

70.

SEDUTA POMERIDIANA DI MERCOLEDÌ 23 OTTOBRE 1963

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE RESTIVO

INDICE

	PAG.
Congedo	3641
Disegni di legge:	
(Autorizzazione di relazione orale) . . .	3641
(Approvazione in Commissione)	3678
(Deferimento a Commissione)	3672, 3677
(Presentazione)	3672
(Trasmissione dal Senato)	3677
Disegno di legge (Seguito della discussione):	
Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964 (611-611-bis)	3642
PRESIDENTE	3642
FORNALE	3642
DE LORENZO	3645
CAVALLARI	3655
PERINELLI	3661
BIGNARDI	3665
BERLINGUER MARIO	3670
SPINELLA	3673
Proposte di legge:	
(Annunzio)	3641
(Deferimento a Commissione)	3677
Comunicazione del Presidente.	3642
Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (Trasmissione di documenti) .	3677
Interrogazioni, interpellanze e mozione (Annunzio)	3678
Ordine del giorno delle sedute di domani	3678

La seduta comincia alle 16,30.

PASSONI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta pomeridiana di ieri.
(È approvato).

Congedo.

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il deputato Buzzetti.
(È concesso).

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. Sono state presentate proposte di legge dai deputati:

DEGAN ed altri: « Aggiornamento dei limiti di valore del decentramento dei servizi del Ministero dei lavori pubblici » (651);

TANTALO ed altri: « Deroga all'articolo 12 del decreto legislativo luogotenenziale 21 agosto 1945, n. 518, per la presentazione della proposta di concessione di medaglia d'oro al valore militare alla città di Matera » (652).

Saranno stampate, distribuite e, avendo i proponenti rinunciato allo svolgimento, trasmesse alle Commissioni competenti, con riserva di stabilirne la sede.

Autorizzazione di relazione orale.

PRESIDENTE. Comunico che le Commissioni II (Esteri) e IV (Giustizia) hanno deliberato di chiedere, rispettivamente, di riferire oralmente all'Assemblea sui seguenti disegni di legge:

« Ratifica ed esecuzione della convenzione tra l'Italia e la Svizzera relativa alla sicurezza sociale con protocollo finale e dichiara-

razioni comuni, conclusa a Roma il 14 dicembre 1962 » (*Approvato dal Senato*) (625);

« Conversione in legge del decreto-legge 18 ottobre 1963, n. 1358, concernente la sospensione dei termini nei comuni delle province di Belluno e di Udine colpiti dal disastro del Vajont » (626).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

I due disegni di legge saranno iscritti all'ordine del giorno della seduta antimeridiana di domani.

Comunicazione del Presidente.

PRESIDENTE. Informo che la Commissione d'inchiesta parlamentare sui limiti posti alla concorrenza nel campo economico ha proceduto, nella riunione odierna, alla elezione del presidente. È risultato eletto il deputato Tremelloni.

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.

È iscritto a parlare l'onorevole Fornale. Ne ha facoltà.

FORNALE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, penso sia molto difficile toccare qualsiasi argomento della politica sanitaria italiana che non sia stato già dibattuto, tanto più che quest'anno la discussione del bilancio al Senato si è chiusa a qualche giorno di distanza dall'inizio del dibattito alla Camera dei deputati, che registra numerosi e nutriti interventi. Ciò nonostante, ritornare su alcuni temi essenziali ed esprimere le proprie esperienze ritengo possa portare un contributo positivo per chi, al momento opportuno, dovrà affrontare e risolvere determinati problemi, divenuti ormai non soltanto urgenti, ma, più ancora, indilazionabili.

Nei programmi di tutti i governi e di tutti i partiti abbiamo da tempo, puntualmente e con compiacimento rilevato che il problema della sanità era posto in primissimo piano, e ciò ci era di conforto a bene sperare. Ma sono passati i governi, sono passati purtroppo anche gli anni, e quelli che sono rimasti in buona parte inadempiti sono stati i programmi relativi al settore sanitario.

Forse ciò è avvenuto senza colpa di alcuno, poiché le buone intenzioni vi erano e vi sono; ma è nostro compito e dovere far rilevare che troppe questioni in questo campo restano ancora insolute ed appesantiscono ogni giorno di più la vita di enti e persone che vi operano in fiduciosa attesa.

L'istituzione del Ministero della sanità aveva fatto sorgere molte speranze, ma ben presto il nuovo organismo, pur tanto importante e necessario, si è trovato a dover lottare contro gravi difficoltà di bilancio, incomprendioni e rivalità, come accade all'ultimo venuto, senza sua colpa.

Noi, quindi, diamo atto degli sforzi che il Ministero ha fatto e fa per superare le sue stesse deficienze e desideriamo spendere una parola perché siano riservate a questo dicastero tutte le competenze cui esso ha diritto nel suo campo specifico. Diversamente, navigheremo sempre nel mare delle interferenze e delle rivendicazioni di priorità e di prestigio, perdendo tempo prezioso e prorogando all'infinito la soluzione di problemi che tutti riconoscono urgenti e indifferibili.

In data 2 ottobre corrente, insieme con altri colleghi, rivolgevo una interrogazione al Presidente del Consiglio, al ministro per la riforma della pubblica amministrazione e a quello della sanità per far presente una situazione da risolvere.

Ai tempi dell'A.C.I.S. il personale che prestava servizio (di ruolo, di ruolo aggiunto, non di ruolo e in posizione di comando) presso tale amministrazione ammontava a circa 3.500 unità. Attualmente, nonostante sia stata emanata la legge 13 marzo 1958, n. 296, istitutiva del nuovo Ministero e che ha attribuito nuove competenze all'amministrazione sanitaria, il totale del personale di ruolo ammonta a 3.037 unità. Tale differenza in meno è dovuta al fatto che numeroso personale è rientrato nelle amministrazioni di appartenenza in seguito all'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica 11 agosto 1959, n. 750, sulla revisione dei ruoli e delle carriere del Ministero della sanità.

A titolo di esempio riporto i totali dei ruoli di alcune carriere: ragionieri 192 unità, assistenti sanitari 270 unità, archivisti 238 unità, dattilografi 210 unità, uscieri 181 unità.

Con la citata interrogazione chiedevamo di sapere se per il Ministero della sanità, attualmente articolato su 6 direzioni generali per un totale di 48 divisioni, più i vari uffici speciali, e su 215 uffici periferici (di cui 91 uffici del medico provinciale, 91 del veterinario provinciale e 33 uffici speciali), si riscontrasse la

necessità di un urgente ampliamento dell'organico, indipendentemente dalla riforma generale della pubblica amministrazione.

Ci auguriamo che questa evidente deficienza venga colmata al più presto e che al ministro vengano dati mezzi e possibilità di farlo.

Chi vi parla presiede da molti anni l'amministrazione di un ospedale, e quindi ha la fortuna di poter parlare per conoscenza diretta dei problemi, per averli vissuti e spesso sofferti.

Innanzitutto sono lieto di aver constatato che al Senato il relatore al bilancio, senatore Criscuoli, abbia prudentemente ritirato nella sua replica la proposta di statizzazione degli ospedali italiani, che il ministro Jervolino si sia pure dichiarato contrario a tale eventualità ed ancor più decisamente lo abbia fatto alla Camera il relatore per la maggioranza, onorevole Lattanzio.

In un mondo nuovo in cui si continua da ogni parte a parlare di decentramento amministrativo, di politica regionale nei vari settori, di autonomie locali, mi pare sia un grave controsenso proporre la statizzazione degli ospedali, che sono la espressione più tipica della autonomia locale, tanto quanto il comune.

Possiamo con piena coscienza assicurare a tutti coloro che al Senato e alla Camera hanno chiesto che gli ospedali perdano la fisionomia di enti di beneficenza che tale configurazione è ormai un ricordo: praticamente, essa non sussiste più da molti anni, perché il tempo dei generosi lasciti è terminato e dimenticato.

Hanno pensato le esigenze moderne a fare in modo che l'ospedale assumesse un nuovo volto e vivesse su nuove impostazioni, e chi vi entra è in generale a conoscenza dei suoi diritti e sa che lo assiste un ente pagante e non la beneficenza.

Sappiamo tutti che molti ospedali hanno già dovuto alienare in gran parte i loro vecchi patrimoni per far sopravvivere l'ente, creando reparti, attrezzature e impianti che i tempi e il sempre maggiore afflusso di assistiti richiedevano.

Quindi, cerchiamo di lasciarli come sono questi nostri istituti ospedalieri, facciamoli vivere nell'ambito delle autonomie locali, almeno fino a quando riusciremo a trovare cittadini che con senso di responsabilità accettano l'incarico oneroso di amministrarli nonostante interminabili difficoltà, sacrificando il loro tempo e le loro energie. Certamente, lo Stato deve coordinare, controllare, indirizzare ed aiutare; aiutare soprattutto là dove c'è più bisogno e dove si è dimostrato di stare all'al-

tezza dei tempi, di avere iniziative e di saper spendere bene il denaro pubblico.

Un primo problema è quello dell'edilizia ospedaliera. Un ospedale moderno e bene amministrato potrà provvedere annualmente con i propri proventi alla manutenzione ordinaria delle strutture murarie e all'aggiornamento delle attrezzature tecniche e scientifiche. Ma non è assolutamente pensabile che possa provvedere con le proprie risorse ad ampliamenti ed ammodernamenti edilizi e meno ancora a costruzione di nuove sedi. Una legge *ad hoc* deve essere pure varata. Abbiamo udito parlare a suo tempo di un provvedimento che prevedeva l'alienazione di alcuni complessi edilizi appartenenti al Ministero della difesa per poter ottenere un certo numero di miliardi da impiegare nella edilizia ospedaliera, là dove essa è più insufficiente. Troverà finalmente attuazione questo programma?

Accanto al problema dell'edilizia, non meno importante è quello delle attrezzature, per le quali era stato pure elaborato un disegno di legge: ma anche di questo non abbiamo saputo più nulla.

Poiché più dei quattro quinti della popolazione italiana sono assistiti da enti mutualistici è ovvio che la maggior parte dei degenti venga avviata agli ospedali dai vari enti, e che ciò comporti continui e intensi rapporti tra ospedali e mutue. Non è cosa facile né semplice — lo sanno bene gli amministratori degli ospedali — tenere questi rapporti, pur con tutta la buona volontà di conciliare interessi contrastanti. L'ospedale sente e deve sentire come suo primo dovere istituzionale e civico quello di dare la migliore assistenza all'ammalato, la quale esige moderne attrezzature, medici ben preparati ed equamente retribuiti, trattamento di vitto e di alloggio consoni ad un popolo civile, perché spesso la prima medicina per il male fisico consiste nel sostenere il morale e lo spirito.

Ma è pure logico pensare che, se l'ospedale ha questi precisi doveri, esso debba possedere i mezzi finanziari per adempiere le sue funzioni. E quindi, se l'ente mutualistico deve pretendere che al suo ammalato venga dato tutto e nel migliore dei modi, esso deve anche riconoscere ciò che è giusto e onesto corrispondere economicamente.

Da anni assistiamo ad una serie continua di contrasti tra ospedali ed enti mutualistici per il riconoscimento delle rette quando queste vengono aumentate, non per accumulare riserve, ma perché aumentano le spese per i medicinali, gli stipendi ed i salari del personale, le spese di vitto. Sorgono con gli enti

mutualistici diatribe, discussioni, ricorsi e tutta una serie di lungaggini che l'ente ospedaliero deve sopportare con danni economici pesanti e continui, anche se le decisioni del Consiglio di Stato gli sono poi favorevoli.

Come certamente il ministro sa, moltissimi ospedali attendono ancor oggi l'approvazione delle rette e di conseguenza non hanno provveduto alla compilazione del bilancio, cioè all'atto amministrativo e giuridico che deve regolare per un anno la vita dell'ente. Il ritardo si dice sia dovuto alla nota commissione interministeriale, il cui lavoro si è trascinato per circa un anno: essa, anziché attenersi al decreto istitutivo che le attribuiva il compito di dettare i criteri per la determinazione delle rette, è andata ben oltre, bloccando quasi tutte le rette stesse, molte delle quali, specialmente quelle del 1962, già approvate dai medici provinciali.

La richiesta, poi, di tutta la documentazione amministrativa contabile non è un esempio di decentramento, ma una discutibile iniziativa della commissione, che rende noi amministratori degli ospedali molto pensosi sull'avvenire degli enti ai quali siamo preposti. Si intende veramente di aiutarci a sciogliere le difficoltà, o si vuole invece dare qualche soddisfazione agli enti mutualistici, che non si rassegnano a riconoscere gli aumenti di rette per quanto questi siano stati deliberati alla luce del sole e nel pieno rispetto della legalità? Si tratta di aumenti di diaria deliberati e in seguito autorizzati, di aumenti economici al personale dipendente o di aumenti di taluni fondamentali costi.

Noi speriamo di essere alla fine della lunga attesa. Il Ministero controlli pure quanto vuole e crede, ma si faccia presto e si addivenga allo sblocco delle rette entro pochi giorni perché tra gli amministratori vi sono insofferenza e delusione.

Vorremmo anche che un'energica azione fosse svolta perché gli enti corrispondano quanto devono versare agli ospedali per diarie maturate.

Abbiamo enti che da un anno non versano una lira del loro debito, mentre l'ospedale è costretto a contrarre prestiti bancari per poter assistere i ricoverati. Questi enti insolventi si giustificano con il mettere in rilievo le loro situazioni deficitarie, e così si resta in un circolo chiuso che potrà durare finché l'ospedale riuscirà a trovare chi gli concede fiducia e denaro. Senza contare che tale situazione, come è stato fatto presente anche recentemente dalla F.I.A.R.O. al signor ministro, involge la posizione giuridica e la responsabi-

lità degli amministratori, che hanno effettuato spese senza avere preventivamente ottenuto l'approvazione dei bilanci.

Altro argomento che da molti mesi, per non dire da anni, tormenta la vita ospedaliera è quello del trattamento economico dei sanitari. Abbiamo dovuto assistere, non molti mesi or sono, a scioperi di medici ospedalieri. Sono stati scioperi condotti invero con molto senso di responsabilità, ma non per questo meno gravi ed indicativi di una situazione che va risolta.

Devo dire subito, ed il rilievo vale per le discussioni su argomenti ospedalieri che si verificano ad alto livello, che forse troppo poco viene sentita la F.I.A.R.O. È questa l'unica organizzazione veramente qualificata che può recare la voce degli ospedali italiani e può veramente dare il suo contributo di esperienza diretta alla risoluzione dei vari problemi in una visione organica e completa.

Quanto al trattamento economico dei sanitari ospedalieri, da vari mesi è allo studio una nuova regolamentazione che disciplini sia lo stipendio base sia le cosiddette compartecipazioni sui compensi fissi mutualistici.

Mi auguro che entrambi i problemi trovino presto adeguata e soddisfacente soluzione. Devo però aggiungere qualche parola in merito alla suddivisione dei proventi mutualistici di cui al decreto ministeriale del 24 gennaio 1963, che si ricollega al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631. Come è noto, per l'articolo 7 del decreto ministeriale già citato le amministrazioni ospedaliere debbono effettuare la ripartizione ai sanitari dei compensi fissi di cui agli articoli 1 e 2 in conformità di accordi tra le associazioni nazionali rappresentative dei medici ospedalieri patrocinati dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici. Le promesse norme per la suddivisione dei proventi mutualistici non vennero mai emanate. Le suddivisioni attualmente in vigore vennero decise nel congresso di Salsomaggiore, tenutosi nell'ottobre del 1950. Indubbiamente le compartecipazioni allora decise tennero conto di una situazione che in oltre dieci anni si è andata rapidamente evolvendo.

Sarebbe pertanto necessario che il Ministero della sanità, sentite le parti in causa, e tra esse la F.I.A.R.O., provvedesse alla suddivisione dei compensi di cui trattasi così come previsto dal già citato articolo 7 del decreto ministeriale, tenendo altresì presente la situazione che si è maturata in questi ultimi anni nei riguardi delle ostetriche ospedaliere. Queste ultime, pur non essendo comprese nella elencazione del decreto stesso, svolgono negli

ospedali una funzione che non è possibile ignorare. Occorre quindi riconoscere alle ostetriche ospedaliere una equa compartecipazione.

Giudico che, una volta definito per i sanitari ospedalieri il problema della ripartizione dei compensi mutualistici, si sia già raggiunto un soddisfacente punto base per le necessarie e non meno pressanti discussioni in tema di trattamento economico: per questo tema dovremo tenere in particolar modo presente la situazione degli aiuti e degli assistenti, i quali hanno diritto di vedere sistemata la loro carriera, oggi ancora troppo incerta.

Superato il problema dei compensi delle mutue, sarà comunque più facile pervenire ad una positiva conclusione sullo stipendio pensionabile, sul problema del pieno impiego, del trattamento minimo garantito, ecc.

Il Ministero della sanità deve certamente essere diligente e tempestivo coordinatore e promotore delle iniziative per ottenere il miglioramento dell'assistenza sociale in generale ed ospedaliera in particolare.

Lasciamo un momento da parte le grandi riforme e rivolghiamo la nostra immediata attenzione a ciò che è più urgente, come ho fatto rilevare, perché eviteremo in tal modo il pericolo di scardinare il sistema assistenziale e di annullare ciò che l'ente ospedaliero ha fatto fino ad oggi.

L'onorevole Lattanzio, nella sua relazione di maggioranza, ha svolto alcune approfondite considerazioni sugli ospedali, considerazioni per le quali ritengo meriti riconoscenza da parte di chi opera in questi enti.

Per parte mia gli do piena conferma dell'affermazione che, se gli ospedali non hanno chiuso i battenti, ciò è avvenuto per l'azione, per i sacrifici, per il senso di responsabilità e di civismo di coloro che hanno saputo mantenere alti una tradizione e un prestigio che, nonostante le varie carenze della politica sanitaria italiana, fanno dell'ospedale, anche oggi, il pilastro dell'assistenza pubblica organizzata.

Nonostante le dure prove cui sono stati continuamente sottoposti, i nostri enti hanno resistito. Questa è la conferma più evidente del fatto che le basi su cui essi si fondano non sono labili. Non approfittiamone. Sappiamo adoperare e potenziare queste provvidenziali istituzioni, nelle quali le nostre popolazioni per tanti decenni hanno trovato il modo di riprendere la salute fisica e quella morale, e compiremo un servizio meritorio nei confronti del paese.

Ciò che è indilazionabile fare facciamolo presto, perché le grandi riforme esigono tempo e mezzi che oggi non abbiamo. Molte voci che si sono levate in quest'aula hanno risuonato in accordo con la mia, oltre che con quella del relatore per la maggioranza. Auspichiamo che a tali voci si aggiunga quella dell'onorevole ministro. Ci auguriamo ora che tutte vengano raccolte dal Parlamento e dal Governo, perché al tema ospedaliero non sono interessate soltanto alcune categorie o una parte della nostra gente, ma tutti gli italiani, che hanno diritto di vedere difeso un bene immenso ed incommensurabile quale è quello della salute fisica. (*Applausi al centro*).

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

DE LORENZO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, se i dibattiti che davanti alle Assemblee parlamentari si svolgono sui progetti di bilancio dei singoli dicasteri dovessero limitarsi esclusivamente all'esame delle singole voci di spesa e delle spese complessive iscritte negli stati di previsione, potremmo senz'altro affermare che la stessa maggioranza respinge *sic et simpliciter* il bilancio della sanità per l'esercizio finanziario 1963-64. Infatti, lo stesso ministro riconosce l'insufficienza degli stanziamenti destinati al suo dicastero e l'incapacità del Governo di reperire mezzi finanziari più adeguati alle necessità della politica sanitaria del paese, limitandosi ad esprimere la speranza che gli anni futuri possano consentire un aumento dei fondi a disposizione del Ministero della sanità.

Ma, come tutti sappiamo, è proprio in sede di dibattito sugli stati di previsione che il Parlamento può e deve procedere ad un approfondito esame della politica del Governo nel suo complesso e nella sua articolazione nei vari settori di competenza ministeriale.

Così stando le cose, l'esplicito riconoscimento della insufficienza dei fondi attribuiti al Ministero della sanità non può essere rilevato in sede parlamentare che come la chiara denuncia di una corrispondente carenza dell'attività del Governo nella tutela dell'igiene e della sanità pubblica. Carezza che è, in realtà, ancor più grave, perché non è la semplice conseguenza di una carenza di fondi, ma della mancata volontà o della incapacità del Governo di conferire anzitutto al Ministero della sanità un assetto che gli consenta di dirigere effettivamente la politica sanitaria della nazione con la gestione diretta di tutti i servizi che con essa abbiano attinenza.

Su questa assoluta e inderogabile necessità si sono soffermati tutti gli oratori intervenuti

in questo dibattito, a qualsiasi gruppo appartenenti, compresi i deputati della maggioranza, che concordano in pieno sull'esigenza che si addivenga all'unificazione, sotto l'egida del competente Ministero della sanità, di ogni attività afferente all'assistenza sanitaria, al controllo ed alla esecuzione delle norme igieniche.

Ma ciò che è più grave è che questi medesimi rilievi, e la concordanza su di essi del partito di maggioranza, si sono monotona-mente ripetuti in quest'aula, come in ogni altra sede ove si discutano problemi sanitari già da diversi anni, senza che questo Governo, o quelli che l'hanno preceduto, abbiano avvertito il dovere di apprestare gli strumenti legislativi per addivenire al potenziamento degli organi del Ministero della sanità ed all'attribuzione allo stesso di quelle competenze di carattere sanitario che continuano a sfuggire alla sua sfera d'azione.

In definitiva si riconosce che il Ministero della sanità è nato asfittico, che occorre irrobustire questo organismo tuttora privo degli organi adatti a governare l'igiene e la salute degli italiani; eppure non esiste alcun sintomo dell'intenzione di concretare le misure atte a porlo in grado di assolvere ai suoi compiti fondamentali, e si continua ad insistere sull'equivoco della conseguenza di una insufficiente assegnazione di fondi.

È invece chiaro a tutti noi, e non da ora, che la deficienza degli stanziamenti destinati a questo Ministero si accompagna alla mancata attuazione di quei provvedimenti che dovrebbero attribuirgli competenza su strutture sanitarie di fondamentale importanza, quali gli ospedali e le mutue, tuttora soggette a ministeri od enti che nulla hanno a che vedere con la sanità.

A questo si aggiunge che gli stessi organi del Ministero della sanità sono inadeguati a sopperire alle esigenze dei servizi, sebbene ancora limitati, di propria competenza.

Valga per tutti l'esempio degli ufficiali sanitari i quali, per quanto siano stati definiti dalla legge istitutiva del Ministero della sanità come organi periferici dal medesimo, continuano a soggiacere all'imperio disciplinare ed alla ingerenza politica dei comuni, il che certamente non rende loro agevole l'attuazione delle disposizioni di carattere igienico impartite unitariamente dal Ministero della sanità, disposizioni che, per la posizione di suditanza dai comuni, l'ufficiale sanitario non può fare osservare con la necessaria autorità.

Parimenti perdura di fatto una certa suditanza dei medici provinciali nei confronti delle prefetture, nonostante sia stato chiara-

mente disposto il trasferimento delle attribuzioni prefettizie nel settore sanitario ai medici provinciali stessi. Questi, purtroppo, continuano ad essere condizionati nella loro attività dai prefetti, i quali hanno competenza, quali organi del Ministero dell'interno, sugli enti ospedalieri.

Gli stessi uffici sanitari provinciali sono per la maggior parte ancora alloggiati presso le prefetture, dalle quali occorre invece sganciarli definitivamente per consentire loro il raggiungimento di una libertà funzionale che avvii all'indipendenza tali organi provinciali del Ministero della sanità.

La carenza di direttive e di prospettive in questo campo arriva al punto da non far comprendere la necessità di una idonea rivalutazione dei detti funzionari, costretti tuttora in una situazione avvilente, tanto che sempre più difficile diviene reperire elementi altamente qualificati disposti a sacrificare il proprio avvenire in una carriera priva di sviluppo economico.

È evidente che, prima ancora di porre mano ai provvedimenti atti a rendere perfettamente autonomo il Ministero della sanità nella vigilanza igienico-sanitaria del paese e nella regolamentazione dell'assistenza, occorre incominciare a modificare ed a migliorare gli strumenti attuali, sì da renderli sempre più efficienti e rispondenti alle crescenti esigenze dovute all'incremento della popolazione e alla continua evoluzione della medicina preventiva.

Il primo problema da affrontare è quindi un problema di carattere organizzativo, al quale, ovviamente, si riconnette un problema di carattere finanziario, di cui il Ministero della sanità deve avere la forza di imporre la soluzione, per evitare che — mentre gli altri ministeri, in rapporto all'aumento della popolazione ed a quello del costo di esercizio, riescono ad ottenere più massicci stanziamenti — il Ministero della sanità rimanga mortificato nella sua congenita ristrettezza economica.

Deve essere una buona volta compreso che il miglioramento della salute pubblica rappresenta non soltanto un dovere per i reggitori delle sorti della nazione, ma addirittura un positivo fattore economico, perché una saggia politica sanitaria, fondata sul miglioramento della pubblica salute, non può che influire favorevolmente sulla spesa pubblica e privata.

Non v'è infatti chi non sappia, ormai, come la prevenzione delle malattie ed il miglioramento delle condizioni fisiche della popolazione attiva contribuiscano a ridurre le spese

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

di assistenza sanitaria, le quali, quantunque non contemplate in questo bilancio, gravano tuttavia sull'economia nazionale per migliaia di miliardi all'anno.

Credo che non abbia bisogno di commento l'enorme abisso esistente fra la disponibilità finanziaria del Ministero della sanità e la spesa per altro verso destinata all'assistenza sanitaria in Italia: è quindi necessario che l'attività svolta con l'impiego di tali ingenti capitali venga sottoposta al controllo del dicastero della sanità per un procedere armonioso dell'assistenza sanitaria nel nostro paese.

A tale proposito, e specialmente per quanto riguarda la destinazione dei fondi spesi in Italia per la pubblica assistenza, va senz'altro detto che occorre una sana politica riformatrice nel settore dell'assistenza, oggi disarticolato e farraginoso a causa della sovrapposizione di competenze, che ad altro non adducono se non ad una dispersione di intenti e di sforzi economici e ad un disordine strutturale che praticamente si risolve a danno della collettività e dei singoli.

Intendo riferirmi al caos esistente nell'assistenza sanitaria in Italia, dipendente dall'illogica sottrazione alla competenza del Ministero della sanità delle direttive e dei controlli sulla mutualità italiana, e dall'esistenza di innumerevoli enti preposti alla somministrazione dell'assistenza sanitaria mutualistica.

Questo caos, come dicevo, trova origine ed alimento nell'attribuzione al Ministero del lavoro e della previdenza sociale di questioni squisitamente sanitarie, sottratte così ad un'univoca direttiva discendente da un'autorità sanitaria centrale che avochi a sé la responsabilità e l'organizzazione sanitaria degli enti mutualistici che, ripeto, pure amministrano somme ascendenti a migliaia di miliardi all'anno. Al Ministero del lavoro andrebbe invece conservata la competenza sulla gestione diretta del settore previdenziale: pensioni, assegni familiari, disoccupazione, ecc.

Certamente si tratta di problemi di enorme portata e di vasto orizzonte, ai quali non basta accennare superficialmente e quasi con aria di degnazione, ma che sono invece meritevoli di uno studio meditato ed accelerato, sereno ed obiettivo, che porti a soluzioni definitive tali da sistemare il complesso settore dell'assistenza sanitaria. È necessario, quindi, che il Governo, cui è demandato di tutelare gli interessi della collettività, presenti quanto prima al Parlamento un organico programma di riforma di larga massima dell'assistenza sanitaria in Italia, nel quale trovino giusta

collocazione gli organi responsabili di tale assistenza, programma da attuare per gradi, dopo accurata disamina delle particolari esigenze dei singoli settori.

Per intanto, sarebbe pur necessario giungere all'unificazione degli enti mutualistici, almeno nel senso di evitare disparità di trattamento fra gli assistiti ed anche fra coloro che dedicano la propria attività al servizio della mutualità.

È innegabile che la più urgente esigenza è quella di una riforma di carattere normativo, nel senso di coordinare l'attività degli enti mutualistici con quella degli organi erogatori dell'assistenza pubblica i quali, come a tal proposito va precisato, già posseggono una propria struttura organizzata meritevole soltanto di potenziamento e di aggiornamento.

Tuttavia, prima ancora di entrare nel merito di questo argomento, si ritiene indispensabile precisare che il gruppo liberale è decisamente contrario alla pura e semplice statizzazione dell'assistenza sanitaria, troppo superficialmente indicata come il toccasana dei problemi sanitari; e ciò non per preconcetta opposizione alle statizzazioni ed alle nazionalizzazioni in generale, ma soprattutto perché la statizzazione dell'assistenza comporterebbe, oltre ad altri danni, la irreggimentazione della classe medica e la soppressione — o, nel migliore dei casi, la limitazione — del diritto del cittadino di scegliersi il medico di propria fiducia.

Qualcuno ha rilevato che il Governo ha promesso che con la nazionalizzazione delle fonti produttrici di energia elettrica si sarebbe chiuso il capitolo delle nazionalizzazioni. Ebbene, a distanza di brevissimo tempo si riparla di statizzare proprio un servizio che, nella sua essenza e nel concetto di coloro che sono chiamati ad usufruirne e ad eseguirlo, è il meno indicato ad essere sottoposto al processo di statizzazione.

Occorre ricordare, infatti, che, se nella sua duttilità la classe medica ha saputo adattarsi all'affermarsi ed al dilagare della mutualità, essa ha già trovato in questa forma di erogazione dell'assistenza sanitaria una limitazione alla migliore applicazione del progresso della scienza ed alla libertà professionale. Questa limitazione ha inciso profondamente sulle caratteristiche concettuali e funzionali dei medici, sì da sconvolgere i principi liberali dell'arte sanitaria, il cui sviluppo ha continuato ad affermarsi unicamente per la sopravvivenza di una certa libertà nella professione in uno con l'estendersi della mutualità.

Noi non siamo certamente negatori della socialità, e pertanto accettiamo l'esistenza degli strumenti mediante i quali tale socialità si attua.

Ci siamo, quindi, conformati alle esigenze dell'assistenza mutualistica, ma non possiamo accettare che, con il pretesto della mutualità generalizzata o della statizzazione, si spenga l'ultimo barlume della libertà nella professione sanitaria, perché ciò significherebbe abbassare la qualità delle prestazioni sanitarie e distruggere lo sforzo individuale al miglioramento.

D'altronde, la nostra preoccupazione non è ingiustificata, dato che al Governo di recente sono state inviate le conclusioni del C.N.E.L. in ordine all'assistenza in Italia, conclusioni di tendenza collettivistica, come risulta dalle osservazioni avanzate dalla Federazione degli ordini dei medici.

Ci spiace dover rilevare che purtroppo non è stata mai avvertita la necessità che tra i componenti di questo importante corpo consultivo fossero compresi anche esperti di problemi sanitari. Questo spiega perché nel prendere in considerazione il parere espresso dal C.N.E.L. non si possa non tener conto dell'opinione dei maggiori interessati: i medici italiani.

Occorre pertanto ripetere che, per quanto riguarda la rappresentanza medica italiana, vi è stata già una netta presa di posizione della Federazione degli ordini dei medici, la quale in una propria memoria ha dichiarato di dissentire dalla soluzione collettivistica del problema dell'assistenza adombrata nella relazione del C.N.E.L.

A tale proposito sento la necessità di esprimere il nostro compiacimento per le dichiarazioni che il ministro Jervolino ha più volte fatto, e confermato recentemente al Senato, in senso contrario alla statizzazione dell'assistenza sanitaria; ciò non toglie che restiamo preoccupati per ciò che potrà avvenire in seguito in materia.

Tornando alla relazione del C.N.E.L., è nostra opinione che possa essere accolto il suggerimento di addivenire al più presto all'unificazione in un solo ente di tutti gli enti erogatori dell'assistenza mutualistica e specialistica; l'ente unificato dovrebbe essere posto alle dirette dipendenze del Ministero della sanità, per quanto vada precisato che occorrerebbe trovare un opportuno temperamento fra le esigenze accentratrici dell'assistenza e la libertà della specializzazione medica nell'ambito della stessa assistenza mutualistica. Già l'attuale sistema, infatti, mortifica e depaupera il settore specialistico italiano, a causa

della concentrazione di tale forma di assistenza in mastodontici complessi ambulatoriali appartenenti agli istituti e il cui funzionamento non consente la contemporanea sopravvivenza della forma dell'assistenza indiretta, che noi riteniamo debba restare alla base dei rapporti fra gli enti, i mutuatati ed i sanitari dipendenti. Gli ambulatori specialistici potrebbero essere tollerati soltanto nelle località molto distanti dai grandi centri abitati e dove si lamenti una deficienza di specialisti liberi professionisti. D'altra parte, al fine di evitare moltiplicazioni di una stessa spesa, questi ambulatori periferici, fin quando non si sarà raggiunta l'unificazione della mutualità o per lo meno il raggruppamento in alcuni enti principali della pleora dei vari enti e casse mutue esistenti, potrebbero essere utilizzati in compartecipazione da più istituti mutualistici. Ciò consentirebbe anche di raggiungere, almeno in parte, l'obiettivo dell'unificazione della qualità dell'assistenza, evitandosi che gli ammalati, come avviene attualmente, siano ammessi a beneficiare di forme diverse di assistenza medica, a seconda della loro appartenenza alle varie categorie del lavoro, e rispettandosi il principio che, uno essendo l'ammalato, una sola deve essere l'assistenza ad esso destinata.

Si potrà concordare sull'unificazione della mutualità purché resti integro il principio che, nel suo seno, si salvi il concetto della libertà della scelta del sanitario da parte dell'assistito e, per il sanitario, il concetto della scelta del sistema terapeutico.

Purtroppo, il sistema mutualistico italiano non ha ancora saputo trovare il modo di assicurare ai suoi sanitari il rispetto delle loro esigenze materiali e della loro dignità. Dobbiamo constatare, infatti, che il trattamento economico risulta ancora avvilente, nonostante i recenti provvedimenti di rivalutazione, e che non è sufficientemente tutelato il prestigio della categoria, dato che fra i vari istituti mutualistici si è stabilita una deplorabile differenziazione nel trattamento riservato ai sanitari, i quali, per altro, sono ancora esclusi da ogni responsabilità direttiva degli enti, nei cui consigli di amministrazione non risultano affatto presenti, così come pure assenti risultano nella statuizione dei criteri informativi dell'attività degli enti stessi, informati al concetto burocratico e soltanto economico di gestione.

Come si vede, tutto ciò porta a ribadire il concetto, più volte espresso, che soltanto con l'intervento diretto del Ministero della sanità possa normalizzarsi il settore dell'assistenza

italiana, ponendosi anche termine all'agitazione della classe medica per più motivi insoddisfatta della sua attuale sistemazione.

Comunque, non va trascurato il fatto che, nonostante l'enorme estensione raggiunta in Italia dall'assistenza mutualistica, restano tuttavia demandati allo Stato altri compiti di assistenza sanitaria o di vigilanza e che questi compiti presuppongono l'efficienza del sistema attuale, i cui cardini, lungi dall'essere superati, sono soltanto bisognevoli di potenziamento ed ulteriore miglioramento.

Lo Stato, infatti, sovrintende al funzionamento dell'assistenza sanitaria per i non abbienti, che di fatto viene somministrata dalle amministrazioni comunali mediante la condotta medica.

Tuttavia, il sistema presenta lacune funzionali, che potrebbero essere facilmente colmate con la sollecita emanazione della legge di riforma dell'istituto della condotta medica, già allo studio del Ministero della sanità.

Tale legge è divenuta ormai una inderogabile necessità, dato che l'exasperazione dell'autonomia amministrativa dei comuni ha portato numerosi amministratori comunali a sottovalutare l'importanza dell'assistenza sanitaria con una serie di provvedimenti che, stabilendo la soppressione di numerose condotte mediche, sono venuti a privare vaste zone di questo prezioso strumento sanitario periferico, presente in ogni comune, vanto della legislazione sanitaria italiana, che realizzò con il medico condotto l'assistenza ai non abbienti con molti anni di anticipo sulle prime iniziative mutualistiche.

Errate convinzioni partenti da una lieve flessione degli iscritti nell'elenco dei poveri hanno indotto molti amministratori a ritenere superato e superfluo l'istituto della condotta medica, corroborando una tale tesi con presunte ristrettezze di bilancio che impedirebbero ai comuni di sobbarcarsi alle spese per l'assistenza.

Dico ristrettezze presunte non perché io ritenga effettivamente brillanti le condizioni di bilancio della maggioranza dei nostri comuni, ma soltanto perché, mentre vengono limitate le spese per l'assistenza sanitaria, non si può negare sussistano numerosi altri finanziamenti per spese non essenziali, che decisamente sono meno importanti e meno utili di quanto siano le spese per l'assistenza.

Inoltre, non si presta la debita considerazione a tutta la vasta gamma di competenze ed attribuzioni demandate dalla vigente legislazione alla condotta medica, la quale è chiamata a compiti di medicina legale, preventiva,

profilattica, ecc., che non potrebbero essere assolti se non in quella forma capillare che può essere attuata soltanto dal medico condotto.

Avverto il dovere di dare atto al ministro della sanità di essere intervenuto presso le amministrazioni comunali per evitare la soppressione delle condotte mediche. Nella sua squisita sensibilità il ministro ha avvertito il pericolo che da tali soppressioni possa derivare un ulteriore depauperamento dei mezzi per la assistenza sanitaria pubblica e per l'igiene e profilassi sociale.

Ma tale intervento deve essere ancora più perentorio. Bisogna scongiurare la minaccia che mediante il lento e progressivo sfaldamento dell'istituto della condotta medica si giunga al punto che i comuni, e per essi lo Stato, si trovino sguarniti nel campo dell'assistenza sanitaria e proprio nel settore più importante, quello periferico. E questa un'altra prova dell'improcrastinabile necessità dell'emanazione delle norme cui facevo innanzi cenno, fra le quali dovrebbero essere stabilite quelle che portino soprattutto al potenziamento della condotta medica e al suo aggiornamento.

Essa, infatti, allo stato, è ancora priva, specialmente nei centri minori, del sussidio dei mezzi diagnostici, per cui il compito del medico condotto risulta oltremodo gravoso e pieno di responsabilità: nonostante il miglioramento dei sistemi di ricerca scientifica e della diagnostica, questi è ancora costretto ad operare isolatamente, in condizioni ambientali difficili e senza l'apporto derivante dal funzionamento di appositi centri diagnostici.

Inoltre, il medico condotto non ha ancora la possibilità di sviluppare convenientemente la propria carriera; è costretto ad affrontare nuovi concorsi per il miglioramento della sede, è, soprattutto, facile oggetto di vessazioni e di persecuzioni da parte delle amministrazioni comunali, ove non ne condivida l'indirizzo politico e clientelare.

Non va dimenticato che il medico condotto, autentica sentinella avanzata a tutela della pubblica salute, è costretto all'assidua permanenza in servizio 24 ore su 24, impossibilitato com'è ad allontanarsi dal proprio comune per qualsiasi motivo, e, ciò che è ancora più grave, ancora non è riuscito a farsi riconoscere il diritto al riposo settimanale, ormai stabilito per ogni categoria di lavoratori e che tuttora gli viene contestato in molti comuni, nonostante il chiaro disposto della nostra Costituzione.

La preminenza dell'interesse pubblico nell'espletamento dei servizi della condotta medica deve far risaltare la necessità dell'inter-

vento diretto finanziario e normativo dello Stato, che andrebbe attuato attraverso la codificazione di un servizio a carattere provinciale, di guisa che l'organo provinciale competente per territorio potrebbe sopperire alle deficienze in materia palesate dalle singole amministrazioni comunali. In tal modo sarebbe anche possibile l'intercambiabilità del sanitario condotto da un comune all'altro, con un primo passo verso la costruzione di uno sviluppo di carriera e verso la sottrazione del medico condotto allo strapotere delle amministrazioni comunali.

In definitiva, va riconosciuto che il medico condotto è un organo dello Stato posto a servizio della pubblica salute: come tale, esso deve essere garantito nell'esercizio delle sue funzioni e nel riconoscimento dei suoi diritti.

Un altro settore nel cui funzionamento si avvertono i perniciosi effetti della mancanza di una politica sanitaria è quello ospedaliero. Tutti sappiamo che alla base di ogni sistema di assistenza sanitaria, specialmente se mutualistica, deve esservi la disponibilità di un sufficiente numero di posti-letto, in una rete di ospedali ben distribuiti sul territorio nazionale; e tutti sappiamo anche quali carenze tuttora sussistano, specialmente nel sud.

Onestamente non possiamo attribuire tutta la colpa di questa carenza di una politica ospitaliera al Ministero della sanità, perché non ignoriamo che gli ospedali esistenti — tuttora considerati opere pie — dipendono da un altro dicastero, e precisamente da quello degli interni.

Ebbene, prima ancora di avviare la logica unificazione delle competenze ospitaliere nel Ministero della sanità, prima ancora di esaminare, con criteri organizzativi moderni ed efficienti, le possibilità di un miglioramento funzionale di quanto già esiste, si parla da qualche settore di procedere senz'altro alla statizzazione del servizio sanitario.

Se alla statizzazione si pensa perché si riconosce la necessità che lo Stato intervenga direttamente in questo settore, credo che potremmo essere tutti d'accordo. Ma se alla statizzazione si pensa per accollare allo Stato puramente e semplicemente gli attuali enormi deficit di quasi tutte le amministrazioni ospedaliere e gli stipendi dei sanitari e dei dipendenti in genere, noi dobbiamo elevare un più che giustificato grido di allarme.

A prescindere da chi paga, ciò che conta è che si cominci a risanare economicamente le attuali organizzazioni ospedaliere, che debbono essere messe in condizioni di funzionare, senza lussi e senza sprechi, ma con ampia

disponibilità di quanto è necessario ed indispensabile, sottraendole all'incubo di un bilancio sempre negativo che smorza e mortifica ogni iniziativa miglioratrice.

È tempo di parlar chiaro, di guardare in faccia la realtà. Non è possibile che gli ospedali funzionino, se il costo della degenza è superiore alla retta che viene loro rimborsata dagli enti mutualistici. Questo è il nocciolo del problema. Se il costo appare eccessivo, si ricerchino le cause, si migliori il funzionamento: ma una volta assodato che per fornire un'assistenza efficiente si deve spendere una certa cifra per giornata di degenza, è logico che questa cifra sia rimborsata da chi usufruisce del servizio, sia esso un comune o un ente mutualistico.

Oltre a questo problema di base, che condiziona ovviamente ogni possibilità di vita e di sviluppo delle organizzazioni ospitaliere, molti altri rilievi possono essere fatti in riferimento alla nostra attuale situazione.

Un primo rilievo, di fondamentale importanza, va fatto in relazione al bassissimo rapporto esistente fra popolazione e numero di posti-letto disponibili. Fra le nazioni dell'occidente europeo, l'Italia è all'ultimo posto nel rapporto posti letto-abitante. Ma vi è di più: i posti-letto sono distribuiti sperequatamente fra le varie regioni italiane, fra le quali quelle meridionali e insulari risultano di gran lunga al di sotto della media nazionale.

Ancora: mentre in alcuni grandi ospedali le attrezzature risultano perfette e modernissime, talvolta persino lussuose, nella maggior parte degli ospedali — soprattutto nel sud — esse appaiono per molti versi antiquate e deficitarie, mentre risulta carente il personale di assistenza sanitaria, nel cui ambito fermentano gravi problemi, sia per la sistemazione e la rivalutazione della carriera dei medici, sia per la formazione della carriera del personale infermieristico e tecnico.

Il Governo ha dato l'impressione qualche tempo fa di voler affrontare il problema ospedaliero, a ciò costretto dall'incalzare delle pressioni provenienti dai due rami del Parlamento e dalle categorie sanitarie che operano al servizio degli istituti ospedalieri. Si è, quindi, avuta una prima concreta iniziativa a favore del meridione, con stanziamenti per 27 miliardi di lire, da spendere dalla Cassa per il mezzogiorno per la costruzione di nuovi ospedali o per l'ammodernamento di quelli esistenti.

Inoltre è stata insistentemente ventilata la progettazione di un piano di spesa di circa 170 miliardi, da suddividere in vari esercizi

finanziari, per la creazione di nuovi nosocomi nell'intero territorio nazionale.

Purtroppo, mentre lo stanziamento dei 27 miliardi per il meridione si appalesava già in partenza del tutto insufficiente, dei 170 miliardi non si è inteso più alcun cenno. Al riconoscimento formale della necessità di incrementare la rete ospedaliera in Italia non ha, quindi, fatto seguito la pratica attuazione di quel piano di costruzione di complessi ospedalieri, che è rimasto un pio desiderio del Governo.

Certo non saremo noi di questo settore ad invocare la statizzazione degli ospedali; ma, consapevoli che gli enti che attualmente gestiscono i nosocomi si trovano nell'impossibilità materiale e istituzionale di risolvere un così complesso problema, siamo noi stessi a indicare nel Governo il solo ente in grado di provvedere alla costruzione di quei complessi ospedalieri che rendano sufficiente la nostra rete ospedaliera.

Ma, unitamente all'integrazione del numero degli attuali ospedali ed al loro ammodernamento e potenziamento, sentiamo il dovere di prospettare la necessità di una profonda riforma strutturale degli enti che amministrano gli ospedali stessi, poiché l'innovazione maturatasi nel concetto della funzione assolta dalle case pubbliche di salute ha dimostrato il superamento dei sistemi amministrativi delle opere pie preposte alla gestione degli ospedali, le quali, in tale nuova concezione dell'assistenza ospedaliera, hanno ormai esaurito il loro compito, per cedere il posto ad organismi più snelli ed efficienti. Ad esse vanno quindi sostituiti enti collegati in sede comunale, provinciale o regionale, che possano avvalersi di mezzi finanziari consoni alle necessità del loro funzionamento, ma che, soprattutto, ricevano da nuove disposizioni di legge la garanzia di poter contare su una sollecita riscossione delle rette di degenza da parte degli enti mutualistici e dei comuni, la cui lentezza nell'assolvimento dei propri oneri finanziari di competenza arreca così grave danno all'economia degli ospedali.

Non basta che lo Stato provveda alla corresponsione di anticipazioni sui crediti maturati nei confronti degli enti debitori, ma, come si è detto, occorre avere il coraggio di consentire che vengano stabilite rette di degenza realmente rispondenti al costo degli ammalati, eliminando i trattamenti preferenziali praticati nei confronti delle mutue, le quali continuano ad ignorare la realtà dei costi di esercizio dei nosocomi, quasi che questi aves-

sero altre fonti cui attingere per raggiungere il pareggio dei propri bilanci.

Occorre, ancora, che gli ospedali siano posti in grado di funzionare non soltanto dal punto di vista finanziario, ma anche in virtù di una tranquillità da conferire al personale sanitario e di assistenza, che si dibatte tuttora in una altalena di promesse e di negazioni: il che non contribuisce certo a far sì che tale personale si dedichi allo studio e alla ricerca scientifica, mentre tiene lontano dagli ospedali nuove leve sanitarie, intimorite dalla prospettiva di una vita grama e senza domani.

Questa situazione di insoddisfazione e di incertezza ha originato non poche agitazioni nel personale sanitario, costretto già più volte a manifestazioni di sciopero, per assicurarsi una carriera alle dipendenze di quelle amministrazioni cui offre i migliori anni dell'esistenza. Vi è una interdipendenza indiscutibile fra l'obiettivo di migliorare l'assistenza ospedaliera in Italia e la necessità di sistemare lo stato giuridico ed economico del personale sanitario. Non è vana retorica affermare che tale miglioramento non potrà essere raggiunto senza garantire ai medici ospedalieri, con idonee retribuzioni e con lo sviluppo della carriera, la tranquillità necessaria per dedicarsi agli studi scientifici ed all'assistenza dei ricoverati.

Così come, d'altra parte, è indispensabile rinfoltire i quadri e convogliare verso gli ospedali nuove leve, disposte al duro, oscuro lavoro di assistenza tecnica e scientifica svolto nei laboratori e nelle corsie da parte di tanti lavoratori che non hanno uno stato giuridico ben delineato e sono anch'essi privi di qualsiasi prospettiva di carriera.

Negli ospedali italiani si lamenta infatti una paurosa carenza di personale infermieristico; per cui sarà anche necessario incrementare il numero delle scuole per infermieri, specie in provincia, e, soprattutto, creare scuole di specializzazione per tecnici di radiologia, di laboratorio, ecc., senza i quali sarà impossibile un perfetto funzionamento dei nosocomi. Bisogna anche tener presente, a questo proposito, che l'iscrizione e la frequenza a tali scuole meritano l'incoraggiamento dello Stato. L'incertezza di un avvenire tiene infatti queste categorie di dipendenti ospedalieri lontani dallo studio della specializzazione tecnica. Senza dire che una elevazione del limite di età per l'ammissione a tali scuole gioverebbe all'incremento del numero dei frequentanti.

L'attuale situazione è la conseguenza dell'assenza del Governo nel settore ospedaliero, ma soprattutto è la conseguenza del mancato conferimento al Ministero della sanità del controllo diretto sugli ospedali, che va attuato al più presto possibile, senza attendere che se ne facciano promotori i parlamentari con iniziative che invece debbono essere assunte dal Ministero della sanità in modo permanente e qualificato, conducendo, innanzitutto, sollecitamente in porto quella riforma ospedaliera di cui ha avuto già ad occuparsi la passata legislatura e che purtroppo non è stata ancora portata a compimento.

Per quanto riguarda la prevenzione di alcune malattie infettive a carattere sociale, dall'esame particolareggiato delle voci di bilancio si trae l'impressione che la politica del Governo sia responsabile di un grave immobilismo. Infatti gli stanziamenti in favore dei consorzi provinciali antitubercolari, sebbene si siano verificati sensibili aumenti delle rette e degli stipendi e salari del personale dipendente, non hanno subito un proporzionale aumento; cosicché l'assistenza a questi ammalati non è ancora sufficientemente proficua.

Così come ancora non del tutto proficuo si rivela il servizio schermografico nei confronti di tutta la popolazione. Esso, infatti, è riservato soltanto ad alcune categorie di lavoratori, mentre andrebbe esteso a tutti gli alunni frequentanti le scuole pubbliche e private, con un più intenso funzionamento delle unità mobili, che dovrebbero raggiungere anche i più lontani paesi: in modo che, specialmente nell'età di maggiore predisposizione alla tubercolosi, nessun individuo sfugga al controllo schermografico.

Del pari dovrebbero essere incrementate la prevenzione e la lotta contro i tumori. Gli ospedali specializzati e i centri contro i tumori non bastano più ormai, per l'incidenza sempre maggiore che si lamenta in questa affezione mortale. Contro di essa va stesa una fitta rete di ambulatori qualificati per la diagnosi precoce del cancro, ma, ancor più, va intensificata la profilassi delle forme neoplastiche, intervenendo in primo luogo con una apposita legislazione e poi incrementando il numero dei centri pilota della lotta contro il cancro e potenziando gli istituti specializzati già esistenti a Roma, a Napoli e a Milano.

Nel settore delle malattie infettive, mentre va rilevata una certa contrazione di determinate affezioni — e ciò anche per effetto delle migliori condizioni igieniche generali e dell'efficacia degli interventi del Ministero della sanità — va nondimeno rilevato che il feno-

meno della diffusione delle malattie infettive non è sostanzialmente migliorato, a causa della trasformazione in forma endemica di alcune malattie contagiose, prima quasi del tutto assenti nella relativa casistica.

In particolare, vi è un incremento del numero dei casi di epatite virale; come, d'altra parte, vi è una stabilizzazione della poliomielite intorno a valori tuttora preoccupanti. Per quest'ultima, mentre si deve riconoscere che la volontà di intervento del Ministero della sanità si è manifestata con lo stanziamento di appositi fondi per il funzionamento dei centri di recupero, va però considerato che non si è provveduto alla necessaria disseminazione in tutto il territorio nazionale e specialmente nel meridione di un maggior numero di detti centri che consentisse il ricovero immediato dei recuperabili al termine della fase acuta, quando è universalmente noto che soltanto il tempestivo trattamento fisiochinesioterapico permette di raggiungere risultati efficaci nei trattamenti stessi.

Più ancora va rilevata la mancanza di un'efficace azione del Governo per l'estensione alla totalità dei bambini del trattamento preventivo vaccinale, unico rimedio contro questa tremenda malattia che porta a morte o distrugge ogni possibilità di vita normale in coloro che ne vengono colpiti. Conviene infatti riflettere se, dopo quattro anni di esperimento, non sia il caso di passare dalla vaccinazione facoltativa a quella obbligatoria, poiché, mentre il sistema della vaccinazione facoltativa si è rivelato sufficiente in alcuni paesi a debellare la poliomielite, in Italia, purtroppo, e segnatamente nelle regioni meridionali, esso non è bastato ad eliminare completamente il flagello di tale malattia.

È auspicabile che si intensifichi la vaccinazione con il vaccino Salk e che si usino anche dosi concentrate, che pare siano state già preparate da alcune industrie farmaceutiche italiane. Ma soprattutto è sperabile che entri nell'uso anche da noi il vaccino Sabin per via orale, che ha dato risultati positivi e potrebbe invogliare più facilmente a sottoporsi a questo tipo di vaccinazione tecnicamente più semplice.

D'ANTONIO. Ella è proprio di questo parere?

DE LORENZO. Sì. D'altra parte, la stessa identificazione dei ceppi di *virus* della poliomielite e delle altre malattie virali che affliggono la nostra popolazione, allo stato della nostra organizzazione sanitaria, è ancora impresa oltremodo difficile, per la carenza dei centri di virologia, funzionanti soltanto a Mi-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

lano, a Roma ed a Palermo, mentre assai disseminati sono i focolai di infezioni virali. Risulta perciò quasi impossibile l'individuazione dei *virus* responsabili delle virosi in genere e di tutte le altre malattie, quali l'epatite, l'encefalite, la nevrassite, ecc., che dall'osservazione dei dati statistici forniti dal Ministero della sanità si dimostrano ancora diffuse nella popolazione italiana.

Alla lotta contro le malattie infettive e contagiose ed in genere alla educazione igienico-sanitaria del nostro popolo potrà essere approntato un valido contributo unicamente con l'intensificazione della propaganda sanitaria, per la quale gli stanziamenti di bilancio sono nettamente insufficienti. Eppure non v'è chi non veda come uno Stato moderno disponga oggi di mezzi di propaganda in grado di portare a conoscenza del pubblico — per esempio — i pericoli derivanti dalla mancata effettuazione delle vaccinazioni e la necessità di avere cura della propria salute e di quella altrui.

Bisogna, quindi, intensificare il numero delle conferenze scientifico-propagandistiche; affiggere manifesti nelle scuole, nei locali pubblici, lungo i muri delle strade; istituire insegnamenti di norme igieniche fin dalle prime classi elementari. Ma, innanzi tutto, occorre propagandare l'igiene e la sanità attraverso programmi radiofonici e televisivi, imporre agli esercenti di sale cinematografiche la proiezione di documentari; insomma, bisogna creare una coscienza igienico-sanitaria nel paese. A tal fine è indispensabile incrementare notevolmente i fondi di bilancio del Ministero della sanità, tenendo presente che il bene pubblico va raggiunto con ogni mezzo.

Vi è poi un altro importante settore dell'igiene pubblica che non è riuscito ad ottenere dal Ministero della sanità una congrua dotazione di fondi, tale da dimostrare un efficace intervento del Governo: il settore degli inquinamenti delle acque e dell'atmosfera. Infatti, se è vero che la vigilanza igienica sul suolo e sull'abitato rientra nella competenza degli uffici comunali, non è men vero che la civiltà moderna ha prodotto alcune cause di inquinamento sia dell'atmosfera sia delle acque (dolci e marine), la cui eliminazione può essere raggiunta soltanto con iniziative che partano dall'amministrazione centrale della sanità pubblica, specialmente per quanto riguarda gli esami scientifici e di laboratorio.

Il Ministero, invece, ha sinora sottovalutato il problema, o per lo meno non ha dimostrato l'intenzione di volerlo affrontare decisamente, se ha inteso destinare alle ricerche di laboratorio — fra le quali rientrano anche quelle

dell'inquinamento atmosferico e marino — stanziamenti del tutto irrisori. Eppure l'inquinamento atmosferico è un fenomeno che incombe ormai su molte città italiane sia grandi sia piccole, sedi di complessi industriali, la cui attività si ripercuote in senso negativo nell'aria rendendola nociva alla salute delle popolazioni, così come nociva risulta la dispersione dei gas dei motori delle automobili circolanti in numero sempre maggiore.

Né si è notato un intervento diretto e risolutivo del Ministero della sanità nella grave questione dell'inquinamento delle acque del litorale marino, sia per inquinamenti batterici da fogne, sia per inquinamenti da idrocarburi. Anche qui non sono mancati i richiami alla gravità della situazione. Io stesso ho presentato un'interrogazione ai ministeri competenti, compreso quello della sanità, nella quale denunciavo i pericoli che si corrono specialmente da parte dei meno abbienti, impossibilitati a raggiungere zone litoranee non colpite dall'inquinamento che si verifica invece sulle coste prossime ai porti, immergendosi in quell'elemento che dovrebbe tornare utile a vivificare gli organismi e ad offrire uno svago nei periodi estivi.

Anche il commercio alimentare pare che non abbia attratto convenientemente l'attenzione del Governo, se negli stanziamenti del bilancio del Ministero della sanità non vi è alcun segno di intervento massiccio. Si dirà che altri ministeri sono interessati alla questione: e questa affermazione, appunto acuisce la critica, che dobbiamo muovere al Ministero della sanità, di non aver saputo o voluto assumere direttamente la responsabilità — dato che ne ha la competenza tecnica — di esercitare il controllo sulla produzione e sulla vendita degli alimenti.

Il perfezionamento raggiunto dalle ditte produttrici nella preparazione degli alimenti, e purtroppo, da parte di alcune, anche nella sofisticazione degli stessi, richiede una organizzazione tecnica e una preparazione scientifica tali, da parte di chi queste sofisticazioni deve scoprire e perseguire, che soltanto con la creazione di un istituto largamente ramificato in tutte le provincie italiane si potrebbe individuare le alterazioni dei prodotti ed assicurare alla giustizia i responsabili.

Non si dimentichi che la frode alimentare, molte volte, non è soltanto una frode commerciale, ma è un attentato contro la salute pubblica, i cui effetti esplodono talvolta fragorosamente in episodi clamorosi, e il più delle volte si insinuano subdolamente nel nostro

organismo, condannato a subirne le conseguenze disastrose.

Non è sufficiente aggiornare e migliorare la legislazione in materia, se non si provvede contemporaneamente ad infoltire i quadri degli ispettori, tecnici e vigili sanitari, che sottopongono costantemente a controllo la produzione industriale degli alimenti per garantire la sanità del cibo, e, con essa, la pubblica salute.

E veniamo al settore della produzione e del commercio dei farmaci; settore che, per la particolare avversione che ognuno ha verso la spesa per le medicine, e per l'ancestrale sospetto di pagare per medicina l'acqua del pozzo del farmacista, molto si presta alle facili critiche e alla demagogia.

Discutendo di farmaci si dimentica spesso che oggi non siamo più all'epoca in cui un certo numero di sostanze medicamentose, ben disposte in recipienti allineati negli scaffali della farmacia, permetteva la preparazione di tutte le ricette magistrali prescrivibili secondo le nozioni terapeutiche del tempo. Oggi noi assistiamo alla incessante modificazione della terapia, con l'identificazione di un crescente numero di nuove sostanze, di efficacia sempre maggiore e che permettono di salvare un sempre maggior numero di vite e di ridurre la durata delle malattie.

Questo continuo progresso è il frutto di costosi investimenti, che possono essere finanziati dallo Stato, come avviene nei paesi d'oltre cortina, o prevalentemente dall'industria, come avviene nei paesi a regime liberistico, nei quali essi vengono a costituire parte del prezzo di produzione dei medicinali.

Se vogliamo essere realistici, e se vogliamo scegliere a ragion veduta, non abbiamo che a contare le innovazioni terapeutiche realizzate oltre cortina, rispetto alle innovazioni terapeutiche realizzate nel mondo libero. La differenza è tale da non lasciare dubbio alcuno sulla superiorità del regime liberistico; è difficile comprendere, dunque, quali vantaggi potrebbe trarre il pubblico da una statizzazione dell'industria farmaceutica, con conseguente ricerca di Stato.

Si parla di limitarsi a nazionalizzare la produzione delle materie prime, come se queste fossero prodotti-tipo immutabili, senza riflettere che cambiano anno per anno e che un congelamento produttivo allo *statu quo* non sarebbe assolutamente tollerabile e sarebbe superato in un tempo brevissimo, mettendoci poi alla mercè delle industrie straniere.

Ciò che importa è garantire la qualità del medicamento e l'equità del prezzo; e questi obiettivi possono facilmente essere raggiunti, se ci si deciderà finalmente ad aggiornare le leggi che regolano la produzione dei farmaci, leggi vecchissime, del tutto superate dalle attuali condizioni produttive.

Nemmeno in Inghilterra, dove il servizio sanitario è nazionalizzato, si è trovato opportuno nazionalizzare la produzione; e ciò non pertanto si è riusciti a garantire l'equo prezzo.

E nell'interesse nazionale assicurare una produzione di farmaci sempre aggiornata e a prezzo equo, e non vi è motivo alcuno per ritenere che non sia possibile risolvere il problema senza mortificare ed annullare l'iniziativa privata, particolarmente efficace in questo settore, come avviene in tutti i paesi industrialmente sviluppati del mondo libero.

Ma, per realizzare ciò, è necessario evitare la speculazione; ed è strano che molti ancora ritengano che l'adozione del regime brevettuale, opportunamente temperato da norme che evitino il monopolio — regime perfettamente efficiente in Inghilterra, in pieno regime di servizio sanitario nazionale — altro non sia che la protezione di situazioni puramente speculative. Speculazione è invece il contemporaneo piratesco plagio delle invenzioni altrui, con la conseguente molteplicità dei prodotti e la moltiplicazione delle spese di propaganda e di lancio, come purtroppo avviene nel nostro paese. Ed è strano che avversino il brevetto dei farmaci anche i sostenitori della statizzazione della produzione farmaceutica come se, in un consorzio di nazioni civili, una industria di Stato potesse liberamente appropriarsi delle invenzioni altrui.

Vogliamo perciò augurarci che, prendendo le mosse dalla proposta di legge Benedetti n. 324 del 1955 (in parte superata, ma ancora valida nelle sue grandi linee), il Ministero della sanità pervenga finalmente alla formulazione di norme legislative atte a regolarizzare l'assurda situazione attuale, dando alle aziende produttrici precise direttive che, pur incoraggiando gli investimenti, evitino ogni speculazione.

BARTOLE. Quella proposta di legge è superatissima!

DE LORENZO. Ho già detto che in parte è superata.

Nel settore farmaceutico, oltre al problema produttivo, vi è poi il problema distributivo, rappresentato dalle farmacie; ed anche in questo settore non possiamo non rilevare l'assenza di un'azione governativa.

Da qualche parte si parla della municipalizzazione come dell'unico rimedio efficace. Per essere obiettivi dovremmo avere precisi elementi di giudizio sul costo di esercizio delle farmacie comunali, non soltanto centrali, ma anche periferiche, prima di giudicare se il costo distributivo sia minore o maggiore di quello dell'esercizio privato.

Quello che soprattutto è necessario rilevare è che mancano ancora troppe farmacie rurali; ed è strano che non si pensi intanto a municipalizzare proprio queste farmacie, che rappresentano un indispensabile servizio pubblico.

Onorevoli colleghi, l'importanza della materia che rientra nella competenza del Ministero della sanità mi ha indotto a soffermarmi su numerosi argomenti — pur avendone tralasciato molti altri — perché in sede di discussione del progetto di bilancio per l'esercizio finanziario già iniziato ho ritenuto doveroso non soltanto porre a fuoco le deficienze funzionali di detto dicastero emerse dall'esame analitico delle voci del bilancio, ma anche stigmatizzare la carenza governativa in questo settore, l'assenza completa di qualsiasi cenno che faccia presagire l'intendimento del Governo di organizzare su basi più solide e costruttive l'igiene e l'assistenza sanitaria in Italia.

Tale organizzazione potrà ottenersi cominciando anzitutto con l'allargare la sfera di competenza del Ministero della sanità, anziché limitarsi a vaghe allusioni su quello che si ha intenzione di fare.

I governi succedutisi negli ultimi anni e quello ancora in carica hanno avuto tempo sufficiente a disposizione per comprendere quali vaste lacune abbia perpetuato l'assetto inefficiente assegnato a questo Ministero: e avrebbero quindi potuto già riparare al malfatto, costruendo gli strumenti burocratici e funzionali del Ministero stesso e disciplinando molte importanti settori sanitari come quelli ospedaliero, mutualistico e farmaceutico, che denunciano le maggiori e più gravi deficienze del sistema sanitario italiano. (*Applausi — Congratulazioni*).

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

CAVALLARI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il mio intervento nella discussione sul bilancio della sanità vuole essere un contributo — sia pure modesto — al tentativo in atto per risolvere alcuni dei problemi più importanti posti in evidenza dal relatore, onorevole Lattanzio. Mi auguro di raggiungere l'intento, e chiedo venia al rap-

presentante del Governo se qualche mio accenno sarà di critica, nella convinzione che sarà valutata per critica positiva.

Premetto anzitutto un plauso al relatore per la maggioranza, per la sua dotta, analitica relazione; e un plauso al signor ministro e ai suoi capaci collaboratori, a qualsiasi grado essi appartengano, per il notevole sforzo compiuto allo scopo di soddisfare i fini istituzionali propri del Ministero: sforzo ancora più meritevole se si considera l'esiguità della somma stanziata — circa 58 miliardi — che costringe il Ministero ad un forzato immobilismo nel momento stesso in cui nuove esigenze si prospettano e, quindi, maggiori stanziamenti diverrebbero indispensabili.

Infatti il Ministero della sanità, nato gracile, scarsamente nutrito, è la cenerentola di tutti i dicasteri. Ha alle sue dipendenze, credo, 2.735 funzionari, ed è articolato in direzioni generali, divisioni e organismi periferici. Con tutto ciò dispone, come dicevo, di soli 58 miliardi: assai poco, se si pensa che le entrate ordinarie effettive del solo comune di Milano superano gli 80.

Non si può garantire la salute di 50 milioni di italiani con mille lire a testa all'anno. Ecco dunque i vari scandali per le adulterazioni dei cibi, ecco gli scandali per i medicinali, ecc. L'onorevole ministro è convinto di questo, tanto che ai senatori, a chiusura del dibattito sul bilancio svoltosi al Senato, ha detto di avere richiesto al Ministero del tesoro una maggiore somma di oltre 40 miliardi di lire rispetto al precedente esercizio, mentre il Ministero del tesoro ne ha concessi soltanto due, non sufficienti neanche a coprire i maggiori oneri derivanti dall'aumento dei costi per le retribuzioni e per i servizi.

Ma allora come pensa l'onorevole ministro di risolvere il problema, di soddisfare i doveri istituzionali posti al suo dicastero? Evidentemente vi è un'unica via: quella di proporre nuove leggi per ulteriori stanziamenti, che io unitamente al relatore ritengo indispensabili, se non vogliamo venire meno al nostro dovere di rappresentanti del popolo di impedire che una norma costituzionale, come quella della difesa della salute pubblica, venga minata da una malintesa economia d'esercizio o, peggio, da una ripartizione delle disponibilità finanziarie dello Stato non in rapporto con le esigenze primarie e prioritarie da soddisfare, bensì con valutazioni eterogenee che magari hanno posto la difesa della salute pubblica, e quindi della vita dei cittadini italiani, in posizione di se-

condaria importanza rispetto al finanziamento degli spettacoli teatrali o cinematografici.

Dopo questa premessa, che considero fondamentale, credo doveroso, oltre che utile, entrare nel merito di alcuni problemi che ritengo importanti, sia per esprimere il mio personale parere, sia per dare qualche consiglio e formulare qualche proposta.

La sicurezza sociale è, a mio avviso, uno dei tanti problemi importanti (per non dire il più importante) che non possono essere disattesi dal Ministero della sanità soprattutto perché, per la maggior parte dei suoi aspetti, è compito proprio del Ministero della sanità coordinare e provvedere. Bene ha fatto il relatore a puntualizzare il suo pensiero, che condivido, su questa materia. La sicurezza sociale in uno Stato civile a ordinamento democratico, dove la libertà è operante, vuole significare l'obiettivo di liberare il cittadino dai bisogni fondamentali della vita.

Evidentemente, la sicurezza sociale interessa non solo la tutela della salute del cittadino da parte della comunità statale (articolo 32 della Costituzione) ma anche altri vari campi della vita del cittadino, poiché si vorrebbe tutelarla dalla culla alla bara, come dicono gli inglesi. Ma la sua realizzazione comporta da un lato la corrispondente incidenza sul reddito nazionale e dall'altro la creazione di idonei strumenti giuridici.

È inutile pensare, ad esempio, di poter realizzare la sicurezza sociale in una nazione ove non si sia raggiunta, con una certa stabilità, la piena occupazione, perché il problema della piena occupazione è prevalente rispetto alla stessa sicurezza sociale. Del resto, anche questo è stato uno dei postulati su cui si basò il « piano Beveridge » in Inghilterra. Si trova oggi l'Italia in condizioni di stabilità economica e, perché no?, anche politica, tali da permettere di realizzare quello che fu mal definito lo Stato assistenziale? E, se questo fosse accertato, in quali forme, con quali limiti e con quali strumenti giuridici ciò sarebbe possibile, considerando, ad esempio, che l'esperienza della Svezia può servire solo fino a un certo punto per noi, data la differente mentalità esistente tra i due paesi per costumi, per tradizioni, per aspirazioni del cittadino medio?

Pur ammettendo che oggi, nella presente situazione, non sia possibile portare ad attuazione la sicurezza sociale del nostro paese, come almeno io la intendo, sono però convinto che taluni strumenti potrebbero e dovrebbero essere affinati fin d'ora proprio per raggiun-

gere tale obiettivo. Ed alcuni di tali strumenti rientrano nei poteri e nei doveri istituzionali dello stesso Ministero della sanità.

Il problema della sicurezza sociale può dividersi in tre punti: 1) eliminazione del bisogno in relazione ad alcuni elementi costituenti diritto naturale di ogni cittadino: ad esempio, il diritto all'alimentazione (sana e sufficiente), al vestiario, all'istruzione, al lavoro, alla casa, ecc.; 2) eliminazione del bisogno in relazione ad alcuni eventi transitori o meno, eccezionali o inevitabili: ad esempio, la maternità, la disoccupazione, l'invalidità, la vecchiaia, ecc.; 3) eliminazione del bisogno in relazione all'evento malattia.

Sul primo punto, come già ebbi a dire, do per scontato che la sicurezza sociale la si potrà avere appieno solo quando alcuni diritti naturali saranno aprioristicamente soddisfatti, poiché solo da tale soddisfazione deriverà al cittadino la possibilità di occupare un adeguato posto e quindi di svolgere un adeguato ruolo nell'organizzazione produttiva o nei servizi in uno Stato di diritto bene organizzato e prospero. Tralasciando dunque di approfondire questo primo punto, restano gli altri due, che possiamo individuare con i termini di previdenza e di assistenza malattia, pur dando ad essi un significato più appropriato ai tempi moderni: significato che, pur restando nell'ambito del concetto cristiano di carità, deve essere posto agli antipodi del concetto di elemosina, ed assumere invece quello di un diritto positivo del cittadino.

Quanto alla previdenza, ci poniamo questa domanda: è maturo il momento per passare dal concetto di rischio assicurativo a quello di obbligo diretto dello Stato?

Una riforma della previdenza oggi non può essere, a mio avviso, che improntata a concetti ancora assicurativi, con la partecipazione nel pagamento dei lavoratori, dei datori di lavoro e dello Stato, anche se è mio vivo desiderio ed auspicio che la copertura dell'onere assicurativo sia ottenuta attraverso l'imposta diretta, che colpisce il reddito individuale di tutti i cittadini. Però, a mio sommo avviso, sarebbe giunto il momento per uniformare il tipo di prestazioni, la misura delle prestazioni e le procedure dei vari enti oggi chiamati a svolgere tali funzioni, per poi procedere alla loro unificazione.

Da troppo tempo si parla di dare inizio ad una tale operazione; nulla però ancora è stato fatto, anzi di tanto in tanto sorgono altri enti autonomi, che certamente complicano il problema per quanto si dovrà provvedere alla loro unificazione. Cosa può dirci il ministro

su questa istanza, tanto sentita dai lavoratori e sostenuta dall'opinione pubblica?

Ritengo, ancora, che ogni progresso previdenziale debba essere ottenuto attraverso riforme e strumenti giuridici che, pur allargando la copertura del rischio, non abbiano a gravare con ulteriori oneri sui costi di produzione dei beni e dei servizi, siano questi prodotti od offerti da aziende di Stato, controllate dallo Stato, o da privati. E la cosa è possibile qualora tutta la materia della previdenza e degli istituti che la amministrano sia riordinata con spirito altamente rispettoso della democrazia, che vuole sia servito il cittadino nel modo migliore e col minor costo.

Il riordinamento presuppone l'unificazione delle varie gestioni; l'unificazione delle prestazioni, per quanto possibile, abolendo le sperequazioni non giustificate tra gli assicurati dei diversi settori; la riorganizzazione, necessaria ed urgente, dello stesso Ministero, al quale deve essere attribuito il coordinamento di tutte le attività sanitarie del paese e il controllo sugli enti mutualistici (che sempre più si appalesa necessario).

Sull'assistenza sanitaria possiamo dire che la critica all'attuale sistema è troppo facile e le sue mende troppo note per ripeterle. Essa oggi è diventata onerosissima — come afferma lo stesso relatore per la maggioranza — e non sodisfa nessuno: sono insodisfatti gli assicurati, che sono l'oggetto dell'assistenza; è insodisfatta la categoria professionale sanitaria e sono insodisfatte le amministrazioni ospedaliere che ne costituiscono i mezzi strumentali; sono insodisfatti, in definitiva, gli istituti erogatori, premuti da un lato da sempre nuove richieste degli uni e degli altri, e dall'altro dalle esigenze di bilanci che sono diventati mostruosi e per la maggior parte notevolmente passivi.

È evidente che se da un lato è necessario arrivare ad assicurare la possibilità di cura a tutti i cittadini, e quindi anche a quella minoranza che oggi è ancora scoperta dalla copertura del rischio di malattia, dall'altro bisogna provvedere ad una riorganizzazione dell'assistenza che sia, oltre che efficiente, mantenuta entro i limiti di una sopportabile incidenza sul reddito nazionale.

Poichè alla base dell'assistenza sanitaria è il medico generico, mi pare utile partire per qualsiasi progetto di riforma dalla professione medica. La base della erogazione professionale medica resta ancor oggi quella della libera professione; e non può essere diversamente. Il medico impiegato di Stato o di ente, che curi dei malati, è un controsenso in termini.

L'attività del medico, e soprattutto del generico, non è controllabile; ed è la concorrenza professionale che stimola l'aggiornamento e la preparazione del professionista e quindi, in definitiva, il miglioramento qualitativo della prestazione. L'impiego pubblico è una formula che rende bene quando ci troviamo di fronte ad attività che esigono un rendimento medio, attività che sono oggettivamente controllabili nei loro risultati, attività in cui bisogna soprattutto controllare la imparzialità dell'uso, attività per le quali è possibile il controllo formale. D'altra parte, lo stesso ordinamento statale, quando si trova di fronte ad attività che non presuppongono un rendimento costante e medio e comportano responsabilità non obiettivamente valutabili, adotta la formula privatistica contrattuale.

Anche per questo sono contrario alla statizzazione, prospettata da alcuni, dei servizi sanitari e ospedalieri nel nostro paese.

Alla formula contrattuale, del resto, almeno nel campo della medicina, si è ritornati in questi ultimi tempi in Jugoslavia. Nella vicina repubblica i nostri medici colà recatisi hanno potuto vedere che, abbandonato il sistema delle prestazioni dirette da parte dell'ente previdenziale di Stato, questo se le assicura attraverso contratti con poliambulatori, ad esempio, che vengono amministrati e diretti direttamente dal personale che vi lavora e dove si stimola la concorrenza qualitativa e si rispetta il binomio fiduciario medico-malato. Si arriva cioè, in paese socialista, dove la libera professione è ritenuta reato, a realizzare l'assistenza sanitaria attraverso la formula del « contratto », che è eminentemente privatistica.

Si tratta anche in Italia di risolvere il problema di inserire, per mezzo di efficaci nuovi strumenti giuridici, la professione medica nell'alveo della medicina sociale e della sicurezza sociale, salvando e rispettando l'essenza di questa professione.

L'attuale marasma nel campo professionale mutualistico permette di realizzare guadagni impensati a numerosi medici al di fuori della loro preparazione culturale e tecnica, tanto che ormai il neolaureato tende ad evitare di inserirsi negli ospedali per il necessario tirocinio ospedaliero, che una volta variava fra i due e i quattro anni.

La concorrenza fra i medici inseriti nel sistema mutualistico non si svolge più nell'affinamento della qualità tecnica e umana della prestazione, ma spesso nell'accontentare il paziente nelle sue richieste, che possono essere quella di venire messo in « cassa malati » nel

periodo della trebbiatura o della vendemmia, per l'operaio dell'industria che mantiene il campicello; o quella di ottenere le medicine che il paziente stesso pretende; o altre del genere. Qualche medico che vuole resistere a simili pretese, nel migliore dei casi perde il cliente, quando non viene diffamato o perde persino la vita, come è già accaduto.

È evidente che manca nel nostro paese una educazione sociale dei mutuati; educazione che dovrebbe essere iniziata almeno nelle scuole secondarie, se si vuole evitare gli abusi più sopra enunciati ed attuare la sicurezza sociale senza mandare in rovina i bilanci dello Stato.

Per quanto riguarda i medicinali concedibili, è logico che il mutuato debba ricevere qualunque medicinale di cui abbia bisogno; ma non si può ammettere che questi siano prescritti con leggerezza o addirittura con noncuranza da parte dei medici, o magari pretesi dagli assistiti senza obiettiva valutazione da parte del medico, e poi debbano essere tutti gratuiti. È indubbio che ogni lavoratore deve poter far fronte al piccolo e piccolissimo rischio, per lo meno nel campo dei medicinali. Mi risulta che anche nell'Unione Sovietica una gran parte dell'assistenza farmaceutica inerente il cosiddetto piccolo rischio è a parziale carico del lavoratore.

Le spese per medicinali prescritti all'assistito, nel bilancio dell'« Inam », sorpassano e di molto le spese per spedalizzazione. Occorrono anche in questo settore strumenti giuridici che portino ad una educazione nel costume del cittadino, il quale dallo Stato può chiedere e deve ottenere la « sicurezza », ma non può disperdere il denaro pubblico, in quanto in tal modo verranno a cessare le fonti di reddito che gli garantiscono quella sicurezza.

È quindi auspicabile un riordinamento dell'assistenza di malattia, su basi democratiche ma non demagogiche, con efficaci strumenti giuridici, che tenga conto della nostra e dell'altrui esperienza, sia nei paesi occidentali sia in quelli orientali; ed è indubbio che così si potrà, senza ulteriori oneri, assicurare una più elevata assistenza al vero ammalato e mettere fine al disfacimento della professione medica.

Per quanto riguarda gli ospedali, vi è carenza di posti-letto. Ma non è sufficiente un piano di costruzioni ospedaliere regionali, che preveda di assicurare una determinata percentuale di posti-letto ogni mille abitanti, perché, ove venisse realizzato, avremmo dei posti-letto, ma non degli ospedali.

La crisi ospedaliera oggi è tale che non si risolve con un piano del genere, ma richiede ben altro sforzo. Richiede, anzitutto, di fissare chiaramente funzioni, costituzione, autonomia e compiti delle amministrazioni ospedaliere. Se massimo errore, contrario al principio delle autonomie locali, sarebbe la statizzazione degli ospedali affidandoli in diretta gestione ad un ente previdenziale, allo stesso modo dobbiamo riconoscere che la strutturazione dell'amministrazione ospedaliera fissata dalla legge 17 luglio 1890 non è più aderente ai tempi. Lo stesso relatore lo precisa, in modo assai efficace. Se l'ospedale era un tempo un ente di beneficenza pubblica, oggi, e per lo meno da 15 anni, non lo è più: esso è divenuto il maggiore organo di erogazione tecnica di assistenza sanitaria in sede periferica. L'ospedale ha così assunto la veste di ente erogatore di un servizio pubblico.

Se a costituire l'amministrazione ospedaliera erano giustamente chiamati uomini designati dal consiglio comunale, ossia dalla rappresentanza cittadina democraticamente eletta, oggi troverei altrettanto giusto che nel consiglio di amministrazione fossero rappresentate le categorie dei lavoratori assistiti, attraverso i loro legittimi rappresentanti sindacali, come pure gli stessi lavoratori ospedalieri dipendenti, medici e non medici. Meno favorevole — e qui sono in contrasto con il relatore — sarei a vedervi la rappresentanza degli enti mutualistici, sia nella loro estrinsecazione politica sia in quella burocratica, perché in effetti sono i lavoratori ad essere interessati all'andamento ospedaliero, ed essi d'altra parte, attraverso la rappresentanza sindacale, entrano nei consigli di amministrazione delle mutue o nei comitati periferici.

In secondo luogo, nei vari programmi di ristrutturazione ospedaliera (e dagli stessi relatori) è troppo poco trattato il problema del personale ospedaliero: intendendo, medici e personale di assistenza. I giovani medici, come dicevo prima, non affluiscono più come una volta agli ospedali, e questi più o meno cominciano a risentirne la carenza. Quali le ragioni? Le seguenti: a) mancanza di una carriera ospedaliera; b) scarsi cespiti economici, per lo meno per la categoria degli assistenti; c) facilità di procurarsi all'esterno dell'ospedale una folta clientela mutualistica, e di poter conseguire quasi immediatamente cespiti economici impensabili al medico ospedaliero anche dopo anni di attività nell'ospedale.

Non sta a me prospettare la soluzione di questo grave problema; è certo, però, che occorre mettere i medici ospedalieri in condi-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

zioni di tranquillità economica e di carriera, attraverso strumenti giuridici che assicurino una rigida selezione e al contempo siano di sprone allo studio e al perfezionamento.

Ancor più grave è il problema del personale di assistenza. Non conosco ospedale che abbia assistenza diretta assicurata completamente da personale professionale, ma credo che non pochi non riescano neppure a ricoprire l'assistenza diretta con il sussidio di infermiere e infermieri generici abilitati all'arte ausiliaria. E dire che la relativa legislazione è del 1938: sono quindi 25 anni di forzata inosservanza della legge, da parte di molti ospedali pubblici. E dove troveremo questo personale, se dovremo creare altri centomila posti-letto, per i quali occorrerebbero almeno 32 mila infermiere professionali?

In più, la preparazione del personale ospedaliero non medico è oggi assolutamente scarsa, se non addirittura scarsissima; purtroppo molto più scarsa di quella del personale di assistenza di quasi tutti i paesi europei, al di qua e al di là della cortina di ferro.

Le infermiere religiose sono insufficienti, anche perché molte sono state attratte a prestare la loro missione assistenziale in case di cura private, a diretta gestione o no. Si sa d'altra parte che le vocazioni sono scarse, e che occorrono dai cinque agli otto anni alla Casa madre per formare una suora infermiera in condizione di svolgere funzioni di caposala.

Le diplomate laiche di scuola convitto o continuano lo studio nei successivi corsi di specializzazione per assistenti sanitarie, chinesioterapiste, dietiste, ecc., per occupare posti utili altrettanto alla sanità pubblica, ma per lo più fuori degli ospedali, oppure trovano meno gravoso e più remunerativo il servizio presso i poliambulatori degli istituti mutualistici, che pagano meglio. Il fatto è che anche gli ospedali con scuola convitto in diretta gestione non riescono a trattenere in servizio le infermiere professionali che ivi si diplomano. Per gli ospedali minori è praticamente impossibile reperirle.

Le infermiere e gli infermieri generici formati con la scuola di cui alla legge 29 ottobre 1954, n. 1046, costituiscono la prova del fallimento del tentativo di formare negli ospedali italiani *équipes* di infermieri di sufficiente cultura generale, con un minimo di educazione familiare e sociale e con una solida coscienza professionale, unita a buona preparazione tecnica. Le nostre infermiere e i nostri infermieri generici vengono per lo più dai campi, il loro titolo di studio è una quinta elementare di scuola rurale conseguita circa

8-10 anni prima: e un anno di scuola, di questi soggetti dovrebbe formare degli infermieri! Per la verità, solo attraverso molti sforzi vi sono scuole che riescono a fare miracoli, anche perché non vi è altra alternativa.

Ma è possibile che il cittadino italiano debba continuare ad essere così male assistito?

Altrettanto si può dire per i tecnici, di cui poche sono le scuole e scarsa la qualificazione. So che il ministro — e non potrebbe essere altrimenti — segue dal lato tecnico questo gravissimo problema; e prossima dovrebbe essere la presentazione di progetti legislativi al riguardo. Essi però vanno sollecitati e studiati con alto senso di responsabilità. Tutti devono sapere che l'infermiere ed il tecnico hanno responsabilità, anche subordinate, non inferiori a quelle del medico, nell'ambito dell'ospedale, per la condotta della cura dei degenti.

Ricordo ancora che per il « pool bianco » l'Italia è impegnata a formare medici, infermieri e tecnici con titolo di studio e qualificazione professionale che permetta loro l'esercizio professionale in tutti i paesi della Comunità economica europea. Se non ci prepariamo per tempo con una adeguata programmazione, la nostra situazione potrebbe tra breve divenire veramente insopportabile e tale da ledere la nostra dignità e la nostra tradizione di paese culla della scienza medica.

E veniamo al problema delle rette ospedaliere, problema che mi risulta essere stato prospettato e trattato da vari oratori anche al Senato, ma che non ha trovato nella replica del ministro alcun cenno di risposta. Mi auguro che ciò qui non accada.

Tutti sanno che per la maggioranza degli ospedali italiani l'unica entrata è costituita dall'incasso delle rette ospedaliere, per cui il loro bilancio preventivo è formato dalle presunte presenze di malati nei vari reparti e quindi dalla misura delle rette ad essi relative.

Orbene, l'esigenza di far sì che i bilanci degli ospedali si chiudessero in pareggio, come dovevasi provvedere per legge nei bilanci preventivi debitamente approvati dall'autorità tutoria, è venuta meno, per una indebita ingerenza ministeriale, che ha posto in crisi quasi tutte le amministrazioni ospedaliere italiane.

Anche su questo grave problema il relatore per la maggioranza merita il mio elogio, per la sua analitica esposizione e valutazione. Questa situazione risale al 1959: il 3 aprile di quell'anno l'allora ministro del lavoro ono-

revole Zaccagnini stese un lodo sulla materia delle rette ospedaliere, che fra l'altro prevedeva la costituzione di un apposito comitato interministeriale, che avrebbe dovuto riunirsi immediatamente « per il riesame delle norme che regolano la determinazione, l'approvazione e il pagamento delle rette, nonché dei problemi connessi ». Il fatto che detto comitato non fu costituito venne preso a pretesto dai maggiori istituti mutualistici per rifiutare i pagamenti degli aumenti delle rette, approvati a norma di legge, dal 4 aprile 1959 in poi. Per forza di cose questo gravissimo e illecito atto compiuto dagli istituti mutualistici creò una situazione di attrito tra gli istituti stessi e gli ospedali, e uno stato di gravissimo disagio finanziario di questi ultimi.

Per tentare di risolvere il problema, il ministro della sanità emanò un decreto in data 13 dicembre 1962 (a distanza quindi di quattro anni), con il quale veniva costituita una commissione, composta da rappresentanti del Ministero dell'interno, del Ministero della sanità e del Ministero del lavoro, con il compito di formulare indicazioni per una corretta formazione, l'aggiornamento e il coordinamento delle rette di degenza ospedaliera, in relazione agli effettivi costi di gestione dell'assistenza.

Non può sfuggire ad alcuno come un decreto di questa natura, inviato ai medici provinciali con la circolare del 21 marzo 1963, n. 48, insieme con l'invito a soprassedere a dare corso a deliberazioni modificative delle rette conseguenti alle concessioni di aumenti economici da parte degli ospedali ai propri dipendenti, abbia determinato in molti ospedali la paralisi amministrativa.

La confusione e l'arbitrio creati da tale provvedimento sono evidenti, ed il relatore ne ha esposto obiettivamente i termini. Anzi tutto, la nomina di una commissione avente compiti che le vigenti leggi già attribuiscono all'esclusiva competenza di determinati organi (medico provinciale e comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica) ha provocato una interferenza illegittima e dannosa, in quanto ha indotto gli enti debitori a ritenere esauriti i loro obblighi nei limiti della retta provvisoriamente liberalizzata dal Ministero.

Tale nuova procedura pone inoltre limiti e praticamente annulla ogni forma di autonomia amministrativa riconosciuta dalle leggi vigenti agli ospedali, concretando una politica che contrasta con le indifferibili esigenze della gestione dell'assistenza ospedaliera.

Per effetto dei provvedimenti di congelamento delle rette ospedaliere, il solo ospedale civile di Venezia è scoperto per la gestione del 1962 per lire 120 milioni, e per circa mezzo miliardo per l'anno in corso; e ciò senza tenere conto delle differenze di retta, debitamente approvate dalle competenti autorità, e non riconosciute valide dagli istituti di malattia, relative agli anni 1959, 1960 e 1961.

Può continuare una situazione del genere, tanto anacronistica e paradossale da porre in pericolo la possibilità stessa di continuare l'assistenza ospedaliera ai milioni di cittadini che ad essa ricorrono?

Per tentare di aiutare il ministro ad uscire dal groviglio in cui era stato posto dal prepotere degli istituti mutualistici, presentai il 30 luglio scorso un'interrogazione, che reca il numero 1157. La risposta pervenutami in settembre non può trovarmi soddisfatto; per cui colgo l'occasione di questo intervento sul bilancio per ribadire i miei concetti, nella speranza di convincere l'onorevole ministro della sanità a ricercare una soluzione più idonea delle esigenze prospettate. Sorprende in particolare che nella risposta alla mia interrogazione non ci si basi sulla vigente legislazione e vengano addotte, a giustificazione della situazione, le pretese degli enti mutualistici, quasi fossero già acquisite dai principi costituzionali e legislativi, ignorando invece il loro palese e stridente contrasto con i principi stessi.

Il ministro adduce che si è cercato di instaurare una ragionevole disciplina delle rette, considerando così implicitamente irragionevole quella legale delle autorità periferiche del Ministero dell'interno e del Ministero della sanità, e trascurando inoltre che l'asserita « ragionevole disciplina » attua invece, di fatto, il lamentato blocco delle rette.

Il ministro stesso afferma inoltre che, grazie alla disciplina adottata, il 70 per cento degli ospedali ha avuto normalizzati i rapporti con le mutue. Ciò significa che circa 500 ospedali, fra i quali molti di primaria importanza, attendono tuttora i provvedimenti di approvazione delle rette, che avrebbero dovuto essere adottati prima dell'inizio dell'esercizio che ora sta per finire; il che comporta per le amministrazioni il pagamento di enormi interessi passivi, per coprire le ricorrenti spese attraverso anticipazioni bancarie.

Contrariamente all'affermazione del ministro, non sono state liquidate tutte le partite di credito degli ospedali verso le mutue al 1° gennaio 1962. Anzi, lo stesso Ministero ha fatto conoscere che soltanto dopo normaliz-

zata la situazione del 1962 si provvederà a regolarizzare le posizioni anteriori a tutto il 31 dicembre 1961. Ecco perché sollecito vivamente l'onorevole ministro a ritornare alla legalità, che è condizione indispensabile per garantire il regolare funzionamento degli ospedali ai fini della tutela della salute dei cittadini tutti.

Non possono enti mutualistici come l'« Inam », sorti per garantire agli assicurati-assistiti le dovute prestazioni ospedaliere, escludere dalle rette non solo le spese di miglioramento, quelle dei servizi di pronto soccorso, delle guardie notturne, dei centri trasfusionali, ecc., ma anche quelle del normale, graduale rinnovo degli impianti e delle attrezzature ospedaliere indispensabili, se si vuole che le prestazioni sanitarie verso l'ammalato siano per quanto possibile adeguate alle nuove tecniche che la scienza quotidianamente va suggerendo, con risultati alle volte miracolosi. Questi istituti, i quali possono impunemente eludere le leggi — magari con la connivenza dello stesso Ministero, come avviene nel caso in esame — subiscono, sia pure con riluttanza, la elevazione delle rette che deriva dall'aumento dei salari concessi ai dipendenti ospedalieri, conseguente al rincaro generale dei prezzi; ma irragionevolmente si ostinano a respingere, con opposizioni e ricorsi, i ritocchi necessari per l'effetto immediato di quel rincaro su tutte le altre voci di spesa: accettando dunque l'effetto secondario, derivato, e non quello principale, fondamentale, originario dell'aumento. E contestano le rette e non le pagano, a meno che non siano quelle determinate da commissari (e per me illegittime) che decidono dopo mesi, se non dopo anni, da quando le amministrazioni ospedaliere avevano deciso: sicché, mancando le rette di legittima approvazione, vengono beneficate le mutue a tutto danno degli ospedali.

Le mutue dicono di non aver soldi. Ci sia a questo punto lecita la domanda: poiché le mutue hanno parecchi naturali costanti correttivi in aumento, derivanti dal continuo incremento della popolazione, dalla graduale ascesa degli stipendi e salari con l'immediato maggiore corrispettivo di entrate in qualsiasi momento dell'anno, ma soprattutto dalla maggiore occupazione statisticamente accertata e quindi dal maggiore numero dei contribuenti, dove vanno a finire queste maggiori entrate? E i benefici ottenuti dalla riduzione dei prezzi di molti medicinali, dove sono andati a finire?

Tenuto poi conto che l'aumento della popolazione allarga la base del rischio, e per ciò stesso lo contrae; che l'aumento dei salari allarga la base contributiva con immediato maggiore incasso per le mutue; che la maggiore occupazione trasforma in contribuenti diretti e paganti persone che prima (quali familiari di iscritti) erano assistiti senza concorrere alle spese, immettendo altresì nel lavoro elementi giovani, che abbassano il livello della morbilità gravante sulle mutue: ne risulta che ad esse mutue vanno tutti i vantaggi, ad esclusivo danno degli enti ospedalieri, privati delle entrate necessarie per soddisfare uno dei primari compiti e doveri di uno Stato moderno: quello di ridare la salute nel modo più completo e perfetto possibile e nel più breve tempo ai cittadini ammalati.

La situazione appare veramente grave: bisogna riportarla alla normalità, anzi alla legalità, al fine di evitare che gli istituti di previdenza e malattia continuino a specularvi sopra.

Il problema degli ospedali pubblici deve essere altresì riguardato alla luce della concorrenza fatta loro dalle case di cura private, punto che lo stesso relatore di maggioranza considera necessario risolvere. Bisogna infatti predisporre una particolare legge che abbia a regolamentare l'attività svolta dalle case di cura private (attività per altro quanto mai importante e che tanti meriti ha acquisito), per dare modo alle autorità sanitarie di controllare in qualsiasi momento la qualità delle attrezzature, la costante presenza e l'idoneità professionale del personale medico e di assistenza in esse impiegato. Quando le case di cura private saranno obbligate a svolgere le loro funzioni soddisfacendo tutti i doveri oggi imposti agli ospedali pubblici, esse non potranno più pretendere rette ospedaliere notevolmente inferiori a quelle degli ospedali, e quindi non stimoleranno più gli istituti assicuratori a preferirle per un puro calcolo economico.

Queste, signor Presidente, onorevoli colleghi, le cose che ho voluto dire, nella speranza che il ministro ne accolga i suggerimenti, al fine di servire meglio i nostri cittadini e gli istituti che sovrintendono a garantire la loro salute. (*Applausi al centro*).

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

PERINELLI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, un discorso sul bilancio di previsione del Ministero della sanità per il 1963-64, già di per sé difficile per

la complessità dei problemi da trattare, risulta ancor più difficile se dobbiamo farlo seguire da un voto di astensione, che a mio avviso dovrebbe essere addirittura negativo, se non altro per la scarsità dei mezzi posti a disposizione del Ministero stesso. Dal resto, chi legge con attenzione il discorso del ministro Jervolino al Senato ha la sensazione netta che, se avesse potuto, egli stesso avrebbe votato contro il bilancio, proprio per la ragione testè detta. Infatti, l'esiguità della cifra stanziata (58 miliardi scarsi) testimonia quanto poco il Governo abbia sentito la necessità di soddisfare un bisogno pubblico così importante come quello dell'assistenza sanitaria. Non intendo gettare la croce addosso esclusivamente a questo Governo o a questo ministro. Si tratta di una responsabilità che va equamente divisa fra i governi che si sono succeduti dal dopoguerra in poi. È evidente tuttavia che nessuno si è mai assunto la responsabilità di dar vita a una programmazione efficace che servisse una volta per sempre a risolvere il grosso problema dell'assistenza sanitaria.

Cosa si intende per programmazione? Si intende, evidentemente, l'indicazione degli strumenti e dei mezzi per correggere i difetti dell'attuale sistema. I suoi gravissimi difetti sono stati messi ampiamente in luce dai colleghi che mi hanno preceduto. Essi riguardano innanzi tutto la medicina preventiva. Il servizio medico scolastico, ad esempio, è affidato ai comuni, e quindi funziona più o meno bene a seconda che essi abbiano o meno i mezzi per farlo funzionare.

Riguardano, poi, anche la medicina curativa. Si è parlato a lungo degli ospedali e dell'assistenza mutualistica. Si è parlato anche del problema dell'industria farmaceutica. A questo riguardo concordo pienamente con quanto ha detto stamane l'onorevole Scarpa sulla necessità della nazionalizzazione dell'industria farmaceutica di base.

Non si è parlato, invece, della crisi delle facoltà mediche universitarie. Questo argomento non è di stretta competenza del Ministero della sanità; tuttavia, in un certo senso, interessa anche questo Ministero, perché è attraverso lo studio universitario che si formano — più o meno bene — le classi mediche che devono contribuire a risolvere il problema dell'assistenza sanitaria.

I difetti sono poi aggravati dagli squilibri regionali in atto nel nostro paese. Nell'Italia meridionale abbiamo esempi di piccole città (che tuttavia superano i 20 mila abitanti) dove non esistono né un ospedale, né un ambulatorio « Inam », né un dispensario antituber-

colare, e dove talvolta gli stessi ambulatori comunali sono privi di acqua corrente.

Occorre quindi che lo Stato intervenga con una programmazione nazionale che si articoli nell'ambito regionale attraverso i cosiddetti consigli regionali della sanità. Questi istituti regionali possono costituire i punti di contatto fra le esigenze locali e quelle generali, senza quei pericoli di eccessiva burocratizzazione che si lamentano in sede centrale.

Volendo soffermarmi partitamente su alcuni di questi problemi, vorrei trattare anzitutto della crisi delle facoltà mediche. Bisogna partire dall'articolo 34 della Costituzione, il quale stabilisce che « la scuola è aperta a tutti » e che « i capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, hanno diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi ». Ora non possiamo certo affermare che questa norma venga applicata quando si tratta di far giungere i giovani più meritevoli alla facoltà di medicina: così, del resto, come alle altre facoltà. Risulta da dati statistici che solo il 7,64 per cento dei laureati appartiene a famiglie di lavoratori subordinati: evidentemente tutta la grande massa dei laureati proviene da famiglie facoltose o i cui capifamiglia, comunque, esercitano un lavoro autonomo. La selezione, insomma, attuandosi in base al censo e non al merito, si applica soltanto su un numero limitato di cittadini; vengono conseguentemente ridotte le possibilità di acquisizione di elementi di valore. Il fenomeno è particolarmente grave per la facoltà di medicina, in quanto il relativo corso di studi è fra i più lunghi e i giovani e le loro famiglie non sono il più delle volte in condizioni di far fronte al relativo onere.

Ad aggravare il disagio delle facoltà mediche contribuisce la tendenza in atto a moltiplicare il numero degli insegnamenti, il che (come fece giustamente osservare l'onorevole Barbieri nella sua relazione al bilancio 1962-1963) porta ad estendere le nozioni ma non ad approfondire il livello della preparazione generale. Di conseguenza, i giovani arrivano alla laurea forniti di molte conoscenze, ma per lo più impreparati ad affrontare l'attività professionale. D'altra parte, quanti laureati in medicina sono in grado di frequentare realmente una clinica ospedaliera allo scopo di perfezionarsi, rinunciando per qualche tempo ad ogni possibilità di guadagno?

Vi è poi da considerare la scarsa efficienza delle scuole di specializzazione delle università, quasi sempre sovraffollate e che spesso non prescrivono l'obbligo della frequenza, co-

sicché il corso di specializzazione si riduce agli esami finali e a poche lezioni.

Anche la ricerca scientifica negli istituti universitari è inadeguata, soprattutto per mancanza di fondi. Se esaminiamo la percentuale del proprio reddito nazionale che i vari paesi europei dedicano a tali ricerche, constatiamo che l'Italia è agli ultimi posti, con lo 0,2 per cento, mentre la Francia spende il 2 per cento, altri paesi il 2,8 per cento e gli Stati Uniti il 3 per cento del loro reddito nazionale.

I modesti fondi assegnati, poi, non vengono utilizzati come dovrebbero. Spesso, infatti, fra i vari istituti universitari manca un collegamento sufficiente, per cui si procede in modo disorganico. Ad aggravare la crisi degli istituti universitari vi è la scarsità di assistenti che troppo poco pagati dirottano verso impieghi più remunerati.

In proposito è da ricordare il problema dei contributi che gli istituti mutuo-assistenziali versano alle cliniche universitarie; questi fondi dovrebbero essere equamente divisi fra gli assistenti, ma vengono invece versati ai direttori delle cliniche, che li distribuiscono a loro assoluta discrezione. Sarebbe necessario che il Ministero intervenisse al fine di ottenere una distribuzione più giusta.

Tutti questi elementi comportano un rendimento medio inferiore a quello di molte altre nazioni. È necessario, quindi un intervento dello Stato che dia ad ogni giovane la possibilità di raggiungere la laurea secondo una vera selezione di merito e non di censo; che fornisca le università dei mezzi necessari per la ricerca scientifica; che ridimensioni e renda più moderni i metodi di insegnamento.

Si è parlato a lungo della crisi degli ospedali. Il problema è aggravato dall'aumento dei ricoveri, dovuto a diverse cause: in primo luogo alla stessa evoluzione della medicina, che con le nuove terapie e le nuove tecniche obbliga al ricovero; in secondo luogo dal medico ospedaliero, in genere altamente qualificato. È da tenere inoltre presente che l'evenienza morbosa è legata agli aspetti tecnologici della moderna società, come gli infortuni industriali, gli incidenti stradali, ecc. A questo è da aggiungere la tendenza dei medici mutualistici a far ricoverare chi richiederebbe loro un eccessivo dispendio di tempo.

La crisi dell'ospedale è, in primo luogo, crisi di attrezzature, sia quantitative, sia qualitative. Secondo statistiche che differiscono da quelle che sono state qui enunciate da un altro oratore, sarebbero necessari per i pros-

simi dieci anni addirittura 240 mila posti-letto: 100 mila per gli acuti, 90 mila per i lungodegenti e 50 mila per i malati di mente. Tenendo poi conto che il nord, che rappresenta il 44 per cento della popolazione italiana, dispone del 60 per cento dei posti-letto, che il centro (che rappresenta il 18 per cento della popolazione italiana) dispone del 20 per cento, e che il sud e le isole (che rappresentano il 38 per cento della nostra popolazione) dispongono soltanto del 20 per cento dei posti-letto; è evidente la complessità del problema.

La crisi dell'edilizia ospedaliera, oltre che quantitativa è anche qualitativa, dato che la maggioranza degli ospedali italiani è costituita ancora in buona parte da vecchi conventi dell'età napoleonica o ancora anteriori (si veda il caso di Venezia).

Vi è poi — secondo punto — la crisi del personale ospedaliero, legata soprattutto (almeno per quanto riguarda i medici) a fattori economici. I medici (assistenti e aiuti) sono pagati troppo poco e quindi, avendo bisogno di arrotondare i propri introiti, devono lavorare fuori dell'ospedale, presso le mutue e gli ambulatori privati. È evidente che, oltre ai fattori economici, gioca anche, per gli assistenti e per gli aiuti, quello costituito dall'instabilità professionale. Di qui la necessità di creare ad un certo momento una condizione di maggiore sicurezza, in modo che possano frequentare regolarmente, a pieno impiego, l'ospedale. Altrimenti si determina un danno per gli stessi pazienti, dovuto al fatto che gli assistenti e gli aiuti ogni due o quattro anni vengono allontanati dall'ospedale e sostituiti con nuovi medici che all'inizio non hanno una sufficiente esperienza.

Terzo punto: la crisi amministrativa.

Qui il problema diventa ancora più complesso. Infatti essa è causata in parte dal fatto che ogni ospedale vive una vita un po' staccata dal contesto sanitario e sociale in cui opera. Molto spesso si crea, si amplia o si attrezza un ospedale senza tenere conto dell'ospedale vicino, dando vita ad inutili doppioni. D'altra parte, non esiste alcuno stimolo per nuove iniziative da parte delle autorità provinciali, che si limitano soltanto a controllare la legittimità delle deliberazioni delle amministrazioni ospedaliere.

Gli ospedali si reggono sulle rette, le quali o sono quelle stabilite per i poveri (e qui vengono in discussione le note carenze finanziarie dei comuni); o sono quelle degli enti mutualistici, e tutti sappiamo quante volte questi ultimi si rifiutano di pagare rette già

deliberate, sollevando un'infinità di cavilli, e quanti paghino i loro debiti con ritardi di anni, costringendo gli ospedali a contrarre a loro volta debiti sobbarcandosi ai relativi interessi per poter proseguire la propria attività.

Chi ne risente, anche in questo caso, è evidentemente il cittadino. Deriva quindi anche da ciò la necessità impellente di un intervento dello Stato il quale, attraverso un fondo sanitario nazionale, garantisca possibilità di vita e di sviluppo agli ospedali, tenendo presente però che un tale tipo di intervento non può essere dissociato da quello da compiersi nei riguardi delle mutue.

Per quanto riguarda l'assistenza mutualistica, la causa prima della crisi che si registra in questo settore è ravvisabile nella stessa pluralità delle mutue: ne esistono 16 di maggiore importanza ed una miriade di minori, con evidente danno economico per i doppioni che possono nascerne. La difficoltà maggiore sta nel superare la diversa normativa che esiste da mutua a mutua, per cui il trattamento del mutuato varia in maniera impressionante: vi sono mutue che pagano per intero i medicinali, altre che li pagano in parte, altre ancora che non li pagano affatto. Ricordo il caso paradossale di un mio conoscente, il quale mi disse di essersi recato all'« Enpas » per farsi applicare una protesi dentaria, per la quale l'ente — che precedentemente dava un contributo di 20 mila lire — aveva aumentato nel 1962 il contributo a 40 mila lire. Ebbene, fu respinto, poiché l'anno prima aveva già speso 20 mila lire per una protesi dentaria all'arcata superiore. In altri termini, se le due protesi fossero state fatte lo stesso anno, avrebbe avuto diritto al contributo; nel suo caso non aveva diritto a niente.

Per quanto riguarda la disparità fra mutuato e mutuo, non solo il mutuato non è eguale da vivo, ma neppure da morto. Voglio qui citare un'inchiesta fatta dal *Giorno* nel marzo 1963 sulla questione dell'assegno funerario. Scrive questo giornale: « Un lavoratore dell'agricoltura iscritto all'« Inam » non ha assegno funerario; un lavoratore dell'industria e del commercio iscritto all'« Inam » ha diritto a un assegno funerario di 2 mila lire; un lavoratore del credito e dell'assicurazione iscritto all'« Inam » ha diritto a un assegno funerario di 20 mila lire; un pescatore o un addetto ai servizi domestici iscritto all'« Inam » non ha assegno funerario alcuno... ».

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. È materia di competenza del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

PERINELLI. D'accordo, anche questa materia dovrebbe essere unificata e posta alle dipendenze del Ministero della sanità. Cito questi esempi per rilevare quali disparità esistono fra mutuato e mutuo. E ancora: « Poi ci sono i morti che non appartengono alle schiere dell'« Inam » ma a quelle di altri enti. Un lavoratore dello spettacolo ha un assegno funerario di 30 mila lire; un giornalista 200 mila lire; uno statale (« Enpas ») tra le 25 e le 40 mila lire », ecc.

C'è un'ultima questione che vorrei esaminare circa il problema dell'assistenza mutualistica, ed è quella dei medici mutualistici a quota capitaria. Ebbene, questo è un sistema che dovrebbe cessare: le visite dovrebbero essere pagate per notula e per ciclo di malattia, perché avere dei medici a quota capitaria significa che quando essi hanno aggogato al loro carro un certo numero di mutuatati, essi non si preoccupano più durante l'anno della validità o meno della loro assistenza: tirano la carretta nel migliore dei modi. Così si creano sempre nuove categorie di scontenti: gli scontenti perché prima non assistiti diventano scontenti perché male assistiti. Si crea altresì tutta una serie di diffidenze fra ammalato e medico, fra medico e mutua, fra mutua ed assistito, fra mutua ed ospedale. La somma di tutte queste diffidenze dà luogo a quella che io chiamerei la diffidenza con la D maiuscola: quella fra il cittadino e lo Stato, fra il cittadino e il Governo. Il cittadino ha la sensazione, giustificata, che il Governo si disinteressa della sua salute, o non se ne interessa a sufficienza. Che fare allora di fronte a questa situazione? È necessaria, urgente ed improrogabile una riforma sanitaria generale. Bisogna che Parlamento e Governo affrettino i tempi. L'Italia non può più rimanere agli ultimi posti della graduatoria mondiale. Sia che si pensi ad una gestione diretta dello Stato sull'esempio della Gran Bretagna o dei paesi orientali, sia che si pensi ad una gestione indiretta attraverso un unico ente controllato dallo Stato: bisogna comunque trovare il modo di formulare un'unitaria programmazione sanitaria ed ospedaliera, che venga, poi, rapidamente tradotta in pratica sotto l'egida esclusiva del ministro della sanità.

Dovranno, poi, essere — a nostro avviso — i consigli regionali sanitari, nell'ambito delle regioni a statuto ordinario, gli organi che potranno più facilmente concretizzare nell'area locale le formulazioni del piano nazionale.

Indubbiamente, un piano di tal genere, che dovrà prevedere la costruzione di un notevolissimo numero di nuovi impianti con le do-

vute attrezzature; dare nuova vita alle facoltà mediche universitarie nel quadro di una riforma universitaria generale; incrementare al massimo la ricerca scientifica, richiederà un massiccio sforzo finanziario. Ma se si pensa che lo scopo è quello di garantire l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini dalla nascita alla più tarda età, ebbene, credo che nessun prezzo sia da considerare eccessivo.

Onorevoli colleghi, concludendo desidero ricordare le parole del dottor Btsh, medico capo dell'Organizzazione mondiale della sanità, parole pronunciate in occasione di un congresso a Venezia il 4 giugno 1961: « Nel preambolo della costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità si dichiara che il possesso del miglior stato di salute che l'individuo è capace di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, quali che siano la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale ».

Ebbene, onorevoli colleghi, la tela sta lentamente calando su questo Governo ed io mi auguro che il prossimo e il Parlamento tutto, al disopra di ogni interesse particolaristico, realizzino questo diritto. Se così opereremo, credo che avremo contribuito da una parte a rendere più libero l'uomo, perché un uomo malato non è neppure libero, dall'altra ad allineare anche nel campo della salute pubblica il nostro paese su quelli più progrediti del mondo. (*Applausi a sinistra*).

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

BIGNARDI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, un autorevole esponente della maggioranza presente e — almeno a quanto pare — futura, ha ripetutamente affermato che l'esigenza primaria del nostro paese è in questo momento di pensare alle case, alle scuole e agli ospedali. Parrebbe quindi che i problemi di politica sanitaria siano per trovare adeguata comprensione. Di ciò per altro sia lecito dubitare; anzi è lecito dubitare, considerando il presente bilancio nelle cifre, nei concetti ispiratori, nella carenza di quell'auspicata chiarezza di visione sui compiti del Ministero della sanità in una moderna ed innovativa prospettiva di politica sanitaria.

Questo lo dice, si badi, il relatore per la maggioranza al Senato, senatore Criscuoli. Secondo il senatore Criscuoli, « il bilancio in esame è espressione di una politica sanitaria dimostratasi superata e inefficiente ». La somma a disposizione quest'anno, se apparentemente è aumentata di 2 miliardi, in realtà per la

svalutazione monetaria in atto è inferiore a quella dello scorso esercizio. Le conseguenze le trae lo stesso senatore Criscuoli, che ancora una volta citerò testualmente: « La politica sanitaria, avendo minori possibilità economiche dello scorso anno, sarà costretta a un forzato immobilismo ».

Altro che le previsioni, cui mi riferivo iniziando, dell'onorevole Saragat! E quali i rimedi a questo stato di cose? Il senatore Criscuoli propone due rimedi, e anzitutto si augura che « la programmazione possa costituire una efficace terapia ». Il collega socialista che mi ha preceduto a un certo punto si è rivolto un interrogativo: « Ma che cos'è la programmazione? », e da questi banchi ha risposto un eloquente: « Mah! ». Perché, in effetti, che cosa sia in concreto questa terapia, la programmazione, proposta ed elogiata nella relazione per la maggioranza al Senato, non viene specificato, non vengono date delucidazioni. Ho l'impressione che stia prendendo piede un vezzo: quello di affrontare tutti i problemi, di indicare la soluzione di tutti i problemi ricorrendo a una specie di parola-bacchetta magica, che dovrebbe risolvere tutto: una parola che si può intendere in mille modi diversi a seconda di chi parla, e poi in realtà finisce con l'essere uno di quegli « scatoloni vuoti », come li chiamava Luigi Einaudi, che non risolvono un bel niente.

Il secondo rimedio accennato dal relatore al Senato consiste nel proporre una riforma radicale del sistema attraverso la statizzazione dell'assistenza, secondo l'esempio inglese, che peraltro non so fino a che punto sia probante, tant'è vero che già al Senato sono stati citati i risultati negativi del *Health Service* inglese.

Tra la documentazione esibita nella relazione al bilancio appaiono due tabelle, quelle a pagina 23 e 24, addirittura impressionanti. La prima si riferisce alla capacità ricettiva dei nostri ospedali. Da essa risulta che la capacità ricettiva dei nostri ospedali è più bassa della maggior parte dei paesi europei. Secondo le statistiche indicate nella relazione al Senato (non ho visto una uguale statistica nella pur accurata relazione dell'onorevole Lattanzio, mentre vi è una tabella riferita al 1959 nella relazione Messinetti, i cui dati non divergono da quelli esibiti al Senato e riferentisi al 1958), in Italia vi sono 3,98 posti-letto per mille abitanti, contro i 6,35 della Svizzera, i 6,58 della Germania e gli 11,6 dell'Inghilterra.

LATTANZIO, Relatore per la maggioranza. Ma queste statistiche si riferiscono al numero dei posti-letto per malati acuti.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

BIGNARDI. Mi riferisco a quanto pubblicato dalla relazione al Senato a pagina 23.

Ancora più impressionante è la tabella pubblicata a pagina 24, i cui dati non diversificano sostanzialmente da quelli indicati nella relazione di minoranza alla Camera. Per l'Italia settentrionale siamo a 6,03 posti-letto per mille abitanti, cioè praticamente il nord Italia è — sotto questo profilo — a un livello europeo.

Ma nell'Italia centrale la percentuale scende a 4,82, e nell'Italia meridionale a 2,23. Mi sembra pertanto che le conclusioni a cui perviene il relatore per la maggioranza al Senato, considerate queste cifre, siano perfettamente legittime, e io stesso le sottoscrivo. Alludo anzitutto alla conclusione, secondo cui « l'indice percentuale non è sufficiente a valutare la ricettività della situazione ospedaliera, essendo errato ritenere disponibili posti-letto del tutto inidonei o di ospedali assolutamente da dismettere, come il caso del vecchio ospedale di Taranto, talmente fatiscente e inadeguato da avere una corsia denominata « la catacomba » e di altri ancora in simili condizioni ». (*Interruzione del deputato Gennai Tonietti Erisia*).

Sto leggendo un documento che viene dal vostro gruppo politico, onorevoli colleghi democristiani, un documento che, se non vado errato, è di soli 15 o 20 giorni fa.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Comunque, noi discutiamo sulla nostra relazione.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Non dobbiamo dimenticare l'indipendenza e l'autonomia della Camera.

BIGNARDI. L'autonomia della Camera non è in discussione. Comunque chi vuole intervenire sul bilancio deve consultare anche la relazione presentata al Senato, che in ordine di tempo ha preceduto quella della Camera. E quando relazioni del genere offrono eleganti argomenti di polemica politica, è perfettamente legittimo servirsene.

Tornando alla relazione del Senato, mi piace ricordare quest'altra giusta osservazione: « Dall'errato sistema ancora, purtroppo, vigente deriva che gli ospedali si infittiscono nella zone ricche e con una percentuale già buona di posti-letto, mentre nelle zone depresse e arretrate del paese si rarificano sempre più in senso assoluto e in rapporto alla popolazione, e decadono sul piano qualitativo, essendo deteriorati, superati nelle strutture e insufficientemente attrezzati in rapporto alle maggiori necessità determinate dalla continua evoluzione tecnico-scientifica ».

Una osservazione da sottoscrivere pienamente, per quanto mi concerne, e che conferma i dati statistici che prima citavo.

Vorrei ora accennare brevemente alla necessità di una riforma della legislazione sulle opere pie ospedaliere, tema che andrebbe meglio collocato e sviluppato in sede di bilancio dell'interno ma che, per connessione della materia, voglio accennare in questa sede.

Siamo di fronte a una legislazione sulle opere pie ospedaliere, a mio modo di vedere, completamente superata. Siamo di fronte ad amministrazioni strettamente politicizzate e legate a interessi locali, mentre dobbiamo cercare un nuovo equilibrio legislativo per questi enti, un nuovo equilibrio che punti ad assicurare da una parte l'autonomia e dall'altra a garantire il pubblico servizio nell'interesse generale del paese, e per la nomina degli amministratori dobbiamo cercare una via di mezzo tra le indicazioni degli enti locali e la necessità di assicurare competenze amministrative, e sanitarie specifiche, alle amministrazioni di queste opere pie.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Le amministrazioni non devono avere competenze sanitarie specifiche.

BIGNARDI. Posso essere d'accordo sulla sua osservazione. Per la verità mi ero limitato in un primo momento ad annotare la necessità di competenze amministrative, perché quello che più colpisce oggi in Italia è l'assoluta politicizzazione di queste amministrazioni senza alcuna garanzia di competenza nell'amministrazione di patrimoni spesso cospicui che la privata beneficenza ha elargito e che sono sovente amministrati al puro servizio di interessi sindacali.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Non generalizzi!

BIGNARDI. Non generalizzo, ma vengo da un collegio dove di ciò si ha ampia esperienza. Se ho aggiunto le competenze sanitarie specifiche, l'ho fatto sapendo perfettamente che oggi in veste di consulenti i dirigenti sanitari degli enti ospedalieri fanno parte di queste commissioni.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Si tratta di consulenza obbligatoria in determinate materie previste dalla legge.

BIGNARDI. Esatto: conosco un po' le cose di cui sto parlando. Credo non vi sarebbe nulla di male se, per esempio, oltre questa consulenza obbligatoria in determinate materie previste dalla legge, vi fosse la presenza obbligatoria di un igienista, di un urbanista, di un sociologo.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

GENNAI TONIETTI ERISIA. Ma i direttori sanitari sono igienisti, i sovrintendenti sono igienisti. Ne abbiamo. (*Commenti*).

BIGNARDI. Apprezzando le interruzioni della egregia collega, debbo concludere su questo punto confermando il mio punto di vista sulla necessità di una riforma della legislazione delle opere pie ospedaliere.

Passo ad altro argomento. Nella previsione del bilancio in esame è compreso il contributo dello Stato all'Opera per la protezione della maternità e dell'infanzia, opera che presiede all'assistenza delle gestanti, delle madri e dell'infanzia ed è sottoposta alla vigilanza tecnica ed amministrativa del Ministero della sanità. Tale contributo è fissato, anche per il corrente esercizio, in 15 miliardi, né più né meno che per i precedenti esercizi 1960-61 e 1961-62: come se nulla fosse avvenuto in questo triennio e come se la svalutazione monetaria intervenuta (è un caso particolare dell'osservazione generale che facevo all'inizio sulla svalutazione) dovesse essere scontata dalle madri e dai bambini.

Restando fermo lo stanziamento di 15 miliardi, come tre anni fa, occorrerebbe ridurre l'attuale misura dell'assistenza, già contenuta in limiti minimi, né d'altra parte sarebbe consentito all'O.N.M.I. alcun programma di adeguamento alle nuove esigenze dell'assistenza materno-infantile. È invece necessario soprattutto un maggior numero di asili-nido per lattanti e divezzi fino ai tre anni, per andare incontro alle necessità delle madri lavoratrici (una schiera, già forte di sei milioni di unità, e che si accresce rapidamente ogni giorno) le quali, durante le ore di lavoro, hanno bisogno di sapere custoditi e ben assistiti i loro figli. E questo per tacere dei tanti altri aspetti dell'assistenza dell'O.N.M.I., come i consultori per le gestanti, i consultori pediatrici, i consultori medico-psico-pedagogici, l'assistenza ai minorati psichici e fisici, ai minori in stato di abbandono morale o materiale, alle gestanti nubili, agli esposti che hanno superato il quindicesimo anno di età.

Mi pare incontestabile che lo stanziamento di 15 miliardi debba ritenersi assolutamente insufficiente sia per l'assistenza in atto, sia per le nuove esigenze. Da un punto di vista strettamente politico, è da rilevare, poi, che gli enti locali — e ciò specialmente dove questi sono nelle mani dei partiti di estrema sinistra — premono affinché l'assistenza materno-infantile diventi un loro appannaggio, con lo scopo ben comprensibile di costituirsi un altro punto d'appoggio e di proselitismo politico.

L'insufficienza dei fondi dati all'O.N.M.I. e le conseguenti carenze assistenziali finiscono con il favorire questi inconfessati scopi degli enti locali, che già qua e là vanno prendendo iniziative tendenti a sostituirsi all'ente nazionale.

Infine va sottolineato il fatto che le strutture burocratico-amministrative dell'ente sono effettivamente da rivedere. In molte province le federazioni provinciali dell'O.N.M.I. sono rette da un comitato straordinario di nomina ministeriale, e non si è ancora provveduto a ripristinare i comitati provinciali e comunali dell'Opera.

Tali modifiche devono essere apportate con una legge che abroghi o modifichi la precedente del 1934; ma finora le proposte presentate in merito al Parlamento nelle diverse legislature non sono mai giunte in porto.

Per soffermarmi un momento sulla situazione dell'Opera maternità e infanzia nella mia provincia di Bologna, dirò che anche provincialmente la situazione non appare migliore. Il funzionamento dei 140 consultori pediatrici e materni, dei 16 asili-nido per lattanti e divezzi, l'assistenza con alimenti e ricostituenti a oltre settemila bambini e duemila gestanti e madri nutrici, l'affido ad istituti educativi assistenziali o a custodia presso famiglie di quasi 300 minori in stato di abbandono morale e materiale, l'assistenza ai numerosi minorati psichici, tutte queste provvidenze dovranno essere notevolmente ridotte e, in qualche caso, soppresse, qualora l'assegnazione dei fondi alla Federazione provinciale di assistenza sia, come per gli anni 1960-1961 e 1961-62, stazionaria intorno ai 240 milioni. Infatti i soli oneri per il personale sanitario-assistenziale sono aumentati di circa il 30 per cento, mentre il costo dei vari interventi assistenziali è aumentato di oltre il 20 per cento; pertanto non resta che mettere in atto penose, drastiche riduzioni dell'assistenza materno-infantile, con comprensibili riflessi anche di natura politica.

È da rilevare, infatti, che molti provvedimenti assistenziali sono diretti alle numerose famiglie immigrate dal sud e dalle province finitime, specialmente da Rovigo e da Ferrara, famiglie di solito cariche di prole, che trovano gravi difficoltà nella sistemazione in città e che, perdurando la situazione esposta, non potrebbero trovare un benché minimo appoggio assistenziale.

Passando ad altro tema, desidero ricordare una mia interrogazione di qualche settimana fa sui problemi della prevenzione oncologica. In quella interrogazione, facendo-

mi eco dei voti di igienisti e sociologi partecipanti al VI corso nazionale di educazione sanitaria di Perugia, chiedevo di apprestare i mezzi per controlli diagnostici di massa in ordine a quel gravissimo flagello sociale che è il cancro. E mi permettevo di osservare che appare, a mio avviso di profano, stridente la sperequazione in atto fra gli apprestamenti per la prevenzione oncologica e quelli per la prevenzione antitubercolare. Per quest'ultima difatti c'è una vasta opera, che ha riscosso benemerenzze insigni, ma non può non apparire sproporzionata se si tiene conto della molto maggiore pericolosità di quell'altro flagello sociale che è il cancro.

Ora, la risposta che ho avuto a questa mia interrogazione, che, ripeto, avevo presentato da profano, con animo veramente angosciato di fronte a questo che è il problema più terribile di oggi, un problema per il quale vi è veramente da chiedersi se tutti gli sforzi siano stati compiuti, se tutto il fattibile sia stato tentato e se non si debba configurare un nuovo sforzo collettivo, una collaborazione fra scienziati, medici pratici, sociologi, istituti assistenziali e cliniche universitarie per contenere il passo al terribile male, la risposta — dicevo — che ho avuto a questa mia interrogazione è stata negativa, è stata di pessimismo. In sostanza mi si diceva: d'accordo, si potrà anche pensare ad estendere i controlli di massa, ma le finalità purtroppo non sono conseguibili. Quindi, una risposta improntata a netto pessimismo, a netto scetticismo sulla opportunità di quanto ero andato proponendo forse con ingenuità, forse da profano della materia.

Leggevo proprio in questi giorni lo scritto di un illustre cancerologo, il professor Gardini. Si tratta di una relazione tenuta al secondo congresso nazionale della Società italiana di cancerologia, a Napoli nel 1961. A pagina 24 di questa relazione leggevo questo passo: « Già il compianto Rondoni ebbe a dire, anni fa, con efficace esemplificazione che, su quattro malati di cancro, uno guarisce sicuramente grazie alle moderne terapie ed un altro potrebbe guarire, se la organizzazione della lotta contro i tumori fosse più perfetta. Gli altri due malati di cancro debbono, per il momento, considerarsi perduti in partenza. La situazione non è andata migliorando in questi ultimi anni. Affermazioni pressoché concordi denunciano che solo nel 25 per cento dei pazienti il male viene diagnosticato, e giunge quindi alle cure, allo stadio di recupero (e questo recupero non sempre è totale e pronto). Il restante 75 per cento si presenta

in uno stadio già assai avanzato; in questa grossa cifra è preponderante l'aliquota degli inguaribili ».

Ora, se è vero quello che un eminente scienziato ha affermato, che cioè su 4 ammalati di cancro uno sarebbe guaribile se fosse tempestivamente diagnosticato il male e curato, devo dire che non comprendo allora lo scetticismo della risposta all'interrogazione che avevo presentato, perché un malato recuperato su quattro rappresenta pur sempre un risultato positivo, tale da giustificare lo sforzo immenso che uno Stato moderno deve fare per recuperare quanti, allo stadio attuale della conoscenza scientifica, è possibile recuperare. E uno sforzo immenso che lo Stato ha il dovere di fare per tentare tutto il tentabile onde contenere il passo a questo male.

Del resto, eminenti studiosi propongono organici piani di lotta in questo settore. Nello stesso congresso di Napoli un eminente studioso di altro campo, un esperto di problemi assistenziali, non un medico, il professor Baldi, indicava i temi per una lotta nazionale contro il flagello dei tumori e li sintetizzava in quattro punti: 1) una ricerca scientifica sempre meglio organizzata; 2) l'efficace e sistematico coordinamento di ogni indagine e studio; 3) il funzionamento a pieno ritmo di un centro motore in grado di raccogliere ed elaborare il materiale statistico proveniente da tutte le fonti, di valutare la quantità e la natura delle provvidenze concretamente elargite dagli istituti di qualsiasi specie, di intervenire con efficace prontezza e profonda umanità là dove non giunge, o cessa, il diritto e si manifesta la lacunosità o l'impotenza dell'assistenza pubblica e della carità privata; 4) infine, una adeguata provvista di mezzi finanziari per la intensificazione della ricerca scientifica e il potenziamento delle attrezzature e della capacità recettiva dei centri, ospedali e reparti specializzati, provvista di mezzi finanziari ricorrendo eventualmente ad una tassa *ad hoc* per finanziare una campagna di ricerche, una campagna di lotta contro il male del nostro tempo.

Ora, per concludere su questo punto, io non vedo quanto sia conciliabile quello che affermava il professor Gardini, del possibile recupero di un malato su quattro se pronte sono la diagnosi e la terapia, con lo scetticismo che ispirava nettamente la risposta alla mia interrogazione; e mentre sento il professor Baldi invocare l'intensificazione e il coordinamento degli sforzi e l'acquisizione di mezzi finanziari imponenti quali la terribilità

del problema impone, non mi pare di avvertire una rispondenza da parte di chi dovrebbe provvedere. Ed è veramente, ripeto, da profano che trovo inspiegabile ciò, mentre da politico lo trovo politicamente negativo.

Ho ancora brevi osservazioni su qualche altro tema, anzitutto su un tema che pure trova largo spazio nelle relazioni del Senato e della Camera: quello della preoccupante ripresa delle malattie veneree. Se ne occupa in una diligente disamina il relatore Lattanzio, dalla cui opinione per altro mi accadrà di divergere. A me, cioè, non pare contestabile il nesso tra prostituzione e malattie veneree e mi pare assurdo che nel nostro paese si possa proporre quanto propone l'onorevole relatore al Senato (leggo a pagina 40): « Un aiuto economico concesso alle passeggiatrici di mestiere durante il ricovero in ospedale (una specie di sussidio di disoccupazione) potrebbe forse contribuire a vincere l'attuale ritrosia ed a spingerle più facilmente a farsi osservare e curare ».

Una specie di sussidio di disoccupazione: testuale! (*Commenti*). Non so veramente se la nostra collega onorevole Merlin, ove fosse ancora presente in questa Camera, si scandalizzerebbe di queste osservazioni e di queste proposte. Per conto mio credo debba puntarsi sul ripristino della visita obbligatoria. È assurdo che, mentre per esercitare determinate professioni, quale quella del barbiere o del macellaio, si deve passare attraverso una visita obbligatoria che accerti l'integrità dello stato di salute, non sussista un vaglio obbligatorio per i casi di constatato evidente esercizio della prostituzione.

Credo pertanto si debba pensare ad innovazioni legislative che, nel caso di constatato evidente esercizio della prostituzione, configurino un reato contravvenzionale quando sia accertato il sottrarsi da parte della prostituta alla visita obbligatoria; mentre nel caso di prostitute che si sottraggono alla visita e risultino malate, si presuma il reato di contagio e si contesti un reato contro la sanità pubblica.

Io propongo dunque la configurazione di due nuovi reati e l'introduzione della visita obbligatoria. Se questo non si farà, credo che andremo incontro ad altre sorprese e vicende, non certo commendevoli.

Altri problemi mi si affollerebbero alla mente, ma — avviandomi a concludere — mi soffermerò brevemente soltanto su uno, richiamato nella relazione per la maggioranza dall'onorevole Lattanzio: quello della lotta contro la tubercolosi bovina, una lotta in cui

altri paesi sono nettamente più avanti di noi. Sottoscrivo pienamente quanto al riguardo afferma l'onorevole Lattanzio, che cioè occorre « affermare il principio di una legge quadro che coordini le iniziative in atto e le faccia confluire verso un unico obiettivo: quello del risanamento dei soggetti e dei relativi ambienti di allevamento ». È necessaria questa legge-quadro, come è necessario uno stretto coordinamento tra organi statali e organizzazioni agricole, come è necessario soprattutto un congruo finanziamento del programma di risanamento degli allevamenti nazionali, sussidiando l'eliminazione dei capi infetti e garantendo mutui per gli allevamenti esenti da infezioni, e tali risultanti da controlli specifici.

Onorevole Lattanzio, il tema che ella ha giustamente sollevato nella sua relazione ha formato oggetto di una dotta prolusione all'Accademia nazionale di agricoltura lo scorso anno. Il relatore concluse il suo intervento pressapoco così: « Tutto quello che ho detto è bellissima, però non conta niente se non vi sono i soldi, perché il problema della lotta per il risanamento zootecnico è problema di provvista di mezzi finanziari per affrontarlo ».

Concludendo, onorevole ministro, sottolineerò ancora una volta che, dati i compiti complessi e vari cui deve attendere il suo dicastero, è necessario che i problemi sanitari siano visti con mentalità agile e innovatrice, e siano affrontati con finanziamenti adeguati, senza i quali le buone intenzioni dell'onorevole Saragat, che citavo iniziando, restano solo intenzioni e rischiano di diventare velleità.

Sotto questo profilo, non possiamo nascondere le nostre preoccupazioni per l'avvenire, tanto più gravi queste preoccupazioni anche per un caso specifico il cui esame è abbinato alla discussione del bilancio, il caso dell'Istituto superiore per la sanità, in ordine al quale sono state formulate richieste di chiarimenti su episodi che effettivamente necessitano di un chiarimento: funzionari che diventerebbero fornitori; materiale svenduto per cifre inferiori al valore; assunzione di parenti, nepotismo, clientelismo; dattilografe che percepirebbero gratifiche superiori a quelle d'un capodivisione; due premi Nobel che lasciano l'Istituto in una ridda di voci non chiare e non facilmente controllabili.

Mi auguro che su ciò la Camera avrà precisi chiarimenti, ma non posso non sottolineare il discredito che il ripetersi a catena, su maggiore o minore scala, in questo o in quel settore, di episodi consimili getta sulle isti-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

tuzioni dello Stato: uno Stato che mai come ora si sente debole, assente, ferito nel suo prestigio e nella sua dignità.

È in questa cornice, colleghi della maggioranza, che si conclude la discussione dei bilanci e ci si avvia alla crisi di governo, ci si avvia alla svolta politica con cui l'onorevole Moro ritiene di scolpire il suo nome nella storia del nostro paese. (*Applausi*).

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

BERLINGUER MARIO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, mi occuperò di un solo problema, quello dei tubercolotici, parlando con l'esperienza che mi deriva dall'ufficio di presidente nazionale dell'U.L.T. (Unione per la lotta alla tubercolosi), che ho assunto da oltre un decennio.

Voi tutti avete notizia delle agitazioni nei sanatori ed in pubblico; e molti di voi hanno anche personalmente assistito ai drammatici cortei di degenti attraverso le strade delle nostre città e dovunque esistono tali sanatori e cliniche specializzate. Quanto a me, ho dovuto prender la parola, alcuni mesi fa, nella mia Sassari dinanzi ad un corteo di tubercolotici, anche per scongiurarli a sospendere lo sciopero della fame, particolarmente pericoloso per organismi debilitati; e a Roma sono stato alla testa di oltre mille degenti, che, dopo aver sfilato per alcune vie della capitale, si sono recati con me presso i presidenti delle Commissioni al Senato e alla Camera, ed alla Camera hanno pure avuto un colloquio con il nostro vicepresidente onorevole Paolo Rossi, che si è mostrato comprensivo e cortese.

Posso affermare con sicurezza, onorevoli colleghi, che questo problema non soltanto è sentito dai tubercolotici e dalle loro famiglie, ma ha anche mosso e commosso la coscienza pubblica ed il Parlamento. Alla Camera, per esempio, oltre alla proposta di legge di cui sono primo firmatario e firmata anche dai colleghi Sulotto, Vigorelli e Scarpa, vi sono altre proposte di legge: due proposte a firma dei deputati Lama e Santi, cioè di rappresentanti della C.G.I.L., e tre proposte di un deputato del gruppo democristiano. Al Senato poi sono state presentate proposte di legge dal senatore Monaldi e dalle sinistre, nonché un disegno di legge governativo.

È noto che i tubercolotici si dividono in due categorie: quelli assistiti dalla Previdenza sociale e quelli assistiti dallo Stato (Ministero della sanità) e dai consorzi provinciali antitubercolari.

Quanto a quelli assistiti dalla Previdenza sociale, nei giorni scorsi, dopo un laborioso dibattito della Commissione lavoro al Senato, presieduta da un socialista, l'illustre professore Macaggi, si è raggiunto un accordo da parte di tutti i gruppi, anche in ordine alla costituzione — proposta pure dal senatore socialista Di Prisco — di un Comitato ristretto, il quale dovrà, entro una scadenza non lontana, preparare un nuovo schema di legge per migliorare la condizione dei malati di questa categoria. Per quanto riguarda gli assistiti dallo Stato e dai consorzi antitubercolari, abbiamo saputo in questi giorni che il ministro Jervolino, dopo le agitazioni, ha inviato al Ministero del tesoro una richiesta di finanziamento per due miliardi. È una cifra assolutamente esigua ed anzi irrisoria, se si consideri che per gli assistiti dalla Previdenza sociale la copertura, così come è stata precisata dai gruppi del Senato, è di gran lunga superiore anche come percentuale rispetto alla differenza quantitativa fra i due gruppi di assistiti.

Ma occorre specialmente aggiungere che proprio i tubercolotici assistiti dallo Stato e dai consorzi sono in condizioni di grave inferiorità rispetto a coloro che sono assistiti da enti previdenziali. Dobbiamo quindi deplorare che lo Stato, il quale dovrebbe essere esempio di sensibilità sociale, sia invece in una posizione gravemente più arretrata rispetto a quella degli enti previdenziali. (*Approvazioni*).

Si è parlato, è vero, e più volte, di unificazione nel trattamento economico delle due categorie; ma si è sempre tralasciato di promesse e di propositi di studio che non hanno mai approdato a nulla.

Affinché coloro che non sono edotti del problema possano rendersi conto della drammatica situazione in cui si trovano oggi i tubercolotici assistiti dal Ministero della sanità e dai consorzi provinciali, basterà tener presente che questa è l'unica categoria che dalla data di una proposta di legge da me presentata al Senato nel 1953 ad oggi non ha avuto alcun miglioramento. Mentre tutte le categorie di lavoratori attivi, di pensionati e gli stessi assistiti dall'I.N.P.S. hanno visto migliorate in questo decennio le loro condizioni, sia pure in misure inadeguate, i tubercolotici assistiti dallo Stato non hanno avuto nulla, assolutamente nulla! Essi non godono di alcun sussidio sanatoriale e per la degenza devono anzi affrontare spese, pagarsi la biancheria, la laneria, gli abiti (qualche volta si concede loro una specie di divisa) e persino i piccoli oggetti di igiene personale, né possono fare an-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

pello alle famiglie che spesso versano esse pure in maggiori difficoltà, proprio perché si è ammalato colui che poteva, sia pure miseramente, sostenerle.

Il ministro Jervolino non ha potuto non rendersi conto della gravità del problema e il 13 marzo scorso ha inviato una circolare ai prefetti, ai medici provinciali e ai dirigenti dei consorzi provinciali, chiedendo sostanzialmente che essi si sostituiscano allo Stato con l'elargire a questi nostri sfortunati concittadini qualche piccolo sussidio durante la degenza nei sanatori. Ma si trattava di un appello e nulla più, rimasto inascoltato, salvo pochissimi casi, anche perché quasi tutti i consorzi antitubercolari hanno un bilancio deficitario. Così una numerosa categoria di cittadini è rimasta praticamente priva di ogni assistenza economica. L'onorevole Bignardi ha giustamente auspicato un'opera di profilassi contro quel terribile flagello che è il cancro; ma, a mio avviso, è ben più grave che non esista attualmente un'adeguata tutela preventiva contro la tubercolosi, che colpisce un numero di cittadini di gran lunga superiore, poiché le diagnosi precoci e la schermografia di massa nelle scuole, fra i soldati, nelle altre collettività si attuano in misura assolutamente insufficiente.

Come ho detto, il sussidio sanatoriale non viene concesso agli assistiti dal Ministero della sanità e dai consorzi. E ciò crea, anche dal punto di vista psicologico, una condizione di umiliante mortificazione nei malati assistiti dallo Stato e dai consorzi provinciali, i quali spessissimo vivono accanto negli stessi sanatori ai degenti assistiti dall'I.N.P.S. Questa disparità di trattamento inaspisce la loro sofferenza e conferma la sfiducia della misera categoria nella sensibilità dello Stato. E non basta. Il periodo più grave e più difficile, ed anche più doloroso, è quello che segue alla dimissione dal sanatorio per guarigione soltanto clinica e che si inizia con il ritorno degli infelici in seno alla famiglia. Infatti, chi è guarito soltanto clinicamente, tornando debilitato fra i suoi cari, non può, almeno nei primi mesi, dedicarsi al lavoro, e vive sotto il terribile incubo di diventare fomite di contagio per la sua famiglia e specialmente per i bambini. D'altronde il convalescente non può avere quella nutrizione particolare necessaria per una guarigione completa. Accade così che con sempre maggiore frequenza, i dimessi per guarigione clinica rientrano al sanatorio 7, 8 e anche 10 volte.

È vero che la mortalità per tubercolosi è notevolmente diminuita. Ciò si deve alle con-

quiste della scienza specialmente italiana e al prodigarsi dei medici nella appassionata cura di questi malati. La morbilità, però, non è diminuita, specialmente nelle province più povere e nelle zone più depresse. Dalle statistiche sembra che questo triste primato appartenga alla mia Sardegna. Alcune settimane fa si tenne a Roma un grande convegno di tutti i rappresentanti dei tisiologi italiani. Poco dopo ebbe luogo un nostro grande convegno nazionale e fummo ospiti della Federazione italiana contro la tubercolosi, di cui fanno parte moltissimi medici e che è presieduta e diretta da insigni specialisti. Il segretario generale professor L'Eltore ci accolse con un discorso pieno di comprensione e ricordò la nuova svolta data alla lotta contro la tubercolosi da quel congresso cui avevano partecipato insigni scienziati di tutto il mondo e dove ancora una volta si era riconosciuto il grande apporto scientifico del nostro paese alla lotta contro la tubercolosi. Nel suo elevato discorso il professor L'Eltore precisò che il congresso era arrivato ad una importante svolta: cioè all'intesa per una lotta non più nazionale, ma globale, per una lotta da condursi in ogni paese con impegno comune e in base a direttive unitarie.

Dicevo che la morbilità non è stata debellata; e ciò anche per le condizioni di vita cui sono soggetti spesso i lavoratori nelle loro famiglie: ambienti malsani, sovrappopolati, nessuna possibilità di una tutela igienica, anche la più elementare. A ciò si devono le recidive e l'insorgere impressionante di infezioni primarie.

Ho accennato alla mancanza di ogni sussidio sanatoriale per la categoria di tubercolotici dei quali vi ho particolarmente parlato. Vi ho pure detto che irrisorio è il loro sussidio post-sanatoriale in confronto a quello che riscuotono gli assistiti dalla previdenza sociale. Ma devo ancora aggiungere un'altra inammissibile condizione di inferiorità: gli assistiti della Previdenza sociale hanno ottenuto il premio natalizio mentre non è stato concesso agli altri. Nei sanatori per tubercolotici si sente con particolare commozione la solennità di queste ricorrenze festive, e non soltanto sotto l'aspetto religioso, ma anche sotto il particolarissimo aspetto psicologico che ha una notevole importanza in questo tipo di malattia. Ebbene, nei sanatori convivono coloro che hanno diritto al premio natalizio e che prestissimo lo vedranno aumentato dalla legge che sarà promulgata in questi giorni, e coloro che non hanno nulla, cioè neppure quelle poche migliaia di lire,

che invierebbero probabilmente ai loro cari per risollevarne, una volta all'anno, la squalida miseria e la profonda desolazione. (*Approvazioni*).

Devo notare che nella richiesta che ho già ricordato del ministro Jervolino al Ministero del tesoro per lo stanziamento di una somma per i tubercolotici assistiti dal Ministero della sanità e dai consorzi provinciali, si parla di due miliardi da utilizzarsi per un magro sussidio sanatoriale e un lieve aumento di quello postsanatoriale; ma non si parla affatto del premio natalizio. Ecco perché noi abbiamo chiesto e chiediamo con forza che le leggi per questi tubercolotici siano poste immediatamente all'ordine del giorno delle Commissioni competenti in sede legislativa.

Aggiungo che lo stesso ministro, in seguito alle agitazioni dei malati così ingiustamente trascurati, inviò anche per questo problema un appello ai prefetti, ai medici provinciali, ai consorzi antitubercolari, invitandoli a fare il possibile affinché, in occasione del Natale, anche coloro che non avevano diritto al premio natalizio ricevessero qualche sovvenzione. Ma, ancora una volta, pochissimi consorzi hanno raccolto l'appello, sempre a causa delle condizioni dei bilanci consorziali. Ed aggiungo che noi abbiamo pure chiesto un acconto per questa categoria, in attesa della prossima legge, e il premio per il vicino Natale.

Concludo con due considerazioni politiche. La prima è la seguente: noi socialisti poniamo anche il problema dei tubercolotici in quella che è la direttrice costante e coerente di tutte le nostre azioni politiche e parlamentari. L'onorevole Perinelli del mio gruppo, parlando poco prima di me, ha accennato alla esigenza di attuare la Carta costituzionale, riferendosi all'articolo 34 della Costituzione, per quanto riguarda la scuola. Anche per quanto riguarda i tubercolotici, e insieme con essi tutti i lavoratori, i pensionati, i disoccupati, ed anche i malati, vi sono due norme costituzionali fra le tante non ancora attuate: l'articolo 32 per il quale: « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività » e l'articolo 38, secondo il quale « i lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria ».

Non chiediamo oggi mezzi adeguati di vita per i tubercolotici di ogni categoria; chiediamo il minimo vitale illustrato più volte al Senato da un nostro compagno, docente universitario e valente studioso. il senatore Al-

berti, il quale ha precisato in che cosa consiste tale minimo vitale: ha determinato le indispensabili calorie, ma ha aggiunto pure che il minimo non consiste soltanto nella alimentazione, ma anche nell'alloggio, nell'abbigliamento, nei mezzi di trasporto, in alcune minime necessità insopprimibili, come, ad esempio, qualche sigaretta ed un giornale. Per raggiungere questo minimo vitale, purtroppo, bisognerà ancora percorrere lunga strada sia per i pensionati sia, soprattutto, per i tubercolotici.

Ecco perché caposaldo della nostra azione è l'attuazione della Costituzione repubblicana anche in questo settore. Poco fa il collega liberale Bignardi diceva che non è giusto che per le coperture anche di provvedimenti sociali si inaspriscano certi oneri tributari. Può darsi che abbia qualche ragione. Ma io credo che se finalmente in Italia si potessero eliminare tanti sperperi, tanti favoritismi, tante esose speculazioni e smobilitare le incredibili spese di governi e sottogoverni (se ne è parlato anche a proposito del Ministero della sanità ed io non voglio tornare sulle denunce di altri colleghi della sinistra), se fosse possibile eliminare questa triste situazione di permanente scandalo, sarebbe allora assai facile reperire i fondi per risolvere i più gravi problemi sociali e particolarmente quello dei tubercolotici.

Qualunque governo voglia marciare su una linea di democrazia, di socialità e di moralità pubblica deve tenere nel debito conto la necessità di salvaguardare le categorie più bisognose dell'aiuto della collettività, e fra queste in genere e in primo luogo quella dei tubercolotici, le esigenze dei quali dovrebbero essere considerate con criterio di assoluta priorità.

È questo, onorevoli colleghi, un problema essenziale ed urgentissimo di toccante giustizia e di profonda umanità. (*Applausi — Congratulazioni*).

Presentazione di disegni di legge e loro deferimento a Commissioni.

MARTINELLI, *Ministro delle finanze*. Chiedo di parlare per la presentazione di disegni di legge.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARTINELLI, *Ministro delle finanze*. Mi onoro presentare il disegno di legge:

« Unificazione delle aliquote d'imposta di bollo sulle cambiali e sugli altri effetti di commercio ».

Presento inoltre, a nome del Presidente del Consiglio dei ministri, il disegno di legge:

« Provvidenze a favore delle zone devastate dalla catastrofe del Vajont del 9 ottobre 1963 ».

Chiedo l'urgenza per entrambi i disegni di legge.

PRESIDENTE. Do atto della presentazione di questi disegni di legge.

Pongo in votazione la richiesta di urgenza per il primo disegno di legge.

(È approvata).

Pongo in votazione la richiesta di urgenza per il secondo disegno di legge.

(È approvata).

Ritengo che, data l'urgenza, il primo di questi disegni di legge sia deferito in sede legislativa alla VI Commissione (Finanze e tesoro), con il parere della V.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Ritengo che, data l'urgenza, il secondo disegno di legge sia deferito in sede legislativa alla IX Commissione (Lavori pubblici), con il parere della V.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Si riprende la discussione.

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

SPINELLA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, la settimana scorsa a New York ha avuto luogo l'assemblea dell'Associazione medica mondiale che organizza 850 mila medici di 62 nazioni del mondo ivi comprese le nazioni del Nord Europa e l'Inghilterra che sono a regime sanitario nazionalizzato o quasi. In quell'assemblea abbiamo iniziato i lavori per l'assistenza sanitaria alle nazioni di nuova formazione e in via di sviluppo dell'Asia e dell'Africa, esaltando la libertà della professione medica nel mondo. Sia consentito anche a me di inneggiare a questa libertà della professione medica, presidio della salute pubblica, in questo particolare momento in cui essa viene da più parti insidiata. È con particolare commozione che lo faccio in questo mio primo intervento nel Parlamento nazionale, di cui io sento la grandezza per il suo magnifico passato e per la presenza in esso di tanti cari

e illustri colleghi, ai quali esprimo la mia devozione.

L'impostazione dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1963-64 non si discosta, nelle linee generali, da quello dei precedenti esercizi.

È stato osservato, e qui giova ripeterlo, che il bilancio di previsione in esame riguarda appena il 5 o il 6 per cento della spesa globale che la nazione sostiene per sopperire alla difesa della salute pubblica. È un bilancio insufficiente che non raggiunge, in rapporto alla popolazione, nemmeno il 50 per cento degli stanziamenti previsti per i dicasteri della sanità di molte altre nazioni del mondo. La legge istitutiva del Ministero, anche con i modesti ritocchi intervenuti con la costituzione della nuova direzione generale per l'igiene degli alimenti e la nutrizione, ha dato vita ad un'amministrazione estremamente limitata nelle sue possibilità, per cui a distanza di cinque anni è sempre attuale il problema di dare al Ministero le attribuzioni che gli spettano, senza le quali la sua funzione è estremamente ridotta. Occorre poi concedere al Ministero stesso quei mezzi finanziari che assicurino un efficace intervento al fine di garantire l'assolvimento dei compiti istituzionali.

Passando ad un esame più particolareggiato dell'attuale stato di previsione della spesa, debbo notare che esso non si discosta gran che da quello dell'esercizio 1962-63, presentando solo un incremento di poco più di due miliardi per la spesa ordinaria; ben poca cosa, quando si consideri che oltre 600 milioni riguardano l'incremento delle spese generali, 151 milioni il maggiore contributo dovuto all'Organizzazione mondiale della sanità, mentre 15 milioni concernono un contributo di nuova istituzione a favore dell'università degli studi di Bologna per il corso di perfezionamento in diritto sanitario, in applicazione della legge 3 dicembre 1962, n. 1711. Mi pare opportuno dire qui, per inciso, che tali corsi di perfezionamento dovrebbero essere autorizzati anche in altre sedi universitarie e che lo studio del diritto sanitario insieme con quello delle leggi che regolano la vita della medicina sociale in Italia dovrebbe diventare materia del *curriculum* universitario degli studi di medicina. Ma ciò sarà fatto presente al ministro della pubblica istruzione.

Senza procedere a una minuta analisi dei singoli capitoli di spesa, mi soffermerò su al-

cune questioni che ritengo di preminente importanza.

Rilevo anzitutto che anche per il corrente esercizio l'impostazione del bilancio prevede l'accentramento in alcuni capitoli (54, 60, 77 e 83) di previsioni di spese per cause diverse, anche se tra loro connesse, senza che vi sia la specificazione per le singole voci, lasciandosi così piena discrezionalità all'amministrazione di dare maggiore o minore peso all'una o all'altra delle esigenze, alle quali si deve sopperire. Mi rendo perfettamente conto che l'amministrazione deve avere una certa libertà di determinazione anche in relazione a quelle necessità che possono mettersi in evidenza nel corso dell'esercizio, ma a me sembra che una maggiore specificazione in materia gioverebbe alla chiarezza del bilancio, specie in rapporto a particolari settori. Uno di questi particolari settori, per i quali anche in passato si è a lungo discusso, è quello concernente la lotta contro i tumori. È inutile che anch'io illustri la sempre maggiore diffusione di questa malattia e i danni che ne conseguono per la salute umana e per la ricchezza nazionale. Tutti sono d'accordo che sarebbe opportuno impostare un organico piano di lotta contro questo morbo che è diventato, per morbilità e per mortalità, la più grave e pericolosa tra tutte le malattie sociali.

Purtroppo non posso non aderire alla spiacevole constatazione, già fatta da altri, che in materia manca un chiaro indirizzo programmatico. Come è noto, esistono in Italia tre grandi istituti che assolvono a funzioni di ricerca nel campo della lotta contro i tumori, dedicandosi sia alla ricerca clinica, sia a quella sperimentale. Vi è poi una serie di centri che si occupano della diagnosi nella cura dei tumori e infine vi sono alcuni consorzi che provvedono alla lotta contro questa malattia.

Questa prima intelaiatura potrebbe essere usata predisponendo un piano organico che coordini e comprenda le varie attività, che dia impulso alla ricerca scientifica e attui una approfondita campagna per favorire la diagnosi precoce di questo male, la quale, com'è noto, allo stato delle cose è l'unico mezzo efficace per potere intervenire con buona probabilità di successo.

Tutto questo comporta, oltre che la visione chiara e completa di quello che si intende fare e la volontà di imporre il coordinamento delle varie iniziative, anche la disponibilità di sufficienti mezzi che non mi sembrano concessi in misura adeguata dallo stanziamento di cui al capitolo 77 dello stato di previsione

in esame, anche ammesso che il ministro nella sua discrezionalità voglia attingere a detto capitolo con larghezza per questa particolare esigenza.

Sorvolo sull'insufficienza assoluta dei mezzi messi a disposizione dell'Opera nazionale maternità e infanzia e sottolineo la necessità di guardare in faccia la realtà fuori di ogni facile illusione, particolarmente pericolosa in materia di sanità pubblica. Certamente la spesa di 15 miliardi annui costituisce un notevole sacrificio per la comunità, ma non vi è, a mio avviso, settore ove il pubblico denaro sia speso meglio che nell'assistenza alle madri e ai fanciulli, perché essa serve a prevenire le malattie e a preparare per la nazione cittadini sani.

Le spese di gestione hanno subito, è vero, un notevole incremento, anche prescindendo dai maggiori oneri derivanti dall'aumento delle spese per il personale sanitario e amministrativo e per i materiali. A proposito di spese per il personale sanitario, si deve attentamente considerare la situazione dei medici dell'O.N.M.I., costretti a svolgere i loro delicati compiti in uno stato di grave disagio economico.

Le gestioni dei decorsi anni hanno ampiamente dimostrato che la cifra di 15 miliardi, anche se rilevante, non è sufficiente, e non si capisce perché, dopo avere accertato questo, non si sia pensato ad aumentare lo stanziamento.

Un morbo che per fortuna non ha in Italia una estesa diffusione, ma che tuttavia, per le sue caratteristiche, desta allarme e preoccupazione nella popolazione, è quello della lebbra. Anche in questo settore ritengo si potrebbe fare di più con una spesa relativamente modesta e un incremento altrettanto modesto al relativo capitolo di bilancio, dove è iscritta una previsione di appena 55 milioni. Vi sono in alcune regioni centri endemici, fortunatamente pochi e ben controllati, di lebbrosi, ma lo Stato non fa appieno il suo dovere nei confronti dei malati di tale tragica malattia. Nella mia provincia di Reggio Calabria sono schedati 36 lebbrosi: 12 ricoverati in lebbrosari e 24 controllati a domicilio; di questi ultimi, 10 soltanto fruiscono anche di assistenza economica da parte del Ministero della sanità. I figli di questi disgraziati, anche essi periodicamente controllati, vivono in mezzo alla società. Sarebbe chiedere troppo al Ministero della sanità sollecitare la costituzione di un preventivo in Calabria per il ricovero e la profilassi di questi ragazzi, la loro educazione sociale e culturale?

A proposito di problemi sanitari della Calabria, mi sia consentito segnalare la necessità di creare un istituto per il ricovero degli esiti di poliomielite, cioè uno di quei centri di recupero medico-sociale purtroppo così scarsi nel nostro paese: in tutta l'Italia ne esistono appena dieci. In tali centri si potrebbe dare ai ricoverati una buona educazione civile, culturale e tecnica, consentendo il loro inserimento attivo nella vita produttiva della nazione; in essi, inoltre, dovrebbero funzionare scuole artigiane specializzate per elettrotecnici, radiotecnici, orologiai o per altre attività, al fine di consentire il recupero di tante giovani energie e di tante intelligenze, che altrimenti sarebbero perdute, ed il loro inserimento nell'attività del paese. Il capitale impiegato in quest'opera sarebbe certamente il più produttivo di tutti.

Permettetemi, onorevoli colleghi, di darvi alcune cifre che riguardano la provincia di Reggio Calabria. Da esse potrete rilevare, sia pure per approssimazione, la situazione delle nostre province. Vi sono in quella provincia 200 poliomielitici assistiti dal Ministero della sanità per postumi in fase di recupero. Di essi solo 20 sono assistiti presso centri di recupero medico-sociale. Sarebbe troppo chiedere al Governo l'istituzione di un centro medico-sociale di recupero della capacità di 50-100 posti letto, che potrebbe accogliere i recuperandi di Sicilia e Calabria? Restando nel campo della cruda economicità, non sarebbe forse ripagata la spesa dal lavoro intelligente di tanti recuperati?

Un altro problema sanitario della regione calabrese, ma non solo di essa, poiché esso si presenta anche nelle regioni agricole ed industriali del nord e del centro d'Italia, è quello dell'anchilostomiasi. Lo vogliamo affrontare con decisione questo problema, onorevole ministro, o dobbiamo continuare a vedere nelle nostre campagne centinaia e centinaia di contadini e di operai portare a spasso, improduttivamente, la loro anemia?

Altri problemi sanitari sociali sono quelli che riguardano i lussati congeniti dell'anca, per i quali esiste una legge, e gli spastici, per i quali non esiste niente, e sono circa centomila.

LATTANZIO, *Relatore per la maggioranza*. Vi è una legge anche per gli spastici.

SPINELLA. Sì, ma non gli stanziamenti.

Il Governo invero ha fatto molto in questo campo, come in tanti altri, con una sana politica sanitaria. Tuttavia ancora moltissimo resta da fare, ma con il bilancio striminzito che

ha a disposizione questo moltissimo non potrà certo essere fatto.

Altro problema di importanza eccezionale è quello del risanamento del patrimonio zootecnico. La relazione Lattanzio, completa e serena (me ne compiaccio col relatore), individua e affronta il problema ed io concordo con le sue conclusioni. Anche questo settore è devoluto, per così dire, a mezzadria al Ministero della sanità ed a quello dell'agricoltura e delle foreste. Molto invero è stato fatto, ma la scarsa disponibilità dei mezzi non ha consentito l'attuazione di un piano organico su base nazionale, che solo poteva garantire risultati degni di nota.

Per dare un'idea dell'importanza che riveste questo problema, basta ricordare quanto già in proposito venne riferito in occasione dell'esame del precedente bilancio, e cioè che i danni derivanti da malattie infettive e diffuse quali la tubercolosi, la brucellosi, l'afte epizootica, le mastiti contagiose, specialmente quella streptococcica, l'idatidosi, per non citare che le principali, sono ingenti e comportano, secondo dati attendibili, una perdita annua di oltre 300 miliardi. Senza contare poi il grave pericolo che alcune di queste malattie comportano per l'uomo, come ad esempio la brucellosi e la tubercolosi bovina.

Ora se si considera l'enorme danno, anche finanziario (basta pensare ai milioni di giornate lavorative perdute), che genera questo contagio, tenendo conto di quel che costa l'assistenza ai tubercolotici, si può avere un quadro abbastanza esatto dell'importanza di quest'opera di bonifica sanitaria e della indifferibilità di essa. Anche l'onorevole Romano ci ha detto stamane che in ogni partita di latte conferita agli ammassi è presente il bacillo della tubercolosi.

È questo un settore nel quale occorre un intervento integrale perché qualsiasi intervento parziale ovviamente è destinato a dimostrarsi pressoché inefficace. Il capitolo 83 nel quale queste spese sono collocate presenta un incremento di 250 milioni rispetto allo scorso esercizio, raggiungendo la somma complessiva di un miliardo e mezzo, ma detta cifra riguarda tutte le spese per i servizi veterinari, di cui i contributi e i sussidi per l'impostazione e l'attuazione di piani organici di risanamento del patrimonio zootecnico sono solo una parte. L'insufficienza di mezzi è manifesta, solo che si consideri quanto viene fatto altrove.

Ho sentito stamane rivolgere alcune critiche contro il prepotere dell'industria farmaceutica. Non voglio entrare in merito. Desidero soltanto rendere noto al Parlamento che l'in-

dustria farmaceutica dei sei paesi della Comunità economica europea ha chiesto di poter collaborare con i medici per contenere il consumo dei medicinali, e ha dato notizia, proprio nell'ultima riunione del comitato permanente dei medici della Comunità economica europea ad Amsterdam, di avere costituito una associazione, della quale fanno già parte le maggiori ditte italiane, denominata « Associazione della buona volontà », che si propone di limitare la sua propaganda al solo livello scientifico per i medici, e di abbandonare, come deterioro, la propaganda classica seguita finora di imbonimento del cervello del popolo. Ciò consentirebbe di contenere anche i prezzi. Qualche cosa, quindi, si muove in senso moralizzatore anche in questo settore.

Passo oltre le considerazioni, tutte notevoli, sulla condotta medica. Posso condensarle in una sola frase: la condotta medica non si tocca, nell'interesse della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria in Italia!

Non posso chiudere questo mio intervento, data la mia particolare attività nel campo dell'organizzazione sanitaria italiana, senza richiamare l'attenzione dell'onorevole ministro sulla necessità, ormai indilazionabile, di dare un nuovo assetto ed una nuova disciplina ai servizi di assistenza ospedaliera ed al relativo personale ed all'assistenza mutualistica in Italia. Come è noto, il problema venne affrontato e largamente discusso nella passata legislatura, senza che si potesse giungere ad una conclusione legislativa. Venne approvata una legge transitoria per il mantenimento in servizio del personale sanitario ospedaliero; e tale legge è stata poi prorogata al 30 giugno 1964, in attesa di definitive determinazioni sullo stato giuridico di detto personale.

Purtroppo la modifica della legislazione vigente in materia presenta innegabili difficoltà, derivanti dalle pressioni settoriali delle categorie interessate, dalla spinta di altri interessi e dalla disparità di concezioni nell'impostazione della riforma; ma queste difficoltà non debbono distogliere affatto il Parlamento da un'urgente, rapida e possibilmente, anzi certamente, serena ed obiettiva discussione della materia, per adeguare la legislazione alle attuali esigenze dell'assistenza ospedaliera.

Lo stesso Governo aveva rilevato questa necessità e predisposto un apposito disegno di legge, approvato dalla Camera, ma non dal Senato, e perciò decaduto a seguito dello scioglimento delle Camere.

Il problema va perciò chiaramente impostato e affrontato con quell'urgenza che l'at-

tuale situazione impone, in vista anche della scadenza del 30 giugno del prossimo anno, epoca per la quale ragionevolmente si dovrebbe già avere una legge definitiva sullo stato giuridico del personale ospedaliero.

Sulla carenza di posti-letto, specialmente nell'Italia meridionale, sono d'accordo con le critiche formulate dai vari settori. Nell'Italia meridionale siamo sulla media di 2,5 posti-letto per ogni mille abitanti; nella regione calabrese non raggiungiamo l'1,5 per mille, per cui è indispensabile per le province di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria la creazione di 2 mila nuovi posti-letto per ogni provincia, per avvicinarsi a quel 6 per mille che l'*Organisation mondiale de la santé* ritiene indispensabile per una buona assistenza sanitaria.

Si parla di contraddizione tra la cifra di 140 mila posti-letto indicata dal ministro della sanità durante la discussione del bilancio al Senato e la cifra di 205 mila posti-letto che viene indicata adesso. In effetti non vi è contraddizione fra queste due cifre, perché i 140 mila posti-letto erano richiesti nel 1962-63 e i 205 mila e forse anche, io dico, 250 mila saranno indispensabili per la fine del prossimo decennio, dato il prevedibile sviluppo della popolazione e soprattutto il previsto orientamento verso l'ospedale dell'assistenza mutualistica.

Ma la crisi ospedaliera italiana non è solo un problema di posti-letto e di edilizia: è anche problema di attrezzatura, problema di assistenza infermieristica, problema di scuole postuniversitarie per una più perfetta preparazione pratica dei nostri medici, la cui preparazione teorica è fra le più apprezzate nel mondo.

Per ciò che concerne l'assistenza mutualistica nel nostro paese, credo sia necessario e pregiudiziale da parte mia dichiarare, onorevoli colleghi, che nessuna assistenza può essere data senza il pieno accordo dei medici, poiché il medico è l'elemento indispensabile dell'assistenza. Egli è perciò protagonista e non comparsa sulla scena dell'assistenza stessa e la sua opinione, le sue necessità e le sue istanze devono essere tenute nel giusto e legittimo conto.

Non è possibile che si continui ad erogare l'assistenza sanitaria al 90 e più per cento della popolazione italiana seguendo almeno dieci leggi e altrettanti regolamenti, concedendo a 25 milioni di italiani la libera scelta del medico generico, ma non dello specialista, ad altri 15 milioni la quasi libera scelta dello specialista e non del generico, ad alcuni tutti i medicamenti gratuiti e ad altri semigratuiti;

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

a molti tutte le specialità e ad altri soltanto alcune; e perpetuando una situazione che vede 40 milioni di assistiti con l'assistenza diretta e 5 milioni con l'assistenza indiretta. E gli onorari dei medici? I più disparati: da un minimo vergognoso ad un massimo appena compatibile con il decoro professionale.

Non è, questa, materia del Ministero della sanità? Noi medici vediamo nel ministro della sanità il nostro capo naturale e in tal senso esprimiamo i nostri auspici. E chiediamo all'onorevole ministro di sostenere la richiesta di questa unificazione delle normative dal punto di vista professionale ed economico, unificazione unanimemente richiesta dalla classe medica italiana. Chiediamo che l'opinione dei medici sia ascoltata a tutti i livelli in cui si preparino riforme dell'assistenza, nell'interesse della salute pubblica. Un'altra cosa chiede il medico italiano: di essere aiutato a difendere il poco che resta della libera professione, che è l'unico incentivo perché la medicina non decada e il medico aggiorni sempre la sua cultura e si prepari sempre meglio nell'intento di migliorare sempre più l'assistenza all'umanità sofferente.

Diamo tutta l'assistenza più qualificata, al più alto livello, gratuitamente a tutti i lavoratori, a tutti gli assicurati e a tutti gli economicamente deboli. I medici sono perfettamente d'accordo su tali principi. Ma gli altri che non sono ancora assicurati, lasciamoli alla libera professione: essi sono soltanto il 6-7 per cento della popolazione e non sono certamente in stato di bisogno.

La classe medica chiede che le critiche fatte dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici al progetto C.N.E.L. siano tenute nel dovuto conto. Il testo del C.N.E.L. risente di un peccato di origine istituzionale: la mancanza, cioè, nel suo seno, di un rappresentante qualificato dei medici, un rappresentante *ex qualitate*, mentre vi sono abbondantemente presenti i rappresentanti degli enti mutualistici, dei lavoratori e dei datori di lavoro. Tale peccato di origine nella composizione del C.N.E.L. deve essere corretto da un provvedimento legislativo: a tal fine presenterò una proposta di legge.

I medici sono, nel mondo della produzione e del lavoro, elemento fondamentale e insostituibile poiché essi provvedono a mantenere in buona salute il popolo italiano. Senza salute non vi è lavoro, senza lavoro non vi è benessere e tanto meno miracolo economico e sociale. Essi perciò pretendono, a giusto titolo e a buon diritto, il loro inserimento attivo nel C.N.E.L.

Concludo riportandomi a quanto inizialmente ho avuto occasione di rilevare e cioè che, a prescindere dai particolari problemi su cui mi sono soffermato, il problema fondamentale della sanità pubblica in Italia, così come è unanimemente riconosciuto, è quello di dare finalmente dignità, poteri e stanziamenti al Ministero ad essa preposto, per attuare un programma a vasto raggio e ad ampio respiro che dia a noi e al popolo italiano la sicurezza che tutti gli sforzi saranno compiuti per la tutela della salute del cittadino in armonia e coerenza di mezzi, di volontà, di competenze, in ossequio alla nostra costituzione ed alla nostra dottrina sociale. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Non essendovi altri iscritti a parlare, dichiaro chiusa la discussione generale, rinviando a domani le repliche dei relatori e del ministro.

Trasmissione dal Senato e deferimento a Commissione.

PRESIDENTE. Il Senato ha trasmesso il seguente provvedimento, approvato da quella II Commissione permanente:

« Istituzione di una nuova sezione in funzione di Corte di assise di appello presso la corte di appello di Palermo e di una nuova sezione in funzione di corte di assise presso i tribunali di Milano e di Napoli » (653).

Sarà stampato e distribuito. Ritengo possa essere deferito all'esame e all'approvazione della IV Commissione permanente (Giustizia), in sede legislativa.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

Trasmissione dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro.

PRESIDENTE. Comunico che il presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, a norma dell'articolo 8 della legge 5 gennaio 1957, n. 33, ha trasmesso osservazioni e proposte di quel consesso sulla riforma della previdenza sociale.

Il documento è depositato in segreteria a disposizione dei deputati.

Deferimento a Commissioni.

PRESIDENTE. Sciogliendo la riserva, comunico che la seguente proposta di legge è deferita alla I Commissione (Affari costituzio-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

nali) in sede referente, con il parere della V, della VI e della XIV Commissione:

CONCI ELISABETTA: « Disposizioni concernenti le assistenti sanitarie visitatrici provinciali assunte anteriormente al 31 dicembre 1944 » (573).

La IV Commissione (Giustizia) ha deliberato di chiedere che le seguenti proposte di legge, già assegnate in sede referente, le siano deferite in sede legislativa:

ORIGLIA ed altri: « Proroga del regime vincolistico degli immobili adibiti ad uso diverso dall'abitazione » (325);

COLOMBO VITTORINO ed altri: « Modificazione della disciplina transitoria delle locazioni di immobili urbani » (398);

DONAT-CATTIN ed altri: « Norme in materia di locazione di immobili, a qualsiasi uso destinati, esclusi quelli agricoli » (424);

DE PASQUALE ed altri: « Regolamentazione dei canoni d'affitto degli immobili urbani » (429);

BOZZI ed altri: « Disciplina dei canoni di locazione » (465);

RUSSO SPENA: « Proroga del blocco delle locazioni » (520);

MILIA: « Adeguamento del canone delle locazioni di immobili urbani adibiti ad uso abitazione » (564);

SERVELLO ed altri: « Disciplina delle locazioni e determinazione dell'equo affitto » (566).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

La X Commissione (Trasporti) nella seduta odierna ha deliberato di chiedere che la seguente proposta di legge, già assegnata in sede referente, le sia deferita in sede legislativa:

SPECIALE ed altri: « Norme per i viaggi degli elettori emigrati » (244).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Approvazione in Commissione.

PRESIDENTE. Informo che la VI Commissione (Finanze e tesoro) nella seduta di stamane in sede legislativa ha approvato il seguente disegno di legge:

« Integrazione della tabella annessa alla legge 19 aprile 1962, n. 178, relativa alla con-

cessione di un assegno mensile agli impiegati del Ministero della pubblica istruzione » (*Approvato dalla V Commissione del Senato*) (496).

Annunzio di interrogazioni, di interpellanze e di una mozione.

PASSONI, *Segretario*, legge le interrogazioni, le interpellanze e la mozione pervenute alla Presidenza.

Ordine del giorno delle sedute di domani.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno delle sedute di domani, giovedì 24 ottobre 1963, alle 9 e alle 16,30:

1. — Proposta di modificazione al Regolamento (Doc. X, n. 2).

2. — *Discussione dei disegni di legge:*

Conversione in legge del decreto-legge 18 ottobre 1963, n. 1358, concernente la sospensione dei termini nei comuni delle provincie di Udine e Belluno colpiti dal disastro del Vajont (626) — *Relatore:* Amatucci;

Ratifica ed esecuzione della convenzione tra l'Italia e la Svizzera relativa alla sicurezza sociale con Protocollo finale e Dichiarazioni comuni, conclusa a Roma il 14 dicembre 1962 (*Approvato dal Senato*) (625) — *Relatore:* Lupis.

3. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964 (*Approvato dal Senato*) (611-611-bis) — *Relatori:* Lattanzio, *per la maggioranza;* Messinetti, Capua e De Lorenzo Ferruccio, *di minoranza.*

Seguito dello svolgimento di una interpellanza e di interrogazioni.

4. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

Stato di previsione della spesa del Ministero dell'industria e del commercio per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964 (*Approvato dal Senato*) (516) — *Relatore:* Merenda.

Seguito dello svolgimento di interpellanze e di interrogazioni.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

5. — *Votazione a scrutinio segreto dei disegni di legge:*

Stato di previsione della spesa del Ministero delle poste e delle telecomunicazioni per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964 (*Approvato dal Senato*) (464);

Stato di previsione della spesa del Ministero dei trasporti e dell'aviazione civile per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964 (*Approvato dal Senato*) (537-537-bis).

6. — *Seguito della discussione del disegno di legge:*

Disposizioni per l'incremento dell'edilizia economica e popolare (555) — *Relatore:* Ripamonti.

7. — *Seguito della discussione delle proposte di legge:*

LIZZERO ed altri: Norme per la elezione e la convocazione del primo Consiglio regionale del Friuli-Venezia Giulia (5);

LUZZATTO ed altri: Norme per l'elezione e la convocazione del primo Consiglio regionale del Friuli-Venezia Giulia (*Urgenza*) (97);

ZUCALLI: Norme per la elezione e la convocazione del primo Consiglio regionale del Friuli-Venezia Giulia e disciplina delle cause di ineleggibilità e di incompatibilità e del contenzioso elettorale (113);

ARMANI ed altri: Norme per la elezione e la convocazione del primo Consiglio regionale del Friuli-Venezia Giulia e disciplina delle cause di ineleggibilità e di incompatibilità e del contenzioso elettorale (126) — *Relatore:* Cossiga.

La seduta termina alle 20,30.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO DEI RESOCONTI
DOTT. VITTORIO FALZONE

**INTERROGAZIONI, INTERPELLANZE
E MOZIONE ANNUNZiate**

Interrogazioni a risposta orale.

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Ministro delle poste e delle telecomunicazioni, per conoscere quali provvedimenti intenda adottare per ovviare al disservizio dei telegrafi nella città di Milano, dipendente dalla scarsità di personale e dalla sua impreparazione, nonché dalla deficienza dei mezzi di trasmissione, tenuto conto che:

a) particolarmente nei giorni di martedì, venerdì e sabato rimangono in giacenza presso

gli uffici come spedizione e come recapito, in media 3.500 telegrammi, che vengono smaltiti durante la notte e, nella maggior parte, nella giornata successiva, per modo che una normale lettera "espresso" potrebbe giungere al destinatario nello stesso periodo del telegramma;

b) tale disservizio si acuisce nel periodo estivo, durante il quale migliaia di telegrammi vengono inoltrati, o recapitati, in un termine medio di ritardo, non inferiore a 24 ore;

c) particolari ritardi subiscono i telegrammi da Milano per Milano, la consegna dei quali, specialmente per quelli accettati durante la giornata di sabato, viene effettuata, di solito, nel lunedì successivo;

d) per i telegrammi inesitati, soggetti a ricerche, per l'inoltro dei quali basterebbe chiedere una semplice informazione all'origine, la consegna avviene, di solito, non prima di 3-4 giorni dal momento dell'arrivo;

e) uguale disordine si verifica anche per le comunicazioni telegrafiche del servizio interno, tra gli stessi uffici centrali e periferici. (408)

« ROMEO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Ministro dell'interno, per sapere se sia a conoscenza della abusiva occupazione, avvenuta la scorsa notte ad Adrano, di 98 alloggi popolari in via di assegnazione.

« L'interrogante chiede, inoltre, di sapere dal Ministro se le autorità dai lui dipendenti — interpretando il gravissimo stato di disagio dell'intera popolazione — intendano restaurare la fiducia nei pubblici poteri, restituendo ai cittadini lesi nei loro diritti le assegnazioni strappate con la violenza.

(409)

« ANFUSO ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro delle finanze, per sapere se non intenda impartire disposizioni alle Manifatture tabacchi perché bandiscano localmente nuovi concorsi, ai sensi dell'articolo 1 della legge 31 marzo 1955, n. 265 (articolo 23 della legge 28 marzo 1962, n. 143). Ciò al fine di ammettere a partecipare ai concorsi i lavoratori che ne furono esclusi per non essere in servizio il 1° marzo 1952, mentre, come per molti di essi risulta dai libretti I.N.P.S. con marca datata 1° marzo 1952, e dal fatto che la visita medica risulta effettuata alla stessa data presso la sede delle agenzie coltivazione tabacchi del monopolio, i suddetti lavoratori (tra i quali circa 50 di Benevento) dovevano essere considerati in servizio alla suddetta data.

(410) « MARTUSCELLI, VILLANI, SCRICCIOLLO ».

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, per sapere quali passi intenda fare per impedire che vengano licenziati dalla " Società Tubi Bonna " i 44 dipendenti dello stabilimento di Casoria (Napoli) in una zona di difficilissimo riassorbimento.

(411) « ROBERTI, GALDO, CRUCIANI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Ministro della marina mercantile, per conoscere se risponda a verità l'incredibile indiscrezione diffusa dalla stampa napoletana secondo la quale sarebbe nominato presidente della società Tirrenia l'avvocato Bernardo Giannuzzi Savelli, di cui si conoscono le prestazioni professionali per la Curia, ma di cui si ignorano totalmente le competenze in materia di problemi marittimi; e per sapere se non riconosca la necessità che a tale importante incarico sia designata, invece, persona di sperimentata e specifica capacità, scelta sulla base di una consultazione da effettuarsi tra gli enti locali e portuali, le organizzazioni sindacali e le camere di commercio delle province interessate.

(412) « ABENANTE, CAPRARA ».

Interrogazioni a risposta scritta.

MATTARELLI. — *Ai Ministri degli affari esteri e del lavoro e previdenza sociale.* — Per conoscere quali provvedimenti sono stati adottati dal Governo italiano per garantire la dovuta protezione assistenziale e previdenziale ai lavoratori italiani che prestano la loro opera nella Repubblica di San Marino (i cosiddetti frontalieri). (2568)

MATTARELLI. — *Ai Ministri dell'interno e del tesoro.* — Per sapere come intendano provvedere perché venga adeguato il trattamento spettante agli invalidi e ai congiunti dei caduti per causa di servizio, considerata l'esiguità di tale trattamento in relazione al progressivo aumento del costo della vita.

L'interrogante chiede di sapere se il Ministro dell'interno, di concerto col Ministro del tesoro, non ritenga urgente e necessaria la estensione alle pensioni privilegiate ordinarie, di cui godono gli invalidi e i congiunti dei caduti per causa di servizio, di alcuni assegni e provvidenze previsti da tempo per le corrispondenti categorie degli invalidi e dei familiari dei caduti in guerra e per causa di guerra.

Trattasi dell'assegno di mancato collocamento, dell'indennità di previdenza, del trattamento di incollocabilità e di altri benefici, da concedersi in casi particolari. (2569)

GUARRA. — *Al Ministro della difesa.* — Per conoscere i motivi per i quali a distanza di più di dieci anni i competenti uffici della direzione generale pensioni non hanno ancora provveduto alla liquidazione della pensione ordinaria spettante all'ex capitano dell'aeronautica Vessichelli Luigi da Benevento.

(2570)

CARCATERRA. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per sapere se non ritenga sia opportuno, anzi necessario, provvedere con proprio decreto alla esclusione del comune di San Marco in Lamis (provincia di Foggia) dall'elenco delle zone sismiche (seconda categoria), allegato alla legge 25 novembre 1962, n. 1684; e ciò in quanto mai sono esistite le condizioni che ne determinarono la inclusione stessa. (2571)

MATTARELLI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per conoscere quali provvedimenti intenda adottare per il miglioramento della viabilità lungo la importante vallata del Conca, in provincia di Forlì, e nella zona del Montefeltro, in provincia di Pesaro, tenendo presente:

1) il tracciato stradale che, con origine da Cattolica al bivio con la strada statale n. 16 Adriatica, corre lungo la valle del Conca e attraversa gli abitati di San Giovanni in Marignano, Morciano, Mercatino Conca, Monteliciano confluenso sulla consolare nel territorio della Repubblica di San Marino, permette un rapido, comodo e diretto collegamento fra due statali (strada statale n. 16 Adriatica e strada statale di San Marino) e fra la riviera adriatica e il territorio della Repubblica di San Marino;

2) è una strada di fondo valle, che attraversa il territorio di due province e interessa quello di uno Stato estero;

3) è l'unico diretto collegamento con l'entroterra del tratto di riviera compreso fra Rimini e Pesaro;

4) è un tracciato sul quale, oltre alla viabilità dell'immediato retroterra, si impernia gran parte di quello del Montefeltro;

5) costituisce non solo un itinerario di alto interesse turistico, ma un collegamento fra comprensori turistici di valore nazionale (riviera adriatica, territorio di San Marino, valle del Conca, Carpegna, San Leo e Montefeltro).

L'interrogante chiede se il Ministro non ritenga che il predetto tratto stradale Cattolica-San Marino abbia tutti i requisiti per essere classificato statale. (2572)

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

ALESI. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere se non ravvisi l'opportunità di istituire un ambulatorio medico nella zona collinare del Montello (Treviso), onde evitare i disagi, provocati dal gravissimo stato di abbandono delle strade di collegamento o dell'assenza di mezzi pubblici di comunicazione, alla popolazione locale priva di tutti i servizi pubblici essenziali. (2573)

CASSANDRO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri dell'agricoltura e foreste e del Lavoro e previdenza sociale.* — Per conoscere se, in considerazione del violento nubifragio che ha causato tra il 10 e l'11 di ottobre 1963 nell'agro di Ruvo di Puglia notevoli danni e alle colture, non ritengano indispensabile ed urgente intervenire a favore degli agricoltori della zona — già duramente provati da altre avversità atmosferiche — dando disposizioni perché siano sospese le riscossioni delle imposte sui terreni e dei contributi unificati e perché siano comunque concesse altre particolari provvidenze, che valgano a consentire la ripresa del lavoro nei campi distrutti. (2574)

MICELI E POERIO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Sulle esigenze di una accettabile sistemazione delle scuole elementari di Savuci del comune di Fossato Serralta (Catanzaro).

Innanzitutto, mancano le aule necessarie ad alloggiare la popolazione scolastica. Gli alunni della terza e della quarta classe, ad esempio, non dispongono di aula alcuna. Difettano anche gli insegnanti e si dovrebbe, per lo meno, provvedere all'assunzione di uno nuovo.

Gli interroganti chiedono, pertanto, se, mentre da ogni lato si proclama l'esigenza di un potenziamento della scuola, il Ministro intende intervenire per garantire il minimo di efficienza alla scuola di Savuci. (2575)

ZUCALLI. — *Ai Ministri della pubblica istruzione e dei lavori pubblici.* — Per conoscere quali provvedimenti concreti intendano adottare a salvaguardia delle opere artistiche e storiche della città di Palmanova, in provincia di Udine, proclamata « monumento nazionale » con decreto 21 luglio 1960, n. 972, del Presidente della Repubblica.

A seguito di tale decreto presidenziale il Ministro della pubblica istruzione, con proprio decreto 13 maggio 1961, emanava precise disposizioni vincolative e tutelatrici in ordine alla costruzione di nuovi edifici entro la cinta fortificata. Il provvedimento, mentre ha re-

cato grave pregiudizio allo sviluppo della città soffocata dai vincoli e dai divieti — oltre che dalle vecchie mura venete che la circondano — non è valso, naturalmente, ad arrestare il processo di deperimento del patrimonio storico-artistico che si voleva tutelare e che, invece, rischia di andare totalmente perduto senza un immediato intervento.

Si ricorda ai Ministeri competenti che, secondo stime e studi effettuati dalla competente commissione della Soprintendenza ai monumenti, in collaborazione coll'ufficio del Genio civile di Udine, occorrerebbero circa 800 milioni per affrontare radicalmente il problema del restauro e della conservazione della parte storica di Palmanova. (2576)

CASSANDRO. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere se non ritenga opportuno disporre con urgenza perché le pratiche dell'I.N.P.S. vengano risolte con maggiore celerità.

L'interrogante fa presente che le pratiche riguardanti l'assegnazione di pensione di vecchiaia o di invalidità vengono risolte dopo molti mesi e, talvolta, anni, arrecando notevole disagio a categorie bisognose, le quali, dopo una vita di duro lavoro, sono costrette, in attesa della pensione, a ricorrere agli enti di assistenza, che non sempre sono in condizione di poter venire incontro a questi diseredati. (2577)

BONEA. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere se sia vero quanto scrive la rivista *Quattrosoldi* nel fascicolo 31 di ottobre 1963: che la composizione chimica di numerose acque minerali in vendita in Italia non corrisponde ai valori indicati nella fascetta esterna delle bottiglie.

Alcune di esse avrebbero una mineralizzazione così eccessiva da non poter essere dichiarate potabili. L'interrogante domanda, inoltre, quante ispezioni sono state fatte in questi ultimi tempi nel settore delle acque minerali e se il Ministero eserciti qualche controllo sui prezzi, trattandosi di acque che la stessa legge esige siano medicamentose. (2578)

SCARPA, MESSINETTI, DI MAURO ADO GUIDO, BALCONI MARCELLA, PASQUALICCHIO, BIAGINI, ALBONI E ZANTI CARMEN. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere se corrisponda al vero quanto afferma la rivista *Quattrosoldi* nel fascicolo 31 di ottobre 1963: cioè, che numerose acque minerali in vendita in Italia sarebbero non pota-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

bili secondo le norme più complete e aggiornate in materia. Inoltre, gli interroganti domandano se il Ministero della sanità non ritenga opportuno rivedere le norme sulla produzione e sul commercio delle acque minerali, norme che risalgono al 1880 e che consentirebbero, con una interpretazione larga delle leggi, di spacciare per acqua minerale quella che sgorga dal comune rubinetto di casa. (2579)

MARIANI. — *Al Ministro del turismo e dello spettacolo.* — Per conoscere se anche per il prossimo anno sia prevista da parte del consorzio enti turismo la gestione passiva della riserva di caccia e pesca di Capalbio (Grosseto);

se si ritenga ancora opportuno erogare 25-30 milioni annui per mantenere una riserva, nella quale possono accedere solamente coloro che sono in grado di spendere oltre centomila lire per una battuta di caccia;

se esistano o siano in via di costituzione rapporti tra il predetto consorzio e la società Forane. (2580)

VERONESI. — *Al Ministro della difesa.* — Per conoscere le reali condizioni dell'assistenza al volo nella regione di Roma, condizioni le quali, secondo recenti notizie di stampa, sarebbero molto precarie, anche in conseguenza di un peggioramento del servizio radar e del servizio V.O.R. (2581)

PRETI. — *Ai Ministri dei lavori pubblici e della pubblica istruzione.* — Per sapere se non ritengano opportuno intervenire affinché sia abbattuta la parte anteriore di una costruzione su suolo pubblico, autorizzata dal comune di Ferrara immediatamente fuori della strada Porta Reno, in via Bologna, per evitare uno sconcio estetico e funzionale, che ha sollevato generali proteste tra la cittadinanza. (2582)

PRINCIPE. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per sapere se sia a conoscenza dei danni gravissimi che sono stati causati all'agricoltura, specialmente ai vigneti ad Aprigliano (Cosenza) da un violento temporale nei primi giorni d'ottobre e quali provvedimenti urgenti intenda adottare. (2583)

BERLINGUER LUIGI, MARRAS E PI-
RASTU. — *Al Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile.* — Per conoscere in base a quale criterio e per quali ragioni le navi tra-

ghetto tra la Sardegna ed il continente peninsulare sospendano, a tanto brevi scadenze di tempo, la loro attività per una « revisione » che dura 20-30 giorni, provocando danni ingentissimi e ai commercianti e ai consumatori sardi, oltre che ai produttori e coltivatori della Sardegna.

In conseguenza dell'attuale sospensione — a proposito della quale sarebbe opportuno precisare la prevedibile durata — si chiede inoltre come il Ministro intenda provvedere che le merci considerate privilegiate possano essere trasportate con la dovuta rapidità, con particolare riferimento alla frutta che — essendo al punto 5 della scala dei valori — viaggia oggi in quantità assai ridotte rispetto alla domanda.

L'interrogante chiede ancora in base a quale criterio il Ministero ha nel mese di settembre concessa l'autorizzazione per il carico sul suddetto traghetto di 20 vagoni di scope di saggina, mentre attendevano di transitare vagoni carichi di merce assai più deteriorabile.

Infine, l'interrogante chiede di sapere se il Ministro intenda avvisare con un ampio preavviso le stazioni ferroviarie periferiche circa la data di eventuali sospensioni dell'attività di una nave traghetto, e per quale data precisa intenda destinare al servizio per la Sardegna la nave traghetto « Reggio », costruita con fondi della Cassa per il Mezzogiorno per l'isola suddetta. (2584)

DAGNINO. — *Al Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile.* — Per chiedergli se intenda intervenire a favore dei proprietari dei beni che stanno per essere espropriati per l'esecuzione dei lavori di raddoppio e trasferimento a monte della linea ferroviaria tra le stazioni di Genova, Voltri e Varazze e che sono in grande maggioranza piccoli proprietari, per i quali i beni in oggetto costituiscono l'intero patrimonio familiare che essi sono riusciti a costituire con anni di lavoro, di sacrifici e di rinunce.

Qualora per il pagamento dell'indennità di esproprio fosse applicata la legge del 1907 (legge ferroviaria), per la quale l'indennità viene fissata con i criteri previsti dagli articoli 12 e 13 della legge 1885 (legge di Napoli), i proprietari riceverebbero una indennità pari al 55 per cento circa del valore venale dei beni espropriati.

In conseguenza l'interrogante chiede se il Ministro intenda fare applicare per il computo dell'indennità la legge del 1865 oppure criteri equitativi particolari, in analogia a quanto fu fatto alcuni anni addietro per

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

'esproprio dei beni in conseguenza dei lavori di raddoppio e trasferimento a monte del ratto ferroviario Savona-Varazze. (2585)

COLASANTO. — *Al Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile.* — Per sapere quando potrà essere ammodernato il tronco ferroviario Santa Maria Capua Vetere-Napoli della linea Napoli- Piedimento d'Alife.

Detto tronco serve una zona di oltre centomila abitanti, fra i quali molti lavoratori, studenti e professionisti che devono affluire giornalmente al centro regionale.

Occorrono modifiche di tracciato, adeguamento degli impianti di sicurezza e di segnalamento, ed ammodernamento del materiale rotabile, che, fra l'altro, offre scarsa sicurezza per l'esercizio in genere e per i viaggiatori in ispecie. (2586)

MAZZONI. — *Al Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile.* — Per conoscere — avendo appreso che il Ministero della difesa non può per legge intervenire con propri mezzi finanziari ad operare lo sminamento di aree di proprietà di altre amministrazioni dello Stato — se non ritenga di rivedere la precedente decisione di concorrere soltanto a metà nella spesa per lo sminamento dell'area su cui deve avvenire la ricostruzione del restante tratto della Faentina, e se, per ragioni di sicurezza e incolumità pubblica e per riprendere il lavoro di ricostruzione, disporre il necessario finanziamento, onde portare a termine l'opera, come da tempo è attesa. (2587)

POERIO E MICELI. — *Al Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile.* — Per sapere se sia a sua conoscenza:

che la legge sul riscatto degli alloggi, a distanza di circa 4 anni, non ha ancora avuto pratica attuazione tra i ferrovieri del centro di Catanzaro Lido;

che esistono di fatto 150 domande di richieste di alloggi avanzate dai ferrovieri, che risiedono in quel centro o sono costretti ad abitare in paesi limitrofi e comunque lontani dal posto di lavoro, con grave sacrificio del tempo dedicato al riposo;

che ai pochi alloggi esistenti in quel centro non è mai eseguita la necessaria manutenzione e comunque gli stessi non sono più rispondenti alle attuali esigenze di abitabilità;

che dal dopoguerra ad oggi sono stati costruiti soltanto 30 alloggi: insufficienti all'aumentato numero dei ferrovieri, che è costretto a vivere in coabitazioni, in bassi, in un unico ambiente talvolta e quasi sempre

privo di servizi igienici necessari, con grave danno alla resa del lavoro, alla salute dei ferrovieri stessi e dei loro familiari.

Molti ferrovieri, per la carenza di alloggi dell'azienda, sono costretti ad assoggettarsi a pagare pigioni di 25-30 mila lire mensili con gravi conseguenze sul bilancio familiare.

Il consiglio di amministrazione sin dal marzo 1963, ha approvato la costruzione di n. 2 fabbricati per n. 18 alloggi patrimoniali: numero insufficiente, ma che comunque non viene ancora realizzato.

Gli interroganti, al fine di trovare una soluzione al grave problema, chiedono se il ministro non ritenga nominare una commissione tecnica — con la partecipazione dei rappresentanti sindacali — con il compito di eseguire un sopralluogo per stabilire il numero dei fabbricati che consente la sopra elevazione e il numero dei fabbricati che dovrebbe essere demolito; e ciò per motivi tecnici e per motivi economici, onde realizzare, con poca spesa, alloggi in quantità sufficiente a permettere a tutti i ferrovieri di quel nodo di vivere sul posto di lavoro. (2588)

DE LEONARDIS. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per sapere se non ritenga ormai indilazionabile trasferire in locali più adatti l'ufficio postale e telegrafico di Manfredonia (Foggia). In effetti, l'attuale sistemazione non risponde agli indispensabili requisiti di igienicità e di funzionalità per una decorsa dislocazione dei trentacinque impiegati dipendenti, sia per un sollecito e regolare servizio in favore dei numerosi cittadini di quella fiorente e popolosa città marinara.

La situazione diventa maggiormente critica nel periodo estivo, quando numerosissimi turisti affollano quella ridente località balneare, congestionando totalmente l'affluenza negli angusti locali dell'ufficio postale. (2589)

FERIOLI. — *Al Ministro della difesa.* — Per sapere, premesso che:

1) con legge 25 gennaio 1962, n. 24, è stato stabilito che, ai fini economici, l'anzianità di servizio per gli ufficiali dell'esercito, della marina, dell'aeronautica e dei corpi delle guardie di finanza e di pubblica sicurezza provenienti dai sottufficiali deve essere computata dal giorno di arruolamento (e, comunque, da data non anteriore al diciassettesimo anno di età);

2) il beneficio previsto da tale legge è stato fatto decorrere soltanto dal 1° gennaio 1962, mentre per gli ufficiali del corpo equi-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

paggi militari marittimi provenienti dai sottufficiali esso è stato concesso con legge 2 aprile 1958, n. 304, a decorrere dal 1° dicembre 1956;

se non ritenga opportuno di ovviare a tale sperequazione. (2590)

PELLEGRINO. — *Al Ministro della difesa.* — Per conoscere i motivi che hanno impedito finora il pagamento al signor Marino Vincenzo da Marsala, contrada Santo Padre delle ferriere, del risarcimento del danno provocatogli da gravi lesioni riportate in seguito ad incidente stradale verificatosi per colpa del carabiniere Marino Giorgi, in servizio;

se non ritenga di intervenire per far definire la pratica. (2591)

ALESI. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per conoscere se non ritenga di istituire una sezione di scuola media nel comune di Volpago del Montello (Treviso) onde venire incontro alle esigenze dei ragazzi del luogo costretti, per non abbandonare gli obblighi scolastici, a fare a piedi, ogni giorno, molti chilometri di strada spesso disagiata, specie nei rigori dell'inverno. (2592)

DEGAN. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per sapere se sia a conoscenza del conflitto in corso tra la latteria sociale di Sanbruson di Dolo ed il consorzio produttori latte di Venezia a seguito dell'installazione da parte della prima di un impianto di pastorizzazione ed imbottigliamento che il secondo ritiene contraddire agli impegni statutari sottoscritti dalla latteria all'atto dell'adesione al consorzio.

È da notare peraltro che il progetto ebbe, nel 1959, la tacita approvazione del direttore del consorzio e che esso ha ottenuto il contributo dello Stato con decreto di concessione n. 8 (legge 2 giugno 1961 n. 454, articolo 20) posizione n. 5/T-PV/VE dell'Ispettorato agrario compartimentale di Venezia.

Si chiede al Ministro quale azione intenda intraprendere per evitare che si pervenga, in contraddizione con le linee di politica agraria generalmente accolte, o alla morte della cooperativa o alla chiusura di un impianto che, come detto, è stato riconosciuto utile dallo Stato. (2593)

ALESI. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per conoscere se non ritenga, onde ridare vita al risorgere sociale ed economico della zona del Montello (Treviso) nel centro di una provincia ricca e fer-

tile, di potenziare gli insufficienti servizi telefonici del comune di Volpago attualmente serviti da una sola cabina telefonica, ad orario diurno, presso un pubblico esercizio. (2594)

FORTUNA. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per sapere se sia al corrente del fatto che le organizzazioni sindacali della F.I.P.-C.G.I.L., C.I.S.L.-S.I.L.P., U.I.L.-P.O.S.T., hanno elevato una viva protesta per il provvedimento che l'Amministrazione ha adottato nei riguardi di quel personale che, per disposizione delle organizzazioni medesime, si è astenuto dallo svolgere lavoro straordinario nei giorni 12 e 13 agosto 1963, negli uffici di Udine, posta-ferrovia.

L'agitazione, strettamente di carattere sindacale, aveva lo scopo di sottoporre all'attenzione dell'amministrazione la grave deficienza di personale di quell'ufficio il cui personale spesso è sottoposto ad onerosi orari di lavoro.

Apparendo perciò illegittimo il provvedimento di diffida adottato, l'interrogante chiede di sapere quale atteggiamento intenda assumere in merito il Ministro. (2595)

CRUCIANI. — *Al Ministro del tesoro.* — Per conoscere i motivi che ostano alla concessione della pensione al signor Adami Luigi Antonio di Perugia per la morte in guerra del figlio Adriano. (2596)

ABENANTE. — *Ai Ministri del lavoro e previdenza sociale e della marina mercantile.* — Per conoscere i motivi per i quali l'attuale presidente dell'Ente assistenza gente del mare ricopre anche altre quattro cariche nei consigli di amministrazione dell'Italsider, della Navalmeccanica, della Cassa mutua artigiani e della Banca d'Italia e se nel chiamarlo alla presidenza dell'ente suddetto abbiano tenuto conto di tale cumulo di incarichi. In particolare, l'interrogante chiede di conoscere se nelle future nomine dei presidenti di enti pubblici si terrà conto dell'opportunità di evitare che situazioni del genere abbiano a ripetersi. (2597)

GRIMALDI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per conoscere i motivi che impediscono il finanziamento dei lavori di ammodernamento della strada statale 117-bis dal bivio Misericordia al bivio Benesiti.

È da rilevare che la predetta strada, congiungente Enna con Caltanissetta, è in atto intensamente percorsa dagli autotreni, che

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA POMERIDIANA DEL 23 OTTOBRE 1963

ffettuano i trasporti del bacino minerario della zona, con costante pericolo degli utenti, data la ristrettezza della sede stradale. (2598)

GRAZIOSI, DE MARZI, CORTESE GIUSEPPE, FADA, DE LEONARDIS, GIRARDIN, GASCO, BARBERI, SEMERARO, DARIDA, STELLA, FRACASSI. — *Al Ministro della sanità.* — Onde conoscere per quali motivi il ministero non ha ottemperato al disposto dell'articolo 3 della legge 15 febbraio 1963, n. 151, che ingiungeva di emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge medesima il relativo regolamento di attuazione.

La mancata emanazione di detto regolamento sta creando un gravissimo stato di disagio in ogni comune d'Italia, mettendo i prefetti nell'impossibilità di intervenire presso le amministrazioni comunali inadempienti e lasciando in tal modo inoperante una legge, che era stata approvata come risolutiva dei problemi considerati.

Difatti in nessun conto può essere tenuta la circolare n. 124 del 3 agosto 1963 che raccomandava l'applicazione della legge. (2599)

GRIMALDI, DE PASQUALE. — *Al Ministro presidente del Comitato dei ministri per il Mezzogiorno.* — Per sapere se sia a conoscenza delle gravi conseguenze derivanti dai lavori finanziati dalla Cassa del Mezzogiorno nella città di Enna, per la rettifica ed il risanamento della via Pergusa.

I predetti lavori, indubbiamente necessari, consentiranno il risanamento della zona, ma è da rilevare che si sarebbe dovuto preventivamente provvedere alla costruzione di nuove case da assegnare alle famiglie espropriande.

Poiché è prevista per le suddette famiglie una indennità di esproprio insufficiente a procurarsi una nuova abitazione, gli interroganti chiedono di sapere se la Cassa non intenda, avvalendosi della legge 29 settembre 1962, costruire un numero di appartamenti corrispondenti a quelli da demolire, avuta considerazione che è in corso la richiesta di riconoscimento del nucleo d'industrializzazione, per cui il provvedimento invocato sarebbe conforme al comma terzo dell'articolo 4 della predetta legge 29 settembre 1962, n. 1462. (2600)

GRIMALDI. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per conoscere quali siano i motivi che impediscono il sollecito completamento della nuova centrale telefonica

della S.E.T. per l'ampliamento della rete della città di Enna.

È da rilevare che già da diversi anni è praticamente impossibile da parte di chiunque lo richieda l'accesso a nuove utenze per la non disponibilità dei servizi tecnici, con il grave disagio che ne consegue per i cittadini, le cui domande giacciono inévase. (2601)

PREARO. — *Ai Ministri delle finanze e dell'agricoltura e foreste.* — Per sapere se sia a loro conoscenza come i comuni applichino il dazio di consumo sui materiali da costruzione anche per i capannoni adibiti ad allevamenti avicoli, in contrasto con quanto stabilito dall'articolo 29 della legge 2 giugno 1961, n. 454 (Piano verde).

Le amministrazioni comunali, sostenute, per quanto mi risulta anche dalle prefetture, applicano tale imposizione, eccedendo che non si tratta né di attività industriale vera e propria, né di attività agricola connessa necessariamente alla conduzione del fondo con argomentazioni manifestamente prive di fondamento.

L'allevamento dei polli, infatti, è sempre stata un'attività specificamente agricola e il suo ampliamento su basi più vaste e razionali è una diretta conseguenza sia dello sviluppo dei consumi e sia della industrializzazione di tutte le attività agricole, imposte dall'evolversi dell'economia moderna.

Frenare con balzelli questa attività è in aperto contrasto con la politica di ammodernamento delle strutture agricole perseguita dal piano di sviluppo, poiché scoraggia le iniziative, che potrebbero svilupparsi specialmente nelle zone collinari più povere e dove l'avicoltura razionale può rappresentare l'ancora di salvezza di molte piccole e medie aziende.

Inoltre la produzione di pulcini, polli ed uova di cui siamo largamente tributari all'estero, potrebbe contribuire a ridurre le importazioni e, di conseguenza, a ristabilire l'equilibrio nella bilancia dei pagamenti, pericolosamente scosso, come di recente è stato messo in evidenza anche dal Consiglio dei ministri. (2602)

DE PASQUALE. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere se sia a sua conoscenza il fatto che il medico provinciale di Messina ha emanato il decreto n. 11484 del 26 luglio 1963, con cui il dottor Lombardo Giuseppe viene dichiarato vincitore del concorso per la condotta medica del comune di Torregrotta

(Messina), ed ha invitato quella amministrazione ad assumere in servizio detto sanitario, trascurando di accertare preventivamente se il Lombardo si trovasse o meno in possesso dei requisiti richiesti dall'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 2 agosto 1957, n. 678.

A tal proposito, l'interrogante chiede di sapere se sia a conoscenza del Ministro il fatto che il dottor Lombardo Giuseppe è stato condannato dal Tribunale di Messina a tre anni e due mesi di reclusione, all'interdizione perpetua dai pubblici uffici ed alla sospensione per tre anni dalla professione sanitaria per aver abusato, mentre era medico condotto a Pace del Mele, di una minorenni iscritta nell'elenco dei poveri di quel comune. (2603)

Interpellanze.

« Il sottoscritto chiede d'interpellare il Ministro di grazia e giustizia, per conoscere i motivi per i quali non ancora è entrata in funzione presso il tribunale di Salerno ed altri tribunali la sezione specializzata per l'equo canone d'affitto dei fondi rustici; il che si risolve in un diniego di giustizia, non consentito dalla nostra Costituzione repubblicana, e rappresenta autorizzazione per i locatori a pretendere, sotto la minaccia di risoluzione del contratto per morosità, i vecchi esosi canoni.

(60)

« CACCIATORE ».

« Il sottoscritto chiede d'interpellare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro dell'agricoltura e delle foreste, per conoscere quali direttive di politica agricola e quale azione il Governo intenda svolgere per contribuire al successo, entro il 31 dicembre 1963, delle trattative in corso per l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri della C.E.E. di tre regolamenti comunitari riguardanti i prodotti lattiero-caseari, la carne bovina e il riso.

« L'interpellante chiede quali affidamenti il Governo intenda dare, considerata l'importanza, agli effetti dello sviluppo di una politica di integrazione europea, dell'approvazione dei predetti regolamenti e del ruolo essenziale per l'attuazione di una politica agricola comune che può essere dato dall'apporto positivo dell'Italia, inteso a sostenere un minimo di tutela e di garanzia comunitaria dell'agricoltura europea.

(61)

« SABATINI ».

Mozione.

« La Camera,

esaminata la relazione della Commissione d'indagine sulla gestione amministrativa del C.N.E.N. ed il volume di documenti allegati alla relazione stessa;

rilevato che dalla relazione e dai documenti suddetti emerge chiaramente — oltre alle indubbie responsabilità penali per gravi delitti contro la pubblica amministrazione — una sistematica opera tendente ad alimentare, attraverso l'appropriazione e la distrazione del pubblico denaro, la propaganda e l'attuazione della politica del centro-sinistra;

constatato che le persone e gli enti destinatari di tali illeciti benefici — agenzie giornalistiche, organi di stampa, case editrici, consulenti, circoli politici e pseudo culturali — fanno generalmente capo a personalità politiche dell'ambiente socialista ed in genere ad esponenti dei partiti e delle correnti di sinistra, direttamente o indirettamente compartecipi della direzione politica e dello stesso Governo della nazione;

rilevata inoltre la colpevole assenza di controlli da parte delle autorità di governo, anche dopo che l'abnorme situazione dell'amministrazione del C.N.E.N. era stata portata a conoscenza degli ambienti governativi anche per iniziative di parlamentari del partito di maggioranza,

invita il Governo

a voler trarre dalle risultanze suddette le doverose conseguenze di ordine giudiziario, amministrativo e politico, denunciando tutti i responsabili ed allontanando da tutti gli incarichi di governo e di sottogoverno le personalità comunque implicate nello scandaloso episodio, in modo da restituire al popolo italiano la sicurezza che la guida politica della nazione non sia soggetta all'influenza di centri di potere, illecitamente alimentati dall'abuso del pubblico denaro.

(6)

« ROBERTI, DE MARSANICH, MICHELINI, ABELLI, ALMIRANTE, ANFUSO, ANGIOY, CALABRÒ, CARADONNA, CRUCIANI, CUCCO, DELFINO, DE MARZIO, FRANCHI, GALDO, GIUGNI LATTARI JOLE, GRILLI ANTONIO, GONNELLA GIUSEPPE, GUARRA, MANCO, NICOSIA, ROMEO, ROMUALDI, SERVELLO, SPONZIELLO, TRIPODI, TURCHI ».