

69.

## SEDUTA ANTIMERIDIANA DI MERCOLEDÌ 23 OTTOBRE 1963

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
CINCIARI RODANO MARIA LISA

## INDICE

	PAG.
<b>Disegno di legge</b> ( <i>Trasmissione dal Senato</i> )	3595
<b>Disegno di legge</b> ( <i>Seguito della discussione</i> ):	
Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964 (611-611-bis) . . . . .	3595
PRESIDENTE . . . . .	3595
SCARPA . . . . .	3596
URSO . . . . .	3609
BALCONI MARCELLA . . . . .	3611
DELFINO . . . . .	3615
ROMANO . . . . .	3620
MEZZA MARIA VITTORIA . . . . .	3627
FADA . . . . .	3632
<b>Proposte di legge</b> ( <i>Annunzio</i> ). . . . .	3595

**La seduta comincia alle 9,30.**

PASSONI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta antimeridiana di ieri.

(È approvato).

**Trasmissione dal Senato.**

PRESIDENTE. Il Senato ha trasmesso il seguente disegno di legge, approvato da quella IX Commissione:

« Proroga ed integrazione della legge 16 settembre 1960, n. 1016, concernente finanziamenti a medio termine al commercio » (644).

Sarà stampato, distribuito e trasmesso alla Commissione competente, con riserva di stabilirne la sede.

**Annunzio di proposte di legge.**

PRESIDENTE. Sono state presentate proposte di legge dai deputati:

PELLEGRINO ed altri: « Vendita ambulante dei vini » (645);

STORTI ed altri: « Modifiche alle norme sul collocamento della manodopera, contenute nella legge 29 aprile 1949, n. 264 » (646);

DE MARZI FERNANDO ed altri: « Rateizzazione dei contributi per l'assicurazione di invalidità e vecchiaia ai coltivatori diretti » (647);

STORTI ed altri: « Istituzione di un Fondo nazionale di investimento » (648);

STORTI ed altri: « Istituzione di enti di sviluppo in agricoltura » (649);

STORTI ed altri: « Istituzione del Comitato interministeriale e del Fondo nazionale per la preparazione professionale » (650).

Saranno stampate e distribuite. Le prime tre, avendo i proponenti rinunciato allo svolgimento, saranno trasmesse alle Commissioni competenti, con riserva di stabilirne la sede; delle altre, che importano onere finanziario, sarà fissata in seguito la data di svolgimento.

**Seguito della discussione del bilancio del Ministero della sanità (611-611-bis).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del bilancio del Ministero della sanità.

E iscritto a parlare l'onorevole Scarpa. Ne ha facoltà.

SCARPA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, non ci rammarichiamo affatto che questo bilancio della sanità sia stato inserito per ultimo nella lunga serie di dibattiti sui bilanci ministeriali. Non ce ne rammarichiamo perché si tratta così dell'ultimo atto di questo Governo, essendo sufficientemente noto che all'indomani dell'approvazione di quest'ultimo bilancio, o dopo pochi giorni, una crisi di Governo sarà aperta e trattative avranno inizio tra i partiti interessati alla formazione di una nuova coalizione per pervenire alla costituzione di un secondo governo di centro-sinistra.

Il discorso che rivolgiamo quindi alla Camera e al Governo in questa sede è essenzialmente rivolto ai protagonisti di quella futura trattativa, tanto più che diventa abbastanza chiaro che questo bilancio che ci accingiamo ad approvare non sarà attuato, se non nella piccola parte che è già stata realizzata in sede di esercizio provvisorio, da questo Governo. Ed è per questa ragione che giudichiamo positivo, utile e interessante che l'ultima esortazione che muove da questa Camera prima dell'inizio delle trattative per la costituzione di un governo nuovo investa e riguardi ampiamente i problemi della sanità, che vengono giudicati da noi come pietra di paragone delle capacità e delle intenzioni del futuro governo. Si tratta infatti di uno dei settori della vita italiana che soffre di acuta crisi; e, d'altra parte, i problemi della salute pubblica sono un parametro essenziale per valutare la congruità delle strutture sociali del nostro Stato.

È da moltissimi anni che si parla dell'esigenza di un riordinamento radicale di tutti i nostri ordinamenti sanitari. In occasione di un dibattito di alto interesse promosso dal nostro partito nella scorsa primavera, è stato ricordato che, quando ancora la guerra non era terminata e Roma era stata appena liberata, uno dei primi decreti del Governo di quel tempo, il primo Governo di liberazione, fu il decreto 15 marzo 1944, che istituiva una commissione di studio per una riforma sanitaria avente lo scopo di creare un ordinamento più semplice, più uniforme — sono le stesse parole che ripetiamo ancora oggi a 19 anni di distanza — e per estendere l'assistenza sanitaria promanante dallo Stato.

Sembra di avvertire lo stesso senso delle parole che il dirigente massimo del partito di maggioranza ha più volte ripetuto nel corso dell'ultimo anno: camminare per non arri-

vare; studiare per non realizzare. Diciannove anni fa si costituiva la prima commissione per studiare la riforma sanitaria del paese con ordinamento più semplice e più uniforme. Quante commissioni stanno studiando ancora oggi? Se l'onorevole Jervolino avrà la pazienza di far fare anche questa indagine, non sarà forse del tutto inutile che egli ci dica quante commissioni sono in funzione in questo momento presso il Ministero della sanità, o intorno al dicastero, per studiare la riforma dell'ordinamento sanitario. Ci accorgeremo allora che le commissioni sono numerosissime e hanno sempre lavorato.

È stato rilevato, onorevole ministro, in quello stesso convegno che, per esempio, una di queste commissioni, che dovrebbe occuparsi dei problemi della medicina scolastica e dell'infanzia, è stata insediata nel novembre 1962 dal ministro Jervolino; ma era stata istituita da un decreto del 1927, per cui sono occorsi 35 anni perché quella commissione arrivasse a funzionare.

Di commissioni ve n'è una quantità enorme, ma la riforma dell'ordinamento sanitario non compie alcun passo in avanti. E questo non è solo il nostro pensiero, ma è anche il pensiero del relatore di maggioranza, e non soltanto di quest'ultimo bilancio ma anche di quelli precedenti. Perché i bilanci della sanità hanno avuto sempre il pregio e il privilegio di essere accompagnati da relazioni di maggioranza di grande interesse che contenevano acute e profonde analisi, che molte volte, senza peli sulla lingua, hanno chiamato le cose con il loro vero nome, hanno tracciato il quadro della situazione in termini non certo forzati, ma obiettivi. Ebbene, tanto dalla relazione di maggioranza presentata al Senato, quanto da quella presentata qui, emerge che il quadro sanitario del paese è tutt'altro che tranquillizzante.

Non giovane, a nostro parere, non sono adeguati alla gravità di questi problemi, i calcoli ristretti, talvolta anche (ci si consenta di dirlo) meschini sulla lieve contrazione verificatasi per alcune malattie infettive, quando l'esame della situazione che riguarda i paesi più avanzati e di struttura più moderna ci dice in generale che la scienza sta rivelando possibilità oggi veramente straordinarie di debellare interamente o quasi interamente le più gravi fra queste malattie infettive che in Italia invece ristagnano. E quindi il fatto che in Italia si registrino alcune unità di casi in meno nell'uno o nell'altro settore non può costituire elemento valido della nostra indagine.

Dobbiamo avere lo sguardo puntato al quadro dei paesi più modernamente attrezzati e avanzati e ai risultati altrove ottenuti per debellare a fondo, così come oggi è possibile, le più gravi malattie. Abbiamo ancora in Italia oggi tutta una serie di gravi conseguenze causate dalle strutture arretrate, dalle condizioni igieniche non adeguate a quelle di un paese moderno e civile. Vi è per esempio una quantità altissima di casi di tifo dovuti all'inquinamento fecale degli alimenti specie nelle parti più arretrate del nostro paese. Credo che siano circa 20 mila i casi di tifo denunciati, ma la maggioranza degli osservatori a questo riguardo concorda nel giudicare che si tratta di quasi 100 mila casi. La poliomielite è lontana dall'essere debellata. Ci rallegriamo perché la tubercolosi è in netta diminuzione, ma siamo dell'avviso che questo flagello potrebbe essere quasi interamente estirpato. La mortalità infantile è ancora un peso grave che ci trasciniamo dietro. Tutto il complesso delle malattie della miseria esiste quindi ancora e pesa gravemente in un paese il quale sarebbe invece (lo si è ripetuto a dismisura nel corso dell'ultima campagna elettorale) un paese economicamente miracolato.

Ora, onorevoli colleghi, siamo stati abituati in quest'aula a sentire citare in passato una grande quantità di volte il nostro allineamento con i cosiddetti paesi ultimi del quadro europeo; siamo stati sempre giudicati un paese che sta al livello della Grecia e del Portogallo. Ma oggi le cose sono cambiate: siamo diventati qualcosa di molto diverso: lo sviluppo della nostra economia ha allineato l'Italia quasi al livello dei grandi Stati centro-europei. Da qui nasce perciò il nostro diritto di vedere anche l'organizzazione della tutela della salute pubblica allineata ai livelli dello sviluppo produttivo.

Questo progresso economico che si è realizzato in questi ultimi anni si è invece riflesso in termini negativi nel quadro sanitario del paese. Ecco, infatti, che a fianco delle malattie della miseria, d'ianzi sommariamente citate, si manifesta l'addensarsi preoccupante delle malattie del progresso. In Italia vi è uno sviluppo tumultuoso di addensamenti umani ignorato per il passato, soprattutto nei grandi centri del nord a causa dei fenomeni enormi di emigrazione in atto dal meridione d'Italia. Vi sono zone di nuovo sviluppo industriale che vanno raggiungendo vertiginosi livelli di concentrazione industriale. Ed ecco, pertanto, prodursi tutte le serie conseguenze di un simile stato di cose, davanti alle quali non esistono nel modo più assoluto un'inizia-

tiva e un organico piano del Ministero della sanità e del Governo.

Quando in Commissione, nel corso del dibattito su questo bilancio, noi abbiamo alcune volte fatto cenno ai gravi problemi dell'inquinamento atmosferico, a causa di questo disordinato e vertiginoso sviluppo industriale e urbanistico in certi settori d'Italia; del conseguente inquinamento delle acque marittime, interne, fino alle acque potabili; dei pericoli gravi della sofisticazione degli alimenti, noi abbiamo sempre visto il presidente della Commissione e numerosissimi colleghi alzare le mani ad esclamare: per carità! È un problema tremendo questo che si sta affacciando al nostro paese in termini che ci preoccupano gravemente. Bisognerà dedicare a questo problema un'attenzione particolare e porre in campo mezzi adeguati per affrontarne le gravissime conseguenze.

Onorevole ministro, non azzarderò certo qui conclusioni affrettate sulle conseguenze nosologiche di questi aspetti del progresso moderno; ma non può essere assolutamente trascurato il fatto che nel medesimo tempo la mortalità causata da tumori va crescendo in modo impressionante.

Ella non potrà negare che, a fianco di fattori sconosciuti come causa dei tumori, vi sono anche parecchie sostanze sicuramente cancerogene e che una grande quantità di tali sostanze generatrici del cancro è costantemente e naturalmente in circolazione, entra nella manipolazione quotidiana di centinaia di migliaia di lavoratori nelle industrie, senza che nulla venga fatto per esaminare analiticamente le conseguenze che da questo fatto possono derivare.

Le sofisticazioni alimentari continuano con un ritmo preoccupante. Sembrava (visto che ormai da alcuni mesi non esplodono più quegli episodi scandalosi che colpiscono l'opinione pubblica) che alcune misure modeste e insufficienti, varate nella passata legislatura, avessero potuto porre un freno alle più gravi delittuose imprese; ed ecco invece apparire in questi giorni la notizia che un'azienda di Pavia ha trasformato grassi animali per saponificazione in 2 mila tonnellate di oli sedicenti d'oliva, per conto di alcuni oleifici liguri.

Onorevole ministro, quando avremo il bene di conoscere e di veder pubblicati i nomi di questi industriali oleari liguri che sono volgari delinquenti comuni, attentatori alla salute pubblica? Noi vorremmo più particolareggiatamente sapere quali compiti il Ministero della sanità abbia svolto in questa

operazione, ma vorremmo soprattutto vedere prese misure di esemplare severità di fronte a questo reato e ad altri che analogamente attentano alla pubblica salute.

Ma non solo in questi termini si manifesta il moderno sviluppo delle malattie del progresso, giacché d'altra parte le nuove tecniche di produzione nelle fabbriche poste a servizio del profitto padronale e non a servizio dell'uomo sviluppano nelle industrie rapporti di lavoro incongrui, nei quali le frustrazioni, il disagio di masse di milioni di lavoratori si fa sentire in modo grave e profondo, con un supersfruttamento di tipo nuovo su cui la scienza e la nostra organizzazione sanitaria non hanno ancora sufficientemente indagato; supersfruttamento che provoca un'usura psicologica, con nuove gravi forme di esposizione all'aggressione di malattie mentali nervose. Così la speculazione edilizia determina uno sviluppo caotico delle città con autentiche foreste di cemento nocive all'uomo, con enormi distanze da coprire e lunghi impieghi di tempo perché il lavoratore possa giungere sul luogo di lavoro. Già più volte abbiamo sentito documentare l'usura e lo sfruttamento fisico cui molti lavoratori devono sottostare per le molte ore di trasporto necessarie per giungere sul luogo di lavoro, dove un nuovo tipo di sfruttamento li attende. Altre ore li attendono poi per ritornare al luogo di abitazione, così che vi sono centinaia di migliaia di esseri umani ai quali sono riservate solo poche ore di recupero delle energie fisiche mediante il sonno, prima di ricominciare il ciclo infernale della loro giornata. Tutto questo non può non avere conseguenze di gravità estrema contro le quali non abbiamo alcuna iniziativa, nessuna presa di posizione dell'organizzazione sanitaria pubblica.

Il quadro che ho tracciato in modo certamente sommario e rapido, che non pretende di essere completo, vuole tuttavia far rilevare che la situazione sanitaria del paese è preoccupante, nonostante che si spendano in Italia oltre mille miliardi di lire ogni anno per spese sanitarie in generale. Anzi, la rivista *Astrolabio* ha calcolato in 1.500 miliardi la spesa sanitaria del paese. Ebbene, quale è il risultato di una spesa così grandiosa? Molti colleghi hanno probabilmente notato come la spesa del servizio nazionale sanitario inglese sia dell'ordine di 1.250 miliardi annui, cifra richiamata da *Astrolabio* che afferma che in Italia spendiamo di più e spendiamo male, con una situazione sanitaria estremamente più grave, perché la spesa

non è razionale, non è guidata da un piano e documenta il fallimento della politica sanitaria del Governo. Ebbe anzi a dire il relatore per la maggioranza onorevole Lattanzio in Commissione che non esiste una politica sanitaria del Governo, mentre il relatore per la maggioranza al Senato, senatore Criscuoli, ha detto in termini ancor più gravi e marcati che non esiste un piano sanitario del Governo, perché della imponente cifra di spesa sanitaria generale il Ministero della sanità controlla solamente circa 58 miliardi all'anno.

Si tratta di un'osservazione che è stata ripetuta da numerosi colleghi, che però, noi riprendiamo in termini di denuncia e di accusa assai più gravi perché rivela l'incapacità del Governo di organizzare in forma moderna l'ordinamento sanitario italiano. Ecco perché questo bilancio va non soltanto sceverato fino in fondo e criticato, ma va rifiutato, perché, nella odierna preoccupante situazione sanitaria, vedere che il Ministero della sanità controlla appena 58 miliardi di lire su una spesa complessiva che parecchie fonti autorevoli valutano in circa 1.500 miliardi significa che questo Ministero è ancor oggi al livello dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità. Quando chiediamo di sapere quali mutamenti reali si sono prodotti dal momento in cui l'Alto Commissariato è stato sostituito da questo Ministero, ci si risponde che il Ministero non ha competenze sufficienti, che le competenze relative ai problemi della sanità sono ancora e in troppi casi demandate ad altri organi governativi, come il Ministero del lavoro ed il Ministero dell'interno.

Vogliamo replicarvi oggi con fermezza che non è assolutamente più possibile accettare la vostra pretestuosa dichiarazione di impotenza per essere la funzione sanitaria smembrata fra diversi ministeri per concludere che un piano non può esistere, perché non può esservi un piano a mezzadria.

L'attuale ministro della sanità annunciava il 19 giugno 1962 che un disegno di legge era già allora sottoposto al Consiglio dei ministri per ricondurre tutta l'attività sanitaria al Ministero della sanità. Ebbene, quel proposito è fallito! Non possiamo consentire che ci si dica oggi: non abbiamo incontrato l'approvazione degli altri ministri e non abbiamo quindi potuto dare una direzione unitaria ai problemi della sanità del nostro paese. Non possiamo consentire che, allorquando un collega solleva i gravi problemi della medicina del lavoro nelle fabbriche, delle condizioni sanitarie degli operai, ci si risponda ancora non è competenza nostra, la questione ri-

guarda il Ministero del lavoro; e analogamente, allorché si sollevano questioni riguardanti l'assistenza pubblica, ci si risponda: non è problema nostro, è problema del Ministero dell'interno. Onorevole Jervolino, la responsabilità politica del Governo è indivisibile. Non può il ministro della sanità ritenersi esentato da responsabilità verso larghi settori sanitari col pretesto che a quelle questioni devono provvedere altri ministri.

Se vi è un rifiuto (perché di questo si tratta) di ricondurre tutte le attività sanitarie al Ministero della sanità, esso acquista il significato del rifiuto di una scelta, che è indispensabile preludio alla riforma sanitaria generale. Conseguentemente il paese continua a pagare un costo umano, sociale ed economico di portata gravissima. Non so se l'onorevole Lattanzio abbia richiamato questa grave questione nella sua relazione, questione che pure fu sollevata in passato da altri relatori.

A quanto ammonta la perdita di ricchezza che l'Italia subisce oggi per la perdita di un gran numero di giornate di lavoro a causa di malattia, una gran parte delle quali potrebbe essere eliminata? Questa perdita è stata valutata nell'ordine di 1.500 miliardi all'anno. Negli Stati Uniti la questione è oggetto di un importante dibattito. Si parla di 19 mila miliardi, pari al 9.47 per cento del reddito nazionale di quel paese, perduti per la mancanza di un organico piano nazionale.

L'assenza di un simile piano in Italia ha fatto esplodere le più gravi contraddizioni in termini che oggi non sono ulteriormente sostenibili. Oggi le esigenze della popolazione sono cresciute, ma le strutture sanitarie sono rimaste del tutto inadeguate. Questo ha fatto esplodere contrasti di una gravità senza precedenti.

I grandi progressi della scienza e della tecnica hanno oggi determinato (in modo indiretto, se volete) una evoluzione della coscienza pubblica, la quale avanza le sue richieste e le sue rivendicazioni che entrano in acuto contrasto con la grave inadeguatezza delle strutture sanitarie italiane.

Il Ministero della sanità controlla solo una piccola parte delle strutture sanitarie. L'« Inam » da solo equivale a otto ministeri della sanità. Di fronte a tutti gli istituti mutualistici il Ministero della sanità è ben piccola cosa. Lo stesso ministro ebbe ad ammettere, l'anno scorso, che il Ministero della sanità non ha nemmeno la funzione di indirizzare e controllare le attività sanitarie degli organismi operanti nel settore dell'assicura-

zione malattia. Oggi il vero ministro della sanità, in Italia, è il presidente dell'« Inam »: è questi a dirigere in prevalenza l'attività sanitaria.

Sotto la spinta rivendicativa delle più diverse categorie di cittadini la protezione di malattia si estende sempre più; ma questa estensione si attua con differenziazioni crescenti da categoria a categoria e sempre con la forma di « assicurazione » non con la forma di « servizio ». D'altro canto, il partito di maggioranza relativa e il Governo tendono sempre a creare un nuovo « carrozzone » ogniqualvolta sono costretti ad istituire una nuova assicurazione di malattia. Il relatore di maggioranza al Senato, con encomiabile diligenza, ha elencato tutti questi organismi assicurativi che sono venuti a sovrapporsi l'uno all'altro. Queste sovrapposizioni hanno determinato una situazione assolutamente insostenibile. Per esempio, la pressante richiesta che viene dal settore dei coltivatori diretti per il passaggio all'« Inam » della loro assicurazione di malattia è una rivendicazione che a noi sembra debba essere sostenuta e soddisfatta. La Camera sa che noi non siamo favorevoli a realizzare la riforma sanitaria attraverso l'unificazione di tutti gli enti mutualistici; ma, trattandosi dei coltivatori diretti, le cui mutue versano in una gravissima crisi, il passaggio all'« Inam » sarebbe un fatto positivo.

Sia pur malamente, il 90 per cento della popolazione è oggi coperto da un'assicurazione di malattia, ma l'attrezzatura sanitaria è rimasta al punto di prima quando la percentuale di popolazione sanitariamente assicurata era inferiore. Il Parlamento ha negli ultimi anni esteso, anche con il nostro voto, l'assistenza di malattia a numerose categorie di lavoratori indipendenti (coltivatori diretti, artigiani, commercianti) e dipendenti (soprattutto ai lavoratori dell'agricoltura e loro familiari), ma ospedali e ambulatori sono rimasti al livello di 15 anni fa. Appunto in questo stato di fatto va ricercata la causa fondamentale della crisi del nostro sistema sanitario, delle agitazioni dei medici ospedalieri, delle acute vertenze fra i medici e le mutue, dei clamorosi episodi di disservizio ospedaliero denunciati da tutta la stampa italiana, degli scandali farmaceutici, dell'esplosione della crisi dell'O.N.M.I., delle irregolarità accertate presso l'Istituto superiore di sanità, della grave situazione in cui versa la stessa Croce rossa italiana. Assistiamo insomma al continuo esplodere di situazioni ormai arrivate all'acme della crisi e che esi-

gono una profonda trasformazione e una radicale razionalizzazione.

Era inevitabile, a nostro parere, che il caos degli ordinamenti e delle strutture offrisse un fertile terreno agli abusi di sottogoverno (leggi: Croce rossa italiana, Istituto superiore di sanità, Opera nazionale maternità e infanzia) e delle speculazioni (leggi: scandali farmaceutici). L'opinione pubblica, quindi, sa perfettamente che si impone una scelta radicale di riforma del sistema, senza la quale assisteremo inevitabilmente ad episodi ancora più gravi di quelli che già oggi dobbiamo registrare.

E poiché ho ricordato la grave situazione della Croce rossa italiana, desidero richiamare quanto ebbi già occasione di rilevare in sede di Commissione e aggiungere qualche elemento nuovo a quelli allora forniti.

La Croce rossa italiana vive in condizioni non più adeguate alle esigenze e ai compiti di oggi. Il Ministero non può esercitare un effettivo controllo sull'amministrazione di questa istituzione e l'opera della Corte dei conti è limitata al bilancio della sede centrale (cosa che la stessa corte lamenta nella sua ultima relazione al Parlamento) in quanto attraverso il pretesto dell'autonomia delle sedi provinciali della C.R.I. si è sottratta ad ogni controllo oltre la metà del suo bilancio. Ciò ha provocato profonde differenze da provincia a provincia e determinato la mancanza di uniformità di direzione sanitaria.

L'istituzione del corpo militare della Croce rossa ha portato ad abusi perché questo fatto si è tradotto in un espediente mediante il quale 700 dipendenti dell'istituzione sono privati di una normalità contrattuale e dei diritti sindacali che devono essere riconosciuti a tutti i lavoratori ed in conseguenza di ciò sono posti in regime di sottosalario. Siamo quindi ben lontani dalla funzione ordinaria di corpo ausiliario delle forze armate, che doveva essere il corpo volontario della Croce rossa, formato da un ristretto gruppo di ufficiali con funzioni sanitarie direttive, e nulla di più.

Per il personale della Croce rossa non esiste un regolamento organico, nonostante da molto tempo al ministro Jervolino sia stata sottoposta una proposta di regolamento organico per la sua approvazione. In Commissione il ministro ebbe a lamentare, a questo proposito, che avessimo fatto una denuncia troppo affrettata: mi premurerò quindi di fornirgli ulteriori delucidazioni. Il regolamento organico è stato dibattuto nel gennaio

del 1963 fra tutti i sindacati dei dipendenti della Croce rossa e l'amministrazione della Croce rossa stessa; la sua redazione si è realizzata rapidamente nel corso dello stesso mese di gennaio; il comitato direttivo centrale della Croce rossa ha approvato il regolamento organico e lo ha trasmesso con lettera urgente, nel gennaio 1963, al gabinetto del ministro della sanità. Da quella data ad oggi sono trascorsi circa dieci mesi; su quel regolamento organico, che è indispensabile per dare una struttura ed un normale funzionamento a questo organo di importanza non trascurabile, non si è avuta la benché minima risposta da parte del ministro.

In Commissione abbiamo sollevato la gravissima questione dei rapporti tra la Croce rossa e l'Istituto italiano di medicina del traffico. Non ripeterò ai colleghi le denunce, di una gravità eccezionale, da noi formulate in quella sede, poiché il ministro ci disse che avrebbe provveduto con una inchiesta severa e approfondita. Richiamerò all'attenzione dell'Assemblea questa questione soltanto per riassumerne i punti essenziali.

L'Istituto di medicina del traffico è una società privata avente fini di lucro. Il ministro, per contrastare ciò, ha affermato che non esiste una convenzione fra detto istituto e la Croce rossa italiana: affermo invece che tale convenzione esiste e porta la data del luglio 1962. Vi è inoltre un'altra convenzione fra l'Istituto di medicina del traffico e l'ispettorato della motorizzazione civile datata il 15 luglio 1962: in virtù di tale convenzione l'ispettorato ha lasciato in abbandono la sua attrezzatura sanitaria per la revisione delle patenti (che veniva effettuata al prezzo di 600 lire) per affidare tale compito all'Istituto di medicina del traffico (che lo fa pagare 6.000 lire). A nostro parere, è anche scandaloso il modo come si è provveduto alla creazione di una sezione speciale della Croce rossa per i problemi del traffico stradale, perché se ne è fatto solo un organo di comodo dell'Istituto di medicina del traffico.

La questione viene sollevata perché il problema degli incidenti della strada (lo disse assai efficacemente il presidente della nostra Commissione, onorevole De Maria) è diventato oggi di tale gravità da non poter essere abbandonato alle cure di una società privata che ha prevalenti fini di lucro e di speculazione. Il relatore per la maggioranza fa presente che gli incidenti della strada sono saliti in dieci anni da 94 mila a 315 mila; e drammaticamente aggiunge: provocano un morto all'ora, un ferito ogni quattro minuti.

Ora, questa società privata, alla quale dovrebbe essere affidata la tutela dell'intervento preventivo sugli incidenti della strada, e accusata di gravi malversazioni. È necessario perciò che su questo problema sia fatta la luce più completa. Domandiamo al ministro, senza ripetere le accuse già formulate in Commissione, che venga subito costituita la commissione d'inchiesta da lui promessa in Commissione inserendovi anche i rappresentanti del Ministero del tesoro. Preciso anzi più dettagliatamente; inserendovi rappresentanze dell'ispettorato generale ordinamenti pubblici, dell'ispettorato generale delle finanze (entrambi appartenenti al Ministero del tesoro) e il presidente del collegio dei sindaci della Croce rossa italiana. Il ministro della sanità ha pure proposto in Commissione che due parlamentari potessero presenziare all'indagine, suggerimento col quale noi siamo concordi.

Noi attendiamo perciò che il ministro ci dica in termini estremamente chiari se la commissione sarà composta nel modo da noi richiesto e se si andrà fino in fondo. Dalla sua risposta trarremo le conseguenze del caso.

Desidero ora intrattenermi su due questioni decisive per quanto concerne il settore sanitario: i farmaci e gli ospedali.

L'onorevole Lattanzio nella sua relazione, diligentissima per altro verso, non è andato a fondo sulla questione del settore farmaceutico. La produzione industriale dei farmaci è dominata da una situazione di monopolio, o, meglio, se si preferisce, dall'azione di una formazione oligopolistica costituita da un ristretto gruppo di grandi complessi produttivi. Il 10 per cento delle aziende produce l'83 per cento dei farmaci; un solo cartello, denominato « Farindustria », che include 5 industrie farmaceutiche, copre da solo tutta la gamma della produzione terapeutica attualmente in uso in Italia.

Si tratta di uno dei settori che offre i più vertiginosi profitti esistenti in Italia. Il prezzo dei medicinali continua ad essere determinato con il deprecato sistema di moltiplicare per 3 o per 3,50 il costo dichiarato non dalle massime aziende, ma dalle più piccole aziende farmaceutiche, quelle che hanno i più alti costi di produzione; si arriva così a determinare quei prezzi di vendita che sono stati più volte denunciati come assolutamente scandalosi per la situazione sanitaria del nostro paese.

Si lamenta il fatto che esista una miriade di piccole aziende produttrici di un numero incredibile di specialità; vale la pena di sotto-

lineare che abbiamo un numero di specialità farmaceutiche dieci volte superiore a quello che si registra negli Stati Uniti d'America. Queste specialità farmaceutiche sono prodotte soprattutto dalle piccole aziende, che in tono di scherno i « cinque grandi » della farmaceutica italiana definiscono « la frittura », ma che viceversa servono moltissimo alle grandi industrie, anche se oggi queste ultime fingono di volerle colpire con la pressante richiesta della brevettabilità dei medicinali. Come ho detto, le piccole aziende servono moltissimo alle grandi, perché il prezzo delle specialità medicinali è determinato soprattutto dalla selva di specialità prodotte da questa sequela di piccolissime aziende, che pullulano come funghi e si moltiplicano in modo inopinato; della spinta agli alti prezzi, proveniente dalle piccole aziende, si giovano poi i grandi della produzione farmaceutica per ottenere dal C.I.P. la fissazione di quei prezzi di vendita che consentono di rastrellare altissimi profitti di monopolio, dei quali beneficia in primo luogo la Montecatini.

Da anni nessuna industria farmaceutica italiana realizza più alcuna scoperta; solamente le grandi industrie che hanno collegamenti internazionali possono giovare delle scoperte di altri complessi stranieri, e chiedono ora, perciò, che non sia più consentito alla minutaglia delle piccole aziende, di poter copiare malamente le formule e di produrre specialità dai più svariati nomi. I monopoli farmaceutici chiedono per questa ragione un certo tipo di legge, quella sulla brevettabilità (che, se non sbaglio, il ministro dell'industria ha già preannunciato): così come è stata anticipata dall'onorevole Togni, essa avrebbe un netto carattere oligopolistico, essendo rivolta unicamente a garantire i « cinque grandi » della produzione farmaceutica italiana.

Il problema farmaceutico non si risolve con queste misure. Bisogna partire, invece, dalla chiara conoscenza dell'azione dei « pirati della salute » e delle sue conseguenze. I colleghi mi consentiranno una parentesi un poco più faceta, in una materia che è invece persino drammatica. Abbiamo talvolta sorriso nel vedere denunciata questa antica piaga sulle scene del teatro lirico italiano ad opera di un grande della nostra lirica: Donizetti, che mise in scena *Dulcamara* con il suo carretto traballante coperto di orpelli per imbottire il pubblico dei rustici villani e riuscire a propinargli le sue false specialità medicinali. E abbiamo sorriso davanti a questo simpatico imbrogliatore. Ma oggi *Dulcamara*, pas-

sato sul piano industriale, è riuscito a tradurre in termini di produzione di massa il suo imbroglio, che spesso è divenuto colossale attentato ai danni di milioni di italiani, ammantandolo talvolta persino di orpelli di falsa scienza. Sfruttando l'antico sgomento dell'uomo davanti alla malattia, i « pirati della salute » riescono a rastrellare centinaia di miliardi di profitti illeciti, anche a rischio (e credo che anche questo avrebbe dovuto essere affermato nella relazione Lattanzio) di gravi affezioni iatrogene che si vanno diffondendo per medicinali adulterati, non controllati e nocivi alla salute pubblica, fino al limite del delitto.

Noi giudichiamo estremamente grave la forzatura del consumo dei medicinali, che si determina attraverso la malsana pubblicità oggi dilagante ed attraverso le operazioni di comparaggio; giudichiamo che sarebbe positivo ed utile vietare subito la pubblicità dei medicinali, e fare in modo che il Ministero della sanità provveda con una sua pubblicazione mensile a dare notizie ed informazioni a tutti i medici, agli istituti, agli organi interessati alle novità della produzione farmaceutica.

Le conseguenze quali sono? Che con questa malsana forzatura del consumo farmaceutico si è arrivati al limite, che il 40 per cento della spesa sanitaria italiana è assorbito dai medicinali, e di questa spesa 150 miliardi almeno rappresentano profitti illeciti di monopolio: tutto questo mentre vi sono categorie di cittadini che godono dell'assicurazione di malattia, ma sono ancora privi dell'assistenza farmaceutica.

L'Istituto per l'assicurazione di malattia (« Inam ») ha visto aumentare per questa ragione la sua spesa farmaceutica dai 40 miliardi del 1956, pari al 30 per cento del totale delle sue prestazioni, ai 136 miliardi e 634 milioni del 1962, pari al 40 per cento delle prestazioni stesse. Siamo qui di fronte a quello che gli economisti chiamano il « monoposmio », cioè il monopolio della domanda da parte degli enti assicuratori di malattie; posizione che potrebbe essere di grande forza nei confronti del monopolio dell'offerta, che è in mano alle grandi industrie farmaceutiche.

Le condizioni favorevoli per combattere il monopolio industriale sarebbero accresciute dal fatto che il monopolio della domanda è nelle mani di enti pubblici, di enti mutualistici, di enti locali ed ospedalieri. Basterebbe che il monopolio della domanda si organizzasse con l'aiuto del Governo; ma il monopolio dell'offerta è quello che sta invece a

cuore al Governo, e nei confronti di esso il Governo non intende organizzare, come sarebbe oggi possibile, gli enti pubblici acquirenti del prodotto farmaceutico.

Ciò premesso, secondo noi va affermato con forza quanto segue. Primo: i farmaci sono un servizio pubblico con carattere di preminente interesse generale, perché riguardano un bene di inestimabile portata, quale è la salute. Secondo: gli enti pubblici tendono a divenire l'unico acquirente dei farmaci. Terzo: vi è l'esigenza assoluta di un forte impegno pubblico nella ricerca; l'inchiesta svolta dal senatore Kefauver negli Stati Uniti d'America nei confronti dei monopoli farmaceutici ha rilevato come la ricerca scientifica da questi condotta sia operata solamente nelle direzioni che giovano ai loro profitti, mentre nulla viene speso nelle ricerche che riguardano, per esempio, gravissime malattie come il cancro; in Italia, poi, la situazione è ancora più grave, e quindi vi è l'assoluta esigenza di un impegno pubblico nel senso indicato. Quarto: la spesa sanitaria italiana è gravata di un onere insopportabile per spese farmaceutiche, onere che va assolutamente ridotto e può essere ridotto nella misura di circa 150 miliardi all'anno, pari ai profitti illeciti rastrellati dai monopoli farmaceutici.

La nazionalizzazione della produzione delle sostanze attive e dei medicinali essenziali è la misura indispensabile che deve accompagnare la riforma sanitaria, perché il servizio sanitario nazionale non si può realizzare se non si comprime la spesa farmaceutica. Vorremmo sapere quali sono i paesi (non abbiamo potuto constatarlo in tempo utile) che sopportano la spesa farmaceutica al primo posto nell'ordine delle spese sanitarie. Sappiamo che questo non avviene in Inghilterra, non avviene in Germania, non avviene in Francia. In Italia, invece, i « pirati della salute », che governano la produzione farmaceutica, hanno potuto determinare una condizione di artificiosa dilatazione della spesa stessa, ponendo così un macigno sulla strada della riforma sanitaria. Fino a quando si spenderanno in Italia oltre 500 miliardi all'anno di medicinali a causa della situazione di monopolio esistente nel settore della produzione farmaceutica è evidente che il servizio sanitario nazionale sarà ben lontano dall'essere realizzato.

La nazionalizzazione, inoltre, assicurerebbe una produzione di farmaci di elaborazione sicura, di composizione efficace per tranquillizzare l'opinione pubblica e a basso prezzo.

Ciò non significa, tuttavia, che debba essere nazionalizzato tutto il settore, in quanto sarà utile che larga parte della produzione sia lasciata ancora all'attività dell'industria piccola e media: essa, però, sarebbe controllata attraverso la produzione statale delle sostanze attive e dei medicamenti di base, e calmierata dalla stessa produzione statale.

A nostro parere, questo è un punto obbligato di passaggio al quale non è possibile sottrarsi. Quanto più si rinvierà l'adozione di questa misura indispensabile, tanto più diventerà acuta ed esplosiva la situazione.

È evidente che davanti a questo, per noi, drammatico stato di cose non possiamo accettare tranquillamente che venga dichiarato, anche da esponenti politici non di destra e non di secondo piano, che per vent'anni non si dovranno fare altre nazionalizzazioni, dopo la nazionalizzazione dell'energia elettrica. È evidente che questo è uno dei campi su cui si dovrà misurare il valore delle trattative per il Governo che si vuole costituire a novembre. Nelle trattative il problema sanitario e quello della nazionalizzazione dei farmaci non potranno essere elusi. Se vi rifiuterete di fare i conti in casa dei grandi monopolisti della produzione farmaceutica, avrete saltato di pari passo la soluzione di un problema, lo scioglimento di un nodo, senza l'eliminazione del quale l'attuazione del servizio sanitario nazionale non potrà essere effettuata e tutti gli altri problemi sanitari resteranno condizionati negativamente.

L'altro aspetto grave della situazione riguarda gli ospedali. Una drammatica denuncia ha fatto al Senato il relatore per la maggioranza, senatore Criscuoli, il quale ha concluso con un appello che gli è venuto dal cuore. Considerate le cifre, considerata la spaventosa situazione che esiste in Italia, egli ha concluso che occorre statizzare, scandalizzando una parte notevole dei colleghi della maggioranza al Senato. È estremamente significativo che un rappresentante del partito della democrazia cristiana nell'espone le sue preoccupazioni mentre scriveva la relazione di maggioranza al Senato, abbia dovuto concludere: statizzare, non vi è altra scelta.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Il senatore Criscuoli ha espresso un suo parere personale.

SCARPA. Non ho detto, onorevole De Maria, che si tratti di un orientamento del partito di maggioranza relativa: so perfettamente che non è così.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Noi difendiamo l'autonomia degli ospedali. Ella lo sa.

SCARPA. Ho notato che il relatore per la maggioranza alla Camera si è preoccupato immediatamente di gettare acqua sul fuoco degli entusiasmi del suo collega del Senato, e lo ha fatto in un modo assai abile: vi sono da un lato — a suo parere — i fanatici della statizzazione (sarebbero le estreme sinistre, ma non soltanto esse), e dall'altro i sostenitori della liberalizzazione ad oltranza (questi non li ho uditi parlare molto). È un abile espediente politico quello di collocare gli avversari a sinistra e a destra per potersi cono- care in mezzo.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Onorevole Scarpa, esiste una realtà, data dal fatto che in alcune città, purtroppo, un gran numero di case di cura private impediscono lo sviluppo degli ospedali così come noi tutti vorremmo. Ciò spiega l'accennata richiesta di liberalizzazione.

SCARPA. Comunque, ci premeva soprattutto richiamarci — mi auguro che non se ne abbia a male il collega Lattanzio — alla relazione Criscuoli, la quale ha messo in drammatica evidenza la situazione italiana. Siamo ad uno degli ultimi posti in Europa, e tutto ciò è in profondo contrasto con il fatto che non siamo più uno degli ultimi paesi dell'Europa sul piano economico. Non siamo più, onorevole De Maria, come si diceva dieci anni fa, in tutti i campi al livello della Grecia, del Portogallo: lo siamo un po' meno dal punto di vista dei consumi alimentari *pro capite*, dei salari, ma lo siamo rimasti interamente per quanto concerne scuole, ospedali, mortalità infantile. Oggi, in virtù del nostro notevole sviluppo economico, siamo un paese che ha il diritto di vedere migliorate le sue strutture sociali, elevati i suoi consumi collettivi ai livelli dei grandi paesi europei. Ecco perché la protesta deve essere ancora più drammatica ed incisiva.

Abbiamo un numero di posti-letto negli ospedali di gran lunga inferiore ai livelli raggiunti in altri paesi. Qui vale la pena di sottolineare che molto giustamente il senatore Criscuoli ha diviso il numero dei posti-letto per malati acuti, per neuropsichiatrici e per lungodegenti. È infatti non corretto sommare questi vari elementi, e soprattutto includere anche le case di cura private. Nonostante ciò, l'onorevole Lattanzio non ha potuto affermare che siamo vicini al minimo *standard* indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità, che è di 10 posti-letto per mille abi-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

tanti, anzi ha dovuto riconoscere che siamo lontani da questo minimo.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Quel minimo, però, è comprensivo di ogni organizzazione sanitaria.

SCARPA. A mio parere, è qui che si registra la deficienza maggiore. Credo che non sia stato sottolineato abbastanza il fatto che negli ultimi dieci anni il numero dei nuovi posti-letto approntati è stato di 0,15 per mille abitanti. Ho ricavato questo dato dai pregevoli studi che sono stati compiuti da una sottocommissione per i problemi sanitari istituita nell'ambito della Commissione nazionale per la programmazione e sono stati raccolti in un volume molto discusso in Italia, redatto a cura dei professori Fuà e Sylos Labini: *Idee per la programmazione*.

Una percentuale di 0,15 posti-letto per mille abitanti non è nemmeno lontanamente sufficiente a soddisfare i bisogni dell'incremento naturale della popolazione, i bisogni che scaturiscono dalla estensione delle prestazioni per nuove categorie e dalla sostituzione delle parti vecchissime del patrimonio ospedaliero italiano.

Questa situazione scaturisce dal fatto che in Italia, per questi ultimi dieci anni, non è stata elaborata una legge per l'incremento ospedaliero. L'unica legge che abbia operato è la n. 589, la quale, come tutti i colleghi sanno, prevede unicamente contributi dello Stato per quegli enti locali che ne facciano richiesta, a titolo di concorso al loro sforzo finanziario.

Il senatore Criscuoli ha affermato in termini intransigenti che è addirittura offensivo prevedere che gli ospedali si costruiscano soltanto là dove i comuni possono dare la loro integrazione, perché, ad esempio, i comuni del meridione non hanno nemmeno la possibilità di porre a disposizione per tali spese l'aliquota su loro gravante del 20 per cento, mentre parecchi comuni del nord possono concorrere con il 50 per cento. La verità è che siamo di fronte alla carenza assoluta di un piano. Gli ospedali non sono stati costruiti secondo un piano statale, ma secondo le più svariate richieste pervenute da ogni parte d'Italia, sulla base delle possibilità dei vari comuni. Questo ha aggravato in termini drammatici la situazione ospedaliera italiana.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. La legge da lei citata non ha a che fare direttamente con gli ospedali. L'unica disposizione utile per gli ospedali è quella che riguarda 27 miliardi della Cassa per il mezzogiorno.

SCARPA. Non so se l'onorevole Lattanzio ne abbia parlato, ma il senatore Criscuoli cita le possibilità che sono state offerte da quella legge per fronteggiare l'esigenza di ospedali nuovi o di ammodernamenti improrogabili. È ancora più grave il fatto che si sia dovuto forzare le maglie di una legge indirizzata ad altri fini per cercare di costruire comunque alcuni ospedali, senza un piano organico, aggravando così ulteriormente la situazione.

I colleghi mi consentiranno di rammentare che il patrimonio ospedaliero italiano è stato costruito in due epoche storiche diverse. Il 12 per cento del patrimonio ospedaliero italiano odierno risale al 1300 o al 1400, mentre il 40 per cento risale ad una seconda ondata di costruzioni ospedaliere, verificatasi nella seconda metà del 1800. Quindi, una parte larghissima del patrimonio ospedaliero italiano ha compiuto e superato i cento anni di età. Questo ci dice quanto sia stato grave il rifiuto dell'attuale e dei precedenti governi di compiere una vera scelta di spesa pubblica per fronteggiare le esigenze ospedaliere italiane. È stato lasciato alle nostre spalle un vuoto, un baratro, la cui gravità non è ancora interamente valutata.

Si è arrivati, davanti a questo stato grave di cose, di fronte al rifiuto di questa scelta di spesa statale, all'incredibile invenzione dell'ultima ora della trascorsa legislatura, e cioè al disegno di legge governativo per l'edilizia ospedaliera: con esso il Governo proponeva di vendere demani militari ed alcuni tratti delle coste italiane per ricavarne denari; e non si prevedeva neppure che questi venissero tutti indirizzati alle costruzioni ospedaliere, ma in larga parte si stornavano per ricostruire altre opere militari e per opere private di beneficenza. Capite? Proponevate di vendere pezzi delle coste italiane perché avete finora rifiutato di dedicare una parte della spesa pubblica dello Stato italiano ad un preciso compito assegnato allo Stato dalla Costituzione.

La situazione è divenuta di estrema gravità, soprattutto per la distribuzione degli ospedali dal punto di vista regionale: il 44 per cento della popolazione vive nell'Italia del nord e fruisce del 60 per cento del già ristretto patrimonio ospedaliero italiano; il 18 per cento vive nel centro Italia e fruisce del 20 per cento degli ospedali; nel sud, dove vive il 25 per cento della popolazione, si fruisce solamente del 12 per cento degli ospedali, e nelle isole, dove vive il 13 per cento della popolazione, è localizzato l'8 per cento degli ospedali. Per-

tanto, si può dire addirittura che una parte della emigrazione colossale che si è verificata dal sud al nord sia stata anche determinata dal desiderio di assicurarsi migliori possibilità curative: una emigrazione della salute, dunque!

Abbiamo letto addirittura con commozione le ingenuie parole scritte nella relazione di maggioranza al Senato dal senatore Criscuoli, il quale si chiede come mai si sia potuto verificare che « in venti anni tanto vivi di impulso politico, e tanto ricchi di attività economica e sociale », in cui si è avuta una costante elevazione del reddito, la disponibilità dei posti-letto ospedalieri nel meridione d'Italia sia diminuita dal 2,29 al 2,23 per mille.

La risposta a questo interrogativo è proprio quella che emerge dalla politica del Governo. Esso ha rifiutato una scelta di spesa pubblica indirizzata ai consumi sociali e collettivi e ha adottato, invece, scelte che favorivano unicamente la espansione produttiva a vantaggio dei grandi monopoli. Lo stesso relatore per la maggioranza al Senato ammette costernato che oggi nel meridione d'Italia il numero delle case di cura private sorte nell'ultimo decennio è superiore a quello di tutte le altre case di cura esistenti nel centro e nel nord Italia. Quindi, nel meridione l'iniziativa privata è stata sollecitata a fare quello che avrebbe dovuto fare lo Stato.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Questo è uno dei motivi per cui dobbiamo costruire ospedali. Diversamente, gli ammalati sono costretti a ricorrere alle case di cura private, esponendosi così alla speculazione.

SCARPA. Mi consenta di dirle che il suo ragionamento, ineccepibile, deve forzatamente giungere alla conclusione che l'ospedale deve divenire cosa dello Stato per un servizio dello Stato.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. L'importante è che lo Stato lo costruisca.

SCARPA. Se continuate a pensare che gli ospedali debbano essere costruiti dallo Stato, ma dal punto di vista della struttura debbano rimanere al livello delle opere pie e degli enti di beneficenza, il problema non potrà mai essere risolto.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Ella sa che non è questo il nostro punto di vista.

SCARPA. L'esigenza di avere a disposizione ospedali moderni cresce con lo sviluppo della tecnica e della scienza. Oggi solamente negli ospedali è possibile fruire di certe terapie e di certe tecniche diagnostiche, e questo comporta un maggior numero di ricoveri ospe-

dalieri. L'aumento spaventoso degli incidenti del traffico e degli incidenti sul lavoro, che sono nell'enorme maggioranza spedalizzabili, ha determinato un ulteriore forte aumento nel numero dei ricoveri. Va rammentato, per inciso, che il numero degli incidenti sul lavoro è cresciuto dai 747 mila del 1952 al milione e 495 mila del 1962. È evidente, quindi, che gli ospedali sono anche per questo sottoposti ad una prova di carico superiore ai loro limiti di capacità. La crisi, pertanto, è giunta al suo estremo grado di acutezza, ed è crisi di edilizia e di attrezzature, perché in Italia mancano 220 mila posti-letto. Al riguardo devo dirle, onorevole Lattanzio, che sono in profondo disaccordo con lei.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Le ho già spiegato la cosa in Commissione.

SCARPA. Mi spiace, ma continuo a dissentire nettamente. In Commissione le ho risposto. Lo stesso Governo, in quel deprecatò disegno di legge che ho richiamato poco fa sull'edilizia ospedaliera, riconosceva in 205 mila i nuovi posti-letto occorrenti.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. I dati riportati nella mia relazione sono gli ultimi dati dell'« Istat », gli unici dati ufficiali.

SCARPA. Se ella si fosse dato la pena di leggere — probabilmente la conosce — la citata opera dei professori Fuà e Sylos Labini, avrebbe notato che ivi è scritto che i dati e gli obiettivi indicati sono desunti dai lavori della sottocommissione sanitaria della Commissione nazionale per la programmazione economica, e non lamenteremo mai a sufficienza, né deploreremo mai abbastanza energicamente che questo Governo abbia congelato e nascosto gli elementi di lavoro di quella Commissione. Ebbene, secondo gli studi di quest'organo governativo, 220 mila sono i posti-letto mancanti, per una spesa di 1.300 miliardi.

Ma si tratta di una crisi anche istituzionale. E ancora una volta il senatore Criscuoli, con notevole ingenuità, si domanda: come è possibile insistere a configurare gli ospedali come enti di beneficenza contando sui lasciti? Come è possibile insistere a credere che gli ospedali possano contrarre mutui fruendo della legge Tupini? Come è possibile pensare questo da parte degli uomini che hanno saputo guidare l'Italia verso il miracolo economico?

Tutto questo non si verifica per caso; non è per dimenticanza — vorrei dire al senatore Criscuoli — che in Italia l'ospedale resta ancora un'opera pia, un ente di beneficenza. È stato detto in termini chiarissimi ed inequivocabili dal precedente Presidente del Consiglio,

onorevole Fanfani, allorché partecipò ai lavori della nostra Commissione, nel 1962, per discutere un problema di fondo, quello delle rette ospedaliere: non una lira dello Stato per la costruzione di ospedali, le rette ospedaliere paghino tutte le spese ospedaliere italiane; siano cioè le famigerate rette onnicomprensive.

Ecco la scelta compiuta dai precedenti governi, ed a maggior ragione dall'attuale Governo. È questa scelta che ha impedito quell'espansione che era reclamata dalla situazione italiana; è questa scelta che confina e mantiene gli ospedali al livello di opere pie; è questa scelta che ha determinato la crisi del personale sanitario, che si vede governato da rapporti di tipo precapitalistico, di tipo bottega artigiana, senza che neppure venga garantita la stabilità dell'impiego alla stragrande maggioranza di esso, che per di più viene sottoposto ad un pesante supersfruttamento e ad ingiustizie gravi. Sono i medici ospedalieri a denunciare che negli ospedali italiani i compensi fissi vengono divisi in questo modo: dieci parti al primario, tre parti all'aiuto, una all'assistente.

Di qui le vicende del 1962 e le gravi lotte che si sono prodotte, le pressioni energiche ed il fallimento del Governo e della maggioranza.

Onorevoli colleghi, non potete negare che la terza legislatura si sia chiusa senza che Governo e maggioranza mostrassero la capacità di dare una soluzione a questo drammatico problema, portato sulle piazze, nelle strade italiane dai camici bianchi dei cortei di medici. Non vi è dubbio che in sede di Commissione sanità della Camera l'originale disegno di legge del ministro Giardina venne profondamente modificato, per la spinta rappresentata dalla proposta di legge Longo e comunque in termini, a nostro parere, non sufficienti. Ma il medesimo disegno di legge venne poi arenato, insabbiato al Senato. Ed è evidente che dicendo questo non formulo un apprezzamento irriguardoso nei confronti dell'altro ramo del Parlamento, ma formulo un'accusa ben precisa nei confronti del Governo e della maggioranza, perché si deve ad essi se al Senato il disegno di legge, che dalla Camera era stato approvato, non ha avuto il suo corso; si deve ad essi se perfino la legge stralcio, che voleva almeno assicurare la stabilità e portare i limiti di età a 65 anni, non ha potuto compiere per intero tutto il suo percorso. Oggi siamo all'inizio della quarta legislatura, ed il nostro fermo impegno è rivolto ad assicurare che anche questa legislatura non

risolva il problema con un identico fallimento, con nuovi rinvii, con nuovi insabbiamenti. Tutto questo ci viene anche suggerito dal grande fervore di iniziativa che esiste da parte degli interessati e delle organizzazioni qualificate del settore. Non siamo soli a domandare queste cose. Tutti voi siete testimoni della grande serie di iniziative assunte dalla Associazione dei medici ospedalieri e dagli ordini dei medici per la riforma sanitaria, dall'Istituto nazionale di architettura nella sua conferenza nazionale dell'edilizia, tenuta sotto il patrocinio del Consiglio superiore dei lavori pubblici e che ha dedicato lavori importantissimi non soltanto all'edilizia ospedaliera, ma anche alla definizione di un ordinamento ospedaliero moderno: dalla Commissione nazionale per la programmazione, organo del Governo, ossia dello Stato, che ha compiuto uno studio approfondito di enorme importanza (l'ho già citato più volte per la conoscenza che ce ne è venuta dall'opera dei professori Fuà e Sylos Labini), e, lasciatemi dire, anche dal senatore Criscuoli con la sua relazione. Ed una spinta in questa direzione viene anche dalle regioni a statuto speciale: Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige. Non ci verrete a dire che si tratta di oppositori di sinistra; queste regioni sono organi dello Stato, i quali, ancora recentemente riuniti a Merano (dopo i loro precedenti congressi di Alghero e di Saint Vincent), hanno concluso i loro lavori auspicando una riforma sanitaria fondata sulla regione.

Noi, quindi, domandiamo fin dall'inizio della legislatura una riforma ospedaliera che ponga la regione al centro della nuova struttura ospedaliera italiana. Ed è perfino superfluo che io vi rammenti il perché. In un precedente dibattito anche la collega Angela Gotelli dedicò una parte pregevole del suo intervento alla esigenza che l'ordinamento sanitario ed ospedaliero in particolare avessero struttura regionale. La tutela attiva della salute è un compito dello Stato, quindi è oggetto della programmazione. La programmazione ha base regionale, perché in questi termini è prevista dalla Costituzione ed è suggerita dalla situazione del paese. Ecco la ragione per cui noi riteniamo che i piani regolatori ospedalieri debbano avere struttura regionale.

Vorrei che il tempo disponibile mi consentisse di citare gli importanti principi fissati dall'Istituto nazionale di architettura per definire l'ospedale in termini nuovi, affinché esso divenga il centro della riforma sanitaria: « centro tecnico e scientifico dell'attività

terapeutica e della medicina preventiva nel suo territorio», com'è stato definito, con i servizi esterni estesi alla famiglia, all'ambiente in cui vive la famiglia, all'ambiente e ai luoghi di lavoro, con una funzione attiva per la formazione e la preparazione del corpo sanitario, per le ricerche biosociali, per l'educazione igienico-sanitaria della popolazione, per la difesa attiva della salute pubblica. Al limite — ha concluso l'Istituto nazionale di architettura — non vi è più discontinuità fra urbanistica e medicina, fra medicina ed economia, e tutto si fonde in un compito unitario dello Stato. Un ospedale, quindi, aperto verso l'ambiente esterno. Nei paesi più avanzati del mondo gli ospedali dispongono di una propria rete ambulatoriale (soltanto in Italia questo non esiste) e di istituzioni che garantiscono la presenza continua dell'ospedale, dalla prevenzione alla riabilitazione: a monte del ricovero ospedaliero e a valle del ricovero ospedaliero l'ospedale inizia e compie la sua opera. Soltanto così esso diventa centro dirigente ed attivo per la tutela della salute pubblica. Per questo l'ospedale deve annoverare convalescenti, centri di riabilitazione, istituti per minorati fisici, istituti per minorati psichici, centri medici psicopedagogici ed istituti di assistenza agli anziani. Per giungere a questi obiettivi occorre lo scioglimento degli enti di beneficenza ed opere pie ed è necessario il passaggio degli ospedali e dei loro patrimoni alla gestione della regione.

Tutto ciò implica rapporti nuovi fra il medico generico, l'ambulatorio, i poliambulatori e l'ospedale, perché le tecniche rivoluzionarie derivanti dalle applicazioni elettroniche e dai radioisotopi rendono necessario che il medico generico possa giovare di certi presidi ove possa lavorare in *équipe* con altri specialisti. Soltanto in tal modo può essere garantita l'utilizzazione di nuovi specialisti, come i biologi, i chimici, i genetisti, i dietisti, nell'ospedale, in primo luogo, ma anche nelle istituzioni esterne dell'ospedale e da esso dipendenti. In questo modo l'ospedale diventa il centro d'una rete di presidi sanitari, la quale comporta una riduzione di ricoveri ospedalieri per certi esami diagnostici e per numerosi casi minori che oggi provocano una irrazionale utilizzazione dei posti-letto.

Ciò prelude anche alla nascita di un nuovo tipo di medico, perché noi siamo contro le superstiti concezioni di tipo sacerdotale della funzione del medico. Noi siamo per una concezione laica, moderna, ippocratica della

funzione del medico; le concezioni professionali che udiamo difendere qui, qualche volta, sono contro uno sviluppo di questo genere; ma sarà il servizio sanitario nazionale che creerà il medico nuovo.

Noi pensiamo sia intanto necessario garantire subito la stabilità ai medici ospedalieri, porre il limite di età della loro carriera a 65 anni, garantire la giustizia nei concorsi ospedalieri attraverso un nuovo loro ordinamento, impiegare i medici a tempo pieno nell'ospedale, giacché soltanto il medico ben pagato, tranquillo circa il proprio futuro, sollecitato a perfezionarsi dalle prospettive di carriera, dotato di un tempo libero per lo studio sufficiente alle esigenze scientifiche di oggi può essere strumento efficace della riforma sanitaria.

L'insieme dei ragionamenti fin qui esposti conduce a constatare che due sono le strade oggi aperte alla situazione sanitaria italiana: la prima è quella della estensione della tutela sanitaria a nuove categorie per sovrapposizione, come si è fatto sino a ieri, sino a coprire intera la popolazione. Questa ipotesi comporta una dilatazione della spesa sanitaria sino al raddoppio. Ma in tal modo avremmo una esasperazione delle carenze e di tutti gli squilibri che l'ordinamento sanitario italiano ha già rivelato. La seconda strada è invece quella di organizzare un servizio sanitario in termini nazionalizzati ed unitari. In questo caso la spesa aumenterebbe di un terzo, e sarebbe pertanto sopportabile dallo Stato italiano. La prima strada, viceversa, quella dell'estensione della tutela sanitaria a nuove categorie per sovrapposizione, non è affrontabile; soltanto un servizio sanitario nazionale è oggi economicamente possibile.

Noi vogliamo un servizio che assicuri gratuitamente a tutta la popolazione la protezione sanitaria completa, mediante un finanziamento basato su una imposizione diretta e progressiva in rapporto al reddito. La direzione di tale servizio deve, secondo noi, far capo ad un ente pubblico dipendente dal Ministero della sanità e deve operare attraverso gli enti locali.

I due presupposti per giungere a questo obiettivo sono la nazionalizzazione dei prodotti farmaceutici e la riforma degli ospedali. I farmaci e gli ospedali rappresentano infatti due cardini privatistici, feudali delle attuali strutture sanitarie, in un sistema che invece va socializzandosi. E per questo che bisogna decidersi a sciogliere questi due nodi. Se voi invece, onorevoli colleghi, date per immutabili certe strozzature strutturali rappresenta-

te dai monopoli, dalle eredità feudali che ancora ci trasciniamo, tutte le altre scelte sono sbarrate.

Se voi, dunque, accettate di sciogliere questi nodi, allora tutte le vie saranno aperte; in caso contrario, nessun progresso, nessuna riforma potranno realizzarsi. E da un anno, onorevoli colleghi, che noi procediamo senza l'opera fattiva, reale di un governo. Un anno fa è stata arrestata l'opera del precedente Governo di centro-sinistra, che ha cessato di dirigere il paese per lasciar posto all'attuale governo Leone, il quale, a sua volta, si è astenuto da ogni funzione direttiva politica, affermando di essere soltanto un Governo di transizione. Siamo dunque da un anno senza direzione governativa, mentre, nel frattempo, i problemi si sono accavallati ed acuitizzati, le esigenze si sono accresciute e premono e gridano per essere soddisfatte.

Non è possibile e non sarà possibile — lo diciamo a questo Governo come a quello che verrà — una linea di contenimento, di mezze misure, di rinvii, davanti all'urgenza della riforma dell'ordinamento sanitario. Questa linea produrrebbe unicamente una esasperazione ancora più grave dei problemi che sono sul tappeto e sono esplosi in termini già drammatici.

Onorevoli colleghi, bisogna dirlo francamente e chiaramente: la programmazione democratica non è e non può essere rappresentata soltanto da qualche modifica indolore! Essa dev'essere rappresentata da una serie di scelte radicali.

La sfida che ci venne lanciata dalla democrazia cristiana con l'affermazione della pretesa inutilità storica del partito comunista, perché sarebbe stata la democrazia cristiana a risolvere i problemi storici del paese nei termini che l'onorevole Moro aveva tracciato nella sua relazione al congresso democristiano di Napoli, è dimenticata. Tutte queste sfide, queste promesse, questo desiderio di misurarsi con la realtà in termini di audaci riforme, sono, purtroppo, oggi accantonate e tacitate. La demagogia degli anni felici, la demagogia che otto mesi fa trionfava in Italia nella campagna elettorale, assicurando il proseguimento del miracolo economico, si è trasformata in uno smarrito allarmismo di fronte al primo aggravarsi della situazione economica, che ci si è affrettati a giudicare tale da non permettere più alcuna riforma. Al contrario, proprio oggi che una lieve recessione economica ed un certo ordine di difficoltà economiche fanno cadere certi equivoci e hanno ridotto i margini del miracolo eco-

nomico (utilizzando il quale, onorevoli colleghi democristiani, pensavate di fare parziali concessioni che tacitassero le rivendicazioni più urgenti ed evitassero le indispensabili riforme), proprio oggi la scelta diventa non più rinviabile. A San Pellegrino, al convegno di studi della democrazia cristiana, alcuni accenti hanno perfino rivelato il vostro sgomento di fronte alla consapevolezza che bisogna scegliere, che dovete scegliere, che non potete più rinviare. Proseguite, dunque, la sfida, sfidate il partito comunista, dimostratene la inutilità storica...

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Noi vogliamo mutare le cose, rinnovare le strutture, aggiornarle, ma in modo diverso da come il partito comunista propone.

SCARPA. Vedremo come intendete sfidarci! Secondo noi, le prospettive che ci stanno di fronte non sono frutto delle nostre affermazioni, ma emergono dalla situazione stessa del paese.

Erroneamente voi presentate queste scelte come un duello fra due parti politiche della Camera e del paese. Noi vi diciamo: leggete gli atti del convegno delle regioni a statuto speciale svoltosi a Merano, leggete gli atti della Commissione nazionale per la programmazione, leggete gli atti del movimento degli ordini dei medici per la riforma sanitaria, leggete gli atti della A.N.A.A.O.

FADA. Sono tutti e sempre scritti dall'onorevole Luigi Berlinguer. Quindi non cambiano molto.

SCARPA. Questa interruzione è molto istruttiva e ci auguriamo che ne pervenga notizia ai suoi colleghi assessori alla sanità nelle regioni a statuto speciale ed a quelli che fanno parte dei numerosi organi ed istituti sanitari dello Stato. Se le opinioni del nostro amico Luigi Berlinguer, illustre studioso di problemi sanitari, sono giunte ad influenzare i suoi colleghi che hanno funzione di direzione sanitaria in Sardegna, in Sicilia e in Alto Adige (non parlo della Valle d'Aosta) (*Interruzione del deputato Fada*); se sono giunte ad influenzare alti esponenti della burocrazia statale, come quelli che hanno collaborato all'opera dell'Istituto nazionale di architettura; se sono giunte ad influenzare il movimento dell'ordine dei medici e della A.N.A.A.O., vuol dire che queste idee sono giuste e camminano con le loro gambe, camminano da sole. Voi avete davanti due sole strade: o l'aggravamento di tutte le strozzature della situazione attuale con le vostre mezze misure, che determinerebbero la esplosione assai più grave di tutta la situazione sani-

taria del paese, oppure l'altra strada, quella di affrontare una riforma sanitaria in termini tali che taglino in radice il potere dei monopoli e le situazioni feudali che ancora esistono. Questa soltanto è la strada che porta ad un ordinamento sanitario moderno ed adeguato alle esigenze del paese.

Per parte nostra, sappiamo che proseguiremo infaticabili la nostra lotta, in Parlamento e nel paese, per ottenere un'autentica riforma sanitaria che risolva questi drammatici problemi, pur consapevoli di avere con noi una parte importante dell'opinione pubblica, anche della più qualificata. (*Applausi all'estrema sinistra — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Urso. Ne ha facoltà.

URSO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, non per colleganza di gruppo, ma per responsabile convinzione sento anzitutto il bisogno di aderire pienamente all'impostazione data dal relatore per la maggioranza, onorevole Lattanzio, ai vari problemi da lui esposti in una relazione pregevole per lo spirito di meditato realismo, ma anche per l'adeguato metodo di indagine e per le prospettive in essa contenute. La relazione Lattanzio costituisce un esame veramente dettagliato e profondo di un settore della vita pubblica destinato a garantire un bene fondamentale: la salute; un esame che rifugge da certe azzardate conclusioni avanzate frettolosamente financo in sede parlamentare qualificata, forse più per il gusto della novità ad ogni costo che per l'intimo convincimento di raggiungere con determinate misure la soluzione di pesanti problemi. Mi riferisco a certi accenni che sono stati fatti per invocare la statizzazione dell'assistenza, e quindi la nazionalizzazione, ovvero — come si è detto in via subordinata — la « inamizzazione » del settore ospedaliero, giusta l'esperienza inglese, che è stata richiamata nel momento in cui essa volge negativamente al termine o si avvia verso una profonda revisione.

Con piacere abbiamo registrato in sede politica, parlamentare e tecnica una convinta avversione a detto indirizzo che, come giustamente ha avvertito il senatore Cassano, a parte tutto, renderebbe ancora più precario quel rapporto umano che è essenziale per l'esercizio della professione sanitaria.

D'altronde, al momento, la problematica ospedaliera nel nostro paese è di per sé già così complessa e drammatica da non consentire alcuna riforma d'urto senza prima essere alleggerita del peso di molte strozzature istituzionali e contingenti, alle quali non si

può rimediare con il sistema del risucchio da parte di uno Stato tuttofare.

Sappiamo quanta larga inquietitudine persista nell'ambiente ospedaliero: esso, signor ministro, va rasserenato anche attraverso la sua autorevole parola, che certamente risuonerà in senso contrario a determinate misure di statizzazione.

Conosciamo le molteplici esigenze del settore: nuovi posti-letto, adeguate attrezzature, garanzia e qualificazione del personale. Sono problemi vasti, resi più acuti dalla crescita civile del nostro popolo e quindi anche dalla promettente, benefica coscienza ospedaliera che si va diffondendo; questa, però, urta contro ataviche carenze e contro serie difficoltà strutturali, che in un paese civile e in fase di progresso vanno valutate, affrontate e risolte in armonica dialettica con i tempi, con una visione inprontata a metodo e ad organicità. Bisogna cioè evitare la via deleteria dell'intervento disarmonico, fantasioso ed incostante, anche se, in accordo con il relatore onorevole Lattanzio, mi piace sostenere la necessità di fare qualcosa di concreto e di valido, pur se parziale, più che di rimandare ogni giorno i problemi per ottenere, come oggi si dice, la grande riforma di struttura, la quale, proprio perché ritenuta quasi miracolistica, finisce per diventare un miraggio. È infatti vero che spesso il meglio è nemico del bene.

Oggi, per esempio, uno dei problemi più gravi, se non il più grave da affrontare nel settore ospedaliero è proprio quello della gestione degli ospedali. I nuovi nosocomi servono, e bisogna farli; ma salviamo anzitutto, sul piano amministrativo, le vecchie istituzioni ospedaliere, che stanno per essere corrose da una confusa e pesante gestione, aggravata tra l'altro dal pesante problema delle rette ospedaliere. In merito ho esposto le mie opinioni e lo stato dei fatti in Commissione; ho anche presentato uno specifico ordine del giorno che è stato accolto dall'onorevole ministro, per il che lo ringrazio. Sento però egualmente il bisogno di fare anche in questa sede alcuni cenni alle difficoltà derivanti dalla mancata normalizzazione e regolamentazione delle rette, ciò che produce nelle amministrazioni ospedaliere, più che una condizione di tranquillità economica, un diffuso e spinoso contenzioso, spesso paralizzante e comunque causa di profondo turbamento di rapporti e di equilibrio.

Mi riferisco in particolare alla attuale tensione esistente tra istituti ospedalieri ed enti mutualistici, i quali ormai hanno raggiunto

un livello di prestazioni così elevato da divenire di fatto i protagonisti dell'assistenza ospedaliera, al punto da condizionare in maniera determinante la vita stessa degli ospedali. Per questo coglie perfettamente nel segno il relatore per la maggioranza quando scrive: « La verità è che fra ospedali ed enti mutuo-assistenziali non vi è fiducia reciproca ed è a questa sfiducia, anzi a questo stato d'animo, da addebitarsi l'origine e la ragion d'essere di tanti guai ».

Al 1955 risalgono i tentativi per trovare un'adeguata risoluzione del problema delle rette ospedaliere e per appianare le prime vertenze tra enti mutualistici ed enti ospedalieri. Nel giugno del 1956 si articolò una prima commissione interministeriale, che nell'ottobre effettuò alcuni tentativi di composizione e di regolamentazione, senza trovare, sul piano pratico, le necessarie adesioni. Nel maggio del 1958 il Presidente del Consiglio dei ministri promosse l'istituzione di una commissione per l'esame conclusivo del problema, suggerendo nel frattempo la sospensione delle azioni legali in corso. Ma tale intervento non ebbe l'esito sperato, come non l'ebbe un successivo tentativo del Ministero della sanità. Nell'aprile del 1959 si giunse finalmente al « lodo Zaccagnini », e quindi alla costituzione di un nuovo comitato interministeriale, che gettò le basi di una regolamentazione dei rapporti fra amministrazioni ospedaliere e istituti mutualistici e prese impegno di provvedere entro breve tempo alla determinazione dei criteri per la formazione e la revisione delle rette. Infatti, importanti risoluzioni furono adottate nella riunione del 6 novembre 1959, tra cui la fissazione del termine del 31 marzo 1960 per la determinazione dei criteri di aggiornamento e di coordinamento delle rette a decorrere dal 4 aprile 1959. Tale determinazione entro il 31 marzo 1960 non venne, e ciò suggerì alla F.I.A.R.O. piena libertà d'azione, sì che, in contrasto con lo spirito del « lodo Zaccagnini », cominciò a farsi strada la tendenza a ritenere superati gli accordi del novembre 1959. Si ebbe allora una ripresa degli aumenti di rette con subitanea contestazione da parte degli enti mutualistici.

È vero che per il 1962 la commissione interministeriale già ricordata ha esaminato un numero considerevole di rette, accettandone e quindi rendendone definitive circa il 65 per cento, mentre per il restante 35 per cento non ha ritenuto giustificati gli aumenti apportati e conseguentemente ha stabilito rette indicative. È vero inoltre che per il 1963 numerose

rette sono state vagliate e definite. Tuttavia il disagio permane, il contenzioso cresce, anche perché non tutti gli enti mutualistici hanno accettato le decisioni della ricordata commissione, sicché la stessa, mentre continua a funzionare oltre il termine di scadenza fissato per il 30 giugno scorso, ha visto largamente svuotarsi di efficacia la sua funzione di contenimento e quasi di arbitrato.

Intendo riferirmi agli effetti della circolare del Ministero della sanità n. 53 del 10 aprile 1963, che dispone la maggiorazione delle rette per l'anno corrente sino al 21 per cento, e in particolare alla successiva circolare n. 89 del 31 maggio 1963, che ha ammesso un aumento di rette ancora superiore. Interventi questi che, anche se necessari, non hanno chiarito la situazione, e hanno messo a serio rischio i bilanci degli enti mutualistici, specialmente di quelli costituiti a protezione dei lavoratori autonomi per il particolare sistema di esazione dei contributi e per le stesse caratteristiche di autogoverno e di autonomia topografica degli enti medesimi. A ciò si aggiunga che rimane ancora in larga parte scoperto il contenzioso 1959-61.

Ben si comprende come gli aumenti disposti dalle amministrazioni ospedaliere trovino valide ragioni di bilancio e di costi; ma mai come oggi la sorte finanziaria degli enti mutualistici, massicci erogatori di assistenza a garanzia di pubblica salute, diventa quasi tutt'uno con la sorte economica degli istituti ospedalieri.

Qualcuno potrebbe pensare, effettuando una divisione di comodo, anche se con precisa interpretazione burocratica, che alla tutela degli enti mutualistici debba provvedere il Ministero del lavoro. Ma ciò significherebbe riportare maggiormente la questione sul piano di sterile contesa o anche di arida competenza; invece, non può essere valida una visione parziale del problema, come quella che spinge oggi un alto funzionario mutualistico a dire — a proposito delle rette ospedaliere — che « appare evidente l'inconciliabilità di un governo responsabile del bilancio degli istituti di malattia con la discrezionalità quasi assoluta degli ospedali di determinare la spesa e di imporla, insieme col servizio, agli istituti mutualistici, che ne sono gli utenti e non hanno alcun potere di intervento ».

Bisogna invece, proprio come dato di precisa politica sanitaria, raggiungere normativamente la conciliabilità di esigenze tra ospedali ed enti mutualistici, ambedue intesi alla sicurezza della pubblica salute. A questo si deve tendere subito, onorevole ministro, cioè

all'armonizzazione dell'opera delle istituzioni sul piano del comune interesse sociale, anche per tenere sott'occhio una situazione certa — sul piano finanziario — degli ospedali e delle mutue, che da tempo stanno contabilizzando, invece, secondo i propri punti di vista, determinando spesso paurose pesantezze di tesoreria.

In questi giorni, tra l'altro, si è detto, a proposito dei rapporti mutue-ospedali, che da una parte vi è il capitale e dall'altra il lavoro. Ebbene, proprio per questa visione compensativa e interdipendente — ribadita recentemente a Milano nel secondo convegno europeo della sanità — si richiede una stretta collaborazione, controllata dal Ministero della sanità, tra amministrazioni ospedaliere ed enti mutualistici, con il superamento immediato delle attuali posizioni e la conciliazione dei rispettivi interessi.

È chiaro che il problema della retta costituisce soltanto l'aspetto economico di un problema assai più complesso, che esige alcune soluzioni immediate ed altre di fondo. Tra le immediate: la sanatoria di tutte le partite in sospenso dal 1959 al 1963; la disciplina delle rette con la chiara fissazione dei criteri per la determinazione della misura e delle variazioni delle medesime. La soluzione di fondo postula invece — per gli interessi interdipendenti sopra specificati — il diretto inserimento della mutualità nella legislazione e nell'ordinamento ospedaliero, per giungere così al vero momento della mutualità sociale, in cui essa si rivelerà validissimo strumento di studio e di azione per la realizzazione di quella politica sanitaria che il paese attende.

Se il tempo a disposizione me lo avesse consentito, avrei desiderato esporre qualche mio concetto anche su altri problemi inerenti alla sanità pubblica, quali la necessità di potenziare e di ammodernare l'O.N.M.I., con contributi di base e con strumenti legislativi tali da permettere la risoluzione integrale del problema dell'assistenza alla maternità e all'infanzia; la necessità di provvedere al riordinamento e all'estensione dell'assistenza antitubercolare e tra l'altro — in via d'urgenza — alla concessione del sussidio giornaliero di ricovero ai tubercolotici assistiti dallo Stato e dai consorzi antitubercolari; l'esigenza di potenziare gli uffici provinciali di sanità, specialmente per ciò che concerne il personale amministrativo.

Problemi questi, insieme con tanti altri, importanti e urgenti, che certamente non sfuggiranno all'attenzione di altri colleghi e dell'onorevole ministro.

Ho voluto, invece, dedicare il tempo concessomi soltanto al problema ospedaliero, anzi al problema della gestione degli ospedali, che si basa sull'elemento economico della retta, ma investe il complesso problema dei rapporti ospedali-mutue, dei cardini, cioè, del nostro sistema assistenziale operante a garanzia della pubblica salute.

Per me oggi questo è il problema più scottante, la cui risoluzione diviene valida premessa di una vera e sana politica sanitaria, tesa a salvare le cose esistenti per consegnarle valide al domani.

Mi permetto, onorevole ministro, di affidare queste mie modeste valutazioni all'attenzione del suo dicastero, che deve divenire anche nel nostro paese il supremo ed unico tutore del bene che garantisce gli altri beni: la salute. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Marcella Balconi. Ne ha facoltà.

BALCONI MARCELLA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, tratterò un unico tema: l'assistenza all'infanzia nei suoi aspetti medico-sociali. Centrerò la mia attenzione sullo strumento principale di cui il Governo dispone per realizzarla: l'O.N.M.I., di cui tanto si è discusso e che trova costantemente sostenitori ed oppositori. Cercherò di affrontare nel modo più obiettivo possibile il problema: valutando cioè, innanzitutto, l'efficienza e la funzionalità di questo organismo in relazione ai compiti che esso deve adempiere.

L'articolo 4 del testo unico delle leggi approvate con regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, sulla maternità e l'infanzia — che tutti citano e che io vorrei rileggere con voi — precisa: « L'Opera nazionale provvede per il tramite dei suoi organi provinciali e comunali... alla protezione e all'assistenza delle gestanti e delle madri bisognose o abbandonate, dei bambini lattanti e divezzi fino al quinto anno... dei fanciulli di qualsiasi età appartenenti a famiglie bisognose e dei minorenni fisicamente e psichicamente anormali, oppure materialmente o moralmente abbandonati, travati e delinquenti, fino all'età di 18 anni compiuti... favorisce la diffusione delle norme e dei metodi scientifici di igiene prenatale e infantile nelle famiglie e negli istituti... organizza... l'opera di profilassi antitubercolare... invigila l'applicazione delle disposizioni legislative e regolamentari in vigore ». L'Opera è pure investita di poteri di vigilanza e di controllo su tutte le istituzioni pubbliche e private per l'assistenza e prote-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

zione dell'infanzia; ha la facoltà di fondare istituzioni, di promuoverne la fondazione, ecc. Compiti estesissimi, dunque.

In verità, sulla funzionalità dell'O.N.M.I. si discute ormai da anni. Credo inutile ricordare tutti gli interventi dei colleghi di ogni gruppo che si sono succeduti in quest'aula, e che ho letto molto attentamente.

Sono state dette innumerevoli parole, numerose proposte sono state fatte, proposte di legge sono state presentate (ricorderò soltanto quelle della onorevole Maria Pia Dal Canton e della onorevole Luciana Viviani), mille volte si è dibattuta la necessità di una riforma dell'ente, ma tutto è caduto nel vuoto. Per questa ragione sono costretta a riproporre il problema.

Le finalità dell'opera sono molte, troppe ormai, se teniamo conto anche dei progressi in campo scientifico che si sono verificati e dell'accresciuta partecipazione della donna all'attività produttiva. Ma il compito fondamentale dell'O.N.M.I. doveva essere uno: l'assistenza alla madre e al bambino nei primi anni di vita. La legge forniva all'O.N.M.I. la possibilità di sorvegliare, incrementare ogni attività in questo settore, le forniva ogni carta per provvedere ad una valida ed estesa protezione dell'infanzia, e ogni strumento per svolgere un'azione diretta e precisa in funzione del principale obiettivo igienico-sanitario da perseguire: ridurre al minimo le cause della mortalità materna ed infantile. Come ha assolto questo compito l'O.N.M.I.? La mortalità infantile in Italia supera ancora il 40 per mille; nelle stesse regioni ricche dell'Italia del nord non è inferiore al 30 per mille e queste cifre sono ben superiori a quelle di altri paesi che hanno il nostro stesso tenore di vita e nei quali la percentuale si aggira intorno al 15-20 per mille.

In Italia la natimortalità, che pur va lentamente riducendosi, è stata lo scorso anno del 22,6 per mille, e le cause della mortalità nella prima settimana di vita — ancora troppo elevata — sono essenzialmente: il trauma ostetrico (27 per mille), le infezioni neonatali (9,3 per mille), l'immatunità (33,3 per mille). C'è di che far riflettere un medico. Ancora un dato sulla mortalità infantile nel primo anno di vita: nel 1960 sono morti in Italia per gastroenterite 3.950 bambini. Non ho statistiche aggiornate e complete sulla mortalità infantile negli altri paesi, ma già nel 1951 la Francia denunciava il 2,2 per mille di morti per gastroenterite e gli Stati Uniti d'America e l'Australia lo 0,9 per mille. Nel 1960 noi siamo ancora al 4 per mille. È noto che i di-

sturbi gastrointestinali sono più frequenti e più gravi là dove le norme igienico-dietetiche sono meno rispettate o dove l'indigenza economica e la miseria impediscono di rispettarle: nel 1960 il Piemonte e la Campania, regioni all'incirca con la stessa popolazione, segnalavano rispettivamente 102 e 894 morti; le Puglie segnalavano 750 morti e la Lombardia ne segnalava 260.

Come potremmo, quindi, dare un titolo di benemerita all'O.N.M.I.? Quando e come essa ha saputo in modo incisivo denunciare questo stato di cose, mettendo il Governo di fronte alle sue responsabilità? Quando il Governo ha messo l'O.N.M.I. di fronte alle responsabilità che le spettavano?

Un rapido, ma credo sufficientemente significativo atto di accusa: siamo rimasti tutti sbalorditi e commossi di fronte ai 400 bambini morti nella tragedia del Vajont; ci dimentichiamo purtroppo che circa 20 mila bambini all'anno potrebbero essere salvati dalla morte attraverso un'azione tempestiva — sociale e sanitaria — nei confronti della madre e del bambino.

Si rende conto il Governo della grave insufficienza dei posti-letto nei servizi di pediatria? Traggo alcuni dati dall'annuario di statistiche sanitarie dell'«Istat» per il 1960: negli ospedali ordinari ci sono 12.429 posti-letto per una popolazione infantile di 12-13 milioni e cioè meno di un posto-letto per mille. I posti-letto dei servizi di ostetricia e ginecologia sono 19.679.

Vi sono state assistite per parto 406.449 donne, ma i nati ogni anno sono circa 800 mila. Anche se non tutte le madri desiderano essere ricoverate — cosa che sarebbe auspicabile — i posti-letto sono largamente insufficienti. Nessuno ignora quale garanzia rappresenti per la madre e per il bambino una buona assistenza al parto. Di fronte a questo stato di cose, che valore possiamo dare noi ai 6.190 consultori pediatrici, ai 2.618 consultori materni, ai 273 consultori dermosifilopatici? Sarebbe peggio, forse, se non ci fossero, mi potrebbero obiettare i sostenitori dell'O.N.M.I. D'accordo, ma questo non basta. Non possiamo ignorare che molti di questi consultori funzionano come distributori di latte in polvere e di pappe, e non svolgono alcuna azione profilattica ed educativa. E il consultorio è il vantato centro dell'attività dell'O.N.M.I.! Che la mortalità infantile decresca con un ritmo troppo lento, che manchino servizi di ostetricia e di pediatria, che questi, a loro volta, manchino del necessario non importa: i consultori, anche poco funzionanti, ci sono,

e sono titolo di benemerita dell'O.N.M.I. Questa visione miope, « autarchica » dell'assistenza all'infanzia, ha rovinato l'O.N.M.I.

Ma tra i molteplici compiti dell'O.N.M.I. forse altri sono assolti in maniera più soddisfacente. La legge stabilisce che l'O.N.M.I. deve organizzare, d'accordo con gli appositi organismi, l'opera di profilassi antitubercolare. Vi è forse da applaudire l'O.N.M.I. per avere esteso in Italia la vaccinazione antitubercolare? In Italia non esiste ancora questa vaccinazione. Ha forse l'O.N.M.I. concentrato i propri sforzi sull'assistenza ai bambini delle madri lavoratrici, dato il massivo ingresso delle donne nell'attività produttiva? Anche in questo caso le cifre parlano da sole: 514 asili-nido per 63-64 mila bambini. Meno del 3 per cento dei bambini fino ai 3 anni viene assistito. Il fabbisogno è ben più elevato: si calcola che almeno un bambino su tre dovrebbe essere assistito e i bambini fino ai 3 anni sono più di 2 milioni. La sottocommissione sanitaria della Commissione nazionale per la programmazione economica ha ritenuto infatti di dover stabilire il fabbisogno di 20 mila asili-nido per un complesso di 800 mila bambini, con un preventivo di spesa di 114 miliardi all'anno per dieci anni. Certamente, di fronte a questa ingente somma i 25 miliardi richiesti ora per l'O.N.M.I. sono nulla.

Ma forse l'opera, in mancanza di molti fondi, ha cercato di rendere ben funzionanti i pochi asili-nido che aveva. I bambini sono esseri delicati, hanno bisogno di cure oculate da parte di personale specializzato; gli orari degli asili-nido devono corrispondere alle esigenze delle madri lavoratrici. Ma le cose non stanno così. Gli asili-nido sono, è vero, pochi; in compenso, l'assistenza non è molto efficiente e gli orari tengono in poco conto le esigenze delle madri lavoratrici. Il bambino viene affidato per lo più a personale non preparato, a donne uscite da poco dalla fabbrica o venute dalla campagna.

L'O.N.M.I. sta forse organizzando una fitta rete di scuole per puericultrici? No, non sta facendo neppure questo, per cui ben più vigile appare l'opera di certi istituti per l'infanzia diretti da amministrazioni provinciali.

Forse noi non consideriamo la tenace opera dell'O.N.M.I. a sostegno delle rivendicazioni delle madri lavoratrici. Infatti, l'opera annovera, tra gli altri suoi compiti di istituto, quello di vigilare sull'applicazione delle disposizioni legislative e regolamentari in vigore per la protezione della maternità e del-

l'infanzia e di promuovere la riforma di tali disposizioni. Ma, se non erro, la lavoratrice madre è sostenuta soltanto dalle organizzazioni sindacali.

L'O.N.M.I. ha però una sua rivista, attraverso la quale diffonde le proprie direttive e che potrebbe essere una palestra di dibattiti sui problemi medici, assistenziali e sociali dell'infanzia. L'avete letta? Leggetela e ne sarete edificati.

È penoso dover dire queste cose quando l'infanzia dovrebbe avere le nostre cure migliori.

Ma ritorniamo ai compiti di istituto. L'Opera deve provvedere alla protezione e all'assistenza dei fanciulli di qualsiasi età, fisicamente e psichicamente anormali e recuperabili. Sorvoliamo sugli anormali fisici in quanto il Ministero ha avvocato a sé questo tipo di assistenza, ma ricordiamo al Ministero stesso che il concetto di « recuperabilità » dovrebbe essere eliminato, in quanto ben difficile e spesso pericoloso è un preciso giudizio in merito. E le malformazioni congenite? Non dimentichiamo a tale proposito la situazione caotica che si era venuta a creare con la disdetta della convenzione stipulata tra l'« Inam » e l'O.N.M.I., situazione che potrebbe determinarsi nuovamente al 31 dicembre 1963, se il Governo non interverrà tempestivamente.

Veniamo agli anormali psichici recuperabili. Che cosa fa l'O.N.M.I., a conti fatti, per questi anormali psichici recuperabili? Sarà opportuno citare alcune cifre, tratte sempre dall'annuario di statistiche sanitarie dell'« Istat » per il 1960, perché non posseggo dati completi più recenti: centri medico-pedagogici n. 59 (ora quasi raddoppiati: 96), bambini visitati (prime visite dell'anno) numero 11.656. Possiamo supporre, dato il raddoppio dei centri, che anche il numero degli assistiti sia raddoppiato, e lo calcoleremo quindi in circa 20 mila. I bambini affetti da insufficienza mentale sono circa il 3 per cento della popolazione infantile, mentre i bambini con ritardo intellettuale (subnormali) sono il 10 per cento della popolazione scolastica, senza contare i numerosi bambini « difficili » che possiamo ritenere i clienti più importanti di un centro medico-pedagogico. Si arriva, a calcoli fatti, a circa un milione di bambini. Di questi, i centri dell'O.N.M.I. ne assistono 20 mila, pari al 2 per cento! Fortunatamente cliniche, ospedali, amministrazioni provinciali e comunali ed enti privati si sono preoccupati di istituire servizi propri.

E gli anormali psichici recuperabili diagnosticati dai centri? Essi dovrebbero essere seguiti e curati in appositi istituti e scuole. L'Opera, sempre nel 1960, ne assisteva 1.087, contro i 16.127 assistiti dalle amministrazioni provinciali. Credo che non occorranò commenti.

Ancora una parola su un tema specifico: l'assistenza agli illegittimi, problema, questo, serio e increscioso. Oggi (mi riferisco sempre al 1960) abbiamo ancora 19.820 bambini illegittimi non riconosciuti. Cosa ha fatto l'O.N.M.I., che deve proteggere la maternità e l'infanzia, per ridurre questo terribile fenomeno e rendere la società consapevole del grave danno che madre e bambino subiscono? Quando mai l'O.N.M.I. ha fatto pressioni perché scomparisse dalla nostra legislazione un marchio vergognoso, quale il fatto di ammettere che una madre possa rifiutare il proprio figlio? Vorrei qui ricordare il telegramma che gli Stati sudafricani (barbari certamente, quelli) inviarono in risposta alla defunta Società delle Nazioni, che richiedeva a suo tempo dati statistici sulla filiazione illegittima: « Una madre » — diceva il telegramma — « non abbandona mai i propri figli. Essa non ha bastardi ». Si potrebbe obiettare che questi popoli hanno una concezione particolare dello « stato civile ». Ma anche nei paesi più progrediti possiamo assistere a qualcosa del genere. Nei paesi anglosassoni il bambino vive sempre presso il padre o la madre, e non viene mai abbandonato. Permettetemi per inciso di richiamare su questo tema anche l'attenzione di tutti i parlamentari presenti. Potrei citare statistiche relative alla delinquenza minorile molto significative: l'incidenza dei bambini a lungo speditizzati (e si tratta per lo più di bambini illegittimi) è fortissima. L'O.N.M.I. avrebbe dovuto occuparsi anche della delinquenza minorile, vi ricordate? Questo settore è ormai completamente affidato al Ministero di grazia e giustizia.

Il discorso potrebbe essere ancora lungo.

Farò soltanto un rapido accenno all'insufficienza di posti-letto in istituti specializzati per la cura degli anormali psichici, quasi tutti in mano ad enti privati: 7.614 in tutta Italia, se si considerano gli istituti con soli minorati psichici, e 17.220 se si considerano gli istituti con più categorie di ricoverati.

Vi risparmio le percentuali, ma non posso non ricordare la quasi assoluta mancanza in Italia di istituti per « bambini difficili », per quei bambini cioè che pur avendo una normale dotazione intellettuale hanno diffi-

coltà talvolta molto gravi di inserimento sociale.

Potrei continuare, mostrando come la sorveglianza dell'O.N.M.I. sugli asili infantili e sugli istituti sia pressoché nulla; come parte dell'assistenza agli orfani sia stata già trasferita all'« Enaoli »; e così via.

È ben chiaro che l'O.N.M.I. non riesce più ad assolvere degnamente ad alcune delle sue funzioni. Cosa risolverebbero in realtà anche i 25 miliardi invece di 15? Nulla cambierebbe, in questa assistenza limitata a bassissime percentuali di coloro che dovrebbero fruirne.

In realtà tutti sono convinti della inefficienza dell'O.N.M.I. e della sua insensibilità di fronte ai gravi problemi che si pongono davanti a noi. Che significato ha poi l'illegale persistere del regime commissariale nelle gestioni periferiche: regime che sappiamo essere non solo antidemocratico ma negativo sotto tutti gli aspetti? Ha forse giovato all'O.N.M.I. questo distacco dagli enti locali?

Non solo quindi lo sviluppo della scienza medica, cui l'O.N.M.I. non riesce in realtà a tener dietro; non solo le modificazioni strutturali del nostro paese e le necessità che ne derivano hanno messo in crisi l'opera; ma l'incuria vera e propria del Governo di fronte a problemi che dovrebbero stare particolarmente a cuore a tutti; l'apparato burocratico che assorbe in modo eccessivo energie e denaro; la gestione del tutto antidemocratica: ecco gli elementi essenziali della crisi di questa istituzione, che inevitabilmente coinvolge la crisi del sistema attualmente vigente di assistenza all'infanzia.

Con parole calorose ci è stato chiesto in questi giorni di approvare una spesa supplementare di sei miliardi a favore dell'O.N.M.I. « per non farla morire ». I sei miliardi devono colmare in realtà il *deficit* di bilancio degli anni precedenti. Se diamo un'occhiata all'ultimo consuntivo in nostre mani (esercizio 1961-62) ci rendiamo rapidamente conto che i residui passivi si concentrano nelle spese di ricovero e nell'assistenza all'infanzia illegittima. Al 30 giugno 1962 il residuo passivo nei confronti delle amministrazioni provinciali ammontava a 4 miliardi e 404 milioni; e a 500 milioni ammontava quello per rette in istituti di cura ed ospedali. A questo punto potremmo proporre di stanziare a favore degli enti locali la somma richiesta dall'O.N.M.I.!

Pare che neanche la Corte dei conti sia soddisfatta dell'amministrazione dell'O.N.M.I. Non voglio addentrarmi in problemi di cui

non ho competenza; ma permettetemi di farvi notare alcune cifre assurde del bilancio 1961-62. L'O.N.M.I. spende per il funzionamento dei consultori medico-pedagogici e dermosifilopatici 109 milioni. Nello stato di miseria dichiarata in cui versa, una cifra quasi analoga (95 milioni) è spesa per la sola giornata della « Festa della madre e del bambino » e per i suoi premi; 27 milioni e mezzo costituiscono il passivo della meravigliosa rivista di cui ho parlato; quasi 10 milioni vengono distribuiti come « premio di buon allevamento ». Più di un miliardo e mezzo viene utilizzato per le spese di funzionamento della sede centrale e delle federazioni, i cui locali ed il cui personale vengono già forniti dalle amministrazioni provinciali. In contrapposto poco più di un miliardo è devoluto ai medici, a coloro cioè che dovrebbero rappresentare il nerbo dell'istituzione.

Per quale ragione il Governo, il vero responsabile della situazione, accetta questo stato di cose? Sarebbe forse l'O.N.M.I. un altro organo — molto efficiente in questo caso — del sottogoverno?

Le cose devono cambiare. È inimmaginabile che siano sperperati miliardi per mantenere in vita un ente che non riesce ad adempiere degnamente le sue funzioni.

Certo il costo di una valida assistenza all'infanzia non può non essere molto elevato; e noi rivendichiamo per i bambini la migliore assistenza possibile. Ma questa non potrà mai essere garantita — ne abbiamo le prove — da un organo burocratico e accentratore qual è l'O.N.M.I., che conserva tutte le stimmate del regime fascista che l'ha generata.

È indispensabile, in via pregiudiziale, che organi e funzioni in materia di assistenza all'infanzia vengano decentrati. Noi possiamo poggiare oggi, per quanto riguarda le competenze assistenziali, sugli enti locali, che, in carenza dell'O.N.M.I., già attualmente di fatto svolgono tutta una serie di attività in questo campo; mentre, per quanto riguarda le competenze igienico-sanitarie, solo cliniche ed ospedali, nei loro settori specialistici, possono oggi garantire la più completa e la più aggiornata assistenza.

È necessario che il Parlamento sappia affrontare senza remore, nel suo complesso, ed abbandonando schemi ormai superati, il problema dell'infanzia, che non può identificarsi certo con le sorti dell'O.N.M.I.

Noi avanziamo ad ogni modo proposte precise, che ricalcano, naturalmente, gli ordini del giorno che abbiamo presentato in Commissione. Chiediamo che immediamen-

te: 1) l'assistenza agli anormali psichici sia unificata e ne sia resa responsabile l'amministrazione provinciale, cui competono per legge la cura delle malattie nervose e mentali e l'opera preventiva e assistenziale in questo settore; 2) l'assistenza ai bambini illegittimi sia pure unificata e attribuita totalmente alle amministrazioni provinciali; 3) la gestione degli asili-nido sia devoluta ai comuni, che già tanta parte hanno nella loro istituzione, e che ci possono garantire un maggior controllo diretto. Chiediamo infine che, in attesa della presentazione da parte del Governo del promesso progetto di legge sulla riforma dell'O.N.M.I., sia presentato alla Commissione sanità e messo in discussione un preciso e dettagliato programma di attività.

Assistenza all'infanzia e O.N.M.I., ripeto, non si identificano. In Italia abbiamo soprattutto bisogno di una valida legislazione che tenga conto di tutte le esigenze della madre e del bambino, sia in campo medico-profilattico, sia in campo sociale. Se un organo centrale occorre per integrare, coordinare e potenziare l'assistenza all'infanzia, questo sia un organo tecnico, in cui rappresentanti di tutte le branche mediche interessate al problema portino il loro contributo scientifico, e in cui le organizzazioni sindacali, in quanto rappresentanti delle donne lavoratrici, tengano costantemente desta l'attenzione sulle necessità delle madri. Una organizzazione assistenziale decentrata, agli enti locali per la parte assistenziale e agli ospedali e alle cliniche per la parte sanitaria, coordinata da una sezione speciale del Consiglio di sanità, potrebbe a nostro parere costituire la base di una più valida e moderna azione nei confronti della maternità e dell'infanzia. (*Applausi all'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Delfino. Ne ha facoltà.

DELFINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il relatore per la maggioranza del bilancio del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1963-64 ha voluto attribuire a questa discussione un'importanza e un interesse particolare, per il fatto che essa ha luogo all'inizio di una nuova legislatura e potrà quindi fornire « validi elementi di indirizzo per l'azione che Parlamento e Governo andranno a svolgere nei prossimi mesi ». « Non è infatti da dimenticare — ha scritto ancora il relatore, onorevole Lattanzio — che l'attuale Governo, pur auto-limitandosi nel tempo e nelle prospettive, si è però esplicitamente impegnato, già nelle dichiarazioni programmatiche del Presidente

del Consiglio, onorevole Leone, non solo ad affrontare i problemi che presentano carattere di urgenza e che appaiono concretamente risolvibili, ma anche a tenere conto di questi dibattiti per l'ulteriore apprestamento di studi e la preparazione dei tempi futuri ».

Non possiamo non sottolineare l'inconsistenza di una tale prospettiva, dal momento che tra una settimana questo Governo si dimetterà per lasciare il suo posto...

FADA. La novità nella continuità.

DELFINO. ...per lasciare il suo posto non ad una novità, ma ad una cosa vecchia, cioè al nuovo centro-sinistra, del quale sembrano già essere stati concordati perfino i particolari. Una discussione dei problemi della sanità può perciò solo avere un valore di documentazione e di indirizzo per la politica sanitaria dell'imminente governo di centro-sinistra.

In questa unica realistica prospettiva, noi dobbiamo esprimere tutti i nostri dubbi sulla volontà e sulla capacità di quel futuro governo di recepire i problemi della sanità pubblica: dubbi motivati dall'esperienza del centro-sinistra dell'onorevole Fanfani e dalle manifeste intenzioni del centro-sinistra n. 2, che non lasciano margini possibili per interventi in settori come quello della pubblica salute, con le già annunciate scelte fondamentali di indirizzo programmatico che orienteranno e vincoleranno gli investimenti del pubblico denaro per le regioni, gli enti di riforma agraria, le pianificazioni economiche.

L'esperienza del centro-sinistra n. 1 è rappresentata da questo bilancio, preparato proprio dal defunto Governo Fanfani e solo ereditato dall'attuale Governo Leone. Un bilancio che non ha tenuto alcun conto delle esigenze manifestatesi negli ultimi anni e delle quali, proprio nella discussione dei precedenti bilanci, tutto il Parlamento, da tutti i settori, si era fatto portavoce; un bilancio che lo stesso relatore per la maggioranza al Senato ha definito « espressione di una politica sanitaria dimostratasi superata e inefficiente ».

Perché il centro-sinistra n. 1 ha presentato un tale bilancio? Perché le obiettive necessità della politica sanitaria non sono state prese in considerazione? Perché, evidentemente, sono stati preferiti altri investimenti, sono stati affrontati altri problemi che non quelli sanitari. « È bene affermare — scrive invece l'onorevole Laftanzio — che la difesa della salute è il primo dovere di un governo e che su di essa riposa il progresso e l'avvenire di un popolo ». Ma con questo bilancio

il centro-sinistra n. 1 ha affermato il contrario, si è dimostrato convinto del contrario.

Non solo, infatti, non è stato affrontato e risolto alcuno dei grandi problemi di struttura dell'organizzazione sanitaria nazionale; ma sono stati addirittura ridotti i mezzi finanziari a disposizione del Ministero della sanità per l'espletamento delle sue normali funzioni: quei mezzi che in sede di elaborazione del bilancio l'amministrazione della sanità aveva invano richiesto di aumentare di 40 miliardi. Se è vero, infatti, che dai circa 57 miliardi dell'esercizio 1962-63 si è passati ai circa 58 miliardi dell'esercizio 1963-1964, è anche vero che la svalutazione monetaria da calcolarsi almeno nella misura dell'8 per cento ha importato un calo di potere di acquisto di circa 5 miliardi, cosicché nella sostanza il bilancio, invece dell'incremento apparente di un miliardo, ha avuto un decremento reale di 4 miliardi. Giustamente il relatore del Senato deduce che « la politica sanitaria, avendo minori possibilità economiche dello scorso anno, sarà costretta ad un forzato immobilismo ».

Sarà il centro-sinistra n. 2, quello che sta preparando l'onorevole Moro, che ha avuto il *placet* del gruppo parlamentare democristiano l'altro giorno e si appresta ad avere quello del congresso socialista nei prossimi giorni; sarà il centro-sinistra storico, quello con i ministri socialisti dentro e i voti comunisti fuori, a rimuovere il forzato immobilismo attuale della nostra politica sanitaria? Non lo possiamo proprio credere: perché, come ho già rilevato, altri saranno gli obiettivi politici del centro-sinistra dell'onorevole Moro, come altri sono stati quelli del centro-sinistra dell'onorevole Fanfani.

Eppure, se vi è un campo dove la conclamata vocazione sociale del centro-sinistra si sarebbe potuta attuare proprio a beneficio di tutta la collettività nazionale e in particolare dei meno abbienti, questo è il campo sanitario.

Quando sorse il Ministero della sanità, non si ebbero dubbi sulle funzioni di coordinamento dei dispersi servizi sanitari che esso avrebbe svolto e sul riordinamento delle varie organizzazioni sanitarie che esso avrebbe attuato. Il fine da raggiungere appariva chiaro: l'unificazione cioè dei vari servizi, per costituire un servizio nazionale organico da potenziare e da ampliare, perché meglio e il più diffusamente possibile arrivasse al paese la sua benefica azione.

Chi parla è intervenuto in tutte le discussioni dei bilanci della sanità; e in ogni inter-

vento successivo ha dovuto giustificare sempre meno la carenza di un'azione decisa ed organica in tal senso. Ora non v'è proprio alcun margine per le giustificazioni; e non ve n'è soprattutto per il centro-sinistra, innovatore e riformatore per eccellenza, che non ha nemmeno tentato di intaccare una situazione paradossale che va dalla illogica resistenza di altri ministeri a cedere a questo nuovo dicastero le sue peculiari competenze, alla ingiustificabile continuazione da parte degli enti mutualistici di una politica indipendente ed incontrollata, e ha imbalsamato sul nascere il nuovo Ministero della sanità, invece di svilupparlo e potenziarlo.

Sono rimasti insoluti, così, tutti quei problemi dei quali diffusamente negli scorsi anni ci siamo occupati e dei quali le relazioni hanno ripetutamente reso edotto il Parlamento. Nemmeno le dimostrazioni dei medici, nemmeno i cortei dei « camici bianchi » sono riusciti ad indurre il centro-sinistra a risolvere problemi essenziali, non solo di ordine economico, ma soprattutto d'ordine morale e giuridico della categoria medica, da quelli della stabilità degli ospedalieri a quelli della dignità e libertà professionali, avvilita dalle mutue con le loro insufficienti tariffe ed i loro offensivi parametri.

Ma i medici non danno fuoco alle auto e non prendono a sassate le forze dell'ordine, quando fanno le loro dimostrazioni. Gli ospedali non possono mettere in crisi la « produzione », o chiudere i battenti con la serrata, se gli enti assistenziali pagano poco e male. Perciò certe situazioni possono rimanere insolute e certi problemi incancrenirsi. Anzi, per chi persegue la politica del « tanto peggio tanto meglio », più certe situazioni si aggravano, si deteriorano, e meglio è.

Ed infatti, giunti al limite, sarà più agevole sostenere le soluzioni limite, cioè la stanziazione anche nel settore sanitario, con il risultato disastroso dell'appiattimento professionale e del distacco del rapporto umano e fiduciario tra medico e paziente. L'onorevole Moro, nella recente riunione del gruppo parlamentare democristiano della Camera, ha voluto ridurre ad una iniziativa personale la tesi stanziatrice avanzata dal senatore Criscuoli al Senato: ma ciò non sembra sufficiente. Credo che la smentita possa venire solo da una politica sanitaria che risolva realmente i problemi della dignità e della libertà professionali, della unificazione dell'assistenza, della diffusione capillare e del potenziamento della medicina preventiva, della

crisi ospedaliera: da una politica sanitaria ove non vi sia posto per gli scandali.

Ormai, discutendo i bilanci, in questi giorni, abbiamo fatto il callo a trattare di scandali, da quello delle banane a quello della Federconsorzi, da quello del C.N.E.N. a quello dell'Istituto superiore di sanità. E mi è giunta notizia che sta per scoppiarne un altro alla Croce rossa, di cui si starebbe già occupando l'autorità giudiziaria. Se ne informi, onorevole ministro, anche se dovesse trattarsi di uno scandalo di centro-sinistra. Se lo scandalo è sempre cosa gravissima, infatti, nel campo della sanità pubblica è un crimine.

Tratterò ora più particolarmente dei problemi dell'industria farmaceutica e delle farmacie. Per quanto riguarda il settore farmaceutico e, per esso, la disciplina della produzione industriale, due sono essenzialmente le constatazioni che devo fare: negativa l'una, positiva l'altra. E negativa quella che riguarda l'ulteriore rinvio con il quale si è ritenuto di procrastinare ancora l'esame e l'adozione di un provvedimento come quello dell'estensione del diritto brevettuale al settore farmaceutico, del quale è abbastanza noto il pregiudizievole stato di disordine, favorito dalle illimitate possibilità di imitare, copiare e contraffare procedimenti e formule, prodotti e preparazioni frutto del lavoro altrui; possibilità appena temperate (da qualche mese) da una distribuzione meno larga che in passato delle autorizzazioni di nuove specialità medicinali, che, nella maggior parte dei casi, di nuovo non hanno che il nome di fantasia e talvolta l'aggiunta di qualche sostanza complementare che, se la nostra farmacopea fosse aggiornata, si dovrebbe definire medicamentosa.

La critica al rinvio e perciò all'ulteriore battuta d'arresto inflitta alla brevettabilità farmaceutica prescinde, ovviamente, dal fatto che sul contenuto del disegno di legge approntato in materia da due ministeri competenti ed interessati sia stato interpellato un organo come il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, alla cui preparazione e serietà non si può che rendere omaggio. È evidente invece che tale critica si rivolge piuttosto al fatto che al gran tempo trascorso, altro se ne è voluto aggiungere con il rinvio, dopo che il disegno di legge — il quale non è stato certo frutto di improvvisazione da parte dei due ministeri ricordati — era stato preparato sulla base delle conclusioni cui era pervenuta una qualificatissima commissione di personalità del mondo della scienza e delle discipline giuridiche ed amministrative.

Comunque, è auspicabile che il nuovo *iter* consiliare prima e l'*iter* parlamentare poi non aggravino il ritardo, purtroppo in atto, frapposto al provvedimento per la realizzazione dell'istituto patentistico, che nel campo specifico ha anche un preciso fine moralizzatore: purché, naturalmente, sia attuato in modo da lasciare integro il contenuto istituzionale del brevetto ai fini del suo pieno rispetto nell'ambito industriale, e da offrire nello stesso tempo all'amministrazione sanitaria il modo di esercitare quelle possibilità di intervento che nell'interesse pubblico — sia in caso di necessità, sia in caso di abusi — dovessero manifestarsi utili.

Né bisogna dimenticare quanto sia pregiudizievole il ritardo di questo provvedimento ormai più che maturo (anche in rapporto alle esigenze e agli impegni internazionali), perché della mancanza dell'istituto brevettuale continuerà ad avvantaggiarsi, senza meriti, la parte meno tecnica, meno provveduta e meno organizzata sul piano scientifico, e perciò meno utile, della produzione farmaceutica.

Come cittadino, come parlamentare, come farmacista, sono — e non da oggi — favorevole all'istituto brevettuale, che stimo indispensabile come mezzo di stimolo, come potente incentivo, come giusto premio al successo della ricerca scientifica, che nel campo farmaceutico presenta il maggiore degli interessi: quello della nostra salute, della salute di tutti. Ed è su questo piano ed a questi fini che anche in virtù dell'istituto brevettuale — purché attuato integralmente — si eccita la concorrenza e l'attività scientifica dei privati operatori, invece che avvilarne l'umano anelito verso la libera iniziativa personale od annullarlo attraverso le assurde istanze statizzatrici tanto care al socialcomunismo e ribadite anche questa mattina dal gruppo comunista.

Se quelle istanze dovessero avere un qualsiasi seguito, provocherebbero un immediato scadimento qualitativo della produzione destinata alla difesa della nostra salute; e ciò a prescindere dalle altre conseguenze che istanze del genere favorirebbero, in quanto fatalmente generatrici di un nuovo traballante carrozzone statale, d'altronde già preannunciato dal senatore comunista Montagnani Marelli, che ce ne ha anche indicato la sigla: E.N.A.F. Eccoci perciò alle porte dell'Ente nazionale farmaceutico, la cui sigla, secondo il detto senatore, dovrebbe diventare famosa: certo, devo aggiungere, tristemente famosa, se l'iniziativa comunista dovesse attuarsi, tristemente famosa per i po-

veri malati, costretti a ricorrere al medicinale di Stato.

Comunque, una cosa è certa: al carrozzone farmaceutico non mancherebbe qualcuno veramente felice di governarlo. Qui siamo nell'epoca di Felice Ippolito e, perciò, direi che c'è gente « felice » di governare un carrozzone di Stato.

Quanto alla seconda constatazione, questa in verità positiva, dirò che è tratta dal comunicato apparso dopo la riunione tenuta il 14 ottobre dal Consiglio dei ministri, dal quale si è appreso che il Ministero della sanità si è finalmente deciso — ed era ora — ad iniziare l'opera di svecchiamento dell'antiquatissima e lacunosa nostra legislazione sanitaria, promuovendo intanto le modifiche regolamentari necessarie, per vietare, in un campo così importante e delicato qual è quello farmaceutico, la cosiddetta produzione per conto terzi e per imporre un accentuato carattere soggettivo all'autorizzazione di registrazione.

In virtù dell'adeguamento di queste due norme regolamentari è ora auspicabile che resti paralizzato lo svolgimento di tutta quell'ampia serie di attività marginali, attraverso le quali le più disinvolute e talvolta losche iniziative speculative trovavano il modo di inserirsi ed operare nel campo della produzione specializzata. Se bisogna dare di ciò atto al Ministero della sanità, è bene tuttavia aggiungere che la sua azione potrà essere giudicata positivamente solo se proseguirà su questa strada (che comporta ovviamente anche la realizzazione più sollecita dell'istituto brevettuale) volta al riordinamento legislativo del settore. Di un tale riordinamento tutti si gioveranno, dal grande consumatore pubblico rappresentato dagli enti mutualistici a quello privato, dalla farmacia alla stessa industria che seriamente operi con l'impiego di tutti i mezzi che la tecnica moderna pone a sua disposizione e che essa ha il dovere di impiegare.

Solo occorre dolersi molto amaramente che l'attivazione delle iniziative ministeriali e questo maggiore rigore nell'adempimento dei compiti dell'amministrazione sanitaria non siano stati responsabilmente sentiti, malgrado gli incitamenti e gli avvisi ripetutamente rivolti anche dai banchi del Parlamento, ma abbiamo dovuto essere stimolati dall'ondata di scandali del tipo e della forza di quelli rivelati dai cosiddetti « medicinali inesistenti » e dal conseguente « giallo in farmacia ».

È questo indubbiamente l'indice della gravità di una situazione che va curata. I medici che si offrono di farlo non mancano: ma oc-

corre scegliere tra la cura socialcomunista che vuol tutto innovare (salvo poi a comprimere tutto nel più vieto, deterioro e superato statalismo, annullando ogni libertà personale e collettiva) e la terapia che vorrei definire comunitaria, perché proviene dall'ambito del mercato comune, la quale dal confronto prima e dall'armonizzazione poi delle norme di disciplina della vita produttiva e sociale intende trovare la migliore definizione di tale disciplina nell'interesse comune e nella libertà di tutti.

Per quanto riguarda le farmacie, non ripeterò quanto affermato numerose volte in Commissione e in Assemblea nella scorsa legislatura, limitandomi a sintetizzare alcuni fondamentali punti.

È certo aspirazione generale che il servizio farmaceutico si svolga con la migliore efficienza e la maggiore irradiazione capillare, e che il maggior numero di farmacisti abbia a conquistare la posizione più indipendente possibile, professionalmente ed economicamente. Questi due punti strettamente collegati possono, secondo noi, essere risolti senza alterare profondamente l'attuale ordinamento farmaceutico, che, nel suo complesso, va conservato così com'è.

Oggi il servizio farmaceutico, dal punto di vista strettamente tecnico, non può dirsi, in verità, che vada male. E non può negarsi che in generale sia migliore che nelle altre nazioni.

Con l'inderogabile limitazione del numero delle farmacie, principio tradizionale sempre conservato da secoli nella nostra legislazione sulle farmacie, e interrotto solo dalla breve, infelice parentesi della legge Crispi del 22 dicembre 1888; con la distinzione tra farmacie urbane e rurali, introdotta con il decreto-legge 15 marzo 1934, n. 463; con il rapporto limite di una farmacia ogni 5 mila abitanti per le farmacie urbane; con la concessione di una speciale indennità di residenza a favore dei titolari di farmacie rurali, l'ordinamento che si è così creato è tale da assicurare non solo, nel suo complesso, un pieno ed onesto servizio farmaceutico di giorno e di notte, se non in tutti i comuni, certo nella loro grande maggioranza, ma da risolvere anche abbastanza efficacemente, sia pure con notevoli sacrifici delle farmacie, il problema sociale dell'assistenza mutualistica.

Quali sono i maggiori motivi di doglianza denunciati più insistentemente negli ultimi tempi a questo proposito?

Si lamenta che l'istituzione delle nuove farmacie in rapporto al numero degli abitan-

ti non proceda con lo stesso ritmo dell'aumento della popolazione, sicché restano privi di farmacia per parecchio tempo molti quartieri periferici, specie nelle grandi città; e che vi siano ancora molti comuni rurali senza farmacia.

Si dolgono i farmacisti non titolari di farmacia della lunga, inutile attesa di potere conseguire la titolarità di una farmacia, sia perché il numero delle stesse è troppo limitato (dove l'insistente richiesta per una riduzione del *quorum* degli abitanti per ogni autorizzazione), sia perché i concorsi si svolgono disordinatamente, senza uniformità di criteri e con una lentezza esasperante.

Si dolgono a loro volta i farmacisti che hanno la titolarità di una farmacia, di non poterla trasferire liberamente ad altro farmacista, anche quando, logorati dal lungo lavoro e dagli anni, volentieri si ritirerebbero a vita privata, se potessero contare da una parte sulla pensione, e dall'altra sul realizzo del valore patrimoniale della propria azienda farmaceutica.

L'ex ministro della sanità Giardina credette di risolvere semplicisticamente tale situazione proponendo di ridurre il rapporto abitanti-farmacia da 5 mila a 3 mila: se il suo disegno di legge fosse stato approvato, si sarebbero inflazionati di farmacie i grandi centri urbani e si sarebbero rarefatte le farmacie nei paesi, con danno gravissimo all'espletamento del servizio farmaceutico.

L'impegno e la buona volontà della Commissione sanità della Camera portarono alla fine della passata legislatura all'approvazione di un nuovo testo, che contemperava esigenze e visioni diverse del problema, portando il *quorum* a 4 mila abitanti per i comuni con popolazione superiore a 30 mila abitanti e lasciandolo a 5 mila per i comuni con minore popolazione; disponendo lo svolgimento dei concorsi non solo per titoli, ma anche per esami; fissando la revisione della pianta organica ogni due anni (come da mia specifica proposta di legge), senza attendere il censimento decennale; introducendo una possibilità di trasferimento, anche se condizionata. A me sembra che una tale legge, alla cui elaborazione partecipai in sede di Comitato ristretto, integrata da migliori provvidenze per le farmacie rurali, possa avviare a soluzione i maggiori problemi delle farmacie italiane. Il presidente della XIV Commissione (Sanità) della Camera ha voluto ripresentarla con la sua firma; e i due relatori della Camera e del Senato ne hanno auspicato la pronta

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

approvazione. A tale auspicio noi ci associamo.

Non possiamo invece aderire all'invito di votare questo bilancio, per i gravi motivi di ordine generale che ho precedentemente esposto. (*Applausi a destra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Romano. Ne ha facoltà.

ROMANO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, intervenendo ancora una volta sul bilancio del Ministero della sanità non posso non rilevare che assumono particolare rilievo i limiti e il valore dell'attuale dibattito. Siamo alla vigilia, infatti, come ci auguriamo, di un ampio accordo di legislatura; ed appare quindi utile tracciare una sintesi efficace dei primi sei anni di politica sanitaria diretta dal Ministero.

In fondo questo compito non presenta particolari difficoltà, perché se vi è un settore dove sono tutti d'accordo nella diagnosi del male, è proprio quello della sanità. Tutte le relazioni degli anni passati e quelle di quest'anno (desidero aggiungere il mio profondo apprezzamento al relatore per la maggioranza Lattanzio ed anche ai relatori di minoranza Capua, De Lorenzo e Messinetti, per l'impegno e la passione profusi nell'espletamento della loro opera), tutti gli oratori intervenuti nella discussione dei vari bilanci e perfino i ministri che si sono succeduti alla guida del dicastero, sono stati d'accordo nel denunciare le ragioni di malessere dell'amministrazione sanitaria italiana. La stessa replica dell'onorevole Jervolino, svolta qualche giorno fa al Senato, non fa che ribadire come anche l'attuale ministro condivide nelle grandi linee le denunce dei mali che affliggono la sanità in Italia, venute da ogni parte del Senato e della Camera.

Divergenze — per altro più politiche che sostanziali — si manifestano invece sull'indirizzo da dare alla riforma. Uno dei punti di più vivo contrasto riguarda l'opportunità di statizzare o meno l'assistenza sanitaria. Ritengo però che il problema più attuale non sia quello della statizzazione; è mia opinione che, prima di configurare un tipo di riorganizzazione politica della sanità pubblica e dell'assistenza sanitaria, occorra chiarire bene ciò che si vuol fare sul piano tecnico e organizzativo. La prima esigenza, dunque, è che l'organizzazione sanitaria del nostro paese diventi finalmente una cosa seria ed efficiente.

Dobbiamo riconoscere, onorevoli colleghi (come del resto ha messo bene in evidenza l'onorevole Lattanzio), che l'articolo 32 della

Costituzione, e gli articoli 36, 37 e 38 con esso connessi, non sono stati attuati che in modo parziale e inadeguato allo spirito e alla lettera della norma.

Noi attraversiamo veramente una crisi tipica dei periodi di transizione. Nel dopoguerra la sanità è stata protagonista, anche per la spinta esercitata dai grandi movimenti politici, di un tumultuoso moto di rinnovamento. I progressi della scienza medica nell'ultimo decennio hanno forse superato o per lo meno eguagliato quelli realizzati in altri settori. Molti paesi hanno già risolto questa crisi di transizione tra una visione settoriale e limitata, e appunto per ciò superata, del problema sanitario e una visione moderna e ad ampio respiro della medicina applicata alle grandi masse: oggi parliamo di una sicurezza sociale su scala intercontinentale, anzi mondiale.

Per affrontare e risolvere questa crisi, tuttavia, non si tratta soltanto di disporre di adeguati mezzi finanziari, indubbiamente necessari, ma di per sé non sufficienti; si tratta, viceversa, di darsi un'organizzazione che guardi lontano, che risponda alle esigenze di una nuova e moderna impostazione di politica sanitaria. Basterà ricordare in proposito che una delle cause fondamentali per le quali il nostro paese non ha ancora risolto questa crisi — anche se la va faticosamente affrontando — è che la direzione della politica sanitaria, come stiamo denunciando da anni, non è affidata al Ministero della sanità, ma a ben 14 ministeri, i quali si dividono in misura molte volte del tutto autonoma e distaccata le competenze per la salute pubblica e l'assistenza sanitaria.

Sappiamo tutti che oltre mille miliardi vengono spesi in Italia ogni anno per la salute pubblica nei suoi vari aspetti. Ma, di questi, soltanto 58 miliardi sono assegnati al bilancio del Ministero della sanità, con un incremento di poco più di 2 miliardi rispetto al bilancio precedente; incremento — come ha rilevato lo stesso onorevole ministro — inferiore a quello registrato da tutti gli altri bilanci, inferiore anche all'incremento produttivo e perfino all'incremento della popolazione che si è avuto nel nostro paese. Viceversa, 400 miliardi sono spesi dagli enti mutualistici, di cui taluni sembrano addirittura uno Stato nello Stato; e 600 miliardi sono distribuiti nei bilanci di altri dicasteri.

In una simile situazione è evidente come non si possa parlare di impostare seriamente una politica sanitaria nel nostro paese, se non si manifesta finalmente una decisa vo-

lontà politica di ovviare a questa che è la stortura fondamentale e basilare della nostra organizzazione.

Dobbiamo dare atto a lei, signor ministro, degli sforzi compiuti allo scadere della passata legislatura, nei mesi scorsi, per cercare di risolvere questo problema. Ella stesso lealmente ha dichiarato che le resistenze maggiori si sono riscontrate presso il Ministero del lavoro e della previdenza sociale. Ma questo non è un problema di resistenze burocratiche, è un problema di scelte politiche, di volontà politica del Governo. È un problema che va risolto, una volta per tutte; altrimenti ripeteremo desolatamente ogni anno, come stiamo facendo, queste denunce, senza poter constatare che sia stato affrontato e risolto almeno detto problema, che non esige impegni finanziari, che non esige straordinari accorgimenti, ma soltanto la volontà politica di compiere una scelta che appare logica, essenziale, coerente.

Le strutture centrali e periferiche del Ministero della sanità sono quelle che sono. È inutile che io stia — anche per brevità — ad enumerare ed a ripetere le denunce che sono già state fatte di carenze e di disfunzioni, in ordine ai settori amministrati dal Ministero — dagli organismi periferici alle strutture centrali — in ordine all'igiene pubblica, all'educazione sanitaria, all'assistenza mutualistica in genere, all'organizzazione ospedaliera, a quella della condotta medica (che va aggiornata, ammodernata, trasformata), alla lotta contro le malattie sociali, ai settori importanti dei farmaci e delle farmacie; a quel punto fondamentale — del quale il Ministero della sanità non può disinteressarsi per gli aspetti che lo riguardano — della preparazione professionale dei medici e del personale infermieristico che opera al servizio della salute pubblica.

Vi è tutto da rivedere. Tuttavia non voglio essere catastrofico, non voglio certamente dire che tutto vada male; anzi, bisogna dare atto che, pur nelle attuali condizioni di estremo disagio, gli sforzi di coloro che hanno la responsabilità di presiedere nei diversi settori all'organizzazione sanitaria riescono a supplire come meglio è possibile alle gravi deficienze strutturali. Ma occorre ben riconoscere e riaffermare che si tratta di impostare *ex novo*, con una visione organica e moderna, il problema di una politica e di una organizzazione sanitaria.

Tra l'altro, va anche detto che non abbiamo saputo bene utilizzare il « miracolo economico ». Abbiamo investito, in sostanza, in-

genti capitali in beni utili, ma non strettamente indispensabili; mentre non ci siamo preoccupati di operare investimenti produttivi in quelli che sono i grandi consumi sociali, necessari, basilari, come la casa, la scuola, la sanità, la pubblica assistenza, la sicurezza sociale. Abbiamo così industrie meravigliose che producono sempre di più beni strumentali apprezzati anche sui mercati esteri, ma non abbiamo scuole in cui mandare i nostri bambini. Abbiamo investito in settori come quello delle autostrade (che nessuno nega siano cosa molto utile per il nostro paese), e non riusciamo a trovare fondi per costruire i circa 200 mila posti-letto ospedalieri che servirebbero a risolvere uno dei problemi fondamentali della pubblica salute.

Dobbiamo riconoscere che, in mancanza di un piano serio di programmazione, abbiamo fatto investimenti non opportunamente coordinati ed equilibrati; e quindi ne registriamo le conseguenze.

La difesa attiva della salute sul piano mondiale (mi riferisco alla politica delle Nazioni Unite, dell'Organizzazione mondiale della sanità, della F.A.O.) trova oggi il suo fulcro nella prevenzione attiva delle malattie, sia a livello individuale, sia a livello collettivo.

Il primo punto da sottolineare, dunque, è che la medicina preventiva rappresenta nel mondo moderno la chiave di volta per la lotta senza quartiere contro le malattie sociali e per la soluzione graduale dei problemi sanitari delle grandi masse. La medicina preventiva, che è un po' figlia dell'igiene, coordina tutte le branche della medicina, le stimola e le sollecita, affinché l'uomo sia preservato dalle malattie e possano durare più a lungo le sue condizioni di salute e le sue capacità lavorative. Questa medicina preventiva va dunque inquadrata nell'organizzazione esistente, attivandone le possibilità operative anzitutto in quell'elemento fondamentale che è l'ospedale.

Infatti l'Organizzazione mondiale della sanità così si pronuncia a questo proposito: « L'ospedale è parte integrante della organizzazione medica e sociale che ha la funzione di provvedere alla completa tutela delle popolazioni, allo scopo sia curativo sia preventivo. I suoi servizi esterni si estendono alla famiglia dell'ammalato per studiare l'ambiente in cui vive. L'ospedale deve essere un centro per la formazione di coloro che lavorano nel campo sanitario e per le ricerche biosociali ».

Ma se la medicina preventiva è l'elemento di volta della sicurezza sociale e se i suoi

compiti fondamentali sono affidati all'ospedale, è chiaro che l'ospedale svolge una funzione pubblica insostituibile, della quale lo Stato non può ulteriormente disinteressarsi (come è accaduto fino ad ora).

L'altro pilastro su cui deve operare una valida medicina preventiva è costituito dalla scuola. Per poter sviluppare un'organizzazione moderna di questo genere occorrono però mezzi finanziari adeguati. Nella situazione attuale bisogna riconoscere che questo non può essere fatto in breve volgere di tempo, ma è necessaria una prospettiva organica di lavoro, da realizzarsi in tempi successivi.

Nello stato in cui siamo, dobbiamo cominciare pertanto a stabilire taluni punti fermi per incamminarci verso una organizzazione sanitaria efficiente. Nel settore della medicina preventiva propriamente detta, occorre considerare in primo luogo l'importanza delle vaccinazioni, e soprattutto della vaccinazione contro la poliomielite. I primi entusiasmi dovuti alla vaccinazione con bacilli uccisi tipo Salk hanno ceduto il passo alla forza persuasiva delle statistiche. Queste dimostrano, purtroppo, che la poliomielite, lungi dall'essere domata, è una malattia sociale ancora assai preoccupante in Italia: e ciò sia per ragioni inerenti ad una mancata vigilanza da parte di molti genitori che non fanno vaccinare i loro bambini, sia per l'efficacia limitata di questo tipo di vaccino che è praticato attualmente nel nostro paese, dove il più sicuro vaccino Sabin non è stato ancora introdotto.

Un altro punto, sul quale si è intrattenuto il collega Barberi, riguarda la prevenzione antitubercolare. Anche questa è una materia molto delicata, sulla quale molte volte si è discusso e si è polemizzato. Sento il dovere di richiamare comunque all'attenzione dell'onorevole ministro della sanità — anche per l'autorevolezza stessa dell'onorevole Barberi, illustre clinico pediatra — quanto quest'ultimo ha fatto presente in Parlamento.

Un secondo aspetto nel campo della medicina preventiva riguarda il potenziamento dell'O.N.M.I.

Io non posso che ricordare quello che ho già detto in Commissione e quello che è stato ripetuto nei giorni scorsi in Commissione bilancio, allorché abbiamo discusso ed approvato l'erogazione straordinaria di 6 miliardi a favore dell'O.N.M.I. Non solo nessuno di noi disconosce il valore fondamentale di questa istituzione, ma tutti siamo animati dal proposito di vederne potenziate le attrezzature e i mezzi, per porla in condizioni di efficiente funzionamento.

D'altro canto, dobbiamo anche riaffermare che l'O.N.M.I. va riveduta nelle sue strutture, va democratizzata, va resa efficiente, va controllata e guidata con una concezione diversa da quella che fino a questo momento ha presieduto alla sua attività. Non potremo in avvenire concedere ulteriori contributi a scatola chiusa a questo organismo, se non avremo sufficienti garanzie sul suo funzionamento.

Un altro settore che va curato, onorevole ministro, e per il quale non si è fatto molto, è quello della medicina scolastica. Il decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, rappresenta indubbiamente un passo in avanti. Quel decreto suggerisce ed individua compiti per i comuni: ma, a mio avviso, lo Stato deve assumere dirette e più vaste responsabilità, se vogliamo veramente attuare la medicina preventiva al livello delle fondamenta della vita, come essa va attuata in rapporto all'educazione sanitaria, alla personalità del bambino, al suo sviluppo psicosomatico, all'igiene ambientale e personale. Sono tutti elementi che vanno curati col massimo impegno, perché se saranno valutati opportunamente, se lo Stato se ne interesserà a fondo, si potrà prevenire in avvenire molte malattie dei bambini.

Anche per quanto riguarda gli ospedali desidero dire qualcosa. È evidente che in primo piano si pone il problema della ricettività e, quindi, dell'edilizia ospedaliera. Mi riferirò soltanto all'indagine compiuta dal Ministero della sanità in data 15 aprile 1962. Secondo questa indagine la disponibilità dei posti letto risultava in Italia così suddivisa: al nord 123.177, per un quoziente pari al 5,46 per mille; al centro 46.510, pari ad un quoziente del 5,4 per mille; nel sud e nelle isole 46.451, pari ad un quoziente del 2,5 per mille. È chiaro dunque che dobbiamo non soltanto colmare il *deficit* in senso assoluto di posti letto, ma sanare l'enorme sperequazione esistente fra il nord, il centro, il Mezzogiorno e le isole.

Ricordo che nella sua pregevolissima relazione sul bilancio di un precedente esercizio, l'onorevole Sorgi faceva un'osservazione molto acuta a questo proposito. Richiamandosi infatti agli interventi, non del Ministero della sanità, ma del Ministero dei lavori pubblici (e qui ricadiamo nel solito inconveniente!) in materia di nuove costruzioni ospedaliere, aveva rilevato che si costruiva maggiormente proprio in quelle regioni dove il *deficit* di posti letto era meno rilevante; ed aveva anche osservato che attraverso questa costruzione indiscriminata e non coordinata si è arrivati alla

brillante conclusione che lo squilibrio esistente tra l'Italia meridionale e il resto del paese è ancora aumentato rispetto all'anteguerra. È evidente che situazioni di questo genere, che sono documentate negli atti parlamentari, vanno affrontate in sede di coordinamento da parte del Ministero della sanità.

L'onorevole ministro, parlando al Senato alcuni giorni fa, chiedeva 140 mila nuovi posti-letto per raggiungere la quota del 6 per mille, tenendo conto anche delle lunghe degenze e delle convalescenze.

Desidero ricordare che il disegno di legge n. 2291, presentato al Senato il 16 novembre 1962 dal ministro Sullo, prevedeva un piano decennale per la costruzione di 205 mila posti-letto, così suddivisi: acuti 70 mila, lungodegenti e convalescenti 90 mila, mentali 45 mila. Evidentemente vi è una certa discordanza di valutazioni e di dati, e sarebbe bene che si facesse un po' di luce, in modo da essere almeno d'accordo sulle cifre. Comunque, ritengo che i 205 mila posti-letto previsti in quel disegno di legge (che poi non fu approvato, e di cui comunque non condividevo l'impostazione), tenendo conto del periodo decennale e dei fattori di incremento proiettati nel tempo, non costituiscano un numero elevato.

Il costo base di un letto per acuti, ivi compresa però l'incidenza delle attrezzature e dell'arredamento, secondo un calcolo che si può fare facilmente, si aggira oggi sui 5 milioni di lire. Questo dicono i tecnici, tenendo conto dell'aumento dei costi. Si tratta di un calcolo indicativo, in cui, ripeto, si tiene conto delle spese per l'arredamento e per le attrezzature, elementi che sono molto importanti. L'onorevole ministro sa infatti che a Napoli è stato costruito con i fondi della precedente legge speciale un grande, modernissimo ospedale per le malattie infettive, che è costato oltre 1 miliardo di lire; ma sa anche che mancano 3-400 milioni per l'arredamento e le attrezzature. Purtroppo, mentre il vecchio ospedale Cotugno ha avuto di recente due padiglioni inutilizzati per il crollo dei soffitti, il nuovo ospedale non può entrare in funzione, perché non si sa come reperire i circa 400 milioni necessari per il suo arredamento e le sue attrezzature!

Calcolando quindi anche il costo dell'arredamento e delle attrezzature, per 200 mila posti-letto, in un periodo non decennale, ma quinquennale (perché in questo campo ci vorrebbe davvero un impegno più massiccio ed immediato), occorrerebbero circa 680 miliardi.

Il disegno di legge Sullo aveva un'articolazione singolare: intendeva far fronte agli

oneri per il previsto periodo di 10 anni con la vendita di aree demaniali e con contributi dei comuni e delle province; il tutto attraverso un meccanismo farraginoso, che non era certamente atto a raggiungere lo scopo.

Se l'ospedale è al centro della vita sanitaria nazionale, come lo è; se l'ospedale è uno strumento insostituibile della politica della salute del paese, e quindi della produttività, del benessere di tutti i cittadini; lo Stato non può ulteriormente disinteressarsene. Questo Stato, che spende centinaia di miliardi per autostrade e per altre cose non così vitali ed urgenti come la difesa della salute pubblica, non può non attuare un piano quinquennale per 200 mila nuovi posti-letto ospedalieri, assumendo direttamente sul bilancio gli oneri occorrenti per risolvere finalmente il problema degli ospedali, almeno in ordine alla ricettività, in tutto il paese, e segnatamente nelle zone più depresse del Mezzogiorno e delle isole.

Altri provvedimenti che si rendono necessari per gli ospedali sono già stati ripetutamente prospettati e dibattuti; ma desidero lo stesso ricordarli rapidamente.

Anzitutto è evidente la necessità di un serio coordinamento su base regionale della rete ospedaliera nazionale, includendovi anche gli ospedali attualmente gestiti dall'I.N.P.S. e dall'« Inail », per ovvie ragioni di visione organica del problema, sotto la diretta responsabilità e il controllo unico del Ministero della sanità. In secondo luogo, si impone la democratizzazione delle amministrazioni ospedaliere, rendendole elettive ad opera dei consigli provinciali e comunali, con l'inclusione di una rappresentante dei lavoratori, di un rappresentante del Ministero e di un rappresentante degli enti mutualistici. In terzo luogo, è indispensabile ormai l'assunzione di dirette responsabilità da parte dello Stato per le necessarie integrazioni dei bilanci ospedalieri, dato il carattere sociale di pubblico servizio degli ospedali.

Il convegno degli assessori alla sanità delle regioni a statuto speciale, cui si richiamava poc'anzi l'onorevole Scarpa, tra le altre proposte formulate per la soluzione del problema ospedaliero, ha riconosciuto che si rende ormai indispensabile stabilire la inefficacia delle rette come strumento di finanziamento per la gestione degli ospedali, e sostituirle con un sistema organico di intervento, conseguente alla già affermata caratteristica di pubblico servizio. Non starò qui ora a richiedere provvedimenti immediati per l'abolizione della retta e la sua sostituzione con un intervento da

parte dello Stato: ma quando si sollecita l'intervento dello Stato almeno per sanare le gravissime situazioni che ieri ha denunciato il nostro compagno onorevole Bemporad in materia di pagamenti arretrati delle rette da parte dell'« Inam », quando si sollecita l'intervento dello Stato per l'integrazione dei bilanci di istituti che non hanno finalità speculative, ma svolgono un servizio pubblico fondamentale, mi pare che ciò sia il minimo che si possa decentemente chiedere a uno Stato e a un Governo democratici.

Altri provvedimenti ormai indifferibili riguardano la realizzazione di una dignitosa carriera stabile, fino al sessantacinquesimo anno di età, per gli aiuti e gli assistenti ospedalieri, come già in atto per i primari; ciò per dare tranquillità al personale sanitario dei nostri ospedali, sul piano del lavoro e su quello del trattamento economico e di quiescenza. Questo è un problema fondamentale, da risolvere subito, se vogliamo veramente affrontare il problema ospedaliero in tutti i suoi aspetti.

Siamo altresì favorevoli all'attuazione del pieno impiego per tutto il personale medico ospedaliero, con erogazione parallela di un trattamento economico adeguato, sulla base di quanto già realizzato in altre nazioni europee, e con adeguamento del trattamento di quiescenza a quello corrisposto almeno ai dipendenti degli enti locali.

Un altro punto che proponiamo all'attenzione e alla meditazione di tutti i colleghi è quello dell'istituzione dell'internato obbligatorio biennale negli ospedali per tutti i laureati in medicina. Ma non l'internato così come si era venuto snaturando in quella famosa proposta di legge ospedaliera elaborata dalla XIV Commissione della Camera nei mesi scorsi: l'internato biennale obbligatorio negli ospedali ha valore in quanto sia veramente obbligatorio per accedere alla carriera ospedaliera e per immettersi nella professione mutualistica.

Da ogni parte si lamenta il decadimento culturale e anche morale dell'esercizio professionale; ma ciò è dovuto al fatto che non si vuol vedere il problema, esaminando a fondo le conseguenze che comporta l'attuale nostra organizzazione sanitaria e mutualistica. I giovani medici che escono dalle università hanno un bagaglio limitato di conoscenze, per le difficoltà relative all'insegnamento in rapporto ai mezzi e alle strutture della nostra organizzazione universitaria. Alle carenze con le quali questi giovani si affacciano alla vita professionale si aggiunge l'errore insito

nel nostro sistema mutualistico, di non considerare il medico e il malato come due elementi di un rapporto fiduciario umano indistruttibile, ma di considerare viceversa il medico come strumento burocratico dell'assistenza e il malato come una cartella, un numero, un oggetto economico di questa assistenza.

Fino al momento in cui non rivaluteremo queste posizioni, noi non realizzeremo un sistema efficiente di sicurezza sociale. Gli elementi umani insostituibili dall'assistenza sanitaria sono soprattutto legati al rapporto stretto di fiducia intercorrente tra l'ammalato ed il medico: l'istituto mutualistico distrugge questo rapporto, riduce il medico ad una sorta di *travet* costretto a camminare (come si diceva in un nostro convegno) con una specie di cartucciera nella quale custodisce i vari tipi di moduli mutualistici e a svolgere soprattutto un lavoro burocratico, che quasi annulla e squalifica la sua opera professionale.

I giovani laureati diventano non dei medici, ma appunto dei poveri *travet*, che devono andare in giro facendo un certo numero di visite soprattutto per riempire dei moduli, privi del tempo necessario per approfondire l'esame clinico-diagnostico, e costretti perciò a ricorrere con sempre maggiore frequenza al ricovero in ospedale (cosicché il carico finanziario delle mutue finisce anche per questo aspetto per essere maggiore di quel che potrebbe essere). Di questo passo, fra 10 o 15 anni non avremo più medici clinicamente qualificati.

Come riparare a questo stato di cose preoccupante, che non riguarda soltanto il Ministero della pubblica istruzione e quello della sanità, ma tutto il paese? Innanzitutto, modificando il sistema di funzionamento delle mutue, nel senso di rivalutare i valori umani, che vanno messi nel loro giusto e fondamentale rilievo; poi costringendo i giovani laureati a fare dopo la laurea l'internato obbligatorio negli ospedali — la migliore palestra — naturalmente dietro remunerazione. A questo tirocinio darei soprattutto importanza, più che all'esame di Stato che, come tutti sappiamo, non significa niente. Negli ospedali il medico non solo si forma, ma riceve quelle impressioni soggettive che potranno indirizzarne le scelte professionali ulteriori (quanti sbandati invece immessi nella ricettazione — non nella professione — finiscono per non sapere poi essi stessi per quale strada camminare!).

Il problema dell'assistenza sanitaria mutualistica esige quindi una riforma profonda.

Ma non possiamo e non vogliamo qui trattarne diffusamente. Ci limitiamo per prima cosa a dire che va attribuita al Ministero della sanità, evidentemente, la competenza in merito alla direzione tecnica della politica assistenziale di tutta la mutualità.

Occorre poi prospettare e proporsi, come primo passo per arrivare ad una riforma dell'assistenza sanitaria in regime di sicurezza sociale, l'unificazione della normativa e delle erogazioni economiche per tutti gli enti mutualistici. Non intendo con ciò — sia ben chiaro — l'unificazione degli enti: qui dobbiamo restare con i piedi per terra, per ragioni ovvie. Parlo, ripeto, della unificazione della normativa e delle erogazioni economiche per tutti gli enti mutualistici. Ragioni multiple suggeriscono ciò; mi sia consentito dirne una sola, una ragione umana: non si può accettare ulteriormente che la stessa malattia sia oggetto di diverso trattamento a seconda che il lavoratore sia iscritto alla Coltivatori diretti, o all'« Inam » o all'« Enpas », ecc. Questo è un principio di equità e di moralità sociale che dobbiamo una buona volta affermare.

E io penso che con un po' di buona volontà — d'altra parte, pare siano in corso trattative in tal senso presso il Ministero del lavoro con la Federazione nazionale degli ordini dei medici — questo primo punto, che è punto di partenza per una revisione obiettiva della funzionalità dell'intero sistema, per assicurare una migliore efficienza ed anche una notevole economia di mezzi che ora si disperdono in misura ingente senza raggiungere gli scopi che ci proponiamo di raggiungere, possa essere realizzato nei prossimi mesi. Per conto nostro, siamo su queste posizioni e ci batteremo perché esse vengano accettate.

Prima di concludere il mio intervento, accennerò soltanto a qualche argomento che è stato già sollevato da molti colleghi di vari gruppi politici. Così richiamo la cortese attenzione dell'onorevole ministro e degli organi tecnici del Ministero sul settore importantissimo della lotta ai tumori.

Mi pare che la questione sia stata sollevata soprattutto dal senatore D'Errico, con la sua specifica competenza, nell'altro ramo del Parlamento; egli ha chiesto che nella lotta contro i tumori si faccia quanto è stato fatto per la lotta contro la tubercolosi. Purtroppo sappiamo tutti quali sono gli aspetti ben dolorosi assunti da queste malattie anche nel nostro paese: esse, unitamente alle malattie nervose e a quelle cardio-vascolari, fanno registrare gli indici più alti di mortalità. Alla lotta contro i tumori va data un'impostazione

nuova. Siamo in tema di riforma di strutture vere e proprie; e speriamo che questo argomento possa essere messo all'ordine del giorno del paese e del Parlamento al più presto.

Un altro settore che richiamo all'attenzione del Governo è quello della medicina di recupero. Abbiamo parlato della medicina preventiva e della medicina curativa, che trovano il loro cardine fondamentale nell'ospedale e nel sistema (che va rinnovato) della medicina mutualistica. Parliamo ora della medicina di recupero, in ordine alla quale mi pare che lo Stato sia troppo poco presente. Gli sforzi che sono stati compiuti si sono limitati a settori, ed alla erogazione di contributi. Invece ritengo che sia anche questo un campo in cui lo Stato deve assumere una funzione pilota. Si tratta di un compito sociale che riveste un'estrema importanza, sia per quanto riguarda gli invalidi civili, ex poliomielitici, discinetici, sia per quanto riguarda i minorati in genere che vanno accolti, protetti, reinseriti nella società, e, se si tratta di bambini, immessi in un sistema differenziale di scuola. Anche questo è un campo dal quale il Ministero della sanità non può più a lungo estraniarsi.

Un richiamo desidero fare infine circa il settore della produzione farmaceutica. Mi pare che parlare di nazionalizzazione di questo settore sia quanto meno azzardato. Per altro, desidero dichiarare che a nostro avviso il settore della produzione farmaceutica va decisamente moralizzato e disciplinato. Egualmente va disciplinato secondo una concezione più liberale — nel senso più ampio del termine — il settore della concessione di farmacie, perché (anche se non è il caso in questo momento di approfondire il discorso) gli inconvenienti dell'attuale sistema sono veramente numerosi. (*Commenti*).

Un'ultima parola desidero dire per quanto riguarda la nuova direzione dell'igiene alimentare e della nutrizione, istituita di recente presso il Ministero della sanità. Il Ministero ha presentato e il Parlamento ha approvato alcuni provvedimenti in ordine alla lotta contro le frodi alimentari. Ma vi è un punto sul quale vorrei richiamare l'attenzione di questa nuova direzione e del ministro: mi riferisco al latte, che ricorrentemente, per altro con una certa assiduità, occupa le pagine dei nostri quotidiani, di recente soprattutto a Roma, ma anche in altre città, per esempio a Napoli. Il latte ha formato oggetto di vari provvedimenti in quest'ultimo periodo di tempo. È stato ribadito il divieto di additivi di con-

servazione di qualsiasi genere. Nuove norme sono state dettate per il trasporto. Non so fino a che punto tali provvedimenti siano stati coordinati tra loro e, soprattutto, fino a che punto abbiano tenuto presenti le necessità di alcune grandi città italiane, tra cui soprattutto Roma. Sta di fatto che la produzione del latte in Italia non è attualmente distribuita uniformemente (e forse non lo sarà mai); sicché è necessario che specie nei periodi di scarsa produzione, e cioè nei mesi più caldi, forti quantitativi di latte vengano trasportati per distanze rilevanti. Roma, in particolare, è soggetta a questa necessità.

I provvedimenti sopra ricordati hanno colto di sorpresa l'industria dei trasporti, che non è stata in grado di assicurare il trasporto del prodotto con sicurezza di buona conservazione.

Il problema al quale mi riferisco è soprattutto quello degli additivi e merita una attenta considerazione. I tecnici potranno essere più precisi al riguardo. Sembra però che esistano additivi di conservazione perfettamente innocui (*Segni di assenso del Presidente della Commissione De Maria*), che il procedimento di pastorizzazione elimina completamente. All'estero ne è consentito l'uso. È evidente dunque la necessità di coordinare meglio i vari elementi della questione, con il fine ultimo di assicurare l'approvvigionamento del latte alle città che hanno bisogno di importarlo da località molto distanti e di evitare anche che vengano usati dai produttori conservativi sconosciuti e nocivi.

Roma attualmente ha una carenza di latte che può calcolarsi intorno ai 100 mila litri giornalieri. Bisogna decidersi ad eliminare le difficoltà che sono la causa principale di tali inconvenienti.

Qual è la situazione delle vaccherie? Mi si riferisce che il bacillo della tubercolosi è presente quasi in ogni partita di latte conferita alle centrali, e che molte volte la carica batterica è enorme. Non vi è prodotto meglio tutelato dalla legge — sulla carta — del latte, sia nella produzione, sia nel trasporto, sia nella lavorazione. Ma allora perché questi risultati? Mi consta che molte vaccherie dell'agro in provincia di Roma non sono visitate dai veterinari da decine di anni, onorevole ministro! Non è proprio possibile costringere i servizi veterinari e gli uffici di igiene ad una maggiore vigilanza?

A questo proposito, non si può non convenire che nel settore del latte è emersa, ancora più grave che in altri settori, l'assenza degli uffici sanitari centrali e periferici. Se manca

latte alimentare e se dilaga la speculazione dei cosiddetti latti speciali — che sono invece latti sgrassati al 50 per cento, pur costando di più — ciò si deve esclusivamente alla non osservanza di leggi sanitarie fondamentali e alla mancanza totale di vigilanza perché venga rispettata tutta la legge, senza di che le frodi alimentari e le sofisticazioni trovano un terreno fertilissimo.

Perché non viene fatto osservare dagli ufficiali sanitari l'articolo 13 della legge 16 giugno 1938, che reca le norme per l'impianto ed il funzionamento delle centrali del latte? Gli ufficiali sanitari, attraverso il controllo quotidiano degli stabilimenti di produzione di latti speciali, fatto anche con personale distaccato in permanenza, dovrebbero rilevare la provenienza di questo latte e quindi accertarsi che è stato acquistato tramite la centrale locale, che nello spirito della legge è garante della sua perfetta idoneità igienica.

Il problema, onorevole ministro, tra poco interesserà tutte le città italiane, perché gli speculatori privati, fatti forti dei successi di Roma e di Napoli, impianteranno industrie in tutte le nostre province.

Chi dà la licenza a questi signori? Il fatto interessa oggi Roma e Napoli in maniera particolare. Al ricevimento della centrale del latte di Roma si sono presentate autocisterne provenienti dal nord con autorizzazioni regolari e dettagliate degli uffici sanitari locali, che per la loro regolarità ed autorità avrebbero oltrepassato qualsiasi frontiera, mentre il prodotto lasciava a desiderare, sì che è stato posto sotto sequestro da parte delle autorità sanitarie romane. Nessun provvedimento è stato preso, mentre le centrali sono state messe sotto inchiesta dalle autorità e dall'opinione pubblica.

Ha mai pensato il Ministero della sanità a nominare una commissione d'inchiesta, che esamini gli organici di tutti gli uffici comunali, allo scopo di accertare se il personale sanitario di ruolo è sufficiente per tutelare la salute pubblica di città che hanno milioni di abitanti, come Roma e Napoli, e di evitare che la inosservanza totale della legge, sia pure per mancanza di personale, crei un terreno fertilissimo perché germogli la più totale disonestà, a danno della salute e degli interessi economici di tutti i cittadini?

Gli interventi pubblici nel settore debbono essere attentamente vagliati, al fine di coordinarli tra loro e con i fattori economici. È recente un provvedimento del comitato prezzi di Roma che determina il prezzo del latte intero. Ma sono fiorenti un'industria ed un

commercio di latti speciali, che hanno un valore nutritivo ed intrinseco molto inferiore a quello del latte intero: questi latti non sono soggetti ad una disciplina, con la inevitabile conseguenza pratica che le centrali, dovendo pagare alla produzione il prezzo C.I.P., ed essendo d'altra parte obbligate in rapporto al prezzo di vendita al minuto, non sono in grado di sostenere la concorrenza degli industriali del latte speciale, e quindi trovano difficile l'approvvigionarsi di latte nei periodi di scarsa produzione. Ne consegue che viene praticamente imposto ai cittadini il consumo di un latte « migliorato » perché il latte intero non è disponibile.

È quindi urgente che intervenga il C.I.P. per fissare i prezzi del latte speciale su base nazionale, soprattutto per le gravi conseguenze sanitarie derivanti da un eccessivo uso di latte « migliorato » nei confronti di quello intero. I comitati provinciali dei prezzi potevano almeno porre sotto controllo i prezzi dei latti speciali, fissandoli allo stesso costo dei latti alimentari; mentre dovrebbero costare di meno, essendo venduto a prezzo elevato il grasso che viene sottratto per rendere speciale il latte « migliorato ».

Ad esempio, a Roma si è riunita prima la commissione tecnica consultiva del comitato provinciale prezzi, in un clima di grande attesa. Occorreva una decisione simile ad un « decreto catenaccio », con la quale si fissasse il prezzo dei latti speciali allo stesso livello dei latti alimentari. La commissione invece, tra lo stupore di tutti, ha dato l'impressione di voler rinviare ogni cosa, disponendo un'istruttoria preliminare sui costi di produzione di ogni singola industria. Con questi sistemi, si arriverà a fine novembre, quando sarà cessato quel periodo stagionale di mancanza naturale del latte, che ha consentito ai produttori privati del latte « migliorato » enormi guadagni.

Il gruppo socialdemocratico chiede la più severa vigilanza sulla applicazione di tutte le norme vigenti; e la interrogherà, onorevole ministro, ogni qualvolta la negligenza degli uffici sanitari metterà in pericolo la salute pubblica, a tutto favore degli speculatori.

Infine mi corre l'obbligo di suggerire che il Ministero della sanità intervenga nell'assegnazione dei contributi che gravano sul bilancio dell'agricoltura a favore della produzione, perché venga data la precedenza alle forme di sostegno decisamente necessarie per il sorgere di fiorenti allevamenti attorno alle città: e anzitutto ai contributi per l'acquisto di vasche di refrigerazione a favore dei piccoli e medi produttori, soprattutto nei luoghi

dove, essendo delimitata dal prefetto la zona di pertinenza della centrale, esiste l'obbligo per la centrale di acquistare tutto il latte.

Il Ministero della sanità deve essere presente nei comitati degli ispettorati provinciali dell'agricoltura, perché i fondi siano indirizzati alla eliminazione della tubercolosi dagli allevamenti, studiando la maniera di risarcire il produttore che avrà l'ordine di eliminare le bestie malate. Si ha invece l'impressione che i fondi siano indirizzati non verso la piccola e media produzione, ma verso la grande produzione, che può anche farne a meno.

Queste sono le osservazioni — dopo quanto già è stato detto dal collega onorevole Bemporad — che il gruppo socialdemocratico ha avuto l'onore, onorevole ministro, di rappresentare al Governo. Da queste osservazioni, sia pure rapide e soltanto indicative per la limitazione del tempo a disposizione, emergono i nostri indirizzi per le prime soluzioni da dare al problema sanitario nazionale. Tali soluzioni hanno bisogno di notevoli mezzi finanziari; ma occorre soprattutto che siano compiute finalmente (sulla scorta di tutte le varie indicazioni pervenute attraverso sei anni di dibattito, sulla scorta del contributo prezioso di tutti i gruppi e delle esperienze fatte negli altri paesi e nel nostro dai ministri della sanità) scelte responsabili di politica sanitaria, valide ad assicurare il progresso, la salute ed il benessere a tutto il popolo italiano.

Queste scelte responsabili non possono essere fatte con mentalità retriva, da quei gruppi e da quegli uomini che sono legati alla difesa di interessi e privilegi antichi, alla conservazione dello *status quo*, all'immobilismo deteriore che in questo campo si è tradotto sino ad ora nella manifesta volontà di non dare struttura seria, contenuto, validità, efficienza al Ministero della sanità. Queste scelte vanno fatte nel quadro della spinta costruttiva e dinamica fondata su una nuova sensibilità umana, sociale e politica, che il prossimo Governo di centro-sinistra, come ci auguriamo, potrà e saprà realizzare, nell'interesse del paese. (*Applausi — Congratulazioni*).

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare l'onorevole Sorgi. Poiché non è presente, s'intende che abbia rinunciato.

È iscritta a parlare la onorevole Maria Vittoria Mezza. Ne ha facoltà.

**MEZZA MARIA VITTORIA.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, al gruppo socialista appare conveniente richiamare una più diffusa attenzione del Governo su un problema che, pur nella sua specificità — si tratta del funzionamento della Croce rossa italiana — è per

noi sintomatico dei difetti di fondo che viziano lo svolgimento e lo sviluppo d'una moderna politica della salute pubblica nel nostro paese.

Già i senatori socialisti a palazzo Madama, discutendosi questo stesso bilancio, hanno esaurientemente espresso la linea generale del pensiero di entrambe le rappresentanze parlamentari del partito socialista italiano. In precedenza il senatore Alberti, presidente della Commissione igiene e sanità del Senato, aveva manifestato, in una intervista resa al quotidiano *Avanti!*, alcune consistenti critiche in ordine all'assoluta inadeguatezza, per qualità e per quantità, dei servizi sanitari a disposizione dei cittadini, anche se in Italia è stato di fatto compiuto il trapasso da un tipo di assistenza caritativa a un tipo di assistenza mutualistica. Ma invece di scendere da osservazioni generali a problemi specifici, voglio seguire la via contraria, per dedurre da fatti assai concreti e precisi alcune proposte aventi anche una validità che va oltre il problema che mi accingo a trattare.

Non è la prima volta che la situazione della Croce rossa italiana viene richiamata all'attenzione del Ministero della sanità e del Governo; né possiamo dimenticare le ricorrenti segnalazioni e denunce della stampa di ogni parte. È anche accaduto (e ciò è assai spiacevole) che, facendo leva sulla considerazione di cui gode nel paese tale ente morale per le sue origini, per le sue tradizioni, per le sue nobili finalità, per essere stato protagonista di vicende legate al sentimento di ogni italiano, è accaduto che si siano comodamente respinte le critiche, accampando che non si doveva dire male di Garibaldi o si sia taciuto, senza preoccuparsi di tener conto di rilievi in grandissima parte giusti e pertinenti. È questo, secondo noi, il sistema peggiore per preservare e per salvaguardare tutto quanto ci è caro.

Ed è per preservare e salvaguardare la precisa funzione e le nobili finalità di questo ente centenario, per evitarne lo scadimento anche nella considerazione pubblica — come sta purtroppo da un po' di tempo accadendo — che io vorrei formulare qui alcune osservazioni con l'augurio che esse, insieme con le proposte che le accompagneranno, non restino lettera morta.

L'attività della Croce rossa italiana — si dice da più parti — è tutt'altro che soddisfacente e si può dire che non passi giorno senza che il cittadino che deve ricorrere ai suoi servizi non avanzi lamentele e critiche. Le cronache sono piene di episodi quanto meno

sconcertanti e indicativi, che hanno sollevato e sollevano proteste fondate e serie, tali da minare decisamente il prestigio dell'ente e con esso quello dello Stato.

Voglio limitarmi a ricordare uno degli episodi più recenti a testimonianza di uno stato di pericolosa inefficienza che non è casuale ed episodico, ma attiene all'errato indirizzo e quindi all'errata impostazione generale dell'attività dell'ente. Mi riferisco all'episodio di ritardato soccorso (né il primo né il solo) di cui rischiò di rimanere vittima nel marzo scorso la madre del dottor Antonio Lojacono, sostituto procuratore della Repubblica del tribunale di Roma. Come è noto, nel corso di un intervento dentistico, la signora Angelica Lojacono, mentre il medico le stava trapanando un dente, riportò una lesione all'arteria sottolinguale. Fu trasportata subito all'ospedale di Santo Spirito, dove le vennero praticate le prime cure e medicazioni. Occorreva tuttavia suturare l'arteria lacerata e per questa delicata operazione purtroppo l'ospedale di Santo Spirito non è attrezzato. I sanitari decisero perciò che si sarebbe dovuto trasferire di urgenza la paziente al San Camillo, dove esiste una clinica otorinolaringoiatrica in grado di provvedere alle esigenze del caso. Alle 14,10 del 13 marzo 1963, una impiegata dell'ospedale telefonò all'autoparco della Croce rossa per chiedere l'invio di una ambulanza. Seguirono altre tre chiamate per sottolineare l'urgenza del caso. L'ultima telefonata fu fatta alle ore 15 e solo a questo punto l'impiegato della Croce rossa addetto al telefono dell'autoparco rassicurò l'ospedale affermando che l'ambulanza era già partita. Il mezzo arrivò a San Camillo un'ora e un quarto dopo la prima telefonata, quando, in seguito ad emorragia, si era già formato intorno alla glottide della signora Lojacono un pericoloso ematoma. Bastavano pochissimi minuti — a detta dei medici — e la signora sarebbe morta. È anche noto che successivamente il figlio della signora, il magistrato Lojacono, inviò un esposto all'autorità giudiziaria, chiedendo che fosse fatta luce sulle responsabilità. Ed è noto pure che la Croce rossa si è difesa assai male e in maniera insufficiente cercando di addossare la responsabilità all'ospedale di Santo Spirito. Ma ciò che a me interessa, al di là della vicenda, è di individuare le origini di questo e di altri episodi che evidentemente non sono catalogabili soltanto sotto l'etichetta di un banale disservizio o della fatalità o della casualità.

Che cos'è, in sostanza, che non funziona nella Croce rossa italiana? Bisogna, per comprenderlo, rifarsi all'impostazione generale

dell'amministrazione dell'ente per discendere poi alle conseguenze del tipo dianzi descritto e ad altre ancora più gravi.

È stato reso noto che la Croce rossa italiana presenta all'approvazione dei ministeri del tesoro e della sanità non il bilancio dell'intera associazione ma solo quello del comitato centrale, che opera a Roma. Ciò significa, in altre parole, che viene sottratto al controllo statale tutto il movimento economico e finanziario degli oltre novanta comitati provinciali e dei circa trecento comitati periferici dell'ente.

Giova ricordare che le fonti di entrata di tali organismi periferici sono costituite da contributi delle amministrazioni locali (regioni, province, comuni) o dello Stato. In vari esercizi, ad esempio, il Ministero della sanità ha erogato parecchi milioni ai comitati di Napoli, Milano, Torino, Palermo e di altre città.

Altri contributi vengono corrisposti ai comitati locali da quello centrale, senza che però di queste somme, stanziata solamente in uscita, sia possibile effettuare un controllo di merito circa il loro impiego una volta arrivate a destinazione.

Vi sono poi le entrate rappresentate da corrispettivi di prestazioni e di servizi svolti dai comitati e sottocomitati periferici a favore dei predetti enti locali o di altri enti di diritto pubblico (convenzioni ospedaliere, trasporto di infermi poveri a carico di comuni, e così via). Vi sono poi i proventi della raccolta della carta da macero, assegnata nazionalmente alla Croce rossa italiana come fonte di finanziamento in base all'articolo 7 del regio decreto-legge 12 febbraio 1930, n. 84, rinnovato con successivi decreti quinquennali. Vanno tenuti presenti, infine, gli incassi per prestazioni e servizi resi a privati, per lasciti e varie.

È evidente che le citate fonti di entrata, salvo queste ultime, provenendo direttamente dallo Stato o da suoi organi, dovrebbero essere assoggettate a controllo statale di merito e di legittimità in ordine al loro impiego. Ciò non avviene perché il comitato centrale della Croce rossa italiana non recepisce nel suo bilancio i bilanci inviati per l'approvazione dai comitati e sottocomitati periferici e pertanto lo Stato viene a conoscenza di una situazione incompleta, dalla quale sono completamente assenti i dati inerenti ai ben quattrocento bilanci periferici, sui quali vige una specie di regime di autocontrollo esclusivo esercitato dal comitato centrale.

Tutto questo si configura, a nostro parere, come una sottrazione alle garanzie dal controllo statale; non solo, ma anche sul piano pratico, se non si voglia dire altro, è sistema

foriero di grave caos amministrativo. Valga questo esempio: recentemente il Ministero del tesoro, allo scopo di poter determinare in quale misura sarà a carico dello Stato il presunto maggior onere derivante dall'applicazione di un regolamento organico del personale in via di approvazione, ha richiesto al comitato centrale la situazione economico-finanziaria dell'ente sul piano nazionale, cioè in pratica la somma aritmetica del bilancio del comitato centrale e di quelli periferici.

Il comitato centrale ha replicato di essere in grado di fornire la richiesta situazione limitatamente al comitato centrale stesso ed alle unità direttamente amministrate, cioè le sole unità o servizi nei quali si compendia territorialmente l'attività dello stesso comitato. Quali possono essere le conseguenze di una simile politica se non, nella migliore delle ipotesi, il disordine e l'inefficienza?

L'urgenza di unificare il bilancio della Croce rossa italiana è palese, senza che ciò comporti per i ministeri della sanità e del tesoro alcun ulteriore esborso di fondi per la periferia, così come si è mostrato di temere. Una tale eventuale preoccupazione, qualche volta ventilata, può infatti essere fugata da un ampio esame degli attuali notevoli immobilizzi patrimoniali contenuti nel bilancio del comitato centrale, dislocati in tutta Italia ed ora valutati per importi irrisori. Un investimento, previa smobilitazione di questi capitali, consentirebbe una efficiente ristrutturazione della gestione dell'ente, che avesse esclusivamente come fine la pubblica utilità, senza ulteriori oneri a carico dello Stato; oneri di cui attualmente beneficia il comitato centrale senza alcuno sforzo di utilizzazione dei propri mezzi e delle proprie attività potenziali, esigendo, per di più, l'iniziativa dei privati ai quali vengono appaltate attività notevolmente remunerative, come il servizio del tesseramento sociale, il servizio delle marche chiodilettera e, addirittura, il servizio del soccorso stradale.

Quali sono le ragioni della Croce rossa italiana a difesa di una gestione quanto meno assurda e irrazionale, che provoca danni agli utenti dei suoi servizi e ai lavoratori alle sue dipendenze, che sono pagati a seconda delle disponibilità dei bilanci locali e che attendono da oltre trent'anni un organico del personale?

Tali ragioni vengono tratte dall'interpretazione, a parer nostro, tirata per i capelli dell'articolo 22 dello statuto, il quale prevede per i comitati periferici « una autonomia amministrativa per la propria gestione secondo

le norme del regolamento di amministrazione e di contabilità»; regolamento — si noti — non approvato come prescritto dalle norme statutarie e, ciò che più conta, non diramato a quegli organi periferici che sono tenuti a conformarsi ad esso.

Voglio appena sottolineare come l'assurdo dell'impostazione di carattere federativo data al complesso degli enti balzi ancora più chiaro se si osservi che i comitati provinciali, i sottocomitati e i relativi organi collegiali non hanno alcuna personalità giuridica. Ripeto che la conseguenza più lieve di tale stato di cose non può non essere il disordine, l'assenza di un qualsiasi coordinamento efficace fra centro e periferia e quindi di direttive unitarie capaci di esaltare la efficacia della funzione dell'ente. Quanto alle differenziazioni di trattamento economico e giuridico e di inquadramento del personale, esse sono state più volte portate all'attenzione degli organi competenti e della pubblica opinione da frequenti agitazioni dei dipendenti della Croce rossa italiana che, lo ripeto, da ben trent'anni attendono un regolamento organico, solo ora presentato all'approvazione, che mi auguro sia sollecita.

Un'altra conseguenza assai grave di questa strana concezione dell'autonomia è la non unicità di organizzazione dei servizi anche sotto il profilo sanitario, con annessa disparità delle relative tariffe. Parecchi utenti hanno reiteratamente protestato contro le alte tariffe, mentre la qualità e la quantità delle prestazioni che la Croce rossa italiana è chiamata a svolgere su tutto il territorio nazionale, specialmente in ordine al trasporto di infermi, feriti ed infortunati, soffre acutamente della carenza di una visione unitaria della gestione di servizi così delicati ed importanti, tanto da caratterizzare in bene o in male la fisionomia stessa di uno Stato. Da qui gli episodi Lojacono, che non sono frutto di fatalità o di errori individuali ma di gravi pecche di un sistema e pertanto presentano il rischio di riprodursi all'infinito, con grave danno dei cittadini, privati delle necessarie garanzie in un settore cui tutti gli Stati moderni rivolgono particolari cure.

Il presidente della Commissione igiene e sanità del Senato ha rilevato giustamente l'importanza del soccorso stradale nel nostro tempo, parlando efficacemente degli incidenti stradali come di una epidemia artificiale che va combattuta non con pappine calde sulla classica gamba di legno, ma con una precisa politica.

Orbene, noi tutti riceviamo ogni quindici giorni un diligente bollettino dell'Istituto italiano di medicina del traffico che ci informa dei problemi connessi agli incidenti stradali, alla loro prevenzione, ai controlli, ecc. Su questo istituto, sulla sua funzione, sui suoi legami, ricordo che nella passata legislatura furono presentate alcune interrogazioni, tre delle quali dai colleghi socialisti onorevoli Mancini, Comandini e Foa. Infatti, che cosa è l'Istituto italiano per la medicina del traffico? Semplicemente una società per azioni che ha ricevuto in appalto il soccorso stradale; fatto assai noto questo, del resto, per essere stato denunciato a più riprese negli ultimi mesi dalla stampa quotidiana e periodica di ogni tendenza.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Sa che il senatore Alberti ha proposto l'assegnazione di 500 milioni alla Croce rossa per il pronto soccorso?

MEZZA MARIA VITTORIA. Mi è noto. Su questo volevo fare il punto.

L'Istituto italiano per la medicina del traffico gode di assegnazioni di fondi statali in virtù di una strana convenzione che prevede le funzioni del pronto soccorso stradale alle seguenti condizioni: la Croce rossa italiana fornisce personale, automezzi, attrezzature, impianti, radio, carburante, gomme, spese generali, oltre a un contributo di cento milioni l'anno alla predetta società, la quale dal canto suo è compartecipe, immettendo una non meglio qualificata esperienza tecnica, nonché l'elaborazione di rilevazioni statistiche, effettuate però da personale della Croce rossa italiana. La società per azioni percepisce inoltre anche il 50 per cento dei proventi di contributi, stanziamenti, donazioni che ministeri, enti e privati elargiscono a questo sodalizio. Dal canto suo, però, l'Istituto di medicina del traffico — bisogna sottolinearlo — incassa interamente in proprio il totale dei proventi delle visite mediche per le revisioni delle patenti di guida in seguito ad incidenti stradali, cioè ben 6 mila lire per visita; visite verbalizzate da un ufficiale medico della Croce rossa; revisioni che inspiegabilmente (e a questo si riferiscono le interrogazioni alle quali mi richiamavo) non vengono più effettuate dal Ministero dei trasporti, per essere state da questo affidate alla società in questione.

SCARPA. Prima le visite costavano 500 lire!

MEZZA MARIA VITTORIA. Ma non è tutto. Nel soccorso stradale che la Croce rossa, come si è visto, effettua con i propri mezzi (ed anche con l'etichetta dell'Istituto di medicina

del traffico, come dimostrano le diciture impresse su certi mezzi di soccorso) su alcune principali strade italiane, viene impiegato un particolare tipo di personale che è stato militarizzato dall'associazione (anche questa è una questione arcinota per le molte segnalazioni che sono state fatte al riguardo), che porta le stellette e guadagna 125 lire l'ora, con turni di lavoro veramente paradossali.

Ciò è reso possibile dalla permanenza in vigore della legge n. 484 del 1936, che all'articolo 1 prevede che la Croce rossa, per il funzionamento dei suoi servizi del tempo di pace e del tempo di guerra, arruoli un proprio personale direttivo (ufficiali) e di assistenza (sottufficiali e truppa) che costituisce un corpo speciale volontario delle forze armate dello Stato.

In una situazione di compiti istituzionali radicalmente mutata, l'interpretazione e l'applicazione di questa legge in che si risolvono concretamente? A parere nostro, purtroppo, in una immissione sul mercato di manodopera a basso costo. Del resto, i circa 700 militari della Croce rossa attualmente non svolgono davvero, come recita la legge richiamata, « compiti ausiliari delle forze armate », dato che queste ultime, fino a prova contraria, non sono investite dello svolgimento dell'assistenza ospedaliera.

Ricordo che anche su questa questione, che appare quanto meno sconcertante, furono presentate qualche tempo fa interrogazioni alla Camera, ma non ci risulta che fin qui la situazione sia mutata.

La condizione di lavoro di questo gruppo di persone è palesemente irregolare e mi pare rispondente ad elementari criteri di democrazia moderna chiedere il superamento di tale stato anomalo e anticostituzionale, con la smobilitazione e il passaggio a un rapporto di impiego civile per questi lavoratori, fermo restando il principio dell'ammissibilità di un certo numero di elementi militari con esclusiva funzione di aggiornamento e preparazione di quadri di impiego in caso di calamità.

Il concorrere e il convergere di tutte queste situazioni conduce, a mio parere, ad una inesorabile perdita di prestigio della Croce rossa italiana, anche se considero, nell'ossequio doveroso a passate benemeritenze dell'ente, assai meno importante ciò che non le conseguenze reali e concrete che si abbattano, in seguito a tale stato di cose, sulla politica sanitaria italiana e su uno dei fondamentali diritti del cittadino.

Mi appare, ad esempio, enorme e non concepibile in un paese che aspiri ad una moder-

na civiltà l'appalto a privati interessi di un settore che ogni giorno cresce d'importanza, e purtroppo, di drammatica importanza, come il settore del soccorso stradale. Su di esso non deve aleggiare mai neppure l'ombra del dubbio che il privato interesse sacrifichi quello pubblico, soprattutto quando, come in questo caso, l'interesse pubblico ha il volto della sofferenza, della morte e della sciagura.

La convenzione fra Croce rossa e Istituto di medicina del traffico deve essere riconsiderata dal Governo alla luce dell'interesse della collettività, che non può essere soddisfatto proseguendo nel sistema dell'appalto di un delicatissimo servizio che richiede la responsabilità di organi pienamente controllati dallo Stato. Non si tratta soltanto di schematiche prese di posizione alla luce della questione di principio, si tratta soprattutto del contenuto e delle conseguenze di questo principio che si risolverà in maggiore efficienza dei servizi e, quindi, in maggiore fiducia nella pubblica amministrazione.

Noi siamo d'accordo, onorevole De Maria, per quanto riguarda l'erogazione dei fondi ad un settore tanto importante e tanto delicato. Tuttavia ella deve comprendere che noi non possiamo concedere che si attui il soccorso stradale attraverso la convenzione oggi in vigore fra la Croce rossa e un istituto a carattere privato. Noi chiediamo quindi, proprio perché questo servizio oggi va assumendo sempre maggiore importanza, che sia possibile su di esso, sui fondi che ad esso vanno attribuiti, e questo va giustamente sottolineato, il massimo controllo da parte dello Stato.

Per riassumere, pertanto, le proposte del gruppo socialista, che d'altro canto noi abbiamo voluto sintetizzare in Commissione in un ordine del giorno, chiedo che il Governo studi il problema dell'unificazione dei bilanci della Croce rossa italiana in un bilancio unico nazionale che possa essere pienamente controllato dallo Stato, come prescrivono le vigenti disposizioni in materia di enti sovvenzionati dallo Stato.

Chiedo altresì all'onorevole ministro se il Governo ritenga utile e conveniente al pubblico interesse il permanere dell'attuale consociazione fra un ente pubblico e una società privata per mezzo di una convenzione che prevede per la società privata la compartecipazione al 50 per cento degli utili ma non delle spese.

Su tale problema caldamente raccomando una chiara risposta, sottolineando l'inammissibilità della situazione in atto, anche in con-

nessione con la condizione del personale militarizzato della Croce rossa italiana, attualmente impiegato, in buona sostanza, in funzione di ausiliario non delle forze armate, ma degli interessi di una società privata. Voglio ricordare che si tratta di un servizio prettamente civile, e, per altro, svolto in passato solo da personale civile.

Infine, raccomando all'attenzione dell'onorevole ministro l'iter dello schema di regolamento organico per il personale della Croce rossa italiana presentato all'approvazione degli organi competenti, per ridurre ad unità e a normalità amministrativa una situazione che ha suscitato più volte la legittima protesta degli interessati in seguito alle notevoli discriminazioni di trattamento fra il personale della Croce rossa italiana dei vari sottocomitati e comitati provinciali operate dal comitato centrale, valorizzando pretese autonomie delle sedi periferiche, risolvendosi in realtà in disordine e in inefficienza dei servizi.

A parere del gruppo socialista è solo operando in tale senso che la Croce rossa italiana può ristrutturarsi come elemento importante di una moderna politica sanitaria in uno Stato moderno. Al di fuori di questo severo e giusto riesame l'associazione centenaria, ricca di ricordi gloriosi, ha di fronte a sé soltanto la triste decadenza e la fine in una politica di piccolo cabotaggio fra pubblici e privati interessi.

Noi per primi vogliamo impedirlo per salvaguardare il ricco patrimonio tradizionale della Croce rossa italiana. Non solamente, ma anche per fare in modo che essa si ponga come elemento importante di una efficiente politica sanitaria nel nostro paese. (*Applausi a sinistra*).

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare l'onorevole Fada. Ne ha facoltà.

**FADA.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, vorrei mi fosse innanzitutto consentito di esprimere anch'io al collega onorevole Lattanzio il cordiale apprezzamento per la sua relazione, documentata, obiettiva, di ampio respiro prospettico ed originale, perché in tema di sanità, con tutto quanto si è detto e scritto, è forse più facile fare qualcosa di nuovo che dire qualcosa di nuovo.

Un dibattito costruttivo sul bilancio di un Ministero penso, onorevoli colleghi, che non possa né debba ridursi alla semplice considerazione di cifre e di aspetti economici entro cui si svolgerà l'azione del Governo fra l'alba di un luglio ed il tramonto del giugno successivo, ma assuma un reale significato e

porti ad una conclusione proficua solo se riesce ad inquadrare il contingente in una moderna delineaazione della politica sanitaria.

Ciò appare tanto più vero e necessario quando solo si consideri ciò che è già stato rilevato, che il settore di attività in esame, con i suoi 58 miliardi circa di competenza, non rappresenta in definitiva che una piccola parte dei circa mille miliardi che la comunità eroga per spese sanitarie, cosicché forse più che deficienza globale di spesa s'avverte una grave carenza di direzione, di controllo, di coordinamento, di razionalità ed efficienza dei servizi.

I limiti di tempo, la vastità e la complessità dei problemi sul tappeto non ne consentono, evidentemente, un esame dettagliato anche se superficiale, per cui il mio contributo si limita al tentativo di individuare ed esporre qualche essenziale linea direttrice che dimostri come in definitiva i molteplici aspetti che rivestono oggi le esigenze sanitarie del paese rientrano in certe determinate questioni di carattere generale, direi in certi problemi di scelta politica che sono fondamentali per costruire una moderna politica sanitaria.

È opportuno non dimenticare mai che una politica sanitaria degna di questo nome non può farsi in base alla semplice risultante di una valutazione tecnica quantitativa e qualitativa, ma prende vita solo da una precisa scelta politica, suffragata a dovizia sul piano tecnico, che tenda fundamentalmente a realizzare nelle forme più razionali e opportune, attraverso l'*optimum* di salute, il concreto ed effettivo miglioramento delle condizioni di vita di tutti i cittadini.

Le recenti inchieste giornalistiche sulla crisi del sistema ospedaliero, i dolorosi episodi di ammalati non accettati in ospedali per mancanza di posti-letto, i ripetuti scioperi dei medici, lo scandalo dei medicinali, la sofisticazione delle sostanze alimentari e soprattutto il fatto che la protezione sanitaria mutualistica si estende ormai a quasi tutta la popolazione, sono tutti elementi che hanno contribuito in misura rilevante a quell'acuta presa di coscienza dell'opinione pubblica di fronte ai problemi sanitari e della sicurezza sociale, senza per altro dimenticare — per dirla con Domenach — che « quando si parla di salute si ritrova il clima comune a tutte le cose che riguardano la vita e la morte, a tutte quelle che riguardano il potere d'un uomo su un altro uomo. Diventano tutti attori quando si parla di medicina! ».

Nulla di peggio, tuttavia, che essere attori superficiali, pronti a criticare, suggerire

o intervenire, in una materia tanto delicata e complessa, con altri ritocchi o aggiustamenti che, nell'assenza di un fondato e preciso indirizzo riformatore generale e d'una chiara e approfondita conoscenza dei singoli problemi, finirebbero con l'aggravare ulteriormente un sistema che senza dubbio è inadeguato alla moderna dinamica di sviluppo sociale, tanto diversa per situazioni e problemi da quella di ieri.

Non senza amarezza, guardando alla nostra politica sanitaria e previdenziale, si osserva che, nonostante in meno di un secolo si sia rapidamente passati dalla fase della beneficenza pubblica a quella dell'assistenza legale, e quindi dell'assicurazione sociale, e ci si sia avvicinati a grandi passi, in questi ultimi anni, attraverso l'impegno di circa il 15 per cento del reddito nazionale, a quella della sicurezza sociale, nessuno è soddisfatto dell'attuale stato di cose.

Non sono soddisfatti, almeno in una certa misura, gli assistiti, poiché nonostante milioni di uomini abbiano potuto affrancarsi dalla piaga di certe malattie sociali, infettive e contagiose e non debbano oggi guardare alla più lieve infermità come ad una delle maggiori tragedie che possano colpire l'esistenza loro o delle loro famiglie, l'eccessiva burocratizzazione, la spersonalizzazione della prestazione medica, certe inconcepibili limitazioni e sprequazioni di trattamento, gli inutili andirivieni da Erode a Pilato, non hanno ancora permesso di distruggere definitivamente la loro radicata presunzione che la medicina sia l'arte di curare i benestanti e di dire ai poveri come dovrebbero curarsi se fossero benestanti.

Non sono soddisfatti gli enti mutualistici, perché ogni più ampia previsione di spesa alla resa dei conti risulta sempre largamente superata, per tutta una serie di sprechi ed abusi che il sistema è impotente a prevenire e o ad arginare. Non sono soddisfatti gli amministratori degli ospedali perché, nonostante la ricerca di mille espedienti e la diuturna lotta con gli enti mutualistici sui problemi dei pagamenti e delle rette, non riescono a far quadrare i bilanci. Non sono soddisfatti gli imprenditori, che denunciano ripetutamente l'alta incidenza degli oneri sociali sui costi di produzione, dipendente da un pesante, irrazionale ed inefficiente sistema di esazione dei contributi e di erogazione delle prestazioni.

Soprattutto, sono insoddisfatti i medici, tutti i medici, per una lunga serie di valide ragioni, al cui fondo comunque sembra scorgersi l'avversione verso l'ingiustificata inter-

posizione tra medico e malato del cosiddetto « terzo pagante », anche se a ben riflettere questo terzo v'è sempre stato, pur chiamandosi « possibilità economica del malato ». Forse per dovere d'obiettività, anche se con cocente senso di delusione e di responsabilità, resta da dire che gli unici sostanzialmente soddisfatti sono gli industriali farmaceutici e buona parte dei proprietari di farmacie!

Questa generale insoddisfazione è la dimostrazione più evidente che il sistema è in profonda crisi, che necessita urgentemente d'un radicale intervento, ma fondato su un'esalta discriminazione degli elementi validi del sistema da quelli superati o addirittura deleteri.

Di fronte all'attuale stato di cose si può capire la diffusa nostalgia per la vecchia figura del medico di famiglia, amico e consigliere dei suoi assistiti; questa figura non ha perso nulla del suo fascino umano, ma certo non corrisponde più alla moderna realtà dei rapporti sociali ed a quanto, pur tra tante insufficienze ed errori, la mutualità ha costruito di nuovo e di profondamente valido. Ma soprattutto non si deve dimenticare che la medicina stessa, con i suoi immensi e rapidi progressi, con il necessario lavoro di *équipe* e con la sua vasta strumentazione tecnica, è mutata sia sul piano applicativo sia su quello delle prospettive d'azione. Un tempo l'azione del medico, per la maggior parte dei malati, finiva per esaurirsi nell'intervenire a riparare i danni spesso irrimediabili provocati da una condanna sociale per il reato di miseria, di disoccupazione, d'insufficiente e irrazionale alimentazione e di abitazione malsana; oggi fortunatamente tutto ciò è in via di superamento.

Si va affermando il concetto, e sotto il profilo sanitario e sotto il profilo economico, che è molto meglio prevenire che curare, cosicché l'azione del medico moderno non può non concentrarsi a fondo in un armonico lavoro d'*équipe*, anche sul mondo fisico e biologico in cui l'uomo moderno vive e cioè sulle condizioni ambientali in cui nascono e si sviluppano le malattie, e nella direzione di grandi masse come aspetto medico-sociale di *dépistage* precoce e di idoneo trattamento di malattie appena manifestate per impedirne la cronicizzazione e la traduzione in invalidità.

È questa la socializzazione della medicina, la spersonalizzazione della prestazione sanitaria, la fine della « libera professione »? Non credo, se si riflette su una acuta osservazione di monsignor De Menasce, che « il professionista è schiavo se pone la sua opera al servizio

di un privato, ma è libero se esercita la sua opera al servizio del bene comune ».

Ed esercitare la propria opera nel quadro di un bene comune non vuole evidentemente dire spersonalizzare la prestazione, demolire il necessario rapporto di fiducia medico-malato. Nel quadro di una medicina preventiva, anche il medico privato dovrà acquistare sempre maggior importanza, man mano che le malattie croniche e degenerative si sostituiranno per importanza di diffusione alle malattie infettive acute. I metodi di prevenzione di massa, quali la vaccinazione, che nel passato hanno avuto tanta efficacia, non possono essere applicati con lo stesso risultato contro le malattie degenerative. Le misure preventive contro il cancro, le cardiopatie, il diabete, le malattie mentali, gli squilibri psicofisici della pubertà, ecc., si possono applicare solo su base prevalentemente individuale, per cui ci si rende conto come la figura del medico dovrà rappresentare ancora più in avvenire la chiave di volta di un'efficace e moderna medicina preventiva. Direi di più, che si sarebbe fuori della realtà se si pensasse che non solo la medicina preventiva ma tutta una valida politica sanitaria potessero essere realizzate non dico contro, ma al di fuori e senza un diretto intervento e un diretto impegno della classe sanitaria, che nella sua parte migliore sente profondamente tuttora di esercitare una professione che nel suo misterioso potere sulla vita e sulla morte non può avvilitarsi nell'angustia di un semplice rapporto contrattuale, ma deve necessariamente illuminarsi di una luce che non ha nessun bisogno, onorevole Scarpa, di essere ricercata in concezioni sacerdotali o laiche del medico, ma molto più semplicemente e concretamente nell'umanità di una missione.

Questo moderno orientamento della medicina non solo ha permeato finora il sistema sanitario della protezione sociale soltanto con le sue esperienze più infelici, ma è stato altrettanto infelicemente costretto ad inserirsi in una struttura tecnico-legislativa del paese assolutamente inadeguata e superata. Si prenda ad esempio una delle istituzioni sanitarie che ha più salde radici nella nostra tradizione: la condotta medica e ostetrica.

Gli amministratori degli enti locali ne reclamano la soppressione, i medici e le ostetriche la difendono a spada tratta. Un esame sereno e obiettivo ci dimostra comunque che, se non è assolutamente concepibile che si possa tenere in piedi così come è un istituto ideato per esigenze di più di settant'anni fa, per altro l'istituto può essere tuttora valido a

giustificare pienamente gli oneri che gli enti locali devono sostenere, qualora lo si aggiorni, lo si potenzi strutturalmente e lo si inquadri in una specifica azione di medicina preventiva i cui elementi essenziali si possono identificare nel servizio medico scolastico, nel servizio medico sportivo, nel servizio di prevenzione delle malattie sociali ed in un'azione di educazione igienico-sanitaria e di assistenza sanitaria e sociale.

Certo, onorevoli relatori di minoranza del gruppo liberale, un moderno aggiornamento della condotta non si fa con la retorica delle sentinelle avanzate o affermando *sic et simpliciter* che le richieste di soppressione delle condotte avanzate dagli enti locali « mascherano con motivi di opportunità di bilancio provvedimenti nati dalla faziosità », quando tutta una vasta realtà dimostra il contrario; o guardando dall'alto d'una certa presunzione quelli che voi definite « improvvisatori della politica e dell'assistenza », solo perché, non improvvisando relazioni ma cercando di penetrare con metodo e con pazienza la varia e complessa realtà del paese, giungono a conclusioni diverse dalle vostre.

Basti un accenno alla legislazione tuttora vigente in tema di malattie mentali che prevede, per legittima difesa della società, l'isolamento più che la cura, la condanna definitiva più che il tentativo di recupero, non tenendo in alcun conto i progressi scientifici, terapeutici, assistenziali e sociali della psichiatria.

Ma questa situazione di arretratezza tecnico-legislativa appare in tutta evidenza se si esamina quello che è il cardine effettivo e reale d'ogni assetto sanitario di un paese: l'ospedale. Siamo sostanzialmente ancora alla legge del 1890, nonostante ci sia stato di mezzo nel frattempo un fatto rivoluzionario come la mutualità, senza contare tutti gli altri fattori socio-economici e l'aumento vertiginoso degli indici di frequenza di ricovero ospedaliero.

Qualche superficiale osservatore giornalistico o televisivo sembra attribuire la crisi ospedaliera quasi esclusivamente alla mancanza di posti-letto e ritiene di conseguenza che tutto si possa risolvere con la costruzione dei posti-letto mancanti, in base alle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Nessuno dubita dell'importanza e della necessità dell'aumento e dell'ammodernamento dei posti-letto e del conseguente gravoso impegno finanziario, anche se vi è da dire subito che questo aumento deve essere inquadrato in una equilibrata programmazione tra regione e regione, tra provincia e provincia ed

anche nell'ambito di una stessa provincia; ma la crisi ospedaliera, onorevoli colleghi, risiede in ben altro!

È necessario innanzitutto rendersi conto — e provvedere di conseguenza — che la tradizione gloriosa della carità cristiana rappresentata dalle « opere pie » è ormai superata per quanto riguarda gli ospedali; l'ospedale non è più il luogo dove l'ammalato aggravato cerca un intervento estremo per non morire. Oggi l'ospedale è diventato il « centro della salute » e va necessariamente assumendo per attrezzatura tecnica, per numero di degenti, per organizzazione di gestione e per movimento finanziario, la fisionomia di una grande azienda, sia pure con finalità nobilissime e delicatissime.

Di fronte alla complessità e all'entità dei problemi che quotidianamente pone la gestione di un ospedale, specie in quest'epoca di rapido sviluppo, non si può assolutamente persistere a ritenere che l'amministrazione possa essere affidata a chi la svolge come attività secondaria e gratuita, senza per ciò stesso rinunciare ad avvalersi delle persone adatte, competenti, in grado di dedicarvi gran parte del loro tempo, come la situazione richiede, senza grave danno economico.

Il consiglio d'amministrazione dell'ospedale della mia città di Brescia, in questo dopoguerra, può essere additato come un nobile e generoso esempio: un gruppo di persone esperte ha dedicato all'ospedale molto del proprio tempo, pur non ottenendo il benché minimo indennizzo economico; e mi si permetta di ricordare fra tutti il collega ed amico dottor Francesco Montini. E questa senz'altro la principale ragione perché la crisi ospedaliera a Brescia non si è ancora fatta sentire, e possiamo disporre di uno dei migliori complessi ospedalieri d'Europa.

Ma dove questo non è possibile quale situazione si determina?

Chi volesse rendersene conto può leggere gli atti della commissione d'indagine del 1953 sugli ospedali riuniti di Roma, dove tra l'altro si rileva che un patrimonio immobiliare di 39 miliardi « ha dato fino a pochi anni addietro un reddito irrisorio, quando non si è chiuso in pura perdita ». Come pure ritengo che non si possa persistere nel considerare ospedali e mutue come controparti, quando in definitiva sono entrambi enti pubblici i cui interessi convergono, o dovrebbero convergere, verso l'erogazione della migliore assistenza al minimo costo.

L'efficienza tecnico-amministrativa non sta però solo negli uomini preposti ad am-

ministrare, ma presuppone anche la demolizione di tutte le inutili bardature che impacciano, frenano, condizionano, quando addirittura non bloccano la libertà di movimento delle amministrazioni ospedaliere come di tutti gli enti locali in Italia. È necessario rendere responsabile l'attività degli amministratori, concedendo loro la più ampia autonomia e limitando i necessari controlli all'essenziale. I troppi moduli e le troppe cartacce non esistono purtroppo solo negli enti mutualistici!

Ed eccoci al grave e complicato problema dei medici ospedalieri e del personale sanitario ausiliario. Non mi è evidentemente possibile entrare in dettagli, tuttavia una cosa deve esser detta con estrema chiarezza: Governo e forze politiche e parlamentari che lo sosterranno devono prendere un preciso impegno che il progetto di legge, che tende a riordinare organicamente tutto l'assetto giuridico del personale ospedaliero, sarà sollecitamente portato a conclusione, superando decisamente ogni ostacolo settoriale o corporativo che possa sorgere anche nel seno stesso della maggioranza.

È tempo che certi residui di feudalesimo, che tuttora persistono all'interno della classe medica, siano superati: l'aleatorietà della situazione degli assistenti e degli aiuti ospedalieri, il meccanismo dei concorsi che sanziona la divisione dell'Italia in signorie e principati medici, la compartecipazione percentuale ai compensi sanitari che corrisponde più ai criteri di regalia dei principi che ad una giusta retribuzione del lavoro, il limitato tempo ed impegno prestati in ospedale, specie da non pochi primari, che trasforma l'attività ospedaliera in una specie di dopolavoro con pesanti conseguenze sugli oneri e sugli indici di degenza, il preordinato dirottamento della clientela privata o comunque della casistica mutualistica meno impegnativa e quindi più redditizia verso case di cura private quando non addirittura in quota parte personali che finisce per assumere la figura di una vera e propria concorrenza sleale ed illecita e trasformare l'ospedale in una comodissima e personale succursale, tutte queste possono magari essere posizioni coerenti con vecchie, sorpassate concezioni dell'ospedale, ma sono assolutamente contrastanti con una moderna e democratica linea di politica sanitaria. È necessario ed urgente che tutti i medici, qualunque sia la posizione gerarchica, sentano consapevolmente e responsabilmente che ciò fa parte di un indirizzo organico, corrispondente alle nuove esigenze, quello stesso indirizzo organico che

postula l'inserimento dei grandi ospedali nella funzione didattica di qualificazione e di aggiornamento pratico dei giovani medici, e prevede un armonico collegamento tra ospedale e facoltà mediche universitarie.

Problemi tutti, quelli ospedalieri, che non potranno trovare un'ideale ed efficiente soluzione se non saranno visti ed inquadrati in un moderno concetto di programmazione, che non è, ne può essere, mortificazione di energie individuali o periferiche, ma deve essere potenziamento di tutte queste vitali energie in una visione organica, armonica, con precise finalità e prospettive, suffragate da una valutazione tecnica quantitativa e qualitativa della realtà, delle esigenze e delle priorità.

Vi è, infine, un altro problema il cui diritto di cittadinanza in questo dibattito sembra contestato, quasi fosse possibile discutere seriamente la politica sanitaria del paese facendo finta di non accorgersi che esiste una struttura che, per entità di prestazioni sanitarie erogate e per quantità di soggetti interessati, si pone nella moderna protezione sanitaria come uno dei fatti più rilevanti: il cosiddetto mutualismo di malattia; in ordine al quale si persiste colposamente o addirittura dolosamente nell'ignorare che l'attuale caos sanitario trova la sua prima, vera e fondamentale ragion d'essere nei compartimenti stagni che sono stati elevati e che hanno impedito e impediscono che sorga un preciso, razionale, efficiente ed unitario organo di direzione e controllo.

Vorrei premettere che il problema dell'elaborazione di una politica sanitaria mutualistica, aspetto di quella grande e fondamentale funzione dello Stato moderno che è la sicurezza sociale, non è, come ad alcuno appare o come qualche altro tende ad accreditare, un problema esclusivamente tecnico ed economico, ma è, come tutti i problemi umani, un problema pregiudizialmente politico.

Non è chi non veda come ogni sistema di protezione sanitaria affronti in definitiva i diritti dell'individuo come persona e quelli dello Stato, con tutte le conseguenti pratiche difficoltà di determinazione delle sfere d'influenza. Direi di più, che in pochi interventi dello Stato come in quello della protezione sanitaria si può notare una connessione viva, reale, immediata con quello che è e resta il problema fondamentale della lotta politico-sociale della nostra giovane democrazia: acquisire cioè alla costruzione dello Stato democratico il consenso e l'apporto delle classi popolari, gran parte delle quali continua pur-

troppo, psico-socialmente, a sentirsi straniera in patria.

Il nerbo vitale, direi l'essenza della dottrina politica della mia parte sta in un difficile equilibrio liberatore fra le due posizioni estreme del collettivismo comunista e dell'individualismo assoluto dell'ideologia liberale; equilibrio fondato sul primato della persona nel quadro del bene comune della società.

La medicina, scienza al servizio dell'uomo e della società, non sfugge a questa drammatica crisi moderna: da una parte con la psicologia, nel quadro della cultura generale, converge — spasmodicamente direi — sull'individuo nella sua integrale realtà unitaria psicosomatica; dall'altra tende a trasformare il malato in un caso, a considerarlo numero della massa, a concentrarsi sull'aspetto sociale della malattia, a identificare l'ammalato — per dirla col Beveridge — in un « assistito » dalla culla alla bara e, se potesse, anche nell'al di là.

Il problema fondamentale — dice bene l'onorevole Lattanzio — è quello di mantenere, di salvare assolutamente la medicina individuale, come colloquio e rapporto di fiducia medico-ammalato, come esame coscienzioso e umano dello stesso, come rapporto autonomo e responsabile medico-assistito anche nell'ambito della medicina sociale, assicurativa, mutualistica. Noi democratici cristiani siamo pregiudizialmente attaccati a certi principi che forse i colleghi del gruppo comunista condannano per difetto ed i liberali per eccesso!

Si tratta quindi di delimitare i confini della necessità di intervento della comunità nella protezione del rischio di malattia unitamente alle concrete possibilità di autonomia e quindi di responsabilità dei lavoratori in un determinato contesto socio-economico, al fine di introdurre nel sistema quell'elemento oggi assolutamente carente dell'economicità delle prestazioni attraverso l'eliminazione alla radice di tutti gli sperperi, gli sprechi, gli abusi ed anche le frodi.

Credo sia difficile contestare, al lume della esperienza italiana, ma anche di quella inglese, che la gratuità del servizio sanitario nazionale che sta tanto a cuore all'onorevole Scarpa, la possibilità illimitata di visite e di cure, si traduce inesorabilmente in un enorme dispendio e in un avvillimento della professione, con la conseguente inevitabile introduzione di una struttura autoritaria, fiscale, simile a quella della medicina militare.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. In Inghilterra partecipano.

FADA. Solo in alcuni settori.

Non vi è da nutrire molte illusioni sui risultati delle supplichevoli esortazioni o dell'educazione: gli uomini sono quello che sono, sia medici e farmacisti che assistiti, ed i sistemi devono presupporre la loro fallibilità e quindi predisporre strumenti automatici di correzione e di prevenzione degli inconvenienti.

La gestione dell'assistenza di malattia è d'altra parte estremamente complessa e variabile, sia in senso quantitativo sia qualitativo, proprio per l'enorme variabilità del bisogno di farsi visitare e di prendere medicine in rapporto alla variabilità delle nature e delle esigenze individuali. Si tratta di penetrare all'interno di questi bisogni e di queste esigenze e tentare, nei limiti del possibile, di discriminarli.

Ritengo si possa identificare una prima categoria di necessità prive di sostanziali differenze individuali e quindi, almeno entro certi limiti, uniformi per tutti i cittadini, costituenti quello che con terminologia profana ma espressiva, potrebbe dirsi un mercato uniforme, in grado cioè di beneficiare di determinati automatismi, facilmente controllabile, difficilmente produttore dispersioni e sprechi.

Settori della protezione sanitaria di questo tipo si possono sostanzialmente indicare: 1) nell'assistenza igienica generale e speciale; 2) nella prevenzione generale e speciale delle malattie infettive, delle malattie sociali e degli stati di predisposizione; ed inoltre nella rieducazione e nel recupero dei minorati ed invalidi; 3) nell'assistenza ospedaliera ai malati acuti, subacuti e cronici.

Un'altra categoria di necessità è invece tipicamente individuale, ha carattere variabile sia qualitativamente sia quantitativamente, e costituisce quello che potrebbe dirsi un mercato differenziato, la cui caratteristica, in mancanza di un'autonomia, di una iniziativa e di una responsabilità individuale, è di portare inesorabilmente ad un inutile spreco di costosi beni e servizi in relazione soprattutto al risultato ottenuto.

Settori della protezione sanitaria di questo tipo è possibile sostanzialmente indicare: 1) nell'assistenza sanitaria ambulatoriale e domiciliare; 2) nell'assistenza farmaceutica soprattutto.

Si badi che attualmente il costo dell'assistenza malattia ha raggiunto circa il 14 per cento di contributo sui salari; si è quindi arrivati ad una entità globale di contributi che sfiora quella delle pensioni. In nessun paese del mondo l'assicurazione di malattia co-

sta cifre del genere e non mi sembra che noi ci si possa ulteriormente permettere un tale lusso, specie se si fa un confronto dei nostri salari con quelli degli altri paesi. Si pone quindi il problema non certo facile: che fare?

Innanzitutto deve essere chiaro che indietro non si torna, non si può tornare, e quindi è fuori discussione l'accettazione in pieno dei postulati della sicurezza sociale, perché la protezione sanitaria con i principi della mutualità è una realtà che si pone e deve essere considerata come una grande conquista sociale, in perfetta armonia con il dettato costituzionale che riconosce il diritto alla tutela della salute (articolo 32).

Si tratta però di superare quella radicale opinione così diffusa, e non certo ingiustificata, tra medici, amministratori, assistiti e imprenditori, che al punto in cui sono giunte le cose non c'è più nulla da fare perché il sistema è irreversibile; si devono coalizzare tutte le forze e tra le prime quelle politico-parlamentari per ottenere una positiva evoluzione del sistema dall'interno.

Come pure mi sia permesso di dire che forze che si ritengono intelligenti è ora e tempo che escano da una mitologia infantilistica che si limita ad accettare o a respingere la realtà esclusivamente in base ad etichette ed a tabù, tipici dell'attuale dialettica politica, per calarsi nella realtà del paese e giudicare le cose per quello che sono e per quello che effettivamente dovrebbero essere; valutando il punto di partenza, tutte le difficoltà incontrate, senza evocare a piè sospinto i fantasmi delle streghe moderne dei monopoli e delle nazionalizzazioni con i quali tutto si spiega e tutto si risolve. Si può anche ammettere, ad esempio, che la dizione usata dal senatore Criscuoli: « Perché si possa perciò raggiungere il traguardo di una visione unitaria dell'assistenza bisognerebbe statizzarla come in Inghilterra », possa suonare come infelice a qualche timpano iperestetico.

Ma la minacciata reazione di scioperi addirittura europei non si sa se giudicarla più sotto il profilo del donchisciottismo che sotto quello di una infantile irresponsabilità. Si pretende forse di negare o di far credere che la quasi totalità delle prestazioni sanitarie oggi erogate in Italia — sia attraverso lo Stato, le province, i comuni, gli ospedali o tutta la vasta gamma dei vari enti pubblici o semi-pubblici di protezione e di prevenzione sanitaria — non è già sostanzialmente erogata in regime a strutturazione pubblicistica? O c'è davvero qualcuno che crede seriamente

che tutto il grave problema della sopravvivenza o meno della libera professione o dello scadimento qualitativo della professione sia in definitiva riducibile e condizionato al solo fatto che gli onorari sanitari vengano percepiti a notula, a ciclo od a *forfait* e da molteplici enti pubblici, ma pur sempre in regime a strutturazione sanitaria pubblicistica, piuttosto che a stipendio mensile da un solo ente pubblico? Sarebbe una ben strana e puerile difesa della libertà, dignità e autonomia professionale!

Evidentemente una soluzione globale e razionale non potrà nascere da schematismi pregiudiziali né dal terrore o dal feticismo dei tabù ideologici, ma solo guardando alla varia e complessa realtà del paese e del suo popolo.

Si deve iniziare col curare e guarire quell'organismo rachitico che — a detta di tutti — è l'attuale Ministero della sanità. La gelosissima burocrazia deve capire al più presto che se si doveva fare un ministero solo per la vecchia politica di prevenzione delle malattie infettive o, peggio, per la rappresentanza di questa o quella categoria sanitaria, si poteva benissimo farne a meno.

Se il Ministero si è fatto, lo si è fatto per qualche cosa di più importante ed essenziale: per ricondurre, cioè, ad un'unicità di indirizzo, di impulso e di sviluppo tutta l'area della sua naturale competenza, che va dalla difesa, al miglioramento, alla conservazione, alla cura ed al recupero della salute; perché si ponesse cioè quale grande strumento propulsore, organizzatore, orientatore, controllore di ciò che viene fatto e di ciò che dev'essere fatto in tema di salute.

Mi è gradito a questo proposito rivolgere una modesta parola di plauso e di incoraggiamento al ministro Jervolino per l'opera tenace che ha svolto e svolge in tal senso, purtroppo senza evidenti successi.

In questa sede penso che vada ribadito con forza, perché quanto meno siano chiare le responsabilità, che gli ostacoli frapposti dal Ministero del lavoro al passaggio di competenze e di funzioni non rientrano né potranno mai rientrare in una visione razionale ed organica di un'attività governativa efficiente. Ma realizzata quest'area di competenza globale del Ministero della sanità, esiste il problema di ristrutturare tutta l'organizzazione sanitaria del paese, che, in sede esecutiva e di attuazione, deve trovare nell'iniziativa e nell'autonomia degli enti intermedi — comuni, province, ospedali — la sua cellula vivificante, ma che per superare campanilismi

e squilibri e soprattutto la gerarchia dell'attrezzatura e dell'estensione degli ospedali, deve trovare nella regione la sua area idonea, l'efficiente e concreta cerniera di saldatura fra le grandi linee e le ampie esigenze delle leggiquadro dello Stato e le istanze più periferiche. La regione intesa quindi non come alcuni temono contraltare dello Stato o come altri temono elemento sostitutivo o limitativo delle essenziali competenze degli enti locali, ma come realistico elemento programmatore, coordinatore e propulsore in una visione più organica e aderente alla varia realtà economica, psicologica e sociale del paese.

È mia modesta opinione, onorevoli colleghi, che la costruzione di un razionale ed efficiente assetto sanitario del paese debba necessariamente fondarsi su due pilastri: la facoltà normativa ed attuativa delle regioni, attraverso gli enti locali, e una realistica discriminazione del tipo di prestazioni sanitarie in un armonico collegamento con un efficiente Ministero della sanità.

Nell'assetto sanitario regionale e nella discriminazione delle prestazioni potrà trovare una sua soluzione anche l'annosa questione della pluralità o della unicità degli istituti di assistenza malattia.

Quanto al tipo di prestazioni ci sembra evidente che le prestazioni sanitarie a livello ospedaliero, adeguatamente dilatate, e le prestazioni specialistiche ambulatoriali, rientrando nella categoria delle prestazioni per esigenze a cosiddetto mercato uniforme, cadono indiscutibilmente sotto la naturale e diretta competenza degli enti o dell'ente d'assicurazione malattia o della regione.

Problematica, a nostro modesto avviso, la questione delle prestazioni sanitarie generiche e soprattutto farmaceutiche: è meglio continuare nell'attuale gestione diretta? O passare più estesamente alla prestazione indiretta? O addirittura liberalizzare tutto il settore con conseguente trasferimento dei contributi versati a tale titolo a salario del singolo prestatore d'opera? Mi rendo perfettamente conto delle difficoltà e delle incertezze che un discorso di questo genere può incontrare nei settori sindacali e che in definitiva si tratta di una scelta politica: se la comunità cioè deve difendere tutti i rischi dei singoli o se la comunità deve limitarsi a prevenire e a difendere dai grandi e medi rischi lasciando al singolo la difesa dai piccolissimi rischi e conseguentemente la scelta tra quello che è il mercato sanitario e farmaceutico. Non si può tuttavia dimenticare, tra gli elementi che debbono guidare questa scelta, quel 14 per cento

di contributi sui salari accennato prima ed il fatto che l'assistenza farmaceutica incide per quasi la metà su tutte le spese sanitarie dell'« Inam ». Forse sarebbe saggio iniziare qualche esperimento nelle regioni a più alto reddito medio *pro capite*, al fine di trarne utili elementi per una definitiva decisione.

A conclusione di questo mio intervento, vorrei comunque richiamare a me e a tutti il pericolo che sta per incombere anche sulla nostra giovane democrazia: quello cioè di concentrarci sul prevalente obiettivo di uno Stato di benessere, di uno Stato che pensa e risolve tutto; senza una contemporanea prospettiva personale, umana, democratica; senza una tensione di responsabilità individuale, morale e ideale.

Il pericolo è apparso in tutta la sua evidenza anche stamane in aula, attraverso l'intervento dell'onorevole Scarpa, come già nella relazione di minoranza dell'onorevole Messinetti, per altro da apprezzarsi sotto altri punti di vista. Do senz'altro atto ai comunisti dell'abilità con cui sanno camuffarsi per penetrare in qualsiasi ambiente; è avvenuto un tempo nel mondo della cultura, sta avvenendo oggi nel mondo della sanità, al punto che si dice che, attraverso istituti con sigle più o meno complicate, siano riusciti a far affidare non solo relazioni in convegni organizzati dalle regioni a statuto speciale, ma addirittura dal Governo lo studio della programmazione ospedaliera, al dirigente e allo *staff* del settore sanità del partito comunista.

E l'onorevole Scarpa vorrebbe far passare, come ha fatto stamane, questi studi e le relative conclusioni come pensiero di forze e ambienti democratici!

Questa indubbia capacità di mimetizzazione, di penetrazione e di pressione del partito comunista che ogni regime democratico è costretto a consentire, così come le sue proposte di collettivizzazione, non risolvono comunque l'antitesi profonda del mondo moderno, perché non riescono a dar spazio e autonomia ad una prospettiva di responsabilità personale, umana, democratica; come dalla sponda opposta non si riesce a dar spazio alla prospettiva di giustizia e di potere delle classi popolari. Il senso della nostra sfida democratica al comunismo, anche sul terreno sanitario, non sta quindi nel solo impegno di realizzare noi ciò che essi richiedono di giusto, ma soprattutto nel salvare con la giustizia sociale anche la prospettiva reale di libertà da essi mortalmente insidiata.

È un problema che sta particolarmente a cuore a noi democratici cristiani; però non può, non deve stare a cuore solo a noi, ma a tutti coloro che, pur militando in campi opposti, hanno combattuto e credono nella fiamma vivificatrice e creatrice della libertà e della responsabilità personali giustamente finalizzate alla costruzione della giustizia sociale, del bene comune, d'una moderna società democratica e popolare. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato alla seduta pomeridiana.

**La seduta termina alle 13,55.**

---

**IL DIRETTORE DELL'UFFICIO DEI RESOCONTI**  
Dott. VITTORIO FALZONE

---

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI