

**RELAZIONE DELLA QUINTA SOTTOCOMMISSIONE
" ORGANIZZAZIONE SANITARIA "**

MEMORANDUM FOR THE RECORD
SUBJECT: [Illegible]

[The body of the memorandum contains several paragraphs of text that are almost entirely illegible due to extreme noise and low contrast. Only faint outlines of words and lines are visible.]

RELAZIONE DELLA SOTTOCOMMISSIONE PER LO STUDIO DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

La Sottocommissione ha preso in esame e approfondito le esigenze che la coscienza nazionale e soprattutto la esperienza dei sanitari italiani ritengono come meritevoli della più seria considerazione da parte del potere costituente, al fine di enunciare nella nuova Costituzione i postulati essenziali che attengono ai compiti dello Stato, nonché ai diritti e ai doveri dell'individuo, nel campo della sanità.

Le conclusioni, alle quali la Sottocommissione è giunta e che sono qui illustrate, rispecchiano i voti che da varie parti, associazioni professionali e culturali, nonché singoli studiosi hanno formulato. Esse hanno riportato inoltre, in via di massima, l'adesione dei maggiori esponenti delle categorie sanitarie italiane, convocati in appositi convegni regionali.

Anche se non tutte le Costituzioni, antiche e recenti, trattano questo problema, tra i fini che lo Stato contemporaneo persegue va posto, senza dubbio, il mantenimento e il perfezionamento della sanità pubblica.

Lo Stato ha il dovere di esplicitare questa particolare attività secondo determinati principi ed entro certi limiti, ma esso, nel momento in cui le svolge, ne determina discrezionalmente i fini specifici, assumendo perciò a un tempo il diritto implicito di compierla e di provvedere a quanto si riveli necessario per dispiegarla appieno, salvo il riconoscimento di basilari prerogative che nei confronti dell'individuo non possono essere in alcun modo disconosciute o menomate.

Il cittadino ha il diritto di ricevere le prestazioni che lo Stato è obbligato a effettuare; è da tener presente però che se anche le Costituzioni parlino ampiamente di diritto del cittadino verso lo Stato e di dovere dello Stato, non sempre nei rapporti di diritto pubblico corrisponde un vero e proprio diritto fornito di azione. Naturalmente il cittadino ha pure il dovere di assoggettarsi agli obblighi di vario genere imposti dallo Stato nell'esercizio della sua attività sanitaria. Ma alla più scrupolosa salvaguardia della

pubblica salute — nel suo duplice aspetto di dovere e diritto dello Stato di realizzarla per la soddisfazione delle legittime aspettative del cittadino — deve sempre accompagnarsi al rispetto della personalità.

Da questi generalissimi principî, nei quali si riassume la reciproca posizione fra lo Stato e i cittadini nel campo della sanità pubblica, derivano in guisa di corollari e applicazioni concrete i doveri e i diritti riferentisi a particolari categorie di cittadini, come i lavoratori, i fanciulli e le madri.

Pertanto, enunciati i principî generali attinenti ai rapporti tra i cittadini e Stato in materia di sanità, sono state esaminate alcune esigenze peculiari all'ordinamento del nostro Paese, le quali, a parere della Sottocommissione, postulano la necessità di inserire nella nuova Costituzione qualche formulazione di massima, relativa alla organizzazione sanitaria che deve essere unitaria e autonoma, se si vuole efficacemente provvedere — in armonia di indirizzo e di attuazione — alla tutela della salute pubblica.

DISPOSIZIONI RIGUARDANTI LA SALUTE PUBBLICA NELLE COSTITUZIONI STRANIERE

La Sottocommissione ha ritenuto opportuno far precedere il suo studio da una indagine relativa alla enunciazione che nelle altre Costituzioni sono state fatte in materia di igiene e sanità.

Le Costituzioni fanno sempre copiose elencazioni dei compiti dello Stato e dei diritti dei cittadini. Tali enumerazioni sono soltanto esemplificative e non già tassative, come è detto esplicitamente in qualche testo. Pertanto, sia le Costituzioni più antiche sia quelle più recenti, anche quando non parlano espressamente della sanità pubblica, o fanno a essa indirettamente riferimento o la sottintendono. Mentre le Costituzioni tradizionali si limitano al massimo ad accennare al concetto di benessere, la Costituzione francese del 1848 va già più in là quando pone tra i doveri della repubblica il compito di « assicurare con un'assistenza fraterna, l'esistenza dei cittadini bisognosi », (art. 8). Enunciazioni di questo genere non mancano quasi mai nelle Costituzioni del dopoguerra.

Quando si parla di benessere o, più precisamente, di assistenza, è implicito che una posizione preminente tra le cure dello Stato deve avere la conservazione e il miglioramento della salute dei

cittadini che costituiscono la *conditio sine qua non* di ogni umano benessere.

Tuttavia, alcune Costituzioni, relativamente recenti, contengono espliciti e diretti riferimenti alla sanità pubblica, e magari anche specificamente all'igiene, parlandone o a proposito dei compiti dello Stato o a proposito delle materie riservate allo Stato centrale negli Stati federali o regionali, o più raramente, a proposito dei diritti e dei doveri dei cittadini.

a) Pongono la sanità pubblica tra i fini dello Stato, le seguenti Costituzioni :

Equatore. Cost. 26 marzo 1929, art. 151 par. 22 : « Lo Stato... curerà l'assistenza, l'igiene e la salubrità pubblica... nonché il risanamento delle abitazioni e la provvista di acqua potabile »

Germania. Cost. 1919, art. 119 : « Incombe allo Stato e ai Comuni sorvegliare la razza, la salute e lo sviluppo sociale delle famiglie... la maternità ha diritto alla protezione e alla sollecitudine dello Stato ».

Irlanda. Cost. 1937, art. 45 : « Lo Stato s'impegna di salvaguardare gli interessi economici delle classi più deboli della comunità e, se sarà necessario, a contribuire al mantenimento degli infermi, vedove, orfani e vecchi ».

Jugoslavia. Cost. 1946, art. 35 : « Lo Stato ha cura della salute del popolo, organizzando e controllando servizi sanitari, ospedali, sanatori, case di cura, e di convalescenza ».

Liechtenstein. Cost. 1921, art. 18 : « Lo Stato veglia alla salute pubblica, sovvenziona l'assistenza ai malati e cerca con provvedimenti legislativi di combattere l'alcoolismo e di migliorare gli alcoolizzati e i vagabondi ».

Lituania. Cost. 15 maggio 1928, art. 100, 102, conteneva già disposizioni sull'argomento ;

La Cost. 12 febbraio 1938 le ha modificate e ampliate raggruppandole nel capitolo : « Sanità e difesa sociale » (art. 57-60) : « Lo Stato vigila sulla salute dei cittadini, assiste i lavoratori e le loro famiglie nei casi di malattia, vecchiaia e infortuni, appoggia e favorisce la volontà del cittadino e le sue capacità di provvedere ai propri bisogni e a quelli della propria famiglia ; cura la protezione dei cittadini che non siano in grado di provvedere a sé ed alle proprie famiglie ».

E sempre nella Cost. Lituana del 1938, all'art. 1 si trova : « Lo Stato protegge la libertà, l'onore, la salute, la vita e la proprietà del cittadino ».

Perù. Cost. 1933, art. 50 : « È a carico dello Stato la salute pubblica e la cura della salute privata ; spetta allo Stato emanare le leggi necessarie al controllo igienico e sanitario ».

Paesi Bassi. Cost. 1887 modificata, nel 1922, art. 196 : « La assistenza è oggetto della sollecitudine costante del Governo ed è regolata dalla legge ».

Uruguay. Cost. 1934 (art. 43-46) : Prevede una legislazione su tutte le questioni relative alla salute e all'igiene pubblica, procurando il perfezionamento fisico, morale e sociale di tutti gli abitanti del Paese, i quali hanno il dovere di curare la propria salute e di assistersi in caso di malattia. Lo Stato procurerà l'assistenza gratuita e i mezzi di prevenzione e di assistenza agli indigenti o mancanti di sufficienti risorse ; darà asilo a coloro che per menomazione fisica o mentale di carattere cronico siano inabili al lavoro ; combatterà con leggi e convenzioni internazionali i vizi sociali.

b) Ricordano la sanità pubblica tra le materie che negli Stati federali e regionali sono riservate allo Stato centrale, o in via esclusiva (a es. U.R.S.S., 1920) o solo per quel che riguarda la legislazione e non l'esecuzione (a es. Austria 1867) o solo per quanto concerne i principî generali della legislazione e della esecuzione (a es. U.R.S.S. 1923, Spagna 1932, U.R.S.S. 1936, Jugoslavia 1946) le seguenti Costituzioni :

Austria. Legge 21 dicembre 1867 par. 2 : « Appartengono alla competenza del Reichstag..., la legislazione in materia medicale come le misure di protezione contro le epidemie ed epizoozie ».

Austria. Cost. 1920, art. 10-12 : « La legislazione e l'esecuzione sono materie federali negli affari seguenti :... 12) l'igiene, ad esclusione delle questioni relative ai cadaveri e alle inumazioni, come pure dei servizi sanitari municipali e delle istituzioni di salvataggio, restando inteso che a riguardo delle cliniche e case di salute delle stazioni climatiche e sorgenti medicinali, la sorveglianza sanitaria, solo è ammessa ; l'arte veterinaria... ».

Germania. Cost. 1919, art. 7 : punto 7 : « Il Reich ha il diritto di legiferare sulla politica demografica, la protezione delle madri, delle nutrici, dei bambini e della gioventù ; punto 8... sul regime sanitario e regime veterinario, ecc. ».

Jugoslavia. Cost. 1946, art. 44 : « ... sono di competenza della repubblica federale popolare della Jugoslavia... l'elaborazione dei principî generali sulla legislazione e sull'amministrazione delle repubbliche nel campo dell'assistenza sociale... dell'igiene ».

Spagna. Cost. 1931, art. 11: « Sono di esclusiva competenza dello Stato spagnolo la legislazione e la esecuzione diretta delle seguenti materie... 15; difesa sanitaria in quanto riguardi interessi extra regionali ».

U. R. S. S. Cost. 1923, art. 1: « Sono di competenza normativa — spetta all'Unione di stabilire i principî generali ai quali deve uniformarsi la legislazione delle varie repubbliche federate —..
r) l'adozione di misure generali in materia di sanità pubblica »
Id. art. 64: « Il Comitato centrale esecutivo costituisce come un organo esecutivo il Consiglio dei Commissari del popolo composto come segue... Commissario per la salute pubblica ».

U. R. S. S. Cost. 1936, art. 14 r): « Sono di competenza dell'U.R.S.S. rappresentata dai suoi organi supremi di potere e dagli organi di governo dello Stato: ... le determinazioni dei principî fondamentali dell'istruzione e della sanità pubblica ». L'articolo 78 pone fra i commissariati del popolo federali quelli cioè che dirigono la branca dell'amministrazione statale loro affidata non direttamente e attraverso gli organi da essi nominati, bensì attraverso i corrispondenti commissari del popolo delle repubbliche federate — quello della sanità pubblica ».

c) Si occupano della sanità pubblica parlando dei diritti e dei doveri dei cittadini le seguenti Costituzioni:

Cile. Cost. 1925, art. 10 par. 10: « L'esercizio della proprietà è sottoposto ai limiti o regole che esigono il mantenimento e il progresso dell'ordine sociale, e, al riguardo, la legge potrà imporre le obbligazioni o servitù di utilità pubblica in favore della salute dei cittadini e della salubrità pubblica ».

Equatore. Cost. 1929, art. 151: « È demandato alla legge di stabilire le obbligazioni, le limitazioni e servitù in favore degli interessi generali dello Stato, dello sviluppo economico nazionale e del benessere e salute pubblica ».

U. R. S. S. Cost. 1936, art. 120: « I cittadini dell'U.R.S.S. hanno diritto ad avere assicurati i mezzi materiali di esistenza per la vecchiaia, nonché in caso di malattia e di perdita della capacità lavorativa. Questo diritto è assicurato dall'ampio sviluppo delle assicurazioni sociali degli operai e degli impiegati a spese dello Stato, dall'assistenza medica gratuita ai lavoratori e dalla vasta rete di stazioni di cura che è messa a disposizione dei lavoratori ».

Uruguay. Cost. 1934, art. 43: « ...I cittadini hanno il dovere di curare la propria salute e di assistersi in caso di malattia ».

Venezuela. Cost. 1936, art. 32, par. 2: « I proprietari saran-

no obbligati ad osservare le disposizioni sull'igiene pubblica ».

PROPOSIZIONI

I risultati dello studio condotto dalla Sottocommissione sono stati espressi nelle seguenti cinque proposizioni, che sono qui riportate e che saranno subito dopo illustrate una per una.

1. — *La salute è un bene naturale che la società, e per essa lo Stato, deve tutelare in modo eguale per tutti, come diritto essenziale e fondamentale di ogni essere umano e come interesse della collettività.*

2. — *Lo Stato, in particolare, promuove lo sviluppo della coscienza igienica; protegge la salute delle madri, dei fanciulli, dei lavoratori intellettuali e manuali, contro ogni causa di invalidità e di mortalità; attua la difesa delle malattie sociali, e assicura l'assistenza a ogni cittadino, attraverso un'adeguata organizzazione sanitaria.*

Ogni cittadino deve compiere per la conservazione della salute collettiva quanto consentono l'iniziativa propria e sociale col concorso dei pubblici poteri.

3. — *Nessuno può essere astretto a subire pratiche sanitarie quando la loro esplicazione coattiva non sia autorizzata dalle leggi che disciplinano le funzioni sanitarie dello Stato.*

La legge non potrà consentire che le funzioni sanitarie dello Stato siano esplicate oltre i limiti imposti dal rispetto della personalità umana.

4. — *Il rapporto di fiducia tra medico e malato, condizione indispensabile per l'efficacia della prestazione medica, è assicurato dalla legge, salvo quanto dispongono le leggi intese alla tutela della pubblica salute.*

5. — *Ogni attività sanitaria è vigilata e coordinata dallo Stato.*

Tutte le attività sanitarie dello Stato e degli enti pubblici fanno capo a un'unica amministrazione tecnica distinta dagli altri organi del potere esecutivo.

Proposizione Prima

« La salute è un bene naturale che la società, e per essa lo Stato deve tutelare in modo uguale per tutti, come diritto essenziale e fondamentale di ogni essere umano e come interesse della collettività ».

Il diritto italiano vigente, pur non attribuendo al cittadino un potere giuridico sui beni essenziali e fondamentali della persona,

riconosce questi beni e li tutela con norme contenute nelle leggi sanitarie, nel codice penale, nelle leggi di polizia e di sicurezza pubblica.

Con la proposizione in esame si chiede al potere costituente di comprendere fra i diritti della persona quello alla salute, che costituisce il presupposto di una normale durata della vita, è alla base della esplicazione di ogni attività umana e rappresenta, di conseguenza, un importante fattore per il divenire della persona anche nella sfera morale, intellettuale ed economica.

Sembra alla Sottocommissione pertanto che lo Stato, come espressione della comunità nazionale, debba tutelare questo bene non quando si concreti il rischio di perderlo (assistenza in caso di malattia), ma attivamente seguendo un indirizzo squisitamente preventivo in conformità dell'antico precetto: « *ars primitus surgat in causam quum magis vigeatis* ».

Questo attivo interessamento trova la sua ragione d'essere non solo in quel dovere di solidarietà, che è una delle vocazioni dello Stato moderno; ma anche nelle stesse esigenze della collettività nazionale, di fronte alla quale la salute dei singoli è il sicuro fondamento su cui riposano sia il benessere e il progresso sociale, sia la continuità e lo sviluppo della nazione.

Stante il numero infinito di cause che possono determinare uno stato di sofferenza dell'organismo e interrompere più o meno durevolmente il normale esercizio della vita umana, la Sottocommissione non si nasconde le perplessità che potrebbero sorgere in seno al potere costituente circa il modo concreto con cui lo Stato potrebbe adempiere a un siffatto obbligo.

Senonché i continui progressi della medicina preventiva e delle conoscenze circa la larga parte che le condizioni ambientali, fisiche e sociali, prendono all'insorgenza, al decorso e all'esito delle malattie, avendo dimostrato la natura evitabile della maggior parte di esse, permettono di affermare che uno Stato — il quale sappia darsi un ordinamento igienico-sanitario moderno, adeguato alle reali necessità del Paese ed elevare la propria azione dall'angusto e malfido campo della medicina individuale a quello tanto più fecondo della igiene pubblica — può assumere tale onere e mantenere gli impegni che ne derivano.

Con altro dire, una politica rivolta da una parte all'irrobustimento dell'organismo umano, sia esaltandone le naturali difese, sia favorendo in esso la comparsa e lo sviluppo di nuove capacità difensive, e dall'altro al miglioramento dell'ambiente,

onde renderlo sempre più adatto all'esercizio della vita umana, darebbe allo Stato le concrete possibilità di provvedere alla tutela di quel delicato e complesso equilibrio fra le varie funzioni dell'organismo che dicesi salute.

Semmai perplessità dovessero sorgere nell'azione del legislatore, esse non possono che riguardare i mezzi con i quali lo Stato potrà attuare un così vasto programma di medicina preventiva.

Certo, chi consideri che la vigente legislazione sanitaria è prevalentemente ispirata alla tutela della salute quando purtroppo l'evento malattia s'è già determinato, e che — nonostante i criteri di larghezza ai quali i grandi Comuni in ispecie hanno improntato le norme per la compilazione dell'elenco degli aventi diritto all'assistenza gratuita (elenco poveri) e nonostante lo sviluppo assunto dalle assicurazioni sociali e dalla mutualità — vasti strati della popolazione risultano tuttora privi di ogni forma di assistenza, potrebbe rimaner dubbioso sul valore pratico che l'affermazione del diritto alla salute avrebbe nell'attuale momento, in cui, per le immani distruzioni della ricchezza nazionale causate dalla guerra, s'impone la più severa economia in ogni ramo dell'amministrazione.

La Sottocommissione non ha mancato di esaminare anche questo importantissimo aspetto della proposizione in discorso, ma ha ritenuto di proporre l'accoglimento da parte del potere costituente, sia perché essa riassume le aspirazioni non soltanto degli igienisti, ma di tutti i medici italiani, sia perché, riconosciuto a ogni persona, cittadino italiano o non, il diritto alla tutela della propria salute, è evidente che l'onere relativo, tenendo conto dell'entità delle prestazioni e delle possibilità economiche dei singoli e dello Stato, debba essere ripartito fra tutti i presenti nel territorio nazionale nella misura e con le modalità che la legge stabilirà.

Uno Stato moderno fermamente deciso ad attuare, almeno nel campo della difesa della salute, una perequazione e dei diritti e dei doveri non può e non deve ulteriormente tollerare le mortificanti distinzioni fra povero e ricco, tra assicurato e non assicurato, né permettere che l'assistenza al povero sia subordinata alla laboriosa preventiva determinazione del domicilio di soccorso e quella all'assicurato al non meno laborioso controllo della regolarità della cosiddetta posizione assicurativa; tali preventivi accertamenti di carattere amministrativo intralciano lo svolgimento di ogni attività sanitaria, esasperano medici e malati, privano le

prestazioni della necessaria tempestività compromettendone l'efficacia, respingono fatalmente l'assistenza nell'ambito della beneficenza.

Proposizione Seconda

« Lo Stato, in particolare, promuove lo sviluppo della coscienza igienica; protegge la salute delle madri, dei fanciulli, dei lavoratori intellettuali e manuali contro ogni causa di invalidità e di mortalità; attua la difesa dalle malattie sociali e assicura l'assistenza a ogni cittadino attraverso un'adeguata organizzazione sanitaria.

Ogni cittadino deve compiere per la conservazione della salute collettiva quanto consentono l'iniziativa propria e sociale col concorso dei pubblici poteri ».

Questa seconda proposizione, che a tutta prima può apparire superflua, deve considerarsi invece il necessario completamento e sotto certi aspetti l'indispensabile chiarimento della prima.

Completamento, perché sul piano non più della prevenzione, ma dell'assistenza vera e propria riguardante le cause più operose di malattia, di invalidità e di morte (ad es. morbosità e mortalità infantile, malattie sociali, malattie professionali, etc.), al cui determinismo vediamo partecipare in larga misura l'abbandono, la miseria e l'ignoranza, lo Stato, qualunque siano per essere il suo assetto politico-sociale e le sue condizioni economiche, deve intervenire con tutti i suoi mezzi e con tutta la sua autorità; chiarimento, perché nell'indicare come primo compito dell'azione statale la formazione e lo sviluppo di una salda coscienza igienica (mercè la quale, per dirla col Di Vestea, ognuno sappia ciò che « per la comune difesa si ha il dovere di fare d'iniziativa propria e ciò che si ha il diritto di ottenere per iniziativa sociale »), la Sottocommissione ritiene di aver espresso senza reticenze il suo meditato convincimento che, per raggiungere un alto livello dell'assistenza sanitaria non è possibile far ricadere tutti gli oneri sullo Stato e attribuire tutti i diritti al cittadino.

Ancorché incompleta e bisognosa di sostanziali modifiche, la legislazione sanitaria italiana, che con i classici Editti di Difesa Pubblica emanati dai Governi di Venezia, Genova, Milano, Lucca, Firenze, Venezia, Stato Pontificio, Regno delle Due Sicilie, segnò la prima concreta affermazione del diritto sanitario nella storia della civiltà, possiede in germe ogni possibilità per adeguare l'assi-

stenza considerata sotto il duplice aspetto della prevenzione e della cura, alle recenti conquiste della scienza medica e alle attuali esigenze della popolazione italiana. Fra queste ultime la Sottocommissione ha sottolineato nel primo comma della proposizione in esame quelle di cui i cultori delle discipline mediche hanno ormai dimostrato il sicuro fondamento e l'opinione pubblica reclama con urgenza il soddisfacimento: una maggiore protezione della madre e del fanciullo; una maggiore latitudine del concetto di malattia professionale e di malattia sociale oggi ristretto a poche forme morbose; l'estensione delle attuali previdenze di legge a gruppi sempre più numerosi di lavoratori manuali e intellettuali; la sicurezza per tutti i cittadini di ricevere, in caso di malattia, adeguata assistenza medica, chirurgica, ostetrica e farmaceutica.

Molto invece, per non dire tutto, è ancora da fare, per ottenere da parte dei cittadini la necessaria collaborazione perchè l'applicazione delle leggi sanitarie risulti feconda.

Scrивeva alcuni anni fa Livingston Ferrand, Presidente del « The National Child Health Council » che « molti fattori hanno contribuito al miglioramento dell'igiene pubblica in questo ultimo quinquennio; fra questi bisogna dare il primo posto al progresso delle conoscenze scientifiche, ma l'interessamento dell'opinione pubblica, rendendo possibile l'applicazione di quelle conoscenze, ha avuto la sua grande parte ».

Trattasi quindi in definitiva di creare intorno alle leggi concernenti la tutela della salute quei « consensi » che nel campo politico auspicava sugli albori del nostro Risorgimento Gino Capponi, in modo che il medico e l'igienista trovino la pubblica opinione consapevole e perciò disposta all'intelligente osservanza di quelle norme d'igiene che nell'interesse della collettività debbono applicarsi.

Perchè questo avvenga si rende necessario che lo Stato metta in opera tutti i mezzi (la parola, il canto, la stampa, la fotografia, la cinematografia, la radio, la scuola, etc.) atti a diffondere i fondamentali precetti d'igiene, a suscitare curiosità, sentimenti di solidarietà, stati emotivi, a sradicare pregiudizi, a formare sane abitudini d'igiene individuale e familiare, e ne sopporti questa volta per intero la spesa, stante che l'esperienza ha dimostrato inadeguati i pur generosi tentativi fatti nel campo della propaganda dai grandi Comuni e dalle associazioni culturali, etc.

Solo quando ogni cittadino saprà apprezzare la bontà dei provvedimenti che la scienza e la pratica dell'igiene sugge-

riscono, potremo ritenere veramente superata nel nostro Paese l'affermazione del Depretis « doversi l'igiene imporre con i carabinieri ».

Proposizione Terza

« Nessuno può essere astretto a subire pratiche sanitarie quando la loro esplicazione coattiva non sia autorizzata dalle leggi che disciplinano le funzioni sanitarie dello Stato.

La legge non potrà consentire che le funzioni sanitarie dello Stato siano esplicate oltre i limiti imposti dal rispetto della personalità umana ».

La proposizione terza trova la sua giustificazione soprattutto nell'enunciazione del secondo comma della proposizione precedente.

Questo stabilisce che il cittadino deve compiere, per la conservazione della salute collettiva quanto consentono l'iniziativa propria e sociale col concorso dei pubblici poteri. Sorge in questo modo il pericolo che i diritti naturali del cittadino siano lesi o da una applicazione delle leggi esistenti che vada oltre i limiti imposti dalle leggi stesse, o addirittura dall'attività del potere legislativo che con l'affermato scopo della pubblica salute promuove leggi capaci di ledere questi diritti.

Il primo comma della proposizione in esame tende a garantire ogni persona dagli abusi del potere esecutivo.

Esso precisa che solo la legge può dire quali siano le pratiche sanitarie come vaccinazioni, isolamenti, visite preventive, etc. che possono essere imposte coattivamente nell'interesse della salute pubblica. Senza le limitazioni poste da questo comma un prefetto, un medico provinciale, un ufficiale sanitario potrebbero sulla base di vedute mediche discusse e discutibili, magari personali, imporre al cittadino delle pratiche sanitarie nuove che non presentino quelle garanzie di innocuità e di efficacia che il cittadino ha diritto di esigere quando è costretto a subirle.

Si può obiettare che una simile proposizione potrebbe legare le mani alle autorità sanitarie in una emergenza che può anche oggi essere imprevedibile, tale, ad esempio, nel caso di insorgenza di una nuova malattia diffusiva, l'impiego di mezzi preventivi o terapeutici i quali, pur essendo già accettati dalla scienza medica, non siano previsti ed imposti coattivamente dalla legge. Tale preoccupazione, peraltro, non dovrebbe sussistere, considerando che questo comma menziona appunto le leggi che disciplinano le

funzioni sanitarie dello Stato e che l'attuale legge sanitaria già conferisce all'autorità sanitaria centrale e periferica poteri tali da garantire la loro efficiente libertà di movimento in caso di emergenza.

Assai più discutibile invece potrebbe apparire la necessità del secondo comma. Da una parte potrebbe sembrare ozioso in una proposizione che riguarda una questione assai strettamente circoscritta, affermare il rispetto della personalità umana. Dall'altra sembra difficile immaginare che delle leggi volte alla tutela della salute fisica del cittadino possano lederlo in quello che egli ha di più sacro e di più legato alla sua salute stessa.

Né si ha qui presente alla mente quello che la Germania nazista è stata capace di legiferare e purtroppo di eseguire in questi orribili anni. Per quanto lo spettacolo di una nazione, una volta annoverata fra le più civili, che pone le risorse della tecnica medica al servizio di assurde e bestiali concezioni politiche e razziali e riduce gli uomini al livello di animali da laboratorio, sia uno spettacolo capace di far riflettere seriamente anche chi deve prevedere l'organizzazione sanitaria di un prossimo futuro; non è stato naturalmente il timore di veder risorgere un pericolo simile, fortunatamente troppo lontano, quello che ha ispirato la formulazione.

Il pericolo è ben diverso ed è tutt'altro che ipotetico ed improbabile. Con i meravigliosi progressi realizzati in questi ultimi anni dalle scienze biologiche, progressi che hanno messo a disposizione del medico e dell'igienista mezzi sempre nuovi e sempre più efficaci per influire sulla salute dei cittadini e su quella futura dei loro discendenti, vengono a crearsi sempre nuovi compiti per le autorità sanitarie dello Stato e sorgono sempre nuovi problemi che presentano anche aspetti impensati giuridici e morali. Basterà elencare appena le questioni della visita prematrimoniale, la sterilizzazione volontaria e obbligatoria o invocata come profilattica di molte malattie ritenute ereditarie, la pratiche della fecondazione artificiale con sperma del coniuge o di donatore estraneo per ovviare alla sterilità di certe unioni, per vedere come la biologia e la medicina possano porre il legislatore di fronte a problemi in un recente passato nemmeno immaginabili e per constatare come il biologo tenda sempre più a dire la sua parola nell'organizzazione degli Stati.

I vantaggi di questo intervento per il progresso igienico-sanitario delle collettività nazionali sono intuitivi; si vuol però

mettere l'accento sui pericoli innegabili che non la biologia, ma transeunti teorie biologiche possono rappresentare per le libertà fondamentali dell'individuo. Allo scopo di far comprendere le conseguenze che alcune errate o discutibili teorie biologiche possono avere sul legislatore, citiamo il caso dibattuto della sterilizzazione. Un notissimo biologo inglese Julian Huxley (« Ciò che oso pensare » Hoepli, 1931 pagg. 69-70), nel suo entusiasmo per le recenti conquiste della genetica egli afferma « il terreno è sgombro per la dottrina nuova e scientifica del destino genetico inevitabile in quanto si compie, ma elastico nei vasti limiti della sua attuazione » e dopo aver brevemente riassunto i dati essenziali della dottrina afferma « tali dati di fatto sono manifestamente ricchi di deduzioni, sia per le speculazioni filosofiche sia per i *sistemi pratici di governo...* ». E poche righe più avanti si entra subito nel vivo di questi sistemi pratici di governo. Egli parla di un aumento dei deboli di mente in Inghilterra (vedremo più avanti che il ministro inglese della sanità Wood, ritiene inesistente tale aumento) e ne vede la causa nella migliore assistenza all'infanzia. Egli dice : « Riducendo il rigore della selezione naturale permettiamo di vivere ad un'eccessiva quantità di inetti » (pag. 76). Egli (si capisce onesto e civile) aggiunge subito : « Che cosa si può fare al riguardo? Il metodo puramente biologico di conservare la specie sul tipo campione per mezzo della selezione naturale è benché efficace, crudele ed antieconomico. Implica la distruzione in massa per ottenere la certezza che i pochi tipi che noi vogliamo vedere distrutti siano inclusi nell'olocausto ; ora è nell'essenza della civiltà opporsi a tali metodi avventati ciechi e devastatori ».

C'è stato purtroppo chi, come gli uomini politici nazisti, ha trovato il metodo efficace non antieconomico e punto crudele. Essi si sono anzi preoccupati di aiutare la natura e di riparare alle manchevolezze della selezione naturale. Huxley propone un metodo infinitamente meno crudele e più scientifico ; la sterilizzazione obbligatoria. Egli infatti conclude : « Una sola cosa si può fare subito, impedire che i deficienti abbiano figli. Sia loro negata la posterità ». Ora proprio la questione della sterilizzazione obbligatoria offre un esempio veramente adatto ad illustrare la necessità della proposizione in esame. Questo procedimento, mancando di basi scientifiche indiscusse e di un diffuso consenso dell'opinione pubblica, costituisce indubbiamente una menomazione della dignità umana dell'individuo. D'altra parte la sterilizzazione obbligatoria non rappresenta una pratica contemplata soltanto

da legislazioni feroci e liberticide come quella nazista, ma è prescritta anche in Paesi di tradizioni liberali e costituisce quindi un problema tutt'altro che inattuale.

La sterilizzazione consigliata, e in alcuni casi obbligatoria, è in vigore in numerosi Stati degli Stati Uniti d'America.

Già nel 1897 il dott. Barr, presidente di una società americana per lo studio della debolezza mentale, propugnava la sterilizzazione come il metodo preventivo più efficace. Nello stesso anno fu proposta una legge in proposito dal Michigan, ma fu respinta. L'Indiana fu il primo Paese a rendere esecutiva la legge approvata nel 1907 che prevedeva la sterilizzazione *obbligatoria* di criminali confermati idioti, imbecilli, o colpevoli di violenza carnale. L'operazione doveva essere eseguita dopo che un comitato di esperti e di ufficiali istituzionali, avesse deciso che la procreazione era sconsigliabile e che non c'era alcuna probabilità di miglioramento mentale del soggetto (Dentoch Elberto, *The Mentally Ill*, in *America* New York Doubleday Doran and Company Inc. 1937, citato in *Journal of American Medical Association*, vol. III n. 18 anno 1939, pag. 1617). Molti altri Stati americani hanno leggi simili; principali la California in cui sono stati sterilizzati già 10.000 individui il Kansas, il Michigan, il Minnesota, l'Oregon, la Virginia, ecc. (*Journ. of American Medical Association* v. 106, n. 21, pag. 1827). Fino al gennaio 1944 nei 30 Stati, nei quali la sterilizzazione era legalmente ammessa, vennero sterilizzati 20.600 psicopatici, 20.453 minorati psichici e 1.563 altri individui. Peraltro in parecchi Stati le leggi riguardanti la sterilizzazione sono state dichiarate non corrispondenti allo spirito della Costituzione; in altri queste leggi sono considerate lettera morta (da *Medicina* n. 4, pag. 47).

Anche la Norvegia ha una legge simile.

La legge tedesca sulla sterilizzazione obbligatoria fu promulgata il 14 luglio 1933 ed entrò in vigore il 1 gennaio 1934. La sterilizzazione veniva effettuata per mezzo di intervento chirurgico. Ai sensi della legge era sottoposto a essa chiunque fosse stato affetto da una eredità patologica, previa constatazione medica comprovante che la malattia poteva colpire la discendenza. Erano considerati affetti da malattie ereditarie: 1) quelli affetti da malattie mentali congenite; 2) da schizofrenia; 3) da demenza ciclica; 4) da epilessia ereditaria; 5) da corea di Huntington; 6) da cecità ereditaria; 7) da sordità ereditaria; 8) da gravi deformazioni corporee a carattere ereditario; 9) da alcoolismo gravé (dal *Trattato di Medicina Sociale* Vol. I° pag. 247).

Ora, se è innegabile che la trasmissione ereditaria di alcune malattie costituisce un problema da non trascurare, c'è da osservare che nei casi di alterazioni mentali gravi il più delle volte il pericolo è ovviabile con la pratica più umana e più naturale dell'accoglimento del malato in ospizi di cura adatta. Le leggi in questione invece colpiscono un gran numero di individui adatti alla vita sociale, anzi si preoccupano di colpire proprio questi come più pericolosi per la possibilità di procreazione.

Orbene sono proprio le basi scientifiche di tale procedimento che sono quanto mai discutibili. Lo stesso rigorismo genetico, così accentuato in biologi come Huxley, trova un curioso contrasto in pubblicazioni recentissime e molto autorevoli. Un noto studioso americano di psicologia, il Morgan (MORGAN, *Child Psychology* third edition, New York 1945), sviluppa infatti concetti completamente nuovi, basandosi su recenti esperimenti di embriologia. Per lui anche il periodo di vita umana prenatale è « un periodo di adattamento, più che un puro e semplice dispiegarsi meccanico di elementi preformati, come alcuni sono stati inclinati a credere » (pag. 33). E più oltre afferma che la conoscenza di questi studi « ci aiuterà a evitare la tendenza a credere che la « natura umana » sia una qualche specie di entità fissata e che resiste al mutamento » (pag. 34). Ma, scendendo al pratico, le leggi della trasmissione ereditaria non sono fino a oggi stabilite con certezza né per la schizofrenia, né per la psicosi maniaco-depressiva, né per l'epilessia e neppure per la frenastenia (prof. CARLO DE SANCTIS, *Fanciulli anormali psichici e criminali*, Roma, 1943).

Ad esempio, a proposito dell'eredità dell'epilessia per cui è invocata la sterilizzazione, un neurologo dell'autorità di COLLIER scrive: « Nel passato è stato dato un peso indebito a questo fattore (l'eredità) nella causa dell'epilessia. La trasmissione diretta da genitore a figlio è eccezionale e in una rivista recente sull'argomento, Cobb ha detto che su basi così dette eugenetiche una proporzione del 90 % degli epilettici non può ragionevolmente essere dissuasa dal matrimonio. L'emicroania è un antecedente di gran lunga più frequente nella famiglia dell'epilettico che non nell'epilessia » (*Price Textbook of Medicine*, Oxford University Press 1937, pag. 1654). Eppure alcune migliaia di epilettici sono stati sterilizzati contro la loro volontà e non è escluso che una futura legge provveda a sterilizzare i sofferenti di emicroania !

C'è di più. Una sicura deficienza della sterilizzazione per la preservazione dalle malattie ereditarie, è legata al fatto che mol-

tissime volte i fattori ereditari sono latenti in individui apparentemente normali. Il fiducioso HUXLEY auspica l'avvento di un metodo che permetta di svelare queste latenze. Domani una reazione umorale, una caratteristica somatica che per qualche anno si accreditasse come rivelatrice di tare ereditarie nascoste, potrebbe, senza l'intervento di una proposizione come quella in discussione, costare a molti individui del tutto normali la sterilizzazione obbligatoria.

Si può obiettare che la proposizione in esame possa nel futuro impedire l'applicazione di nuovi procedimenti oggi non prevedibili in nome di una malintesa dignità e creare, in nome di particolari punti di vista fisiologici o morali, ostacoli al progresso scientifico. Ciò non è davvero il caso. Anche volendo rimanere all'esempio concreto della sterilizzazione, come si è accennato prima, se questa fosse basata su indiscusse basi scientifiche e avesse dalla sua la grande maggioranza dell'opinione pubblica, perderebbe per questo fatto gran parte del suo carattere lesivo della dignità umana. Torna opportuno a questo proposito accertare come un punto di vista simile sia stato esposto alla Camera dei Comuni da un ministro inglese della sanità, il Wood. Nel 1937 un deputato interpellò il ministro per sapere se non credeva che il governo dovesse intervenire per incoraggiare la sterilizzazione volontaria (si badi bene!) di quelli che hanno tare ereditarie. Wood, dopo avere negato che esistesse un reale aumento di tali individui e aver lumeggiato gli aspetti morali e religiosi della delicata questione e quindi il problema di coscienza e di convinzione individuale che essa suscitava, concludeva che l'importante per i sostenitori di tale procedimento era di trarre dalla loro l'opinione pubblica (da *Journal of American Medical Association*, vol. 108, n. 21, pagg. 1811-1937).

Considerazioni d'altro genere potrebbero farsi su gli altri problemi accennati appena in principio, ma ciò porterebbe troppo lontano.

Quanto si è detto finora giustifica pienamente, a parere della Sottocommissione, l'esistenza di un articolo costituzionale che mentre non impedisca la retta applicazione di conquiste scientifiche dirette al bene sociale, mette però al riparo il cittadino da interventi lesivi dei suoi diritti fondamentali.

Proposizione Quarta

« Il rapporto di fiducia tra medico e malato, condizione indispensabile per l'efficacia della prestazione medica, è assicurato dalla legge, salvo quanto dispongono le leggi intese alla tutela della pubblica salute ».

L'opportunità di inserire in una Costituzione, nell'ambito delle norme riguardanti la salute dei cittadini, un principio ispirato alla salvaguardia del rapporto di fiducia tra medico e malato, è derivata da un profondo esame della materia considerata nel suo aspetto il più generale possibile.

Si ritiene infatti, che una Carta dei diritti dell'uomo debba sancire quale enunciazione di una fondamentale libertà dell'individuo — fondamentale per la migliore protezione di quel bene essenziale che è la salute — la necessità di garantire detto rapporto di fiducia che si inizia con la possibilità di libera scelta del medico.

Col termine « rapporto di fiducia » tuttavia ci si è voluto riferire soprattutto al segreto professionale, nel senso che la protezione di tale segreto è una delle più importanti condizioni per le quali il cittadino malato possa liberamente ricorrere al cittadino medico.

È tale concetto assai remoto nella storia dell'umanità, ove il segreto medico si confonde con quello religioso, data l'origine sacerdotale della medicina primitiva. Ma anche quando, 24 secoli addietro, la medicina con Ippocrate si elevò al di sopra della medicina empirica e sacerdotale, il dogma del segreto professionale rimase così come era stato espresso nel cosiddetto giuramento della scuola ippocratica: « Tutto ciò che io avrò veduto e udito durante la cura o al di fuori di essa nella vita comune, io la tacerò e conserverò sempre come segreto, se non mi sarà permesso di dirlo ». E Cicerone scrisse: « Medici qui talamos et tecta aliena subeunt multa tegere debent ». Nel primo Medio Evo anche, il Re Teodosio, sancì l'obbligo del segreto, prescrivendo che i medici dovessero essere tenuti al silenzio, per giuramenti analoghi a quelli sacerdotali. Ed è noto a questo riguardo il motto di S. Agostino: « Quod per confessionem scio, minus scio quam illud quod nescio ».

Nella società moderna si è codificato l'obbligo del segreto per alcune professioni ritenute d'interesse generale e soprattutto per le professioni sanitarie. Si è voluto così salvaguardare la

libertà dell'individuo che ha il diritto di confidare in certe circostanze, e specialmente a protezione della sua salute, notizie anche di natura intima e delicata. La cosa riguarda l'individuo, ma essendo comune a tutti assurge a interesse collettivo e sociale. Il Carrara ha sostenuto che il segreto professionale — e fa riferimento specialmente a quello medico — serve: « a garantire al cittadino il libero ricorso agli esercenti dell'arte salutare e di altre professioni, fiducioso, anche nei casi nei quali desidera vivamente che i suoi bisogni rimangano occulti; che se la legge non proteggesse con una pena la sua fiducia da un tradimento, egli temendo la pubblicità, si asterebbe dalla cura con proprio pericolo e se ne troverebbe ristretta la propria libertà intorno a cosa sommamente interessante la sua salute ».

Si comprende pertanto come i codici si siano orientati verso pene severe per la rivelazione del segreto, pene che vanno nel codice penale vigente sino alla detenzione per un anno. In Francia la legge dà particolare risalto alle professioni sanitarie per l'obbligo del segreto, ispirandosi senza dubbio al fatto che la classe medica francese considerava l'obbligo del segreto professionale di ordine pubblico, ed è rigidissima custode di questo tradizionale concetto.

La Facoltà Medica di Parigi ha infatti mantenuto il categorico giuramento stabilito nell'art. 77 dei primi Statuti Universitari « *Aegrorum arcana, audita, intellecta, eliminat nemo* ».

Il celebre Dupuytren durante le agitazioni del 1832 al Prefetto di Parigi che prescriveva ai medici di dare i nomi dei feriti durante i moti politici ricoverati all'Hôtel Dieu, rispondeva: « *Je ne connais pas d'insurgés dans mes salles · je n'y vois que des blessés* ».

Si è voluto qui ricordare qualche spunto generale dell'argomento che, a essere svolto interamente comporterebbe un'ampia trattazione monografica, onde molti altri aspetti (segreto professionale rispetto al certificato prenuziale, alle varie forme di assicurazione, alla legislazione del lavoro, agli autolesionisti, ecc.) sono tralasciati.

È necessario tener ben presente che il segreto professionale, sin dalle sue origini più remote, non ha mai costituito un interesse del medico, ma sempre un dovere di questi verso il malato, un interesse cioè del malato. Il contrapporre in tale questione l'individuo alla collettività, nel senso che la salvaguardia del segreto professionale sia più a vantaggio dell'individuo che della collet-

tività, è errato, perché tutto quanto è inteso alla migliore efficacia della prestazione medica è nell'interesse precipuo di tutti i cittadini.

Si è ritenuto doverosa un'esplicita riserva a « quanto dispongono le leggi intese alla tutela della pubblica salute », tenendo presente l'interesse sia della collettività sia dell'individuo alla denuncia delle malattie infettive e diffusive.

Non si è ritenuto invece di dover aggiungere una riserva riguardo a quanto le leggi potrebbero disporre per la più facile identificazioni di eventuali delitti, inquantoché se è vero che ciò costituisce un indubbio interesse della collettività, essa impedirebbe — a prescindere dalle funzioni peritali del medico — al malato di ricorrere, con libera scelta e in piena fiducia, al medico come a un asilo morale e materiale per chiedere la più idonea prestazione tecnica al suo stato.

Voci autorevoli, riferisce il Mirto, come quella dello Stopato e, nel campo medico-legale, del Ballotta, si sono già sollevate in Italia contro l'obbligo del referto, affermando che « tale obbligo rappresenta un avanzo del potere di accusa del privato, che in tempi antichi diede luogo a errori di giudizio e basse vendette e che, imposto al sanitario, cozza contro sentimenti universali riconosciuti col fargli l'obbligo di trasformarsi in un organo con funzioni ben diverse da quelle cui è chiamato per la sua professione, quando a tali funzioni di tutela del diritto sono preposti organi speciali ».

Ed esse non sono rimaste inascoltate ché mentre nel bando toscano del 1551, nelle prammatiche napoletane del 1557, nella Costituzione piemontese del 1772 l'omissione del referto è considerato reato grave per il quale il medico poteva anche essere sospeso dalla professione, nel codice vigente l'omissione, soltanto se dolosa, può dar origine a procedimento penale a carico del medico.

Dalla detta attenuazione dell'obbligo del referto appare necessario giungere a una più netta e soprattutto più giusta precisazione dei compiti di collaborazione del medico con la polizia giudiziaria. E questo inoltre per non costringere il medico a valutazioni giuridiche, che evidentemente esulano dalla sua competenza anche medico-legale, per evitare leggi che debbano troppo adattarsi a tale necessità o peggio che risultino imperfette perché nella loro pratica applicazione troppo spesso pongono il sanitario nel dubbio di scegliere fra la repugnante condizione di rendersi delatore di chi gli ha chiesto soccorso e il grave disagio di cercare la

scappatoia che lo porta alla inosservanza della legge, non tanto per un sentimento di umanità, quanto per un insopprimibile, sentitissimo vincolo morale al segreto professionale nell'interesse dei cittadini.

Se è giusto che il medico sia considerato come un cittadino adempiente a un servizio di pubblica necessità è altresì necessario che la collettività ravvisi e limiti tale necessità nella più efficace esplicazione dell'arte medica e non nella collaborazione con la polizia giudiziaria.

L'art. 365 del vigente codice penale italiano esenta il medico dall'obbligo del referto quando questo « esporrebbe la persona assistita a procedimento penale » e i commentatori del codice trovano giusta l'eccezione, perchè il medico chiamato a soccorrere non può farsi denunciante della persona soccorsa.

Il medico che venga meno alla fiducia in lui riposta da chi liberamente gli ha chiesto soccorso lede la libertà individuale di questi.

È superfluo notare che anche di fronte al caso di aborto non si debba fare eccezione ai principi su esposti.

Giova peraltro, avvertire che tale lesione della libertà individuale più non sussiste, in quanto il rapporto di fiducia viene a mancare allorchè il medico si trovi a curare lesioni o malattie per le quali possono sospettarsi i caratteri di un delitto e che riguardano il minore o l'incapace o il soggetto che per condizioni fisiche o psichiche sia nell'incapacità di denunciare un delitto.

Che se al principio enunciato nella proposizione in esame una più ampia riserva volesse essere data, oltre quella già espressa ai fini della tutela della salute pubblica, è parere della Sottocommissione che essa debba essere la più ristretta possibile, affinché nella futura legislazione il rapporto di fiducia fra medico e malato sia salvaguardato al massimo quale diritto dei cittadini e interesse della collettività.

Collegato alla esigenza del segreto professionale è il problema del segreto di ufficio sullo stato fisico delle persone.

Lo stato d'integrità e di salute del proprio corpo sono elementi essenziali nella costituzione della personalità umana, giacché è la coscienza della capacità del proprio fisico che condiziona l'altezza di livello del morale umano, e in conseguenza condiziona ogni volontà ed attività individuale.

È da aggiungere che tali riflessi fisico-psichici non si esauriscono nell'ambito dell'individuo, ma si allargano esteriormente a esso, quando l'individuo entra in contatto con la società. Per cui la nozione della propria inferiorità si riflette ancor più gravemente sul morale e sull'iniziativa, sulla volontà e sull'attività a constatare che il proprio deficit è di pubblico dominio. Ne deriva che, in definitiva, ogni diminuzione dell'essere fisico e morale dello individuo si trasforma, per il diminuito rendimento individuale, in danno sociale. Quando i codici civili vietano gli atti di disposizione del proprio corpo che ledano l'integrità fisica e le leggi sanitarie impongono addirittura misure sanitarie curative, esse mirano alla tutela non solo della salute individuale, ma anche dell'incolumità pubblica; disposizioni queste, limitative o positive che, per fortuna, riguardano soltanto quelle poche persone che, per deficiente sviluppo mentale e morale, dimostrano scarsa vigilanza nella conservazione della propria integrità fisica. La grande maggioranza non solo brama il miglioramento della propria salute, ma anche si preoccupa, e per istinto e per vigile coscienza, di celare i propri deficit: giacché la pubblica nozione di essi, oltre a essere causa determinante di intimo avvillimento, che menoma la personalità umana, determina anche uno scarso affidamento sul rendimento lavorativo e una sua naturale contrazione per logica e necessaria sfiducia verso le proprie possibilità.

Ora, con lo sviluppo dei servizi igienico-sanitari e specialmente con lo sviluppo della medicina e della previdenza sociale, il malato non è più affidato al solo medico curante e non può fare affidamento soltanto sul rapporto di fiducia che lo lega al medico stesso. La tutela della madre, del fanciullo, del lavoratore, le prestazioni sanitarie assicurative, gli accertamenti sanitari fiscali, le misure sanitarie profilattiche, ecc. impongono la compilazione di numerosi moduli, schede, cartelle cliniche, libretti sanitari ecc. nei quali quanto è di più geloso di un individuo viene palesato ad uno o più uffici amministrativi di uno o più enti.

La riservatezza dei sanitari e del loro personale ausiliario non è sufficiente a salvaguardare la necessaria riservatezza sullo stato fisico delle persone. I documenti attinenti agli accertamenti sanitari per essere utilizzati debbono inevitabilmente seguire spesso un complesso procedimento amministrativo e sono oggetto di una complessa corrispondenza e trattazione, per cui, più che imporre un obbligo di riservatezza al personale sanitario, occorre creare un sistema o un clima che ne garantisca la riservatezza.

La circostanza che già sussistono norme dirette a garantire la auspicata riservatezza per molti servizi sanitari conferma appunto l'imprescindibile necessità che tale garanzia sia generalizzata e potenziata al massimo.

Questa garanzia non è volta soltanto a tutelare la personalità umana, ma è altresì diretta alla tutela della stessa salute pubblica, e cioè non viene stabilita nell'interesse individuale soltanto, ma anche nell'interesse collettivo. E invero, se gli individui avranno preoccupazione di scarsa riservatezza da parte degli organi pubblici, essi non solo accoglieranno con diffidenza le misure sanitarie, ma cercheranno anche di sottrarsi a esse e non è da escludere che talvolta rinunzino perfino a qualche benefica prestazione. Come l'attività medica non può essere efficace se non è garantito il rapporto di fiducia tra medico e malato, così anche l'azione degli organi sanitari non sarà mai totalmente efficace se anche per questi non venga instaurato lo stesso rapporto di fiducia.

La Sottocommissione è d'avviso che la esigenza di questo segreto è tutelata sufficientemente nei rapporti fra medico e malato anche se il medico sia pubblico funzionario.

E sotto tale aspetto la enunciazione contenuta nella proposizione IV è idonea a prevenire qualsiasi preoccupazione. Tuttavia, nei riguardi delle persone che non appartengono alla categoria dei medici, non sarebbe inopportuno che la Carta costituzionale, nella parte in cui si occuperà della tutela delle libertà individuali, enunciasse il principio del segreto sullo stato fisico delle persone, con le limitazioni ben inteso, che nel pubblico interesse risultassero necessarie, analogamente a quelle che sono previste nel campo della tutela degli altri diritti di libertà.

Proposizione Quinta

« Ogni attività sanitaria è vigilata e coordinata dallo Stato. Tutte le attività sanitarie dello Stato e degli enti pubblici fanno capo a una unica amministrazione tecnica distinta dagli altri organi del potere esecutivo ».

Si invoca dal potere costituente l'accoglimento di questo postulato essenziale: l'unità e l'autonomia dell'amministrazione sanitaria.

Il principio dell'unità dell'amministrazione sanitaria ha trovato, da tempo, limitato riconoscimento nella nostra legislazione amministrativa. L'articolo 1° del Testo Unico delle leggi sanitarie, approvato con R. D. 27 luglio 1934, n. 1265, dopo aver enunciato che la tutela della sanità pubblica spetta al Ministero dell'Interno e, sotto la sua dipendenza, ai prefetti e ai sindaci, dispone che tutti i servizi igienici e sanitari, qualunque sia l'amministrazione pubblica, civile o militare che vi debba provvedere, debbono, per quanto riguarda la tutela dell'igiene e della sanità pubblica, essere coordinati e uniformati alle disposizioni delle leggi sanitarie e alle istruzioni del Ministero dell'Interno.

Questa disposizione poté servire abbastanza bene fino a quando gli organi che attendevano a funzioni sanitarie operavano nella orbita del Ministero dell'Interno: prefetture, enti autarchici territoriali, istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. Ma, con l'affermarsi dell'assistenza in regime assicurativo, gli istituti incaricati della gestione si sono orientati verso la più completa autonomia nei confronti dell'amministrazione statale. E in particolare, poichè questi istituti non dipendevano dall'amministrazione sanitaria, gli stessi rapporti tecnici fra essi e gli organi di tale amministrazione si sono gradualmente rallentati. Questo fenomeno ha assunto aspetti più imponenti nei riguardi degli istituti mutualistici che, nel corso dell'ultimo quindicennio, hanno cercato di assumere la figura di protagonisti dell'assistenza sanitaria a favore di stati sempre più vasti della popolazione.

Lo stesso fenomeno, se pure meno visibilmente, è apparso nei rapporti fra l'amministrazione sanitaria facente capo al Ministero dell'Interno e le varie organizzazioni sanitarie dipendenti da altre amministrazioni statali. Sono noti a tutti i notevoli inconvenienti derivanti dalla reciproca indipendenza degli organi e dal mancato coordinamento della loro attività, sia dal punto di vista organizzativo che da quello funzionale, sia sul terreno della prevenzione che su quello dell'assistenza. Mentre il campo sanitario, più di ogni altro, richiede unità di direttive, sollecitudine e coordinamento nella esecuzione, l'accennata situazione determina, oltre che dispersione di mezzi, incertezze, ritardi e deficienze.

L'unità non si attua con un'amministrazione unica e pesante, che debba tutto assorbire e tutto soffocare, ma si risolve, da un lato, nella esigenza del controllo e del coordinamento di tutte le attività sanitarie private da parte dell'amministrazione sanitaria statale, e dall'altro, nella dipendenza di tutte le attività sanitarie

pubbliche da un'unica amministrazione. Questa distinzione tra attività privata e attività pubblica ha un ovvio fondamento di giustizia e di buona organizzazione. Lo Stato non può, nei riguardi delle persone e degli enti privati, spingere la sua ingerenza oltre il limite del controllo e del coordinamento, mentre, nei confronti degli organi dell'amministrazione dello Stato e degli enti pubblici, questa ingerenza deve essere più intima e operante.

Le attività svolte da questi ultimi infatti, secondo la formula proposta (« fanno capo »), debbono convergere in un'unica direzione, fermamente tracciata e condotta da una amministrazione a ciò specificamente deputata.

Qui cade acconcio far cenno delle ripercussioni che una eventuale nuova struttura dello Stato potrebbe produrre nel campo dell'organizzazione sanitaria.

La materia sanitaria, specialmente per quanto attiene alle misure igieniche e profilattiche, richiede unità nell'indirizzo e coordinamento nella esecuzione. Se nel campo internazionale si è imposta la necessità di una collaborazione fra i diversi Stati, nello ambito interno è opportuno non moltiplicare gli ordinamenti sanitari e non disperdere la sostanziale unità dell'amministrazione.

Dati gli orientamenti dei maggiori partiti politici e dei più autorevoli uomini di Stato, si ritiene improbabile l'instaurazione di una forma federalistica. A ogni modo si ritiene che, in tale ipotesi, il potere normativo nel campo sanitario dovrebbe spettare sempre agli organi centrali, ai quali, inoltre, dovrebbe competere, per lo meno, la vigilanza e il coordinamento di tutte le attività sanitarie dei singoli Stati.

Questi stessi criteri a maggior ragione debbono valere nella ipotesi più probabile ad attuarsi, della instaurazione di larghe autonomie regionali.

Giova avvertire che la legislazione sanitaria potrà essere opportunamente integrata con norme da dettarsi dagli organi locali in rapporto alle particolari esigenze dei rispettivi territori. Ed è da aggiungere che l'unità dell'amministrazione sanitaria non è incompatibile con un ordinamento decentrato, sia nel campo burocratico che nel campo istituzionale.

Il principio dell'autonomia dell'amministrazione sanitaria costituirebbe una novità nel nostro ordinamento. Tradizionalmente, fino alla recente istituzione dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, l'amministrazione sanitaria ha costituito un ramo dell'amministrazione generale dello Stato, facendo

capo, al centro, al Ministero dell'Interno e localmente alle prefetture ed ai Comuni. Anche dopo l'istituzione dell'Alto commissariato l'organizzazione sanitaria locale è rimasta inalterata.

È tempo di dare autonomia all'amministrazione sanitaria. Questa esigenza, che ha trovato attuazione nella maggior parte degli altri Paesi, è ormai vivamente sentita nel nostro.

L'autonomia consiste anzitutto in questo: che i tecnici debbono avere piena responsabilità di predisporre, ordinare, eseguire tutte le misure occorrenti per la tutela dell'igiene e della sanità.

Ecco perchè nel testo si parla di amministrazione tecnica.

Questa espressione assume un particolare rilievo ove si pensi alla posizione di dipendenza gerarchica in cui fino ad oggi i sanitari sono rimasti sia nel campo dell'amministrazione sanitaria statale, sia — e questo è ancora più caratteristico — nel campo degli enti pubblici aventi funzioni sanitarie, assistenziali-sanitarie e previdenziali-sanitarie.

Si è parlato di amministrazione *distinta* dagli altri organi del potere esecutivo per indicare che l'autonomia non può significare indipendenza né molto meno separazione dal complesso degli altri organi dell'amministrazione, ma specialmente ben definita individualità e soprattutto ben marcata responsabilità.

La disposizione che si è illustrata richiede infine brevi parole di commento, stante che potrebbe osservarsi che essa, pur enunciando apprezzabili criteri direttivi, sia una norma attinente alla organizzazione di un ramo dell'amministrazione dello Stato e che come tale non meriti posto nella Carta costituzionale.

Si è già accennato, nella ipotesi in cui il nostro Stato perda la sua attuale struttura centralizzata, alla necessità di far salve alcune esigenze dell'unità dell'amministrazione sanitaria. E ciò rientra nel campo del potere costituente.

In ogni caso, è desiderabile, che i principi essenziali relativi alla struttura dell'amministrazione sanitaria non siano lasciati agli ondeggiamenti della legislazione ordinaria, ma siano definitivamente fissati dalla Carta costituzionale.

L'esperienza fatta nel nostro Paese in ordine alla non eccessiva efficacia del principio generale già sancito dall'art. 1 della legge sanitaria, è tale da far ritenere indispensabile che le linee fondamentali dell'organizzazione sanitaria siano tracciate dalla Costituzione. Una certa diffidenza sorge nei confronti del legislatore ordinario sia dalla esperienza di cui si è ora detto, sia dalle prevedibili pressioni che sul legislatore ordinario graverebbero

sotto la spinta della spiegabile tendenza di ogni amministrazione a organizzarsi e a operare separatamente. A questo si aggiungerebbe il peso non indifferente della tradizione nostrana basata, specialmente sul terreno dell'autonomia, sopra concetti diversi da quelli che sono stati qui propugnati.

Ma la più decisiva ragione che giustifica l'inserzione della norma in esame nella Carta costituzionale è questa: il principio dell'unità e della autonomia dell'amministrazione sanitaria è la base essenziale per una efficace tutela della salute pubblica. I sanitari italiani e tutti coloro i quali nel nostro Paese si interessano dei problemi della sanità pubblica ritengono che l'invocato principio debba pertanto essere considerato come una di quelle garanzie fondamentali le quali sono da sanzionarsi con norme statutarie.

CONCLUSIONI

La Sottocommissione si lusinga di avere assolto, pur nel breve tempo a disposizione, il compito prefissosi di sottoporre cioè alla attenzione dei Costituenti i fondamentali problemi di cui la classe medica e l'opinione pubblica da tempo auspicano la risoluzione per conferire all'arte medica il necessario prestigio per assicurare al paese il posto che gli compete fra le nazioni sinceramente pensose della elevazione morale e intellettuale del popolo, nonché del suo benessere igienico-sanitario.

Fra le competizioni civili quelle concernenti la cultura e la difesa della salute, sono le sole aperte a tutti i popoli, su un piano di assoluta parità. Pertanto quel popolo che per incomprendimento delle sue stesse necessità o per fatalistica acquiescenza a uno stato di temporanea inferiorità si astenesse dal parteciparvi, resterebbe al di fuori delle correnti di pensiero e di azione che segnano il progresso umano.

Per rimarginare le ferite inferte dalla guerra nel corpo della Patria si impone una severa politica di raccoglimento economico, ma essa non può e non deve attuarsi con la rinuncia alla difesa del bene supremo di ogni popolo, la salute. Deve esprimersi invece nella scrupolosa gestione dei mezzi finanziari a disposizione e nel razionale impiego di quelli tecnici.

Ed è per realizzare, sia al centro che alla periferia, la necessaria unità e continuità di indirizzo di tutti i servizi profilattici e assistenziali, oggi gestiti dai più diversi enti, all'infuori di ogni

effettivo coordinamento e quindi nel più anti-economico regime di esercizio, che da più parti viene insistentemente richiesta una riforma del vigente ordinamento sanitario.

Si è già accennato ai voti unanimi espressi in tal senso dai medici partecipanti ai convegni di Bologna, Bari, Milano, Napoli e Palermo organizzati dalla Sottocommissione per raccogliere consigli e suggerimenti in ordine ai principî enunciati nelle cinque proposizioni sopra illustrate, ma si ritiene doveroso far presente che analoghe insistenti richieste sono state formulate anche nei congressi regionali ed interregionali che si sono tenuti in questo ultimo anno a Roma, Padova, Milano, Torino, Firenze e Bari e in pregevoli scritti comparsi di recente nella stampa medica e politica.

I medici d'Italia sono concordi nel ritenere l'autonomia funzionale dell'amministrazione sanitaria come la condizione indispensabile per assicurare a tutti i cittadini le necessarie prestazioni al riparo di ogni dispersione di mezzi e di energie e secondo direttive tecniche ispirate a una concezione unitaria della difesa della salute.

Pertanto i medici italiani chiedono la sollecita istituzione di un Ministero dell'Igiene e assistenza sanitaria, che, oltre alle mansioni affidate all'attuale Alto commissariato per l'igiene e la sanità, comprenda tutte le attività svolte in singoli campi dalla prevenzione e della terapia dagli altri organi dello Stato e dagli enti pubblici.

Le costose e pesanti strutture amministrative, cui ha dato luogo il frazionamento delle attività assistenziali (Ministeri, Enti parastatali, provincie, comuni, Opere Pie, Istituti di assicurazioni sociali, Casse mutue di malattia, Consorzi ecc.) incidono maleficamente per ovvii motivi, sulla qualità e quindi sulla efficacia delle prestazioni sanitarie e impediscono l'attuazione di un piano distributivo di esso nel territorio nazionale, organico e aderente alle reali necessità del Paese.

Per il complesso di ragioni tecniche, funzionali ed economiche sopraesposte, la Sottocommissione indica nell'enunciato della quinta proposizione la premessa fondamentale per raggiungere un moderno, razionale e al tempo stesso economico assetto igienico-sanitario del Paese.