

CLXXVIII.

SEDUTA ANTIMERIDIANA DI GIOVEDÌ 9 LUGLIO 1959

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE BUCCIARELLI DUCCI

INDICE

	PAG.
Congedi	9177
Disegno di legge:	
(<i>Deferimento a Commissione</i>)	9206
(<i>Trasmissione dal Senato</i>)	9206
Disegno di legge (Seguito della discussione):	
Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1959 al 30 giugno 1960 (1213)	9180
PRESIDENTE	9180
LATTANZIO	9180
COTELLESA	9185
GENNAI TONIETTI ERISIA	9189
DELFINO	9195
REALE GIUSEPPE	9203
Proposte di legge:	
(<i>Annunzio</i>)	9177
(<i>Deferimento a Commissione</i>)	9206
(<i>Trasmissione dal Senato</i>)	9206
Proposte di legge (Svolgimento):	
PRESIDENTE	9178
ROMEO	9178
CAIATI, <i>Sottosegretario di Stato per la difesa</i>	9178
GAGLIARDI	9178
BETTIOL, <i>Ministro senza portafoglio</i>	9179, 9180
LUZZATTO	9179
Commissioni permanenti (Annunzio di costituzione)	9206
Verifica di poteri	9206

La seduta comincia alle 10,30.

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

(*E approvato*).

Congedi.

PRESIDENTE. Hanno chiesto congedo i deputati Ferioli, Restivo, Ripamonti e Simonini.

(*I congedi sono concessi*).

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. Sono state presentate proposte di legge dai deputati:

CRUCIANI: « Norme per il conseguimento del diploma di abilitazione all'insegnamento di educazione fisica per gli immatricolati negli anni 1955, 1956 e 1957 » (1414);

SINESIO e MAROTTA VINCENZO: « Istituzione del ruolo del personale di accudienza agli immobili dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (I.N.A. I.L.) » (1415);

RESTA: « Modificazione dell'articolo 107 del testo unico 27 luglio 1934, n. 1265, relativo alla assegnazione preferenziale di farmacie al figlio o al coniuge del precedente titolare » (1416);

« Abilitazione all'insegnamento negli istituti dei sordomuti » (1417);

DE CAPUA ed altri: « Modificazioni all'articolo 8 della legge 12 aprile 1943, n. 455, sull'assicurazione obbligatoria della silicosi e dell'asbestosi » (1418),

COLITTO: « Norme per la promozione degli impiegati di ruolo delle carriere di concetto del personale civile delle amministrazioni centrali e periferiche dello Stato a primo segretario e qualifiche equiparate » (1419);

BIGNARDI: « Contributo straordinario dello Stato per il restauro della tomba di Luigi Carlo Farini in Russi (Ravenna) » (1420);

BONOMI ed altri: « Provvidenze creditizie a sostegno della viticoltura, delle cantine so-

ciali e degli enti gestori degli ammassi volontari di uve e mosti » (1421);

RESTA: « Disposizioni relative all'avanzamento dei tenenti colonnelli di artiglieria e dei colonnelli di amministrazione » (1422).

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

Svolgimento di proposte di legge.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di alcune proposte di legge. La prima è quella di iniziativa dei deputati Romeo e Barontini:

« Norme per l'assunzione in servizio di allievi operai presso gli stabilimenti militari » (804).

L'onorevole Romeo ha facoltà di svolgerla.

ROMEO. Il Ministero della difesa ha ripristinato da alcuni anni, presso i più importanti stabilimenti militari, le scuole allievi operai. Nel passato, queste scuole vennero istituite con lo scopo di formare giovani quadri operai da immettere nell'attività produttiva, in modo da creare una rete di tecnici e di specialisti preparati e all'altezza dei compiti nuovi derivanti dallo sviluppo del progresso tecnico.

Questa funzione le scuole allievi operai assolvero egregiamente.

Numerosi dirigenti e capitecnici che oggi sovrintendono alla vita di importanti officine o reparti negli arsenali provengono da queste scuole, ove la teoria e la pratica esigono impegno e serietà da parte dell'allievo.

Gli eventi bellici però e la politica di smobilitazione degli stabilimenti militari determinarono la sospensione dell'attività di queste scuole, le quali, come dicevo, sono state ora ripristinate, almeno presso gli arsenali più importanti, quelli di Taranto e La Spezia in particolare. Il ripristino di dette scuole è stato però limitato all'attività formativa dei giovani che le frequentano, cioè alla istruzione professionale, in quanto, alla fine dei corsi, a differenza del passato, gli stessi non vengono assunti negli stabilimenti.

Ciò è dovuto al fatto che la legge 26 febbraio 1952, n. 67, vieta l'assunzione in servizio di personale negli stabilimenti militari, anche se oggi dallo stesso Ministero è ricono-

sciuta l'esigenza di assumere nuova manodopera qualificata e specializzata, per fronteggiare la perdita subita con lo sfollamento volontario e i licenziamenti per mancato rinnovo di contratto.

Le scuole allievi operai costituiscono il vivaio di questa manodopera. Tuttavia, i giovani che escono da dette scuole, dopo aver frequentato per quattro anni i corsi, stante il blocco delle assunzioni, sono abbandonati a se stessi. In tal modo, viene disperso un patrimonio di giovani energie, che invece, secondo noi, deve essere pienamente utilizzato.

La nostra proposta di legge modificando l'articolo 39 della legge 26 febbraio 1952, n. 67, tende appunto a stabilire l'assunzione di tutti gli allievi operai che superino gli esami finali dei corsi.

Poiché si tratta di un provvedimento vivamente atteso dai giovani allievi operai, ci auguriamo che la Camera vorrà prenderlo in considerazione.

PRESIDENTE. Il Governo ha dichiarazioni da fare?

CAIATI, *Sottosegretario di Stato per la difesa*. Il Governo, con le consuete riserve, nulla oppone alla presa in considerazione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la presa in considerazione della proposta di legge Romeo.

(È approvata).

Segue la proposta di legge di iniziativa del deputato Gagliardi:

« Assegnazione di un contributo alla fondazione Querini Stampalia di Venezia » (1229).

L'onorevole Gagliardi ha facoltà di svolgerla.

GAGLIARDI. Si tratta di preservare alla nostra ed alle future generazioni una fondazione culturale altamente benemerita per tutto il paese ed in particolare per la città di Venezia; una fondazione culturale di tipo *sui generis*, nel senso che trae i fondi per la sua vita da un lascito che un nobile veneziano alcuni secoli fa volle destinare a scopo culturale.

Evidentemente questo lascito, che è composto da beni immobiliari (terreni, fabbricati, ecc.), non è più sufficiente a garantire la migliore funzionalità dell'istituzione. La pinacoteca che richiede continui restauri, la biblioteca assai vasta che richiede continui agguarnimenti per poter essere vitale, hanno bisogno di un aiuto straordinario.

Lo Stato, che interviene in molteplici forme per una infinità di problemi e di argo-

menti, non può negare alla fondazione qualche decina di milioni che le permettano di proseguire nel conseguimento degli scopi istituzionali.

Ecco perché, anche in relazione al fatto che da altra parte di questa Camera sullo stesso argomento e pressappoco nella stessa misura è stata presentata altra proposta (quasi a dimostrare che il Parlamento di fronte all'altissimo problema della cultura che attiene alla superiore vita dello spirito sa ritrovarsi unito) oso confidare che la Camera voglia accordare in un primo tempo la presa in considerazione della mia proposta ed approvarla in un secondo tempo.

PRESIDENTE. Il Governo ha dichiarazioni da fare?

BETTIOL, Ministro senza portafoglio. Il Governo non si oppone, trattandosi di un'ottima proposta, ma deve esprimere le consuete riserve.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la presa in considerazione della proposta di legge Gagliardi.

(*E approvata*).

Segue la proposta di legge di iniziativa dei deputati Luzzatto, Sannicolò, Matteotti Matteo, Tonetti e Ravagnan:

« Assegnazione di un contributo statale alla fondazione Querini Stampalia di Venezia » (1323).

L'onorevole Luzzatto ha facoltà di svolgerla.

LUZZATTO. La proposta di legge che ho l'onore di svolgere è analoga nell'intento anche se non identica nel dispositivo — ma questo potrà essere poi esaminato in sede di discussione — a quella dianzi svolta dall'onorevole Gagliardi, e ripete analoga proposta di legge che avemmo già l'onore di presentare nella precedente legislatura col n. 1116 e che non poté giungere al compimento dell'iter legislativo per la fine della legislatura stessa. Abbiamo ritenuto di doverla ripresentare e son lieto che l'onorevole Gagliardi abbia da parte sua promosso analoga iniziativa.

Molti degli onorevoli colleghi già sanno cosa sia in Venezia la fondazione Querini Stampalia. Istituita dal conte Giovanni Querini Stampalia con particolareggiate sue disposizioni testamentarie del 1868, e, dopo la morte di lui, eretta in ente morale con regio decreto 21 giugno 1869, la fondazione ebbe approvato il suo primo statuto con decreto 28 agosto 1869. Lo statuto venne successivamente modificato con il mutare dei tempi,

come avvenne per analoghe istituzioni. Attualmente l'istituzione è retta da uno statuto nuovo, aggiornato alle condizioni presenti ed approvato con decreto del Capo provvisorio dello Stato del 22 giugno 1947, n. 759. L'istituzione è sottoposta al controllo dell'Istituto veneto di scienze, lettere ed arti, ed è pure tenuta ad inviare annua relazione delle sue attività al Ministero della pubblica istruzione.

Le sue entrate sono esclusivamente quelle che il donatore ebbe a lasciare nel testamento: gli investimenti in titoli di Stato e i beni immobili in parte rustici ed in parte urbani videro, dopo la seconda guerra mondiale, fortemente ridursi il reddito annuo, mentre aumentavano le spese necessarie per il mantenimento della pinacoteca e della biblioteca.

Nel bilancio di previsione del 1956 la fondazione prevedeva un'entrata patrimoniale di 32 milioni e mezzo sui quali le uscite per imposte ed oneri vari inerenti al patrimonio erano di poco inferiori ai 20 milioni; talché per le spese di istituto sarebbero rimasti poco più che 12 milioni; ridotte le spese al minimo, queste risultavano almeno di 23 milioni con un *deficit* di quasi 10 milioni.

Come viene colmato questo debito? In parte con contributi a carattere straordinario da parte di enti locali e del Ministero della pubblica istruzione, che non possono tuttavia raggiungere il livello necessario. Lo stesso Ministero della pubblica istruzione ha fatto più volte presente la difficoltà di tali stanziamenti amministrativi e gli stretti limiti che si hanno nelle disponibilità di bilancio per questi stanziamenti, di modo che, se si vuole che l'istituto sopravviva si deve agire in misura più ampia, e in modo diverso, ciò che si può fare soltanto per legge. Nel giro di 5 anni, corrispondendo alla istituzione un contributo statale annuo, fissato in misura non rilevante, sarà possibile ottenere un risanamento del bilancio attuale, ed una conversione degli investimenti patrimoniali, alla quale, richiedendo essa una certa spesa, non si è potuto provvedere sinché il bilancio è stato ridotto al minimo.

Mi permetto perciò di insistere sulla necessità di corrispondere questo aiuto, se non si vuol correre il rischio di vedere persa una istituzione importante per il patrimonio artistico italiano. Tengo inoltre a far presente che la biblioteca è gratuita ed è messa a disposizione di tutti, italiani e stranieri, a condizioni di particolare comodità, secondo le particolareggiate prescrizioni del donatore fissate nel suo testamento; ed è forse l'unica biblioteca in Italia che consente ai visitatori di andarci a

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

consultare i testi nelle ore serali ed anche nei giorni festivi.

Insisto su questo punto perché Venezia, che è un centro di grande importanza anche dal punto di vista degli studi, dispone di una biblioteca pubblica, la Marciana, che non può sostituire, anche sotto questo aspetto, la Querini Stampalia, ma, per alcuni settori, si completa e si integra con questa, che offre materiale di studio che non è dato trovare alla Marciana.

Son sicuro che tutti gli onorevoli colleghi saranno d'accordo con me sulla opportunità di un modesto intervento statale che consenta appunto di superare le difficoltà in cui si trova questa benemerita istituzione.

PRESIDENTE. Il Governo ha dichiarazioni da fare?

BETTIOL, *Ministro senza portafoglio*, Il Governo, con le consuete riserve, nulla oppone alla presa in considerazione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la presa in considerazione della proposta di legge Luzzatto.

(*E approvata*).

Le proposte di legge oggi prese in considerazione saranno trasmesse alle Commissioni competenti, con riserva di stabilirne la sede.

**Seguito della discussione del bilancio
del Ministero della sanità. (1213).**

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

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

LATTANZIO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, prendendo la parola sul bilancio del Ministero della sanità non posso non ricordare anche io che si tratta del primo bilancio che viene in discussione al Parlamento italiano. E ciò mi induce ad un legittimo compiacimento per tre ordini di motivi: innanzitutto perché vediamo realizzato finalmente il Ministero della sanità, dopo centinaia e centinaia di ordini del giorno, di mozioni e di interrogazioni che sono state presentate in questo dopoguerra; in secondo luogo perché la costituzione stessa del Ministero della sanità mi pare che comporti un rinnovato impegno politico in rapporto alla salute pubblica; ed infine perché mi pare utile sottolineare che d'ora innanzi il Parlamento avrà la possibilità di un dibattito approfondito sulla politica sanitaria che si intende perseguire nel nostro paese.

Indubbiamente l'occasione odierna potrebbe portarci a spaziare su tanti singoli ed importanti problemi connessi a tale politica. Ma io penso che sia più opportuno, via via che verranno in discussione le singole proposte di legge, esprimere in quella sede il nostro pensiero; mentre mi pare doveroso, in questo dibattito, indicare le linee direttrici quali emergono non solo dalla nostra personale esperienza, ma ancora di più da quella più vasta coscienza igienico-sanitaria che ormai pian piano si va formando nelle nostre popolazioni.

Impostato così il nostro intervento, che resta delimitato in queste proporzioni, anche a me corre l'obbligo di aggiungere una parola su quelle che devono essere le reali attribuzioni del Ministero, e quindi, in rapporto ai compiti assegnatici, tracciare le direttrici da seguire in questo importante e delicato settore della vita nazionale.

Penso perciò che a tale proposito, più che alla nota legge istitutiva del Ministero della sanità, sia utile e doveroso rifarsi alla Carta costituzionale della Repubblica italiana, che chiaramente ed inequivocabilmente all'articolo 32 sancisce il diritto del cittadino a vedere tutelata dallo Stato la propria salute. Con l'approvazione della Carta costituzionale, cioè, la tutela della salute non costituisce più semplicemente un obiettivo umanitario, volto a liberare il genere umano da inutili sofferenze, ma ancora di più diviene una condizione essenziale per lo sviluppo civile ed economico di un popolo. La salute, cioè, quale bene naturale, deve essere conservata dall'individuo non solo nell'interesse suo, ma anche nell'interesse della collettività; deve essere perciò protetta dalla minaccia delle malattie, deve essere difesa con tutti i mezzi dagli assalti dei mali che ne compromettono l'integrità e, nei casi di menomazioni, deve essere ristabilita al più presto al suo primitivo stato.

Ecco perché il diritto alla salute, posto sullo stesso piano giuridico degli altri diritti di libertà politica e civile, è stato giustamente compreso nella nostra Costituzione repubblicana.

Lo svilupparsi e l'affermarsi di questa nuova concezione rende conseguentemente i servizi sanitari parte importante ed essenziale di ogni processo di sviluppo della nazione, per cui ben possiamo dire che senza di essi la nostra vita e la nostra economia non riposerebbero su stabili fondamenta. Ecco d'onde sorge l'importanza di questo nostro dibattito, ed ecco perché, intorno a questo tema, noi invochiamo il solidale impegno di tutto intero il

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

Governo, oltre alla vigile attenzione del Parlamento.

Da queste considerazioni derivano subito alcuni precisi orientamenti: in primo luogo, quello di tutto il Governo per evitare il tanto lamentato frazionamento delle funzioni sanitarie.

Ieri su questo problema si è diffusamente discusso, soprattutto nell'intervento dell'onorevole Capua; però non possiamo in questo momento dimenticare anche noi che ben 11 dicasteri, oltre quello della sanità, hanno appositi e autonomi servizi sanitari che — notate! — mentre sono indipendenti dal Ministero della sanità, spesso invece hanno una serie numerosa di enti statali e parastatali che da essi dipendono e che svolgono compiti di preminente interesse sanitario.

Con ciò non intendiamo affermare che tutti e 11 i dicasteri debbano rinunciare ai loro servizi sanitari per trasferire questi alle dipendenze del Ministero della sanità. Ciò, infatti, oltre che impossibile, riuscirebbe perfino dannoso per lo stesso Ministero della sanità, che si vedrebbe addossati compiti cui la nascente organizzazione non potrebbe assolvere. Noi intendiamo invece affermare senza possibilità di equivoci che il Ministero della sanità deve assumere, per volontà unanime del Parlamento e del Governo, la funzione esclusiva di indirizzo e di coordinamento di tutta la politica sanitaria del paese.

Ciò premesso, nasce spontaneo rilevare una seconda questione: quella dell'assoluta inadeguatezza della vigente legislazione sanitaria ad affrontare i nuovi e impegnativi compiti che il progresso della medicina e la evoluzione sociale hanno affidato ad uno Stato moderno. È noto infatti che l'attuale testo unico delle leggi sanitarie italiane risale al 1934 e non rappresenta, anche in questa sua nuova formulazione, se non un modesto aggiornamento della vecchia legge Crispi-Pagliani che risale al lontano 1888.

Ora, basti pensare che lo spirito informatore di tale legge è quello della lotta pressoché esclusiva contro le malattie epidemiche, che — notate — costituivano all'epoca la più temibile insidia alla salute pubblica, per renderci conto di quanto lavoro attenda il Parlamento e il Governo su questo piano. Mutate sono infatti le condizioni igienico-sanitarie del nostro paese; mutato è il quadro della morbidità, che vede diminuire l'importanza delle malattie infettivo-contagiose di fronte all'accrescersi di altro gruppo di malattie; mutato è il settore delle malattie sociali che, una volta limitato al campo della tubercolosi, della

malaria e delle malattie veneree, oggi è giustamente esteso al reumatismo, alle neoplasie, alle psicosi di ogni genere.

Come è possibile condurre contro queste affezioni una lotta efficiente, quando abbiamo ancora un ordinamento sanitario non idoneo e soprattutto non rapportato alle esigenze moderne e ai tempi attuali?

Crediamo perciò di essere nel giusto quando invochiamo da un lato un riconoscimento pieno dei compiti e delle funzioni del Ministero della sanità e, dall'altro, quando sollecitiamo Parlamento e Governo ad iniziare un intelligente lavoro di revisione e di aggiornamento delle basi giuridiche e delle strutture sanitarie del nostro paese.

A tal punto viene spontaneo un accenno al problema scottante del momento: quello degli ospedali. Su questo problema sento che bisogna dire una parola, anche perché certa stampa nazionale in questi ultimi tempi ha voluto interessarsene a fondo e, trascurando alcune valutazioni positive, ha inteso rilevare invece soltanto l'inefficienza e l'inadeguatezza degli ospedali italiani, dandone in sordina la responsabilità al Governo e ai medici.

Ora, mi pare che, affrontando questo delicatissimo tema, non si aiuti nessuno (soprattutto non si aiutano i malati che, nonostante tutto, sono ricoverati nei nostri ospedali) gridando in faccia talune tristi miserie dei luoghi di cura, mentre riteniamo che, a parte fatti ed episodi, per fortuna isolati, oggi dobbiamo ammettere che molti ospedali, anche quelli apparentemente malandati, dispongono di attrezzature tecniche tali da garantire qualsiasi prestazione all'altezza delle più recenti conquiste della scienza. Così come bisogna anche riconoscere che, malgrado tutto, il corpo ospedaliero dei sanitari è in grado di assicurare le più moderne prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Che poi gli ospedali in Italia siano pochi e, comunque, anche per la loro dislocazione insufficienti ai bisogni della popolazione, che vi siano anche dei pseudo-ospedali, che il personale sanitario risulti spesso insufficiente, e perciò incapace a garantire in ogni momento tutte le più inattese richieste, tutto ciò è fin troppo noto e giustamente i relatori, onorevoli Ferrari e Quintieri, ne hanno fatto esplicito riferimento nella loro relazione. Credo però che, prima di azzardare soluzioni radicali del problema, come quelle richieste da alcuni settori riguardanti la nazionalizzazione degli ospedali o il trasferimento della loro proprietà, come vogliono altri, all'ente provincia, bisognerebbe, proprio nello spirito dell'arti-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

colo 32 della Costituzione, trovare un punto di intesa sulla funzione e sui compiti che un ospedale deve avere nella tutela della salute pubblica.

Solo allora potremo affrontare i problemi amministrativi e finanziari oltre a quelli connessi alla carriera del personale dipendente. È vero, infatti, che, soprattutto nell'Italia meridionale, gli ospedali sono pochi e comunque al di sotto delle esigenze, ma non va neppure dimenticato che proprio in queste zone è scarsamente diffusa la coscienza del ricovero ospedaliero. Come dimenticare che se certi ospedali sono fortemente deficitari e perciò incapaci ad assolvere anche i più elementari doveri verso il personale dipendente, ciò si deve al fatto che il numero delle degenze è molto scarso ed il numero dei letti vuoti molto alto? Ecco allora sorgere l'aspetto — a parere mio — fondamentale, quello cioè della qualificazione dei nostri ospedali e conseguentemente della loro classificazione secondo l'ampiezza del territorio servito e la maggiore o minore complessità delle strutture di cui abbisognano.

È stata ricordata da più parti, oltre che lodevolmente menzionata nella relazione, quella che è stata la soluzione a cui si addivenne recentemente in Francia, seguendo una ormai decennale esperienza inglese in questa materia. In Francia gli ospedali, cioè, sono stati recentemente suddivisi in ospedali comunali, intercomunali, dipartimentali e perfino interdipartimentali e nazionali. La graduazione dal piccolo ospedale comunale al grandioso e complesso ospedale nazionale è legata alla semplicità o alla complessità delle cure, essendo ormai evidente che la plurispecializzazione degli ospedali di maggior ampiezza, per vastità di territorio servito, permetterà un ricovero di ammalati aventi bisogno di cure particolarmente specializzate.

Una tale classificazione apre indubbiamente la strada ad un vantaggioso coordinamento nella distribuzione delle rispettive funzioni, mantenendo ciascun ospedale nella propria specifica mansione. Tale coordinamento e pianificazione sono poi quanto mai necessari anche per quanto riguarda l'importante settore delle attrezzature tecniche, che ovviamente non possono essere apprestate nello stesso modo da tutti gli ospedali per le inevitabili carenze di natura economica. D'altronde, si attuerebbe così una concentrazione di sforzi finanziari ed organizzativi e si eviterebbe la polverizzazione dei sussidi che a volte servono — diciamo pure — solo a mantenere

in vita ospedali destinati diversamente a chiudere i propri battenti.

Se si addivenisse anche in Italia ad un tale divisamento, ovviamente cadrebbe qualsiasi polemica sulla nazionalizzazione o sulla provincializzazione degli enti ospedalieri, perché questi resterebbero gestiti dagli attuali consigli allorché rientrassero nella categoria degli ospedali comunali, da consorzi di tali consigli se si trattasse di giurisdizioni più ampie e si arriverebbe a gestioni dirette dello Stato, e quindi del Ministero della sanità, per quegli ospedali superspecializzati a carattere nazionale. Una cosa comunque resta urgente, e speriamo di immediata attuazione, ed è l'inserimento degli ospedali della mutualità. La lotta a cui spesso assistiamo fra istituti assicuratori di malattia ed ospedali è assurda ed è superabile solo con l'inserimento dei rappresentanti degli istituti mutualistici nei consigli di amministrazione degli ospedali ed inversamente dei rappresentanti di questi nei consigli di amministrazione degli istituti. Bisogna giungere cioè ad una concezione nuova dei consigli di amministrazione degli ospedali nei quali vorremmo vedere immesse, accanto a coloro che sono gli eredi delle concezioni storiche degli ospedali, anche quelle che sono le forze vive dell'assistenza moderna che viene erogata attraverso quegli istituti che realmente potrebbero dare agli ospedali una potente forza di propulsione.

Assicurata la piena efficienza istituzionale, amministrativa e finanziaria dell'istituto ospedaliero, mi sia consentito inquadrare brevemente il grave ed urgente problema del personale sanitario ospedaliero. La carriera del personale sanitario ospedaliero presenta, infatti aspetti quanto mai controversi e difficili in quanto coloro che sostengono le due avverse tesi in materia hanno le loro riflessioni su argomentazioni di vario e giustificato interesse. Se infatti è opportuno lasciare ai nostri ospedali la funzione altissima di scuola postuniversitaria, dall'altra per la stessa concezione moderna di un ospedale si rende necessaria la istituzione di sanitari legati in maniera stabile alle esigenze organiche dell'ospedale.

Credo perciò che se vogliamo mantenere ai nostri ospedali la caratteristica di organismi qualificati nel settore assistenziale, bisogna che si sia d'accordo nel fare in modo che i medici si possano dedicare di più agli ospedali e, parlando di questo, intendo riferirmi anche a quei medici addetti ad alcuni servizi più delicati — penso agli anestesisti, agli analisti, ai cardiologi, ai radiologi, ecc. — per i

quali ritengo che un effettivo riconoscimento giuridico ed un giusto trattamento economico siano necessari anche per ricompensare in pieno il sacrificio della loro libera professione. Infine è indispensabile rivedere gli organici dei nostri ospedali: il numero dei medici che la legge del 1938 assegna per la equa assistenza ospedaliera è oggi insufficiente ai bisogni ed è, in pratica, superato presso tutti i più attrezzati ospedali. È indispensabile quindi aumentarne il numero per legge, per consentire anche ai giovani medici di poter adire più facilmente alla carriera ospedaliera.

Questi provvedimenti così sommariamente enunciati potrebbero indubbiamente contribuire a portare i nostri ospedali nella loro terza fase: quella dell'assistenza sociale. Dopo, infatti, la prima fase che vede sorgere gli ospedali per solo spirito di carità cristiana, dopo la seconda fase caratterizzata dall'assistenza civile quale fu voluta dalla legge del 1890, oggi gli ospedali devono essere anche loro allineati nella più ampia assistenza sociale voluta dallo Stato democratico. L'ospedale deve diventare effettivamente un cardine importante di quella medicina sociale verso la quale lo Stato moderno deve rivolgere ogni sua cura.

Oggi la tutela della salute non si compie più infatti assegnando precipuamente alla medicina la funzione curativa ma riconoscendo a questa quella funzione preventiva e di profilassi che è una delle più grandi realizzazioni della medicina moderna. Funzione preventiva, che non è fatta soltanto di prestazioni terapeutiche, ma che si avvale anche di inchieste di massa, di visite collettive, di accertamenti precoci su larga scala, di quel complesso di pratiche mediche che vanno dall'esame schermografico collettivo alla vaccinazione profilattica di intere comunità e che si fonda soprattutto sulla diffusione dell'educazione igienica.

In questo senso ci sia consentito chiedere al ministro della sanità un rinnovato impegno di lotta contro le malattie sociali, contro quelle malattie cioè che, colpendo un numero assai elevato di cittadini, determinano un grave danno per le attività sociali ed economiche della comunità. Penso a tale proposito che il Ministero debba essere sempre più vigile verso i vari enti che svolgono specifiche attività in questo settore e ricevono anche adeguati contributi economici, ma che purtroppo non attuano un organico e coordinato piano di lavoro.

È poi indispensabile che il Ministero operi una scelta fra quelle malattie che statistica-

mente incidono sempre più sulla salute per far sì che adeguatamente si svolga la lotta di profilassi e di prevenzione verso queste malattie. A tal proposito non si può non ricordare che nel periodo gennaio-luglio del 1958, su 279.126 morti, ben 82.607 sono da addebitarsi a malattie del sistema cardiovascolare, 44.246 a malattie mentali, nervose e sensoriali e 39.857 a forme neoplastiche.

Solo guardando questi dati deve essere agevole poter operare una scelta e addivenire a un particolare impegno di lotta contro queste malattie sociali.

Per quanto riguarda il settore del reumatismo e delle cardiopatie reumatiche, credo sia giunto il tempo in cui, attraverso il ripristino scrupoloso della denuncia obbligatoria di questa malattia, si possa condurre un oculato censimento dei reumatici in Italia addivenendo anche a più precise mappe regionali di tale patologia. Bisognerebbe poi poter disporre di speciali dispensari antireumatici, utilizzando magari i dispensari antitubercolari, che potrebbero essere ricondotti alla più attuale veste di dispensari di igiene sociale. Approfondendo così da una parte le ricerche tendenti ad individuare gli stati prerenumatici e preartritici e dall'altra intensificando la lotta preventiva e profilattica contro le affezioni da streptococco Beta emolitico del gruppo A, noi pensiamo che si possa giungere a impedire le gravi complicazioni reumatiche acute.

Eguale la profilassi delle malattie mentali deve sempre più interessare gli organi del Ministero della sanità. Bisogna agire preventivamente nei riguardi dell'individuo normale perché questo possa sviluppare al massimo le sue alte funzioni ad un livello il più alto possibile. È questo un campo vastissimo che deve implicare un'opera veramente poderosa e di notevole importanza sociale in quanto è dalla salute del pensiero, cioè dell'attività mentale dei singoli, che dipende l'avvenire ed il progresso della società. Problema questo che coinvolge grosse questioni sociali, educative e pedagogiche oltre ad aspetti riguardanti la difesa dalle intossicazioni e dalle infezioni.

In quest'opera, molto possono fare gli enti locali, soprattutto le amministrazioni provinciali, attraverso la istituzione dei dispensari per la diagnosi precoce e la cura ambulatoriale dei predisposti alle malattie nervose e mentali, dei malati iniziali e dei malati precocemente dimessi dagli ospedali psichiatrici. Ma bisogna anche provvedere a promuovere e finalmente attuare i reparti aperti e tutte quelle modifiche della assistenza psichiatrica

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

utili ai fini della profilassi e della cura delle malattie mentali.

Ma bisogna soprattutto ricercare, raccogliere e vagliare informazioni e documenti. Bisogna condurre e provocare inchieste, indagini e ricerche sulle cause delle malattie mentali, sui danni morali ed economici che da esse derivano all'individuo ed alla comunità, sulle provvidenze legislative e di medicina preventiva atte a correggere tali cause ed a evitare tali danni. Bisogna soprattutto fare opera di propaganda estesa, energica, continuativa ovunque si può influire sulle collettività: nelle scuole, nelle caserme, negli opifici, nelle comunità agricole, nei centri di emigrazione, ecc.

Infine, un rinnovato caldo invito va rivolto per quanto riguarda la lotta contro il cancro. Il problema di tale malattia e della sua prevenzione è oggi più che mai all'ordine del giorno. Le statistiche di ogni paese sottolineano il progressivo aumento di incidenza dei tumori maligni e segnalano che tale aumento è fondato su effettivi controlli statistici. Ora, dinanzi a tale situazione non si può sfuggire al nostro precipuo dovere dell'ora: quello della prevenzione del cancro, intesa non solo nel senso più limitato della diagnosi precoce, bensì anche come lotta contro tutti gli elementi noti o presunti tali, atti a favorire l'insorgenza o ad influire sulla sua evoluzione. Non si può infatti non tenere presenti, fra i vari fattori predisponenti generali e locali, almeno gli aspetti chimici che possono essere ritenuti responsabili di determinate forme cancerose di probabile origine professionale.

Nessuno si nasconde le difficoltà che si possono incontrare quando si voglia attuare compiutamente un tale piano di profilassi. Difficoltà notevoli, infatti, già si incontrano quando la diagnosi precoce si rivolge a pazienti che consultano volontariamente il medico per qualche sospetto disturbo; ma difficoltà ancora più grandi sorgerebbero se la diagnostica fosse praticata, come si dovrebbe, in forma sistematica in tutti gli individui al di sopra di una certa età e ripetuta una o due volte all'anno, anche se fosse limitata inizialmente a quegli organi superficiali o aggredibili all'esterno che sono così frequentemente sede di neoplasia maligna, quali le mucose, l'utero, la mammella, e così via.

Ma noi sentiamo che in queste difficoltà potrebbe soccorrerci una maggiore educazione igienico-sanitaria del pubblico, oltre ad un più impegnativo richiamo rivolto a tutti i medici. Invochiamo perciò una ben definita organizzazione svolgentesi senza soluzioni di

continuità dagli specialisti fino ai medici generici, e soprattutto una fitta schiera di istopatologi ben preparati per la diagnosi citologica del cancro e ben consci della nobiltà del loro lavoro che indubbiamente servirebbero ad avviare nel giusto senso il problema e a determinare l'inizio di una attività veramente proficua.

Molto vasto e seducente è il programma di medicina sociale che il Governo, attraverso il Ministero della sanità, può oggi compiere. La medicina preventiva deve essere comunque alla base dell'azione igienico-sanitaria, assistenziale e previdenziale. Essa è la medicina veramente nuova, cui si devono i maggiori progressi nel campo dell'igiene sociale ed i trionfi attuali nella lotta contro i flagelli epidemici del passato (il colera, la peste, la febbre gialla, il vaiolo, il tifo petecchiale, ecc.) e nel cui rigido progredire tecnico e scientifico si impernano i sistemi organizzativi contro le grandi malattie sociali di cui abbiamo discusso.

Ma bisogna anche sollecitare l'avvento di una larga coscienza popolare, senza la quale ogni altro provvedimento risulterebbe inutile. E infatti la coscienza igienica popolare che deve accompagnare ogni aiuto scientifico e politico dedicato al benessere umano e civile; anzi, si può dire che senza di questa è inutile attendersi che qualsiasi impresa dia quei risultati voluti dalle disposizioni legislative. Non bisogna dimenticare che a volte il popolo non sa neppure di soffrire di certi mali perché alcune malattie croniche ed inveterate, attraverso l'età e le generazioni, finiscono con il deprimere perfino la stessa sensazione del male, mentre l'abitudine alla sofferenza non suggerisce neppure il riparo da questa. Cominciamo allora a far comprendere al popolo le sue sofferenze e le cause di esse perché impari a combatterle ed impegni tutti i suoi elementi, anche i più ignoranti, ad evitarle.

In quest'opera altamente meritoria non ultima è la insostituibile collaborazione dei medici, ai quali, in ogni circostanza, il Governo deve fare appello!

Il medico non deve essere considerato un meccanico scrittore di formule o uno stretto osservatore di infermi, né tanto meno uno studioso lontano dalle lotte economiche e sociali, chiuso alle legittime aspirazioni del popolo, ma deve essere considerato come il più sincero conoscitore, paziente e premuroso, di tutto l'ingranaggio sociale, come uno studioso appassionato ed intelligente di tutto l'ambiente che è oggetto delle sue cure e delle sue osservazioni, come un uomo che della società in

cui vive conosce le sofferenze, i bisogni, le aspirazioni, gli ideali.

In questo senso, se molto è stato fatto in Italia in tema di previdenza e di assistenza, altrettanto bisogna fare in tema di profilassi e di medicina sociale! E questo ciò che la nazione attende dal nuovo Ministero della sanità! In questa attività il Parlamento le sarà accanto, signor ministro, e per questo impegnativo lavoro noi sentiamo di dover rivolgere a lei ed al suo sottosegretario, onorevole De Maria, il nostro più fervido augurio di fecondo lavoro. *(Applausi al centro)*.

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

COTELLESA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, l'ampia e documentata trattazione che gli onorevoli relatori con tanta competenza hanno fatto nella loro relazione in merito a questo primo bilancio della sanità mi risparmia di illustrare argomenti già sufficientemente discussi anche in Commissione.

In omaggio anche al desiderio di esser breve, mi occuperò solo di alcuni argomenti. Poiché il Ministero della sanità non è un neonato, come è stato ieri ricordato, ma un lattante, data la mia vecchia passione di pediatra mi si consenta qualche consiglio affinché il suo sviluppo non sia ritardato, come laborioso fu il parto che lo vide nascere.

Poiché ho inteso ripetere qui che il ministro ha le armi ma non il porto d'armi, che il Ministero non ha attribuzioni, che non ha fatto politica sanitaria e non ne può fare, vorrei modestamente dimostrare che ella, onorevole ministro, armi ne ha. Ha potestà amplissime di azione, pur non avendo mezzi adeguati, ma questi li potrà trovare, come ha saputo reperirli per la lotta contro la poliomielite. E gli altri dicasteri devono, nei limiti delle giuste competenze, dare a Cesare quel che è di Cesare. E di questo, senatore Giardina, nel mio breve intervento, pur nel limitatissimo settore che andrò a trattare, desidero dare una modesta dimostrazione.

Desidero occuparmi del tanto discusso problema degli ospedali, problema che certamente va esaminato con tutta ponderazione, ma che non può oltre essere differito perché è da tutti veramente sentito e costituisce uno dei settori in cui la sanità pubblica deve svolgere la sua più completa azione.

Al Senato, parlando su questo bilancio, il ministro ci ha informato che in Italia il numero dei posti-letto ha una media del 4 per mille, con il 5,36 per mille nel nord, il 4,52 nel centro e l'1,93 nel sud e nelle isole, dove

sappiamo si scende, in qualche provincia, anche al di sotto dell'1 per mille. Ma se a queste cifre si aggiungono i posti-letto dei sanatori, ospedali psichiatrici, preventori ed ospedali dei vari enti, si arriva a una media del 7 per mille, ancora inferiore al minimo richiesto dall'Organizzazione mondiale della sanità, che è del 10 per mille.

Il primo problema è quello edilizio, che va però riguardato non solo in senso quantitativo, ma anche in senso qualitativo.

Mi risulta che il Ministero dei lavori pubblici ha disposto, da circa un anno, un importante studio di rilevazione, in tutto il territorio nazionale, della reale situazione degli ospedali. Io ebbi ad occuparmene nel 1949, presiedendo una commissione creata, d'intesa tra i lavori pubblici e la sanità, dall'allora ministro Aldisio, che impostò, con un piano triennale (3 miliardi l'anno in applicazione della legge 3 agosto 1949, n. 589), le costruzioni nel mezzogiorno d'Italia, e che portò alla istituzione di 1062 posti-letto in Campania, 1782 in Puglia, 664 in Basilicata, 421 in Calabria, 1042 in Sardegna, 1826 in Sicilia, senza gli ampliamenti e le costruzioni accessorie praticate nella stessa epoca.

Purtroppo, molte amministrazioni con estrema lentezza risposero all'appello, e mentre molte istituzioni furono completate ed altre sono in via di approntamento, alcune, per questa scarsa attività, non sono state realizzate. Una grave deficienza, dunque, in tutta Italia (ancor più nelle zone centro-meridionali del nostro paese), dove vi è poi una deficienza assoluta di posti-letto per pediatria, risultando al 1956 3500 posti-letto in ospedali specializzati e 6500 in reparti ospedalieri, nonostante che la legge n. 1631 renda obbligatoria, per gli ospedali di prima e seconda categoria, la istituzione di reparti specializzati, quali ostetricia, pediatria, ortopedia, urologia, ecc.

Occorre dunque far applicare la legge per assicurare, in questi settori così indispensabili per l'assistenza, qualificati reparti, potendo e dovendo la medicina moderna, con i suoi progressi, non fermarsi all'assistenza generica, ma avere la possibilità di intervento in ogni branca della scienza medica.

In Italia vige ancora la qualifica di ospedali di prima, seconda e terza categoria e infermerie, ma in alcuni centri abbiamo visto che si sono realizzate costruzioni meravigliose, e in parte quelle deficitarie sono state rinnovate: ma quanti inqualificabili istituti esistono ancora che non dovrebbero neanche avere l'autorizzazione a funzionare!

Penso che assai opportuno sarebbe, affiancando la rilevazione statistica edilizia, condurre una indagine analitica dettagliata dello stato attuale di tutti gli ospedali italiani, nella loro reale funzionalità. Questo studio, reso così completo in ogni sua parte, potrà renderci conto della idoneità o meno del funzionamento e delle eventuali situazioni che possano subire delle trasformazioni.

Ma non dobbiamo dimenticare che alcuni ospedali vivono solo in funzione dell'assistenza chirurgica, con un chirurgo che saltuariamente vi si reca ad operare, senza curarsi affatto delle altre necessità della rudimentale istituzione. Sono ospedali questi? A me non sembra che debbano essere considerati tali; ma in ogni modo dovrà essere necessario completare dove è possibile e migliorare quello che oggi si può, anche perché la migliorata rete stradale e i moderni mezzi di trasporto ci consentono di portare anche dei malati gravi in istituti attrezzati e degni di conforto. Un potenziamento, dunque, va impostato su un piano edilizio che ci assicuri ambienti moderni, igienici, decorosi, forniti di ogni conforto, cercando di eliminare tante decrepite sorpassate istituzioni. Ma occorre anche studiare la necessaria trasformazione delle attrezzature, che in questi ultimi anni hanno subito radicali rivoluzioni, secondo i nuovi dettami della tecnica ospedaliera. Bisogna oggi creare nel malato non la psicosi del ricovero ma il desiderio di recarsi in ospedale, non perché luogo di sofferenza ma quale asilo accogliente e rifugio per chi, colpito dal male, cerchi una qualificata assistenza ed una sicura terapia. E questo deve riferirsi non solo, in primo luogo, ai malati di corsia, che non devono essere dei tollerati, ma anche ai reparti speciali dove ogni più idonea attrezzatura deve essere istituita sì da superare quanto nella propria casa e meglio della stessa casa si può dare, e che in taluni istituti di cura privati vediamo organizzare come requisiti predominanti della loro attività.

In Italia, ce lo hanno confermato i relatori, vi sono 56.037 posti-letto di istituti privati di cura che dobbiamo ben riconoscere danno al nostro paese un prezioso apporto per la funzione sanitaria che svolgono. Ma per essi nessuna disciplina esiste all'infuori di una generica sorveglianza dell'autorità sanitaria fissata dall'articolo 193 del testo unico delle leggi sanitarie, che all'infuori della obbligatorietà della preventiva autorizzazione del prefetto per l'apertura, viene limitata all'osservanza da parte delle case di cura alle disposizioni della legge di pubblica sicurezza per l'aper-

tura dei locali dove si dà alloggio « per mercede », come dice la legge. Non è quindi regolamentata da alcuna norma la costruzione di quell'edificio che un giorno dovrà accogliere i malati: si affitta un appartamento, si acquista una villa e poi si trasformano in case di cura senza nessuna preventiva disamina, mentre per la costruzione del più modesto ospedale vi è tutta una serie di controlli delle amministrazioni della sanità e dei lavori pubblici che non solo sono richiesti per una nuova costruzione ma anche per il completamento e gli ampliamenti dei fabbricati esistenti. Né alcuna disciplina esiste sul funzionamento; non selezione di medici perché nessun concorso si bandisce; non una direzione sanitaria responsabile del servizio; non servizio di guardia obbligatorio (la stessa organizzazione, in un articolo nella rivista *Case di cura private italiane*, ne reclama l'istituzione); non selezione del personale di assistenza; nessun controllo sulle rette e sugli onorari e tanto meno sul bilancio di questi enti, che ricoverano solo paganti — non se ne dispiaccia l'onorevole Ceravolo — in funzione privatistica non controllata, sì da creare una vera concorrenza con gli istituti ospedalieri.

Ma non essendo fisse le rette, gli stessi enti mutualistici creano facilmente convenzioni con esse e preoccupati come sono del solo fine economico, non valutano se il malato abbia conveniente ed adeguata assistenza; ed è di questi giorni quanto è avvenuto in Roma in un istituto privato di cura chiuso dalla autorità sanitaria per motivi resi noti dalla stampa.

Non desidero dare l'impressione, per questo mio dire, di essere un nemico degli istituti privati di cura, ma il mio pensiero è che urga definire per essi una regolamentazione, che senza preconcetti, improntata ad una visione realistica del problema, provveda a tal fine.

Qualche parola desidero aggiungere per il personale sanitario medico ed infermieristico, che rappresenta il fulcro della vita ospedaliera.

I medici vanno selezionati con regolari concorsi, come è prassi abituale, e scelti senza discriminazioni, tra elementi ospedalieri ed universitari.

In questi ultimi tempi vi è stato un certo stato di allarme, per fortuna compostosi felicemente in questi giorni, sanando il crescente contrasto fra gli universitari e gli ospedalieri.

Io penso che sia gli uni sia gli altri, in una comune fraterna gara, devono assicurare con il loro apporto la migliore assistenza al malato. Non possiamo dimenticare che la fucina dei nostri medici è quella universitaria,

ma nello stesso tempo una palestra di perfezionamento deve ricercarsi nei nostri ospedali che devono con il loro ammodernamento, con la completezza dei reparti, dei laboratori per le opportune indagini, fornite biblioteche, ecc., elevare il livello culturale dei giovani medici, perfezionare la loro preparazione clinica, iniziarli degnamente alla professione medica. Occorrerà meglio disciplinare il settore dei concorsi, l'assistenzato e l'aiuto ospedaliero, fissarne la loro durata e soprattutto la loro posizione giuridica. Penso che di questo come di tanto altro dovrà occuparsi, onorevole ministro, quella Commissione che ella assai opportunamente ha nominato per lo studio del problema ospedaliero, ma di cui raccomandiamo che siano non troppo lontane le necessarie conclusioni, non potendo questo scottante problema essere eternamente differito.

Molto grave ci appare poi la situazione del personale cosiddetto infermieristico, inadeguato per istruzione, capacità e preparazione, deficitario per numero, cause che determinano il maggiore scontento della maggioranza dei ricoverati. Tale fenomeno, meno marcato nelle istituzioni del nord, è assai frequente nelle zone del mezzogiorno d'Italia e deve essere eliminato con opportune provvidenze che diano sicura e degna assistenza ai degenti.

Con legge n. 1046 del 20 ottobre 1956, istitutiva delle scuole di infermieri generici, si sono finora creati in Italia 67 corsi, di cui 25 al nord, 26 al centro e 16 nel sud. In realtà assai pochi. Ma le spese necessarie sono a totale carico degli ospedali e, dato lo stato deficitario della maggior parte di essi, è assai difficile che gli ospedali istituiscano tali scuole e il personale in servizio è limitato nella grande maggioranza alle cosiddette portantine, prive di titoli e con scarsissime capacità e preparazione. Occorre stabilire borse di studio, dare contributi agli ospedali che si rendono promotori della istituzione di tali corsi e cercare così di risolvere quest'altro grave problema.

Il fattore amministrativo, il cui aspetto è stato da molti colleghi trattato, penso costituisca però altra grave preoccupazione. E qui anche la necessaria competenza del Ministero della sanità penso che possa intervenire.

Oggi amministrativamente gli ospedali dipendono dal Ministero dell'interno che tiene stanziati nel capitolo riservato all'assistenza pubblica alcuni miliardi destinati a sanare i bilanci e a contribuire ad alcune necessità di questi enti. Ma da circa un anno nessun contributo è stato più concesso agli ospedali e il Ministero della sanità, che ha ereditato il bi-

lancio dell'« Acis », come sappiamo assai modestamente aumentato, non ha capitoli dove attingere queste somme. Di conseguenza, non sembra esagerato il paragone, gli ospedali non hanno assistenza né dagli Interni né dalla Sanità perché orfani di entrambi i genitori che prima li proteggevano, perché il primo è formalmente deceduto e il secondo non ha la potestà di farlo.

Anche qui, onorevole ministro, il suo intervento deve essere deciso e immediato.

Di recente il ministro del lavoro, con lettera del 4 aprile 1959, ha definito i rapporti fra enti mutualistici ed ospedali in materia di rette ospedaliere « dando assicurazione al presidente della « Fiaro » sul riconoscimento dei crediti degli ospedali maturati e maturandi in base alle rette che risultano deliberate ed approvate ». « Per i crediti arretrati » — si dice nel comunicato — « verranno sollecitamente stabilite le modalità per i relativi pagamenti, mentre le spedalità correnti da oggi in avanti verranno pagate nella misura sopraddeita. Un apposito Comitato interministeriale si riunirà immediatamente per il riesame delle norme che regolano la determinazione, l'approvazione e il pagamento delle rette, nonché dei problemi relativi ».

Questo comunicato è senza dubbio di notevole importanza (e bisogna darne lodevole atto all'onorevole Zaccagnini) per la vita dei nostri ospedali, ma deve avere anche attuazione pratica, ed è necessario che ciò avvenga al più presto per rendere meno difficile la vita delle nostre istituzioni ospedaliere.

Ancora un altro pericolo, onorevole ministro, mina la vita dei nostri istituti, non solo per il recupero delle degenze, per il ritardo nel pagamento delle rette da parte dei comuni e degli enti mutualistici, per le continue e spesso ingiustificate contestazioni di ricovero, per la concorrenza degli istituti privati di cura, che non hanno le spese generali degli ospedali: il pullulare di nuove creazioni ambulatoriali ed ospedaliere da parte degli enti, che, con dovizia di mezzi, moltiplicano queste istituzioni in centri dove sono organizzati poliambulatori, presidi diagnostici e laboratori ospedalieri di primissimo ordine, per cui si tolgono agli ospedali, senza una giusta ragione, i malati.

Il Ministero della sanità, in virtù della legge istitutiva, ha il compito (articolo 1) di provvedere alla tutela della salute pubblica, sovrintendendo e coordinando: azione che ella, onorevole ministro, deve seriamente iniziare. Ma, nell'interpretazione dell'articolo 5 della legge istitutiva, questa sovrintendenza po-

trebbe considerarsi a prima vista parziale, perché in tale articolo si legge che la vigilanza su enti aventi carattere previdenziale e assistenziale è sottoposta per legge al controllo del Ministero del lavoro e della previdenza sociale. Nello stesso articolo però, mentre si danno al Ministero della sanità anche facoltà ispettive, testualmente si dice: « I provvedimenti del Ministero del lavoro e della previdenza sociale nell'esercizio dei suoi poteri di controllo sugli enti predetti, sono adottati in materia di organizzazione e attività sanitaria di concerto col Ministero della sanità ».

È chiaro dunque che i mezzi vi sono, ma occorre usarli. Sanità e lavoro, sanità e interni, sanità e lavori pubblici, per citare solo quei ministeri di cui mi sono occupato, devono definire le loro competenze e, nello spirito della legge istitutiva del Ministero della sanità, devono dare a quest'ultimo i poteri che gli competono di diritto.

Purtroppo, come i relatori di maggioranza al Senato e alla Camera hanno ripetuto e come da tutti i settori politici della Camera si ripete, finora la sanità pubblica è stata la cenerentola degli organismi dello Stato. Oggi è un Ministero con autonomia propria e deve impostare dignitosamente un suo bilancio, una sua decisa azione, una vera politica sanitaria. È questo, senatore Giardina, il suo arduo compito !

Un breve accenno devo ancora fare a due settori che il relatore onorevole Ferrari non ha illustrato sufficientemente: l'assistenza all'infanzia e quella ai minorati da paralisi spastiche, lussazioni congenite dell'anca, ecc., di cui all'articolo 68 del bilancio di previsione.

È noto che la mortalità infantile è notevolmente diminuita nel nostro paese, ma ancora nel 1958 presenta 42.116 casi di decesso nel primo anno di vita, con una percentuale del 48,2 per mille nati vivi. Ora, su questa mortalità, la percentuale del 25 per mille è data dai minori immaturi. La mortalità degli immaturi entro i primi due giorni di vita è pari al 50 per cento circa della mortalità degli stessi entro il primo anno di vita.

È necessario dunque potenziare anche questo settore, migliorando anzitutto la collaborazione ostetrico-pediatrica, aumentare la disponibilità dei posti-letto (in Italia si limitano a 600 i posti istituiti in cliniche universitarie, ospedali ed istituti provinciali per l'infanzia), organizzare mezzi di trasporto rapido per il prelievo degli immaturi dal domicilio ed il ricovero ai centri di assistenza, potenziare i centri già esistenti e crearne dei nuovi con

ogni presidio moderno di diagnostica e terapia.

Quando si pensa che circa 40 mila bambini nascono ancora in Italia immaturi può considerarsi quanto sia importante questo problema per la necessaria assistenza che può sottrarli alla morte.

Sui minori spastici, discinetici, ecc., di cui al citato capitolo, per cui la sanità da alcuni anni ha diretta competenza, il mio pensiero è che il Ministero debba meglio sviluppare la sua azione, anzitutto rivedendo alcuni istituti specie privati, che senza alcuna attrezzatura qualificata ricoverano malati del genere a solo scopo speculativo e non danno agli infermi nessun prezioso vantaggio. In secondo luogo occorre istituire un certo studio di accertamento per i recuperabili che anziché abbandonati a loro stessi devono essere avviati in tempo utile ai centri organicamente attrezzati per migliorare il loro stato.

Sono elementi spesso recuperabili che, se abbandonati, non riescono certo a modificare il loro stato, ma se opportunamente corretti e curati possono fiduciosi guardare al loro domani.

Un particolare elogio sento di doverle tributare, onorevole ministro, per l'azione da lei svolta nella lotta contro la poliomielite, con oculati provvedimenti che non possono non trovare unanimi consensi, poiché non abbiamo altra difesa contro il terribile male oltre la vaccinazione.

Al 30 giugno 1959 dobbiamo registrare 2377 casi contro i 1321 del primo semestre 1958, che nell'ultimo trimestre devono ripartirsi in 340 casi in aprile, 502 in maggio e 569 in giugno.

Tale fenomeno è legato all'elevata incidenza di casi che, iniziata nell'agosto 1958 con 918 casi ha raggiunto cifre ancora elevate nei mesi successivi, senza arrestarsi nei mesi invernali, sì da avere ancora nel gennaio 1959 492 casi.

Abbiamo fiducia che la vaccinazione largamente diffusa ci consenta di veder diminuita la incidenza del male, ma poiché, come è noto, l'unica arma è la vaccinazione, la sua azione, senatore Giardina, è stata tempestiva e sarà sicuramente efficace.

Ma occorre completare la sua azione provvedendo anche alla cura dei colpiti ed alle conseguenze dei residuati. Pertanto bisogna potenziare i centri di recupero attrezzandoli con quanto di più moderno oggi abbiamo in questo campo e soprattutto formare il personale medico ed infermieristico da utilizzare per tali istituti.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

Non voglio ripetere quanto è ormai sostenuto dai pediatri e dagli studiosi di questa terribile malattia, essendo ben noto che l'assistenza al poliomielitico è delicatissima e va affidata a mani esperte e consapevoli, se non vogliamo fare più danno che bene con la terapia praticata da inesperti.

Completi dunque l'opera iniziata, senatore Giardina, e sarà certamente benemerito di aver dato al nostro paese i mezzi più idonei per vincere questa terribile battaglia contro la malattia poliomielitica.

Non tratto altri argomenti perché la brevità del tempo concessomi non me lo consentirebbe e mi avvio alla conclusione con un caldo appello al nostro ministro.

Come bene hanno rilevato i relatori, e in modo particolare l'onorevole Quintieri, vi è una preoccupazione che io condivido in pieno: occorre che il Ministero della sanità potenzi al massimo la sua strutturazione periferica.

Il medico provinciale ha bisogno non solo di sede, di impiegati, di mezzi per svolgere i nuovi compiti che gli sono devoluti dalla legge istitutiva del Ministero, ma soprattutto necessità di avere la piena autorità del suo mandato e di poter guidare con oculata direttiva tutta la materia sanitaria che è importante attributo del suo ufficio.

Spetta al Ministero, il dovere di assicurare che ciò avvenga perché non vi siano inframmettenze, titubanze, rinvii. L'opera deve essere ferma, sollecita, piena, altrimenti avremmo creato una inutile bardatura senza poter applicare quei postulati che sono elementi basilari della vera difesa della salute per la vita e la prosperità delle nostre popolazioni.

Mi scusi, onorevole ministro, se anche io ho abusato della sua attenzione, ma anche io, come lei, come l'onorevole De Maria, suo prezioso collaboratore, amo il giovane Ministero con affetto di pediatra, come dicevo all'inizio. Sappia costruire bene, come io non ne dubito; e questo superbo edificio, illuminato dal caldo sole d'Italia, sarà, ne sono certo, il farmaco miracoloso per dar vigore e salute al popolo italiano. (*Applausi al centro — Molte congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la onorevole Erisia Gennai Tonietti. Ne ha facoltà.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, nessuno degli interlocutori sul bilancio di previsione del Ministero della sanità ha ommesso di dire, mi pare, che questa è la prima volta che alla Camera dei deputati, e prima al Senato, si è potuto parlare con una

certa ampiezza e larghezza, in sede strettamente competente, dei gravi problemi della sanità. Lo dico anche io e me ne compiaccio, anche se devo confessare di non aver salutato con molto entusiasmo la istituzione di questo Ministero, non perché non ne sentissi l'importanza ed il valore, ma perché nella legge istitutiva del Ministero si vedevano (come del resto si vedono ora), anche a voler essere ottimisti, delle limitazioni molto rilevanti ai suoi compiti.

Le relazioni che abbiamo esaminato, tanto quella di maggioranza come quella di minoranza, sono ampie, interessanti, direi che, più che come guida nella nostra discussione, potrebbero servirci come materia di studio. Si è riconosciuto però chiaro e tondo da ambedue che il Ministero della sanità, il quale oggi non ha ancora spento la sua prima candelina, è quello che è, così come lo abbiamo voluto noi approvando la legge del 13 marzo 1958 la quale è ben vero, onorevole Cotellessa, che all'articolo 1 gli attribuisce il compito di tutelare la salute pubblica, ma all'articolo 5 lo esonera dal controllo delle istituzioni previdenziali ed assistenziali.

Ho sentito una idea molto originale espressa da un collega della minoranza il quale ha detto che il Ministero del lavoro amministra i contributi dei lavoratori ed ha quindi il diritto di controllarne il migliore impiego a vantaggio dei medesimi.

DE PASCALIS. Era un parere personale.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Comunque è interessante e l'ho preso in considerazione. È vero, il Ministero del lavoro controlla i contributi dei lavoratori che sono parte del loro salario (anche la quota versata dal datore di lavoro fa parte del salario), però una cosa è amministrare dei contributi altro è dirigere l'assistenza sanitaria. La politica sanitaria è ben altra cosa, è compito più complesso e deve essere inquadrato ed armonizzato con ogni altra esigenza sociale. Quindi, credo che, tutto sommato, il rilievo del collega possa essere preso in giusta considerazione e nello stesso tempo si possa sostenere la competenza del Ministero della sanità su tutto il problema sanitario sempre più vasto e completo.

Comunque quei 43 esigui miliardi del bilancio del Ministero della sanità sono stati — ricordiamolo bene — il suo biglietto di ingresso nel mondo dei dicasteri italiani. Se quella legge istitutiva avesse preveduto uno stanziamento maggiore, non sarebbe passata: questa è la realtà. E chi vi parla faceva parte allora della Commissione finanze e tesoro; a noi che avevamo fatto rilevare che i pochi

miliardi dell'« Acis » trasferiti nel bilancio dell'istituendo Ministero sarebbero stati insufficienti, fu fatto osservare che era stato appunto affermato che non si sarebbe speso un soldo di più per cui noi dovevamo dare non già un parere contrario, ma favorevole. Così venne il parere favorevole e la legge passò.

Pertanto al signor ministro affidiamo la nostra speranza che, grazie alla sua influenza ed al suo spirito di iniziativa, lo stanziamento divenga sempre più vasto e cospicuo in modo da rispondere a tutte le esigenze e tale da appagare quelle aspirazioni delle quali i colleghi qui presenti si sono fatti interpreti.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, la cui competenza resta al dicastero del lavoro e concerne il 70 per cento dell'assistenza sanitaria in Italia, come faceva appunto osservare il ministro del lavoro, desidero citare, perché mi hanno fatto pensare, alcune autorevolissime frasi pronunciate dal Capo dello Stato qualche settimana fa. Invitato ad inaugurare a Firenze tre grossi complessi ospedalieri, uno dell'I.N.P.S., uno dell'« Inail » ed uno dell'« Inam », egli ha affermato alcuni concetti che riporto nella loro interezza, per non sciuparne l'alto valore e significato. Ha rilevato come « l'attività di questi grandi complessi vada strettamente coordinandosi in vista dei compiti maggiori che avranno la previdenza e la sicurezza sociale ». Ha aggiunto che « lo Stato democratico inteso come espressione della comunità nazionale e delle sue esigenze sociali, si è assunto certamente oneri e responsabilità notevoli; ma non gli si fa torto riconoscendo che il complesso delle misure legislative e della loro attuazione non hanno esaurito il problema, perché questo si allarga ogni giorno in conseguenza di nuove esigenze ». Ha ricordato inoltre « che da tempo fu assegnato al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro il compito di elaborare, con la collaborazione dei tre maggiori istituti, un progetto di legge-quadro che regoli l'intera materia ».

E qualche cosa di più, onorevole Capua, di quella sua originale, interessante proposta di un consorzio tra gli enti impropriamente chiamati mutualistici. Il suo suggerimento potrebbe essere il principio di una importante soluzione; però si tratterebbe di un grosso consorzio, perché, oltre ai tre enti ricordati, dovrebbero farne parte altri 25 o 26.

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per l'igiene e la sanità*. Esattamente 32.

CAPUA. La cifra è fantomatica: nessuno sa quale sia esattamente, perché ognuno conosce un altro ente.

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per l'igiene e la sanità*. Il numero di 32 risulta dalle statistiche del Ministero del lavoro.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Questa è l'ultima parola, la più aggiornata; diciamo dunque 32, in attesa del trentatreesimo, per arrivare al numero perfetto.

Ora, in un consorzio, quale ella giustamente propone, onorevole Capua, si presume — almeno in analogia con i consorzi tra gli enti locali — che ciascun aderente rinunzi ad una parte dei propri poteri e quindi anche delle proprie possibilità finanziarie per essere, come contropartita, sostituito nell'adempimento di alcuni compiti e doveri.

Ora, a me sembra che una materia del genere non si potrebbe regolare se non per legge; quindi le parole pronunciate dal Capo dello Stato, oltre ad essere altamente autorevoli, ci appaiono anche esplicative di questi nostri concetti ed interpretative delle stesse nostre aspirazioni.

Tutti gli onorevoli colleghi hanno richiamato la nostra attenzione sugli ospedali pubblici. Lasciate che io esprima loro la mia gratitudine; e voi sapete bene perché dico « mia »: innanzi tutto perché sono amministratrice di uno di questi enti, e poi perché per la prima volta, in oltre un decennio, vedo posto il problema ospedaliero in così grande rilievo. Nel discorso pronunciato al Senato il ministro ci ha fatto il grande onore di porre il problema degli ospedali al primo posto. Quanto a me, ho memoria di averlo trattato da un decennio a questa parte e di essere stata davvero una voce che gridava nel deserto, animata dalla passione che viene dalla conoscenza di un grave ed importante problema.

Cheché se ne dica, oggi l'ospedale (come ha rilevato il relatore Ferrari, che è uno dei fondatori della « Fiaro ») non è più un ospizio pubblico: conserva solo alcune caratteristiche dei secoli passati, ed il mutamento è dovuto alle nuove esigenze dell'assistenza sanitaria; talché l'antico ospizio dei poveri malati e senza tetto è oggi luogo di cura attrezzato con tutti i presidi sanitari che la scienza medica mette a disposizione della società.

Al relatore di minoranza devo dire che non è esatto che il relatore di maggioranza non abbia auspicato questa trasformazione; l'ha invece chiaramente rilevata. Non invociamo che l'ospedale perda le caratteristiche di ospizio, poiché esso le ha già perdute per forza di cose, in conseguenza delle nuove necessità scientifiche, sociali ed anche amministrative.

Qualcuno di voi ha certo memoria di una pubblicazione di un giornale illustrato italiano che va per la maggiore, dove un certo giornalista pretese di aver fatto una specie di inchiesta sulle attrezzature ospedaliere catalogando forse il peggio dei nostri ospedali, e con ciò intendendo dimostrare quale fosse la situazione degli ospedali. Ma quel che più ci offese e colpì fu l'affermazione secondo la quale gli ospedali sono quegli « scheletri fossili (così si esprime il giornalista) che il medioevo ci ha tramandato ».

Non è vero! Il medioevo non ci ha tramandato scheletri fossili, strutture morte e inservibili, ma creature vive e istituzioni ricche di merito e di esperienza, che ancora possiamo far fruttare. Sta a noi adattarle, con nuovo spirito e secondo le nuove esigenze sociali, ai doveri e ai diritti della comunità!

È vero, gli ospedali non sono più capitalisti. Anche per questo, dico al relatore di minoranza che non esistono ospedali ricchi ed ospedali poveri. Gli ospedali sono tutti poveri, anche se qualcuno ha potuto conservare attraverso i secoli un po' dei propri beni immobili. Ma a che servono i patrimoni degli ospedali? Per gli amministratori più coraggiosi, servono ad accendere ipoteche per contrarre nuovi mutui destinati a nuove e migliori attrezzature. Ecco perché sono utili questi patrimoni! Ma (come dissi nell'ottobre scorso in sede di bilancio dell'interno), il rendimento di questi capitali — anche cospicui — in relazione all'ampiezza dei bilanci rappresenta una percentuale minima.

Vi cito qualche cifra. Sopra un bilancio di 4 miliardi si denuncia un reddito patrimoniale di appena 20 milioni. Che cosa sono 20 milioni di reddito in un bilancio di 4 miliardi? E uno degli ospedali più grandi e ricchi d'Italia, l'ospedale maggiore di Milano, con un bilancio di circa 7 miliardi denuncia un reddito patrimoniale di appena 100 milioni.

Gli ospedali « capitalisti » dal punto di vista patrimoniale sono ugualmente ospedali poveri, anche perché i loro statuti impongono loro che il reddito patrimoniale sia tutto devoluto a riduzione delle diarie che i comuni pagano per l'assistenza ai poveri. Per conseguenza, è una ricchezza che esiste, ma che non può risolvere quei problemi che gli ospedali vorrebbero oggi risolvere.

Tutti gli ospiti degli ospedali pagano, tutti; non si assiste più per carità nessuno, sono tutti paganti. È verissimo: pagano i lavoratori con una parte dei loro salari che hanno

versato alle istituzioni assicurative, pagano anche i comuni senza discutere nemmeno le diarie. Ecco così verificarsi il ben noto fenomeno dei conflitti fra i bilanci; perché i conflitti fra le amministrazioni ospedaliere e gli enti mutualistici che non vogliono riconoscere le diarie sono tutti conflitti di bilancio. Ciascun ente mutualistico cerca di difendere il proprio bilancio come meglio può, altrettanto fanno gli ospedali e altrettanto fa il Ministero della sanità, che cerca di difendere il suo, bilancio contro i bilanci degli ospedali (lo vedremo più oltre).

Vi è stata la dichiarazione del ministro del lavoro, cui ha fatto cenno poco fa l'onorevole Cotellessa secondo la quale (è un primo passo verso la soluzione del grave problema) gli enti previdenziali riconosceranno le diarie maturate e regolarmente approvate dall'autorità tutoria entro il 30 aprile 1958. Però ancora non sappiamo quale sarà la sorte degli arretrati. Entro il 30 giugno, proprio per gli accordi presi dal comitato interministeriale, cui ha fatto cenno l'onorevole Cotellessa, l'« Inam » avrebbe dovuto versare tre miliardi. Ci risulta che si sta versando qualche cosa dagli uffici provinciali dell'ente, ma non ci risulta che dal 1° maggio in poi si riconoscano le nuove diarie, cioè le diarie così come sono state approvate. Vi lascio considerare che cosa succederà quando le amministrazioni ospedaliere, dovendo deliberare l'aumento salariale al personale, contemporaneamente dovranno deliberare anche gli aumenti delle diarie. Il guaio è che noi non respingiamo affatto l'affermazione secondo la quale le amministrazioni ospedaliere sono amministrazioni a carattere commerciale. È verissimo, sono a carattere commerciale perché non fanno, come gli enti patrimoniali, la cifra della spesa in base alla cifra dell'entrata, ma al rovescio, fissano l'entrata in base alla spesa e la spesa a sua volta è fissata in base alle necessità amministrative, assistenziali, sanitarie, di ammortamento mutui, eccetera. Fissano le amministrazioni un rigido prezzo di costo e su questo l'entrata che è data dall'unica voce: le rette di degenza. Un commercio molto difficile anche per quella concorrenza di cui parlava poco fa l'onorevole Cotellessa. Non so se si tratta di concorrenza intelligente o ingenerosa, comunque generosa per loro, per l'iniziativa privata, la quale gode di alcuni benefici, per esempio non ha la minaccia dello sciopero da parte del personale per l'aggiornamento del trattamento salariale. Il sindacalismo non so perché non riesca ad occuparsi intensamente di questo

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

settore come si occupa di altri molto lodevolmente.

L'onorevole ministro non se ne avrà a male — spero — se io dovrò per forza di cose accomunare il Ministero della sanità all'« Inam », per lo stesso modo con cui difende il proprio bilancio. Dal 1954 l'A.C.I.S., e il Ministero della sanità poi, si rifiuta freddamente di riconoscere gli aumenti delle diarie per i ricoveri dei colpiti da postumi di poliomielite. Abbiamo fatto molte questioni, siamo intervenuti anche in quest'aula per avere stanziamenti maggiori dal Ministero del tesoro e perché si riconoscesse questo aumento di spesa per un'assistenza così importante e delicata, come poco fa diceva anche il collega Cotellessa. Ma tutti i nostri tentativi sono stati inutili. Eppure il Ministero della sanità fa parte di quel comitato interministeriale che ha dettato le norme per risolvere la vertenza fra l'« Inam » e gli ospedali italiani: non potrebbe egli fare in modo che anche i suoi uffici si adeguassero a quelle norme?

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Accetteremo senz'altro l'aumento, trovando in qualche modo i fondi. Gliene do pieno affidamento, onorevole Gennai Tonietti.

GENNAI TONIETTI ERISIA. La ringrazio, signor ministro. Io so che il suo bilancio è quello che è. Sono dieci anni che io sto tempestando di richieste per ottenere maggiori stanziamenti per l'assistenza ai poliomielitici. Infatti in un primo tempo erano stanziati 600 milioni, aumentati poi ad 800 e successivamente ancora a un miliardo, proprio a seguito di ordini del giorno da me stessa presentati. Consentitemi di vantarmi di questo. Io sostengo poi che le diarie basse per i poliomielitici sono sospette: il recupero dei colpiti dalla polio non può essere compiuto in un modo qualsiasi: o lo si fa bene o non lo si fa. Io, signor ministro, ho proprio l'incarico dai centri di recupero dei maggiori complessi ospedalieri (il Rizzoli di Bologna, il Pini di Milano, l'Ortopedico di Firenze, il Centro di Venezia e il Santa Corona, se permettete, di cui io ho la dura responsabilità) di elevare una protesta rispettosa contro le diarie basse che necessariamente nascondono un'assistenza insufficiente, che, appunto per essere insufficiente, è inadatta al recupero del poliomielitico. E siamo proprio noi, rappresentanti dei centri di recupero costretti a mantenere alte le diarie, che le chiediamo una ispezione. Un prezzo più basso della diaria può essere forse possibile per un'assistenza generica, ma non può assolutamente esserlo per il recupero di un ammalato di questo

genere. E per questo che invochiamo dal Ministero un'accurata ispezione che riguardi noi in primo luogo, ma che riguardi anche i centri dalle diarie minori.

Circa i bilanci degli ospedali, l'onorevole relatore ha detto che questi sono in *deficit*. Non è vero, onorevole relatore: i bilanci preventivi degli ospedali non possono essere in *deficit*, la legge lo vieta. Purtroppo la situazione è ancora peggiore: i bilanci non figurano in perdita perché non sono fedeli alla verità. Cioè si mettono in entrata diarie che poi si sa che non saranno riconosciute e non saranno pagate. Cioè il *deficit* vi è, ma non si vede, è clandestino, anche se clandestino non è nei nostri conti di banca dove si traduce in passivo vero e proprio.

L'onorevole Cotellessa ha detto che il comitato interministeriale, la cui nascita noi abbiamo salutato con un certo compiacimento, avrà dei riflessi anche in provincia con la costituzione di commissioni periferiche che dovranno essere consultate nel caso di aumenti di diarie. Non vi è dubbio che questa è una deroga al decreto ministeriale dell'11 febbraio 1924, anche se noi amministratori di ospedali non ce ne avremo a male di questo controllo e di questo esame preventivo dei nostri bilanci. Infatti, ad aversene a male dovrebbero essere, semmai, i prefetti ed i medici provinciali, che hanno per legge il compito del controllo delle diarie ospedaliere.

Andiamo cauti con questi sistemi. La costituzione di una commissione di studio, di cui si è data notizia, avrà il compito di studiare la situazione attuale, ma dovrà prendere in considerazione il futuro. Ora, se le soluzioni remote ci stanno a cuore, quello che più ci preme sono le soluzioni immediate.

Signor ministro, si è tenuto recentemente ad Edimburgo il congresso della federazione internazionale degli ospedali. È stata la prima volta, da dopo la guerra, da quando si fanno i congressi internazionali della federazione, che il Governo italiano non è stato rappresentato. Esso fu rappresentato a Bruxelles, a Londra, a Lucerna, a Lisbona; ma ad Edimburgo non vi era nessuno. Comunque non vi è da preoccuparsi. Nel 1961 la federazione internazionale degli ospedali terrà il suo congresso a Venezia. È giusto che sia così: gli ospedali sono nati in Italia. Gli stranieri vedranno in casa nostra tante belle cose del passato e anche del presente.

Al congresso di Edimburgo vi è stata una sostanziale diversità di linguaggio fra noi e i colleghi delle altre nazioni. Gli inglesi, i francesi e anche i portoghesi hanno risolto

il loro problema finanziario. Le sovvenzioni dall'alto tolgono ogni autonomia, è vero, ma per quei paesi non esiste un problema economico. Per noi, invece, assillati da questo, quello che realizziamo è frutto di conquista, di audacia, di coraggio.

Nonostante le nostre difficoltà (e questo è per noi motivo di compiacimento), possiamo dire che le nostre attrezzature, la nostra preparazione tecnica, la stessa attrezzatura edilizia hanno spesso ben poco da invidiare a quello che si fa all'estero. Gli inglesi hanno inventato le macchine per lavare i pavimenti; ma in molti ospedali i pavimenti sono lavati dalle donne con stracci e sapone.

In questo breve periodo di vita del Ministero della sanità abbiamo avuto una piccola delusione. Le amministrazioni ospedaliere e la loro associazione avrebbero molto gradito l'istituzione di una speciale direzione generale per gli ospedali. La direzione generale e un consiglio superiore, che si occupassero esclusivamente del problema ospedaliero, darebbero la possibilità di inquadrare in modo più ufficiale e più responsabile tutto quel lavoro che viene affidato ora a commissioni e comitati di esperti che non ci è dato conoscere in quali criteri siano stati composti.

Si è accennato ai problemi del personale ospedaliero: personale medico e personale ausiliario. Quanto al personale medico, i giovani assistenti aspirano alla carriera, ma vi è chi considera l'ospedale dal punto di vista didattico e preferisce una rotazione del personale medico. Noi amministratori abbiamo la sola preoccupazione di andare incontro alle aspirazioni dei nostri medici. L'essenziale è però che si mettano d'accordo e prospettino, ove occorra, soluzioni realizzabili.

Ma qualcosa di più vorrei dire sul personale sanitario ausiliario. Ho sentito accennare poco fa alle scuole per infermieri e infermiere generici; indubbiamente queste scuole hanno la loro importanza ma non bastano, anche se rappresentano un onere notevole per gli ospedali i quali, in base alla legge, devono fornire le sedi, gli insegnanti e pagare tutte le spese. Questo avviene nonostante si tratti di un servizio che è reso non agli ospedali ma alla collettività, perché gli infermieri generici solo in parte prestano servizio negli ospedali ma trovano spesso impiego in altri enti sanitari e assistenziali.

Particolarmente importanti (oltre che costose ed impegnative) sono le scuole-convitto per infermiere professionali. A questo proposito devo lamentare che del problema non si sia parlato durante la discussione del bilancio

della pubblica istruzione, nel quale ci si è tanto soffermati sulla necessità dell'addestramento professionale e sulla necessità di dare ai nostri giovani una preparazione rispondente alle necessità lavorative; lacuna grave perché la professione di infermiera è fra quelle che offrono alle giovani donne un vasto campo di attività. Si potrà obiettare che la materia non è di competenza del Ministero della pubblica istruzione, ma non è così, in quanto per aprire una scuola-convitto per infermiere il Ministero della sanità ha bisogno del parere favorevole della pubblica istruzione. Non si vede quindi perché ci si debba preoccupare della preparazione di elettricisti, elettrotecnici minatori od agricoltori (sovvenzionando i relativi corsi) ignorando completamente, per contro, le scuole per infermiere, che tanta importanza rivestono.

Decine di migliaia di ragazze hanno preso parte all'ultimo concorso magistrale e di esse solo una minima parte avrà un posto, mentre le infermiere diplomate troveranno sicuramente un lavoro. Ma per formare le infermiere occorre poter disporre di molte scuole e creare le condizioni favorevoli per la partecipazione delle giovani.

Vorremmo quindi che il problema fosse affrontato con maggiore impegno, anche perché le necessità aumentano e insufficiente alle esigenze è il personale volontario (parlo delle suore) che ha il grande merito di curare il proprio aggiornamento, partecipando ai corsi delle scuole professionali per essere all'altezza delle responsabilità nuove. Di conseguenza gli ospedali ricercano sempre più insistentemente personale laico femminile con diploma di scuola professionale.

Le scuole professionali per infermiere prevedono un corso di due anni (solari, non scolastici) di studio e di tirocinio negli ospedali; per esservi ammesse occorrono l'età minima di 18 anni compiuti e il grado di cultura media inferiore. I gradi superiori (capo-sala, assistente sanitaria, ostetrica) si conseguono con un anno di studio per le prime due qualifiche e con due anni per le ostetriche.

Si tratta di scuole serie ma comunque ancora perfettibili, in modo da dare alle infermiere anche una preparazione di cultura generale. Dato che in questo modo si verrebbe ad accollare un maggior onere alle amministrazioni ospedaliere mi si potrebbe accusare di ledere i loro interessi; ma ho tanto a cuore la preparazione professionale delle donne del nostro tempo che ritengo doveroso compiere un ulteriore sforzo, disposta anche a sacrificare i miei sentimenti di amministratrice

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

ospedaliera, tanto sono convinta che gli ospedali avranno tutto da guadagnare e nulla da perdere.

Le scuole professionali per infermiere sono collegate, hanno cioè la forma della scuola-convitto. Anche sotto questo riguardo sono state mosse critiche a queste benemerite istituzioni, dimenticandosi però che le scuole-convitto non servono soltanto a dare alle ragazze da mangiare e da dormire ma assolvono ad una funzione di guida, di studio, di preparazione, di allenamento alla vita sociale ed ospedaliera; funzione che soltanto con la presenza si può assolvere.

Negli anni precedenti, il bilancio della sanità recava un modesto stanziamento (che quest'anno non ho trovato) di 50 milioni da distribuirsi con sovvenzioni alle scuole infermiere di nuova e di vecchia istituzione e in borse di studio per gli allievi. Mi auguro che questi 50 milioni siano rimasti. Qualcuno ha insinuato che sono stati stornati per altre importantissime necessità.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Quei fondi sono pochi, aumenteranno certamente.

GENNAI TONIETTI ERISIA. È una magnifica notizia.

Credo opportuno fare anch'io, in breve, un richiamo alla sanità periferica. Si è parlato della condotta medica. Nessuno è più affezionato di me a questo istituto, poiché ho l'onore di presiedere l'istituzione che l'ha creato qualche secolo fa. Se qualcuno volesse conoscere la storia delle condotte mediche in Italia può consultare gli archivi del pio istituto santa Corona di Milano. Oggi certamente la condotta medica è però un'altra cosa, perché il medico condotto, che percepisce dal comune uno stipendio talmente esiguo, è logico debba trovare lavoro a compenso nella assistenza mutualistica. Avviene anche che, quando va in quiescenza, gli viene corrisposta una pensione che all'incirca è uguale a quella che percepisce lo spazzino comunale o il necroforo, ciò perché la sua retribuzione contributiva, rappresentata solo da quanto percepisce dal comune, è esigua.

Date queste circostanze io vedrei volentieri la soppressione di molte condotte comunali, ottenendo però che i medici direttamente dipendenti degli istituti previdenziali siano scelti — secondo norme legislative da emanare — col metodo sicuro di selezione per concorso e valorizzando per contro i compiti e le funzioni degli ufficiali sanitari.

È stato detto che molte volte l'ufficiale sanitario è anche medico condotto. Però, gli ufficiali sanitari possono essere anche consor-

ziati. Si potrebbe giungere a questa situazione: un comune non ha il medico condotto avendo affidato al medico mutualista l'assistenza di quelle 50 o 100 persone che devono essere assistite a suo carico; può quindi permettersi il lusso di affidare ad un ufficiale sanitario la completa assistenza e selezione scolastica ed una vera vigilanza su tutta la sanità locale.

Riguardo alle condotte ostetriche, il problema, a mio avviso è ben diverso. Diceva un sindaco di un grosso comune che un parto costa 400 mila lire. Qui sorge l'equivoco. L'ostetrica, secondo il parere di molti, deve soltanto occuparsi dell'assistenza al parto. Non è vero, perché per legge ed anche per disposizione governativa, l'ostetrica deve esercitare una funzione di vigilanza e di assistenza sulla puerpera e sul neonato. È noto come sia diffusa ormai la consuetudine di far nascere i figli in clinica o negli ospedali, però sapete anche che questi istituti dimettono puerpera e neonato dopo un parto normale al massimo dopo 7 gioni. E la giovane madre, prima di presentarsi ai consultori dell'O.N.M.I. fa trascorrere altri 40 giorni, cioè il tempo sufficiente a far sì che nel bambino si verifichino tare o malattie alle quali è poi difficile porre rimedio.

Si dice che nel trimestre gennaio-marzo, in Italia vi sia stato un aumento della mortalità infantile. Non esito ad attribuire questo aumento della mortalità infantile alla mancanza assoluta di assistenza alle puerpere ed ai neonati, che l'O.N.M.I. non può dare, a meno che non si organizzi diversamente, voglio dire salvo che le ostetriche passino all'O.N.M.I. e assistano a domicilio le madri dimesse dagli ospedali. Anche per questo ho proposto la modifica delle scuole di ostetricia, per dare a queste benemerite professioniste una preparazione più adeguata, più rispondente alle necessità assistenziali e sociali dell'epoca moderna.

Ci auguriamo che nessuna deroga, nessuna modifica di fatto venga introdotta all'applicazione di questa norma legislativa, che la stessa categoria delle ostetriche invocò da anni e che ora pretendono di vedere attuata.

Una parola ancora su una delle malattie sociali che più ci preoccupano e che più ci stanno a cuore.

Ho sentito l'onorevole Lattanzio parlare delle malattie reumatiche e della loro incidenza sulla popolazione. Si dice che non vi sono dati precisi in materia. Io ho quelli dell'ospedale maggiore di Milano, da cui si rileva che su 62.659 ricoveri, 2.124 (pari al

3,38 per cento) sono per malattie reumatiche, con una degenza media di 33 giorni.

Quello che più ci interessa sta in questa domanda: come incide questa malattia nella popolazione infantile? Ecco i dati relativi alla popolazione scolastica, assunti in una città come Milano, che compie una selezione scolastica che non esito a definire perfetta.

La frequenza di queste forme fra la popolazione scolastica compresa fra i 6 e i 12 anni è del 2 per cento, il che significa che costoro saranno più tardi altrettanti cardiopatici. Che cosa fare? Ampliare la selezione scolastica, lo studio dei bambini, in modo particolare nelle zone in cui questa malattia è di più facile frequenza, come la pianura padana; disporre, per la cura, di reparti specializzati, per prevenire e stabilizzare la malattia. Ma vi sono reparti specializzati ospedalieri adatti all'uopo? Ne conosco uno solo, e non dirò dove, per non mancare di modestia.

Fra i tanti meriti che ha l'I.N.P.S., vi è anche questo: spende un miliardo e mezzo l'anno per prevenire l'inabilità, inviando alle cure dei fanghi i lavoratori assicurati. Si tratta di una cifra rispettabile. Pensate, se per un miracolo di trasposizione amministrativa, questo miliardo e mezzo si potesse utilizzare per la profilassi, quante vite umane nel fiore del rendimento si potrebbero salvare!...

Concludo chiedendo scusa dell'eccessiva lunghezza del mio intervento. Da tutti questi nostri discorsi che per la prima volta trovano così ampia possibilità di svilupparsi nelle aule parlamentari, è impossibile che non scaturiscano conclusioni positive, che tornino a vantaggio della sanità pubblica; che da tutti questi suggerimenti — dai più elevati a quelli umili e modesti — non vengano, per gli uomini di Governo e per i loro collaboratori, indicazioni, aiuti ed incoraggiamenti. Fra questi incoraggiamenti vi sono anche quelli degli orecchianti della sanità pubblica come sono io, come sono altri, i quali, pur non avendo alcun interesse personale né professionale, amano liberamente operare nel campo dell'assistenza sanitaria con lo stesso spirito, con lo stesso cuore che suggerì il sorgere delle grandi istituzioni ospedaliere del medio evo. Quando noi operiamo oggi in questo campo, agiamo per attuare quella norma costituzionale che, insieme all'integrità fisica, al lavoro, vuole garantire la salute ad ogni cittadino italiano. *(Applausi al centro — Congratulazioni)*.

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

DELFINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, nell'esaminare rapidamente questo primo bilancio della sanità pubblica, ci sentiamo un po' nella stessa perplessità in cui si trova un turista che ha poco tempo a disposizione per visitare le bellezze di Roma e non sa se andare al Colosseo o a san Pietro, e comunque andrà senz'altro a gettare la monetina del ritorno nella fontana di Trevi. Noi la gettiamo subito, con l'auspicio che si possa tornare nei prossimi mesi, come la Commissione ha richiesto, a discutere più esaurientemente i problemi della sanità pubblica, specie dopo che con la scadenza del 14 agosto saranno stati aggiornati i ruoli del Ministero; dopo che la richiesta, che non è solo mia, ma di tutti, potrà essere stata soddisfatta e cioè che tutti gli uffici del Ministero siano riuniti in un'unica sede per una maggiore funzionalità; dopo che il Consiglio di Stato avrà risolto la questione ancora pendente sulle attribuzioni e sulle competenze dei vari ministeri. Aggiungo, infine, che una più approfondita discussione di questi problemi si potrà fare quando le altre amministrazioni dello Stato avranno smesso di considerarsi dei castelli i cui ponti levatoi debbano rimanere chiusi anziché lasciar passare le competenze che spettano a questo nuovo dicastero. Noi riteniamo pertanto di avere così già espresso degli auguri, dei voti, delle speranze per l'attività immediata del Ministero della sanità. Crediamo che il ministro Giardina e il sottosegretario De Maria avranno un lavoro molto pesante in questo senso, ma noi formuliamo gli auguri più vivi che la loro azione possa portare al più presto a positivi risultati. Soprattutto, vorrei dire all'onorevole ministro che noi in questi mesi abbiamo imparato ad apprezzare la sua opera che è stata svolta con passione, con dedizione, con serietà, opera che è derivata dal suo carattere, dalla sua personalità, direi quasi dall'amore, dalla tenacia nel risolvere questi problemi. Se mi fosse consentito, direi quasi che ella si sia innamorato profondamente di questi problemi. Siamo convinti che se ella dovesse ricominciare la sua vita, invece di preoccuparsi di problemi giuridici forse si occuperebbe di questi problemi, così meravigliosi, così vasti, così affascinanti quali quelli della pubblica sanità.

Perciò, onorevole ministro, noi le raccomandiamo di continuare nella sua opera senza raccogliere le calunnie che le vengono rivolte da qualche parte. Ella non deve tener conto delle calunnie che battono le vecchie vie, che ormai da tempo siamo usati a sen-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

tire per quanto riguarda i problemi della sanità. Noi respingiamo accuse e calunnie anzitutto per motivi di principio, perché è assurdo pensare che la sanità pubblica possa soggiacere ad interessi privati, ed esprimiamo tutta la nostra solidarietà al ministro Giardina, nonché la certezza che egli, insieme con i suoi funzionari, continuerà a trattare i problemi della pubblica sanità tenendo presente soprattutto gli interessi della collettività.

Siamo convinti che ella, onorevole ministro, risolverà il problema della centrale del latte di Pescara, problema che anche il presidente della nostra Commissione, essendo abruzzese, conosce. Finora si è atteso il parere superiore della magistratura, con l'esito che si è avuto; ma noi sappiamo per esperienza che vi sono interessi privati che si muovono in un certo senso. Siamo d'altronde convinti, anche per la conoscenza diretta del problema e per i pareri espressi dalla prefettura, dal consiglio provinciale di sanità, ecc., che il problema della centrale del latte nella mia città deve essere risolto immediatamente. Infatti nell'ultimo anno sono state contestate 600 contravvenzioni per latte venduto in bidoncini.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Il problema poteva essere dubbio nella prima fase. Ma dopo l'ordinanza del prefetto che ha decretato la formazione del consorzio tra Pescara e il comune autonomo, una volta frazione, credo che, dal punto di vista giuridico, il problema sia risolto.

DELFINO. La ringrazio di questa assicurazione. Siamo certi che ella risolverà rapidissimamente il problema della centrale del latte di Pescara con lo stesso zelo che ha dimostrato nell'affrontare determinati problemi, come quello della poliomielite, arrivato forse troppo all'improvviso, e che perciò ha suscitato una certa perplessità e un certo impaccio. Bisogna tener conto della stagione estiva, durante la quale il latte viene bevuto freddo, senza essere bollito, e bisogna pure tener presente che nelle nostre stalle non vi è l'educazione igienica che vi è nelle stalle del settentrione.

E passo a un problema che riguarda i costumi piuttosto facili. Mi dispiace che ora non sia presente la onorevole Merlin. In verità, siamo rimasti ieri un po' stupiti che ella nel suo intervento non si sia occupata del problema. L'opinione pubblica si attendeva il suo contrattacco.

DE PASCALIS. Lei, non la pubblica opinione.

DELFINO. Basta leggere i giornali che si occupano del problema per constatare che l'attesa vi era.

La onorevole Merlin, dopo la discussione del bilancio del Ministero dell'interno, lanciò sui giornali determinate accuse e promise grosse rivelazioni. Ella definì tutti coloro che si occupavano del problema come affiliati al *trust* internazionale del vizio. In Commissione esplose contro l'ottimo collega Ferrari che stava appena accennando al problema.

Perciò noi ci aspettavamo, e credo che anche l'opinione pubblica si aspettasse, che la onorevole Merlin si interessasse del problema in sede di discussione del bilancio del Ministero della sanità.

Comunque, pensavamo che la onorevole Merlin, nel suo intervento di ieri, avrebbe meglio chiarito il suo pensiero, ma l'attesa è stata vana. Il problema forse potrebbe sembrare poco serio, ma non lo è, onorevoli colleghi, se si considera che in occasione della discussione del bilancio dell'interno si è proprio parlato, anche da parte del relatore, dell'incremento delle malattie veneree e della prostituzione, conseguente all'entrata in vigore della legge Merlin.

Onorevoli colleghi, la legge Merlin è assurda nell'esimere le prostitute da determinati doveri che altri invece hanno. Una legge del 1934, onorevole ministro, obbliga il medico a denunciare alle autorità una malattia contagiosa, la più varia che possa esistere, come ad esempio un eventuale contagio che possa affliggere un garzone di stalla o un garzone di una fabbrica di gassose. Le prostitute, invece, proprio perché tali, non possono essere denunciate, dopo la legge Merlin. Non esiste cioè un obbligo di denuncia per i contagi venerei. Le prostitute hanno « l'immunità venerea ». Questo è l'assurdo!

Onorevole ministro, non diciamo queste cose per prevenzione nei riguardi di queste donne: siamo ancora abbastanza giovani e la vita goliardica si è da poco chiusa alle nostre spalle. Non è nostra intenzione infierire contro di loro, né ci spinge vaghezza di una riapertura delle « case chiuse ». È falso, a questo proposito, che si tenda, con la nostra critica alla legge Merlin, alla riapertura delle case di tolleranza. Noi desideriamo soltanto che si modifichino alcuni articoli della legge Merlin, quali ad esempio gli articoli 5 e 7.

Ieri la onorevole Merlin ha invocato la Costituzione, la quale stabilisce che la Repubblica deve tutelare la salute del cittadino. Noi invochiamo gli articoli 31 e 32, secondo i quali

la Repubblica deve tutelare la gioventù e la salute pubblica.

Ci confortano nelle nostre richieste le statistiche. A chi afferma che tali statistiche non offrono dei dati certi, noi rispondiamo che, pur nella loro relatività, questi dati sono sufficienti per darci un quadro esatto della situazione. Elementi recentissimi confermano i nostri dubbi. Nel primo quadrimestre di quest'anno, infatti, a San Vittore, su 146 donne, arrestate per aver contravvenuto alle disposizioni del foglio di via obbligatorio, e quindi non perché prostitute, nella misura del 30 per cento si è avuta una sierologia positiva per la sifilide.

È necessario che il Ministero della sanità compia una analisi profonda, dalla quale inevitabilmente potrà risultare questo incremento delle malattie veneree, che, dopo la curva discendente registratasi dal 1947 al 1954, sta assumendo, onorevole De Maria, delle proporzioni preoccupanti. Infatti, il fenomeno non deve confondersi con quello generale registrato dalle statistiche esistenti dal 1954 in poi, che accennano ad una diminuzione nel campo della blenorragia, curabile con la penicillina, e ad una fase ascensionale della sifilide primaria e secondaria; poiché la sifilide in questi ultimi tempi ha assunto notevoli dimensioni, che non possono non preoccupare.

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Le rispondo, onorevole Delfino, giacché mi ha chiamato in causa. Le statistiche che ella ha citato non hanno valore sufficientemente probativo per la sua tesi; ma debbo farle notare che le statistiche delle malattie veneree denunciano in tutte le carceri italiane, per tutti i reclusi sottoposti ad accertamenti sanitari, una positività della Wassermann dal 32 al 34 per cento.

DELFINO. Queste sue notizie aumentano la mia preoccupazione. Ella, che è un medico apprezzatissimo, mi insegna che la profilassi è il fattore più essenziale per queste malattie.

Vi è anche una profilassi legislativa, la quale ci mette in condizioni di commettere in questo campo meno errori. Non vi è solo la profilassi curativa ma anche quella preventiva che è rappresentata dal controllo sanitario. A questo punto si sventola la bandiera della libertà, dei diritti umani e tutte queste altre cose bellissime, che noi non vogliamo contestare. Però dobbiamo osservare che vi sono dei limiti anche a tutto questo. Quando la libertà individuale è una minaccia per la libertà collettiva si pongono ad essa dei limiti.

In tutte le attività professionali poi vi sono dei rischi (il rischio è il motore di questi secoli, dall'800 in poi). Anche quando si fa quella professione vi deve essere un certo rischio di essere schedata e controllata.

Appunto per questi motivi noi riteniamo che questa legge possa essere sostanzialmente modificata in modo tale da dare al medico la possibilità di agire nei confronti di queste donne nello stesso modo che nei confronti dei garzoni di cui dicevo prima, di coloro che prestano pubblico servizio in determinati ambienti e di coloro i quali addirittura sono solamente componenti di una collettività, proprio a norma della legge del 27 luglio 1934, per cui tutte le malattie contemplate all'articolo 253 sono soggette a denuncia obbligatoria; denuncia che noi riteniamo si debba fare anche per le prostitute.

A sostegno della legge Merlin ci si richiama a determinati esempi. Ma in Francia sono state abolite le « case chiuse » il 13 aprile 1946 (in Francia le cose storiche avvengono sempre il 13 o il 14: la Bastiglia è stata presa il 14 luglio, l'ultima rivoluzione è del 13 maggio). In Italia il 20 settembre. (*Commenti*). Solamente 11 giorni dopo, in Francia, noi abbiamo assistito alla emanazione di una norma che ristabiliva il controllo sanitario, con l'iscrizione di ogni prostituta in un apposito schedario.

Ci si richiama poi anche alla convenzione dell'O.N.U. del 1949, e non si tiene presente che questa convenzione non è stata ratificata da tutti e non è rispettata quasi da nessuno.

Per concludere noi riteniamo che sia utile, necessaria, giusta questa revisione, innanzitutto e soprattutto perché oltre al fatto sanitario vi è un fatto di moralità. Non possiamo nasconderci lo spettacolo che offrono le strade di Roma e di altre città d'Italia. Tante ragazze che potrebbero esser serie e guadagnarsi il pane attraverso un lavoro modesto ma onorato, farsi una famiglia, sono spinte, in questa situazione, a facili guadagni. Vi è indubbiamente un aumento enorme del numero delle prostitute in Italia. Non neghiamo questa realtà, non nascondiamoci dietro questo dito. È evidente che questa situazione esiste e che vi sono coloro che vi speculano, i famosi « papponi ». Basta andare in via Veneto e vederli ad ozio e « sorvegliare » nei pressi del *Café de Paris*. Anzi il traffico si svolge più dalla parte bassa.

Per questo il nostro collega Gonella ha presentato con la firma nostra e di altri colleghi una proposta di legge di revisione della legge Merlin che aumenta notevolmente le

pene a questi sfruttatori e ristabilisce il controllo sanitario. Noi crediamo però che, indipendentemente da questa legge, il Ministero della sanità, facendo delle apposite indagini potrebbe esso stesso cercare di porre rimedio alla situazione. Lo strumento vi è, ed è il regolamento alla legge del 1956, che non è stato ancora emanato. In sede di regolamento noi crediamo che il Ministero della sanità possa porre già un freno a questa assurda situazione creata dalla legge Merlin.

Riteniamo ora di dover passare brevemente a considerare un problema che in Commissione ci ha visti presentare un ordine del giorno che il Governo ha accettato: quello del cancro, della lotta contro i tumori. Siamo veramente lieti che il ministro abbia accettato quest'ordine del giorno e desidereremmo che venissero attrezzati in modo migliore i centri periferici per le ricerche e per la terapia in questo campo. Perché, secondo me, l'unico sistema per poter sperare di ottenere qualche risultato in questo campo è proprio quello della diagnosi immediata.

Noi desideriamo in questa sede rivolgere un pensiero ad un grande maestro scomparso, al più grande maestro italiano in questo settore, il professor Pentimalli che ha dato un contributo notevole alla lotta al cancro. Noi chiediamo anche che alla direzione dell'istituto regina Elena sia posto un professore universitario e che si ponga fine alla situazione caotica che attualmente esiste.

Nel campo della poliomielite dobbiamo senz'altro affermare che il ministro ha fatto molto e che ci ha dato una certa tranquillità. Si è prospettata l'opportunità di una legge che renda obbligatoria la vaccinazione, ma un parere del Consiglio superiore della sanità lascia arbitri i padri di famiglia di praticare o meno ai loro figli la vaccinazione. Comunque speriamo, attraverso una propaganda adeguata, di ottenere una vaccinazione completa.

Riteniamo però a questo proposito, onorevole ministro, di insistere affinché si dia seguito ad un ordine del giorno votato dalla Camera nel dibattito di novembre, che prevedeva il potenziamento dell'industria nazionale del vaccino. Rifornirci dall'estero può essere comodo in questo momento, ma scomodo in momenti più delicati, quando, a causa magari di un'epidemia, le richieste diventano maggiori e sarebbe perciò difficile per noi ottenerlo. Ecco perché io penso che sarebbe opportuno potenziare non solo le industrie esistenti del vaccino, ma, qualora vi fossero altre richieste da parte di nuove industrie che in-

tendono dedicarsi a questa attività, favorirle il più possibile.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. In autunno se ne aprirà una a Milano, l'istituto sieroterapico milanese.

DELFINO. Questo mi fa piacere perché ci rende, se non autarchici, almeno un po' autonomi.

In una circolare emanata nello scorso mese di gennaio dalla direzione generale dei servizi farmaceutici si raccomanda che il vaccino sia distribuito dalle farmacie. Poiché sono necessari adeguati frigoriferi, con temperatura da due a cinque gradi per conservare bene il vaccino, desidero raccomandare di stare bene attenti in questa distribuzione appunto per evitare che, conservato a temperatura diversa, divenga inattivo.

A questo punto dobbiamo trattare del settore dei farmacisti e delle farmacie che secondo me non sono settori da trattare separatamente perché la produzione e la distribuzione del farmaco rappresentano un ciclo unico. Quando si parla dell'industria farmaceutica, delle farmacie e dei farmacisti italiani, si cade spesso nella demagogia. Noi crediamo di poter parlare con un certo impegno ed anche con senso di responsabilità, perché abbiamo l'onore di appartenere alla categoria dei farmacisti.

L'industria farmaceutica italiana rappresenta un facile bersaglio, anche in seguito a determinate riduzioni dei prezzi attuate recentemente dal C.I.P.: ma si tratta di riduzioni di prezzo che si riferiscono a prodotti del tutto particolari, come i tranquillanti ed il vaccino antipoliomielitico, per cui non possono essere un esempio valido per affermare che anche tutti gli altri medicinali italiani si trovano nelle stesse condizioni e quindi debbono subire un'analoga riduzione di prezzo.

Piuttosto dobbiamo essere lieti che l'industria farmaceutica nazionale sia al quarto posto nel mondo e che essa presenti un bilancio in pareggio. In sostanza, noi possiamo affermare che i servizi farmaceutici svolgono il loro compito egregiamente per quanto riguarda le necessità della nazione italiana.

Conveniamo che anche l'industria farmaceutica, come tutte le cose, deve adeguarsi ai tempi; ma un conto è adeguarsi alle esigenze, alle istanze nuove, un conto è sconvolgere con una ventata, non dico giacobina o rivoluzionaria, ma certamente assurda, tutto un ordinamento.

Dicevo che un adeguamento vi deve essere; e per quanto riguarda l'industria farmaceu-

tica un primo tentativo si impone: l'adeguamento ai problemi della realtà e quindi l'adeguamento al mercato comune europeo. Io pregherei gli onorevoli colleghi ed il ministro di voler esaminare con attenzione la situazione. La relazione dell'onorevole Volpe al bilancio dell'industria lo scorso anno, ed anche quella dell'onorevole De' Cocci di quest'anno — posso anticiparlo perché ho partecipato anche ai lavori della Commissione industria — hanno presentato l'industria farmaceutica nazionale come un settore attivo, ed hanno posto la esigenza di guardare soprattutto alle prospettive del mercato comune europeo e quindi alla necessità di adeguare l'industria farmaceutica nazionale a quella europea. Infatti in Europa si è avuto, per quanto riguarda le farmacie e la preparazione dei medicinali, un processo storico diverso, per cui oggi vi è una legislazione diversa. Pertanto il primo sforzo da compiere è quello di adeguarsi, di mettersi sullo stesso piano degli altri, per poter affrontare in condizioni di parità il mercato comune.

Vi sono determinati problemi in questo campo che devono essere esaminati. Noi abbiamo per esempio richiamato l'attenzione sul problema della brevettabilità. Presentammo al riguardo un ordine del giorno sul bilancio della sanità in sede di Commissione, ma il ministro ci disse che il problema riguardava prevalentemente il bilancio dell'industria. Abbiamo avuto quindi il piacere di riproporre la questione in sede di bilancio dell'industria; e mentre la maggioranza della Commissione ha respinto un ordine del giorno comunista in cui si diceva che la situazione dell'industria farmaceutica doveva restare sul piano legislativo in una posizione di stabilità, il Governo ha accettato come raccomandazione un mio ordine del giorno sulla brevettabilità; anzi, il ministro Colombo ha annunciato la prossima presentazione in Parlamento di un disegno di legge a tal fine.

Indubbiamente la brevettabilità deve essere regolata, controllata; deve essere mantenuto l'istituto della salvaguardia dei terzi, deve essere ammessa la possibilità di far produrre lo stesso farmaco, la stessa specialità anche da altre ditte, se quella che lo produce pratica un prezzo non giusto o se il fabbisogno è superiore; deve essere sempre tutelato il supremo interesse della salute pubblica. Ma la ricerca scientifica deve essere aiutata in questo campo, e a ciò si può arrivare solo dando il premio al ricercatore, vale a dire attraverso la brevettabilità.

Si potrà così evitare veramente la dispersione alla quale assistiamo oggi, con le 15 mila specialità medicinali che sono in buona parte frutto di imitazioni, le più strane, le più varie, e che in definitiva trovano in un modo o nell'altro la possibilità di essere registrate.

Questo non vuol dire annullare l'attività delle industrie minori, perché queste potranno trovare nei derivati dei prodotti brevettati altre possibilità di studio.

SANTARELLI EZIO. Proprio quello delle industrie minori è il punto.

DELFINO. Non so se ella conosce questi problemi; non voglio fare il saputo, ma ho preso anche una laurea, e per ottenerla sono stato nei laboratori di chimica.

SANTARELLI EZIO. Qui si tratta degli interessi delle industrie grandi e piccole: non è questione di laurea.

DELFINO. Forse ella non mi intende. Probabilmente non conosce i problemi chimici; ed allora, come io non interloquivo in Commissione industria quando ella parlava dei problemi del cuoio e delle scarpe, sarebbe opportuno che ella non inteloquisse sui problemi della chimica e dei derivati.

Riteniamo altresì che un altro problema da affrontare sia quello del prezzo dei medicinali. Attualmente manca una legislazione precisa, e nel frattempo il C.I.P. continua ad esercitare poteri che nel 1947 dovevano cessare. Infatti, il C.I.P. aveva determinate funzioni, limitate a determinate produzioni dell'industria nazionale, ma, con lo scoppio dell'ultima guerra, assunse anche la regolamentazione del prezzo in altri settori, tra cui quello dei prodotti farmaceutici. Poi, nel 1947, un decreto stabiliva la cessazione di queste funzioni straordinarie del C.I.P., ma in sostanza è ancora il C.I.P. che dice l'ultima parola in materia di revisione dei prezzi, anche attraverso l'attuale sistema di revisione che non ritengo eccessivamente esatto.

Nemmeno uno studio compiuto in questi anni su questo problema ha fatto approdare ad una concreta soluzione, perché, se veramente si affronta il problema nei suoi termini reali, ci si accorge che non è possibile attuare un sistema che valga per tutti i prodotti. Infatti, quando un prodotto si afferma, un prezzo che sia determinato in base ad una regolamentazione generale può risultare esagerato rispetto alla produzione, e quindi alla vendita, che si sviluppa all'infinito per quel determinato prodotto ormai fortemente affermatosi. Diversamente avviene allorché un prodotto, che pur è costato sacrifici di studio e di sperimentazione, non trova poi il favore del pub-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

blico o dei medici o non trova la formula adatta per essere diffuso.

Trattasi dunque di un problema così delicato che non si può applicare ad esso, in partenza, un metodo unitario per tutti i prodotti farmaceutici.

Riteniamo invece migliore un criterio di libertà del prezzo. Intendiamoci: non libertà assoluta del prezzo, ma vigilata dal Ministero della sanità; non libertà generale e generica; non libertà da concedere subito ed improvvisamente. Si potrebbe invece cominciare a provare per ganne di prodotti e vedere poi che cosa succede. In Germania il sistema è libero, in Francia ci si pone già su questo piano dallo scorso anno. Cerchiamo dunque di guardare il problema del prezzo anche alla luce della libera concorrenza. Comunque, ripeto, non vogliamo libertà definitiva e improvvisa del prezzo, ma incominciando da una disciplina, da un vincolo che il Ministero della sanità dovrebbe imporre.

Ed ora, onorevole ministro, desidero richiamare la sua attenzione sull'assurdo della convenzione che regola i rapporti tra l'industria farmaceutica e gli enti assistenziali, particolarmente l'« Inam » perché è assurdo far pesare sulla industria farmaceutica quel 18 per cento sul ricavo lordo delle medicine che vengono date all'« Inam » per i suoi assistiti. L'assistenza è un problema che riguarda tutte le categorie dell'industria e, quindi, crediamo che l'onere debba essere ripartito tra tutte le categorie dell'industria farmaceutica e, con quell'altro 5 per cento, sulla farmacie ! Tutti i medicinali venduti attraverso le mutue vengono così a gravare sulla produzione e, in definitiva, anche sulla ricerca e sulla possibilità di affermazione del prodotto. Inoltre, nella determinazione del prezzo, questo 18 per cento su tutti i medicinali venduti agli enti assistenziali (particolarmente all'« Inam ») non viene calcolato.

Attualmente è stata prorogata la convenzione con l'« Inam », ma crediamo che i farmacisti, l'industria farmaceutica e gli stessi medici non siano completamente d'accordo sulla bontà di questa convenzione; e pertanto crediamo che, quando si dovrà rinnovare la convenzione, l'onorevole ministro vorrà tener presenti in sede di trattative il pensiero e l'esigenza dei settori della produzione e della distribuzione dei farmaci.

Dopo aver dato atto ai relatori Ferrari e Quintieri del loro buon lavoro, vorrei concludere toccando il problema delle farmacie, delle quali si parla in genere con infinita leggerezza. Anche come farmacisti, vogliamo ri-

vendicare la nobiltà, l'impegno, la serietà di un'attività che costa anni di studio e una laurea ! I farmacisti italiani rappresentano uno dei presidi della pubblica salute, perché ancor oggi, non soltanto nei piccoli paesi, ma anche nelle città, dove il livello culturale generale è più alto, si va a chiedere consiglio al farmacista perfino sulla pillola d'aspirina da prendere; e quando il medico fa una ricetta, essa deve passare sotto la valutazione del farmacista che deve accorgersi di una possibile eventuale distrazione. Comunque, in tanti casi si va direttamente in farmacia e si chiede al farmacista un consiglio su un foruncolo, che poi può essere la metastasi di un tumore. Crediamo, quindi, che sia veramente importante che addetti alla distribuzione di queste medicine siano dei laureati e dei professionisti che si intendano di questi problemi.

Quindi, rivendichiamo la nobiltà della funzione dei farmacisti. Ciò nonostante, con una demagogia infinita e con una — permettemi — ignoranza sconfinata di questi problemi, si parla dei farmacisti in un modo strano e si presentano numerose proposte di legge, si registra un vento che vuole sconvolgere l'ordinamento delle farmacie. Noi riteniamo di poter ringraziare l'onorevole sottosegretario De Maria che al convegno dei farmacisti d'Italia ha portato una parola di serenità e di tranquillità, dichiarando che se aggiornamenti si devono fare, si devono fare alla luce della realtà, salvaguardando le farmacie e la professione dei farmacisti.

Quindi, dobbiamo respingere le proposte di legge presentate in nome di interessi che non crediamo siano perfettamente sanitari. Noi non crediamo che l'interesse della Confederazione generale della municipalizzazione, che si muove su un piano nazionale per impossessarsi dei servizi più svariati, sia veramente un interesse sanitario. Esiste un primo progetto di municipalizzazione in generale presentato dall'onorevole Pieraccini e da altri ed uno al Senato presentato dall'ex presidente della Confederazione stessa, senatore Corbellini, e qui alla Camera ancora uno presentato dall'onorevole Curti. Tutti questi progetti includono infinite municipalizzazioni e prevedono, oltre ai comuni, consorzi fra comuni e province per queste gestioni municipalizzate, farmacie comprese; prevedono, in definitiva, che si continui ad aprire la falla aperta da quell'emanamento che porta il nome dell'onorevole Cosattini, che ha modificato la legge sulle farmacie del 1934 in modo tale da dare possibilità eccezionali ai comuni di venire in possesso di determinate farmacie.

Vi è pure una proposta di legge presentata dagli onorevoli De Pascalis, Pieraccini e Merlin (la onorevole Merlin si occupa anche delle farmacie).

Il progetto De Pascalis ed altri non fa onore ad un socialista. Ma di contraddizioni del socialismo ne conosciamo!

Ora, arrivare alla municipalizzazione cercando di far passare il concetto della libera trasferibilità che, nel modo come è previsto da voi, porterebbe un gruppo di farmacie nelle mani dei comuni ed un altro gruppo di farmacie nelle mani di ricchi industriali che potrebbero comprare tutte le farmacie a danno dei farmacisti; presentare un progetto di questo genere sotto l'insegna della libera trasferibilità, non fa onore — dicevo — al socialismo.

Quindi, in questo senso mi sono stupito come i socialisti abbiano potuto presentare un simile progetto. Attuare la libera trasferibilità al di sopra della professione per avvantaggiare i monopoli industriali e i monopoli dei comuni, mi pare che non sia una cosa fatta bene. Non entriamo nel merito di questo disegno di legge, perché riteniamo di poter concludere anche in omaggio alle richieste del Presidente di essere brevi.

Vi è poi una proposta di legge degli onorevoli Guidi, Castagno e Natoli, secondo cui bisognerebbe lasciare che i prezzi dei medicinali si abbassassero liberamente per effetto della concorrenza tra farmacisti. Francamente non crediamo che sia questo il modo per tutelare la professione farmaceutica. Battetevi semmai, onorevoli colleghi di sinistra, perché siano bassi i prezzi iniziali, ma non si può considerare il medicinale come un prodotto qualunque, da contrattare o sul cui prezzo si possa fare mercanteggiamento con il farmacista. Tutti i commercianti seri, oggi, si orientano sul prezzo fisso e non vediamo davvero come da questo sistema di serietà si debbano allontanare oggi i farmacisti, che sono dei professionisti.

Abbiamo infine il progetto di legge che tende alla liberalizzazione delle farmacie. Ad un certo momento, sono arrivati i sindacalisti della C.I.S.L. e hanno presentato il loro progetto, anch'essi improvvisandosi tecnici del problema. Un collega senatore ha addirittura sostenuto, in una interrogazione, che la liberalizzazione si impone perché esistono 20 mila farmacisti disoccupati. In proposito, potrei citare delle cifre. In Italia esistono 29 mila laureati in farmacia, di cui 10 mila titolari, 800 direttori, 6 mila collaboratori, mille occupati presso gli enti mutualistici, 2.500 pres-

so industrie farmaceutiche e 2.300 in età superiore ai 70 anni. Se poi consideriamo che metà di questi laureati sono donne e buona parte di esse non ha bisogno di lavorare, preferendo rimanere in casa a fare la moglie, vediamo che il problema della disoccupazione si riduce a ben poca cosa.

È evidente dunque che il collega senatore che, a sostegno della richiesta di liberalizzazione, adduceva la disoccupazione dei farmacisti, non era molto bene informato.

Potrei anche, ad ulteriore dimostrazione della mia tesi, citare una statistica ricavata dagli annunci economici del *Messaggero* da cui risulta che da ottobre a gennaio contro una domanda di richiesta di lavoro farmaceutico esistevano tre offerte di lavoro. Potrei ancora citare che il concorso bandito in provincia di Catanzaro nel 1958 per 196 sedi ha visto la partecipazione di 225 farmacisti soltanto.

Se veramente si vuole risolvere il problema della farmacia, la si istituisca nei 3 mila comuni che ancora ne sono privi, si riformi la legge sulle farmacie rurali, si aiutino i farmacisti rurali a superare le situazioni assurde in cui si trovano nei confronti dei comuni che, con la scusa dei bilanci deficitari, ritardano i pagamenti. Io sono sicuro che ella, signor ministro, avrà il suo tavolo pieno di richieste di indennità da parte di farmacisti rurali, poveri nostri colleghi, costretti a vivere in paesi sperduti, senza mai potersi muovere, senza riposo festivo e, come se ciò non bastasse, ridotti a volte ad una situazione di fame. Riformiamo dunque la legge sulle farmacie rurali ed aiutiamole con maggiori contributi. I proprietari delle farmacie urbane, nel loro congresso, hanno affermato di essere pronti ad aumentare il loro contributo per incrementare il fondo a favore delle farmacie rurali. Questo però dovrebbe essere amministrato direttamente dal Ministero e sganciato dai comuni.

Noi sosteniamo, onorevoli colleghi, che la legislazione farmaceutica italiana è ancora valida rispetto a quella degli altri paesi. Si dice che in Germania vi è libertà di aprire le farmacie; ma in quel paese vi è una farmacia ogni 6 mila abitanti mentre in Italia ve ne è una ogni 5 mila. D'altro canto, in Germania si può aprire una farmacia solo dopo aver acquistato degli ampi locali e le attrezzature idonee per il valore di 13 milioni. E accadrà in Germania quello che accade in Inghilterra, dove le farmacie non sono in mano ai singoli farmacisti, ma a catene di produzione, che controllano migliaia di

farmacie e gettano sul mercato i propri prodotti.

Vogliamo ridurre le farmacie a semplici drogherie? In definitiva, si creerebbe il caos provocato dalla legge Crispi, che fu revisionata dalla legge Giolitti, riconfermata poi nel 1934. I farmacisti italiani non vogliono che ci si muova per questa strada.

Mi si permetta di ricordare in particolare quello che si sta verificando nel comune di Altamura, in cui una farmacia è gestita dall'E.C.A. contro ogni regolamento; la pregherei, signor ministro, di interessarsi di questo particolare problema, che sta tanto a cuore al collega onorevole De Marzio.

Vorrei concludere ora con un panorama brevissimo sui compiti che attendono l'onorevole ministro. Il problema fondamentale connesso all'istituzione del Ministero della sanità è quello relativo alla delimitazione di competenza della nuova amministrazione, delimitazione di competenza tra il Ministero della sanità e i Ministeri dell'interno, dei lavori pubblici, del lavoro e della previdenza sociale. E mentre per quanto riguarda le attribuzioni trasfuse al Ministero della sanità dagli interni e dai lavori pubblici, la legge istitutiva, nonostante le volute perplessità delle amministrazioni interessate, è chiara e soddisfacente nella sua lettera, per quanto riguarda invece i rapporti con il Ministero del lavoro e della previdenza sociale, essa non risponde alle esigenze funzionali connesse con le attribuzioni del nuovo organismo.

Oggi si parla molto di crisi dell'amministrazione, di snellimento delle procedure, di necessità di ridurre in un unico organismo le competenze sulla stessa materia, evitando il pluralismo attualmente esistente. In questo spirito, che è lo spirito dell'articolo 95 della Costituzione, fu approvata la legge del 12 marzo 1958, n. 296. Essa testualmente recita: « È istituito il Ministero della sanità con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica ».

Per il conseguimento della finalità predetta, spettano al Ministero della sanità le seguenti attribuzioni: 1°) provvedere ai servizi sanitari attribuiti dalle leggi alle amministrazioni civili dello Stato; 2°) sovraintendere ai servizi sanitari svolti dalle amministrazioni autonome dello Stato e degli enti pubblici, provvedendo anche al coordinamento, eventualmente necessario per adeguare l'organizzazione e l'efficienza dei servizi alle esigenze della salute pubblica; 3°) provvedere alla vigilanza tecnica sulle organizzazioni, enti ed istituti che svolgono attività sanitaria.

Dalla lettera della legge si evince la chiara volontà di sostituire ad un sistema pluralistico che attribuiva ai prefetti quali organi del Ministero dell'interno poteri di vigilanza e di tutela sugli enti di assistenza ospedaliera ed all'alto commissariato, di intesa con il Ministero dell'interno, i provvedimenti che comportavano modifiche ai fini istituzionali e dell'organizzazione e comunque dell'attività sanitaria dei predetti enti di assistenza, un sistema unitario che senza alcuna riserva sottoponga esclusivamente alla vigilanza e tutela del Ministero della sanità tutti gli enti sanitari.

L'interpretazione della legge spetta all'amministrazione attiva ed agli organi giurisdizionali, mentre al Parlamento spetta legiferare; ma credo che non si esuli dalla sfera delle nostre funzioni affermando che fu volontà delle Camere, approvando la legge istitutiva del Ministero, di affidargli tutti i compiti sanitari e di assistenza, poiché è inconcepibile, per esempio, che la vigilanza sull'amministrazione di un ospedale spetti alle prefetture, mentre la vigilanza sull'attività sanitaria spetti al medico provinciale. Gli istituti di assistenza, gli ospedali, come tutti gli organismi vitali, sono delle totalità organiche, i cui problemi inscindibili si evolvono e si possono risolvere solo unitariamente.

I lavori preparatori delle Assemblee e delle Commissioni permanenti sono in questo senso. È necessario che il Governo risolva questo problema e delimiti le attribuzioni perché la certezza delle leggi e delle funzioni degli organi rappresentano la massima garanzia per l'ordine amministrativo.

Il Governo risolva il problema, nell'interesse generale dell'amministrazione e della collettività. Non si faccia nascere morto il nuovo Ministero, soprattutto non lo si schiacci con la forza che deriva soltanto da una disponibilità di mezzi organizzativi. Sappiamo quale azione in questo senso ha intrapreso il ministro Giardina e con quale passione e senso di responsabilità egli si batte: a lui si unisca il Presidente del Consiglio, al quale piace a noi guardare, più che come ministro dell'interno, come coordinatore, a norma della Costituzione, dell'attività dei ministri, nell'ambito dell'indirizzo politico ed amministrativo del Governo.

Se ella, onorevole ministro, con la valida collaborazione dell'onorevole De Maria, riuscirà nell'intento di far attribuire al Ministero della sanità le giuste maggiori competenze, certamente i problemi della pubblica salute del nostro paese si avvieranno verso la solu-

zione da tutti auspicata: il che sarà certezza di miglioramento della salute generale della nostra razza. (*Applausi a destra — Congratulazioni*).

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

REALE GIUSEPPE. Il mio intervento nella discussione del bilancio di questo Ministero si limiterà ai problemi dell'infanzia.

Ogni bimbo che nasce è una speranza nuova che si accende sul mondo. Queste speranze vanno alimentate e sorrette; la comunità, nei suoi organi rappresentativi, non può dimenticare questa esigenza.

Troppo tardi lo Stato è intervenuto con la forza cogente della legge quando già da secoli la carità illuminata dalla pietà e attinta al Golgota si era piegata sull'infanzia. Gli antichi non attinsero i problemi dell'infanzia: nessun avanzo archeologico, nessun papiro, nessun codice hanno tramandato un palpito solo del potere costituito sull'infanzia: resta il cupo profilo del Taigete, segnacolo di tempi andati.

Tardivo è stato questo intervento dello Stato, che nel nostro paese, pur se non sono mancati precedenti apprezzabili, risale sostanzialmente a 34 anni fa, allorché venne costituita l'Opera nazionale maternità ed infanzia. Di essa appunto intendo occuparmi, non come medico (perché non lo sono) ma come commissario che viene da una esperienza quinquennale vissuta in una federazione; sarà il mio, quindi, un intervento che cercherà di caratterizzare sotto il profilo amministrativo e sociale, in largo senso, le attribuzioni di questa mirabile opera.

Poche cifre basteranno a tracciare il panorama: al 31 dicembre del 1958 erano in funzione 5615 consultori pediatrici, 2521 consultori materni, 248 consultori dermosifilopatici, 749 refettori materni, 439 asili-nido, 381 case della madre e del bambino, 457 centri asistenziali ed istituzioni varie.

Il panorama diventa ancor più splendido se vediamo queste istituzioni popolate di mamme e di bimbi; durante il 1958 sono stati visitati ed assistiti duecentomila madri e due milioni di bambini; queste cifre testimoniano la mirabile forza penetrativa periferica dei consultori e delle case della madre e del bambino.

L'O.N.M.I. inoltre si giova di 5.787 medici, di 55 assistenti sociali, di 1.334 assistenti sanitarie e visitatrici, di 366 vigilatrici, di 3.662 insegnanti diverse.

Le cifre sono il segno di una presenza che è notevole ma non è totale. Penso a tutti i

centri senza il consultorio, penso ai perduti, smarriti paesini delle vallate e delle marine che ancora attendono la presenza del pediatra che dia incoraggiamento, la presenza dell'assistente sanitaria che insegni, attraverso il suo esempio, alla mamma, la povera mamma italiana di tante zone, come poter allevare e difendere la vita del proprio bambino.

Ho detto che le cifre sono il segno di una presenza, ma molto si impone ancora, sotto questo aspetto, allo Stato: un adeguamento economico per attuare compiti di istituto, non solo, ma soprattutto per le panoramiche alle quali bisogna chiamare l'Opera, come il solo istituto possibile, sul piano nazionale di vaste e sicure realizzazioni.

E mi piace notare nel bilancio la voce « assegnazione » a favore dell'O.N.M.I., in luogo della parola più usata e meno bella dal punto di vista sociale « contributo ». Non vorrei fermarmi su di una indagine filologica, ma è evidente il riflesso sociale che il termine « assegnazione » determina rispetto all'altro « contributo ». È inadatta la parola « contributo », quando qui si tratta di impegnare tutta la comunità, lo Stato in un intervento preciso, responsabile, obbligante.

Ora, il finanziamento dell'Opera da parte del Ministero del tesoro negli ultimi dieci anni, riferibili all'amministrazione ordinaria che ha chiuso la lunga serie di gestioni commissariali del dopoguerra, non è adeguato alle esigenze di istituto e della popolazione infantile che è cresciuta di 450 mila unità (come giustamente nella relazione è stato scritto). Da 6 miliardi e mezzo stanziati nel 1950, siamo passati ai 10 miliardi del 1954; ma poi ci siamo arroccati sui 12 miliardi nel triennio 1956-1958, e il bilancio presenta soltanto l'aumento di mezzo miliardo per il 1959-60.

Per quanto l'incremento sia stato costante, esso è stato sempre notevolmente inferiore al fabbisogno calcolato sempre con ponderata cautela e perfetta aderenza alle effettive esigenze dell'assistenza.

Bisogna poi aggiungere (ed è stato rilevato nella relazione) che l'amministrazione ha dovuto sopportare le conseguenze del mancato incasso di 2 miliardi che costituivano l'integrazione dell'assegnazione del 1950, nel momento in cui l'esercizio finanziario dell'Opera passava dal bilancio solare al bilancio statale. La somma di due miliardi fu depennata dalla « Commissione parlamentare della scure » che l'aveva considerata come contributo straordinario dell'assegnazione ordinaria. Né fu mai più possibile ottenere il reintegro della somma, benché si fosse riconosciuto che l'assegna-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 9 LUGLIO 1959

zione rappresentava un impegno effettivo ed era dovuta come assegnazione ordinaria.

Si pone, ho detto, l'aumento dell'assegnazione. E forse il suo operare, signor ministro, « al domandar precorre ». Ma nel chiedere un intervento maggiore, vorrei dire adeguato a tutte le esigenze dell'infanzia italiana, corre l'obbligo di affacciare il nostro sguardo anche sulla problematica alla quale, credo, l'O.N.M.I. non possa sottrarsi.

Comincio dall'aspetto amministrativo. È sommamente lodevole il disegno di legge n. 1551 che tratta del riordinamento degli organi direttivi centrali e periferici dell'O.N.M.I.

È ben giusto che si ponga termine al regime commissariale (sempre un regime eccezionale), che non può dare quel contributo efficace di presenza e di azione a che l'attività dell'O.N.M.I. si possa svolgere su un piano di concretezza e di funzionalità.

Non solo; ma non va dimenticata la sua autonomia amministrativa di fronte alle amministrazioni provinciali. So bene quanto sia difficile e spinoso l'argomento che tratto; ma a me pare di poter affermare che gli organi periferici dell'O.N.M.I. non saranno mai in perfetta sintonia fino a quando saranno costituiti amministrativamente da personale distaccato dalle amministrazioni provinciali.

È qui l'esperienza che parla, vissuta giorno per giorno nella sofferenza di una federazione che pure aveva la buona volontà di collaboratori, ma che non poteva portare un contributo efficace proprio perché in molti casi mancava la sintonia degli organi, la volontà delle persone.

È vero: l'articolo 7 della legge n. 298 del 1938 dispone che le federazioni provinciali e i comitati patronali possano avvalersi, per la loro gestione, del segretario e del personale delle amministrazioni provinciali e comunali. E lo scopo è semplice: sgravare delle predette spese l'esiguo bilancio dell'O.N.M.I. Ma, come ho detto, pur se molto spesso questo personale si sacrifica, altre volte non può rispondere con precisione, con regolare tempestività al volume delle richieste che dalla sede centrale vengono avanzate.

Inoltre, con nuovo regolamento organico, il personale sanitario assistenziale delle federazioni è stato sistemato giuridicamente; studi sono stati compiuti in tal senso. L'ammontare dell'onere finanziario che all'Opera deriverebbe da un'operazione del genere non andrebbe oltre il mezzo miliardo, che sarebbe certamente una somma ben spesa, avendosi, per questa strada, non solo una maggiore

responsabilità da parte dei dipendenti, ma una maggiore funzionalità e rapidità nelle operazioni che all'Opera spesso vengono richieste.

Altra giustificazione a una maggiore spesa a me pare si possa trovare nell'ormai indifferibile necessità di istituire centri di accertamento profilattici e diagnostici.

Nel nostro paese la mortalità perinatale presentava, nel 1952, un quoziente di circa il 56 per mille nel primo anno di vita, di cui più della metà costituita da nati morti e da decessi nelle prime settimane di vita.

È evidente che la mortalità infantile, abbastanza elevata a causa delle malattie infettive in genere e di quelle perinatali in particolare, impone l'adozione di misure profilattiche da parte di organismi tecnici articolati capillarmente e convenientemente attrezzati. L'istituzione che può offrire le garanzie per una massiccia lotta contro la mortalità infantile, in forza della sua vasta organizzazione diffusa dalle città ai più piccoli centri di montagna, è certamente l'O.N.M.I. e però, sarebbe necessario demandare a tale organizzazione la competenza ad assolvere un compito altamente sociale, quale è quello della completa profilassi, mediante l'istituzione, accanto ai consultori, di centri di accertamento profilattici e diagnostici.

È vero che non si tratta di una attività consultoriale, quale è quella cui è chiamata l'O.N.M.I.; ma, dinanzi a tanti piccoli cortei bianchi l'O.N.M.I. non può tirarsi indietro. La legge serve le esigenze degli uomini, non le precede. Si ridurrebbe così la mortalità infantile, con la prevenzione di malformazioni congenite come la cataratta congenita, le cardiopatie congenite, il sordomutismo.

Evidentemente, per far fronte ai nuovi impegni, l'O.N.M.I. deve poter contare sulla solidarietà finanziaria dello Stato, al fine di poter impegnare con sicura possibilità di vittoria una battaglia contro tutte le malattie congenite causate da fattori che agiscono durante la gravidanza e particolarmente le embriopatie post-rubeoliche, le malattie da isoimmunizzazioni, da fattori « Rh », e le malattie acquisite durante il parto, o nelle prime ore di vita, come ad esempio, l'anossia fetale e le emorragie del neonato. E problema già affrontato e felicemente risolto in molti altri Stati europei.

Anche l'O.N.M.I., pur dibattendosi fra angustie e strettoie di bilancio, ha già fatto nel campo della mortalità per errori dietetici del neonato e del lattante, nel campo della prematuranza e in quello delle malattie dermo-

veneree, un'opera i cui risultati sono da ritenere soddisfacenti, pur se bisogna rilevare che molto spesso l'azione dell'ente non può esplicarsi in tutta la sua interezza, perché limitati sono in atto i compiti che lo stesso è chiamato ad assolvere. È la limitazione dei compiti in detto campo che bisogna rimuovere!

Per ridurre maggiormente la mortalità infantile, l'O.N.M.I. deve essere potenziata, la sua attività non può restare più limitata, anzi, dovrebbe essere integrata mediante l'istituzione dei predetti centri di accertamento diagnostici e profilattici che costituirebbero il mezzo più idoneo per fronteggiare le malformazioni congenite che, oggi la scienza medica ci insegna, sono causate dalle malattie virali della donna gravida.

A questo tipo di assistenza ne va aggiunta un'altra, importante, e, credo, non soltanto sotto il profilo sanitario, ma anche sotto il profilo sociale: spesso la maternità è battuta e percossa. In Italia, noi non abbiamo un sufficiente numero di alberghi materni, di istituti in genere attrezzati per questa nobile fatica che oltre ad essere fatica sanitaria è anche un mezzo di recupero della donna la cui maternità non può essere trascurata per i riflessi che ha sul nascituro. E, pertanto, compito sanitario evitare turbe psichiche, è obbligo altamente sociale il recupero, attraverso il bambino, della donna.

Inoltre, bisogna potenziare gli asili-nido i quali assolvono degnamente al compito di provvedere all'assistenza del bambino durante tutto il giorno fino ai tre anni di età; dopo il terzo anno di età, però, non sappiamo dove mandare questi bambini. Ecco perché io riterei molto opportuno portare sino al quarto anno di età questa possibilità di permanenza dei bambini negli asili-nido. In certe zone, onorevoli colleghi, gli asili-nido sono veramente pochi, senza aggiungere che dalla fine del terzo anno al quarto anno di vita i bimbi restano abbandonati a se stessi e vengono poi a perdere il beneficio di essere stati assistiti. Gli asili-nido dovrebbero essere anche adeguati alle esigenze del lavoro materno; la madre, cioè, non dovrebbe avere la preoccupazione di dover andare a riprendere il bambino prima della fine del lavoro o portarlo all'asilo-nido la mattina prima d'iniziare il suo lavoro.

Altro argomento sul quale intendo soffermarmi e che riveste particolare rilevanza è la necessità di aumentare gli assegni all'O.N.M.I. per l'assistenza che oggi viene prestata ai bambini illegittimi in relazione alla diffe-

renza che si fa fra bambini legittimi o illegittimi...

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Abbiamo avuto un miliardo per l'esercizio 1958-59...

REALE GIUSEPPE. La ringrazio, signor ministro, della comunicazione. Infatti, non bisogna dimenticare che le assegnazioni di fondi all'O.N.M.I. da 440 milioni che erano nel 1951 sono passate a 2 miliardi nell'esercizio attuale. Resta sempre aperto, però, questo vuoto non soltanto finanziario ma anche morale e sociale del quale noi ora ci occupiamo. Non possiamo, non dobbiamo più fare distinzione, se educatori siamo, tra bambini legittimi e bambini illegittimi, tra coloro che debbono entrare da una porta e coloro che non possono entrare se non da un'altra porta, tra bambini che vengono assistiti dall'amministrazione provinciale e bambini che vengono assistiti dall'O.N.M.I.

Vi è a questo proposito una sperequazione nell'assistenza operata dalle varie amministrazioni provinciali. Il sussidio mensile dato a Imperia è di 300 lire, a Milano di 1800 lire, a Vicenza di 700, a Reggio Emilia 1000, a Lucca di 900 a Novara di 100. Sarebbe bene devolvere questo compito assistenziale all'Opera nazionale maternità e infanzia, la quale potrebbe nell'unificazione dell'assistenza, soprattutto, pervenire a quella sintesi umana e cristiana, alla quale noi tendiamo in maniera particolare.

È vero che in base alle leggi n. 936 del 1941 e n. 826 dell'8 giugno 1942 è possibile affidare all'O.N.M.I. da parte delle province l'assistenza, anche degli illegittimi. Ma si è verificato in Italia un solo caso, ad Asti. Pertanto più che mai si presenta in termini urgenti di solidarietà sociale questa unità dell'assistenza sia ai bambini legittimi che ai bambini illegittimi. Se poi volessi esaminare le percentuali della mortalità infantile indicate dall'onorevole Cotellessa, dovrei riconoscere con intimo gaudio che dal 97 per mille del 1939 siamo passati al 48,2 per mille del 1958. Però dovrei umilmente osservare che tale mortalità è la media percentuale italiana, giacché nel nord la percentuale è del 38 per mille, mentre nel povero, vecchio sud, raggiunge il 62 per mille. E ciò si spiega. Nel nord abbiamo 3815 consultori pediatrici, 1379 consultori materni; nel sud 1760 consultori pediatrici, 1142 consultori materni. Vi è quindi una perfetta corrispondenza tra la diffusione dell'Opera e l'abbassamento della mortalità infantile.

Ecco perché qui mi sembra opportuno rappresentare la necessità che alle federazioni del

sud siano devoluti maggiori fondi, perché dove vi è più bisogno, là più urgente sia la presenza dell'Opera che valga a salvare la vita dei nostri bambini. I bambini sia del nord che del sud non presenteranno ordini del giorno perché siano approvati, non faranno sciopero: piangeranno sempre più sommessamente e alla fine reclineranno il capo, moriranno. Con essi muore la parte più bella d'Italia. Se la tenerezza paterna è tale da spezzare la corda del proprio violino dinanzi al bambino che cresce, i bambini non devono morire. Vorrei (se da quest'aula fosse possibile fuggire dal reale ideale, che è costante azione di ogni uomo, anche politico, se fosse possibile un momento rifugiarsi nell'ideale) vorrei raggiungere i nostri bambini, che magari abbiamo ascoltato al telefono, donare loro tanta serenità, cantare loro quella ninna nanna meravigliosa che parla sì del bue che sogna lontane praterie ma che dà ai grandi motivo di tranquillità proprio perché il nostro avvenire continui e trionfi in loro, nei nostri bambini.

Grazie, signor ministro, per quanto farà per questi bambini, attraverso la fatica, non certo lieve, che dovrà sostenere; grazie, per tutti i bambini che attendono ancora e che con il loro sorriso sapranno dare a noi la forza di continuare nel nostro lavoro. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

Verifica di poteri.

PRESIDENTE. Comunico che la Giunta delle elezioni, nella seduta odierna, ha verificato non essere contestabili le seguenti elezioni e, concorrendo negli eletti le qualità richieste dalla legge, le ha dichiarate valide:

Circoscrizione VIII (Trento-Bolzano): Lucchi Orlando;

Circoscrizione XXIV (Bari-Foggia): Scarrongella Vito, Musto Nicola.

Do atto alla Giunta della sua comunicazione e dichiaro convalidate queste elezioni.

Trasmissione dal Senato.

PRESIDENTE. Il Senato ha trasmesso i seguenti provvedimenti:

« Sistemazione, miglioramento e adeguamento delle strade statali di primaria importanza e integrazione di fondi per l'esecuzione del programma autostradale » (*Già approvato dalla IX Commissione della Camera e modificato da quella VII Commissione*) (590-B);

DE VITA ed altri: « Modifiche alla legge 5 gennaio 1957, n. 33, sull'ordinamento e attribuzioni del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro » (*Già approvata dalla V Commissione della Camera e modificata da quella V Commissione*) (991-B).

Saranno stampati, distribuiti e trasmessi alle Commissioni che già li hanno avuti in esame, nella stessa sede, con il parere: per il primo, della V Commissione (Bilancio); per il secondo, della I Commissione (Affari costituzionali).

Costituzione di Commissioni permanenti.

PRESIDENTE. Nelle riunioni di stamane, le seguenti Commissioni permanenti per l'anno finanziario 1959-60 hanno proceduto alla propria costituzione, che è risultata la seguente:

XIII Commissione (Lavoro): presidente, Delle Fave; vicepresidenti, Calvi e Maglietta; segretari, Gitti e Bettoli;

XIV Commissione (Igiene e sanità): presidente, Cotellessa; vicepresidenti, Capua e Minella Molinari Angiola; segretari, Bartole e Ceravolo Domenico.

La seduta termina alle 13,50.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO DEI RESOCONTI

Dott. VITTORIO FALZONE

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI