, che tuttavia rendono molto di più di alcuni altri situati altrove, magari con un'estensione di dieci ettari.

Bisogna trovare una formula per mezzo della quale si stabilisca il principio che l'assistenza spetta solo ai poveri e non a tutti indistintamente. Se lo Stato italiano è in grado di assumersi un onere così grave, lo faccia pure, ma su principî logici e non empirici. Noi stiamo assistendo, giorno per giorno, alla immissione all'assistenza di sempre nuove categorie: la più recente, ad esempio, è quella degli artigiani. Di questo passo si assisterà l'intera popolazione italiana, senza avere un programma organico generale e senza che prima sia stato esaminato

il problema sotto i diversi importanti aspetti. Non parlo soltanto dal punto di vista sanitario, ma anche da quello economico. Non si capisce perchè debba esserci un settore più assistito ed un altro meno.

Affrontiamo, quindi, il problema nel suo complesso. Noi abbiamo giocato sull'approssimazione. In un regime assicurativo conta, se mai, uno solo dei tre termini fondamentali: il rischio, e questo lo si fa oscillare continuamente spostando tutto il sistema.

RUBINACCI. Vorrei, in primo luogo, tranquillizzare la Commissione, almeno sulla questione pregiudiziale sollevata dall'onorevole Chiarolanza, e poi manifestare il mio pensiero in merito all'argomento che ci interessa. L'onorevole Chiarolanza ha espresso un punto di vista degno della massima attenzione da parte nostra. Egli ha parlato, con l'autorità che gli viene dall'essere presidente della Federazione degli Ordini dei medici, per cui faremmo certamente male a non considerare bene quello che egli ha detto, tanto più che i medici rappresentano un lato del grande triangolo formato dagli assistiti, dagli istituti e dagli assistenti. D'altra parte, la questione sollevata dal collega Chiarolanza non trova, secondo me, alcuna possibilità concreta di soluzione, perchè noi ci troviamo di fronte a due strade. Una strada è quella della assistenza che per conto dello Stato deve andare incontro a coloro che si trovano in condizioni di assoluta indigenza, ed in tal caso si provvede attraverso sussidi, medici, medicine, ecc. Questa strada, del resto, è quella già adottata dal nostro ordinamento, sia pure in maniera non perfetta, ed è la strada dell'assistenza pubblica per cui l'indigente assoluto ha il medico condotto, i medicinali gratis, ecc. L'altra strada, invece, è quella che si sta percorrendo da diversi anni, anche da prima del 1943, ed è quella delle assicurazioni sociali, che sono qualcosa di ben diverso e che significano, soprattutto per quanto riguarda il settore delle malattie, assistenza mutualistica. Ora, è chiaro che nel concetto di mutualità è insito il principio del pagamento effettuato secondo le proprie possibilità e i propri redditi. La mutualità implica, necessariamente, che l'assistenza vada anche a chi, pur non essendo in condizioni economiche di assoluto bisogno, ne ha diritto essendo un contribue te. D'altra parte questi deve essere per forza contribuente, perchè, se non esistessero i contribuenti ricchi, non ci potrebbe essere l'assistenza per i poveri. Ognuno immette secondo le proprie possibilità e ciascuno prende secondo i propri bisogni.

L'introduzione di un concetto discriminatorio, per cui passeremmo dal concetto dell'assicurazione sociale a quello dell'assistenza, non è possibile venga accettata da noi.

BEI CIUFOLI ADELE. A me sembra che si sia capovolta la questione. Noi stiamo discutendo sull'assistenza da dare ad una grande categoria di lavoratori. Si tratta di sette milioni circa di persone delle quali, come ho potuto accertarmi di persona, parlando in questi giorni con gli interessati, difficilmente si arriva a capire la vera aspirazione. Ho avuto occasione di parlare in una assemblea ove erano riuniti circa cinquanta coltivatori diretti, fra i quali anche delle donne. Ho parlato di questa legge e ho interrogato in merito, particolarmente, le donne. Ho domandato se, secondo loro, questa legge, così come è stata concepita, può essere veramente efficace per sovvenire ai bisogni della categoria. Per tutta risposta esse mi hanno fatto presente questo: non c'è mese durante il quale, almeno una volta alla settimana, qualche membro della famiglia non abbia bisogno dell'assistenza medica e di medicine. Pensate, quindi, cosa significa sodisfare questi bisogni. D'altronde solo se noi riusciremo ad andare incontro a tutte le loro leggitime aspirazioni, noi potremo riuscire a far loro accettare, di buon grado, il pagamento della quota parte del contributo.

Vi è, poi, il problema dei bambini. Non dobbiamo dimenticare che una grande percentuale di bambini vengono curati in modo insufficiente, che vivono una vita grama e che sono soggetti a malattie anche gravi. La percentuale dell'infanzia ammalata è alta e noi dobbiamo cercare di curarla agli inizi senza aspettare che la malattia arrivi ad un stadio grave. Dobbiamo fare pertanto una legge sociale veramente efficace, che sodisfi pienamente i bisogni delle famiglie degli interessati.

Balza evidente, perciò, l'importanza massima dell'assistenza farmaceutica e di quella generica. Se noi opteremo per la soluzione di questi due problemi, faremo veramente qualche cosa di utile.

VENEGONI. Se vogliamo davvero fare una legge che risponda nel miglior modo possibile alle esigenze dei coltivatori diretti, penso che l'assistenza pregiudiziale da garantire sia quella generica, perché proprio in questo modo si inizia il contatto fra l'assicurato, l'istituto assicuratore e il medico. Subito dopo, anzi quasi sullo stesso piano, tenuto conto specialmente delle particolari

condizioni del meridione, metterei l'assistenza ospedaliera e la farmaceutica. Nel meridione, infatti, non abbiamo ancora una attrezzatura ospedaliera sufficiente a garantire le prestazioni che noi promettiamo ai coltivatori diretti, mentre esiste sempre la possibilità di andare loro incontro con le medicine.

Noi insistiamo, pertanto, perché l'assistenza farmaceutica sia compresa fra le prestazioni. Per quanto concerne il problema dei medici ed il loro atteggiamento di fronte a questa legge, vorrei richiamare l'attenzione dei medici stessi su questo fatto: noi stiamo regalando loro dei clienti.

CHIAROLANZA. I medici vi ringraziano... !

VENEGONI. Noi regaliamo effettivamente dei milioni di clienti ai medici, perché si tratta di persone che oggi si astengono dal ricorrere al medico per non pagare somme notevoli o vi ricorrono solo in caso di assoluto bisogno. È già accaduto così per l'assicurazione ai coloni e ai mezzadri; avverrà così anche per i coltivatori diretti. Quel poco che i medici possono perdere per la differenza tra la visita a tariffa convenzionata e quella a tariffa libera, potranno recuperarlo. largamente, in base alla grande massa dei clienti che si rivolgerà a loro.

Concludo, pertanto, riaffermando l'esigenza che la nostra Commissione tenga presente l'importanza delle prestazioni da concedere e voglia mettere in primo piano, fra queste, l'assistenza generica e subito dopo quella farmaceutica e ospedaliera.

LA SPADA. Ritengo che la Commissione dovrebbe studiare la maniera di concedere un minimo di assistenza generica. È infatti evidente che chiunque, prima di ogni altra forma di assistenza, deve fare uso di quella generica. Ugualmente concederei l'assistenza farmaceutica almeno per coloro che fossero ricoverati od usassero dell'assistenza specialistica. Detta assistenza dovrebbe essere praticata in ambulatorio. Credo che, con questa proposta, si potrebbero conciliare le opposte tendenze.

PERTINI. Per stabilire la priorità delle assistenze bisogna tenere presenti i diversi stati di una malattia. Quando voi parlate di assistenza ospedaliera, cioè si riconosce che un ammalato deve essere ricoverato in ospedale, è evidente che la malattia si trova già in istato avanzato. In linea generale, quando un medico dispone perché un suo paziente venga ricoverato in ospedale, vuol dire che questi non può proprio essere curato in casa e che la malattia ha raggiunto uno stadio grave. Bisogna evitare che un ammalato raggiunga il secondo e magari il terzo stadio della sua malattia e bisogna curarlo fin dall'inizio. Ecco quindi che l'assistenza generica è di grande, assoluta importanza.

Ho avuto modo di parlare in questi giorni con alcuni coltivatori diretti e tutti hanno sostenuto la necessità dell'assistenza generica. Voi sapete benissimo, e i medici me ne debbono dare atto, che ci sono delle malattie che solo se affrontate a tempo possono essere debellate, mentre se vengono trascurate possono richiedere il ricovero del malato per periodi anche molto lunghi, e con grave danno dell'azienda agricola.

Non dimentichiamo che le malattie alle quali, più spesso, vanno soggetti i coltivatori, sono le forme reumatiche e le affezioni epatiche.

COTELLESSA. Desidero confermare alla collega Bei che l'assistenza pediatrica rientra in quella specialistica e quindi è già assicurata. Non credo che possono esservi obiezioni a questa considerazione, dettata dalla logica e dagli stessi sentimenti di preoccupazione per la situazione sanitaria dell'infanzia, così ben manifestati dalla collega.

RUBINACCI. Tutte le assistenze sono necessarie. Nessuno lo nega. Tuttavia noi dobbiamo metterci d'accordo sulle forme di assistenza da stabilire, tenuto conto dei costi di esse, costi che in buona parte saranno a carico della categoria.

CHIAROLANZA. Permettetemi, come medico, di chiarire la questione dal punto di vista sanitario. Già dissi nelle precedenti sedute che non potevo negare la necessità di una visita medica, prima di stabilire se un ammalato debba o no andare in ospedale. Perciò l'assistenza generica è pregiudiziale. Non posso però condividere l'opinione che l'assistenza generica sia sempre legata all'assistenza farmaceutica. La questione non verte in tema di correlazione fra assistenza generica e assistenza farmaceutica, ma piuttosto in tema di onere conseguente all'assistenza farmaceutica aggiunta a quella generica. Badate che si tratta di un onere enorme. I dati dell'I. N. A. M. per l'assistenza generica e farmaceutica per l'ultimo quinquennio sono eloquentissimi. Nel 1949 si sono avuti 33 miliardi di prescrizioni, nel 1950 31 miliardi, nel 1951 48 miliardi, 59 miliardi nel 1953. L'assistenza sanitaria generica è costata 17 miliardi e l'assistenza farmaceutica 21 miliardi. L'indice è salito da 3,70 a 5,6 per ogni iscritto.

Indipendentemente dal valore obiettivo di queste cifre sta il fatto che l'assistenza farmaceutica costa un terzo più dell'assistenza sanitaria. Quindi, se voi stabilite *cinque* per l'assistenza generica, dovete aggiungere *sei e cinquanta* o *sette* per quella farmaceutica e arriverete a cifre spaventose.

Concordo nel ritenere che, se si fosse in grado di dare: assistenza generica, farmaceutica, ospedaliera e tutte le altre assistenze, faremmo una grande cosa. Ma siamo in grado, economicamente, di fare questo ?

SAMPIETRO GIOVANNI. Sento il bisogno di intervenire per confutare un'affermazione dell'onorevole Rubinacci. Egli ha detto che ci sono due strade per l'assistenza: una è quella dell'assistenza nel concetto proprio di solidarietà sociale, quindi contributo da parte dello Stato che va solo ai poveri; l'altra, quella dell'assicurazione sociale mutualistica. Ha detto anche che il nostro problema va risolto soltanto attraverso l'assicurazione sociale mutualistica. Orbene, se i coltivatori diretti fossero tutti realmente ricchi o avessero tutti la possibilità di procurare a se stessi ogni assistenza di carattere medico-farmaceutico, probabilmente questa proposta di legge non sarebbe mai nata. Essa, invece, nasce proprio dal riconoscimento, anche se può sembrare un controsenso, che questi coltivatori sono, sì, proprietari, ma proprietari poveri; ed è in ragione di questa povera proprietà che vengono assistiti.

Essi, però, data la loro povertà, non hanno la possibilità di pagare a sufficienza per l'assistenza completa. Ecco che, a parer mio, non si può scartare *a priori* il criterio dell'assistenza in sè e per sè. Si devono ammettere, cioè, tutte e due le strade; quella dell'assicurazione sociale, perchè i coltivatori diretti sono proprietari e qualche cosa possono pur pagare, e quella dell'assistenza, di carattere sociale, da parte dello Stato, laddove vi sia insufficienza di mezzi.

Il problema, pertanto, non è di scegliere una strada piuttosto che un'altra, ma quello di abbinare una all'altra. Il problema consiste nella determinazione delle aliquote: per quanto deve contribuire una parte e per quanto l'altra ? Questo è il concetto fondamentale per arrivare a giuste soluzioni. Bisogna indicare allo Stato le possibilità contributive dei coltivatori diretti e la loro eventuale insufficienza e chiedere, in questo caso, il suo intervento.

BARBERI SALVATORE. L'impostazione che i colleghi socialcomunisti hanno dato alla questione della priorità, nel tempo, delle prestazioni non lascia luogo a dubbi. Non può esservi prestazione ospedaliera se non preceduta dalla visita generica, ed anche, eventualmente, da quegli accertamenti che sono connessi con la visita medica. Io debbo richiamare l'attenzione della Commissione su due punti. Primo punto: c'è la possibilità, e da parte dello Stato e da parte dei singoli, di assumersi il rischio assicurativo così rilevante come ne deriverebbe dallo stabilire le prestazioni generica e farmaceutica ? Questo deve essere detto dal Governo, e, per quanto riguarda il contributo da addossare agli interessati, dai sindacalisti.

Non c'è dubbio che l'onere più grave per le famiglie dei coltivatori diretti sia costituito da quello per l'assistenza specialistica e non tanto da quello per l'assistenza antitubercolare ed ospedaliera, il cui onere, relativamente modesto. è, in genere, facilmente sopportabile. Sarei anch'io dell'avviso di dare l'assistenza più larga; ma abbiamo noi la possibilità di farlo ? Per quanto riguarda la questione dell'assistenza ospedaliera e della sua priorità o meno rispetto all'assistenza generica, debbo dire che, in linea di massima, si tratta di due settori ben diversi: in generale mai si hanno malattie gravi o meno gravi, ma malattie che possono essere curate in casa, ed altre che, invece, richiedono il ricovero in ospedale (come l'ernia, l'appendicite cronica, ecc.). Non direi, cioè, che in ospedale vanno soltanto gli affetti da malattie gravi, ma in genere quelli affetti da malattie curabili solo in regime ospedaliero.

A me pare che, allo stato attuale delle cose e tenuto conto di quella che è la realtà dei fatti, la cosa che maggiormente può dissestare una famiglia non è l'influenza, che si può fronteggiare con modesta spesa, ma una malattia che richieda l'intervento chirurgico.

Le esperienze di questi ultimi anni dimostrano che nel sistema mutualistico esistono grosse sfasature e la colpa è del sistema vigente. Anche la stampa se ne è preoccupata e si è richiesto a gran voce che il campo dell'assistenza mutualistica venga riveduto in tutto il suo complesso.

Teniamo conto, quindi, di queste esperienze e, prima di inoltrarci in questo nuovo grande esperimento, vediamo se sia possibile eliminare le diverse sfasature di questa assistenza che, spesso, sussiste solo sulla carta. In seno allo stesso consiglio dell'I. N. A. M. ho sentito più volte protestare i rappresentanti dei lavoratori: « ma questa non è una assistenza; modifichiamo il sistema ! ».

Guardiamo quello che è avvenuto in Inghilterra, nazione molto più ricca di noi.

Non porto vasi a Samo se dico che questo concetto va maturato, sia alla stregua della disponibilità dello Stato, che a quella del rischio assicurativo per l'interessato.

NOCE TERESA. La proposta di legge interessa circa sette milioni di lavoratori. Se dobbiamo dare ad essi un'assistenza sanitaria, stabiliamo innanzi tutto che è necessario dare l'assistenza ospedaliera, quella generica e quella farmaceutica; dopo faremo i conti. Se, nel fare una legge che ci pone di fronte al problema del costo, ci facciamo guidare solo da questo criterio, non siamo certo dei veri legislatori. Bisogna tenere anche conto delle necessità imperiose per le quali questa legge si sta facendo. Noi stiamo discutendo dell'assistenza generica; tutti siamo d'accordo nel riconoscere che è necessaria e che senza di essa tutte le altre non hanno senso. Uguale necessità riconosciamo all'assistenza farmaceutica. Visto che dette assistenze sono indispensabili, dobbiamo cercare la maniera di concederle tutte, magari in una certa misura percentuale.

Se sarà necessario un ulteriore contributo di cento lire a persona da parte del Governo, che questi lo dia. E se non è possibile dare l'assistenza farmaceutica al cento per cento, concediamo almeno quella galenica, escludendo le specialità. In questo modo si potrà arrivare a conciliare la somma disponibile con il costo delle varie forme di assistenza.

L'ELTORE. È evidente il desiderio di noi tutti di predisporre una legge umana, con la quale si possa raggiungere il massimo dell'assistenza. Ogni individuo, per essere protetto, ha bisogno di poter contare su quattro aspetti difensivi: la prevenzione, vale a dire cercare di evitare che le persone si ammalino; l'accertamento della malattia, vale a dire la cosiddetta diagnostica (che va perfezionata nel modo più assoluto onde giungere alla diagnosi tempestiva); la terapia che può svolgersi sia a domicilio che in ospedale e che sarà tanto più breve quanto più tempestiva sarà stata la diagnosi; ed infine la convalescenza. Questo sarebbe il ciclo perfetto di una assistenza.

Tutti vorremmo basarci su questa direttiva per fare qualcosa di veramente efficace, ma dobbiamo fare i conti con quelle che sono le disponibilità, e per cui siamo posti nella necessità di scegliere, fra le varie prestazioni assistenziali, quelle più necessarie e urgenti.

Per me la cosa fondamentale è di poter giungere alla diagnosi tempestiva, di qui la necessità dell'assistenza generica. Senza la visita medica non si può infatti prendere alcun orientamento terapeutico. Dopo di che viene per importanza l'assistenza ospedaliera, della quale gli assistiti si serviranno a giudizio indiscriminato del medico. Per quanto riguarda l'assistenza contro la tubercolosi, ritengo che noi dovremmo soprassedere, dato che vi sono già due istituti incaricati alla bisogna, quello della Previdenza sociale ed il Consorzio provinciale antitubercolare; coloro che sono assicurati vanno curati a carico dell'Istituto, coloro che non lo sono, vanno curati a carico dei consorzi. Trovo quindi che il problema dell'assistenza contro la tubercolosi possa considerarsi senz'altro risolto.

Altro problema importante è quello della « assistenza farmaceutica » che determina grande divergenza di tendenze. In proposito debbo dire che siamo di fronte a qualcosa di veramente pauroso. Come esemplificazione aggiungo, per quella competenza sia pure limitata che mi deriva dal dirigere il Consorzio antitubercolare, che detto consorzio è arrivato a versare denaro in contanti per far comperare le medicine piuttosto che distribuire le medicine stesse. Abbiamo dovuto fare questo perché avveniva spesso che il paziente, se non veniva munito di una ricettazione ampia di diversi medicamenti, non si riteneva sodisfatto ed il medico che si permetteva prescrivere delle modeste cartine non veniva preso in considerazione. E avveniva anche che molti si rivendessero le medicine più costose così ottenute. Abbiamo provato a darle con dei marchi speciali che avrebbero dovuto impedirne il commercio, ma non c'è stato niente da fare. Ad un certo momento, abbiamo preferito dare cinquemila lire e una ricetta.

Ma un istituto assicuratore, come quello a cui vogliamo dare vita, deve essere in grado di difendersi e non di correre il rischio, come altri istituti, di essere travolto. Pertanto, inizialmente, dovremmo stabilire come prima assistenza quella medica per l'accertamento della malattia, ivi compresa quella radiologica, ed in secondo luogo l'assistenza terapeutica e quella per tutte le manifestazioni che hanno bisogno di ricovero, esclusa la tubercolosi. In ultimo, fatti i conti e veduto cosa resta, potremmo concedere eventualmente una percentuale del 20 o 50 per cento per altre forme di assistenza. Solo così noi procederemo con praticità.

L'onorevole Pertini ha anche parlato, con la passione che lo caratterizza, delle malattie a cui maggiormente vanno soggetti i coltivatori diretti. Esse rientrano nella mor-

bosità endogena che è in aumento. Ma si tratta di forme che si possono correggere in base al sistema di vita dell'individuo e che solo rare volte richiedono una terapia particolare. Penso, quindi, che una via di uscita si possa alfine trovare: tralasciamo, come ho detto, l'assistenza contro la tubercolosi e realizziamo intanto qualche cosa di pratico e di utile.

LENZA. Sono perfettamente d'accordo con l'onorevole L'Eltore. La questione farmaceutica è da impostare su tutto il settore dell'assistenza che è da rivedere *ex novo*, soprattutto tenendo presenti le particolari caratteristiche di questa categoria dove il lavoratore si confonde col datore di lavoro. Bisogna sovvenire alle loro esigenze più impellenti e più gravi, e non gravare eccessivamente gli oneri individuali.

PRESIDENTE. Poiché sta per iniziare la seduta in Assemblea, ritengo opportuno rinviare il seguito della discussione dell'articolo 3 alla prossima seduta.

La seduta termina alle 10,50.

IL DIRETTORE
DELL'UFFICIO COMMISSIONI PARLAMENTARI
AVV. CORALDO PIERMANI

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI