

430.

SEDUTA DI LUNEDÌ 21 MARZO 1966

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE

CINCIARI RODANO MARIA LISA

INDICE

	PAG.
Congedi	21221
Disegni di legge (<i>Seguito della discussione</i>):	
Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 (2811);	
Variazioni al bilancio dello Stato ed a quelli di Amministrazioni autonome per l'anno finanziario 1965 (2902) .	21222
PRESIDENTE	21222
ALESSI CATALANO MARIA	21238
DAL CANTON MARIA PIA	21222
D'ANTONIO	21258
DE LORENZO	21255
FADA	21251
FUSARO	21255
MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i> 21239, 21243, 21244, 21249, 21250, 21254, 21259,	21260
ROMANO	21247
SORGI	21242
USVARDI	21231
Proposte di legge (<i>Deferimento a Commissione</i>)	21221
Interrogazioni (<i>Annunzio</i>)	21262
Risposte scritte ad interrogazioni (<i>Annunzio</i>)	21222
Ordine del giorno della seduta di domani	21262

La seduta comincia alle 16,30.

FABBRI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta del 16 marzo 1966.

(*E approvato*).

Congedi.

PRESIDENTE. Hanno chiesto congedo i deputati Carcaterra, Guariento e Vedovato.

(*I congedi sono concessi*).

Deferimento a Commissioni.

PRESIDENTE. Sciogliendo la riserva, ritengo che la seguente proposta di legge possa essere deferita alla VIII Commissione (Istruzione), in sede legislativa:

ROSATI ed altri: « Proroga del termine per la rilevazione nazionale sullo stato dell'edilizia scolastica prevista dall'articolo 10 della legge 13 luglio 1965, n. 874 » (3013).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

Le seguenti proposte di legge sono deferite in sede referente:

alla II Commissione (Interni):

DE MEO: « Modifiche alla legge 8 marzo 1961, n. 122, e al decreto del Presidente della Repubblica 16 maggio 1960, n. 570, in materia di composizione della giunta provinciale e della giunta comunale » (3010);

alla XIII Commissione (Lavoro):

ALESI: « Modifiche alla legge 17 ottobre 1961, n. 1038, in materia di assegni familiari » (3009) (*Con parere della XII Commissione*);

alla XIV Commissione (Sanità):

DE MARIA: « Istituzione di un servizio pediatrico nei reparti ostetrici e nelle maternità degli ospedali » (2988);

ALESSI CATALANO MARIA ed altri: « Equiparazione dei requisiti per i concorsi a direttore sanitario di ospedali di seconda categoria a quelli vigenti per i concorsi analoghi » (2999);

SPINELLI: « Riapertura del termine previsto dall'articolo 3 della legge 14 dicembre 1964, n. 1328, per la presentazione delle domande di reiscrizione nell'albo dei sanitari italiani residenti all'estero » (3004);

SPINELLI: « Norme integrative della legge 1° luglio 1955, n. 550, per il mantenimento in servizio fino al 70° anno di età di personale sanitario danneggiato per motivi politici o per effetto del Trattato di pace » (3007).

Annuncio di risposte scritte ad interrogazioni.

PRESIDENTE. Sono pervenute risposte scritte ad interrogazioni. Saranno pubblicate in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

Seguito della discussione del disegno di legge: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 (2811); discussione del disegno di legge: Variazioni al bilancio dello Stato e a quelli di Amministrazioni autonome per l'anno finanziario 1965 (2902).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966; discussione del disegno di legge: Variazioni al bilancio dello Stato e a quelli di Amministrazioni autonome per l'anno finanziario 1965.

È iscritta a parlare l'onorevole Maria Pia Dal Canton. Ne ha facoltà.

DAL CANTON MARIA PIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, se l'importanza di un ministero si dovesse misurare dal peso economico-finanziario del ministero stesso, si dovrebbe dire che il Ministero della sanità non è un ministero molto importante. Esso ha infatti soltanto 77 miliardi iscritti nel bilancio. Invece ritengo (e non credo di essere la sola) che il Ministero della sanità sia un ministero tra i più importanti della nostra vita comunitaria, anche se non ha ancora assorbito, come da anni ormai molti auspicano, e come io stessa ho richiesto molte volte in quest'aula, i settori dell'assistenza e della previdenza sociale, trasformandosi in tal modo in ministero della sicurezza sociale, sull'esempio di quanto è stato fatto in molti altri paesi civili.

Comunque, anche se non siamo arrivati a questo traguardo che io temo, purtroppo, sia ancora molto lontano nel tempo (anche in considerazione della lentezza con cui ci si muove in questo campo), penso che il Ministero della sanità abbia un compito molto importante nel-

la nostra vita sociale e comunitaria: il compito cioè di promuovere un maggiore sviluppo delle strutture igienico-sanitarie e vigilare sulla loro efficienza. Intanto, desidero ringraziare l'onorevole ministro di essere presente a questa discussione. Conosco la sua sensibilità e quindi sono certa che egli apprezzerà lo scopo delle mie richieste. Ho parlato di vigilanza. In che modo? La vigilanza, secondo me, deve riguardare l'andamento igienico e sanitario della nazione, con particolare riguardo al funzionamento delle istituzioni ospedaliere. L'onorevole ministro certamente sa meglio di me che taluni ospedali non sono degni di questo nome, perché le loro prestazioni non sono all'altezza di quanto è richiesto dalla medicina moderna sia in ordine alle strutture, sia per quanto riguarda il personale.

Chi ha il compito di vigilare su questi enti ospedalieri? Chi dovrebbe anche esercitare il diretto controllo sulla medicina mutualistica? Tra parentesi io mi chiedo come sia possibile dare a mezzadria i medici mutualistici al Ministero del lavoro ed al Ministero della sanità. Il Ministero della sanità attraverso il medico provinciale dovrebbe poter controllare tutta la medicina curativa e preventiva anche per evitare quella specie di concorrenza « al cliente », in tutte le forme, che troppo spesso viene fatta dai medici.

Qui si pone il grosso problema dei rapporti della medicina mutualistica con quella libera. Purtroppo si constata come alcuni sistemi di pagamento a cottimo non elevano ma abbassano il livello sanitario generale.

Onorevole ministro, ella sa quanto si è detto e si dice a proposito di alcune prestazioni mutualistiche, sia mediche sia farmaceutiche. Si dovrebbe allargare il campo del Ministero della sanità; il Ministero del lavoro si dovrebbe interessare solo dei contributi al fine di ottenere le prestazioni previdenziali ma il compito di vigilanza sulla parte sanitaria dovrebbe essere trasferito al Ministero della sanità.

Occorrerebbe inoltre provvedere ad una maggiore vigilanza sugli istituti medico-assistenziali. Potrei citare i nomi di alcuni istituti dove un medico generico sostituisce — molto male — le prestazioni dello specialista, soprattutto per quanto riguarda i minorati psichici. Ora tutto questo si fa tranquillamente e non c'è nessuno che intervenga e riprenda, laddove compito del medico provinciale dovrebbe proprio essere quello di vigilare su tutte le manifestazioni sanitarie nell'ambito provinciale.

Ella mi insegna, onorevole ministro, che quando un medico provinciale si riduce ad essere, come attualmente accade, un burocrate

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

appesantito dalle carte, dalle circolari, dalle richieste, finisce con svolgere le mansioni di un funzionario. Compito del medico provinciale sarebbe invece quello di vigilare sulle strutture igienico-sanitarie provinciali e di promuoverne lo sviluppo, in quanto egli rappresenta, insieme al consiglio provinciale sanitario, il Ministero della sanità. Tutto questo invece passa in non cale dal momento che egli non può farlo perché, come ho già detto, è sovraccaricato di lavoro del tutto materiale, che dovrebbe essere espletato invece dal personale del ruolo amministrativo.

Alla luce di queste considerazioni prego l'onorevole ministro di voler esaminare la possibilità (pur tenendo conto delle difficoltà di bilancio esistenti) di ampliare i ruoli amministrativi degli uffici del medico provinciale liberando anche, in un certo senso, le assistenti sanitarie visitatrici da compiti impiegatizi, come rispondere alle circolari e tenere gli schedari, perché siano libere di vigilare sull'andamento igienico e sanitari della provincia in collaborazione con il medico provinciale.

Altro compito del medico provinciale consiste nella promozione dei servizi medico-scolastici. Se ne parla tanto, ma come sono fatti? Solo così: *exploits*!, secondo la sensibilità di questo comune o di quella provincia. Manca una vera rete, uno sforzo coordinato, mancano le strutture sanitarie che ogni zona richiede. Nella zona mineraria, in quella industriale, in quella agricola ci dovrebbe essere un particolare servizio medico. Anche questo dovrebbe rientrare nelle funzioni del medico provinciale, come quello di qualificare il personale sanitario. In questo settore succedono veramente delle cose molto gravi. L'anno scorso, a Napoli, proprio per carenza di strutture e di materiale (ossigeno) sono morti degli operai; eppure sarebbe bastata la presenza di una infermiera professionalmente preparata che avesse avuto dell'ossigeno a sua disposizione, per evitare il disastro. Tutto questo, ripeto, dovrebbe essere compito del medico provinciale quando fosse liberato dalla pesantezza burocratica che ora l'opprime.

Tra i tanti capitoli del bilancio, in considerazione del poco tempo a disposizione, ne tratterò soltanto due in modo particolare, anche se molto brevemente. Al capitolo 1162, fra le altre voci, vi è quella riguardante il contributo per l'impianto e il funzionamento delle scuole-convitto professionali per infermiere e per assistenti sanitarie visitatrici. Al 31 dicembre 1958 (sono passati otto anni), per un totale di 268.615 posti-letto, erano disponibili 12.284 infermiere professionali. Calcolando per l'as-

sistenza al malato un tempo medio di 150 minuti (tempo inferiore a quello medio europeo, che è di 200 minuti per malato) risultavano mancanti, allora, 6.514 elementi. Calcolando approssimativamente quello che potrà essere l'aumento dei posti letto ospedalieri — senza tener conto della sua riforma, onorevole ministro — e calcolando l'aumento della popolazione, nel 1975 dovrebbero mancare 31 mila infermiere professionali. Ora, le scuole, in Italia, sono 66; di queste, 38 sono nell'Italia settentrionale, 15 nell'Italia centrale e 13 nell'Italia meridionale e insulare. Dalle 66 scuole esistenti, dal 1959 al 1962 (cioè in tre anni abbondanti), sono uscite 4.991 infermiere professionali, con una media, quindi, di 1.600 l'anno. Ne deriva chiaramente che, se non si aumenta il numero delle scuole, sarà impossibile provvedere al fabbisogno nazionale di infermiere professionali. E aggiungo che nei calcoli non ho tenuto conto delle cliniche e degli ambulatori extraospedalieri. Spesso, nei piccoli ospedali, vi è anche del personale raccoglietico. Naturalmente, non è compito suo, onorevole ministro, mettere ordine in questo settore, perché le amministrazioni ospedaliere sono autonome, ma mi faccio portavoce delle giuste lamentele delle infermiere professionali, del resto da tempo denunciate da tutta la categoria; esse infatti vedono svalutata la loro posizione presso gli ospedali, dove vengono considerate sullo stesso piano delle infermiere generiche, delle quali hanno il medesimo trattamento economico. Le amministrazioni ospedaliere trovano conveniente servirsi delle infermiere generiche o di infermiere che hanno fatto appena sei mesi di corso, anziché di infermiere professionali qualificate, con preparazione specifica. Nella disciplina delle professioni sanitarie ausiliarie bisognerebbe por fine a tale irregolare stato di cose.

Altri fondi stanziati nello stesso capitolo del bilancio sono destinati alla soluzione del problema dei minorati psichici — il problema cioè che mi ha indotto a prendere la parola in questa sede — sotto la voce: « sussidi e contributi per studi e ricerche nell'interesse dell'assistenza psichiatrica e dell'igiene mentale ». Siamo al *punctum dolens* dell'intera situazione, cioè agli irregolari psichici. So che ella, onorevole ministro, ha nominato una commissione per studiare il problema e preparare un disegno di legge; e conosco altresì qualche autorevole componente della commissione stessa. Ma occorre far presto. Si tratta di un problema gravissimo, che noi andiamo denunciando da anni, di cui non si conoscono neppure le esatte dimensioni, poiché gli stessi

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

studiosi denunciano le cose più diverse. Qualcuno dice che gli irregolari psichici in età scolare sono sui 375 mila meritevoli di interventi curativi e circa 300 mila nell'età della crisi puberale: assommati agli ospedalizzati, sarebbero circa 700 mila minori. Altri studiosi del problema denunciano cifre fortissime, che spero non siano esatte: 670 mila mentalmente insufficienti, lievi o medi; 585 mila al limite della norma; un milione e mezzo con disturbi del comportamento, ecc.: un totale, dunque, di 2 milioni e mezzo di minori che hanno irregolarità psichiche.

Naturalmente, facendo il confronto con le altre malattie sociali, come le malattie di cuore, i reumatismi, ecc., si dovrebbe dedurre che proprio l'infermità psichica è la più diffusa di queste. Ora, onorevole ministro, è il domani di questi minori che ci preoccupa!

In una visita al carcere ella mia città — che pure è capoluogo di provincia — ho chiesto al direttore qualche notizia sui suoi ospiti. Ho così appreso che in 5 anni vi erano stati 90 illegittimi (altra grave piaga, che non riguarda però l'attività del Ministero della sanità), ma gli altri erano quasi tutti irregolari psichici, di ogni categoria sociale. Sono irregolari psichici non adeguatamente curati nella prima età gli abituali clienti degli enti comunali di assistenza insieme con i disoccupati di professione. Sono gli etilisti, i malati di mente, le donne di strada, il sottofondo sociale da cui nasce e si sviluppa generalmente la criminalità. Se fossimo intervenuti a tempo, tutto ciò non sarebbe successo o succederebbe in maniera completamente diversa!

Una cura fatta a tempo che recuperasse il minore sarebbe conveniente anche dal punto di vista finanziario. Se oggi non spendiamo per tali cure 5 miliardi, ne spenderemo domani 20, oggi non abbiamo provveduto alle cure, domani per chi, non curato, è peggiorato ed addirittura irrecuperabile, dovremo provvedere se è carcerato, se è disoccupato, se è povero, se è alienato, se è donna di strada. Se intervenissimo convenientemente eviteremmo questa spesa e soprattutto salveremmo delle creature, ciò che più importa!

È necessario, quindi, affrontare decisamente il problema, per la cui soluzione sono state presentate proposte di legge da me e da altri colleghi, dall'onorevole Marcella Balconi e dall'onorevole Ferrari. Il Ministero della pubblica istruzione ha già fatto qualche cosa, ma è troppo poco. Scarso, infatti, è il numero delle classi differenziali e delle scuole speciali. Su circa 600 mila minori che debbono essere curati, ne sono stati accolti in istituti appena

4 mila e non sempre le cure che vengono loro prestate sono le più idonee. L'attività del Ministero della pubblica istruzione è lodevole, ma non è coordinata. Perciò il Ministero della sanità dovrebbe avere un ruolo preminente in questo campo per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, che dovrebbe procedere di pari passo con l'istruzione e l'avviamento al lavoro.

Onorevole ministro, ella riceverà, come riceviamo noi parlamentari, delle lettere in cui si segnala l'esigenza di minorati, ai quali non si sa come provvedere. Una famiglia normale non può spendere 2-3 mila lire al giorno per assistere il minorato: per questo la comunità ha il dovere di intervenire. Si tratta, quindi, di uno dei più importanti problemi, ed io ho preso la parola proprio per sollecitarne la soluzione.

Le amministrazioni provinciali sono sensibili al problema per quanto possono, perché si tratta di spesa facoltativa, essendo obbligate, in base alla legge del febbraio 1904 e dal testo unico della legge comunale e provinciale del 1934, a ricoverare in ospedale psichiatrico soltanto i minori e gli adulti che siano di scandalo o di pericolo pubblico. In base alla legge n. 2277 del 1925, anche l'Opera nazionale maternità e infanzia ha il compito di assistere i minori irregolari psichici fino ai 18 anni, ma non ha i mezzi necessari per farlo compiutamente. Potrebbe provvedervi soltanto se non dovesse versare alle province quasi 4 miliardi per gli illegittimi riconosciuti.

Onorevole ministro, oggi non possiamo assistere seriamente i minori irregolari psichici. Il problema è stato portato all'attenzione del paese sia dalla televisione sia dalla stampa. Ma ella sa che in Italia si discute molto di questioni di competenza, che tante volte intralciano la soluzione di problemi importanti. La prego di fare in modo che tali intralci in questa materia siano presto superati.

Infine, una parola sul capitolo n. 1207 che riguarda gli interventi per la lotta contro il tracoma.

Onorevole ministro, ella sa che in Italia il tracoma è quasi definitivamente sparito, per cui le chiedo se non sia il caso di devolvere i fondi stanziati per il tracoma a quei centri di oftalmologia sociale che esplicano un'attività tanto benefica. Ad esempio, a Napoli vi un'ottima scuola per minorati visivi, la seconda in Italia dopo l'istituto di oftalmologia sociale di Milano. Questi istituti tendono alla rieducazione completa dei minorati, cioè a dare loro una visione bioculare perfetta, per quanto sia possibile. Purtroppo, in tanti altri istituti questi minorati vengono curati come se fossero

completamente ciechi, per cui è auspicabile una diffusione di questi centri di oftalmologia sociale per la rieducazione degli ipovedenti e degli ambliopici.

In conclusione, onorevole ministro, la prego di rivolgere particolare attenzione al problema degli irregolari psichici, che è il problema principale. Ella ha proposto una riforma ospedaliera, sulla quale possiamo anche non essere d'accordo, perché le grandi riforme, per le quali tra l'altro non esistono fondi o vi è soltanto una speranza futura di averne, possono anche non trovarci consenzienti, ma quel che è necessario fare sono quelle riforme che sembrano piccole ma sono grandi per i loro riflessi sociali e facili perché non richiedono quell'impegno finanziario di cui necessita invece una grande riforma.

Mi auguro che non ci capiti, per pensare alla grande diga per il lago artificiale, di lasciare senz'acqua coloro che ne hanno estremo bisogno. Le raccomando pertanto di tenere presenti questi miei suggerimenti nella sua attività di ministro della sanità. (*Applausi al centro*).

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

DE LORENZO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, non posso nascondere di avere avuto notevoli perplessità prima di decidere se prendere o meno la parola sul bilancio del dicastero della sanità e ciò perché in effetti da anni, come ho avuto occasione di rilevare anche in altre circostanze, lo schema del bilancio presenta sempre le medesime manchevolezze, le medesime lacune, perché il dicastero è rimasto dopo alcuni anni di vita tale e quale era al suo sorgere, perché infine le critiche del Parlamento, pur sempre ripetute con puntuale monotonia, continuano a cadere nel vuoto.

Non è la prima volta in questa legislatura che ho l'onore di prendere la parola a nome del mio gruppo sul bilancio della sanità ed è pertanto una volta di più che mi trovo di fronte a quei medesimi problemi, tuttora insoluti, nei cui confronti spezzai qualche lancia già nel primo intervento pronunciato innanzi a questa autorevole Assemblea il 21 ottobre 1963. Tuttavia ho ritenuto mio dovere come parlamentare e come medico intervenire di nuovo brevemente su alcuni punti del bilancio nel tentativo di stimolare la soluzione di tante questioni che travagliano la vita e l'attività dei medici italiani, con incalcolabili riflessi negativi sull'assistenza sanitaria.

Ma, pur tra le persistenti manchevolezze ed il mancato sviluppo del dicastero tanto auspicato da tutta la classe medica, va dato atto all'onorevole ministro di aver rotto con la sua azione l'immobilismo che ormai da troppo tempo regna nel settore sanitario assistenziale, di aver tentato di dare una soluzione ad annose questioni e di aver dimostrato grande sensibilità per i problemi della medicina.

Desidero pure ringraziarlo, quale presidente dell'Associazione medici condotti, per gli apprezzamenti positivi avuti nei confronti della categoria e dell'opera che l'Istituto della condotta svolge da un secolo nel campo sanitario ed assistenziale e pure per le prospettive di un efficace inserimento della condotta medesima in qualsiasi futuro sistema di assistenza e di sicurezza sociale.

Qui mi corre l'obbligo però di porre in risalto che i medici condotti sono in viva agitazione per la mancata integrale applicazione della legge 15 febbraio 1963, n. 151, che, a tre anni dalla sua promulgazione, non è ancora del tutto operante, per cui richiamo l'attenzione del ministro della sanità sulla necessità di un suo intervento risolutore per evitare un ulteriore inasprimento della situazione. È questo un problema che riguarda anche altre categorie: cioè i veterinari e le ostetriche.

Anche su un altro problema desidero attirare la considerazione dell'onorevole ministro, e cioè sul perdurante fenomeno di soppressione di condotte mediche che già il ministro della sanità aveva cercato di arginare con sue circolari nel 1958 e nel 1962 e le cui disposizioni sarebbe opportuno ribadire con maggiore fermezza nell'interesse soprattutto della pubblica salute, così come è stato evidenziato anche durante la discussione del bilancio dello scorso anno.

Il bilancio preventivo della gestione 1966, che viene sottoposto all'esame della Camera, presenta, purtroppo, nella sua impostazione generale un primo difetto che è come un vizio di origine e che si trova anche nei precedenti bilanci del dicastero. La strutturazione di questo documento, che è poi espressione dell'attività prevista per l'annata successiva, viene di volta in volta ricalcata sul vecchio *cliché* dello scomparso Alto Commissariato, sicché ben poca differenza corre tra il bilancio di quell'organismo ed il bilancio preventivo portato oggi all'apprezzamento del Parlamento. Questa critica si riallaccia direttamente ad un'altra più vasta, mossa da autorevoli colleghi ed anche da me in que-

st'aula e fuori di essa, riguardante il persistere dello smembramento di attribuzioni proprie del Ministero della sanità tuttora affidate ad altri dicasteri, costretti ad occuparsi in tal modo anche marginalmente di materia sanitaria. Per la verità l'onorevole ministro in sede di Commissione sanità ha riconosciuto in più di una occasione la persistenza di una siffatta anomalia amministrativa e ha sollecitato anche dall'iniziativa parlamentare un'azione intesa a promuovere la rapida unificazione di tutte le competenze sanitarie nel dicastero della sanità, sicché questo divenga ciò che a mio avviso deve essere: « la casa dei medici italiani ».

Per quello che mi riguarda darei volentieri il contributo della mia opera e soprattutto del mio entusiasmo a tale operazione, ma purtroppo devo significare all'onorevole ministro che le proposte della minoranza non sono in genere destinate al successo. Nel bilancio di previsione non mi è parso di ritrovare i presupposti per uno sviluppo del Ministero della sanità, per un ampliamento del suo organico e dei suoi servizi. L'evenienza di un trasferimento al dicastero della sanità di quelle competenze oggi ancora ad esso sottratte, l'evenienza di un più esteso controllo sulla mutualità e sui presidi sanitari ed assistenziali in genere, sia a livello nazionale sia a livello provinciale, troverebbe un organico modesto, inadeguato soprattutto ai nuovi onerosi compiti. Sarebbe pertanto auspicabile che un ampliamento dell'organico in particolare dei servizi periferici venisse previsto e che venisse anche presa in esame la possibilità di un maggiore apprezzamento, sotto il profilo economico, dell'opera dei medici provinciali, la cui azione è difficile, il cui lavoro è duro ed i cui emolumenti non sono proporzionati alla dignità della funzione ed al costo attuale della vita.

Quando questi problemi avranno trovato soluzione, quando le situazioni di carattere organizzativo ed economico avranno avuto sistemazione adeguata, allora soltanto sarà possibile andare avanti ordinatamente sulla via delle riforme più urgenti.

Le riforme devono avere una certa gradualità, un ordine nelle precedenze, che non può essere stabilito in base a criteri di gusto personale, né, tanto meno, in base a criteri sempre infidi e pericolosi di opportunità politica. Esse devono invece trovare il loro ordine di precedenza nella stessa scala delle necessità, delle occorrenze di attualità tecnica, avendo di mira la funzionalità dei servizi

ma prima ancora lo scopo per cui quei servizi verranno previsti. Questa è la via attraverso la quale è possibile fissare l'ordine di precedenza vero per l'esecuzione e la graduazione delle riforme, al di fuori di tutte le soluzioni facili, delle impostazioni politiche e delle speculazioni filosofiche o pianificatrici.

Esistono anzitutto alcune leggi che vanno d'urgenza rivedute e aggiornate, perlomeno quanto alla parte sanitaria, al fine di prevedere in alcuni settori strumenti legislativi moderni, adeguati non solo alle diverse necessità ma pure alle differenti situazioni determinate da indirizzi terapeutici nuovi, da recenti acquisizioni nei campi della virologia, della vaccino-profilassi, dell'igiene e dell'igiene del lavoro. Prima fra tutte è necessaria la revisione della legge comunale e provinciale, segnatamente in quella parte che concerne la profilassi e la contumacia per le malattie da infezione. Ciò perché le moderne terapie a base di antibiotici e cortisonici, ancora non in corso all'epoca della promulgazione della legge, hanno, unitamente all'uso su vasta scala della pratica vaccinale, preventiva e curativa, profondamente modificato il capitolo delle malattie da infezione, in tal modo che il disposto della legge non è più adeguato alle nuove situazioni e soprattutto alle nuove esigenze sociali. La prescrizione, ad esempio, di periodi contumaciali assai più lunghi di quanto possa essere allo stato necessario per la breve durata della fase acuta e del periodo di contagio determina la permanenza di ammalati, ormai guariti e non più contagiosi, nelle corsie per infettivi, con la duplice conseguenza di maggiori oneri per le degenze gravanti sui comuni, e dell'occupazione inutile di letti che potrebbero essere viceversa posti a disposizione di altri ammalati in fase acuta, per i quali molto spesso non vi sono posti-letto.

Anche per quanto riguarda la profilassi sono necessari una modificazione e un aggiornamento delle norme che regolano tutta la materia. La diffusione su vasta scala della pratica vaccinale ha determinato la necessità di sottoporre i soggetti in età prescolare o scolare a una serie di vaccinazioni da effettuarsi talvolta entro breve lasso di tempo. Si tratta di un'abitudine certamente discutibile, soprattutto perché espone all'evenienza di fenomeni di interferenza, con il possibile risultato di non conseguire la desiderata immunità nei confronti di una o più malattie, e inoltre comporta il rischio di determinare reazioni allergiche la cui entità varia da caso a caso.

Due provvedimenti si rendono a tal punto necessari ed urgenti: il calendario delle vaccinazioni e l'esistenza del libretto sanitario su cui le medesime, una volta effettuate, devono venire annotate, specificandosi, inoltre, per alcune di esse l'avvenuto o non avvenuto attecchimento. Questo è stato argomento, se non erro, di un ordine del giorno presentato alla Commissione igiene e sanità e da lei accettato, onorevole ministro.

Sento, nella mia qualità di infettivologo, di dover dare anche atto al ministro di avere coraggiosamente affrontato il problema della vaccinazione antipolio rendendola obbligatoria, anche se in notevole ritardo rispetto a numerose altre nazioni. È tuttavia necessario che la legge sia resa efficace attraverso una azione costante di sorveglianza da parte dei medici provinciali e degli ufficiali sanitari perché ancora pregiudizi tenacemente radicati in tutti gli strati sociali del nostro paese sottraggono alla pratica vaccinale migliaia di bambini che possono divenire facilmente preda del virus, e che, inoltre, concorrono potentemente ad indebolire la fascia immunitaria creata nella popolazione dagli individui vaccinati nei quali, con il passare del tempo, l'immunità lentamente si attenua fino, in molti casi, a scomparire.

E a questo si collega un altro problema di pratica vaccinale, anch'esso di notevole portata, riguardante la vaccinazione antitetanica, a causa delle continue segnalazioni di casi della malattia, frequentemente seguiti da esito letale. La vaccinazione contro il tetano dovrebbe essere resa obbligatoria per tutti, e non solo per alcune categorie di lavoratori, sia perché essa è perfettamente innocua sia perché il tetano ha quasi sempre prognosi infausta. Almeno sarebbe auspicabile una campagna propagandistica, a mezzo della stampa periodica e quotidiana, per sensibilizzare medici e popolazioni alla pratica della vaccinazione antitetanica sistematica.

Un discorso pressoché analogo potrebbe essere fatto per quanto riguarda il morbillo — la cui vaccinazione è fatta in quasi tutte le nazioni, soprattutto negli Stati Uniti d'America — di cui si segnalano sempre più frequentemente casi caratterizzati da complicanze encefaliche per attacco del virus al sistema nervoso e per una — alcune volte — marcata tendenza della malattia a diffondersi rapidamente nelle comunità.

Non potrebbe essere chiusa questa parte riguardante la virologia senza un accenno ad una delle più diffuse e pericolose malattie da virus: l'epatite virale, nei cui confronti

non esiste ancora alcun mezzo profilattico o terapeutico specifico ed efficace di difesa, mentre la malattia continua a diffondersi favorita anche dalla frequenza dei casi « anitterici » di difficile identificazione e che troppo spesso sfuggono all'apprezzamento dei medici.

Lo stesso inquinamento delle acque costiere (specialmente per quanto riguarda Napoli) da me in più occasioni segnalato quale possibile fonte di malattie da infezione, potrebbe rappresentare anche una causa della diffusione della virus epatite.

D'altra parte in Italia gli studi di virologia non possiamo dire che siano all'avanguardia. Basti pensare che esistono soltanto tre centri di virologia: uno a Roma, uno a Catania e uno a Palermo; per cui volendo far sottoporre ad esame culturale un campione di un qualsiasi materiale è necessario avviarlo ad uno di questi centri.

L'onorevole ministro, a seguito della presentazione di un mio ordine del giorno lo scorso anno, aveva preso l'impegno di erogare un contributo di circa 50 milioni per l'istituzione di un centro di virologia nel nuovo « Cotugno » di Napoli. Devo purtroppo riferire di aver notato, non senza un certo dispiacere, che tale somma non è stata iscritta nel bilancio di previsione del 1966 del quale ci stiamo occupando.

Nel nostro paese esistono delle incongruenze nel settore sanitario, dovute alla frammentarietà con cui si sono sviluppate in alcuni settori le iniziative legislative, ma soprattutto — a mio giudizio — alla mancanza di una unicità direzionale in un campo particolarmente delicato e vasto come quello sanitario.

Basta dare uno sguardo in giro per vedere quanta confusione vi sia, ad esempio, nell'assistenza mutualistica, ove ha prosperato una vera e propria fungaia di enti e casse mutue nati da iniziative legislative poste in essere in epoche diverse, con differenti finalità, ma soprattutto mossi da differenti esigenze sociali. In tal modo nel solo settore dell'assistenza malattia esistono alcuni grossi istituti, numerose casse e svariate iniziative locali, con il risultato di una dispersione di capitali e di energie enormi e della erogazione di una protezione sanitario-assistenziale poco soddisfacente per gli assistiti e direi anche per i medici.

L'urgenza della unificazione delle iniziative mutualistiche nasce appunto da tale constatazione; ma la difficoltà di siffatta operazione non sfugge ad alcuno, per cui, nel tentativo di graduare un processo che fatalmen-

te dovrà verificarsi, sarebbe per ora auspicabile che tutte queste iniziative confluissero sotto l'egida del Ministero della sanità, anche per consentire al responsabile di quel dicastero di effettuare un bilancio completo di tutta la materia.

Sento però il dovere di rilevare che le differenze esistenti nell'erogazione delle prestazioni assistenziali da una mutua all'altra e da una categoria all'altra rappresentano una evenienza non più accettabile perché alla loro origine si pone un'interpretazione direi classista dell'assistenza; in effetti sono proprio le più disagiate categorie di lavoratori a beneficiare di una protezione incompleta.

È compito del moderno Stato di diritto assicurare a tutti i cittadini uno *standard* minimo di assistenza e a tal fine è necessario che tutte le iniziative mutualistiche partano da una centrale direttiva unica e siano sottoposte ad un unico sistema di controllo. Poiché però io non appartengo a coloro che sognano la soppressione della mutualità dalla sera alla mattina e l'avvento della medicina di Stato, cui per altro sono decisamente contrario, ritengo assai più logico e realistico prevedere e programmare una graduale unificazione delle normative per giungere, in un futuro più o meno prossimo, all'unificazione delle iniziative mutuo-assistenziali nel settore del rischio generico di malattia, con la costituzione di un solo ente per l'erogazione di questa forma di protezione assicurativo-assistenziale.

L'unificazione delle iniziative di mutualità, sia in regime assicurativo, sia in regime di assistenza con fiscalizzazione degli oneri contributivi, può avvenire solo nel settore del rischio generico di malattia ove esiste pluralità di iniziative, e non nei settori degli infortuni e malattie professionali, della tubercolosi e dell'invalidità, in quanto è opportuno mantenere la distinzione per tipo di rischio protetto, e ciò nell'esclusivo interesse dei lavoratori.

Ma questo è un discorso che non può essere fatto senza tener conto di certi indirizzi e di certe linee emersi dall'impostazione del piano presentato dal ministro Pieraccini, sul quale mi propongo di intervenire a fondo allorché sarà portato in discussione in quest'aula.

Ecco perché, in attesa di una maggiore chiarezza del progetto di riforma e della sua graduale applicazione, sarebbe opportuno avviare il discorso sulla riorganizzazione della mutualità. È soprattutto necessario convincersi che anche nell'attività mutualistica deve

essere rispettato il principio della libertà professionale, tanto tenacemente difeso dalla classe medica attraverso la notula e attraverso la libera scelta, principio già compromesso, ma che verrebbe ineluttabilmente a cadere nel caso dell'adozione della quota capitaria.

La classe medica italiana proprio in questi giorni si è stretta intorno alle sue rappresentanze più qualificate per manifestare, in unità di vedute e di intenti, la volontà di difendere i propri diritti, il proprio lavoro e la propria dignità.

Ritengo opportuno soffermarmi sui motivi che hanno costretto i medici ambulatoriali ed i medici generici inseriti nel sistema mutualistico italiano a scendere in sciopero in difesa dei propri interessi.

Essi sono di diversa natura, economici, normativi e morali. La convenzione stipulata con gli enti mutualistici è scaduta fin dal giugno 1965 e nonostante le numerose riunioni tenute a tutti i livelli, con la presenza delle rappresentanze ordinistiche e sindacali, non si è riusciti a trovare la soluzione dei problemi posti sul tappeto.

In definitiva, che cosa chiedono i medici? L'attenuazione della pressione fiscale, perché si deve tener conto che non può infierirsi nei confronti di redditi di lavoro, già resi modesti dalla irrisorietà dei compensi corrisposti dagli enti mutualistici; l'adeguamento della misura dei compensi che devono essere proporzionati non solo alla natura qualificata della prestazione, ma anche rapportati alla progressiva diminuzione del potere di acquisto della moneta ed al rincaro del costo della vita.

Ma soprattutto essi chiedono una normativa unica per tutti gli enti assistenziali, meno burocratica, più snella, più aderente alle necessità dell'attività degli enti ed un capitolato che disciplini l'attività ambulatoriale specialistica.

È facile vedere come le richieste dei medici in sciopero si risolvano nel miglioramento del livello dell'assistenza erogata dagli enti e, quindi, in un vantaggio per i lavoratori e perciò non ci comprende la lentezza e la lungaggine di queste trattative ed addirittura la presa di posizione e di rottura assunta dagli enti con il continuo rinvio della discussione delle rivendicazioni dei medici e con il tentativo di introdurre la quota capitaria in tutto il territorio nazionale, il che sarebbe la fine di qualsiasi parvenza di libertà nell'esercizio dell'arte medica e segnerebbe la definitiva scomparsa di qualsiasi incentivazione al miglioramento e al progresso.

È questo un problema grave che interessa, quindi, non solo la classe medica ma tutti i lavoratori, per i disagi che agli stessi derivano dall'azione alla quale sono stati costretti loro malgrado, i sindacati medici, e, pertanto, ritengo che l'onorevole ministro della sanità debba intervenire autorevolmente, svolgendo opera di mediazione fra le categorie mediche e gli enti interessati, poiché il ministro della sanità è il più diretto responsabile della pubblica salute, anche se le norme vigenti demandano al Ministero del lavoro la specifica competenza in questo settore.

Auspico che la vertenza possa essere risolta al più presto e, soprattutto, che le convenzioni, una volta stipulate, possano avere la necessaria validità ed operatività, ad evitare che per l'avvenire conflitti di competenza fra diversi ministeri rendano nulli gli accordi faticosamente raggiunti fra le parti interessate, come è recentemente avvenuto per il capitolato riguardante i medici ambulatoriali dell'« Enpas » che, approvato dalle parti e ratificato dal Ministero del lavoro, non è stato ratificato dal Ministero del tesoro.

Non va, infatti, trascurato che una delle componenti dell'attuale azione sindacale dei medici ambulatoriali è stato appunto la mancata ratifica da parte del Ministero del tesoro dell'accordo stipulato tra l'« Enpas » ed i medici ambulatoriali. Ciò ha formato oggetto anche di una interrogazione presentata dai medici appartenenti al gruppo dei deputati liberali.

Altri argomenti su cui ritengo di dovermi soffermare rapidamente sono la riforma dell'assistenza ospedaliera e la riforma dell'assistenza ai folli, per cui l'onorevole ministro della sanità ha preparato due schemi di disegni di legge. L'agitazione creatasi tra la classe medica per effetto di questi schemi di disegni di legge non è stata di scarso rilievo e ha avuto larga eco sulla stampa, sicché sono dispensato dall'addentrarmi nei dettagli; tuttavia i progetti, nonostante le critiche mosse da più parti, sono restati immutati e verranno prima o poi all'esame delle Camere.

All'inizio del mio intervento ho dato atto all'onorevole ministro di aver rotto l'immobilismo che regnava da anni su tali situazioni: devo dirgli, però, che, come tanti medici italiani, penso sia necessaria ed urgente una riforma ma ritengo, al tempo stesso, che essa non debba essere fatta senza i medici italiani o peggio contro i medici italiani.

Lo schema di disegno di legge per la riforma degli ospedali trasforma, anche se

l'onorevole ministro lo nega, il medico ospedaliero in impiegato, e ciò significa privarlo delle incentivazioni necessarie all'attività medica ed alla cura degli ammalati, e sottrae al libero esercizio anche mutualistico vaste zone di attività, impoverendo il medico ospedaliero le cui entrate restano ristrette al solo stipendio. Io non appartengo a coloro che si fanno illusioni e sognano per gli assistenti ospedalieri emolumenti da consigliere di Stato, per quanto ritengo necessario battersi per conservare ai medici degli ospedali l'autonomia necessaria per integrare le competenze che gli verranno attribuite dall'ente ospedaliero.

Questo è sostanzialmente il motivo per cui i medici si sono dichiarati contrari al principio della « impiegatizzazione » e al passaggio degli ambulatori mutualistici di specialità agli ospedali (come previsto dall'articolo 10 dello schema di disegno di legge), principio quest'ultimo che significherebbe anche la distruzione della categoria degli ambulatoriali, i quali hanno faticosamente raggiunto in anni di lotta una certa situazione di serenità e di tranquillità di lavoro.

Non ritengo infine che possa essere accettato il principio di un così ampio potere delegato quale quello previsto dall'articolo 27 dello stesso schema di disegno di legge, per cui tutta la materia riguardante la disciplina del personale, gli emolumenti, la carriera dovrebbe venire regolata, in seguito, in base alla delega stessa. Io sono piuttosto dell'avviso che, trattandosi di argomenti tanto importanti e decisivi per il lavoro e la vita stessa di migliaia di professionisti e delle loro famiglie, essi debbono essere ampiamente e coraggiosamente discussi e decisi in Parlamento, senza che ad alcuno debbano far velo le idee della propria parte.

Una riforma dell'ospedale è urgente e necessaria soprattutto perché gli istituti ospedalieri sono in crisi dal punto di vista istituzionale, economico, dell'edilizia, dei letti, ma anche perché esso ha cessato di essere il pio ricovero ove i poveri trovavano almeno un letto in cui morire con i conforti religiosi; oggi è divenuto luogo di indagine, di terapie, di sperimentazione, ed è quindi giusto che le sue strutture siano adeguate alla mutata funzione.

Noi liberali riteniamo che sia necessaria la suddivisione degli ospedali in base non alle capacità ricettive ma alla specializzazione delle attrezzature; e ciò non al fine di creare una gerarchia degli ospedali ma unicamente

per evitare la costruzione di inutili doppiomi e per poter favorire al massimo lo sviluppo dei luoghi di cura specializzati. I consigli di amministrazione pertanto devono essere organismi agili, moderni, aderenti alla realtà dei tempi, tenuto conto che l'ospedale trae i suoi mezzi di vita dalle rette di degenza corrisposte dagli enti per i propri ricoverati. È quindi necessario che non soltanto nella composizione, ma nella strutturazione, questi organismi si avvicinino al tipo dei consigli amministrativi delle società per azioni e siano il più possibile svincolati dall'influenza politica.

Ho già altra volta criticato il meccanismo di formazione dei consigli previsto dallo schema di disegno di legge Mariotti, in quanto sono convinto che esso non introduca un principio di democratizzazione nella vita dell'ospedale ma al contrario rappresenti l'asservimento dell'ospedale stesso alla rappresentanza politica, di cui l'organo amministrativo è in ultima analisi l'emanazione diretta. Inoltre, nel tipo di consiglio previsto dal ministro Mariotti, manca il rappresentante della classe medica. Tale lacuna dovrà essere necessariamente colmata, così come dovranno essere previste maggiore autonomia e maggiore autorità per il corpo sanitario ospedaliero, il cui parere non può avere soltanto valore consultivo.

Per concludere su questo argomento occorre fare due osservazioni pregiudiziali. In primo luogo lo schema di disegno di legge avrebbe potuto essere discusso nelle sue linee generali con le categorie interessate e con la stessa Commissione sanità prima di essere presentato all'attenzione del Governo. Oggi lo schema appare come un'iniziativa personale dell'onorevole ministro e dei suoi collaboratori, nato al di fuori della classe medica e senza che questa abbia potuto in alcun modo recare alla sua formulazione un qualche contributo di esperienza diretta e di conoscenza almeno di alcuni problemi. Inoltre — e questa lacuna renderebbe di per sé nulla qualsiasi iniziativa legislativa — lo schema manca del piano finanziario, per cui non soltanto non è dato conoscere quali somme occorreranno per l'attuazione della riforma, ma neanche in qual modo il denaro certamente occorrente dovrà o potrà essere reperito. Non basta certamente la generica enunciazione del trasferimento agli enti ospedalieri dei beni delle opere pie, operazione sulla quale per altro vanno avanzate le più ampie riserve, trattandosi di una vera e propria confisca di beni privati, a mio avviso contraria ai canoni fondamentali del nostro diritto.

Su questo schema di riforma, poi, pare non vi sia grande accordo neppure nella stessa maggioranza, perché mentre da una parte si apprende, dalla dichiarazione programmatica del Presidente del Consiglio, che la riforma ospedaliera è parte del programma dell'attuale Governo e ha priorità su altri problemi, dall'altra l'onorevole Rumor fa cenno al rispetto delle tradizioni amministrative e sanitarie degli ospedali, facendo comprendere che in questo settore non vi potrà essere una vera e propria rivoluzione.

Ho detto innanzi che l'onorevole ministro ha anche preparato uno schema di disegno di legge per la riforma dell'assistenza psichiatrica. Devo rilevare che non tutte le provincie posseggono un proprio ospedale psichiatrico; tale fatto non solo contrasta con lo spirito della legge in vigore, che vorrebbe ogni provincia fornita di un proprio ospedale psichiatrico, ma determina il sovraffollamento degli ospedali disponibili che sono costretti nella media ad ospitare un numero di ammalati doppio di quello per cui vennero costruiti, con tutte le conseguenze che si possono immaginare. A questa situazione voleva evidentemente riferirsi l'onorevole ministro quando ebbe a pronunziare severe espressioni sulle condizioni degli ospedali psichiatrici, condizioni che non possono essere per certo ascritte a colpa dei sanitari, ma ricadono in pieno sulle amministrazioni, in gran parte poco sollecite nei riguardi di questo settore importante e delicato della assistenza medica.

Anche in tale settore una riforma è necessaria, anzi urgente, in quanto lo strumento legislativo attuale costituito dalla legge del 1904, basato sulla pericolosità e sulla inguaribilità del malato mentale, non è più adeguato alle moderne vedute e del tutto superato dalle nuove tecniche terapeutiche.

Occorrerà creare intorno a questi luoghi di cura una mentalità nuova, modificarne le strutture, la funzione e l'organizzazione, sostituendo al vecchio schema della direzione accentrata di tipo carcerario un sistema più moderno e più scientificamente rispondente.

Giunto alla fine di questa breve disamina vorrei fermarmi solo un istante sulla disciplina dell'esercizio delle farmacie, per sottolineare la situazione di difficoltà in cui si trovano le farmacie rurali, tuttora in attesa di un finanziamento che non è avviato, per cui molti centri rurali rischiano di restare privi di farmacie, mentre tale sorte è già toccata a diversi piccoli centri.

La cifra invero modesta di un miliardo e 200 milioni sarebbe sufficiente a modificare la situazione.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Nessuno ha detto che è sufficiente.

DE LORENZO. Pertanto, vorrei pregare l'onorevole ministro di adoperarsi a reperire tali fondi e a portare all'esame della Commissione sanità lo schema per la riforma delle farmacie elaborato dal Comitato ristretto, a ciò incaricato dalla stessa Commissione fin dall'inizio di questa legislatura.

Prima di concludere il mio intervento vorrei ricordare a tutti, anche a me stesso, che questa legislatura dura sin dal 1963, e che sino ad oggi, almeno in campo sanitario, si è fatto molto poco e si rischia di giungere alla fine di esso senza vedere attuata neppure una delle tante riforme annunciate.

Desidero ringraziarvi per avermi cortesemente ascoltato e desidero ribadire il concetto che il gruppo liberale è sempre disponibile e pronto a dare la propria attiva collaborazione a riforme sociali concrete, intese a migliorare realmente la situazione di quei settori ove si palesano gravi carenze e urgenti necessità. Sono queste, in effetti, le riforme che il gruppo liberale auspica, e non le altre, quelle cosiddette caratterizzanti, vale a dire quelle indirizzate nel senso di una caratterizzazione politica di centro-sinistra, indipendentemente dalla loro opportunità e dalla possibilità di risultati concreti. Per contro, il gruppo liberale è altrettanto pronto a portare la più fiera e decisa opposizione nei confronti di tutte quelle iniziative che determinano spreco di pubblico denaro ed aggravio per le già precarie condizioni delle finanze dello Stato. (*Applausi*).

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

USVARDI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, se il metro di misura per determinare gli impegni finanziari dello Stato nei confronti dei vari dicasteri fosse esclusivamente l'interesse, la curiosità, la volontà istintiva ed individuale del cittadino, ci permettiamo di affermare che ben altra dimensione avrebbe il bilancio del Ministero della sanità, che ha visto solo un modesto, insufficiente incremento di circa 4 miliardi rispetto al passato bilancio per il 1965. Sappiamo perfettamente che altri 57 miliardi sono imputati a spese per la sanità negli stati di previsione di altri dicasteri (quali, ad esempio, la grazia e giustizia, gli esteri,

la pubblica istruzione, l'interno, i lavori pubblici, i trasporti, la difesa, il lavoro, la marina mercantile), ma l'assenza di coordinamento e spesso i conflitti di competenza non permettono alla sanità di fare conto in assoluto di quest'altra grossa cifra, per cui noi possiamo considerare largamente esiguo lo incremento del 1966, anche perché, sui 4 miliardi, come cifra produttiva in chiave di potenziamento, possiamo soltanto considerare 595 milioni cioè quelli che vanno riferiti all'adeguamento del personale, allo sviluppo delle funzioni crescenti del ministero stesso.

Non solo l'uomo della strada, signor ministro, vorrebbe ben altra assegnazione dei 77 miliardi 653 milioni previsti per la sanità nel 1966, ma anche, in chiave individuale, almeno gran parte dei deputati che siedono in questa Camera. Lo abbiamo già rilevato in altre occasioni, lo abbiamo riscontrato ancora nei recenti dibattiti al Senato, nella discussione per il parere in seno alla Commissione igiene e sanità, durante l'esame, nei giorni scorsi, delle variazioni del bilancio per il 1965; ed ancora una volta, proprio la scorsa settimana, un po' da tutte le parti, si è rilevata l'insufficienza dei mezzi per affrontare in maniera coordinata i problemi sanitari del paese, per affrontarli in modo corrispondente alle esigenze vive e non dilazionabili della popolazione, in una visione di rinnovamento civile che non può essere contestata né respinta.

Sono stati espressi giudizi precisi e pesanti sulle carenze note a tutti, perché tutti siamo testimoni e protagonisti di una situazione: anche perché sappiamo che una cifra gigantesca viene spesa da enti, da istituti, da comuni, da province, da cittadini privati per i problemi sanitari; una cifra non certo definibile, ma certo aggirantesi sui 2.500 miliardi di lire. L'imponenza della spesa indica da sola la crisi del sistema mutualistico italiano e l'esigenza di un riordinamento dell'intero sistema, alla luce delle attuali esigenze e insufficienze ma soprattutto delle esperienze condotte all'estero.

Noi socialisti riteniamo di aver dato al Ministero della sanità, in questi anni di centro sinistra, una forte spinta propulsiva per l'impegno politico sociale del Governo, facendo uscire in campo aperto problemi e questioni dal chiuso del *quieta non muovere*, ma speriamo, contiamo, ci battiamo perché questo bilancio 1966 sia veramente un bilancio ponte, da cui dovrà prendere il via, nel 1967, il piano quinquennale di sviluppo. Con esso ci auguriamo che si aprano tempi nuovi

per i grandi problemi sanitari italiani, denunciati fra l'altro dai vari volumi di inchiesta che hanno largamente sensibilizzato in questi ultimi mesi l'opinione pubblica del paese.

Ma, se questo è il nostro impegno, non possiamo dimenticare che si è già largamente operato per preparare il terreno atto a far progredire le indispensabili riforme sanitarie, che si inquadrano nel settore della sicurezza sociale e della programmazione.

Pare a noi che le pur importanti questioni delle varie iscrizioni a bilancio, con le loro ombre e luci (in ragione spesso della modestia di certi stanziamenti a confronto della realtà sanitaria del paese, soprattutto nei settori delle malattie sociali in cui la mortalità è in aumento), debbano lasciare il posto principale in questo nostro intervento a rapide ma impegnate considerazioni sui problemi di fondo, sui problemi che il ministro Mariotti ha tolto dai cassetti e ha affrontato con coraggio, accendendo larghe polemiche, positive per la reale, effettiva partecipazione pubblica al dibattito di base, preparazione non certo infruttifera per il prossimo — noi ci auguriamo — lavoro di legislatori.

Alludiamo in particolare ai disegni di legge presentati, di largo contenuto innovatore, come quelli per il riordino della Croce rossa italiana, dell'O.N.M.I., dell'assistenza a tutti i malati di tubercolosi ed ai mutilati ed invalidi civili; alle proposte di nuova regolamentazione farmaceutica; agli schemi di disegni di legge per la riforma ospedaliera e per la riforma degli ospedali psichiatrici.

La recente conclusione della crisi ha messo positivamente in luce, attraverso il discorso programmatico e la replica del Presidente del Consiglio Moro, l'accresciuto impegno del Governo per i problemi della riforma sanitaria e ci sembra che in maniera incontestabile questa viaggi in prima istanza sulla riforma ospedaliera, per dirla con l'onorevole Nenni.

Dai tanti convegni, dibattiti, articoli, dichiarazioni, progetti alternativi, contrapposizioni, critiche, esaltazioni, appoggi ed insulti succedutisi dal luglio 1965 ad oggi dopo la presentazione dello schema Mariotti, e dalla pubblicazione del « libro bianco » sulla situazione degli ospedali, pensiamo di poter ribadire che giustamente l'assistenza ospedaliera è stata posta al centro della riforma sanitaria.

L'ha capito largamente l'uomo della strada, l'uomo della città e della campagna che, non solo attraverso la documentazione giornalistica e, purtroppo, i frequentissimi dram-

matici episodi di cronaca, ma personalmente ha visto e vissuto le difficoltà di certi ricoveri ospedalieri, le carenze, di una organizzazione dispersiva, non coordinata ed insufficiente. Tragicamente ha capito. Ed è apparso, dai consensi popolari emersi pubblicamente nei discorsi di ogni giorno, che la battaglia è valida. Dalle « lettere al direttore » inviate a giornali grandi e piccoli, le quali secondo gli inglesi sono il termometro più preciso della validità di una iniziativa, è uscita la conferma che è giunto il tempo di una grande conquista civile nel nostro paese. « Bisogna convincersi — ha detto un giorno il ministro Mariotti — che l'assistenza sanitaria è una opera pubblica, anche più importante delle autostrade e delle centrali nucleari, e che le spese per gli ospedali sono spese produttive, perché negli ospedali si fabbrica salute e salute vuol dire benessere e lavoro ».

Purtroppo queste fabbriche, ribatteva un giornalista, lavorano male.

La gente si chiede — lo chiedono particolarmente ai deputati — perché mai tanti ostacoli aperti e sotterranei si frappongono allora alla discussione e alla votazione di una nuova legge che permetta di ovviare alle attuali carenze del settore sanitario, superando gli anacronismi della legge ospedaliera del 1890, della legge sugli ospedali psichiatrici del 1904, della legge comunale e provinciale e del testo unico delle leggi sanitarie, ultratrentenni e chiaramente anacronistiche, e comunque non in grado di corrispondere al dettato degli articoli 32 e 38 della Costituzione quanto alla tutela della salute e alle particolari previdenze riservate ai lavoratori e agli indigenti.

Situazioni particolari, privilegi, timori reali ed eccessivi, strumentalismo, difesa di competenze anacronistiche e dannose, incrostazioni burocratiche e tanto altro ancora sono gli ostacoli maggiori alla attuazione della riforma.

Ma la salvezza di vite umane e l'obiettivo di dare migliori condizioni di vita ai cittadini e ai lavoratori devono sollecitare l'azione di Governo nel settore della sanità.

Perché, ci si chiede, voi socialisti, voi centro-sinistra avete la presunzione di risolvere un problema che non ha trovato, dal dopoguerra ad oggi, la capacità di affermarsi quantunque fossero stati presentati parecchi progetti di riforma, quantunque fosse chiara a molti l'insostenibilità di una situazione che poggia su leggi largamente superate?

Perché riteniamo che sia maturo nella coscienza — per dirla con Mazzini — il processo

di nuovo ordine; perché vi è volontà politica, perché un forte impegno politico sociale sta alla base dell'azione di questo terzo Governo Moro.

L'opposizione di minoranze parlamentari, di enti, di diverse organizzazioni, di categorie di cittadini devono cadere di fronte al superiore e primario interesse sociale. Riteniamo poi che forse il torto essenziale dei precedenti progetti arenatisi nelle aule del Parlamento è stato quello di essere puramente settoriali, tecnici, indirizzati a questo o a quel settore della vita ospedaliera o più settori, ma senza una visione complessiva della collocazione dell'ospedale nel sistema della assistenza sanitaria e della vita del paese.

La programmazione affronta invece il problema della sicurezza sociale e, in essa, la prima tappa è la riforma degli ospedali. Sappiamo tutti che l'ospedale ha la preminenza nell'assistenza sanitaria. Il progresso rilevante della scienza medica con le sue nuove tecniche diagnostiche, curative e di riabilitazione, che comportano spese sempre più ingenti; l'esigenza sempre maggiore del ricovero ospedaliero; il progresso sociale che impone lo obiettivo di liberare l'uomo dal bisogno, sono le ragioni che hanno spinto i governi delle nazioni più evolute ad estendere l'assistenza ospedaliera gratuita a tutta la popolazione. Questo è l'obiettivo finale, la volontà politica anche del nostro Governo.

L'ospedale è venuto di scena massicciamente in questi decenni, quando la copertura assicurativa nel nostro paese ha toccato punte mai prima raggiunte. Il 90 per cento circa della popolazione italiana è protetto da assicurazioni malattia, il che significa che potenzialmente gran parte dei cittadini possono ricorrere, per una malattia di una certa durata e complessità, alle cure dell'ospedale; ma l'insufficienza e la cattiva distribuzione degli ospedali italiani, nati per curare gli infermi senza risorse proprie, non permette di offrire praticamente il ricorso all'ospedale a tutti i cittadini. È urgente strutturare pertanto l'ospedale non più in chiave caritativa e assistenziale, ma come istituto di pubblica utilità.

Avviene purtroppo oggi, come chiaramente ha detto lo stesso ministro Mariotti, che un lavoratore ammalato non abbia sempre la possibilità di curarsi e di farsi curare adeguatamente. Molte famiglie di lavoratori non hanno sopportato e non sopportano finanziariamente gli eventi di malattia; trascorsi i 180 giorni di assistenza concessi dalla mutua, spesso la famiglia è colpita e travolta dalle

ingenti spese necessarie che creano situazioni insostenibili e alimentano così una larga azione protestataria.

La nostra rete ospedaliera è fra le più arretrate di Europa, specie nelle zone depresse del sud. Credo che non ci sia bisogno di far ancora riferimento alla larga documentazione e ai dati apparsi su giornali specializzati, su riviste di informazione e su i testi delle interessanti relazioni presentate da vari esponenti del mondo politico e scientifico.

Lo stesso impegno con il quale il ministro della sanità e il ministro dei lavori pubblici hanno affrontato la prima parte del « piano bianco » con stanziamenti notevoli a favore delle nuove costruzioni, in relazione al numero dei posti-letto carenti, dice della decisa azione per eliminare l'attuale carenza.

Ma bisogna prestare attenzione anche alle strutture istituzionali ed amministrative degli ospedali, all'ordinamento dei servizi del personale sanitario, perché finalmente nelle mani della sanità siano poste tutte le competenze riguardanti la politica ospedaliera, ora suddivise fra più dicasteri, non dimenticando che i nuovi compiti dell'assistenza sanitaria pongono con assoluta priorità l'esigenza di una maggiore giustizia sociale in questo campo.

Il maggior ricorso all'ospedale è indice di progresso, è maggiore garanzia di tutela della salute, ma è pure indice di una più preparata e matura esigenza sanitaria del nostro popolo, e risponde ad una esigenza reale dovuta alla nuova organizzazione della vita economica della popolazione; quest'ultima infatti è spinta al ricovero anche a causa della mancanza dell'assistenza familiare nella propria casa. Vi è infatti necessità da parte dei nuclei familiari di sopperire alle proprie esigenze con l'impegno e il lavoro di più componenti la famiglia, conseguenza questa che allontana dalla casa gran parte dei componenti il nucleo stesso, soprattutto tra le famiglie dei lavoratori.

Si tratta dunque di creare una nuova organizzazione ospedaliera che permetta di dare un'assistenza adeguata e moderna a tutti gli italiani, in tutto il territorio. Si tratta, cioè, di realizzare una distribuzione territoriale di ospedali idonea ed equa, con una uniforme configurazione giuridica, con una amministrazione più rappresentativa e più democratica sottoposta ad un indirizzo comune, aggiornato con il progresso scientifico e sociale.

Dobbiamo realizzare nel nostro paese una organizzazione ospedaliera che consenta alla regione e allo Stato di integrare i mezzi finanziari variamente forniti per la costruzione di

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

ospedali e — dove vi è bisogno — per il loro completamento e per la loro piena e moderna efficienza.

Non vogliamo qui riprendere argomenti già largamente dibattuti, anche perché sulle linee della riforma non mancherà occasione di tornare — noi speriamo presto — dopo che il Consiglio dei ministri avrà varato il disegno di legge. Vogliamo solo ribadire alcuni aspetti dei punti fondamentali che giustificano, caratterizzano e impongono tale riforma.

Noi socialisti siamo contro le tendenze conservatrici che mirano al mantenimento degli ospedali nel quadro istituzionale delle vecchie opere pie. Riteniamo che una buona assistenza ospedaliera debba poggiare su una struttura nuova in cui siano inseriti i comuni, le province e domani le regioni, che si serva del coordinamento assicurato da piani prima provinciali, poi regionali, strumenti di una programmazione capace di consentire una migliore e più moderna assistenza.

La creazione degli enti sanitari ospedalieri di diversa dimensione — dai circoscrizionali, ai provinciali, ai regionali — è un punto basilare riconosciuto largamente. E i discorsi relativi all'autonomia non possono reggere di fronte a questo ordinamento differenziale posto in essere sulla base della territorialità, ma anche della completezza dei presidi.

La rete ospedaliera su base regionale deve essere strettamente legata al criterio territoriale di tipo stellare, costituendo quindi un complesso unitario con i poliambulatori, con le condotte mediche, con i consultori, con i centri di medicina sociale, psicopedagogici, scolastici, cioè con il fronte della medicina preventiva. L'attuale è una pseudoautonomia ospedaliera, disordinata, talora addirittura concorrenziale. La finalità dell'azione di rinnovamento è quella di creare, attraverso una pianificazione, certo da concordare, un sistema articolato, complementare. Pensiamo a quanto accade anche nel nord — dove esiste concorrenza larga e nutrita — e ci renderemo conto di quanto sia sano e valido questo concetto.

Quello del fondo nazionale ospedaliero è un tema particolarmente controverso, ma la conoscenza della vita attuale degli enti ospedalieri dimostra come sia urgente arrivare ad un nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. E certo che il fondo nazionale ospedaliero si inquadra nel sistema di sicurezza sociale e cioè anche nella unificazione degli enti mutualistici, per cui a costituire il fondo non entrerà soltanto il tanto discusso incameramento eventuale delle opere pie, ma entre-

ranno numerose altre voci. Se vogliamo veramente dare la sicurezza di una vera assistenza al cittadino dobbiamo coordinare gli sforzi di tutti attraverso la rinuncia e il superamento di determinate posizioni falsamente autonome, che non sanno né possono reggere alle esigenze di una pianificazione sanitaria, così come è stato largamente ribadito dalla 18ª assemblea mondiale della sanità.

L'Organizzazione mondiale della sanità, come massimo organismo coordinatore e promotore delle attività internazionali, ha recentemente incluso la pianificazione sanitaria fra i suoi compiti fondamentali. Il segretario generale delle Nazioni Unite, presentando le misure proposte per l'attuazione di un programma decennale per lo sviluppo economico e sociale in ogni paese, ha detto testualmente: « Lo sviluppo non è semplicemente un sinonimo di crescita economica, ma questa deve accompagnarsi a delle trasformazioni che tengano conto dell'importanza del fattore umano ».

Questo è il caso della pianificazione sanitaria e su questo filone si inserisce l'azione nuova promossa e portata avanti con impegno dal ministro Mariotti.

A proposito delle linee fondamentali dello schema del disegno di legge Mariotti, meritano brevi considerazioni le proposte relative alla composizione delle amministrazioni dei consigli ospedalieri.

Siamo perfettamente convinti che la democratizzazione della vita degli ospedali poggia sull'inserimento di rappresentanza degli enti locali democratici, cioè dei membri dei consigli comunali, dei consigli provinciali e domani dei consigli regionali. Non condividiamo le critiche della Federazione nazionale dell'ordine dei medici a proposito della politicizzazione ulteriore dei consigli amministrativi; siamo convinti invece che la presenza di rappresentanti democratici permetterà il superamento di difficoltà che spesso organismi tecnici e burocratici frappongono per la tutela di interessi particolari.

A proposito di questi interessi particolari e spesso negativi, basterebbe pensare alla validità dell'altro aspetto relativo all'assunzione del personale sanitario per concorso su base nazionale (a nostro avviso potrebbe anche avvenire su base regionale), il che permetterà di fare « casa nuova e pulita », in un settore tanto giustamente criticato e criticabile quale quello dell'attuale sistema di assunzione per concorso.

Non ci si dica poi che viene negata autonomia decisionale agli ospedali; se si vuole

che essi siano il primo pilastro del sistema di sicurezza sociale, bisogna che siano organizzati armonicamente. Oggi negli ospedali vi è spesso autonomia fittizia: basta pensare ai penetranti poteri lasciati all'autorità tuttora.

I problemi relativi all'afflusso di denaro per via caritativa, poi, potranno essere largamente risolti, come ha già avuto modo di confermare il ministro della sanità in un suo recente intervento.

Per concludere sull'argomento, vogliamo ribadire la validità delle idee ispiratrici della riforma ospedaliera che, attraverso la pianificazione generale ospedaliera, attraverso la utilizzazione, nuova e totale, a pieno tempo, del personale sanitario (che avrà compensi pensionabili senza vedersi negare in pari tempo il libero esercizio della professione, vietandosi soltanto i rapporti di impiego del sanitario ospedaliero con enti e con privati) e attraverso altre moderne impostazioni rinnovatrici, farà sì che l'assistenza sanitaria nel nostro paese compia una svolta decisiva, a dimostrazione di un raggiunto nuovo livello di civiltà.

Il tempo breve concesso non ci permette di affrontare compiutamente le altre iniziative qualificanti l'azione del Ministero della sanità retto da un socialista, ma vogliamo ricordare qui come varie, concrete e pressanti siano le sue attività; il che presuppone che finalmente nel nostro paese ci si muova verso nuovi e moderni rapporti sanitari.

Il punto finale è la sicurezza sociale, cioè la copertura di tutta la popolazione da rischi che vanno da quello di malattia a quello degli infortuni, a quello delle tecnopatie, dal rischio di invalidità e vecchiaia a quello della disoccupazione, alla protezione della maternità, alla protezione dell'infanzia. Queste, in sintesi, tutte le forme di protezione della popolazione che si realizzano quando si raggiunge un vero sistema di sicurezza sociale.

Al concetto di sicurezza sociale è certo concesso l'abbandono dell'attuale concetto assicurativo. Tuttora in Italia, e d'altra parte in numerosi altri paesi, la protezione delle malattie è legata a una contribuzione dei cittadini che si assicurano, come nelle assicurazioni private, anche se in forme molto più vantaggiose, appunto contro il rischio della malattia.

In altri termini la copertura del rischio grava parzialmente sugli stessi soggetti interessati. In un compiuto sistema di sicurezza sociale, invece, la copertura di fondi non è garantita più dal sistema contributivo ed as-

sicurativo, ma dallo Stato con gli strumenti finanziari che esso ricava dai vari tributi o da tributi creati *ad hoc*, anche se in fase di transizione (come accade tuttora in Inghilterra che ha pure un sistema di sicurezza sociale, si può dire, abbastanza perfetto) è ammessa la convivenza delle due forme di finanziamento.

L'assistenza in genere, e l'assistenza sanitaria in particolare, che finisce con l'essere forse il settore più importante del sistema di sicurezza sociale, non va più basata su un concetto integrativo, caritativo e puramente individualistico, ma su un dovere dello Stato di prestare questa forma di assistenza. Costituisce un diritto del cittadino, per il fatto stesso di essere cittadino, quello di essere protetto da rischi e di essere assistito per i relativi incidenti e in particolare per tutto quanto riguarda l'assistenza sanitaria.

Ma, prima di giungere a ciò, è necessario affrontare il problema della graduale concentrazione degli enti mutualistici sotto il controllo del Ministero della sanità. Ciò anche per superare il presente stato anacronistico e irrazionale, che non permette il controllo contrattuale e convenzionale fra mutua ed ospedale. Si veda, ad esempio, il disagio nei rapporti fra mutue e cittadini creato dalle agitazioni sindacali dei medici mutualistici che sono iniziate oggi e continueranno per quattro giorni, costringendo i lavoratori a pagare le prestazioni, anche se i motivi che hanno originato la lotta sono validi.

DE LORENZO. Non li costringono, per la verità.

USVARDI. Unificare e riformare le mutue è anche il preludio dell'abolizione del sistema delle rette, per affrontare, attraverso il sistema tributario, il finanziamento degli ospedali e delle prestazioni sanitarie.

Nella mia provincia, Mantova, che è provincia agricola, abbiamo assistito in questi ultimi anni ad un largo esodo dalle campagne. La fuga è avvenuta particolarmente da parte dei giovani, ma in verità possiamo noi affermare che vi sia per il lavoratore della terra un'assistenza sanitaria completa? Non è forse vero che in questo settore esiste uno squilibrio di fatto, che è componente importante dell'abbandono delle campagne? Giusto pertanto ci sembra estendere a tutti i settori della popolazione le prestazioni sanitarie e riformare i sistemi mutualistici, ai quali gli assistibili spesso rinunciano per le eccessive e complicate pratiche burocratiche che comportano.

Affrontare il riordino è senza dubbio compito prioritario; soltanto dopo aver uniformate le prestazioni sanitarie, si potrà procedere all'unificazione di tutti gli attuali enti che disperdono mezzi, che accentuano la burocrazia, che danno una assistenza ineguale e confusa.

Siamo per il potenziamento della struttura ospedaliera, per una riforma dell'attuale sistema, per un riordino del sistema mutualistico.

Sul bilancio del lavoro altri socialisti diranno ancora e più ampiamente di tale necessità.

L'augurio preciso che noi ribadiamo per quanto riguarda ancora lo schema di riforma Mariotti, è che al più presto, dopo discussioni, confronti, integrazioni, che però non lo snaturino, in sede di Consiglio dei ministri tale schema possa essere trasformato in disegno di legge e portato di fronte alle Camere. Analoga totale revisione ci auguriamo possa essere effettuata attraverso una nuova legislazione nel settore degli ospedali psichiatrici, si da adeguarli ad una nuova concezione che ponga fine all'isolamento a vita del malato psichico ritenuto inguaribile e ponga fine altresì all'iscrizione nel casellario giudiziale, che così grave pregiudizio arreca alla libertà individuale.

Chiunque di noi abbia visitato un manicomio oggi si è reso conto di come ben poco del progresso scientifico verificatosi nel mondo della psichiatria abbia trovato attuazione nella vita attuale dei nostri ospedali psichiatrici. Per questo plaudiamo al nuovo disegno di legge che si basa sul diritto all'assistenza per gli affetti da disturbi psichici, senza l'obbligatorio intervento dell'autorità, e soprattutto definisce l'importanza eccezionale della azione preventiva nei confronti di coloro che possono essere colpiti da disturbi non ancora divenuti vera e propria malattia di mente.

Mi si permetta ora di parlare di qualche rilevante risultato raggiunto. Fra le cose realizzate e non più soltanto nello stadio delle intenzioni, ricordiamo la positiva battaglia contro la poliomielite. La Camera, all'epoca del secondo Governo Moro, ha deliberato, con uno dei suoi ultimi atti, la vaccinazione obbligatoria, che permetterà di dire la parola fine a questa terribile malattia, già pressoché eliminata grazie all'impiego del vaccino Sabin.

Né possiamo dimenticare quanto di positivo sta avvenendo nel paese grazie all'attuazione della lotta contro le principali malattie

del bestiame, attraverso un largo programma di risanamento che garantisce il latte e i prodotti lattiero-caseari da contagio.

Anche l'azione condotta a favore degli invalidi civili, che vede un primo stanziamento di 8 miliardi, sia pure per piccole pensioni, ci trova largamente consenzienti.

Dopo 25 anni è finalmente uscita la nuova edizione della farmacopea ufficiale, risolvendosi, così, una carenza che poteva assumere pericolosi aspetti e garantendo da frodi possibili e reali.

I provvedimenti contro l'inquinamento *smog* la quale, dopo il vaglio del Senato, è atmosferico sono condensati nella legge anti-ora all'esame della Commissione sanità della Camera; anche qui ostacoli obiettivi e soggettivi si sono frapposti ad una rapida approvazione della legge stessa. Permettete che ribadisca in questa occasione, come relatore sulle varie proposte di legge e sul disegno di legge, l'urgenza di giungere rapidamente alla conclusione, vista la gravità del fenomeno che in questi ultimi mesi invernali, ha presentato a Brescia, a Milano e a Bergamo una gravità indubbiamente accentuata. Le persone recentemente colpite dall'inquinamento dell'atmosfera a Brescia e a Fidenza sono un esempio evidente della gravità del fenomeno, per cui non è più possibile attendere. Gli insediamenti industriali, la motorizzazione, il riscaldamento centrale sono componenti in aumento continuo che creano situazioni intollerabili, soprattutto in molte località dell'Italia del nord.

Sembra ormai che un accordo generale stia per profilarsi sulla base della discussione avvenuta nella Commissione in sede referente e degli incontri organizzati presso il Ministero della sanità anche con esponenti del Senato. Qualora per concorde volontà si dovesse definire il contenuto del disegno di legge, rimane chiaro l'impegno che entro pochi mesi anche il Senato dia il definitivo *placet*, così da permettere una soluzione organica prima del prossimo inverno. Milano lo chiede a gran voce. Già il Ministero, con lungimiranza, sta predisponendo il regolamento di attuazione, cercando di guadagnare il tempo perduto con la crisi di Governo.

Della Croce rossa e del suo riordinamento intendiamo parlare soltanto per sottolineare l'importante funzione che essa deve adempiere nel soccorso stradale. Il progetto di riordino sarà fra poco esaminato dal Consiglio dei ministri e ne diamo atto al ministro della sanità, il quale fra l'altro ha proceduto alla smilitarizzazione parziale del corpo e ha con-

tribuito all'approvazione del nuovo organico che attendeva da anni una definizione.

Il bisogno prioritario è oggi quello di fruire di un soccorso stradale efficiente, tenuto conto che gli infortunati della strada sono in continua drammatica ascesa. Oltre 250 mila sono state nel 1965 le vittime del traffico in Italia, mentre nel 1964 erano state 234 mila. Secondo le ultime statistiche, l'anno scorso si è avuto in Italia un incidente ogni due minuti, un ferito ogni due minuti e mezzo, un morto ogni ora. Gli incidenti si sono verificati per il 70 per cento nelle località abitate, per il 22 per cento nelle strade principali, per l'8 per cento sulle autostrade. Noi auspichiamo che l'impegno, assunto dal ministro, di iniziare a istituire organicamente entro il 1966 posti di guardia lungo le autostrade e le strade divenga realtà. Infatti soltanto se esisteranno *équipes* di specialisti, in ambienti adeguatamente forniti di tutta l'attrezzatura moderna e necessaria, si potrà realizzare un'opera di soccorso veramente efficace. Per contribuire a questo impegno notevole ed importante riteniamo che si debba giungere al più presto anche all'approvazione di quel provvedimento modesto, ma spesso essenziale per la lotta contro il tempo nei traumi stradali, relativo alla obbligatorietà dell'indicazione del gruppo sanguigno sulla patente.

Il settore della medicina scolastica non è ancora funzionante, come i bisogni dei nostri ragazzi propongono urgentemente. Esiste anche qui un conflitto di competenza, ma occorre che determinati ostacoli siano superati, in modo che il medico scolastico sia una realtà presso tutti gli istituti primari e secondari, servendosi allo scopo dei medici condotti e delle ostetriche condotte su cui largamente in questi ultimi mesi si è discusso a proposito della loro proficua utilizzazione nell'unità sanitaria di base prevista dal piano di sviluppo.

Nella Germania federale sta per essere votato il cosiddetto « piano d'oro per la salute e la ricreazione ». Riteniamo che iniziative analoghe possano essere studiate nel nostro paese sotto il coordinamento del Ministero della sanità. I dati relativi alla salute dei nostri ragazzi sono allarmanti. Il 60 per cento degli studenti e degli scolari — è stato denunciato recentemente dalla stampa specializzata — presenta malformazioni leggere alla colonna vertebrale, alle scapole o al torace; il 10 per cento ha queste malformazioni in forma grave. Si hanno così significativi risultati indicatori, come quelli presentati recentemente dall'istituto di fisiologia dell'università di

Milano, che ha constatato come il 55 per cento degli alunni delle scuole elementari qualsiasi attività sportiva. Inchieste nel settore della campagna hanno messo in luce che anche i ragazzi che vivono all'aria aperta sono largamente bisognosi di cure. Ecco perché il controllo scolastico attraverso l'azione periodica del medico potrà contribuire a migliorare le condizioni fisiche della nostra gioventù; attraverso un'azione preventiva, curativa, con varie iniziative, non ultima quella della ginnastica correttiva che tanti positivi risultati ha dato al miglioramento della gioventù nei paesi più evoluti.

Il Ministero della sanità non deve dimenticare il rapporto tra salute ed educazione fisica e pretendere che quest'ultima si attui sotto il controllo sanitario.

Da ultimo vogliamo sollecitare l'onorevole ministro a continuare l' incisiva azione a favore della propaganda sanitaria. La coscienza sanitaria è in divenire, ma spesso poggia su falsi concetti, su pregiudizi pericolosi: pericolosi per la salute del singolo, per l'economia del paese, per la mancanza di impegno responsabile dei cittadini. L'azione educativa è importante più di quanto non si pensi. Vi è larga predisposizione al recepimento degli indirizzi e delle indicazioni. La salute è sempre di più al centro dei legittimi interessi individuali, per cui, oltre all'azione di propaganda nelle scuole, riteniamo importante — come d'altra parte è già avvenuto per alcune importanti battaglie, quali ad esempio la lotta contro la poliomielite — l'aiuto della stampa, della radio, della televisione. Ma questo, signor ministro, non deve avvenire in forme episodiche, bensì sulla base di una impegnata e programmata attività, coordinata dal Ministero e capace, unitamente all'azione di studio, di elaborazione e di presentazione di nuovi provvedimenti innovatori, di fiancheggiare l'attività del Ministero.

Oggi più che mai con l'avvicinarsi della discussione del programma quinquennale di sviluppo economico occorre che questo avvenga non solo per sostenere la richiesta di un impegno finanziario maggiore in difesa della salute pubblica, ma per svolgere effettivamente una politica sanitaria, organica, economica, più efficiente e meno costosa.

Signor ministro, l'era dei missili intercontinentali, degli astronauti, dei *rendez-vous* spaziali, del raggiungimento della luna da parte delle macchine umane non deve consentire la perdita di una sola vita, che si potrebbe salvare con una organizzazione diversa,

con una tecnica migliore, con una apparecchiatura di maggiore precisione, senza la mancanza di trasporto in tempo utile, senza l'assenza di un centro modernamente attrezzato.

Noi siamo convinti che il progresso è al servizio dell'uomo, soprattutto quando è posto a salvaguardia della sua salute psichica, fisica e lavorativa.

Per questo siamo a fianco della battaglia che il ministro Mariotti va conducendo con lungimiranza, decisione e coraggio per avviare a concreta soluzione il rinnovamento delle nostre strutture sanitarie. L'impegno dei socialisti, soprattutto per la realizzazione dell'ospedale moderno, centro insostituibile e garante di tutta l'assistenza sanitaria per tutti i cittadini, qualunque sia il loro bisogno e la loro condizione economica, sarà totale. I socialisti sanno che le difficoltà sono notevoli, che, sotto le nubi dei timori della burocratizzazione e della statalizzazione che nessuno ha proposto, si cerca direttamente o indirettamente di influire sull'azione rinnovatrice del Ministero. Ma se vogliamo la politica di piano, come tutti andiamo affermando, almeno a parole, non possiamo ignorare che l'unico modo per tutelare efficacemente la salute pubblica è coordinare gli sforzi per dare ad ogni zona del nostro territorio, ad ogni cittadino la possibilità di godere di una vera assistenza. Ci batteremo pertanto contro tutte le resistenze occulte e palesi. Le prime battaglie sono state vinte. Lo dimostrano i fondi stanziati per la realizzazione degli 82.000 nuovi posti letto nel paese; occorre ora che il Governo ribadisca concretamente la sua volontà rinnovatrice.

I lavoratori, i socialisti sono convinti che esso lo farà. (*Applausi a sinistra e al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Gasco. Poiché non è presente, si intende che abbia rinunciato.

È iscritta a parlare l'onorevole Maria Alessi Catalano. Ne ha facoltà.

ALESSI CATALANO MARIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, esaminando la tabella n. 19 annessa al bilancio dello Stato per l'anno 1966, relativa al bilancio del Ministero della sanità, la prima riflessione che viene spontanea, a mio avviso, è questa: il Ministero della sanità ha predisposto un bilancio di previsione che tenga conto delle effettive necessità del paese? A me pare di poter rilevare dal presente bilancio, come del resto hanno ampiamente rilevato

altri colleghi in sede di Commissione, notevoli disarmonie e sfasature quanto ai criteri che sono stati adottati nella ripartizione dei fondi in bilancio tra i vari settori ai quali si riferiscono i diversi capitoli.

Sono criteri che disattendono decisamente la gravità della situazione sanitaria del nostro paese, criteri che, già adottati negli anni precedenti con risultati praticamente nulli, oggi più che mai accentuano la frattura tra l'impostazione politica del bilancio della sanità e la realtà sanitaria del paese. Il ministro Mariotti ha più volte messo in rilievo che il bilancio del Ministero della sanità è un bilancio assai magro, gracile quanto a cifre, e che per l'anno 1966 solo a séguito dei suoi sforzi ha potuto ottenere, per la cortesia del ministro Colombo, quattro miliardi in aumento. Noi siamo convinti che effettivamente il ministro abbia compiuto molti sforzi per ottenere questi quattro miliardi. In verità, però, l'aumento è insignificante. Rispetto ai 73 miliardi e mezzo circa del 1965, stanno i 77 miliardi 653 milioni di quest'anno, con un aumento appunto di quattro miliardi circa, dei quali ultimi, però, un miliardo e 300 milioni sono assorbiti dal conglobamento per il trattamento economico del personale, dall'indennità di lavoro nocivo per i dipendenti dell'Istituto superiore di sanità, dall'adeguamento del personale alla situazione di fatto derivante dallo sviluppo e dalle funzioni del Ministero.

Se si confrontano poi le cifre relative ad alcuni capitoli, avendo riguardo in particolare ai capitoli di cui al disegno di legge n. 2902 recante variazioni al bilancio dello Stato per l'anno 1965, si ha la sorpresa di vedere che, tranne pochi casi — ad esempio i capitoli 1027, 1069, 1141 — le cifre iscritte nel bilancio del 1966 sono uguali a quelle iscritte nel bilancio del 1965, sia che tali capitoli abbiano subito nel 1965 una variazione in aumento, sia che abbiano subito una variazione in diminuzione. Cito alcuni esempi. Al capitolo 1148, spese per la lotta contro le parassitosi, che nel 1965 ha subito una diminuzione di 4 milioni 500 mila lire, si ritrova la stessa cifra dell'anno passato: 5 milioni nel 1965, 5 milioni nel 1966, senza però tenere conto della diminuzione di 4 milioni e mezzo che vi è stata l'anno scorso. Al capitolo 1246, spese per l'accertamento, la rilevazione e la elaborazione dei dati relativi al servizio farmaceutico — un servizio abbastanza importante, credo — si ritrova la previsione di 175 milioni come per il 1965, senza tenere conto che nella nota di variazioni al bilancio del 1965 questa

voce aveva subito una diminuzione di ben 155 milioni.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Desidero precisare che questi 155 milioni servivano nel bilancio dell'anno precedente per l'installazione del sistema meccanografico per il controllo dei farmaci e, direi, del sistema amministrativo della direzione delle farmacie. Ormai il sistema meccanografico è già installato, per cui si è ritenuto opportuno non ripetere la somma.

ALESSI CATALANO MARIA. Ma la somma è ripetuta!

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. No, ha subito una variazione in meno.

ALESSI CATALANO MARIA. Però la somma stanziata nel 1966 risulta uguale a quella che era iscritta nel 1965.

E poi il capitolo 1322 (spese per il funzionamento e la manutenzione dell'Istituto superiore della sanità) porta una previsione di spesa pari a quella del 1965, cioè lire due miliardi e 93 milioni. Questa cifra potrebbe far pensare a una meravigliosa precisione di calcolo. Invece nella nota di variazione vengono portati in diminuzione 181 milioni 913 mila lire.

Questi esempi dimostrano che il bilancio non solo non tiene conto delle effettive esigenze del paese, ma non tiene nemmeno conto delle variazioni di spesa avvenute nell'anno precedente, di cui terrebbe invece conto qualsiasi buon amministratore.

Si tratta dunque di ben altra deficienza del bilancio che non quella puramente quantitativa. Si tratta cioè di un difetto di qualità, di un difetto di nascita del bilancio medesimo.

Limitandomi a rilevare alcune delle cose più importanti, citerò anzitutto la discrepanza fra gli stanziamenti crescenti per malattie che, come la tubercolosi, sono in via di regressione, e l'insignificante aumento di stanziamento per malattie che, come il cancro e le cardiopatie, sono in fase di crescita.

Ora, io chiedo all'onorevole ministro perché non si tiene conto, nel preparare il bilancio di previsione del Ministero della sanità, dei rilievi denunciati dalle statistiche sanitarie. Essi dovrebbero spingere il Ministero della sanità a destinare adeguati stanziamenti alla lotta contro quelle malattie sociali in cui la mortalità è in aumento, inducendo del pari gli stanziamenti per la lotta contro malattie per le quali la mortalità è in diminuzione.

Il ministro ha ripetuto più volte a questo riguardo che la debolezza di impostazione di cui risente questo bilancio è più apparente che reale. Poiché in realtà per le malattie in aumento operano anche vari enti pubblici e nel settore della sanità in genere intervengono ben 14 ministeri (come è stato testé ricordato) con una spesa complessiva di 57 miliardi di lire.

A questo punto vi è da fare un'altra osservazione. Lo Stato ha tanto a cuore la salute dei cittadini che ne affida la tutela a 14 ministeri con una dispersione di mezzi i quali potrebbero essere meglio utilizzati se della sanità si occupasse solo il Ministero competente.

Più volte in Commissione, anche da parte del ministro, è stata sottolineata la necessità che vengano unificate nel Ministero della sanità tutte le competenze attualmente spettanti alle altre amministrazioni civili dello Stato in materia sanitaria, ma il Governo non pare disposto ad accogliere questo suggerimento.

Né ci si dica, come qualche volta è stato fatto, che basterebbe presentare una proposta di legge per portare sul tappeto il problema. È provato che le iniziative parlamentari vengono a trovarsi dinanzi a un muro impermeabile (al mio paese si direbbe davanti ad un muro fatto di lava dell'Etna) perché il Governo non intende accoglierle. Ne abbiamo le prove. Pur essendo state presentate nell'attuale legislatura proposte di legge di iniziativa parlamentare, e anche di iniziativa popolare, idonee a risolvere alcuni importanti problemi, le proposte stesse non sono state ancora portate in discussione perché bisogna attendere talvolta per anni il disegno di legge governativo. Cito, a convalida di questa mia tesi, quanto è avvenuto per le otto proposte di legge riguardanti le provvidenze a favore dei mutilati e degli invalidi civili. La prima di esse fu presentata il 27 giugno 1963, l'ultima il 16 ottobre 1964. Queste otto proposte hanno dovuto tuttavia attendere, prima di poter essere discusse, la presentazione di un disegno di legge, avvenuta il 15 dicembre 1965, aspettando così circa un anno e mezzo. La presentazione di una proposta di legge in questa materia, dunque, non sortirebbe alcun effetto.

Questi rilievi sulla ingerenza di organismi che non possono avere certamente la competenza specifica del Ministero della sanità dimostrano soltanto la mancanza di coordinazione negli interventi nei vari settori sanitari, la dispersione delle competenze, la molteplicità degli enti gestori, la difformità dei

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

criteri di erogazione delle prestazioni, la polverizzazione della spesa pubblica, fattori tutti che ostacolano una reale efficienza delle strutture sanitarie, nonostante l'elevato impegno economico che grava sulla collettività e in particolare sui lavoratori.

La conseguenza di tutto ciò è che il servizio sanitario nel nostro paese funziona in maniera doppiamente smembrata: a livello governativo per l'ingerenza di oltre la metà dei ministeri in materia sanitaria; a livello periferico per l'assurda e non più tollerabile pluralità degli enti mutualistici, che ben sappiamo in quale modo assicurino le prestazioni sanitarie ai lavoratori e, più in generale, ai cittadini del nostro paese. Sovente i lavoratori devono alzarsi alle cinque del mattino e fare lunghe file per poter beneficiare di una visita, mentre vi sono specialisti dentisti i quali in un'ora visitano quindici persone, estraggono denti, praticano iniezioni, tutto in una volta. Nemmeno gli asini, io credo, vengono trattati in questo modo!

Dinanzi a questo stato di cose sta, onorevole ministro della sanità, l'annuale crescita di morti per tumori e per malattie del sistema circolatorio. La mortalità infantile continua ad essere in Italia vergognosamente superiore a quella di ogni altro paese europeo soprattutto nelle regioni meridionali e nelle isole, dove più carente è la struttura economico-sociale e dove prevalgono le attività agricole che sono le meno favorite in fatto di assicurazioni sociali.

È pertanto necessario, signor ministro, occuparci più seriamente dei lavoratori che prestano la loro opera nei settori dove alte sono la mortalità per infortuni e malattie professionali. Le statistiche ufficiali ci forniscono dati eloquenti sul preoccupante aumento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, con una percentuale di morbosità che oscilla tra il quindici e il venti per cento dei lavoratori occupati.

Senza scendere in particolari in ordine alle cause che determinano questo crescente numero di malati, desidero, a nome di tutti i lavoratori, richiamare la sensibilità del Ministro della sanità sull'adozione di provvedimenti per il potenziamento e lo sviluppo dei centri di medicina sociale del lavoro, affinché questi assumano il complesso dei controlli sulla salute dei lavoratori, in sostituzione dell'attuale sistema della visite mediche preventive e periodiche.

Rivendichiamo con forza l'istituzione dei comitati di prevenzione e di sicurezza. Riteniamo che il ministro, con la sensibilità dimo-

strata finora, terrà conto di questa fondamentale esigenza e contribuirà a far sì che nelle fabbriche sia portata una completa assistenza sanitaria e sociale.

In un paese come il nostro, dove l'abbondanza di manodopera non ha mai indotto le classi dirigenti a farne tesoro, bensì solo a deprezzare il costo del lavoro, la difesa della salute nell'ambiente di lavoro dovrebbe rappresentare uno degli obiettivi prioritari del Ministero della sanità. Le condizioni di salute nell'ambiente di lavoro incidono infatti pesantemente sulle condizioni di lavoro generali dell'uomo, condizionando lo sviluppo della sua personalità e dei suoi rapporti con la collettività.

È proprio per questi motivi che il problema investe direttamente settori diversi: i lavoratori innanzi tutto, poi i medici, gli enti mutualistici, gli enti locali, i poteri pubblici in generale e più in particolare il Ministero della sanità.

Oggi ci troviamo in una condizione di arretratezza dovuta, tra l'altro, agli insufficienti stanziamenti e all'antiquata legislazione.

Per quanto attiene alla riforma ospedaliera, sottolineiamo la sua urgenza e auspichiamo una riforma di ampia portata, concreta ed efficiente, che sia inquadrata nella visione di un servizio sanitario nazionale. Senza una preventiva chiusura con il sistema mutualistico, cui segua un servizio di interesse nazionale, fondato su ampie basi, ritengo che non si possa avere quella riforma ospedaliera che l'intera collettività auspica.

Le dispute che si sono accese nel paese e nel Parlamento in questo problema, a mio avviso, sono utili, ma non saranno producenti sino a quando lo schema di disegno di legge predisposto dal ministro della sanità resterà fuori della porta del Consiglio dei ministri al quale manca la volontà politica di veder trasformato quello schema in legge. Gli ospedali in Italia, e specialmente nell'Italia meridionale e nelle isole, sono quelli che tutti conosciamo. Onorevole ministro, ha lei inviato una copia del « libro bianco » sulla riforma ospedaliera ai colleghi di Governo? Sanno i suoi colleghi di Governo che nella città, a Catania, gli ammalati ricoverati di urgenza nell'ospedale comunale, dopo le 9 di sera, aspettano il giorno successivo per essere visitati, se sono ancora vivi? Sanno che i parenti degli ammalati sono costretti a portare da casa forchette, coltelli, piatti, e spesso spingono le lettighe con i loro cari, nelle sale ospedaliere? Sanno inoltre gli onorevoli ministri che negli ospedali di Catania

non vi sono infermieri? Vi è sì del personale che svolge quella mansione, ma non ne ha la capacità né la qualifica, e spesso viene assunto perché raccomandato dal sindaco o dall'assessore o dal consigliere comunale. Si dice che prima di entrare in servizio seguono un corso per infermieri, ma dopo il terzo giorno di frequenza vengono abilitati a fare iniezioni endovenose. Sanno gli onorevoli ministri che alcuni anni fa nella sezione geriatrica dell'ospedale di Catania « Garibaldi » è morta una vecchia per colpa di una di queste cosiddette infermiere? Certo, poi si è coperto tutto, perché l'infermiera è madre di famiglia.

FABBRI FRANCESCO, *Relatore*. Bisognava sporgere una denuncia.

ALESSI CATALANO MARIA. I dirigenti dell'ospedale hanno detto che si è trattato di morte naturale.

Sapete, per esempio, che in moltissime città italiane di una certa importanza non esistono ospedali psichiatrici? Se qualcuno si prendesse la cura di andare a vedere che cosa sono le cosiddette sezioni o divisioni psichiatriche di certi ospedali, si accorgerebbe che la definizione di *Lager* si addice loro perfettamente. Dirò di più: la sezione psichiatrica dell'ospedale « Garibaldi » di Catania non è nemmeno un *Lager*, ma una specie di fossa dei serpenti, il cui ricordo costituisce un incubo per coloro che hanno avuto la disavventura di esservi ospitati. In questo reparto alienati e menomati psichici vivono insieme in uno stesso stanzone, e hanno come unico ambiente di ricreazione un cortile, dove passeggiano insieme. In tal modo finiscono con il diventare folli anche i ricoverati che tali non sono.

DE LORENZO. La responsabilità di tale situazione ricade sulle amministrazioni che non dispongono dei posti-letto sufficienti, non sui medici.

ALESSI CATALANO MARIA. Sto parlando degli ospedali. Noi rispettiamo i medici quando esercitano la loro professione con quel senso di responsabilità che ne fa quasi una missione. Del resto, mio nonno era medico, come lo è mio cugino, per cui non è mia intenzione offendere la categoria. Però è bene che certi medici che hanno cliniche private non si facciano forti del fatto di appartenere al partito di maggioranza per farsi nominare sovrintendenti di un ospedale, in modo poi di servirsi della carica per procacciare clienti alle loro case di salute. E

poi vengono a dire in Parlamento che l'ospedale di cui essi sono sovrintendenti si trova in *deficit* perché i comuni non pagano le rette: il *deficit*, lasciatemelo dire, è dovuto al fatto che tutti i semicamorristi di un quartiere di Catania erano stati assunti in quell'ospedale come ausiliari, perché avevano fatto la campagna elettorale per una certa persona. Ovviamente gli altri medici, quelli onesti, quelli che esplicano la loro professione con dignità, hanno tutta la nostra stimà.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Oggi però vi è il commissario.

ALESSI CATALANO MARIA. Signor ministro, forse una delle cose che mi dà fiducia nel suo operato personale (non in quello del Governo) è proprio l'aver sanato questa situazione.

Un altro schema di provvedimento che vorremmo vedere presto trasformato in legge è quello che si riferisce agli ospedali psichiatrici, nonché l'altro relativo all'assistenza all'infanzia subnormale. L'onorevole Dal Canton si è intrattenuta poco fa su questo problema, il che mi esime dal dilungarmi su di esso, auspicando che venga al più presto approvato dal Consiglio dei ministri e portato alla discussione parlamentare.

Mi piace a questo proposito ricordare le parole del ministro: « Il giorno in cui avremo aggiornato la nostra legislazione, sarà un giorno importante ».

Prima di concludere, vorrei ricordare la legge n. 1961 sulla medicina scolastica, la quale, anche se riscuote la nostra approvazione, per il modo con cui viene attuata (anzi, non attuata in alcune sue parti) non sembra idonea allo scopo. Non riesco a capire come mai in Italia il Ministero della pubblica istruzione si occupi della medicina scolastica: come possano occuparsene nelle scuole statali professori, insegnanti di ogni ordine e grado. Si tratta di un servizio che deve essere lasciato al Ministero della sanità.

Infine voglio ricordare che oggi sono scesi in sciopero i medici convenzionati con gli enti mutualistici. Essi auspicano l'interlo vertenza con gli enti circa il rinnovo del Governo nella risoluzione della loro vertenza con gli enti circa il rinnovo della convenzione e intendono richiamare l'attenzione del paese e del Parlamento sulla loro profonda insoddisfazione circa l'efficienza delle strutture sanitarie e la loro funzione nell'ambito della pesante burocrazia della mutualità. Noi comprendiamo perfettamente i

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

motivi per cui i medici scioperano e anche gli operai comprendono questi motivi. Non li comprendono, a quanto pare, il Governo ed il ministro del lavoro, che si è rifiutato di intervenire per risolvere la vertenza. A questi lavoratori in sciopero, noi, da questi banchi, mandiamo il nostro saluto, esprimendo l'augurio che il ministro della sanità, appunto perché si tratta di medici, intervenga presso il Consiglio dei ministri per far sì che la vertenza sia risolta nel migliore dei modi. (*Applausi all'estrema sinistra -- Congratulazioni*).

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

SORGI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, il discorso di fondo che da anni facciamo sul bilancio della sanità riguarda la politica della spesa. Perciò, più che ripetere le nostre osservazioni al ministro e al sottosegretario della sanità, il discorso deve essere allargato agli altri membri del Governo e in modo particolare ai titolari dei ministeri finanziari, che sono lieto di vedere qui rappresentati dall'onorevole Gioia, sottosegretario per le finanze. Il discorso inoltre va affidato anche ai relatori del bilancio generale dello Stato, in modo che Parlamento e Governo nel loro complesso, e non la sola XIV Commissione, siano interessati ai problemi della sanità pubblica.

Nel dire queste cose, anche se ci sembra di ritornare sempre su argomenti già svolti, abbiamo la speranza che l'opinione pubblica acquisisca elementi di maggiore valutazione in ordine al nostro bilancio (mi consenta, onorevole ministro, di qualificare come « nostro » un bilancio al quale anche noi dai banchi partecipiamo sia pure su un livello diverso).

Sono state fatte già numerose considerazioni in merito: io ne farò una positiva. Dal 1958 — anno in cui l'A.C.I.S. divenne il Ministero della sanità — ad oggi vi è stato un incremento notevole delle somme stanziare nel bilancio della sanità: in otto anni da 41 miliardi siamo passati a 77 miliardi. Tuttavia in questo quadro positivo vi sono due considerazioni negative. La prima è questa: la spesa per il bilancio della sanità, comparata alla spesa totale dello Stato, che è di 8.013 miliardi, rappresenta appena lo 0,97 per cento. Quindi neppure l'1 per cento. È vero che le spese sanitarie in Italia non sono tutte contenute nel bilancio della sanità; però con siffatta considerazione il giudizio negativo diventa più grave perché se ne deduce che la maggior parte della spesa sanitaria italiana sfugge alla com-

petenza del Ministero della sanità. Siamo così alla seconda considerazione negativa che cercherò di rendere concreta indicando un solo sintomo di questo male. Dal 1958 al 1964 (presso a poco nello stesso arco di tempo prima considerato) il bilancio dell'« Inam » è salito da 198 miliardi a 748 miliardi. Cioè il distacco tra Ministero della sanità e gli altri enti che erogano somme per assistenza sanitaria, va aumentando.

A questo punto due domande dobbiamo rivolgere a noi stessi ed all'opinione pubblica italiana. Prima: qual è il totale della spesa sanitaria italiana? Seconda: quale parte vi ha il Ministero della sanità?

In merito alla prima domanda, ho sentito citare dal collega Usvardi la cifra di 4 miliardi di incremento della spesa del Ministero della sanità rispetto allo scorso esercizio; evidentemente egli ha incluso in quella cifra anche le spese previdenziali.

L'A.C.I.S. nel 1958 condusse una indagine, che negli anni successivi ho chiesto che venisse ripetuta ed aggiornata, senza però ottenere l'accoglimento delle mie sollecitazioni, almeno per quanto io sappia. Quell'indagine dava questo risultato: il totale della spesa pubblica sanitaria italiana ammontava ad 890 miliardi. Vi erano interessati 14 ministeri oltre la sanità, enti locali, istituti nazionali vari, a cominciare dagli enti mutualistici. In quell'anno l'assistenza mutualistica era appena di 350 miliardi. Possiamo noi oggi cercare di valutare qual è il totale complessivo della spesa pubblica sanitaria italiana? Ritengo che sia necessaria una approfondita indagine da parte del Ministero della sanità, perché tutte le illusioni che si vanno facendo, allontanano da quella che è una esatta conoscenza quantitativa del fenomeno.

Ad ogni modo basti valutare una sua componente: dai 350 miliardi del 1958 siamo arrivati ai 1.144 miliardi di spese per l'assistenza da parte degli enti malattia ed infortuni. Queste cifre non sono ipotetiche, ma ufficiali: le ricavo dalle tabelle n. 184 e n. 189 della *Relazione generale sulla situazione economica del paese* (l'ultima disponibile, quella riguardante cioè il 1964). Estendendo il calcolo con criteri prudenziali e molto per difetto, ritengo si possa dire che la spesa pubblica totale supera i 1.500 miliardi.

Si consideri anche la spesa per consumi privati riferiti all'igiene e alla salute, spesa che dalla stessa relazione, alla tabella 27, risulta essere di 1.115 miliardi. Dal complesso risulta una dimensione imponente del fenomeno sanitario nella economia nazionale.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

Ora ritengo che una accurata indagine sia necessaria anche agli effetti della programmazione, perché sarebbe un disastro se noi partissimo sul piede sbagliato. Occorre non partire male, rettificare certe previsioni, come quella, ad esempio, che si legge nel documento ufficiale riguardante la programmazione, al capitolo settimo, là dove si parla di una spesa pubblica di poco meno che mille miliardi annui, mentre ritengo di poter sostenere che i miliardi siano almeno 1.500. È una cifra previsionale da aggiornare con urgenza.

L'altra domanda che dobbiamo rivolgerci è la seguente: quale influenza sul fenomeno sanitario globale riesce ad esercitare il Ministero della sanità con la sua azione direttiva, coordinante, stimolante?

Facendo il confronto tra le cifre sopra ricordate, il bilancio del Ministero (77 miliardi) è appena un ventesimo della spesa pubblica sanitaria (1.500 miliardi). Ciò vuol dire che il Ministero della sanità controlla appena il 5 per cento del totale della spesa sanitaria italiana.

Nella mia relazione al bilancio del 1961-62 facevo notare che già allora il totale della spesa del Ministero della sanità era inferiore alle spese di puro costo amministrativo che gli enti mutuo-previdenziali dovevano affrontare per la loro attività.

Subito dopo quella relazione al bilancio della sanità mi rivolsi all'allora ministro del bilancio, onorevole Pella, per sottoporre alla sua attenzione una proposta di « piano bianco », intendendo per tale non soltanto un piano di costruzioni ospedaliere, ma un riordinamento di tutta la struttura sanitaria italiana. Ebbi da lui l'assicurazione (che poi i fatti hanno confermato) che avrebbe sottoposto la proposta allo studio della Commissione Papi, per il programma di sviluppo economico. Il problema fu affidato al sottosegretario Roselli, che con tanta gratitudine ricordo in questo momento. Il sottosegretario Roselli — della cui attività intelligente, dignitosa, multiforme e della cui presenza cordiale e serena è rimasto vivo rimpianto in tutti sia alla Camera sia al Senato — mise al lavoro gli uffici della Commissione per il programma di sviluppo economico, che da una impostazione puramente previdenziale del settore della sicurezza sociale cominciò a passare ad una impostazione che desse maggior risalto alla componente sanitaria del sistema stesso. La conseguenza immediata fu che nel programma del successivo Governo Fanfani del marzo 1962 furono per la prima volta inseriti propositi di riordinamento delle strutture sanitarie. E l'onorevole

Roselli mi confermò che erano stati i suoi uffici — quelli che egli aveva appena lasciati — a dare il suggerimento di inserire l'argomento nelle dichiarazioni programmatiche.

Il discorso di un « piano bianco » può forse interessare in modo particolare la programmazione e dovrà essere rifatto quando affronteremo il problema per la parte che ci riguarda. Però, già adesso, penso che Parlamento, Governo e opinione pubblica debbano considerare gli elementi indicati, approfondirli, studiarli, ventilarli — come usano dire i francesi — cioè esporli al vento di numerosi esami sotto tutti i vari aspetti, perché è necessario che essi siano già « lanciati » al momento della programmazione.

Ritengo che il punto primo ed essenziale di tale « piano bianco » debba essere quello di raggiungere un'unità di direzione per una politica sanitaria nazionale e ottenere un riordinamento nell'organizzazione dell'intera struttura sanitaria nazionale. Anche in attesa di una legge che trasferisca, sotto la esclusiva competenza del Ministero della sanità gli enti mutualistici, il ministro competente ha dei poteri di intervento. E il ministro Mariotti — con quelle iniziative di cui io mi rallegro, anche se in qualcuno hanno ingenerato l'impressione ch'egli volesse invadere il campo altrui — non ha fatto altro, che servirsi dei poteri che la legge istitutiva del Ministero della sanità già gli conferisce e che per il passato non sono stati sfruttati sufficientemente.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. E che tuttora non vengono osservati.

SORGI. Cito proprio i due punti della legge che danno al Ministero della sanità il potere di intervenire anche presso altre amministrazioni.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. È la legge del 1958.

SORGI. Precisamente la legge 13 marzo 1958, n. 296. Essa all'articolo 1, comma secondo, numero 3, dà potere al Ministero della sanità di « emanare istruzioni obbligatorie per tutte le amministrazioni pubbliche che provvedono ai servizi sanitari ». E all'articolo 5, comma secondo, riferendosi agli enti mutualistici, dice che il Ministero della sanità « concorre alla vigilanza degli stessi enti, limitatamente alla organizzazione e alle attività sanitarie ».

Ora, in attesa di nuove leggi che trasferiscono tutti i poteri in materia al Ministero della sanità, il Parlamento invita i dirigenti di

questo dicastero a servirsi dei poteri di cui già dispone per raggiungere almeno questi obiettivi, subito:

1) un coordinamento intermutualistico e con altri enti assistenziali, soprattutto locali, per rendere chiara e di facile accesso al cittadino la « catena della salute », i cui anelli sono oggi slegati;

2) un allineamento degli enti su omogenei criteri assistenziali;

3) un inserimento crescente delle mutue e della loro cospicua organizzazione sanitaria nell'ambito della medicina preventiva;

4) una piena collaborazione delle mutue fra di loro e con gli altri enti pubblici e con gli ospedali, per evitare dispersioni e duplicazioni. Esistono servizi che vengono inutilmente duplicati, per puro prestigio, mentre intere zone, specialmente quelle rurali, rimangono prive dei più essenziali presidi sanitari.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ella si renderà conto che tutto ciò che sta denunciando rimarrà allo stato velleitario finché gli enti mutualistici rimarranno nell'ambito di competenza del Ministero del lavoro. Ho già mandato una memoria agli enti mutualistici: evidentemente hanno troppo da fare per rispondere al ministro della sanità.

SORGI. Come Parlamento, ci affianchiamo all'azione del suo Ministero per dargli forza e ottenere che queste disposizioni vengano messe in atto.

DE LORENZO. Da parte di tutti i gruppi.

SORGI. Per quanto riguarda poi la vita degli enti mutualistici, si parla da anni della loro unificazione. Al riguardo non dobbiamo farci bloccare da tabù, ma neppure deviare da miti.

Tutti riteniamo che la situazione attuale sia ormai insostenibile. Mi premuro di documentare sotto vari aspetti il disordine del settore con una serie di osservazioni che esposi nella mia relazione del 1961 al bilancio della sanità, in cui sottoponevo a minuzioso esame, nel quadro generale della sanità italiana, la vita degli enti mutualistici. Sembrò indebita ingerenza, ma voleva essere una rivendicazione di competenza del nostro Ministero. Ricordo ciò perché non sorgano dubbi sul mio personale atteggiamento, che è assolutamente favorevole ad una riforma radicale del sistema. Devo però dire che la soluzione unitaria, può diventare semplicistica. Un grosso ente unico porterebbe a un appesantimento burocratico; causerebbe un aumento dei costi di gestione.

Nel fenomeno della concentrazione vi sono limiti ottimali, al di là dei quali si raggiunge l'antieconomicità, così come la si ha per l'eccessivo frazionamento. Al di là di tali limiti si arriverebbe a una lentezza e difficoltà di funzionamento, ad un inceppamento fatale della grossa macchina, che non ci farebbe conseguire lo scopo che perseguiamo.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Certo le sue considerazioni sono giuste, se ella incamera in un ente unico quelle che oggi sono le diverse entità.

SORGI. Con un grosso ente unico a gestione centralizzata daremmo vita a un « mammut bianco » che si muoverebbe molto pesantemente in questo settore così delicato. In alternativa a tale soluzione, mi permetto di sottoporre alla considerazione del ministro e di quelli che dovranno affrontare il problema un'altra proposta. Esistono tre settori fondamentali che presentano condizioni diverse: il settore dei lavoratori dipendenti da privati, il settore dei lavoratori dipendenti da enti pubblici (statali, parastatali e locali), il settore dei lavoratori autonomi. Questi tre settori danno luogo a situazioni funzionali di per sé diverse, che richiedono una organizzazione articolata, una tripartizione dell'assistenza sanitaria. Ciò può benissimo costituire una via intermedia tra l'attuale frazionamento eccessivo e l'assoluta unificazione, la quale andrebbe ad appesantire anche i costi e assumerebbe quindi carattere antieconomico.

A questo proposito cito due soli elementi. Uno è questo: l'« Inam », che come tutti sanno è il più grosso ente mutualistico, ha costi per assistenza ospedaliera che sono di gran lunga superiori a quelli di tutte le altre mutue. Ciò non è da addebitarsi certo ai suoi validi dirigenti, poiché deriva dal sistema: il fenomeno di concentrazione sta superando i limiti ottimali e quell'ente comincia ad essere troppo mastodontico. L'altro elemento si ricava da uno studio comparativo di un settore più limitato ma ugualmente indicativo. Le rette giornaliere dei sanatori dell'I.N.P.S., secondo i dati forniti dallo stesso istituto e da uno studio del professore Giobbi, risultano essere di gran lunga superiori alle rette dei sanatori dipendenti da amministrazioni autonome locali, che qualche volta scendono al di sotto di quelle dei sanatori privati.

Il secondo punto per un piano di riordinamento dei servizi sanitari nazionali è la programmazione delle spese che interessano non solo le costruzioni ospedaliere e para-ospedaliere (ambulatori, dispensari, centri) ma an-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

che tutte le opere igieniche. Per gli ospedali già si sono fatti passi enormi in avanti, come ha ricordato anche il collega Usvardi. Per la rete para-ospedaliera si parla di unità sanitarie locali nel piano Bruni o C.I.R.S.S. e nel piano Berlinguer, ambedue del 1964.

Nelle mie proposte del 1961 parlavo di centri sanitari locali che fossero come i nodi funzionali, i punti di innesto fra le strutture verticali degli enti nazionali e la struttura orizzontale degli enti territoriali. Dopo i due studi citati, anche il programma quinquennale parla di unità sanitarie locali e indica il fabbisogno nazionale in 2.114 unità, di cui si pensa che 800 già esistano. Nella mia proposta di « piano bianco » facevo notare, già nel 1961, che esistevano più di 4 mila poliambulatori consortili, ospedalieri e mutualistici, oltre 7 mila ambulatori comunali e oltre 10 mila istituzioni assistenziali dell'O.N.M.I. Indubbiamente, sono a livelli diversi di attrezzature e di capacità di fronte a un determinato tipo di compiti diagnostici, prevenzionali e terapeutici, che si ipotizzano in uno dei suddetti centri o unità. E allora poniamoci la domanda: quante di queste 21 mila e più istituzioni sanitarie possono assumere il ruolo di unità o di centri sanitari locali? Penso che il problema si debba affrontare con serietà. Per la creazione di questi centri la programmazione prevede una spesa di 50 miliardi. Prima di affrontarla, si veda se e in che misura si possono utilizzare gli impianti e le installazioni già esistenti. Se il Ministero facesse un censimento di queste istituzioni, si hanno buoni motivi per credere che scopriremmo una ricchezza insospettata di impianti. Si sarebbe così modo di cominciare a realizzare qualcosa dei servizi pubblici sanitari, di cui si parla, affrettandone i tempi, mediante una mobilitazione generale (per non dire una requisizione) di tutti questi impianti che potrebbero essere utilizzati, al di sopra dei compartimenti stagni, al di sopra delle attuali ingiustificate gelosie di settore e, messi al servizio della comunità, utilizzati al pieno della loro potenzialità.

Il terzo punto, in questo piano di riordinamento, dovrebbe essere rappresentato da un impegno specifico della ricerca scientifica per la lotta contro le malattie. Oggi si parla tanto di ricerca scientifica. Il Governo comincia lentamente ad attuare una sua « politica della scienza ». Invece di dare a questo sforzo uno scopo puramente materialistico di interesse industriale e produttivistico, o scopi di prestigio, come fanno talune nazioni più progredite di noi che sono in corsa verso la luna appunto per questioni di prestigio se non addirittura di

carattere militare, bisognerebbe dargli un fine altamente umanitario.

Oggi esistono tante malattie, dai tumori alle cardiovasculopatie e a tante altre forme invalidanti o mortali, per le quali si cerca disperatamente un rimedio. Questa speranza vive solo sull'attesa di progressi della ricerca scientifica. Secondo taluni studi del C.I.R.S.S. soltanto il 17 per cento delle spese di ricerca effettuate attualmente avrebbe un interesse sanitario, mentre si dovrebbe almeno arrivare al 20 per cento.

Vorrei ricordare — anche qui uscendo dal campo strettamente specifico del Ministero della sanità — che esistono, oltre alle industrie farmaceutiche e all'Istituto superiore di sanità, le scuole mediche universitarie le quali dovrebbero essere strumento principale per la ricerca scientifica, nel nostro settore. Purtroppo avviene spesso che esse sterilizzano le loro immense possibilità, i loro profondi tesori di illustri maestri nella gelosia reciproca, nella divisione interna che riesce ad impedire fra di loro ogni collaborazione. Il Ministero della sanità, d'accordo con quello della pubblica istruzione, dovrebbe mirare a stimolare una collaborazione ed un coordinamento delle attività delle varie scuole per un migliore avvenire della nostra ricerca scientifica, nell'interesse della salute del popolo italiano e dell'umanità intera.

Il quarto punto del « piano bianco » riguarda l'estensione della protezione sanitaria all'intera popolazione. Di questo argomento si è occupato anche l'onorevole Usvardi. Da anni andiamo ripetendo la necessità della estensione della protezione sanitaria a tutta la popolazione, ma questo argomento non è stato ancora affrontato dal Governo. So che un conto è affrontarlo, prenderlo in esame e un altro è risolverlo. Purtroppo non posso non rilevare come lo stesso documento della programmazione, dopo avere accennato a questo tema, evita accuratamente di ricercarne i termini, i mezzi, i tempi per passare ad una fase concreta, sia pure appena incipiente di realizzazione.

Il problema va indubbiamente studiato in profondità. Ritengo si possa dire che rientri in questo quadro ed in questa visione il provvedimento per l'assistenza sanitaria agli invalidi civili. Quando lo avremo finalmente a buon porto — ed ormai ci sono tutte le premesse per una rapida conclusione — potremo dire che con esso siamo usciti fuori del grande settore delle categorie di lavoratori per aggangiare il primo anello che dovrà condurre alla totalità della popolazione. Per raggiun-

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

gere questa totalità, secondo me, si deve cominciare da un'assistenza ospedaliera garantita per i cittadini italiani. Secondo cifre in mio possesso sarebbero 6 milioni i cittadini italiani che ancora non godono di alcuna assistenza sanitaria. Per estendere questa ad essi secondo una pacifica *escalation* si dovrebbe cominciare con l'assistenza ospedaliera il cui costo petrei indicare in 36 miliardi annui, cifra che ricavo prendendo come parametro la somma *pro capite* spesa dall'« Inam » per i suoi assistiti (6 mila lire). In tempi successivi, che comunque bisognerebbe fissare, si passerebbe gradualmente alle altre forme di assistenza sanitaria (generica, specialistica, farmaceutica). Non pretendo che queste cifre siano esatte, però le offro alla considerazione di chi può verificarle, come stimolo a configurare il problema con precisione ai fini della spesa, onde l'argomento si faccia presente davanti alla coscienza delle sfere governative e cominci ad essere oggetto del loro esame e delle loro decisioni.

Il quinto ed ultimo punto riguarda il potenziamento della medicina preventiva attraverso una più attiva educazione sanitaria della popolazione; l'intensificazione di iniziative per una moderna medicina scolastica e del lavoro, l'igiene degli abitati e degli ambienti domiciliati (con una particolarissima raccomandazione per gli ambienti rurali, che in genere vengono lasciati alla esclusiva competenza del Ministero dell'agricoltura, come se non avessero problemi sanitari, mentre le statistiche ci dicono che molte malattie — a cominciare dalle zoonosi — allignano proprio fra quelle popolazioni rurali che solo una poesia arcadica e romantica può descriverci come ricca di vita sana; un controllo rigoroso sui generi alimentari e sulla produzione dei medicinali; infine una riconsiderazione funzionale degli enti locali (e mi fa piacere che l'onorevole ministro ha già manifestato delle intenzioni in proposito), i cui compiti sanitari vanno aggiornati nel quadro delle profonde trasformazioni intervenute nelle strutture protettive della salute delle nostre popolazioni.

Nell'indicare queste linee di politica sanitaria dobbiamo ripetere a noi stessi e soprattutto all'opinione pubblica, i motivi del nostro impegno perché esso si maturi nella coscienza del popolo italiano e dei suoi governanti.

Ritengo che per noi debbano essere tre i motivi fondamentali. Vi è un motivo spirituale che per noi cattolici è anche religioso. C'è un comandamento valido per tutti: « Fa' agli altri quello che desideri sia fatto a te ». Noi cattolici abbiamo un motivo ancora più

profondo perché il nostro Dio incarnato ci ha detto: « Quello che fate all'ultimo dei miei, lo avete fatto a me ». « Ero malato e mi avete visitato », è scritto nel Vangelo. Ed il buon samaritano è indicato come modello da imitare. E questo un impegno che ci deve mobilitare non solo nel senso di una assistenza caritativa volontaristica ai singoli uomini che però finisce con l'essere episodica e frammentaria ed oggi non più sufficiente, ma nel senso di uno sforzo organizzato, moderno, sociale, legislativo, volto alla creazione di istituti perché la società tutta sia mobilitata alla ricerca della sofferenza altrui da prevenire, da lenire, da cancellare. San Paolo ci ricorda che se un membro soffre, è tutto il corpo che soffre con esso! È questa dilatazione dalla beneficenza privata a più ampie dimensioni di carità sociale, è questa solidarietà operante che noi vogliamo incarnare anche nell'attività politica.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Speriamo che qualcuno l'ascolti!

SORGI. Me l'auguro con tutto il cuore, onorevole ministro: mi auguro che l'argomento sia rilanciato.

Il secondo motivo è di carattere politico e sociale: di solidarietà tra i membri della stessa categoria (è la mutualità che ha ormai riempito, o quasi, tutta la vita della nostra società) ma ancora più di solidarietà dell'intero corpo sociale, in forza della quale le classi più abbienti devono aiutare quelle che avanzano con maggiore lentezza. Ecco perché vogliamo marciare, per questo motivo, verso un sistema di sicurezza sociale.

Ma vi è anche un terzo motivo di ordine economico, che sembra materialistico, che qualche volta potrebbe sembrare addirittura cinico perché comporta anche il tentativo di calcolare quanto possa valere economicamente un uomo in grado di lavorare, ma che è rimasto invalido o è addirittura morto. È questo che da qualche anno vado ripetendo insieme ad altri esponenti più autorevoli di me. Nella battaglia per la salute vi è cioè un motivo economico. Lo stato di salute di un popolo è la chiave per il suo sviluppo economico che è frenato da troppi invalidi. La mortalità infantile, così come tante malattie o invalidità rappresentano una causa di più lento accrescimento del prodotto nazionale, l'invalidità o la morte di unità lavorativa o prelaborativa rappresenta una falciatura per le forze produttive.

Da calcoli che con i miei modesti mezzi ho potuto condurre e che ho esposti nella mia compilazione del « piano bianco » del 1961 e poi in un intervento fatto sui bilanci finanziari

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

nel dicembre del 1964, risulterebbe che per il 1961 vi è stata una perdita di reddito nazionale di 2.200 miliardi, causata da malattie, invalidità, decessi di persone in età lavorativa. La cifra sarebbe stata maggiore se avessi seguito il criterio che l'E.N.P.I. suggerisce. Infatti in alcuni suoi studi, il presidente dell'E.N.P.I. professor Molinari, parlando degli infortuni sul lavoro, afferma che il danno causato va valutato considerando non soltanto la perdita diretta (giornate lavorative, invalidità, danno biologico dell'operaio), ma tutte le altre perdite indirette, per cui la perdita totale andrebbe addirittura triplicata rispetto a quella indicata. Comunque già la cifra da me fornita rappresenta il 10 per cento del prodotto nazionale lordo.

Ora a questa cifra, che rappresenta il lucro cessante, si deve aggiungere il danno emergente rappresentato dai 1.500 miliardi di cui parlavo prima che si riferiscono alle spese sanitarie, le quali non sono spese preventive, ma curative, ovverossia spese che si potrebbero eliminare o quanto meno ridurre. Ecco la dimensione economica che assume il fenomeno della salute donde la necessità che ad essa sia prestata maggiore attenzione degli economisti e dai governanti, proprio per considerazioni di sviluppo economico. È a questo titolo che il discorso sulla salute viene inserito nella programmazione e che noi ci stringiamo attorno all'onorevole ministro ed ai suoi collaboratori per incoraggiarlo a proseguire nella sua azione. Esortiamo il Governo, gli esperti che con esso collaborano, gli economisti che lo affiancano, ad operare scelte di priorità a favore del settore sanitario per queste considerazioni di carattere intimamente cristiano, profondamente umano, ma anche econcretamente economico che abbiamo fatte. Certo quando questi valori saranno penetrati nella coscienza pubblica e nelle sfere dirigenti allora il Ministero della sanità potrà avere quel posto che merita nell'ambito della nostra società e quella preponderanza che tutti auspichiamo nell'ambito del bilancio dello Stato. Ciò avverrà quando anche nella nostra Italia si potrà dare per acquisita quella verità enunciata dal defunto presidente Kennedy che ho ricordato prima: « Lo stato di salute di un popolo è la chiave per il suo sviluppo economico ». (*Applausi al centro e a sinistra — Congratulazioni*).

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

ROMANO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, ho qui davanti

a me i testi di vari interventi da me svolti in quest'aula negli ultimi otto anni. Cioè dalla costituzione del Ministero della sanità e ho la soddisfazione di constatare che attraverso questo tempo determinate impostazioni iniziali si sono fatte strada negli ambienti politici e nell'opinione pubblica. Innanzi tutto voglio darle atto, signor ministro, di aver portato qui, per la prima volta, una visione coordinata dei problemi della politica sanitaria del paese, con coraggio, con decisione, con dinamismo e di aver adottato iniziative che hanno provocato uno *shock* profondo, e nella valutazione della classe politica e nell'opinione pubblica.

Poiché gliene do atto non solo per dovere di cortesia ma per convinzione, vorrei ricordare molto brevemente queste iniziative, perché se negli anni passati ci siamo lamentati della mancanza di una politica sanitaria, della frammentarietà delle idee, della dispersione di forze e di mezzi, possiamo oggi trarre un primo bilancio della presenza di una politica sanitaria, frutto degli sforzi che ella ha fatto, e noi con lei, signor ministro, noi di tutte le parti politiche della Commissione sanità, che le siamo sostanzialmente vicini, anche nelle diversità di valutazione politica, così come siamo stati sempre vicini ai suoi predecessori. Noi desideriamo dire oggi che passi avanti, soprattutto per suo merito, sono stati compiuti.

Ella ha sostenuto la necessità di una visione coordinata di politica sanitaria ed anche recentemente ha ribadito le une idee sulla riforma sanitaria del paese, che ella vede articolata sostanzialmente in tre settori: il potenziamento dell'assistenza di Stato, nelle sue strutture centrali e periferiche: l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale, e l'assistenza di base che si riporta evidentemente all'unità sanitaria locale, con l'inserimento sul piano della medicina preventiva e sociale delle funzioni del medico condotto. Già un'impostazione di questo tipo prova che ci troviamo di fronte per la prima volta a una visione coordinata di politica sanitaria, anche se evidentemente la semplice affermazione non è valida di per sé a risolvere problemi di questa portata in un paese come il nostro che in questi cento anni di sua unità ha avuto tanti e tali problemi da affrontare che ha ritenuto di poter, se non trascurare, perlomeno occuparsi a rilento dei problemi della politica sanitaria.

Le sue iniziative, signor ministro, hanno toccato in particolare la riforma ospedaliera, di cui parleremo di qui a poco, e la riforma

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

dell'assistenza psichiatrica, estremamente importante ove si consideri quali sono le condizioni avvilenti dal punto di vista giuridico-sociale in cui il malato di mente ancora oggi si dibatte nel nostro paese. Ella ha affrontato il problema della riforma dell'Opera nazionale maternità e infanzia che è assolutamente insufficiente, per strutture, per mezzi e per organizzazione, ed anche per la mancata democratizzazione dei suoi quadri dirigenti, a fronteggiare uno dei fondamentali aspetti dell'assistenza sanitaria di base che è particolarmente importante sul piano della medicina preventiva, aspetto che l'Opera maternità ed infanzia dovrebbe curare intensivamente attraverso gli asili-nido, soprattutto nelle zone più depresse del paese.

Ella, onorevole ministro, ha affrontato anche la riforma dell'Istituto superiore di sanità. Ha denunciato la dispersione e il frazionamento dei mezzi di cui il paese può disporre in materia di assistenza sanitaria, sottolineando — cosa che tante volte qui è stata detta e che anche stasera ella ha sentito ripetere dal collega Sorgi — l'assurda ripartizione dei fondi destinati all'assistenza sanitaria almeno fra dieci ministeri. Desidero qui ricordare anche una volta questo problema — per quanto già ella ne abbia parlato al Senato — perché voglio che esso resti negli atti del Parlamento e sia nuovamente prospettato alla sensibilità dei partiti della maggioranza. La spesa per l'assistenza sanitaria che è limitata a soli 77 miliardi per la parte di bilancio relativa al Ministero della sanità, è viceversa affidata per 91 miliardi al Ministero di grazia e giustizia, per 11 milioni a quello degli affari esteri, per 560 milioni a quello della pubblica istruzione, per un miliardo 660 milioni a quello dell'interno, per 28 miliardi a quello dei lavori pubblici, per 45 milioni a quello dei trasporti e dell'aviazione civile, per 4 miliardi 327 milioni a quello della difesa, per 22 miliardi 330 milioni a quello del lavoro, per 30 milioni a quello della marina mercantile.

Non si riesce a comprendere perché i mezzi a disposizione vadano così dispersi nel bilancio dello Stato. Ma non basta. Poco fa l'onorevole Sorgi ha giustamente messo in rilievo come su 1.500 miliardi di spesa viva per l'assistenza sanitaria in Italia, oltre mille miliardi sono affidati alla mutualità. Per queste somme e per le altre che sono ripartite nei bilanci di ben dieci ministeri, il Ministero della sanità non solo non esercita un controllo (e non vogliamo farne una questione di mero controllo), ma non ha alcuna possibilità di

indicare una politica di investimenti per la pubblica salute. Noi insistiamo affinché questo problema sia risolto in via preliminare. È inutile parlare di riforma ospedaliera e di unificazione degli enti per l'assistenza mutualistica se non cominciamo con lo stabilire, tutti insieme e una volta per sempre, quali sono le capacità direttive in materia di politica sanitaria del Ministero della sanità. Finché si gira intorno a questo scoglio, finché si nasconde la testa nella sabbia, finché non si affronta con decisione il problema di un Ministero che ormai è in vita da otto anni ma che non controlla se non in misura marginale le attività intese a difendere la salute pubblica, noi non possiamo parlare di riforme se non in termini velleitari...

SCARPA. Tutti gli anni dobbiamo dire le stesse cose !

ROMANO. Sì, dobbiamo ripetere sempre le stesse cose. Speriamo comunque che le nostre tesi, che coincidono con l'interesse generale del paese, vengano accolte.

Nel quadro degli sforzi intesi a rendere efficiente l'azione del Ministero della sanità, vanno inquadrare le iniziative che il ministro molto lodevolmente ha preso. Voglio ricordare la lotta contro la poliomielite che ella, signor ministro, dopo la coraggiosa iniziativa del ministro Mancini, ha portato avanti. Oggi in circa il 60 per cento delle province italiane la polio è stata praticamente sradicata, mentre nelle altre province i dati dell'incidenza sono talmente lievi rispetto al passato che l'esito di questa battaglia conforta coloro che fra di noi in passato si batterono per l'obbligatorietà della vaccinazione contro la polio. La lotta va tuttavia continuata con tutte le nostre forze se non vogliamo veder riaffiorare quel morbo in misura nuovamente rilevante.

Ella ha inoltre affrontato, signor ministro, il problema della lotta contro i tumori, nominando una commissione di persone qualificate, che sta studiando una nuova impostazione per l'intervento in un settore così grave e così doloroso nel quale la scienza è ancora in gran parte impotente ma nel quale da sempre sappiamo che la lotta preventiva, se bene organizzata, può raggiungere risultati soddisfacenti.

È merito inoltre dell'attuale ministro aver dato mano al riordinamento del settore farmaceutico, avere impostato sul piano legislativo la lotta contro l'inquinamento atmosferico, aver richiamato l'attenzione sulla revisione dei servizi della Croce rossa italiana,

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

specie in rapporto alla pesante situazione dell'infortunistica stradale. Non intendo dilungarmi su tali iniziative, tutte importanti, ma vorrei soltanto mettere in evidenza come esse (pur se taluna ha suscitato vivaci polemiche) stiano a testimoniare un rinnovato impegno, che veramente ci soddisfa, nel campo della politica sanitaria.

Non basta però, signor ministro, che io riconosca queste verità, riconosciute anche da altri colleghi, né è sufficiente che io le dia atto di questa sua volontà e di queste sue iniziative. È necessario dare atto di questa volontà e di queste iniziative all'intera compagine governativa.

Però dobbiamo constatare che la situazione non è molto diversa rispetto a quella di alcuni anni addietro. Nel mio intervento svolto nel 1964 (nel 1965 mi sono astenuto dall'intervenire nel dibattito, anche perché stanco di dover ripetere sempre le stesse cose) esprimevo la certezza che il Governo di centro-sinistra avrebbe finalmente affrontato i problemi della sanità, in modo da avviarli a soluzione.

Io non sostengo ora che il ministro competente non abbia affrontato questi problemi, né che manchino in questo Governo le forze per risolverli; devo però constatare che probabilmente in questo Governo vi sono settori meno sensibili ed è quindi mio dovere svolgere una funzione di stimolo affinché gli sforzi dell'onorevole Mariotti siano coronati da successo. Tutti sappiamo del resto quali siano le lotte che il ministro deve sostenere, anche all'interno del suo dicastero, per far fronte a talune situazioni e, come uomini politici (molti di noi sono medici) sensibili a questi problemi, abbiamo il dovere di non nascondere la realtà e di sostenere gli sforzi del ministro per il superamento di certe resistenze, frutto di interessi o di mentalità retriva.

Si tratta quindi di agire. Nel mio modesto intervento di due anni addietro feci riferimento a tre esigenze fondamentali, che mi piace ribadire oggi. La prima esigenza è quella dell'unificazione di tutte le competenze sui problemi della sanità nel Ministero competente, fatto a mio avviso che si pone come condizione preliminare per poter sviluppare nel nostro paese una vera e propria politica sanitaria. Noi potremo avere ministri come Mariotti o (me lo consenta, signor ministro), ancora più bravi di Mariotti ma non risolveremo mai i problemi di fondo se non sarà data al titolare del dicastero la possibilità di realizzare una politica sanitaria.

Il secondo punto riguarda la riforma dell'ordinamento ospedaliero. Il terzo punto riguarda, si badi bene, non la fusione degli enti mutualistici (qui entriamo in un problema la cui soluzione non è facilmente realizzabile a breve scadenza: se parliamo, infatti, di fondere gli enti mutualistici è come se volessimo rinviare la soluzione del problema a chissà quando), ma l'unificazione della normativa e delle erogazioni economiche per tutti gli enti mutualistici esistenti nel paese.

Questi tre punti mi sembrano anche oggi attuali. Ribadisco la mia posizione sul primo punto concernente la unificazione delle competenze nel Ministero della sanità per una possibilità di sviluppo di una politica sanitaria ben coordinata e diretta nel quadro della programmazione generale del paese, e con la possibilità di disporre gli adeguati investimenti per la pubblica salute.

Circa l'unificazione della normativa è inutile ripetere quali sono le sfasature esistenti nel sistema mutualistico. L'elemento grave è costituito dall'onere enorme, rispetto al rendimento, che grava sul paese; ma elemento più grave è la discriminazione esistente nelle cose, se non nella volontà, tra lavoratori e lavoratori affetti dalla medesima malattia. Vi sono enti mutualistici, cioè, che considerano l'oggetto umano, ancor prima dell'oggetto malattia, come suscettibile di un diverso trattamento, di erogazioni minori o maggiori. Accade così che in un paese in cui la Costituzione stabilisce che il cittadino « ha diritto alla tutela della propria salute », esiste una maniera discriminata di tutela da parte dello Stato, tra gruppi e gruppi di cittadini e di lavoratori, a seconda dell'ente mutualistico da cui si deve ricevere la prestazione.

Sul piano umano, morale, sociale, economico, sanitario, quindi dell'efficienza delle prestazioni sanitarie, il problema che dobbiamo affrontare è l'unificazione della normativa dei diversi enti. Di questa unificazione normativa si è parlato non soltanto in Parlamento e nel paese, ma in sede di commissioni ministeriali, anche non molto tempo fa. Non ho sentito più, però, riprendere questo discorso.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. La Commissione sta lavorando in questo senso e ha fatto passi in avanti. Vi sono certamente dissonanze assai gravi, soprattutto tra le burocrazie dei diversi enti.

ROMANO. Ella parla di dissonanze, ma si tratta di resistenze (che sono quelle di

sempre), che la volontà politica deve superare. Il problema è sempre quello di verificare la somma delle volontà politiche per realizzare gli impegni che noi stessi abbiamo preso e che riconosciamo rispondere alla realtà, sì da arrivare ad una soluzione più razionale nell'interesse del paese.

Circa la riforma del sistema mutualistico, oltre al parere ministeriale vi è anche quello del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro. Quest'ultimo mi sembra più accettabile perché sostanzialmente fa una distinzione tra enti che erogano prestazioni economiche ed enti che erogano l'assistenza di malattia.

Se ben ricordo, in sostanza il C.N.E.L. proponeva di lasciar sussistere tre grossi organismi: l'I.N.P.S., l'« Inail » e l'« Inam ». Questa era l'impostazione.

In una visione coordinata, razionale, funzionale dell'assistenza mutualistica ai lavoratori italiani (da estendere poi, come è nostra aspirazione, a tutti i cittadini) penso si possa arrivare a questa impostazione imperniata su tre grossi enti; però ritengo sia preliminare a tutto ciò l'unificazione della normativa. E questo è possibile con relativa sollecitudine, grazie a una volontà politica decisa. Vi sono delle difficoltà; ma queste si superano, se vi è la volontà di superarle. In questo modo recheremmo, signor ministro, un grande contributo alla successiva evoluzione del problema mutualistico.

Quando dovremo affrontare il problema della riforma ospedaliera (ella non era ancora titolare del dicastero della sanità, a capo del quale era l'onorevole Mancini, che portò avanti la legge-stralcio), dicemmo tutti che la concessione della stabilità di carriera ai secondari ospedalieri costituiva la premessa per poter rasserenare l'ambiente e per poter affrontare il problema di fondo della riforma ospedaliera. Vorrei dire la stessa cosa per quanto riguarda l'assistenza sanitaria in regime mutualistico. Probabilmente l'unificazione della normativa (al di là di quanto io possa illustrare in questo momento) può rappresentare la premessa fondamentale per la riforma del settore.

Terzo ed ultimo punto: ritorno alla riforma ospedaliera che in questo momento — anche e soprattutto per suo merito, signor ministro — è il fulcro del dibattito di politica sanitaria nel nostro paese.

Ella sa, signor ministro, che con alcuni colleghi del mio gruppo il 4 gennaio scorso ho presentato una proposta di legge recante « norme generali sull'ordinamento del servi-

zio ospedaliero nazionale ». Questa proposta di legge deve essere ancora svolta; e mi riprometto di chiedere alla Presidenza che ciò avvenga al più presto.

Detta proposta di legge fu forse inizialmente intesa in modo non corrispondente a ciò che in effetti è. Io che ne sono uno dei firmatari ritengo che essa sia stata presentata nello spirito della più ampia adesione al suo schema, signor Ministro: in senso sostanziale e in senso politico.

Ella ora sa dunque, signor ministro, che è davanti al Parlamento ed *in itinere* una proposta di legge a disposizione sua e di coloro che sono animati dalla volontà politica di affrontare il problema e di portarlo avanti. Noi non ne facciamo una posizione di parte: è un contributo che diamo alla sua azione, nella speranza — vorrei dire nella certezza — che anche da parte delle altre forze politiche si possa quanto prima (e qui il discorso credo meriti una sua risposta ed una sua assicurazione) iniziare il cammino che porti a una definitiva soluzione del problema.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Posso annunciarle che per martedì prossimo è stato convocato dal ministro Piccioni un comitato ristretto di ministri, che inizierà finalmente la discussione sulla riforma da me presentata. Dopo il vaglio di questo comitato ristretto la riforma dovrebbe — spero il più rapidamente possibile — essere presentata al Consiglio dei ministri e successivamente alle Camere.

ROMANO. È la seconda buona notizia che ella mi dà questa sera. Vedo che l'onorevole Scarpa sorride: evidentemente egli non è molto fiducioso. Viceversa sono convinto che il Governo è ormai sensibile a questa situazione e che ci muoveremo insieme per risolverla.

Si tratta, onorevole ministro, di sapere come affrontare il problema. Qui vi sono dei punti di vista che tutti un po' condividono; e punti di vista — soprattutto in ordine alle competenze, nel campo ospedaliero, delle opere pie, degli ospedali privati — sui quali probabilmente non sarà facile trovare eguale comprensione da parte di altre forze politiche.

È tuttavia evidente — a mio avviso — che nell'impostazione di una riforma ospedaliera non si può che parlare di un servizio ospedaliero nazionale. Sarebbe un'incoerenza, anche in ordine alle cose che ho detto prima, se un servizio ospedaliero nazionale non venisse chiaramente inquadrato alle dipendenze del

Ministero della sanità, sia pure tutelando in sede periferica la legittima autonomia delle amministrazioni, anche ai fini dei beni patrimoniali degli enti. Questi però non possono, non debbono, più vivere una vita frammentaria ed isolata, ma concorrere a creare una efficiente rete ospedaliera: rete destinata ad avere una sua grande importanza nel contesto generale della riforma sanitaria del paese, che non può essere realizzata se non sulla base di un'impostazione (che io condivido) che consideri fondamentale la confluenza di tutte le iniziative ospedaliere al servizio dello Stato.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, non credo di dover aggiungere altro. Mi sono limitato a riassumere alcune considerazioni, che ritengo di grande importanza, soprattutto per richiamare in questa fase della politica sanitaria del nostro paese l'attenzione delle sfere responsabili. Certo, ripareremo di queste cose qui alla Camera; e mi auguro anche presto, specie se potremo constatare l'auspicata celerità in ordine a taluni più importanti provvedimenti. Il nostro augurio è che di questo ci sia possibile dare atto al Governo (e non soltanto al ministro della sanità, che già sappiamo deciso a recare un contributo positivo alla formulazione di una concreta politica sanitaria).

Da questo punto di vista, onorevole ministro, non vi è alcun bisogno da parte nostra di rassicurarla in merito alla partecipazione che intendiamo offrire alle sue lotte. Sappiamo che sono lotte sofferte, soprattutto sul piano umano: e di questo le diamo atto con profonda convinzione e sincerità. Del resto, la lotta che ella conduce è la medesima lotta condotta da anni da taluni settori del Parlamento per raggiungere questi obiettivi. È una lotta condotta nell'interesse della nazione, nell'interesse di tutti i cittadini, nell'interesse della classe lavoratrice. (*Applausi a sinistra e al centro*).

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

FADA. Signor Presidente, per attenermi al suo invito, il mio intervento sarà molto breve, anche se ciò non mi consentirà di approfondire alcuni punti della discussione in ordine a gravi ed urgenti problemi della politica sanitaria, della ricerca scientifica, della riforma universitaria.

Le voci di tutti i colleghi che mi hanno preceduto hanno confermato quel tono di stanca ripetizione che hanno assunto ormai

le discussioni sul bilancio della sanità, con ben scarsi risultati concreti.

Le vivaci e pressoché quotidiane istanze che su questi problemi si sollevano da parte dell'opinione pubblica, della stampa e delle categorie interessate, le frequenti e pressanti azioni sindacali delle varie categorie sanitarie ed universitarie (l'ultima delle quali è attualmente in corso), i cronici e paurosi deficit di bilancio degli enti mutualistici che minacciano di fermare la vita degli ospedali, il costo della assistenza sanitaria in Italia (addirittura sbalorditiva comparativamente a quello di qualsiasi altro paese), la paralisi pressoché completa dei più importanti istituti di ricerca scientifica unitamente alla fuga dei cervelli migliori, sono tutti sintomi che denunciano la gravità della situazione ed indicano con chiarezza al Parlamento e al Governo come sia ormai diffusamente avvertita nel paese l'indifferibilità di soluzioni radicali.

A questo proposito è apparso elemento non privo di significato — ed assolutamente censurabile — proprio quanto recentemente è avvenuto nelle sotterranee discussioni per la distribuzione dei portafogli ministeriali. È apparso purtroppo chiaro che nessuno voleva lo « scatolone vuoto » del Ministero della ricerca scientifica.

Eppure in un paese tecnologicamente sottosviluppato e privo delle tradizionali ricchezze naturali, quale in definitiva è il nostro, non si può certo negare che l'avvenire, a prescindere da peculiari e discutibili strutture organizzative, dipenderà in misura determinante dai successi o dagli insuccessi della ricerca scientifica e tecnologica.

Forse, ancora una volta, non ci resta purtroppo che sottolineare la sfasatura pericolosa tra il moderno ed incalzante ritmo di vita del paese reale e quello piuttosto ottocentesco del paese legale.

Per quanto attiene alla politica sanitaria, mi limito ad auspicare che l'iniziativa simpaticamente anticonformista e garibaldina del ministro Mariotti, dopo aver posto col suo libro nero (continuano a chiamarlo bianco, ma mi sembra tutt'altro che bianco quel libro, io lo chiamerei « nero ») i problemi sanitari all'ordine del giorno dell'opinione pubblica, sia pure attraverso una contrastata fase di movimenti e di giudizi contraddittori, riesca a portare al più presto al dibattito in aula almeno il disegno di legge sulla riforma ospedaliera. È in questa sede che tutta la vasta problematica sollevata dal preannunziato provvedimento e succintamente, ma efficace-

mente riassunta dal relatore onorevole Bemporad nel parere della XIV Commissione, dovrà trovare i suoi motivi di aperto contrasto, di sintesi e quindi di definitiva sanzione quale equilibrata mediazione di contrapposti interessi delle varie categorie nel quadro degli interessi generali del paese.

Mi pare inoltre che meriti di essere sottolineato come sia questa la prima discussione sul bilancio che si svolge dopo la presentazione al Parlamento del piano di sviluppo economico quinquennale, nel quale tanta parte e novità hanno le prospettive ad ampio respiro della struttura tecnico-organizzativa di tutto il settore sanitario, assistenziale e previdenziale. Sono prospettive nuove, sulle quali vertono tuttora serie ed impegnate discussioni degli ambienti tecnico-professionali. Su di esse i contrastanti pareri hanno tutt'altro che raggiunto un sufficiente grado di omogeneità, sì da individuarne un orientamento di prevalenza. Esse coinvolgono delicate posizioni di principio, da cui il mio gruppo politico non potrà evidentemente derogare.

Il motivo prevalente di questo mio breve intervento sta comunque nel desiderio di richiamare l'attenzione del ministro sui problemi degli istituti zooprofilattici, che, se non assumono l'ampiezza e l'importanza umana dei problemi dianzi accennati, hanno pur sempre un rilievo determinante per la conservazione e il miglioramento del nostro patrimonio zootecnico e della dinamica economica della nostra agricoltura.

Ho seguito attentamente — direi quasi per dovere di ufficio, come parlamentare lombardo — la campagna di stampa che da tempo si va conducendo contro gli istituti zooprofilattici, e contro quello della Lombardia-Emilia in particolare, proprio per rendersi conto della fondatezza degli elementi di critica e della necessità di riforma.

La polemica prese l'avvio con una serie di contestazioni da parte di un quotidiano politico. Sempre per ragioni di tempo, mi limito alla contestazione più rilevante, relativa alla capacità tecnico-organizzativa e scientifica degli istituti in questione e dell'organizzazione veterinaria in generale. Si scrisse, allora, che « l'epizootia aftosa del 1964, grave nei bovini, drammatica nei suini, aveva sottolineato sulla pelle degli allevatori italiani la inadeguatezza e la carenza dei presidi immunizzanti disponibili ». Si aggiunse che « in Europa, l'Italia continua a detenere imperterrita il primato di focolai di infezione aftosa », e si concluse che « se

si facesse un giorno il processo all'afta e ai relativi bacilli in Italia, ci troveremmo di fronte ad episodi inesplicabili di leggerezza, per non chiamarli in modo ben più pesante e reale ».

Mi è sembrato che ce ne fosse anche di troppo per indurmi a controllare come stessero esattamente le cose. Ebbene, è facilmente documentabile che l'afta nei bovini, nel 1964, fu praticamente trascurabile, poiché quasi tutto il bestiame bovino venne protetto tempestivamente dalla vaccinazione. La situazione è ulteriormente migliorata nel 1965, poiché il ministro della sanità, con provvedimento attuato nell'ottobre-dicembre 1965, ha reso obbligatoria la vaccinazione anti-aftosa di oltre 4 milioni di bovini esistenti nella pianura padana, con un costo — si badi bene — di poco più di un miliardo. Cosicché, per quanto riguarda i bovini, l'epizootia aftosa nel 1964 non fu neppure lieve e attualmente è da considerarsi addirittura praticamente inesistente. E cioè, si noti bene, mentre ondate epizootiche di gravissime proporzioni colpivano la Svizzera, il Belgio, i Paesi Bassi, la Germania, la Turchia e l'Unione Sovietica.

Un recente comunicato del Ministero della sanità ha precisato che in Svizzera, a fine gennaio, risultavano colpiti dall'infezione aftosa 15.302 bovini e 24.470 suini, che erano stati abbattuti nella misura del 90 per cento; gli animali vaccinati con vaccini italiani e francesi erano un milione e 700 mila. Nei Paesi Bassi erano stati abbattuti 174 mila suini e 2 mila bovini; risultavano vaccinati un milione e 487 mila suini. Notevoli quantità di vaccino italiano erano state richieste ed ottenute dalle autorità federali tedesche e svizzere. Nella lettera di ringraziamento che il governo federale svizzero indirizzava al nostro Ministero della sanità in data 3 gennaio 1966, veniva rilevato che « si era reso un grande servizio al suo paese in un momento difficile »; e si ringraziava in particolare la direzione e il personale dell'istituto zooprofilattico lombardo per « l'immediato e generoso aiuto ».

Non molti giorni fa, il consiglio della F.A.O., riunitosi a Milano, rivolgeva un elogio al Governo italiano per la sua azione nella lotta anti-aftosa.

Questa è l'esatta situazione che si rileva dai documenti, per quanto riguarda l'infezione aftosa nei bovini. Ma ancora più sorprendenti sono risultate le contestazioni per quanto attiene all'afta nei suini. Nel 1964 c'è stata effettivamente in Italia una grave epizootia aftosa nei suini, non essendosi potuto

procedere alla preventiva vaccinazione per insufficienza del vaccino. Ma perché c'è stata questa insufficienza di vaccino? Fino al 1964 — è nozione di dominio corrente, tanto fra i tecnici quanto fra gli allevatori — si riteneva che i suini non potessero essere immunizzati. Le ricerche di laboratorio dell'istituto zooprofilattico lombardo consentirono allo stesso di mettere a punto, per primo, e quindi di iniziare, per primo, l'applicazione pratica sperimentale di un vaccino per suini, solo nel 1964. Il successo fu immediato e provocò una richiesta così improvvisa che, data la fase sperimentale, non poté essere immediatamente soddisfatta.

È davvero umoristico che, dopo aver acquisito un successo scientifico di eccezionale portata, i cui effetti si sono potuti constatare rapidamente, si possa essere accusati perché non sono state predisposte le complesse e costose attrezzature per una produzione sufficiente, quando il prodotto era ancora in fase sperimentale!

Ma dalle infondate contestazioni tecnico-organizzative e scientifiche la campagna di stampa è via via scivolata in contestazioni a tinte tipicamente scandalistiche. Già ad un superficiale esame appaiono in queste contestazioni delle grossolane confusioni giuridiche, ma non è certo questa la sede — almeno allo stato attuale dei fatti — per un esame di simili accuse.

Per quanto mi riguarda, ritengo che, quando si è veramente animati da spirito di giustizia e si hanno fondati elementi di sospetto nei confronti di chiechessia, la cosa più naturale, seria e semplice sia quella di agire attraverso le vie opportune, assumendosene tutte le relative responsabilità giuridiche e morali. Quando si sceglie la strada delle montature scandalistiche, a base di affermazioni generiche e abilmente dosate magari a fil di codice, riesce difficile concedere la presunzione del puro interesse della giustizia.

A prescindere comunque da questi ultimi aspetti, che, ripeto, non meritano certo considerazione ulteriore in quest'aula, riesce difficile (o forse fin troppo facile) capire come, di fronte alle carenze universalmente note e denunciate, anche da autorevoli osservatori stranieri, della nostra struttura sanitaria nei settori della preparazione tecnico-professionale universitaria e della assistenza mutualistica ed ospedaliera, si voglia metter sotto processo anche questo settore della medicina veterinaria, per il quale il meno che si possa dire è che sul piano scien-

tifico-organizzativo e dell'efficienza è quello che va meno male, e fra l'altro con lievissimi oneri sul bilancio dello Stato.

Basterebbero a provarlo gli inequivocabili risultati ottenuti in occasione della recente ondata di epizootia aftosa su tutta l'Europa ed i riconoscimenti passati e recenti degli organi tecnici di molti governi stranieri, ed in particolare della F.A.O., che in un documento del 1959 già così si esprimeva. « Vi posso dire che la visita e la constatazione della eccellenza dei servizi di diagnostica e profilassi di cui beneficiano i proprietari di bestiame della pianura padana mi ha causato profonda impressione... Sono stato particolarmente colpito dalla cura estrema manifestata ad ogni singolo gradino della preparazione dei differenti prodotti biologici ed agenti terapeutici. L'attenzione prestata ai dettagli del compito ed al suo compimento sopporta molto favorevolmente la comparazione con i lavori dello stesso genere, qualunque essi siano, che ho avuto occasione di osservare e di seguire in altre parti del mondo ».

E quali sono gli oneri diretti che lo Stato sopporta per questa assistenza tecnica e diagnostica gratuita agli allevatori ed ai veterinari, per la ricerca scientifica e la propaganda sanitaria nel settore relativo agli allevamenti zootecnici?

La commissione consultiva veterinaria del Ministero della sanità, nella seduta del 27 gennaio 1966, ha rilevato che gli istituti zooprofilattici hanno effettuato nel 1964 2.607.077 accertamenti diagnostici gratuiti, per un onere complessivo, sostenuto dagli stessi istituti, di 2 miliardi 287 milioni 205 mila 720 lire, in base a tariffe del 1960 stabilite dallo Stato. Sempre nel 1964 lo Stato ha concesso, a tale titolo, un contributo complessivo di lire 648 milioni; e gli istituti hanno direttamente coperto la differenza di spesa per oltre un miliardo e 600 milioni di lire.

Di fronte a questi elementi di fatto, non mi sembra che si possano giudicare gli istituti zooprofilattici come dei « carrozzoni ». Al contrario, a prescindere da altri elementi di giudizio a cui vengo subito, si deve onestamente riconoscere che si è di fronte a uno dei non molti esempi di efficienza produttiva ed amministrativa nell'ambito dei molti enti più o meno pubblici senza finalità di lucro.

Tutte queste valutazioni non risolvono comunque il problema di fondo tuttora aperto e di nostra diretta responsabilità e competenza, relativo all'esatta collocazione giuridico-pubblicistica degli istituti zooprofilattici.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. È stato presentato un disegno di legge.

FADA. Allo stato attuale dei fatti, per la maggioranza degli istituti zooprofilattici si tratta di enti che, pur perseguendo finalità tecniche di interesse pubblico (ricerca scientifica, sperimentazione, assistenza tecnica gratuita agli allevatori, ecc.), hanno una configurazione giuridica di natura privatistica, nell'ambito dell'articolo 12 del codice civile.

A mio sommosso avviso, sono ormai maturi i tempi perché in questa sede siano affrontati globalmente i problemi della natura giuridica e della statuizione delle caratteristiche e funzioni di questi enti. Se le mie informazioni sono esatte — e l'onorevole ministro con la sua interruzione me lo ha testé confermato — è stato approntato un apposito disegno di legge; cosicché non mi resta che esprimere l'auspicio che si possa discuterlo qui al più presto.

Mi corre però l'obbligo di ricordare che già fin dal 1957 un collega bresciano, il compianto e valoroso onorevole Roselli (lo ha già accennato il collega Sorgi), presentò con altri firmatari, tra cui l'onorevole De Maria, la proposta di legge n. 3174 sull'ordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali. Tale proposta incontrò il consenso unanime di questa Camera; ma per ragioni che è bene dimenticare non trovò purtroppo altrettanto favorevole accoglimento nell'altro ramo del Parlamento, e quindi decadde per la fine della legislatura.

Sono passati parecchi anni dalla presentazione di quella proposta di legge, ed evidentemente talune esigenze sono mutate, altre si sono fatte più pressanti.

Non intendo entrare nell'esame di merito dei problemi che il disegno di legge dovrà affrontare; desidero solo sottolineare l'importanza di qualche idea-direttrice.

Data per scontata l'opportunità di un ordinamento giuridico di natura pubblicistica, questo sarà positivo solo se sarà attuato in un quadro di propositi ben precisi. Si dovrà innanzi tutto evitare l'errore di creare uno schema di struttura amministrativo-direzionale valido per tutti i singoli istituti, prescindendo completamente da quello che è stato il fecondo travaglio di idee e di sforzi di ogni istituto, dalla realtà e dalle caratteristiche ambientali. Non si può dimenticare che si tratta di istituti sorti come società di fatto dalla convergenza di forze e di realtà locali (il primo nel 1907 e l'ultimo nel 1942). Hanno quindi tutta una loro tradizione peculiare, caratte-

ristiche e conformazioni ambientali e locali altrettanto peculiari, e una sfera di influenza per importanza e dimensioni affatto diversa, in rapporto alla ricchezza del patrimonio zootecnico esistente.

Sia pure nel quadro di una visione coordinata e in vista di esigenze di carattere più generale, non sarebbe opportuno né conveniente, e neppure lecito, disperdere o anche solo mortificare questo patrimonio d'entusiasmo, di sforzi, di prestigio e di benemerienze locali, a profitto di entità che poco o nulla hanno concorso a crearlo. Insisto particolarmente perché l'onorevole ministro voglia adoperarsi nel migliore dei modi possibile per la salvaguardia di questi valori locali.

In secondo luogo, deve essere ben chiaro e fermo il proposito di non far diventare gli istituti zooprofilattici altrettanti « carrozzoni ». Né privilegi ingiustificati, né inutili limitazioni! Si tratta di enti che, pur non avendo né potendo avere finalità di lucro, né dividendi da corrispondere ad alcuno, debbono continuare a rimanere, come nella grande maggioranza sono, efficienti ed autosufficienti.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Desidero tranquillizzare l'onorevole Fada che la nuova legge non modifica il carattere pubblico degli istituti zooprofilattici. Certo, si vuole esercitare su di essi un maggiore controllo. Anche in considerazione delle somme da essi erogate, che assommano a diversi miliardi di lire, contro i 640 milioni erogati dal Ministero della sanità, è evidente che si tratta di istituti che operano quasi in regime di quasi monopolio (perché l'industria in realtà non produce vaccino antiaftoso) e quindi hanno possibilità di capitalizzare un certo reddito sia come apparecchiature scientifiche sia come organizzazione aziendale.

Ho visitato l'istituto zooprofilattico di Brescia, che rappresenta veramente l'*optimum* per quanto riguarda la sincronizzazione dei fattori produttivi e, direi, il rendimento dal punto di vista aziendale, e quindi con risultati estremamente fecondi dal punto di vista scientifico e delle finalità istituzionali. Soltanto un'osservazione vorrei fare, poi. In fondo, la legge non può rimanere insensibile al fatto che questa capitalizzazione dei redditi conseguiti in tale posizione di quasi monopolio sia esclusivamente circoscritta a certi ambiti territoriali, come la Lombardia, la Toscana, il Lazio e la Campania; ma deve considerare che esistono vuoti spaventosi nelle zone depresse del nostro paese.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

Bisogna entrare nell'ordine di idee che, pur operando questi istituti in regime di quasi monopolio e conseguendo utili che, se non vengono distribuiti sotto forma di utili agli azionisti, pure si traducono in apparecchiature scientifiche che consolidano sempre più gli istituti stessi, è bene che determinate somme così realizzate vengano anche distribuite nelle zone depresse del paese, attraverso l'istituzione di altre organizzazioni del genere. In altri termini, l'ente cosiddetto a carattere pubblico non ha ragione di essere, se non opera in tutto l'arco della nostra penisola, in modo che dalla vaccinazione zooprofilattica, cui ella faceva cenno, possa trarre vantaggio tutto il bestiame esistente nelle varie regioni italiane.

FADA. La ringrazio, signor ministro, delle informazioni che mi ha dato a questo proposito, ma devo dire che esse sono valide, a mio avviso, soltanto in parte. Concorro sull'esigenza di una solidarietà nazionale; tuttavia ella deve tener presente che la posizione cosiddetta di monopolio relativa al vaccino antiaftoso rappresenta nel caso di un solo istituto, per esempio, solo il 25-30 per cento del suo bilancio, mentre il restante 70-75 per cento è in rapporto alla competitività commerciale in tutte le altre ditte. Sono dati, questi, che mi riservo di documentare, perché vedo che ella non li prende come oro colato. Comunque, sono dati che ho controllato, e perciò glieli posso fornire come oro colato, signor ministro.

Dovendo questi enti operare per quanto attiene al settore produttivo — escluso il vaccino — nell'ambito della competitività produttiva e commerciale, essi debbono necessariamente avere quella duttilità e quella elasticità di manovra che sono proprie degli operatori economici in una economia di mercato, sia pure nella più rigida garanzia di controllo da parte dello Stato, ma senza inutili e paralizzanti bardature.

Si tratta, in sostanza, di concepire la futura modellatura pubblicistica di questi istituti non certo sullo schema del monopolio sale e tabacchi, ma su enti analoghi, anche se di dimensioni e di importanza affatto diversi, quali possono essere gli schemi dell'E.N.I. o dell'« Enel ».

In questa visione, la collocazione pubblicistica di questi enti, concorrendo ad una più esatta ed opportuna configurazione della loro reale natura giuridica, sarà di valido aiuto al coordinamento ed alla programmazione nazionale, ma anche a questa esalta-

zione dei valori tradizionali e locali, nell'interesse di un reale progresso di tutta l'economia agricola ed in particolare del patrimonio zootecnico nazionale. (*Applausi al centro*).

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

FUSARO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, la riforma della legge sugli ospedali psichiatrici, per il grave problema delle malattie mentali — il cui trattamento è bloccato ad una legge di 62 anni fa — è diventata ormai indilazionabile.

È uscito un « libro bianco » (o piuttosto... nero, come è stato detto) sugli ospedali. Certe espressioni del ministro hanno suscitato polemiche nella classe medica e sui giornali: polemiche utili, a parer mio, perché hanno richiamato l'attenzione degli italiani sugli ospedali, ed in particolare su quelli psichiatrici.

Le malattie mentali — mettiamo pure il dito sulla piaga — sono state e sono tuttora un tabù: un tabù che è pudore, che è vergogna, che è disonore. L'ammalato mentale disonora la famiglia; c'è per queste malattie, in tutti i ceti sociali, come una reminiscenza del medioevo, quando certe malattie finivano sul rogo. Il rogo della società del ventesimo secolo è la diffidenza, è una condanna mormorata, è la esclusione dell'ammalato mentale dalla vita pubblica e sociale. Un marchio, proprio così.

Ebbene, da questo marchio noi dobbiamo togliere tutti gli ammalati mentali e nervosi. Non dobbiamo chiedere per essi pietà alla società: dobbiamo chiedere comprensione e fiducia; dobbiamo collaborare per creare una atmosfera nella quale la psichiatria assolvere i propri compiti e doni, o rechi, o apporti fiducia.

Un mio amico, direttore di un ospedale psichiatrico, mi ripete con insistenza che non sa il giorno nel quale anche lui potrà essere ricoverato in un ospedale psichiatrico: e la sua voce è serena, il suo volto non è turbato. Questo direttore considera la malattia mentale come un episodio, un tifo, una polmonite, un infarto. Tifo, polmonite, infarto sono forse malattie degradanti, che compromettono il gentile di una razza familiare? No. E così è la malattia mentale.

Come dobbiamo combattere, allora, i radicati pregiudizi? Penso, credo anzi fermamente che, senza toccare l'autonomia degli ospedali psichiatrici, per sfatare le leggende discriminatorie siano necessari una volontà e uno sforzo per potenziare i centri di igiene mentale, scopo e attività della moderna psichiatria.

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

Su questo terreno si è mossa e si batte da decenni la Lega di igiene mentale, la quale, per il recupero degli psicopatici, punta soprattutto sull'assistenza extraospedaliera.

Il problema è stato chiaramente avvertito dal ministro della sanità. Ne fanno fede non solo la sua risposta all'invito rivoltagli da *La Stampa* di Torino e le sue dichiarazioni al congresso nazionale dell'Associazione dei medici degli ospedali psichiatrici; ma quanto esposto nella relazione allo schema di disegno di legge concernente la sanità mentale e l'assistenza psichiatrica, e sanzionato poi negli articoli 3, 4, 5, 6 dello stesso disegno di legge.

Del resto, l'assistenza psichiatrica extraospedaliera è frutto della evoluzione del concetto di ammalato di mente nella società, concetto che deriva anche dalle nuove esigenze terapeutiche, che richiedono istituzioni assistenziali al di fuori del nucleo ospedaliero.

Tali istituzioni sono sorte e sorgono per spontaneo interessamento degli psichiatri e delle amministrazioni provinciali, non ancora sollecitate da una legge che le impegni ad attuare tale assistenza ma conscie dell'importanza di essa e dell'interesse sociale ed anche economico che ne può derivare.

Indubbiamente, i problemi di igiene mentale individuale e collettiva che lo psichiatra si trova oggi a dover affrontare appaiono di difficile risoluzione. Non si tratta più infatti, o soltanto, di problemi connessi all'assistenza ed al trattamento del malato di mente, ma di problemi riguardanti l'assistenza ai fanciulli, la lotta contro l'alcolismo ed altri problemi ancora, per impedire l'insorgenza di infermità e di deficienze mentali.

Gli psichiatri sono infatti preoccupati non soltanto di trattare le affezioni psichiche già manifeste, ma anche di rintracciare e sorvegliare i portatori di forme più o meno palesi di alterazioni psichiche, per aiutarli nella vita sociale e per impedire l'aggravarsi della loro situazione patologica.

Per questo la necessità dell'assistenza psichiatrica extraospedaliera deve essere maggiormente sentita anche dall'opinione pubblica, la quale deve rendersi conto che non esiste soltanto una divisione della popolazione in « matù e savi », qual è tramandata dalla tradizione popolare, ma esiste una notevole gamma di stadi di passaggio, nei quali non è necessario il ricovero in ospedali psichiatrici.

Il numero dei malati, soprattutto di quelli che non abbisognano in modo assoluto di ricovero, è notevolmente aumentato; ed è pertanto quanto mai inopportuno conservare una mentalità ospedaliera, tanto più che l'assisten-

za ospedaliera presenta numerosissimi difetti, soltanto in parte correggibili. Gli ospedali psichiatrici, infatti, sono in buona parte allogati (come è stato già rilevato anche dall'onorevole ministro) in costruzioni vecchie, che riflettono le antiche concezioni manicomiali basate sul concetto carcerario della difesa della società dal malato di mente, quindi della reclusione del malato. La loro capacità è quasi sempre insufficiente: là dove non si ha sovrassaturazione, si ha pur sempre una saturazione che rende difficile una distribuzione omogenea degli ammalati e un funzionamento dell'ospedale rispondente agli attuali concetti assistenziali.

È pertanto auspicabile che l'aspetto extraospedaliero dell'assistenza psichiatrica abbia ad acquistare un posto di primaria importanza anche in una organizzazione centrata sull'ospedale psichiatrico, con la sua completa possibilità terapeutica e la sua *équipe* medico-sociale.

È infatti importante e, direi, indispensabile che — comunque venga organizzato il servizio — il malato possa trovare sempre, in ospedale e fuori, le stesse persone ad assisterlo. E se è vero che un grande merito spetta a chi, in camice bianco, consacra e consuma la sua vita entro le pareti in cui languono i poveri degenti — perché non dobbiamo mai dimenticare che l'ospedale è vita — è altrettanto vero che l'assistente sociale può fare molto venendo a conoscenza di tutte le condizioni familiari e ambientali che, per la loro stessa delicatezza, richiedono tatto, cordialità e a volte affettuosità di rapporti. Potranno infatti, tramite l'azione dell'assistente sociale, venire raccolti molteplici e particolareggiati elementi di grande interesse: elementi sulla personalità del malato e sulla sua formazione, sulla composizione della sua famiglia, sull'atteggiamento dei familiari verso la malattia del congiunto, su altri ammalati o anormali facenti parte della famiglia, su disarmonie familiari, su situazioni economiche disagiate, sulla efficienza lavorativa e sull'ambiente di lavoro del paziente. Si possono, infine, raccogliere elementi precisi sulla pericolosità, che viene denunciata genericamente sul certificato medico per l'ammissione in ospedale psichiatrico perché così è richiesto dalla legge, ma che deve essere considerata nei suoi giusti limiti, sia per un esatto trattamento curativo, sia per la successiva dimissione e per il rientro in famiglia.

La perfetta conoscenza della situazione ambientale e familiare permetterà al binomio medico curante-assistente sociale di prendere tempestivamente i provvedimenti più oppor-

tuni. Si renderà così possibile la riduzione delle misure coercitive di ricovero, e quindi la più ampia diffusione dell'ospedale psichiatrico aperto, nonché la riduzione del numero di letti e del tempo di ospedalizzazione.

Il mio intervento su questo tema vuole ricordare, non tanto a lei, onorevole ministro, che ha dimostrato in questo campo una particolare sensibilità, quanto a tutto il Governo, che gli ammalati mentali aspettano da noi la loro riabilitazione (se proprio questa riabilitazione non sonasse beffarda stonatura). Gli ammalati aspettano; ma aspettano soprattutto tante famiglie, che ci chiedono questa riparazione. E noi non possiamo mancare a questo appuntamento squisitamente umano e sociale: a meno che non vogliamo considerare rivolta contro di noi la terribile frase che il Cassinelli scrisse in testa alla sua *Storia della pazzia*: « Se un giorno le belve dovranno giudicare gli uomini, porteranno, come atto di accusa contro di noi, la ferocia degli uomini sani contro gli uomini folli ».

Ma vorrei anche ricordare che una nazione civile deve provvedere in modo adeguato ad un'altra categoria di ammalati, per i quali, specie nel nostro paese, può valere quanto scrisse il Musckens: « L'epilessia è sempre stata la cenerentola tra le malattie ». Si pensi che il rispetto delle convenzioni pubbliche, oltre che sanitarie, vietava, sin oltre la metà del secolo scorso, che gli epilettici venissero ammessi negli ospedali civili, come se non fossero dei malati. Ora questo è superato, fortunatamente, almeno per quanto riguarda l'atteggiamento professionale del medico non specialista; ma non lo è del tutto nella mentalità dell'uomo comune, che tende a mantenere un misto di sospetto e di diffidenza, potenziato da un vago senso di timore, verso questa malattia così brutale e strana.

In effetti, l'epilettico spesso si presenta, a prima vista, diversamente dagli altri ammalati. Un individuo che sia affetto da polmonite, da tifo, da meningite appare assai diverso da un individuo sano, per tutto il periodo della sua malattia. L'epilettico, invece, all'infuori delle brevi crisi, molte volte appare come una persona perfettamente normale, nonostante mantenga dentro di sé, drammaticamente, un potenziale stato morboso.

Se l'epilessia consistesse solo nel fenomeno convulsivo, il paziente susciterebbe forse compassione, e tutt'al più scarsa tolleranza. Invece, oltre a questi, sono assai diffusi e radicati i sentimenti di diffidenza e di timore: una cattiva fama, che riguarda la pericolosità sociale di questi malati ed è legata a partico-

lari caratteristiche della loro personalità psichica. Non che questa credenza sia del tutto irragionevole ed ingiustificata. Tuttavia, la gente è portata ad ampliare esageratamente sospetti e paure; e la disponibilità anche di pochi episodi è sufficiente a far bollare con la sigla della malevolenza tutta una categoria di ammalati, senza discriminazioni, senza pensare che la maggior parte di essi non è affatto così come comunemente si crede.

Questa incomprendimento induce, di conseguenza, un comportamento nei riguardi di quegli ammalati che non fa che aggravare indirettamente la situazione, creando a sua volta in loro dei risentimenti nei riguardi di una società che li considera non certo con benevolenza.

Per l'epilettico si è fatto e si sta facendo molto dal punto di vista medico e terapeutico; meno, direi, si è realizzato nel campo dell'assistenza sociale. Non dobbiamo dimenticare che questo ammalato è ospitato nei comuni ospedali solo per un tempo molto limitato, tanto perché sia fatta la diagnosi e curato alla meglio l'episodio acuto; che l'ospedale psichiatrico può ricoverare solo quei malati che abbiano collateralmente dei gravi disturbi psichici, ossia circa il 10 per cento della totalità; che la scuola tende ad allontanare il bimbo affetto da epilessia, come lo Stato e le aziende private non tollerano tra i loro impiegati e salariati chi sia affetto da questo male. Così la società perde elementi che, convenientemente adattati, e sia pure nella misura delle loro capacità, potrebbero continuare ad essere produttivi.

Che cosa si può fare? Anche qui è la coscienza del pubblico che occorre sgomberare da tanti pregiudizi. Abbiamo avuto esempi clamorosi, in cui una propaganda ben diretta ha ottenuto veri e propri rivoluzionamenti nella mentalità, nel modo di considerare le cose da parte del profano. La lotta contro la tubercolosi è una di quelle che ha portato a risultati molto brillanti, seppure iniziati quando le terapie erano incerte ed insufficienti. Nel campo dell'epilessia, che attualmente non può ritenersi di importanza sociale minore, noi partiamo avvantaggiati dal fatto che le nostre conoscenze scientifiche e le capacità di assistenza diagnostica e di indirizzo terapeutico della malattia sono veramente soddisfacenti. Mancano però la possibilità di una franca presa e di un periodico mantenimento di contatti con l'ammalato, e i mezzi per indirizzarlo nella società, nella vita pubblica.

Occorre pertanto una fervida, intensa, tenace propaganda, diretta alle persone di tutti

i ceti e di tutte le categorie (come in molte nazioni si sta facendo, specie in questi ultimi anni); una propaganda intesa a chiarire soprattutto l'essenza e la reale pericolosità della malattia ed i mezzi che noi abbiamo a disposizione per diagnosticarla, curarla e controllare i malati, e per risolvere in molti casi il problema psico-sociale della scolarità, della formazione professionale e dell'integrazione nella vita ordinaria.

Per coordinare gli sforzi effettuati nel mondo a favore dell'epilettico nel campo medico-sociale è stata fondata nel 1909 la Lega internazionale contro l'epilessia. La sezione italiana fondata il 16 ottobre 1955 a Milano, ha dimostrato finora una certa dinamicità; ma è auspicabile che questa dinamica partecipazione al problema che le è assegnato diventi sempre maggiore.

Un semplice sguardo al panorama dell'assistenza che potrebbe essere attuata incute un senso di scoraggiamento — io credo — tanto il problema appare vasto e complesso e soprattutto economicamente impegnativo. Tuttavia si deve cominciare a fare qualche cosa.

Ciò che sembra essenziale, tanto per iniziare, è la istituzione di centri specializzati di consultazione, di studio, di cura e di orientamento professionale, che dovrebbero essere organizzati in ogni provincia, o almeno per gruppi di province. So che in Italia qualche cosa si è tentato di fare in questo senso. Il professore Gozzano è riuscito a realizzare un consultorio, in cui i malati vengono curati, seguiti ed anche assistiti, sin dove è possibile, sul piano sociale. A Trapani il professore Tripi sta cercando di organizzare, sulla base di esperienze già compiute su gruppi di bambini epilettici, un centro di osservazione ed assistenza. A Varese vi è una situazione di assistenza neuro-psichiatrica in tal senso molto favorevole. Ma si tratta di iniziative sporadiche. È necessaria una unificazione di questi sforzi è necessario un potenziamento dell'assistenza, soprattutto per quanto riguarda il problema psico-sociale.

Sarebbe necessario che l'organizzazione fosse ulteriormente ampliata; sarebbe necessario un maggiore arruolamento di assistenti sociali, in modo da capillarizzare una opportuna propaganda presso i parenti dei malati e i malati stessi, così da mantenere quei contatti domiciliari che sono da ritenersi indispensabili in ordine allo studio dell'ambiente familiare e del malato nel suo modo d'essere nella società, e al controllo della prosecuzione del trattamento medicamentoso ed igienico.

Bisogna in qualche modo provvedere, perché tutti, ma specialmente noi, abbiamo un preciso dovere da compiere; noi che — senza alcun merito nostro — siamo stati favoriti di un corpo sano e di una mente valida: un dovere che ogni uomo forte, ogni uomo sano deve sentire verso il debole, verso il malato. Prospettare e contribuire a risolvere il problema dell'assistenza agli epilettici dovrebbe costituire motivo di orgoglio per qualsiasi uomo che aspiri alle alte vette della solidarietà umana: questa solidarietà di cui molti parlano, ma che lasciano poi per strada; strada seminata, purtroppo, anche nel nostro paese, di deboli, di malati, di indifesi per i quali l'ignoranza e l'indifferenza della società costituiscono motivo di profonda umiliazione ed amarezza.

Signor ministro, ho desiderato sollevare questi due problemi altamente sociali, per la loro rilevanza umana e per la loro diffusione in tutte le classi; e mi auguro che vengano affrontati con quella coscienziosità che si aspettano da noi gli italiani, senza che si debbano attendere altre legislature. Dare a tali problemi una soluzione significa onorare il Parlamento di cui facciamo parte; significa dare ad essi e ai loro familiari quella speranza che attende di tradursi in realtà e che per tanti anni è stata delusa. (*Applausi al centro*).

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

D'ANTONIO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, considerata l'ora tarda e la particolare atmosfera che regna in aula, vien fatto di ritenere inutile continuare la discussione sul bilancio, anche perché essa è stata poi fatta in Commissione. Molti di noi si trovano ormai nelle condizioni di certi avvocati penalisti, che ancora prima di iniziare a parlare sanno che il magistrato ha già steso la sentenza. Essi pertanto non parlano per il magistrato, ma per i clienti. Comunque, anche se è difficile portare nuovi argomenti in una discussione come questa, io vorrò ugualmente soffermarmi su alcuni problemi.

In uno Stato moderno e civile (o che per lo meno si ritenga tale, onorevole Scarpa) non vi è dubbio che, specialmente in tempo di pace, il Ministero della sanità e quello della pubblica istruzione debbano assumere notevole importanza. Certo, non voglio sminuire l'importanza di altri dicasteri. Si potrebbe ripetere a tale proposito il noto apologo di Menenio Agrippa: indubbiamente tutti siamo

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

necessari, ma è indiscutibile che solo con un corpo sano, ossia tutelando la salute dei suoi cittadini, uno Stato può prosperare.

Ora, noi non diamo agli italiani in questo momento uno spettacolo serio, quando dobbiamo constatare che nell'anno di grazia 1966 meno di ottanta miliardi sono destinati alla sanità.

Allrettanto scoraggiante è constatare l'esiguità degli interventi che il Ministero è in grado di attuare in taluni settori particolarmente importanti. Per una forma morbosa così grave e diffusa come i tumori, ad esempio, sono stanziati appena 400 milioni per i tre istituti di Milano, Roma e Napoli, e noi sappiamo che questa malattia dà attualmente il maggiore tributo di mortalità, con circa 85 mila decessi all'anno. Accade invece che per la lotta contro la tubercolosi vengono stanziati ben 20 miliardi (e tuttavia sono ancora pochi, perché molto rimane tuttavia da fare in questo campo); mentre alla lotta contro i tumori sono destinati appena 400 milioni.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Tenga presente che in bilancio esiste anche un capitolo per spese relative alle cosiddette « malattie sociali », capitolo dal quale si traggono somme, a volte abbastanza cospicue, per creare centri oncologici. Ai 400 milioni da lei ricordati, dunque, vanno aggiunti anche questi altri fondi così ricavati.

D'ANTONIO. Lo so, signor ministro, e non ignoro quanto ella ha fatto per potenziare gli interventi in questo settore. Ella sa però meglio di me che per malattie sociali si intendono più le forme cardioreumatiche che quelle oncologiche; anche se ella molte volte ha insistito perché si dotassero alcuni reparti delle attrezzature necessarie alla lotta contro questa terribile malattia.

Per essere stato amministratore di enti locali, riconosco d'altronde che il bilancio è un'operazione — tecnica, più che politica — per la distribuzione dei fondi messi a disposizione. Ritengo però che da parte di qualche altro ministero si sarebbe potuto rinunciare a taluni stanziamenti per destinarli invece ad interventi nel campo della sanità, di cui non si sottolineerà mai abbastanza il carattere produttivo, messo bene in evidenza dal collega Sorgi allorché ha rilevato che il problema sanitario è anzitutto un problema di produttività della nazione.

L'impegno dello Stato a favore della sanità appare oggi inadeguato e, quel che è peggio, disperso. Si potrebbe dire che ella,

onorevole Mariotti, è ancora oggi il ministro dell'igiene e della profilassi, non il ministro della sanità. (*Commenti*). Già altri colleghi lo hanno rilevato, ma ho voluto unire alle loro anche la mia voce, nella speranza che queste nostre osservazioni vengano tenute nel debito conto. Sta di fatto che attualmente il bilancio della sanità comprende soltanto 80 dei circa 1.500 miliardi che vengono spesi in questo settore.

Per esempio, si è parlato degli istituti previdenziali. Ora, perché la materia sanitaria, tutto ciò che rappresenta una « medicina » dal punto di vista sociale, non deve essere di competenza del Ministero della sanità? Come è possibile che di problemi scientifici e sanitari si debbano occupare dei burocrati di altri dicasteri, che vedono le cose in ben altro modo?

Immagino quante volte ella, onorevole ministro, sia stato costretto a lottare con i colleghi degli altri dicasteri. Esistono infatti delle interferenze, per il problema ospedaliero, del Ministero dell'interno con quello della sanità. Bisogna darle atto che in questi ultimissimi tempi qualcosa è stato fatto, nel senso che molte attribuzioni dei prefetti sono passate ai medici ed ai veterinari provinciali; tuttavia il conflitto rimane. Così come rimane con il Ministero dei lavori pubblici, e con quelli della pubblica istruzione, del lavoro e della previdenza sociale.

Ella in Commissione ebbe a suggerirmi di presentare una proposta di legge su questo problema. Non aveva tutti i torti, poiché si tratta di problemi che si vanno dibattendo in Parlamento da moltissimi anni, da prima ancora che fosse costituito il Ministero della sanità. Nessuno però ha il coraggio di affrontarli. È difficile infatti che i suoi colleghi, onorevole ministro, rinuncino a certe loro specifiche competenze.

E davanti agli occhi di tutti quanto è avvenuto all'istituto nazionale della previdenza sociale. Si è mai chiesto, onorevole Mariotti, come si istituiscano e si convenzionino le cattedre di fisiologia; come si proceda dal punto di vista medico, in questi istituti clinici e universitari ad un tempo? Perché il ministro della sanità non ha la tutela di queste organizzazioni? Ella si è mai posto il problema di come alcuni istituti mutualistici — l'« Inam », ad esempio — convenzionino le cattedre scientifiche? Le sembra morale tutto questo? Tutte queste materie sono sottratte alla competenza del Ministero della sanità, perché non si vuole che lo stesso Ministero intervenga.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Le sue domande me le sono poste anch'io, ma non so risponderle.

D'ANTONIO. Questa sua intenzione, onorevole ministro, mi conforta, poiché, se non altro, mi dà la soddisfazione di pensare che quanto le vado dicendo trovi il suo consenso.

In questo settore andiamo avanti, come si suol dire, « alla carlona ». Ci basiamo su leggi del 1859, modificate successivamente nel 1888, che hanno costituito poi il cosiddetto « codice sanitario ». Né i funzionari del Ministero dell'interno (che fino ad ora sono stati i padroni della salute pubblica in Italia) né quelli della sanità possono smentirmi.

Se andremo avanti di questo passo, ho l'impressione che, ove non si abbia il coraggio di affrontare la situazione, ogni anno finiremo per parlare di queste cose. Non credo, oltre tutto, che sia una cosa seria, soprattutto per noi stessi.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Per lo meno, è noioso.

D'ANTONIO. Ella ha ragione. Volevo dire che non è serio per noi deputati, per lei che ascolta, certamente è noioso.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. No, no, anzi !

D'ANTONIO. Più che sollecitare noi a farci promotori di una proposta di legge, non le pare sia il caso di nominare una commissione interministeriale con l'incarico di risolvere questi problemi ?

Ella, signor ministro, ha ascoltato poco fa la collega Maria Alessi Catalano parlare in maniera così accorata della situazione di Catania; ed ella sa pure benissimo come andiamo avanti in tutta Italia.

Ospedali-cliniche universitarie: contrasto nella maniera più feroce. Ella non mi potrà assolutamente convincere che un cattedratico universitario (con tutto il rispetto dovuto a questi nostri maestri) possa nello stesso momento essere adibito alla preparazione scientifica dei giovani, che dopo aver appreso le più svariate nozioni scientifiche hanno bisogno di concretizzarle. Ella pensa che un cattedratico, che è anche titolare clinico di quel reparto, possa preoccuparsi di insegnare l'abbiccì a quel medico ? Non gliela fa, non può farcela, è umanamente impossibile addirittura chiederglielo. Ma noi abbiamo lì quella istituzione borbonica (dico borbonica

in senso traslato, non in senso storico), ancorata in una certa maniera.

Comunque, è pacifico che noi dobbiamo guardare il problema dei docenti universitari ospedalieri, affidando ad essi determinati compiti; altrimenti che cosa ne facciamo di questa categoria ? Se così non faremo, l'essere professore universitario servirà soltanto per metterlo sul ricettario o per avere qualche titolo utile nei concorsi, poiché si sa che primario non si diventa se non si è anche « prof. ».

Signor ministro, noi pensiamo di riattivarli alla vecchia maniera della scuola medica salernitana, quella che ha dato tono e onore alla scuola italiana di medicina e che ci ha dato tanto lustro nel mondo dal punto di vista della ricerca scientifica.

Ecco perché sorge poi il problema dei grossi disavanzi nei bilanci di tanti enti mutualistici. Si capisce: quale controllo serio ed effettivo noi stiamo attribuendo in Italia a questi medici ? E poi, perché vogliamo che sia il medico a dover pagare il tributo alla società ? Se noi non daremo niente, non potremo pretendere niente !

Come vede, signor ministro, siamo passati dalla carenza di preparazione alla carenza di impostazione. Non si può più — checché ne dica qualche collega a proposito della presentazione del libro bianco o nero dell'onorevole Mariotti — pensare per un solo momento che si possa ancora concepire la medicina e l'assistenza come una carità, come una beneficenza. No. Uno Stato moderno ha il dovere sociale e civico di pensare alla salute dei propri cittadini.

Ha ragione su questo punto, certamente, un collega che mi ha preceduto. Ma che devo dire io, che nei pronti soccorsi ho visto morire gente venuta da 300 chilometri di distanza, dall'alta Irpinia, trasportata in preda a una grave emorragia nel primo ospedale, cioè a quello di Napoli, gente arrivata sul letto operatorio già morta ? Che dire di vecchi i quali non hanno assolutamente la possibilità (almeno quelli delle nostre bistrattate terre) di accedere a un ospedale che possa provvedere immediatamente al pronto soccorso ? Aspetteremo la modifica della sua legge, signor ministro ? Aspetteremo che la sua legge entri in funzione ? Certamente; ma quanti anni, se non quanti lustri, saremo costretti ad attendere ?

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ella non mi rallegra, dicendo queste cose !

D'ANTONIO. Lo so, onorevole ministro. Io sostengo decisamente la riforma ospedalie-

ra e sono tra coloro che si battono, nei limiti delle proprie possibilità, perché la riforma si faccia presto e bene. Tuttavia non sarei sincero del tutto se non aggiungessi che appartengo anche a coloro i quali sono convinti che molto difficilmente essa potrà venire presto e bene. E chiedo scusa per questa estrema lealtà di linguaggio.

Comunque, mi è sembrato molto importante mettere in risalto la contraddizione tra l'impostazione scientifica degli istituti clinici universitari e quella ospedaliera. E del tutto evidente, onorevole ministro, che prima di ogni altra cosa occorre che vi mettiate d'accordo fra voi; e in fondo la cosa dovrebbe pur essere possibile, trattandosi di una legge che non è poi di portata così vasta. Si tratta solo di dare le competenze a chi di dovere.

Per quanto riguarda le carenze, esse sono riscontrabili un po' dovunque; e non è nemmeno il caso di ripetere quanto ha già detto così bene il collega che mi ha preceduto, lo onorevole Sorgi, quando ha puntualizzato in maniera brillante e precisa l'importanza dell'igiene, della sanità, della medicina sociale in uno Stato moderno. Mi preme soltanto precisare alcuni aspetti particolari relativamente alla discussione di questo bilancio.

In Commissione, come è noto, ci siamo un po' tutti preoccupati di non conferire un tono eccessivamente politico alla discussione, mantenendola piuttosto sul terreno tecnico. Così veramente da parte di tutti i colleghi è stato possibile portare un contributo tecnico assai prezioso, in relazione ai problemi che via via venivano dibattuti.

Posso dire di aver letto con molta attenzione le relazioni sul bilancio della sanità degli anni precedenti, stilate dai colleghi Barberi, Lattanzio, Colleselli e anche dall'onorevole Messinetti, dell'opposizione.

SORGI. E dall'onorevole De Maria.

D'ANTONIO. È chiaro che ho letto anche quella: ma io mi riferivo alle correlazioni che, in un certo senso, presentano maggiore interesse per la discussione. Nel complesso posso dire, onorevole Mariotti, che è affiorato in tutti il desiderio di potenziare il Ministero della sanità, al servizio del paese.

Certo, onorevole ministro, ella ricorderà l'intervento del collega Ado Guido Di Mauro in Commissione. In quella sede l'onorevole Di Mauro sostenne, con una certa dovizia di argomenti, che in Italia esistono ancora troppe carenze sul piano della lotta — ad esempio — contro le malattie sociali; anche se lo stesso non ha potuto affermare per quanto riguarda

certi gruppi di malattie quali quelle cardio-reumatiche, neoplasiche, ecc. Egli, in altri termini, parlava in senso lato e generale.

Ed è proprio da questo punto di vista che, in verità, nell'Italia meridionale siamo ancora, per così dire, con il lumicino a petrolio in un'Italia che cammina a passi di gigante.

Onorevole ministro, io so che ella è stato molto sollecito in ordine alle richieste rivolte. Per la verità, credo, che nessuno di noi possa lamentarsi — ed io per primo — circa le richieste rivolte all'onorevole ministro della sanità. Tutte le volte infatti che ci siamo rivolti all'onorevole Mariotti per sollecitare il suo intervento su qualche materia di sua competenza abbiamo sempre trovato la massima comprensione.

Ma non si può certamente improvvisare una medicina sociale andando avanti in questo modo. Occorre che abbiamo il coraggio delle nostre azioni, onorevole Mariotti. E il coraggio delle nostre azioni, secondo alcuni, si chiama politica di centro-sinistra per il Ministero della sanità; e, secondo altri, non politica di centro-sinistra, ma politica di avanzata sociale in senso generale. E questo discorso veniva fatto da tutti i gruppi.

Onorevole Mariotti, per quanto riguarda i colleghi che mi hanno sollecitato a dire a lei queste parole, in questa occasione, posso darle l'assicurazione che ella è guardato con notevole simpatia da tutta la classe sanitaria italiana. Ella comprende benissimo che vi sono alcuni che hanno da difendere grossi interessi e che la combatteranno. D'altra parte, senza la lotta, mancherebbero anche le soddisfazioni. L'uomo politico che è seguito oceanicamente da tutti finisce, molte volte, troppo male. E bene dunque, che ella sia avversato; però è bene anche che ella insista su questa sua posizione, onorevole Mariotti, perché non è possibile cedere alla prepotenza, alla spinta, alla coartazione morale e materiale di alcuni gruppi.

Voglio anche dirle, onorevole ministro, che, da parte degli amici a cui mi riferisco, non si è certo visto tutto roseo nella sua legge. Molto si deve limare; alcune cose devono essere corrette. Noi riteniamo che, insieme, possiamo effettivamente contribuire alla sua fatica per la presentazione della legge ospedaliera e per un rinnovo del Ministero della sanità; e riteniamo altresì di poter superare anche gli ostacoli frapposti da coloro i quali — forse anche giustamente — hanno da difendere interessi personali. Però non debbono farlo a danno della povera gente; non debbono farlo, innanzitutto, anche a danno dei medi-

ci. Perché se è vero, come ha affermato il collega De Lorenzo, che nessuno vuol pretendere cifre astronomiche dagli ospedali, è pur vero che è disonesto moralmente che un medico lavori fino a 8-10 ore, qualche volta, in sala operatoria per la grande cifra di 45 mila lire mensili, al di sotto cioè di quanto guadagna il più grande straccione di questo mondo!

Se è vero che noi non andiamo alla ricerca di cifre astronomiche per gli aiuti o per i primari, ella, onorevole ministro, non può pensare che si possa ancora una volta mortificare la classe medica, come sta avvenendo in questi ultimissimi giorni, anche per uno sciopero inutile e dannoso per la salute, per la società. Ella deve intervenire per quel che le spetta. Stia tranquillo, onorevole Mariotti, che noi, per la parte che ci compete, faremo tutto intero il nostro dovere. (*Applausi al centro*).

PRESIDENTE. Sono così esauriti gli iscritti a parlare sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Il seguito della discussione è rinviato a domani.

Annunzio di interrogazioni.

FABBRI, Segretario, legge le interrogazioni pervenute alla Presidenza.

Ordine del giorno della seduta di domani.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della seduta di martedì 22 marzo 1966, alle 10:

1. — Svolgimento delle proposte di legge:

GUERRIERI: Rivalutazione degli assegni e delle pensioni annessi alle ricompense al valor militare (2961);

FABBRI RICCARDO e MARTUSCELLI: Modifica alla disciplina delle aggiunte di famiglia a favore dei dipendenti statali per i genitori a carico (2980);

BALCONI MARCELLA ed altri: Tutela della salute mentale ed assistenza psichiatrica (2185).

2. — Seguito della discussione dei disegni di legge:

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1966 (*Approvato dal Senato*) (2811);

— *Relatori:* De Pascalis e Fabbri Francesco;

Variazioni al bilancio dello Stato ed a quelli di Amministrazioni autonome per l'anno finanziario 1965 (2902);

— *Relatore:* Isgrò.

3. — Seguito della discussione delle mozioni Micheli (50), Cruciani (51), Ingrao (52), Anderlini (57), e di una interpellanza e di una interrogazione, sulla situazione economica umbra.

4. — Discussione del disegno di legge:

Norme sui licenziamenti individuali (2452);

e delle proposte di legge:

SULOTTO ed altri: Regolamentazione del licenziamento (302);

SPAGNOLI ed altri: Modifica dell'articolo 2120 del Codice civile (1855);

— *Relatori:* Fortuna e Russo Spena, per la maggioranza; Cacciatore di minoranza.

5. — Seguito della discussione delle proposte di legge:

FODERARO ed altri: Modifiche all'articolo 33 del testo unico delle norme sulla disciplina della circolazione stradale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393, relativamente ai limiti di peso per i veicoli da trasporto (1772);

BIMA: Modifiche agli articoli 32 e 33 del Codice della strada (1840);

— *Relatori:* Cavallaro Francesco e Sammartino.

6. — Discussione del disegno di legge:

Ordinamento delle professioni di avvocato e di procuratore (707);

— *Relatore:* Fortuna.

7. — Discussione delle proposte di legge:

NATOLI ed altri: Disciplina dell'attività urbanistica (296);

GUARRA ed altri: Nuovo ordinamento dell'attività urbanistica (1665);

— *Relatore:* Degan.

8. — Discussione delle proposte di legge:

CRUCIANI ed altri: Concessione della pensione ai combattenti che abbiano raggiunto il sessantesimo anno di età (*Urgenza*) (28);

VILLA ed altri: Concessione agli ex combattenti che abbiano maturato il 60° anno di età di una pensione per la vecchiaia (*Urgenza*) (47);

DURAND DE LA PENNE ed altri: Assegno annuale agli ex combattenti della guerra 1915-1918 (*Urgenza*) (161);

LENOCI e BORSARI: Concessione di una pensione agli ex combattenti che abbiano maturato il 60° anno di età (*Urgenza*) (226);

LUPIS ed altri: Concessione della pensione ai combattenti della guerra 1915-18 (*Urgenza*) (360);

BERLINGUER MARIO ed altri: Concessione di una pensione agli ex combattenti ed ai loro superstiti (*Urgenza*) (370);

COVELLI: Concessione di una pensione vitalizia agli ex combattenti (*Urgenza*) (588);

BOLDRINI ed altri: Concessione di pensione in favore degli ex combattenti (*Urgenza*) (717);

— *Relatore*: Zugno.

9. — *Discussione delle proposte di legge*:

LEONE RAFFAELE ed altri: Concessione di assegno vitalizio ai mutilati e invalidi civili (*Urgenza*) (157);

MICHELINI ed altri: Concessione di un assegno ai mutilati ed invalidi civili (*Urgenza*) (927);

SCARPA ed altri: Provvedimenti a favore dei mutilati e invalidi civili (*Urgenza*) (989);

SORGI ed altri: Provvedimenti per l'assistenza sanitaria agli invalidi civili (*Urgenza*) (1144);

FINOCCHIARO: Disciplina delle forme di assistenza e norme per la concessione di assegno vitalizio ai mutilati e agli invalidi civili (1265);

CRUCIANI ed altri: Assistenza sanitaria agli invalidi civili (1592);

DE LORENZO ed altri: Norme per l'erogazione dell'assistenza sanitaria e di recupero ai mutilati ed invalidi civili (1706);

PUCCI EMILIO ed altri: Concessione di un assegno mensile e dell'assistenza sanitaria, farmaceutica ospedaliera e protesica gratuita ai cittadini italiani ultrasessantacinquenni e ai cittadini inabili a proficuo lavoro (1738);

— *Relatori*: Dal Canton Maria Pia e Sorgi.

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

Modifiche alla legge 10 febbraio 1953, n. 62, sulla costituzione e il funzionamento degli organi regionali (1062);

— *Relatori*: Cossiga, *per la maggioranza*; Almirante, Accreman, Luzzatto, *di minoranza*.

11. — *Discussione dei disegni di legge*:

Norme per il comando del personale dello Stato e degli enti locali per la prima costituzione degli uffici regionali (1063);

— *Relatori*: Piccoli, *per la maggioranza*; Almirante, *di minoranza*;

Principi e passaggio di funzioni alle regioni in materia di circoscrizioni comunali (1064);

— *Relatori*: Baroni, *per la maggioranza*; Almirante, *di minoranza*.

La seduta termina alle 20,45.

IL CAPO DEL SERVIZIO DEI RESOCONTI

Dott. MANLIO ROSSI

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

Dott. VITTORIO FALZONE

INTERROGAZIONI ANNUNZiate

Interrogazioni a risposta scritta.

BRUSASCA. — *Al Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile.* — Per sapere se è esatta la notizia del trasferimento del parco ferroviario San Bovo da Novi Ligure ad Alessandria, quali ne sono le eventuali ragioni e quali provvedimenti il Governo intende adottare per evitare al comune di Novi Ligure ed ai lavoratori interessati i danni che ne deriverebbero. (15590)

BRUSASCA. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per sapere quali sono i decreti per la tutela delle denominazioni di origine dei vini che sono già stati presentati alla firma del Presidente della Repubblica e quali sono le ragioni del ritardo della loro presentazione. (15591)

BRUSASCA. — *Ai Ministri dell'industria e commercio e del lavoro e previdenza sociale.* — Per sapere se ed in quale modo il Governo intende intervenire per la ripresa delle lavorazioni del saponificio Asbornio di Arquata Scrivia e per la conseguente occupazione della sua qualificata maestranza. (15592)

VINCELLI. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno.* — Per sapere:

1) se sia a conoscenza di quanto accaduto, nella scorsa estate, a Muscettola — frazione del comune di Montepaone (Catanzaro) — ove si è verificata la scomparsa di una ingente quantità di tubi di proprietà della Cassa;

2) se sia a conoscenza dell'azione espletata dalla polizia giudiziaria che avrebbe riconosciuto nel sindaco di quel comune il responsabile del prelievo avvenuto di notte e non autorizzato dall'ufficio Acquedotti di Catanzaro che anzi si è reso promotore di denuncia contro ignoti;

3) chiede inoltre di sapere quali provvedimenti si intendono adottare nei confronti di quei responsabili che compiacenti potrebbero sostenere eventuali false autorizzazioni. (15593)

CANNIZZO. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere esattamente l'importo del contributo versato alla regione siciliana per ripartirlo tra gli industriali e gli agricoltori colpiti, specialmente nelle provin-

ce di Catania e di Ragusa, dal ciclone del 31 ottobre 1964.

Sembra che il contributo di lire 5 miliardi sia ancora giacente nelle casse regionali.

Intanto, nella notte tra l'8 e il 9 gennaio 1966 sono stati colpiti gravemente da una « gelata » gli agrumeti della zona precedentemente danneggiata dal ciclone e quelli di alcune zone della provincia di Siracusa.

Si chiede pertanto se il Presidente del Consiglio non creda opportuno sollecitare la distribuzione del contributo a coloro che ne hanno diritto e se il Ministro dell'agricoltura non ritenga di proporre al Consiglio dei ministri nuove provvidenze per le zone colpite quest'anno.

Il deterioramento delle arance delle zone colpite, ha fermato le esportazioni ed ha tolto agli agrumicoltori il loro unico reddito e li ha messi in condizione di non poter fare fronte agli oneri finanziari necessari per le nuove inderogabili colture.

Anche gli industriali della zona ai quali sono stati reiteratamente promessi aiuti si trovano in condizioni economiche precarie ed attendono che, almeno, urgentemente, come è loro diritto, possano avere a disposizione la quota di contributo loro spettante dalla regione. (15594)

MARRAS. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere i reali motivi che hanno spinto l'amministrazione del Consorzio agrario di Sassari a disporre il licenziamento di 15 dipendenti, in aggiunta ad altre decine di lavoratori licenziati nel corso degli ultimi due anni.

Per sapere se il ministro, di fronte ai continui licenziamenti di personale, conseguenti ad una amministrazione del consorzio assai criticabile, non ritenga di disporre approfondite indagini per accertare attraverso quali criteri di gestione il Consorzio agrario di Sassari sia giunto all'attuale situazione, richiedendo che nel frattempo i provvedimenti di licenziamento siano sospesi. (15595)

LUCCHESI. — *Al Ministro del turismo e dello spettacolo.* — Per conoscere quali decisioni vengano adottate in sede competente al fine di assicurare il tradizionale contributo alla Stagione lirica pucciniana di Torre del Lago, in progetto per la prossima estate.

Tale iniziativa artistica vanta già una bella tradizione ed è attesa dalla vastissima colonia nazionale ed internazionale che in estate soggiorna in Versilia.

L'interrogante chiede altresì che tale contributo venga congruamente aumentato per

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

permettere agli organizzatori di realizzare una serie di manifestazioni veramente degne dei luoghi pucciniani e della tradizione.

(15596)

PICCINELLI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per sapere se sia a conoscenza che la strada statale n. 2 « Cassia », nel tratto bivio Bagni San Filippo-Bagni Vignone è completamente dissestata e che la direzione generale dell'« Anas », interpellata in proposito, ha fatto conoscere di non poter provvedere alle necessarie modificazioni del tracciato e all'ampliamento della carreggiata.

Se non ritiene, quindi, indilazionabile disporre affinché, in attesa di tali decisioni, venga provveduto alla sistemazione del manto bituminoso dell'attuale sede stradale. (15597)

FERIOLI. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere se è vero che i posti di assistente ordinario nelle università e negli istituti di istruzione universitaria, istituiti con la legge 24 luglio 1962, n. 1073, per ciascuno degli anni accademici 1962-63, 1963-1964 e 1964-65, non sono stati completamente ricoperti.

In caso affermativo l'interrogante chiede di sapere:

a) se e quali provvedimenti il ministro intende adottare per « normalizzare » l'inconveniente lamentato, onde evitare che una folta schiera di benemeriti assistenti straordinari debba continuare a svolgere la propria attività, anche molti anni dopo aver superato il quinquennio di straordinariato, sottostando ad un trattamento economico e giuridico assolutamente inadeguato;

b) se, nel frattempo, non ritenga opportuno, al fine di evitare che la situazione sopra lamentata si aggravi ulteriormente, bandire con la massima sollecitudine i concorsi ai posti di assistente ordinario istituiti per l'anno accademico 1965-66 con la legge 12 luglio 1965, n. 874, e già ripartiti fra le varie università con il decreto del Presidente della Repubblica 11 dicembre 1965, n. 1501. (15598)

DURAND DE LA PENNE. — *Ai Ministri dei lavori pubblici e dei trasporti e aviazione civile.* — Per conoscere quali iniziative intendano adottare al fine di addivenire al sollecito ampliamento e potenziamento dell'aeroporto Cristoforo Colombo di Genova-Sestri.

Quanto sopra nella considerazione che:

detto aeroporto tende ad assumere sempre maggiore importanza nel quadro dei traf-

fici aerei internazionali e intercontinentali, anche per la sua immediata prossimità al maggiore scalo marittimo mediterraneo;

le relative installazioni, pur essendo di recente costruzione, non rispondono più alle attuali esigenze e debbono essere potenziate in modo da fronteggiare anche le necessità derivanti dal sicuro sviluppo dei traffici aerei nel prossimo futuro. (15599)

MELIS. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per sapere a quale criterio risponda, e se intenda persistere nel mantenere, la soppressione di uffici postali in piccoli comuni della Sardegna, i cui abitanti sono così costretti, per fruire del servizio, a percorrere lunghe distanze per raggiungere l'ufficio viciniore.

Con lo stesso inaccettabile criterio è stato soppresso in altro comune il servizio di recapito della posta già effettuato a mezzo di procaccia, col pretesto che debbono essere i cittadini a rivolgersi all'ufficio postale per chiedere la consegna, con gli inconvenienti e gli assurdi che è facile immaginare. (15600)

CARADONNA. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* — Per conoscere le spese sostenute dalla direzione provinciale delle poste di Brescia per l'ammodernamento dell'alloggio riservato al direttore provinciale risultando all'interrogante che la spesa è stata superiore a quella autorizzata. (15601)

RAIA, PIGNI, ALINI E NALDINI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per conoscere quali provvedimenti intenda adottare per scongiurare lo sciopero indetto per domani dai 145 dipendenti del cementificio Marchino di Sant'Arcangelo di Romagna (Forlì), che nella loro stragrande maggioranza si trovano sotto cassa integrazione dal 21 gennaio e su 43 dei quali pesa la minaccia di licenziamento, secondo quanto ha fatto capire il rappresentante della direzione generale dello stabilimento in un incontro avvenuto con i rappresentanti sindacali e i componenti la commissione interna.

Gli interroganti chiedono inoltre di conoscere quali passi il Ministro intenda compiere al fine di normalizzare l'attività lavorativa dei 145 operai del cementificio Marchino, stante la prospera situazione economica dell'azienda che nel 1965 ha visto aumentare le proprie vendite più del previsto, nonché la produzione globale, nonostante una massiccia diminuzione delle ore lavorative. (15602)

Interrogazioni a risposta orale.

« I sottoscritti chiedono di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e i Ministri della pubblica istruzione e di grazia e giustizia, al fine di conoscere i reali termini della vicenda relativa alla pubblicazione del giornale scolastico *La zanzara*, da parte di studenti del ginnasio-liceo « Parini » di Milano, anche in relazione agli sviluppi giudiziari della vicenda medesima, che — secondo quanto è riferito dalla stampa nazionale — avrebbero assunto caratteri non sempre riguardanti della persona umana, nonché al fine di conoscere i provvedimenti che il Governo intende adottare per evitare, sempre nel doveroso rispetto della libertà di manifestazione del pensiero, incidenti offensivi delle altrui libertà e di sentimenti radicati nella comune coscienza.

(3620)

« MALAGODI, GIOMO ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro della difesa, per conoscere:

a) se sia lecito che un settimanale democratico, che ha espresso alcune critiche nei confronti di alte autorità militari, venga di fatto sequestrato, mediante l'acquisto effettuato presso tutte le edicole dell'intera tiratura da parte di individui appartenenti a servizi d'informazione dello Stato; e su quale voce di bilancio tale operazione sia stata eseguita;

b) se sia lecito che gli " obiettori di coscienza " continuino ad essere considerati come delinquenti comuni, e vengano tenuti in reclusione in carceri militari, in durissima condizione di vita, senza che neppure la famiglia ne sia avvertita;

c) se sia lecito che un sacerdote sia praticamente perseguitato e denunciato, e le funzioni religiose da lui celebrate vengano controllate da personale militare e di polizia, solo perché egli ha affermato essere il principio di " non uccidere " un comandamento divino.

« L'interrogante invita il ministro competente a prendere al più presto le misure che riterrà necessarie ed urgenti perché sia mantenuto l'ordine democratico sancito dalla Costituzione.

(3621)

« CODIGNOLA ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro della pubblica istruzione, per conoscere quale atteggiamento egli intenda prendere per garantire la piena libertà di funzio-

namento democratico delle scuole dello Stato, gravemente lesa da alcuni recenti clamorosi episodi.

« A Bologna, il preside professor Vincenzo Alaimo, dell'Istituto tecnico Marconi, ha dichiarato una vera e propria guerra agli studenti, responsabili della redazione e della diffusione del giornalino d'istituto *Lo spillo*, giungendo a grottesche forme di intimidazione autoritaria, esercitando la censura su versi di Shakespeare, Dante e Prevert ed affermando altezzosamente: " La democrazia si ferma fuori di questo istituto: qui comando io ".

« A Milano, il preside professor Daniele Mattalia e gli studenti del liceo Parini redattori del giornalino d'istituto *La zanzara*, sono stati oggetto di una disgustosa denuncia da parte di un'associazione studentesca assai nota, fino al punto da provocare l'intervento dell'autorità giudiziaria per diffusione di pubblicazioni oscene, a seguito della pubblicazione di un'inchiesta che dimostra solo la maturità di quei giovani e il civismo di quel preside, sulla condizione della donna in Italia.

« L'interrogante tiene a sottolineare che questi episodi, particolarmente scandalosi, non sono i soli: continuano ad esserci alcuni presidi, del resto facilmente individuabili, che mantengono nella scuola un'atmosfera pesante di intimidazione in aperto contrasto non solo con la Costituzione repubblicana ma anche con ogni sano principio educativo.

« L'interrogante chiede al ministro se non ritenga necessario di prendere pubblicamente posizione a favore dei professori, dei presidi, degli studenti che ritengono proprio dovere di cittadini realizzare nella scuola una convivenza davvero democratica; di assumere iniziative tali da garantire una volta per tutte la libertà di associazione e di stampa degli studenti nell'ambito della scuola e secondo precise norme di garanzia democratica; di intervenire energicamente in via amministrativa dovunque risulti che la professione di educatore, particolarmente delicata quando si tratti di capi di istituto, venga distorta al punto da diventare esempio di ineducazione, di intolleranza e di autoritarismo. L'interrogante esprime infine l'opinione che nessun provvedimento di riforma sia oggi più urgente di quello che sia capace di assicurare nelle nostre scuole uno spirito democratico, senza di cui ogni opera educativa si rivela impossibile.

(3622)

« CODIGNOLA ».

IV LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 MARZO 1966

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro di grazia e giustizia, per conoscere il pensiero e gli intendimenti del Governo in relazione ai recenti episodi che hanno avuto per protagonisti alcuni alunni del liceo " Parini " di Milano, e di fronte ai quali la polizia e più ancora la magistratura hanno adottato misure che per la loro patente e drastica illegittimità hanno suscitato l'unanime e indignata protesta della pubblica opinione.

(3623)

« GULLO ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri ed i Ministri della pubblica istruzione e di grazia e giustizia, per conoscere il loro giudizio e i loro intendimenti a proposito del comportamento della procura della Repubblica di Milano nei confronti dei tre studenti del liceo Parini, redattori del giornale d'istituto *La Zanzara*, costretti a subire un'ispezione corporale prevista da una legge del 1934 solo per i casi di palese tendenza delinquenziale ai fini della compilazione della scheda biologica criminale, inidonea quindi al caso dei tre studenti a cui si fa carico di un supposto reato di oscenità a mezzo stampa;

per conoscere che cosa intendano fare per eliminare la visibile contraddizione fra la citata legge del 1934 e l'articolo 13 della Costituzione, che vieta qualunque ispezione personale senza un motivato provvedimento dell'autorità giudiziaria;

per conoscere i propositi del Governo al fine di assicurare la piena attuazione della democrazia scolastica, che si esprime anche con i giornali d'istituto, che sono un mezzo, fra gli altri, di superamento della scuola no-

zionistica, per dare ai giovani la possibilità di educarsi alla libertà per mezzo della libertà;

per conoscere il loro parere sull'opportunità di superare la totale carenza di un'educazione sessuale positiva, criticata da più angoli visuali, compreso quello cattolico.

(3624)

« PAOLICCHI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Ministro di grazia e giustizia, in ordine all'episodio del quale sono stati protagonisti tre giovani redattori del periodico studentesco *La Zanzara*, allievi del liceo " Parini " di Milano;

per conoscere, innanzi tutto, se i capi di imputazione loro contestati dal pubblico ministero siano conciliabili con l'esercizio della libertà di espressione e di stampa garantite dalla Costituzione e con il nuovo spirito educativo che nella scuola e fuori della scuola deve permeare la vita democratica della nazione;

per conoscere poi come esattamente si sono svolti i fatti e in specie l'episodio della sottoposizione a visita medica dei tre studenti;

per conoscere inoltre se il pubblico ministero si è riferito alla circolare n. 2326 del settembre 1933 sulla cosiddetta " scheda minorile " a scopo statistico o all'articolo 11 del decreto-legge 20 luglio 1934, n. 1404, sul tribunale dei minorenni; e se, nell'uno o nell'altro caso, egli abbia usato legittimamente di poteri a lui spettanti.

(3625)

« MONTANTI ».