CLXXXIII.

SEDUTA ANTIMERIDIANA DI MARTEDÌ 14 LUGLIO 1959

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LEONE

INDICE

	PAG.
Congedo	9483
Disegni di legge:	
(<i>Deferimento a Commissione</i>)	9537
(<i>Presentazione</i>)	9537
Disegno di legge (<i>Seguito della discussione</i>):	
Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1959 al 30 giugno 1960 (1213)	9483
PRESIDENTE	9483
ANGELINI LUDOVICO, <i>Relatore di minoranza</i>	9483
FERRARI GIOVANNI, <i>Relatore per la maggioranza</i>	9494
QUINTIERI, <i>Relatore per la maggioranza</i>	9498
GIARDINA, <i>Ministro della sanità</i>	9502, 9536
DE PASCALIS	9536
Proposte di legge:	
(<i>Annunzio</i>)	9483
(<i>Deferimento a Commissione</i>)	9537

La seduta comincia alle 10,30.

DE VITA, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta dell'11 luglio 1959.

(È approvato).

Congedo.

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il deputato Carcaterra.

(È concesso).

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. Sono state presentate proposte di legge dai deputati:

PINNA ed altri: « Attribuzioni del nome e delle funzioni di biblioteca nazionale alla biblioteca universitaria di Cagliari » (1440);

FAILLA ed altri: « Proroga del contributo annuale corrisposto dallo Stato all'Ente siciliano di elettricità ed altri contributi dello Stato per le opere realizzate da detto ente » (1441).

Saranno stampate e distribuite. La prima, avendo i proponenti rinunciato allo svolgimento, sarà trasmessa alla Commissione competente, con riserva di stabilirne la sede; dell'altra, che importa onere finanziario, sarà fissata in seguito la data di svolgimento.

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.

Come la Camera ricorda, nella seduta pomeridiana del 9 luglio scorso è stata chiusa la discussione generale.

Ha facoltà di parlare l'onorevole Ludovico Angelini, relatore di minoranza.

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, ripeterò subito, all'inizio di questo mio intervento, quello che ho scritto al principio della relazione, cioè che non pretendo di affrontare tutti gli argomenti attinenti ai problemi sanitari del nostro paese, né di esaurire quelli che possono essere ritenuti i più importanti. Non penso neppure di poter esprimere il mio giudizio su tutto quello

che nel corso del dibattito è stato detto: mi soffermerò soltanto su alcuni problemi che appaiono di maggiore rilievo nel momento attuale, soprattutto per l'urgenza che esiste di dare ad essi una soluzione. Tali problemi rappresentano a mio avviso dei nodi che è necessario sciogliere subito, se vogliamo avere quell'organizzazione sanitaria di cui il paese ha bisogno. Senza un'organizzazione sanitaria moderna ed autorevole non è possibile, d'altra parte, affrontare con una certa probabilità di successo quell'opera di trasformazione che lo sviluppo stesso della storia del nostro paese richiede e pone ormai all'attenzione di tutta la nazione.

È questo il problema più scottante, più urgente che ancora oggi, a distanza di un anno e mezzo dalla costituzione del Ministero della sanità, si presenta in tutta la sua interezza, dal momento che esso non è stato risolto; né in questo stato di previsione della spesa troviamo sia pure un accenno di avvio alla sua soluzione. Eppure è questo il problema che occorre affrontare come veramente pregiudiziale, se vogliamo che ogni progetto, ogni proposta, ogni piano non resti nel regno delle velleità, delle illusioni perdute.

È mio dovere, innanzi tutto, sottolineare come il dibattito, sia in Commissione sia in aula, sia stato in generale veramente serio, ricco, e come contributi sostanziali siano stati portati da colleghi sanitari e non sanitari. Tutta la discussione, a mio giudizio, ha debordato notevolmente, anzi possiamo dire che ha debordato nella sua parte più viva, la stessa cornice posta dal bilancio. Fatto questo che, se da una parte sottolinea i limiti di questo documento, serve dall'altra a marcare come il Parlamento italiano avverta il valore supremo dei problemi sanitari, che li sente come fatti politici e non solo come istanze tecniche, e li discute come questioni alle quali tutta la nazione è interessata, come un interesse dei più generali. Di qui anche il tono appassionato che ha caratterizzato gran parte degli interventi.

È questo per noi comunisti un motivo di particolare compiacimento, perché ricordiamo come il contributo da noi dato alla creazione di questo Ministero fu decisivo nella passata legislatura, in un momento cioè nel quale tale realizzazione aveva molti nemici e pochi amici. E mi pare giusto ricordare ancora, in questo momento, come fu allora veramente una ben fortunata circostanza che gli amici di questa realizzazione non si trovassero solo in un partito o in un raggruppamento di partiti, ma si trovassero diffusi in molti set-

tori e che dalla loro concordia, dalla loro tenacia, dalla loro pazienza e, diciamo pure, dalla loro prudenza, poté sorgere questa branca della amministrazione dello Stato repubblicano. I parlamentari sanitari di tutti i settori dettero il contributo più deciso a questa opera di concordia.

Voglio trarre da questo un auspicio fausto per lo sviluppo futuro di convergenze nuove, tali che possano spianare la strada alle grandi trasformazioni che, nel campo della tutela della salute degli uomini, la storia del progresso delle società umane pone come inderogabili ed urgenti.

E ad essere ottimista in questo senso mi persuade anche la constatazione che le critiche elevate allo stato di previsione, se sono venute da parte di tutti indistintamente gli oratori e, se sono state gravi e spesso aspre, sono state tuttavia sempre animate da uno spirito positivo, amichevole direi, ed unitariamente teso ad avere una amministrazione sanitaria migliore, più autorevole, più capace, più ricca di poteri e di iniziative, una amministrazione più moderna, quale merita il nostro popolo.

L'elemento negativo infatti che più sostanziale rilievo ha avuto nel dibattito mi sembra quello costituito dalla mancanza di una reale autorità e di reali poteri da parte di questo dicastero, fatto che naturalmente si riflette sfavorevolmente su tutte le istanze di natura amministrativa e parlamentare che gravitano attorno alla sua attività.

L'onorevole Romano ha giustamente ricordato a questo proposito la situazione paradossale nella quale si è trovata la nostra Commissione, tagliata fuori da ogni possibilità di intervenire concretamente nelle questioni più tipicamente sanitarie che il Parlamento deve discutere, ogni qualvolta queste questioni hanno una certa importanza. Situazione intollerabile che ha destato la protesta di tutti i componenti la Commissione.

A questo proposito mi sembra che l'onorevole Cotellessa, presidente della Commissione, sia oltremodo ed ingiustificatamente ottimista. E dico questo perché egli fu uno di quei pochi deputati che nella passata legislatura più da vicino seguì il faticoso iter della legge istitutiva del Ministero. Egli conosce quindi molto bene il senso ed il valore di tutti quei limiti che nella legge esistono, come quei limiti furono imposti e come essi si espressero nelle stesse formulazioni verbali dei vari articoli e dei vari commi.

L'onorevole Cotellessa è certamente un amico del Ministero ed egli, leggendo e rileggendo articoli e commi di quella legge, finisce

col considerarla, diciamo, in modo un po' curialesco, e vi trova proprio quello che non v'è: la chiarezza ed i poteri del Ministero della sanità, cioè i chiari poteri che ogni amministrazione dello Stato deve avere e che nella realtà ogni ministero ha nel campo della sua specifica attività. Perché le leggi debbono essere chiare e precise, limpide, specie in tema di poteri e di attribuzioni, ai fini di evitare le interferenze, i conflitti di competenza, ecc. Noi di queste cose avevamo a lungo parlato quando si fece la legge ed avevamo esattamente previsto quello che poi è avvenuto. Né ci volevano astrologi molto dotati per fare simili previsioni!

Occorre dire ancora qualcosa su un'altra questione: non è affatto vero che fu il Parlamento a volere un Ministero così debole quale lo configura la legge del 13 marzo 1958. A quei colleghi che, come la onorevole Gennai Tonietti e l'onorevole Capua, sostengono questa tesi, è facile rispondere, perché questa è la verità, che il Parlamento dovette subire allora una energica pressione, un vero ricatto da parte governativa, una pressione che certamente veniva anche esercitata da ambienti extra-governativi, di sottogoverno, pressione che si traduceva nella formula: o questo ministero, così, con questi limiti, o nulla.

Del resto, la stessa onorevole Gennai Tonietti deve implicitamente ammettere la verità di questa tesi quando, come ha fatto, ha voluto ricordare la difesa che ella sostenne allora in favore della legge istitutiva in seno alla Commissione finanze e tesoro, proprio quando si trattò di farle superare quello scoglio. Che significato poteva, infatti, avere la pretesa di fondare un ministero, superando la formula del vecchio A.C.I.S., senza attribuirgli contemporaneamente un maggiore e più adeguato stanziamento di bilancio, se non quello di imporgli con ciò stesso il limite più tangibile, più concreto, più tipico?

Questo è il ministero che vi vogliamo dare — si disse — o prendere o lasciare! Questa è la filosofia della fondazione del Ministero della sanità. Queste cose vanno ricordate!

Un'altra idea peregrina che va sfatata è quella di attribuire le deficienze che tutti lamentiamo nei poteri di questo dicastero alle gelosie fra ministri e fra burocrazie ministeriali, ognuna preoccupata di conservare i propri poteri sulla materia sanitaria. Non nego che anche un simile elemento possa avere avuto il suo gioco, ma voler spiegare tutto con tali motivi mi sembra cosa veramente infantile!

Nel campo dell'assistenza malattia, nel campo della beneficenza, giocano purtroppo interessi molto grossi e poco confessabili. E sono questi interessi che si sono opposti a che in Italia sorgesse una amministrazione tecnica dello Stato, capace di far prevalere gli interessi tecnici sugli interessi della speculazione, come, per esempio, della tendenza corporativa ad utilizzare il bisogno della povera gente ai fini di pressione politica di partito.

Se a guidare l'immissione dei lavoratori autonomi nel campo della assicurazione contro la malattia vi fosse stata un'amministrazione sanitaria seria, probabilmente non sarebbero sorte quelle mutue, che si sono trasformate in un campo di contesa politica, di camorra ed in uno scandalo dal punto di vista assistenziale.

Le mutue costituiscono i consumatori maggiori di medicinali, come è facile rilevare dai loro bilanci... ed un potere statale capace di mettere ordine nella speculazione che si verifica in questo settore non può essere certamente visto bene da chi questa speculazione pratica, traendone profitti vergognosi.

I rapporti fra mutue ed ospedali, fra mutue e case private di cura, i rapporti fra mutue e categorie sanitarie sono altri settori nei quali esistono interessi contrari ad un potere che facesse prevalere le esigenze più generali su quelle particolaristiche.

Così, dopo avere parlato degli amici, ho anche detto qualche cosa di quelli che sono i veri e potenti nemici del nostro Ministero.

Ora, avere chiare queste verità, significa conoscere anche cosa vi è da fare da parte di tutti coloro che vogliono invece una amministrazione sanitaria efficiente, autorevole ed attiva.

Sono convinto che vi sarà da emendare la legge istitutiva. E questo — a parer mio — deve essere compiuto possibilmente dallo stesso Governo. Le altre vie, compresa quella del ricorrere al giudizio del Consiglio di Stato, mi sembrano ripieghi, che lasceranno il tempo che trovano. Ove non sarà il Governo a prendere questa iniziativa, saranno i deputati a farlo quanto prima.

Né, d'altra parte, credo che il creare comitati di coordinamento potrà modificare la situazione se al Ministero non verranno prima attribuiti compiti chiari nella materia sanitaria.

L'onorevole Romano, parlando di questo comitato, si è raccomandato che esso non sia troppo pletorico, per non farne, ha detto, un altro Consiglio dei ministri! Però l'onorevole Lattanzio ci ha anche avvertiti che non meno

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

di 11 sono i ministeri che direttamente hanno ingerenza nella materia sanitaria e che organizzano nella realtà istanze sanitarie di notevole rilievo.

Naturalmente, noi condividiamo in pieno la proposta di creare un comitato di coordinamento e vediamo l'utilità di un continuo contatto fra le varie branche dell'amministrazione dello Stato al fine di ottenere un indirizzo unitario nell'attività di tutela della pubblica salute. Affermiamo però, con la massima energia, che la collaborazione ha un significato ed il coordinamento un valore solo allorché queste istanze sono espressione di reali poteri specifici che ogni branca dell'amministrazione ha nel campo che le è proprio e per la regolazione del quale è stata creata. Altrimenti tutto resta una vana e vuota esercitazione retorica.

È stato ricordato nel dibattito, a varie riprese, come in tema di attribuzioni di poteri non è possibile tollerare dicotomie. Su un istituto o su un determinato gruppo di istituti o si ha l'autorità di tutela o non la si ha; e non è concepibile dividere la tutela in sanitaria ed amministrativa e pretendere che questi due tipi di tutela vengano esercitati da due amministrazioni diverse. L'attività di un ente è una sola, quella per la quale è stato creato o si è formato, tutte le altre sono secondarie e subalterne. Per un ospedale, per un istituto di ricovero, ad esempio, l'attività principale è quella sanitaria; e tutto deve a tale attività essere subordinato ed una sola deve essere l'amministrazione dello Stato che deve su questa istituzione avere funzione di guida, di tutela e di controllo. Non è più ammissibile che sulle questioni riguardanti gli ospedali e le istituzioni similari continui ad esercitarsi la funzione di controllo del Ministero dell'interno, attraverso i prefetti.

Né è possibile continuare a baloccarsi con queste barocche analogie, che sono state tanto care ai miei colleghi pediatri, per le quali il Ministero della sanità viene paragonato ad un piccolo bambino che deve crescere, e che basta avere pazienza, per vederlo divenire forte ed adulto. Così finiremo noi stessi col non credere più a quello per cui ci siamo battuti e finiremo col non renderci conto che bisognerà batterci ancora perché subito vengano attribuiti alla amministrazione sanitaria i compiti che le spettano. Finiremo col credere noi stessi che si tratti di una specie di minorato, per sua natura, cui non è possibile affidare responsabilità reali.

È naturale che questo non significa avere perduto di vista la realtà che è fatta di cose

possibili e di cose impossibili, di difficoltà superabili subito e di ostacoli che è meglio evitare per il momento per non rompersi le gambe.

È per questo che noi consideriamo come urgenti e passibili di essere modificate oggi le contraddizioni che esistono nel campo delle competenze sugli ospedali e quelle che esistono nel campo della mutualità.

Per questa ultima questione avrei desiderato che i relatori per la maggioranza avessero espresso il loro parere. Hanno preferito non farlo o farlo in forma tanto discreta da renderla addirittura inapparente. Non credo che questo sia avvenuto per paura dell'onorevole Zaccagnini. E questa mi sembra cosa tanto più strana in quanto non vi è nessuno il quale non veda come l'assistenza malattia in regime di assicurazione sia, nel momento nel quale viviamo, il fenomeno di gran lunga più saliente della materia.

Come è possibile che l'amministrazione sanitaria dello Stato resti fuori della porta delle mutue malattia? Questo è quello che i relatori per la maggioranza non ci hanno detto. Ma sono sicuro che essi ne avevano e ne hanno una grande voglia, perché è molto probabile che essi conoscano i motivi di questa esclusione meglio di me. Qui occorre affermare che è stata questa una delle ragioni, anzi la più importante delle ragioni che mi ha spinto ad affrontare la non facile fatica di redigere una relazione di minoranza. Essa serve a colmare questa enorme lacuna. E dico « lacuna » perché di lacuna si tratta, giacché non è chi non veda come dal punto di vista sanitario, essendo le cose come sono, non esiste controllo alcuno dell'amministrazione statale sull'indirizzo sanitario degli enti che assistono il 75-76 per cento della popolazione italiana. Sotto questo punto di vista le mutue sono delle repubbliche nella Repubblica. Il Ministero del lavoro, geloso custode e supremo regolatore della mutualità, non mi consta che eserciti alcuna funzione nel senso cui ho accennato prima. Ed intanto le cose vanno come vanno e come tutti sanno e nella maniera per la quale tutti protestano. Il professore Chiappelli ha mirabilmente descritto la situazione affermando testualmente che in Italia non possiamo dire neppure di avere né un « sistema », né un « ordinamento » e neppure un « assetto provvisorio », tanta è la confusione, il disordine, il groviglio di leggi, regolamenti, direttive, metodi diversi e contrastanti. È una situazione, questa, che non è possibile tollerare più a lungo. Da ogni parte sorge la critica, la protesta e la indicazione di

cambiare strada. Appare evidente come è proprio dalla coscienza della situazione intollerabile dell'assistenza malattia quale oggi viene praticata in Italia, per la sua inefficienza, per la sua burocratizzazione, per la sua antieconomicità, che parte lo stimolo più forte a ricercare nuove soluzioni e che questo stimolo accolgono partiti politici ed organizzazioni sindacali di ogni colore. Ma su questo torneremo fra poco.

Bisogna porre ordine in ciò che esiste e occorre che quello che nel campo dell'assistenza malattia si andrà sviluppando non vada ad accrescere il disordine. A questo compito può provvedere solo l'amministrazione sanitaria dello Stato. E per questo che i comunisti chiedono che la competenza amministrativa (che significa per noi la funzione di guida, di controllo e di tutela su tutta l'attività di assistenza malattia delle mutue) venga chiaramente affidata al Ministero della sanità. Le mutue continuino ad essere gli organismi autonomi configurati nell'attuale regime assicurativo: le funzioni di tutela su tutti gli aspetti economici nel campo delle prestazioni e nel campo del finanziamento continuino ad essere attribuite al Ministero del lavoro e della previdenza sociale; ma che le funzioni di tutela sulla loro politica sanitaria vadano attribuite al Ministero della sanità e che la spesa sanitaria di tali enti sia controllata soltanto dall'amministrazione sanitaria dello Stato.

A questo proposito, voglio subito affrontare un problema trattato implicitamente nella mia relazione e che mi sembra giusto rendere più esplicito formulandolo in maniera ancora più chiara. Non vi è stato intervento alla Camera e al Senato nel quale non si sia criticata l'inadeguatezza dei fondi destinati al bilancio della sanità. Tutti hanno detto che i fondi sono insufficienti. Non ho fatto il calcolo di quello che hanno chiesto i relatori per la maggioranza della Camera, ma so che hanno chiesto, anche essi, un notevole aumento di stanziamenti. Si è detto in tutti i toni che non è serio dare al ministro della sanità 43 miliardi e pretendere con questa somma la difesa della salute degli italiani e del patrimonio zootecnico.

Tutti sono stati prodighi di consigli, particolarmente quelli della sua parte politica, onorevole ministro. Raggiungibile a questo proposito l'intervento dell'onorevole Lattanzio, che ha dimostrato di avere idee molto chiare su quello che occorre fare per migliorare il livello della tutela igienico-sanitaria del paese.

I relatori per la maggioranza al Senato e alla Camera hanno chiesto somme ragguardevoli per corroborare ogni diversa, tradizionale attività del Ministero. Aderisco in pieno a tutte queste iniziative. Sono però convinto che, anche se le somme richieste venissero realmente assegnate al Ministero nei prossimi esercizi, esse non sarebbero affatto sufficienti a modificare nella sostanza la situazione, a realizzare cioè quella politica sanitaria che l'onorevole Lattanzio ha suggerito, ove non si modifichi contemporaneamente il campo delle attribuzioni e dei poteri del Ministero stesso.

E mi spiego. Attualmente la spesa sanitaria pubblica è calcolabile intorno ad una cifra di ottanta miliardi. Se a questi 80 miliardi si aggiunge quella parte dei consumi sanitari, che nella relazione annuale economica del paese viene iscritta ai consumi privati e che nella realtà appartiene alla spesa sanitaria degli enti mutualistici, cifra che può essere calcolata intorno ai 310-320 miliardi, si ha, dalla somma di questi due dati, una cifra di circa 400 miliardi, che di fatto rappresentano la spesa pubblica che la collettività italiana eroga ogni anno per i suoi bisogni sanitari. 400 miliardi, che vanno di anno in anno crescendo, spesi dallo Stato direttamente attraverso i suoi vari dicasteri (ivi compreso quello della sanità), dagli enti morali di varia natura, dagli enti locali, dagli enti assicuratori, ecc.

E si tratta, ripeto, di spesa pubblica, in larghissima misura e per consenso generale impiegata nella maniera più irrazionale possibile. Ma su questo è inutile insistere perché ne siamo tutti convinti!

Ecco la somma mediante la quale noi comunisti vogliamo che il ministro della sanità tuteli la salute del popolo italiano. E solo determinando la politica con la quale si impiegano questi 400 miliardi sarà possibile realizzare quegli indirizzi e quei consigli dei quali siamo stati tutti prodighi e a Palazzo Madama e a Montecitorio.

Solo indirizzando in forma unitaria, razionale, coordinata, moderna, amministrando cioè questa somma anche in modo economico, sarà possibile lottare con grandi probabilità di vittoria contro le malattie sociali, contro le malattie professionali, contro tutti i flagelli; si potrà in altri termini fare una buona politica nelle tre grandi attività della tutela igienico-sanitaria: la prevenzione, la cura, il recupero. I lavoratori saranno certamente i primi a rendersi conto dell'immenso vantaggio della logica di una simile rivendicazione ed i lavoratori la porranno proprio fra le loro più vitali rivendicazioni.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

Degno di attenta considerazione è il suggerimento avanzato dell'onorevole Capua di creare una forma organizzativa tra gli enti mutualistici, che egli stesso ha voluto definire come una specie di « consorzio obbligatorio », tale da permettere il coordinamento di tutte le attività in vista del raggiungimento di un unico fine. Bisogna però aggiungere che tale proposta potrebbe avere la sua ragion d'essere e venire considerata come un concreto avvio verso un processo di unificazione soltanto sulla base del presupposto di più ampi poteri del Ministero della sanità. Per coordinare l'attività degli enti mutualistici, anche in forma consortile, è necessario, infatti, che vi sia un capo autorevole, appunto il ministro della sanità. In mancanza di ciò, i suggerimenti avanzati avrebbero il valore di pure elucubrazioni dottrinali.

Occorre, quindi, dare al Ministero il potere di decidere in senso unitario e democratico dell'impiego dei fondi a disposizione per l'assistenza sanitaria, indirizzandoli soprattutto verso quella prevenzione delle malattie che rappresenta il fondamento di ogni politica sanitaria moderna. Senza questi poteri si aggiungerebbero soltanto altre inutili sovrastrutture a quelle che già esistono.

Ciò non significa, naturalmente, che il ministro del tesoro debba chiudere i cordoni della borsa nei prossimi esercizi finanziari: gli stanziamenti a favore del Ministero della sanità vanno aumentati, e convenientemente aumentati, tanto più in quanto, per assolvere ai compiti cui ho accennato, occorre una amministrazione più efficiente e più numerosa. A questo proposito voglio ribadire la necessità di potenziare specialmente gli organi periferici, e in questo concordo perfettamente con i relatori per la maggioranza.

Ma il problema più importante da risolvere resta quello di attribuire all'amministrazione sanitaria dello Stato la possibilità di dirigere in maniera autonoma tutta la spesa sanitaria nazionale pubblica. Noi vogliamo infatti un'amministrazione sanitaria autorevole, capace, attiva, moderna.

Nella mia relazione ho dedicato il maggiore spazio possibile alla definizione di ciò che noi comunisti intendiamo per una amministrazione sanitaria che risponda a questi requisiti; in particolare ho sottolineato con speciale cura il carattere concreto del decentramento che noi crediamo possibile realizzare, allo stato attuale delle cose, specie al livello delle province e degli uffici dei medici provinciali: non mi ripeterò, dunque, anche per-

ché in materia vi è una notevole convergenza di opinioni.

Noi vogliamo un'amministrazione così fatta non solo perché il paese ne ha bisogno per mettere un po' d'ordine nel disordine, non solo per provvedere a quei compiti sui quali si sono intrattenuti quasi tutti gli oratori, ma soprattutto perché nel campo della assistenza sanitaria stanno maturando esigenze di rinnovamento che appaiono ogni giorno più evidenti e più urgenti.

I relatori per la maggioranza hanno accennato alla questione, per la verità, in termini molto generici ed evanescenti. Si parla della creazione di un sistema di sicurezza sociale, ma quando si tratta di definirlo con una certa precisione essi preferiscono parlarci delle esperienze fatte all'estero! Non voglio con ciò negare che si tratti di esperienze di grande importanza, che forniscono elementi preziosi e indicazioni assai utili anche per noi; occorre dunque studiare a fondo questi sistemi, anche perché in molti paesi essi si sono definitivamente affermati e non rappresentano più semplici esperimenti. Se intenzione dei relatori per la maggioranza era mettere in rilievo l'importanza di queste esperienze, io sono perfettamente d'accordo con loro. Vorrei soltanto aggiungere che mi sembra superficiale la pretesa di liquidare in quattro parole la più grande esperienza compiuta in proposito, quella dell'Unione Sovietica, che risale ormai a quarant'anni addietro; sistema vecchio, ma sempre giovane e continuamente capace di rinnovarsi e di adeguarsi alle nuove esigenze, in modo da permettere che tutto il popolo usufruisca dei progressi della scienza.

Ma non è sul sistema sovietico che io intendo soffermarmi. Mi sembra soltanto strano voler affibbiare a questo sistema l'attributo di burocratico. È una piccola polemica che mi permetterete di fare. Ora, se per il relatore per la maggioranza « burocratico » significa « antipatico », allora tutto va bene perché ognuno è libero di chiamare le cose come vuole e non sarò io a contraddirlo in questo; se si tratta però di affermare che il sistema sovietico, osservato dal punto di vista di chi ha bisogno dell'assistenza, offre resistenze, difficoltà, impedimenti simili, per esempio, a quelli esistenti in Italia, allora io vi dico che il sistema sovietico è il meno burocratico che esista al mondo, perché, per entrare nell'ambito dell'assistenza basta solo essere una creatura umana, neppure un cittadino sovietico. È veramente quella che voi chiamate carità cristiana, applicata integralmente: non vi si chiede neppure chi siate, perché basta essere

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

un uomo per ottenere l'aiuto di cui si ha bisogno.

Ed a proposito di esperienze di altri paesi, voglio aggiungere che alla stessa decisione presa da quella che è certamente una tra le più esperte classi dirigenti, la classe dirigente inglese, di dare un sistema integrale sanitario al popolo, e agli indirizzi pratici che ne sono seguiti, non è affatto estranea proprio la prima grande esperienza fatta nel mondo, quella sovietica. E proprio per questo, credo, il sistema sanitario inglese è largamente esente dalla mala erba del burocraticismo.

Tuttavia queste esigenze di rinnovamento nel campo assistenziale sanitario, questo bisogno di una profonda trasformazione nel settore sanitario sorgono però nel nostro paese dal fatto che la nazione italiana è una nazione civile e che il nostro popolo non sopporta oltre di restare privo di tanti presidi che la scienza mette a disposizione dell'umanità. Vuole colmare l'abisso che esiste tra le possibilità guaritive della scienza e della tecnica e le possibilità concrete che le masse hanno di usufruirne, perché comprende che si tratta di un problema organizzativo.

La illogica, antistorica, inumana presenza di questo *iatrus* sentono drammaticamente e medici e scienziati. Questa situazione è inconciliabile con la civiltà!

Di qui il fatto che le grandi organizzazioni sindacali, i grandi partiti di massa dedicano larga parte dei loro programmi a questo problema. Ne hanno discusso in molte occasioni, hanno creato le circostanze per discuterne, hanno approfondito l'esame di tutta la materia che è oggetto di grande polemica. Così la C.G.I.L., così la C.I.S.L., il partito comunista, il partito socialista, la democrazia cristiana, il partito socialdemocratico, il radicale. Punti di convergenza e punti di divergenza appaiono in questa discussione, che potremmo definire come vogliamo, ma che certamente non è accademica, perché è invece estremamente pratica dato anche che ad essa si interessano tutti i lavoratori ed i cittadini italiani in genere.

Di tutto questo non vi è traccia nella relazione di maggioranza e ve ne sono solo accenni molto modesti negli interventi degli oratori di maggioranza. È un rilievo che credo sia doveroso fare: nessuno degli oratori (tranne, credo, l'onorevole Azimonti) di parte democristiana ha creduto di illustrare, almeno nei suoi tratti più caratteristici, il programma della democrazia cristiana o il programma della C.I.S.L. Perché questo? Ve ne vergognate? O credete che si tratti di cose di scarso rilievo che non abbiano attinenza con la materia che

trattiamo in questo bilancio? O che si tratti di cose che si dicono per poi non farle?

L'onorevole Romano ha ricordato, a questo proposito, che esiste una sua proposta di legge riguardante una riforma del sistema assistenziale in Italia. Ne ha chiesta la discussione. Personalmente non sono d'accordo con molte delle impostazioni di questo progetto. Ritengo però doveroso dargli atto del contributo portato al problema mettendolo per la prima volta all'ordine del giorno del Parlamento. Mi auguro che molto presto da parte di altri gruppi vengano apprestati altri progetti.

Questa è la situazione del nostro paese e questa è la problematica che si pone oggi in tema di assistenza sanitaria al paese ed al Parlamento.

Nella relazione di minoranza, ho esposto nella maniera più breve e più chiara possibile i programmi avanzati dalle varie istanze politiche e sindacali; se ne ho dimenticato qualcuna, chiedo scusa della mia trascuratezza.

Naturalmente, ho dato un particolare rilievo a quei programmi dei quali avevo una maggiore esperienza, anche perché mi sembra rappresentino il punto più alto di elaborazione e di più avanzato impegno politico. L'onorevole De Pascalis ne ha parlato con maggior precisione nel suo intervento, riferendosi particolarmente al progetto della Confederazione generale italiana del lavoro e al convegno che questa organizzazione sindacale su questi problemi ha tenuto il mese scorso a Roma. Voglio ricordare altresì come ancora una volta i maggiori dirigenti di questa organizzazione sindacale, gli onorevoli Novella, Santi, Foa, ecc., abbiano sottolineato che il programma di sicurezza sociale e di un servizio sanitario nazionale, elaborato dalla C.G.I.L. — programma che è continuamente oggetto di studio da parte di questa organizzazione — deve essere anche inteso come una base di discussione da parte di tutti coloro che avvertono l'esigenza di una più congrua e moderna sistemazione della materia in Italia. Del resto, un'ampia parte del discorso pronunciato dall'onorevole Novella sul bilancio del lavoro è stata dedicata proprio a questo punto.

La discussione del primo bilancio del Ministero della sanità avrebbe potuto essere, a mio parere, una buona occasione per approfondire questa tematica, perché è proprio dalla discussione, dal confronto delle diverse posizioni, che sorgono le possibilità di realizzazioni concrete. È stata questa, a parer mio,

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

la deficienza più grave della attuale discussione, e questo fatto dimostra, d'altra parte, quanto cammino dobbiamo fare ancora, per adeguarci alle altre nazioni civili in tema di sicurezza sociale.

Vi sono ancora alcune questioni sulle quali credo sia giusto precisare il parere del mio gruppo e mio personale. Innanzi tutto quella degli ospedali.

Va detto subito che non si tratta — ed è chiaro — di un problema particolare, anche se esso sembra rappresentare uno degli aspetti dell'intera materia. La questione ospedaliera è una questione di fondo, e il Parlamento se ne è reso evidentemente conto giacché la stragrande maggioranza degli interventi ha trattato questo argomento. Si tratta di un problema sostanziale, perché è evidente che qualsiasi possa essere la strada che vorremo imboccare per risolvere la nostra problematica assistenziale, non faremo nessun passo in avanti, in nessuna direzione, se prima non avremo risolto l'attuale situazione di crisi del settore ospedaliero. Non si fa assistenza senza ospedali e senza buoni ospedali. Questo ha detto chiaramente il Parlamento nel corso dell'attuale discussione.

E la coscienza che il Parlamento ha della gravità della situazione e della necessità di superarla rapidamente si esprime anche prima nelle numerose mozioni, interpellanze e interrogazioni presentate su questo argomento. Noi siamo stati i primi a presentare una mozione in proposito. È un problema che, a parer mio, va trattato *ex professo* e non occasionalmente; e a me sembra che questa esigenza della Camera debba essere anche sentita dalla Presidenza che, mi auguro, porrà all'ordine del giorno questo gruppo di mozioni, di interpellanze e di interrogazioni, alla ripresa dei nostri lavori.

Gli ospedali sono in crisi. E va notato che nel corso della discussione l'intervento forse più pesante a questo proposito è stato quello della onorevole Gennai Tonietti, la quale, pur descrivendo la sua esperienza, che è un'esperienza vissuta in quelli che sono i migliori ospedali italiani, è arrivata alla conclusione che oggi da noi non esistono più ospedali ricchi e poveri, ma che tutti gli ospedali sono più o meno in cattive condizioni, tanto da esser costretti ad adoperare la lesina nei più svariati capitoli del bilancio. Affermazione questa che giustifica in pieno la mia preoccupazione, quella preoccupazione che ho espresso nella relazione di minoranza, laddove ho scritto che, ove non si ponga rimedio a questo abbandono, da parte dei pubblici poteri, nei

riguardi degli istituti ospedalieri in genere, ove non si inizi una reale politica ospedaliera in tutto il territorio nazionale, anche quelle fortunate isole di migliore efficienza finiranno con il decadere.

Non ripeterò ciò che ho scritto nella mia relazione su questa situazione di crisi. Quelle differenze di cifre che è possibile rilevare fra le due relazioni sono evidentemente legate a una diversa interpretazione dei dati statistici degli ultimi censimenti ospedalieri. Mi sono riferito alle interpretazioni che alcuni mesi fa ha dato il professore Samogyi, che certamente è una delle massime autorità in materia. Non penso comunque che le differenze siano tali da cambiare il significato concreto del quadro che sta davanti a noi: su questo siamo d'accordo.

Sono convinto che in questa materia occorra fissare l'attenzione su quello che dobbiamo considerare l'elemento veramente permanente e non transeunte, e l'elemento permanente è l'ospedale pubblico. Bisogna riconoscere che la Camera ha sottolineato con la massima energia questo fatto. Da tutti i banchi si sono levate voci appassionate e, soprattutto, voci competenti in difesa degli ospedali pubblici contro la concorrenza delle case di cura private. Ne hanno particolarmente trattato gli onorevoli Romano, Cotellera, Gennai Tonietti, Capua. Vi sono stati interventi che hanno rappresentato delle vere requisitorie nei confronti delle case private di cura. E credo che uno degli elementi di più grave significato che è venuto fuori da questo dibattito, sia costituito dall'accusa fatta ai pubblici poteri di esercitare una tutela sempre pesante e a volte vessatoria sugli ospedali pubblici, mentre le case private di cura che assistono un altissimo numero di cittadini, particolarmente di assicurati, in regime di grave carenza dell'istituto ospedaliero pubblico, sono praticamente libere di fare il comodo loro. L'onorevole De Pascalis ha detto qualche cosa di molto significativo su questo argomento.

È indispensabile una politica ospedaliera che abbia anche in considerazione questo aspetto sostanziale della realtà: la inevitabile convivenza degli ospedali e delle case private di cura.

Nella realtà, non esiste in Italia la libertà di servirsi a propria scelta dell'ospedale o della casa privata di cura, per cui a quest'ultima si possa permettere un regime di indipendenza assoluta. Da noi, i cittadini non hanno spesso altra possibilità di ricovero se non in case private di cura, data la situazione vergo-

gnosa di abbandono in cui si trovano molti ospedali, specialmente nell'Italia meridionale. La gente scappa dagli ospedali. Si affrontano viaggi da un punto all'altro d'Italia, con tutte le conseguenze immaginabili, pur di poter essere ricoverati in un luogo che sia degno del nome di ospedale. Anche questo è un motivo perché si istituisca nei riguardi dei luoghi di cura privati un severo controllo che investa le attrezzature, la gestione e il personale, soprattutto per quanto riguarda il rispetto delle condizioni di lavoro.

A proposito di ospedali, ho sentito dire che occorre svolgere un'opera educativa che ristabilisca o stabilisca la fiducia dei cittadini nei riguardi di questi istituti. Vi sarebbe cioè una crisi di fiducia da superare attraverso un'opera educativa. La mia ultratrentennale esperienza di ospedali mi ha dimostrato il contrario, mi ha dimostrato che il pubblico assume sempre l'atteggiamento che gli ospedali meritano. I tarantini non hanno fiducia nel loro ospedale, perché esso non merita alcuna fiducia, e i tarantini sanno anche a chi attribuire la responsabilità di tale situazione. E se essi non avevano ancora una precisa coscienza di ciò, li ha aiutati ad aprire gli occhi la stessa pubblica accusa nel famoso recente processo a tutti noto. L'atteggiamento del pubblico cambia immediatamente appena esso si trova a dover giudicare istituzioni diverse. Diamo al pubblico buoni ospedali e la fiducia verrà senza bisogno di alcuna propaganda. Questa è la strada migliore per evitare la pericolosa concorrenza degli istituti privati di cura.

Abbiamo appreso da alcune dichiarazioni ufficiali od ufficiose e da qualche breve articolo apparso sulla stampa che è in incubazione un piano per la creazione di una rete ospedaliera efficiente, e che è stata nominata una commissione per lo studio di una riforma dell'istituto ospedaliero nel senso di adeguarlo ai moderni criteri che ispirano questi istituti. Di commissioni ne abbiamo viste sorgere e tramontare molte senza lasciar traccia di sé, per cui l'annuncio di ogni nuova commissione di studio ci trova legittimamente e alquanto scettici.

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Allora, non la facciamo.

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Vorremmo che il ministro nella sua replica ci dicesse qualche cosa di più preciso, cioè qual è il piano generale sul quale la commissione deve lavorare. Innanzi tutto quali sono le somme destinate a queste imprese, come sono stanziati nel tempo, quali sono le

regioni dove si intende intervenire con urgenza, quali tipi di costruzioni ospedaliere si intende costruire per prime.

Nel discorso pronunciato in questa Camera dal ministro dei lavori pubblici e nel bilancio relativo non abbiamo trovato una traccia di questi progetti. Abbiamo soltanto ascoltato che, per quanto riguarda le costruzioni in corso (opere igieniche in genere), la presenza del Ministero della sanità ha rappresentato un intralcio. Ora si lavora a rimuovere questo intralcio. Non vorrei che le energie si esaurissero in questa meritoria opera di rimozione delle interferenze del nostro Ministero. E da questo appare evidente come anche nel settore delle costruzioni, delle opere igieniche ed assistenziali occorra che il Ministero della sanità abbia una maggiore libertà di manovra e di iniziativa.

Le nostre proposte in proposito ho espresso nella mia relazione. Confermo solo che noi chiediamo che sia data la precedenza alle costruzioni da farsi nei luoghi oggi maggiormente deficitari, specie nelle regioni del Mezzogiorno; che si dia la preferenza alle costruzioni di ospedali di prima categoria che sono quelli che ci occorrono subito. Siano messi al bando gli strani progetti, già giustamente criticati dai più competenti tecnici in materia, degli ospedali T.U. 69, che non possono essere null'altro che delle infermerie, mentre noi abbiamo bisogno di ospedali e non di infermerie.

Non mi voglio trattenere sulle questioni relative all'ordinamento che si vuol dare all'istituto ospedaliero, perché questo giudizio ho espresso nella mia relazione e perché mi auguro che presto la Camera discuterà tutta la questione in modo approfondito e specifico.

E passo al settore delle farmacie e dei prodotti farmaceutici. L'onorevole Capua ha messo in rilievo le perplessità dei relatori per la maggioranza nel trattare questo problema. Comprendo questa perplessità. Il problema è estremamente complesso, come sono complessi, a parere mio, tutti i problemi nei quali si vuol conciliare il diavolo con l'acqua santa. Del resto l'onorevole Capua non ha prospettato neppure lui alcun rimedio. Voler conciliare il diavolo e l'acqua santa sulla questione delle farmacie, significa voler conciliare il carattere sociale che vanno acquistando tutte le attività sanitarie, con la volontà e con la pretesa di conservare contemporaneamente il carattere di utilità privata e di lucro privato che molte farmacie, non dico tutte, hanno; o che per lo meno hanno quelle che dettano legge nel settore.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

Giriamolo come vogliamo, il problema si ripresenta sempre alla stessa maniera. Si tratta di una di quelle contraddizioni antagonistiche che non possono essere superate se non operando nel senso voluto dagli sviluppi stessi dell'istituto. Ecco perché il problema si presenta tanto difficile, onorevole Ferrari. È evidente però che tutto questo non significa, da parte nostra, la pretesa di cambiare ogni cosa con una legge che nazionalizzi le farmacie.

CAPUA. Siamo d'accordo.

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Si tratta anche qui di operare in modo da avvicinare gradatamente una meta che a me sembra inevitabile: quella del servizio delle farmacie nelle mani delle organizzazioni sociali stesse. Questo avverrà inevitabilmente negli anni futuri.

CAPUA. Su questo non siamo d'accordo.

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Questo è il nostro parere e siamo sicuri di essere nel vero.

✕ CAPUA. A quale organizzazione dovrebbe essere affidato questo compito?

DELFINO. Alla C.G.I.L.?

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Lasci stare la C.G.I.L.: io parlo di cose serie! (*Commenti al centro e a destra*).

DELFINO. Allora la C.G.I.L. non è una cosa seria?...

ANGELINO PAOLO. Ella ha capito bene, onorevole Delfino, cosa volesse dire l'onorevole relatore. Non fraintenda!

CAPUA. È il subcosciente che si è destato.

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Volevo dire che il problema è talmente serio che non può essere ristretto nell'ambito di un conflitto di competenza tra le varie associazioni sindacali.

Le organizzazioni a cui mi sono riferito sono gli ospedali, le mutue, i comuni e le province.

BARTOLE. Ella quindi vorrebbe l'abolizione della libera professione, se ho ben capito.

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Ho detto che questo dovrà avvenire tra venti o trent'anni, ma avverrà. È un necessario sviluppo storico.

Sono convinto che il raggiungimento di questo traguardo sia inevitabile. Penso quindi che per il momento una riduzione dell'indice di popolazione e del limite di distanza possa costituire un provvedimento utile, come pure possono essere utili la regolazione nazionale dei concorsi, i suggerimenti dei relatori per la maggioranza al fine di evitare le camorre dei

grossi proprietari al livello delle province ed infine i suggerimenti e gli incentivi per le farmacie rurali. Ecco gli obiettivi che io pongo.

Credo però che anche adesso sia possibile operare in modo da favorire l'apertura di farmacie da parte degli ospedali, delle organizzazioni mutualistiche, dei comuni, ecc. La farmacia oggi non è più quella che era un tempo, perché si è considerevolmente mercantilizzata. Questa è una situazione che non è possibile far retrocedere.

Non mi sembra però che questa situazione di fatto sia conciliabile con alcuni privilegi che erano invece giusti quando il farmacista svolgeva in effetti un'attività di natura squisitamente professionale. Di qui la nostra richiesta della liberalizzazione del prezzo minimo dei medicinali, la nostra richiesta affinché lo Stato fissi il prezzo massimo, lasciando libero il farmacista di praticare quegli sconti che gli è possibile praticare, cosa che del resto è stata richiesta anche da oratori non di mia parte.

A proposito dei farmaceutici, tutta la materia è trattata dai relatori per la maggioranza con un notevole pudore: pudore nelle premesse sulla legislazione, pudore sul sistema di determinazione delle specialità e della loro legislazione, pudore nel dire come si determinano i prezzi. Credo che questi pudori siano giustificati, perché si tratta di materia da far arrossire il più incallito e cinico peccatore, e nella quale, diciamo chiaramente, le responsabilità dei governi sono veramente tali da fare arrossire.

Si tratta di una situazione scandalosa, denunciata apertamente dalle organizzazioni sindacali, e dalla stessa C.I.S.L. Vorrei ricordare a questo proposito ai colleghi di parte democristiana, che anche il Pontefice Pio XII, nel settembre 1954, pronunciò parole caute (come può dirle una personalità così alta), ma estremamente pesanti. Le cose più pesanti, in questa materia, direi che sono state dette proprio dal Papa.

Si tratta di una situazione di monopolio tipico, costituito da un piccolo numero di ditte. Situazione di monopolio che non è contraddetta affatto dal pullulare di piccole e medie attività intorno a questo gruppo ristretto di ditte che controllano tutto il mercato e tutta la produzione.

Avremmo desiderato, per esempio, sentire accennare nella relazione di maggioranza come si fissano i prezzi dei medicinali (la famosa regola del 3 e del 3 e mezzo per chi dimostra di aver messo su un piccolo o grande laboratorio), alla maniera come si determina se un

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

prodotto è una specialità o meno (la famosa legge 1° maggio 1941, n. 422) e via di seguito.

Queste cose bisogna ripeterle, perché oggi v'è una offensiva attraverso la quale si tenta di far scomparire anche quel tentativo di moderamento che è costituito dalla legge n. 692 e si cavilla se il prezzo è o non è equo. Ora io affermo che il prezzo dei medicinali non è equo, ed in tutti i settori trovo consenzienti moltissimi oratori. L'onorevole Romano in particolare ha voluto confermare l'esattezza della mia affermazione secondo la quale i comuni, le province ed altri enti riescono ad avere fortissimi sconti senza che avvenga alcun terremoto nelle ditte fornitrici; eppure è evidente che esse accordano questi sconti senza rinunciare al loro margine di guadagno. Sono quindi sufficienti delle pressioni extra-economiche perché i ribassi possano verificarsi.

Qualche parola sulla brevettabilità. Non so se il brevetto sia realmente uno strumento di progresso nel campo industriale. Non è una questione di cui io sia competente. Nel campo dei farmaceutici a me sembra uno strumento per affrettare il processo di concentrazione monopolistica, perché esso opera sui prodotti intermediari e realizza l'assoluto incontrastato controllo dei grandi complessi chimici sui piccoli e medi, che finiranno con l'essere distrutti. Questo è un problema comunque che è stato trattato certamente con più competenza e profondità nel bilancio dell'industria.

Per noi tutta la materia va sottoposta a revisione: nel sistema di determinazione e registrazione delle specialità, nel sistema di fissazione dei prezzi, controllando tutto il settore attraverso la fabbricazione dei prodotti essenziali da parte dello Stato. Né dimentichiamo che lo Stato può appoggiarsi per la ricerca agli istituti universitari e soprattutto all'Istituto superiore di sanità, che ha già un impianto pilota per gli antibiotici, che è uno dei modelli migliori di tutto il mondo.

Qualche parola sui medici. Il problema più importante verte sulla questione della pleora medica. Vi sarebbero troppi medici per troppo pochi malati. I relatori per la maggioranza rilevano come in Italia il rapporto medici-popolazione sia andato scemando rapidamente e come l'Italia sia oggi uno dei paesi con maggior numero di medici.

Affermo subito che si tratta di un fatto altamente positivo. Nella mia relazione ne ho dimostrato i motivi, tanto più che, in effetti, le cifre date sono viziate da una cattiva e capziosa metodica di valutazione. Anche perché in Italia i medici-non medici sono molto più numerosi e molto più lo diventeranno in

avvenire in rapporto all'aumentato numero dei servizi dell'ambito stesso della sanità.

Nella relazione di maggioranza trovo a proposito di questo problema una contraddizione che mi sembra di dover sottolineare. Infatti, mentre prima si parla di un numero eccessivo di medici e « di condizioni obiettive sfavorevoli all'esercizio della libera professione », dopo qualche rigo si afferma che « l'inadeguatezza dei mezzi costringe i medici a sobbarcarsi ad un lavoro estenuante... li obbliga a visite sommarie », affermazione quest'ultima dalla quale si dovrebbe desumere che in Italia occorrono più medici per visitare con più calma e più oculatezza i malati.

Mi piace però riconoscere e sottolineare che nella relazione di maggioranza non si sposa alcuna di quelle tesi oggi molto agitate, specie in alcuni ambienti altolocati, secondo le quali si dovrebbe limitare il numero dei medici con provvedimenti drastici.

Mi piace ancora riconoscere che nella relazione di maggioranza si pone questo come un problema di sviluppo dei posti di lavoro per i medici, di una regolamentazione di tutta la normativa che regola i rapporti fra i medici e le organizzazioni sanitarie più importanti, come gli ospedali, le mutue: argomenti tutti sui quali dovremmo fare in modo di discutere in Parlamento perché si tratta di problemi politici di altissimo rilievo sociale.

Avrei preferito che una parola fosse stata detta da parte dei relatori per la maggioranza anche a proposito della emigrazione dei medici, che è una delle vie attraverso le quali si vorrebbe porre rimedio alla cosiddetta pleora medica. Qui non si tiene conto di quanto costa alla nazione un intellettuale di alta specializzazione come il medico.

Ancora a proposito dei medici sottolineo con piacere le righe della relazione di maggioranza nelle quali si osanna alla figura del medico di famiglia, del vecchio buon medico di famiglia, elemento essenziale, eterno di qualsiasi valida, umana cura del corpo e dello spirito dei sofferenti.

Voglio però a questo proposito trarre anche un auspicio, ed è questo: che i relatori per la maggioranza, proprio per quello che hanno scritto su questo problema, siano irriducibilmente contrari alle cose che si ventilano a proposito di abolizione della protezione nei riguardi dei « piccoli eventi » e quindi della stessa assistenza generica. Senza queste cose scomparire la figura di quel medico che entra nelle nostre case (sono parole della relazione di maggioranza) accolto con affettuosa defe-

renza e che costituisce il primo degli amici. E noi oggi più che mai abbiamo bisogno di questo rapporto senza il quale non vi è medicina, come dichiarava a Taranto, nel convegno sulla « Assistenza e lo Stato », padre De Menasce che riscosse su questo il più caloroso applauso anche da parte del nostro compianto compagno Di Vittorio.

Sono d'accordo con la relazione di maggioranza quando essa auspica l'intervento del ministro per la regolamentazione di tutti gli incarichi mutualistici mediante concorso almeno per i posti di maggior responsabilità. Dare questa garanzia è dovere precipuo dello Stato. Al riguardo esiste una situazione scandalosa. Siamo d'accordo circa la necessità di limitare il numero dei malati da affidarsi ad ogni medico, saremmo stati ancora più d'accordo se si fosse parlato dei « plurincarichi ».

Lo stesso punto di vista abbiamo circa la libera prescrizione dei medicamenti; debbo aggiungere, però, che a questo non si può arrivare se non avremo prima una drastica diminuzione dei prezzi dei farmaceutici.

Ho terminato. Sottolineo ancora una volta come non era nelle mie intenzioni di esaurire l'enorme tematica che attiene alla materia sanitaria, né di approfondire i temi sui quali mi è stato possibile intrattenermi. Con la relazione di minoranza e con questo intervento intendevo solo portare un contributo positivo su alcune questioni che ritengo di capitale importanza in una discussione che della politica sanitaria si occupa.

Si tratta di questioni che non sono state toccate nella relazione di maggioranza; oppure di problemi sui quali esistono dei contrasti più o meno espliciti per i quali ho voluto far conoscere le soluzioni che noi comunisti preconizziamo; oppure di temi sui quali esiste una convergenza notevole di indirizzi fra me ed i relatori per la maggioranza. In questi casi ho voluto sottolineare questa identità di vedute, perché nell'avvenire prossimo se ne possano trarre le logiche conseguenze sul piano dell'attività concreta, sul piano delle soluzioni che il paese attende dal Parlamento.

Noi comunisti voteremo contro questo bilancio ed invitiamo il Parlamento a fare altrettanto. Affermo nello stesso tempo che proviamo un senso di disagio ad esprimerci contro questo stato di previsione che è il primo presentato al Parlamento da una amministrazione dello Stato per la cui creazione ci siamo tanto battuti nel passato. Avremmo sinceramente desiderato di poter manifestare un atteggiamento diverso. Non è stato possibile farlo proprio perché questo bilancio dimostra

la volontà dell'esecutivo di non avere un'amministrazione sanitaria statale degna di questo nome.

Noi ci sentiremmo nemici di questa branca dell'amministrazione se accettassimo questa previsione di spesa, se la avallassimo con la nostra approvazione, se la tollerassimo con un atteggiamento di astensione. Non esiste per noi — e la discussione ha dimostrato che si tratta di una convinzione comune a quasi tutta la Camera, qualsiasi possa essere il risultato del voto — in questa previsione di spesa neppure un accenno ad una politica sanitaria degna del nostro paese. È assente una politica, e questa è la peggiore politica che si possa fare.

Se esiste un bilancio dove più tipicamente si manifesta l'immobilismo, l'incapacità di adeguarsi alle esigenze della nazione, la volontà di seguire una strada che nella realtà è la strada dell'anarchia, questo è il bilancio di cui trattiamo oggi.

E noi siamo veramente amici di questo Ministero; proprio per questo lo vogliamo profondamente diverso da quello che è, perché lo vogliamo più autorevole, più capace, più influente, più attivo custode del più grande bene della Repubblica: la salute dei cittadini. (*Applausi a sinistra*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'onorevole Giovanni Ferrari, relatore per la maggioranza.

FERRARI GIOVANNI, Relatore per la maggioranza. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, mi farò premura di obbedire all'invito che ci ha rivolto il nostro Presidente, e chiedo scusa agli onorevoli colleghi ai quali avrei il dovere di rispondere, ed ai quali invece non farò cenno per brevità di trattazione.

Dopo la chiara esposizione del relatore di minoranza, onorevole Angelini, prenderò lo spunto dalla raccomandazione fatta qui dal Presidente dell'Assemblea, il quale ammoniva che con l'odierna trattazione dobbiamo porre le premesse per i prossimi anni. Qui si è parlato, e forse si è abusato del termine, di ministero infante, di ministero neonato; ma proprio a questo proposito desidero ricordare che, se anche avessimo trovato un bilancio non di 43 miliardi, ma, poniamo, di 700 miliardi, non avremmo avuto per ora le strutture sufficienti per collocare queste appostazioni, ed avremmo corso il pericolo, all'inizio, presati da una folla di problemi, di far morire questo Ministero per una distrofia da iperalimentazione.

Do atto, però, alla Commissione ed ai deputati di tutti i settori che sono intervenuti

nella discussione, di una pacatezza, di un senso di responsabilità che confortano i relatori, i quali accusano qui la inadeguatezza della loro relazione: inadeguatezza che va rapportata all'importanza di questo argomento, anche se è la prima volta che se ne parla da questi banchi; inadeguatezza, inoltre, che è scusabile — almeno lo speriamo — quando si pensi alla brevità del tempo che abbiamo avuto a disposizione.

Mi pare che il problema della sanità pubblica italiana sia stato prevalentemente incentrato su tre punti: problema ospedaliero, malattie sociali, problema del servizio farmaceutico per quanto attiene all'esercizio delle farmacie e per quanto attiene alla produzione ed ai prezzi dei farmaci. Quasi tutti gli oratori ne hanno trattato, e lo hanno fatto con competenza e con passione.

Altri colleghi sono intervenuti su problemi, che potremmo definire marginali solo di fronte all'importanza dei gravi problemi a cui ho accennato testé, ma che sono tutt'altro che marginali per il peso che essi hanno nella vita sociale del popolo italiano.

Vorrei prima di tutto sgombrare il terreno da questi argomenti, e vorrei rispondere all'onorevole Merlin, la quale, con la passione che la contraddistingue, ha voluto difendere un problema che sta a cuore a tutta la medicina, anzi, a tutti gli italiani (ed a chi vi parla in modo particolare, perché io ho esercitato la medicina pediatrica), e precisamente il problema dell'assistenza scolastica; e ha portato l'accento sulla necessità, riferendola in modo particolare al suo Polesine, di intervenire contro una malattia ormai nota e constatata, purtroppo, non solo in quella regione: cioè la cheratomalacia, che è dovuta a carenza di vitamina A.

Devo dire che, purtroppo, se Sparta piange, Messene non ride. Vi sono altre regioni italiane in cui il medico scolastico è indicato come indispensabile per seguire il trattamento alimentare dei ragazzi che vanno a scuola e per tutta l'età scolare. Potrei aggiungere di più, e lo aggiungono i relatori, i quali hanno presentato un ordine del giorno, che fu accolto, che si riferisce alle anemie microcitarie, quelle che noi indichiamo come morbo di Cooley o talassemia, che colpiscono in modo particolare l'infanzia per il 19 per cento a Ferrara, per il 30 per cento in Sicilia e per il 10 per cento in Sardegna.

Pensiamo, tutti insieme, che non mancheranno a questo riguardo (poiché in Commissione non se ne è parlato) le adeguate provvidenze da parte del Ministero della sanità.

Sono anche grato all'onorevole Pino per le sue osservazioni circa il problema dei servizi veterinari e nei riflessi economici, che interessano particolarmente il dicastero dell'agricoltura, e nei riflessi igienici a cui accennavamo nella relazione là dove parlavamo di una strana collusione — anzi, di una chiara collusione — tra epizootie ed epidemie.

Su un argomento mi piace particolarmente fermarmi, anche perché è stato toccato — con competenza e passione — dagli onorevoli colleghi Pino e Bartole: quello della urgente necessità di intervenire per provvedere alla igiene della alimentazione e per impedire le sofisticazioni di tutti i generi alimentari e per vigilare sia sugli additivi chimici che si usano nell'alimentazione, sia sui coloranti, sia sugli alimenti sintetici per l'ingrassamento degli animali. Basti citare gli stilbenici, gli antibiotici e i tranquillanti ed altri prodotti del genere, per indicare l'importanza dell'argomento.

L'onorevole Bartole ci ha intrattenuto lungamente su questo problema, che è bene che sia preso in considerazione dal Ministero. Vi è una legge che è ancora quella del 15 ottobre 1925, n. 2033, e vi è stato un successivo regolamento del 1° luglio 1926, che sono mai stati aggiornati, in quanto, un ulteriore disegno di legge presentato nell'ultima legislatura, *in limine muneris*, non potè seguire il prescritto iter.

All'onorevole Ceravolo risponderò sulle osservazioni fatte a proposito degli ospedali neuropsichiatrici ricordando a lui il convegno nazionale che sull'argomento si tenne in Milano nel 1955 ad iniziativa del Centro nazionale di prevenzione a difesa sociale, convegno al quale io ebbi l'onore di riferire. Sia chiaro che, a parte le disquisizioni di illustri magistrati che allora parlarono soprattutto a proposito del casellario giudiziario, a noi interessa sottolineare la necessità: 1°) di sostituire al concetto prevalente di pericolosità del malato di mente il concetto di recuperabilità; 2°) di introdurre uno studio sulla influenza delle condizioni ambientali sulla genesi e sul decorso dell'infermità; 3°) di facilitare il recupero e il reinserimento nella società degli elementi dimessi, preparandoli — ad esempio — con la ergoterapia; 4°) di dare cura particolare (come accenna l'onorevole Cotellessa) alla categoria dei fanciulli, particolarmente agli anormali, agli asociali, ai minorati psichici in genere, per i quali alcune amministrazioni provinciali cominciano a provvedere.

Ho il piacere, a tal proposito, di dire che l'amministrazione di Pavia, da me presieduta,

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

è stata fra le prime ad istituire un centro medico psico-pedagogico che ha solo il difetto di essere troppo piccolo riguardo alle esigenze e che sarà dall'amministrazione attuale ampliata.

A questo argomento l'onorevole Ceravolo aggiungeva anche l'esigenza di provvedere ai gerontocomi e ai centri per diabetici, che noi avevamo introdotto, parlando del diabete, fra i malati sociali che più ci interessano.

E poiché ho accennato prima alle forme di prevenzione di malattie mentali, mi è grato ricordare qui le sagge osservazioni che nella discussione in sede di Commissione furono fatte dall'onorevole Bartole. Molto si è parlato sulla repressione dell'uso degli stupefacenti in Italia ed ancora recentemente abbiamo visto che la polizia ha potuto frenare in questi giorni l'opera di una banda (perché è una banda veramente di delinquenti) che diffondeva o smerciava eroina.

Ora, non è chi non veda che è diffuso un tristo abuso di eccitanti e di tranquillanti, che eccitano dall'una e dall'altra parte il delicato organismo umano e ne mettono a repentaglio l'equilibrio dinamico. Ogni giorno si racconta (e fu anche oggetto di presentazione di interpellanze a questa Assemblea) di corridori drogati o di giovinastri che ovunque, anche nella stessa capitale, cercano, di notte, nelle farmacie di turno un medicinale che può essere benissimo usato se prescritto dal medico, ma che provoca un grave fenomeno qualora se ne faccia abuso, quello dello stenaminismo, cioè l'abuso della stenamina. Questa è composta da simpamina più metilsimpamina, che costituisce la parte stupefacente la quale viene fiutata con il nome di « cocaina bruta ».

All'onorevole Camangi sono grato per la dotta discussione sulla omeopatia, perché ha ricordato l'aforisma, caro a tutti i medici anziani come me, imparato sui banchi dell'università, *similia similibus*, o l'altro di Galeno *Id morbus creat quot etiam curatis indicat*.

Confesso all'onorevole Camangi che sono rimasto meravigliato per lo studio accurato da lui fatto e per l'elenco di uomini da lui citati, come devoti all'omeopatia, fra cui Bismarck.

Penso però che questi personaggi abbiano voluto preannunciarsi contro l'uso e l'abuso delle cariche terapeutiche, quelle che oggi si chiamano, a proposito di vitamina, la vitaminosose, cioè l'urto vitaminico.

L'onorevole Camangi ci ha voluto ricordare il vecchio adagio *primum non nocere*.

Passo ad ogni modo l'osservazione al ministro e al suo degnissimo sottosegretario.

All'onorevole Cotellessa devo proprio chiedere perdono, perché è vero che nella relazione ho ommesso ogni accenno agli spastici ed ai motulesi.

Come ho detto in principio, la relazione è stata affrettata. Non ho sottomano i dati statistici, che so tuttavia sconsolanti, però non sarei così drastico nel condannare in questo campo le iniziative private, perché furono, purtroppo, le prime in Italia, in difetto dei pubblici poteri. Riconosco che vi sono purtroppo, fra i tanti, alcuni centri che sono più di speculazione che di studio e di cura.

Non mancherà, io spero, l'attiva e solerte attenzione del giovane Ministero per incoraggiare la formazione di istituti attrezzati, migliorando l'attrezzatura di quelli esistenti, e per esercitare su tutti, ma specialmente su quelli non attrezzati, un opportuno e rigoroso controllo.

L'onorevole Delfino ha portato la sua vivace istanza per una difesa dalle malattie veneree e luetiche. Concordo perfettamente con tale necessità, ferma restando la legge del 20 febbraio 1958, n. 75, secondo cui si deve procedere ad un controllo che tenga conto del rispetto alla persona del portatore o della portatrice, ma che non trascuri la persona di coloro che possono essere infettati.

Quanto alle farmacie, rimando agli accenni che saranno fatti al momento opportuno.

Il problema di fondo è quello degli ospedali. Ne hanno parlato tutti e ne hanno parlato con passione e competenza. Pare a me che il nocciolo della questione sia assicurare al cittadino la possibilità di ricovero, in caso di necessità, aumentando il numero dei posti letto, in modo da avvicinarsi il più presto possibile all'*optimum* del 10 per mille suggerito dalla Organizzazione mondiale di sanità, incominciando dalle zone più bisognose e cioè dal centro-sud e dalle isole.

Naturalmente deve intervenire lo Stato in questo senso e nella relazione scritta abbiamo chiesto ulteriori fondi ed abbiamo parlato di investimenti, che in questo caso sarebbero veramente produttivi, di una parte dei proventi del prestito testé lanciato. Occorre rendere possibile la vita degli ospedali con l'adeguamento delle rette giornaliere e con un pronto pagamento da parte di tutti gli istituti assicurativi.

La onorevole Gennai Tonietti ha parlato, nel suo lucido intervento, della caterva degli enti mutualistici. È senza dubbio, questo, uno

degli inconvenienti attuali del nostro sistema assicurativo che costituisce un vero *cauchemar* per la varietà infinita di convenzioni che gli ospedali devono fare con i diversi enti assicurativi. Ne ha parlato anche il collega Lattanzio, il quale ha pure lamentato che troppi dicasteri siano interessati al problema della sanità pubblica. Pure i relatori, per altro, avevano dichiarato di sentire la suggestione di un ministero della sicurezza sociale, anche se, onorevole Ludovico Angelini, ne avevano parlato tra il lusco e il brusco, senza un impegno preciso, spettando poi al Ministero ed al Parlamento prendere le decisioni che non sono di lieve momento. Certo non è un esperimento da farsi su due piedi. Né siamo dell'avviso dell'onorevole Messinetti che il rimedio sovrano stia nella statizzazione, rimedio proposto stamane anche dal relatore di minoranza a proposito dei servizi ospedalieri. Troppo forte per noi è il richiamo della libertà della persona umana e la carità cristiana è stata la prima ad insegnarci il modo di ricevere gli ammalati attraverso la istituzione dei vecchi nosocomi. Queste grandi istituzioni, dovute appunto alla carità cristiana o alla beneficenza di alcuni enti, sono ancora, checché si dica, i migliori ospedali: non creature morte, dunque, ma organismi vivi e vitali.

Facciamo nostro il richiamo, giuntoci da tutte le parti politiche, contro lo spreco dei servizi ambulatoriali e dei presidi diagnostici, creati là dove già esistono ospedali attrezzati e contro la smania di voler creare, anche in piccoli ospedali, centri di diagnostica e di chirurgia specializzata che dovrebbero — secondo le sagghissime osservazioni dell'onorevole Capua, che condividiamo — avere sede degna a tipo compartimentale con uno sviluppo orizzontale, che consenta a tutti i cittadini anche non vicinissimi, con facilità di trasporto e senza remore burocratiche, di essere rapidamente ricoverati.

Questa mattina si è parlato di una commissione, alla quale si sarebbe dichiarato in parte contrario il relatore di minoranza...

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Ella mi fa dire cosa che non ho detto.

FERRARI GIOVANNI, *Relatore per la maggioranza*. Se questa commissione non si ispirasse a determinati criteri, noi preferiremmo soprassedere ad essa, purché si nomini una direzione generale per gli ospedali con relativo consiglio superiore, per provvedere una buona volta in un modo o nell'altro.

CAPUA. Sarebbe bene discutere questi problemi in Commissione di sanità.

FERRARI GIOVANNI, *Relatore per la maggioranza*. Ad ogni modo, io propongo il problema come tema di discussione in sede competente.

Molti interventi hanno avuto per oggetto farmaci e farmacie. Non mi dilungherò su quest'argomento, che è già stato ampiamente trattato. Riteniamo che le decisioni in materia debbano competere al nuovo Ministero, udite le categorie interessate, le quali dovrebbero prendere in esame anche la situazione dei grossisti, che non hanno responsabilità personali, che non possono essere deferiti agli ordini e che non hanno neanche necessità di una laurea in chimica farmacia e sfuggono al famigerato articolo 27 della legge 22 dicembre 1888, n. 5849, che recita: « La vendita e il commercio di medicinali in dosi e in forma di medicamento non sono permessi che ai farmacisti ».

Quanto al prezzo, possiamo convenire con l'onorevole De Pascalis circa l'abuso della costosa pubblicità e circa la corsa (e in questo convengo anche con l'onorevole Angelini) ai grossi sconti per l'accaparramento delle forniture.

Non sono invece d'accordo con l'onorevole De Pascalis circa l'abolizione del prezzo fisso, che, fino a nuovi e più saggi provvedimenti da studiare con calma, è la salvaguardia delle farmacie rurali. Stabilire un prezzo massimo vuol dire facilitare una concorrenza poco leale. So che l'« Inam » ha denunciato le diverse offerte avute da varie case fornitrici sull'identica voce di uno stesso medicinale. Qui invochiamo l'attenzione del nuovo Ministero attraverso gli organi periferici dei quali disporrà.

Un'ultima parola sulle malattie sociali e sugli enti vigilati. L'onorevole Bucalossi si allarma quando il relatore si sofferma a suggerire un nuovo assetto giuridico e amministrativo dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori. Questo non vuol dire, come l'onorevole Bucalossi mostra di temere, che si soffocano le provvide iniziative del suo centro milanese e degli altri due centri esistenti, fra le spire di una soffocante burocrazia; ma significa coordinare le iniziative esistenti e controllarle. Così dicasi per le vasculopatie, per la poliomielite e per altre malattie che si è convenuto di definire malattie sociali.

E ora un brevissimo accenno agli enti vigilati. La onorevole Giuseppina Re ha fatto un intervento appassionato in difesa dell'O.N.M.I. E con quali mezzi, diciamo noi? A questo punto si pone il problema delle

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

disponibilità, veramente scarse, di bilancio. I colleghi della minoranza hanno motivato il loro dissenso (e mi sia consentito di considerarlo, sotto questo punto di vista, aprioristico, perché aumenti possono essere introdotti negli esercizi futuri e non è in un anno che si può organizzare completamente il servizio della sanità italiana) soprattutto con questa esiguità di stanziamenti, che a loro avviso troverebbe conferma nella proposta fatta dal relatore al Senato, senatore Benedetti, e da noi stessi per un aumento delle somme destinate al Ministero della sanità.

Devo ricordare però agli onorevoli colleghi che l'attuale bilancio costituisce la carta di ingresso del Ministero della sanità fra gli altri ministeri e serviva inizialmente, come ha già egregiamente rilevato la onorevole Gennai Tonietti, per le spese amministrative dell'A.C.I.S.

Oggi, si può dire, *incipit vita nova*: comincia dal poco, ma comincia; questo è l'importante.

Saluto questo nuovo dicastero, nato con tanta fatica e già sottoposto (mi perdonino l'onorevole Angelini ed i suoi amici) a tentativi di infanticidio...

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Non attentiamo all'esistenza del Ministero della sanità: anzi, desideriamo potenziarlo!

FERRARI GIOVANNI, *Relatore per la maggioranza*. ...nel suo ministro, nel suo sottosegretario, nella Commissione parlamentare, nei suoi organi centrali e periferici che si propongono, nel rispetto degli istituti esistenti e funzionanti e attraverso l'istituzione di quelli nuovi che ancora occorrono, di salvaguardare la salute pubblica.

Vorrei anche salutare, come del resto ha già fatto anche l'onorevole Angelini, la classe medica, alla quale mi onoro di appartenere e alla quale è facile costume irridere, ma che ha dato e dà, soprattutto attraverso i medici condotti (i medici di guardia collocati fino ai confini della patria) e i medici di famiglia (i confidenti della casa) esempi di fulgida abnegazione.

Vi sono le eccezioni, onorevoli colleghi, ma dove non ve ne sono? In questo caso, le eccezioni confermano la regola. Pare a me che la posta in gioco qui sia l'uomo, tutto l'uomo.

È con vera commozione che ho assunto questo incarico, veramente superiore alle mie modeste forze, di trattare lo stato di previsione del Ministero della sanità. Molte volte ho temuto che il cuore tradisse la mente, e

soverchiasse la ragione. Per questo non vagheggio qui la figura del medico come quella di un apostolo nella accezione comune della parola, ma come quella di un tecnico che unisca la più scrupolosa preparazione ad una grande passione: perché è indubbio che dalla salute psichica e fisica dell'uomo, come dalla sua cultura, nasce la promozione dell'uomo quale artefice responsabile del destino suo e di coloro che lo circondano, in una cerchia che va dai più intimi, dai prossimi, fino ai più lontani, a quella società sopranazionale che deve intendere l'appello della solidarietà umana, deve intendere l'appello dell'amore e in esso credere seriamente. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il secondo relatore per la maggioranza, onorevole Quintieri.

QUINTIERI, *Relatore per la maggioranza*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, mi è gradito innanzitutto ringraziare coloro che hanno rivolto ai relatori favorevoli apprezzamenti. Ringrazio per primo l'onorevole Angelini: egli ha denunciato talune lacune della nostra relazione, ma su alcuni punti ha rivolto ai relatori l'espressione del suo apprezzamento, di cui gli siamo grati.

Da parte nostra non siamo d'accordo con l'onorevole Angelini su una questione di carattere generale, cioè se sia possibile su problemi di fondo, di struttura, integrare una relazione concepita da una certa parte politica con impostazioni che provengono da un'altra parte politica. Mi esprimerò con un esempio: possiamo riconoscere (il collega Ferrari ed io abbiamo scritto di aver fatto una relazione molto modesta, anche se volentosa) di avere degli strappi nel nostro testo, ma quello che non gradiamo è che essi siano rappezzati con toppe che fatalmente denuncerebbero un diverso colore. È più coerente in una posizione politica mantenere determinati strappi, piuttosto che ricucirli in quel modo.

Data l'urgenza, tratterò soltanto due punti. Ci si dice: voi non avete affrontato il problema della sicurezza sociale e, come codicillo, il problema dei rapporti tra il Ministero della sanità e gli enti mutualistici. Per il primo argomento ciò è vero, ma lo abbiamo fatto coerentemente alla nostra funzione di relatori di un bilancio che, dal punto di vista contabile, concerne un solo anno.

Siamo d'accordo che determinate impostazioni possono valere per il futuro e per i futuri esercizi. Non va però trascurata la circostanza che siamo a poco più di un anno dalla

discussione e dall'approvazione in Assemblea della legge n. 296. Ci sembra che ciò determini i confini entro cui dobbiamo muoverci. Nella discussione di quella legge il rappresentante del gruppo socialista, onorevole Berardi, diceva testualmente che il nuovo Ministero « estenderà la sfera di competenza nel suo iter formativo ». E aggiungeva che « la legge costituisce il mezzo con cui il titolare del dicastero della sanità avrà il diritto di votare nel Consiglio dei ministri e la possibilità di vedere soddisfatte le esigenze sanitarie di un popolo di 48 milioni di abitanti ». Ed ella stesso, onorevole Angelini, pur avendo detto in sintesi che questo è il ministero delle eccezioni, nella parte più sostanziosa del suo intervento, così esprimeva il parere del gruppo comunista: « Voteremo contro gli emendamenti anche se dovessimo in astratto riconoscerne la giustezza. A coloro che ci succederanno, il compito di migliorare e rendere più efficiente lo strumento legislativo per portare avanti la situazione nel campo sanitario e assistenziale ».

D'accordo, eccoci qui: siamo ancora alla Camera, per quanto, purtroppo, l'onorevole Berardi non sia più fra noi.

Ma, come mi faceva osservare l'onorevole Ferrari, noi vogliamo far rilevare che, a un solo anno di distanza, nel momento stesso in cui si lamentano presunte deficienze della politica sanitaria nell'ambito della legge n. 296, non possiamo trattare questioni che vanno al di là della legge e che devono essere viste in prospettiva. In sostanza, noi non possiamo incentrare la discussione su compiti che un anno addietro non abbiamo inteso addossare al nuovo Ministero della sanità.

Dicevo prima che, come codicillo alla impostazione della minoranza (per altro non univoca, perché ho sentito talune interruzioni all'intervento dell'onorevole Capua in senso diametralmente opposto), si pone la questione dei rapporti fra Ministero ed enti mutualistici. Nella nostra veste di relatori ne abbiamo trattato, ma nell'ambito stretto della legge. Cosa dice infatti l'articolo 2, n. 3, della legge 296? Dice che il Ministero della sanità esercita il controllo sulle professioni sanitarie. Per tale ragione ce ne siamo preoccupati con speciale riferimento ai rapporti con gli enti mutualistici, formulando proposte sulle quali mi permetterò di soffermarmi nella seconda parte del mio intervento.

L'onorevole Angelini ci accusa di aver fatto soltanto una elencazione di ciò che si fa all'estero. Che potevamo fare più di questo, pur auspicando uno sviluppo del Mi-

nistero della sanità verso la meta di un ministero della sicurezza sociale?

Altra accusa ci è stata mossa: avere minimizzato il notevole esperimento sovietico, definendolo burocratico. A questo proposito sono certo di interpretare anche il pensiero del correlatore onorevole Ferrari (e se non lo faccio lo prego di correggermi), dicendo che possiamo essere d'accordo che un determinato metodo di operazione chirurgica, una determinata terapia, la organizzazione di questo o di quell'ospedale fatti nella Unione sovietica giovino al progresso dell'umanità. Se però evochiamo i principi direttivi non possiamo più essere d'accordo.

Onorevole Angelini, il suo riferimento al fatto che abbiamo definito « burocratica » quella organizzazione, non mi sembra dei più felici, se rapportato a quanto ella stessa scrive nella sua relazione di minoranza a proposito dei piccoli eventi (a questo riguardo ho il piacere di dirle che concordo personalmente con il suo pensiero). Ella infatti scrive: « Chi decide poi, in ultima analisi, se trattasi di un grande o piccolo evento, se non il « burocrate », o il medico « degenerato » a « burocrate? ». Quindi, anche ella attribuisce a questo termine il nostro stesso significato.

Noi non riteniamo che una organizzazione fondata essenzialmente sulla burocrazia possa attingere le mete che ci proponiamo.

D'altro canto il codice del lavoro sovietico del 1937 (non so se sia stato modificato; mi corregga se sbaglio, onorevole Angelini: ella ha detto tante cose, ma non ha detto in che maniera si estrinseca l'assistenza malattie nella Russia sovietica)... (*Interruzione del relatore di minoranza Angelini Ludovico*). Ci fornisca dei dati. Faccio una citazione legislativa: quando leggo nel codice del lavoro sovietico che l'assistenza malattia è un dovere dello Stato ed è erogata a tutti i cittadini..., noi siamo entusiasti; ma quando successivamente, dopo due o tre articoli leggiamo che l'assistenza malattia può essere erogata in forma diretta ed obbligatoria, allora, noi non possiamo più essere d'accordo. E sui principi che dissentiamo, nelle questioni di fondo risolte diversamente in due mondi differenti...

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Anche l'« Inam » assiste in modo diretto!

QUINTIERI, *Relatore per la maggioranza*. Ma non impone il ricovero del malato in un determinato ospedale o del vecchio in un determinato ospizio. Pertanto, non si deve dire che noi abbiamo trascurato esperienze

che vengono additate come l'*optimum*, ma che non siamo d'accordo sulle questioni di fondo.

Per avviare a soluzione una situazione contingente, di cui riconosciamo l'esistenza, devo ricordare la proposta fatta dall'onorevole Capua.

L'onorevole Capua ha fatto un intervento particolarmente brillante. Approfitto dell'occasione per ringraziare non solo l'onorevole Capua, ma quanti, non di nostra parte, hanno espresso apprezzamenti sul nostro lavoro, l'onorevole Delfino, l'onorevole Romano (il suo intervento mi è apparso veramente pregevole e svolto in una forma letteraria che gli fa onore), l'onorevole Bucalossi, l'onorevole Barberi oltre all'onorevole Angelini.

L'onorevole Capua, dunque, ha affacciato una proposta per l'istituzione di una commissione di coordinamento. Devo ricordare anche che la onorevole Gennai Tonietti ha citato le parole pronunciate dal Capo dello Stato che a me qui piace ripetere in quanto sono veramente perspicue e attinenti e di particolare valore data l'altissima fonte dalla quale derivano. In occasione dell'inaugurazione dei grandi complessi ospedalieri dell'« Inam », dell'I.N.P.S., dell'« Inail » di Firenze, il Capo dello Stato ha detto: « L'attività di questo grande complesso va strettamente coordinata in vista dei compiti che avrà la previdenza e la sicurezza sociale »; ed ha aggiunto che « lo Stato democratico inteso come espressione della comunità nazionale nelle sue esigenze sociali, si è assunto certamente oneri e responsabilità notevoli, ma non gli si fa torto riconoscendo che il complesso delle misure legislative nella loro attuazione non hanno esaurito il problema, anzi questo si allarga ogni giorno in conseguenza degli oneri finanziari »; e ha concluso: « il Consiglio nazionale dell'economia del lavoro ha avuto il compito di elaborare per i tre istituti un progetto legge quadro ».

Dunque le premesse per uno sviluppo del Ministero vi sono e sono state ricordate dai relatori e dai colleghi che sono intervenuti. La discussione è stata proficua e noi possiamo sperare che quell'*iter* a cui accennavano colleghi, sia di parte socialista sia di parte comunista, sia il ministro Zotta (che prese la parola ed affermò testualmente che « questo Ministero ha bisogno di perfezionamenti, è una creatura che sorge e che deve essere portata avanti con molta cura, con affetto e con tenerezza ») condurrà al conseguimento di quei fini che tutti noi ci auguriamo perché ogni popolo civile tende ad un piano di sicurezza sociale.

Esistono le premesse perché il popolo italiano, nelle sue categorie associate e nelle sue espressioni politiche, costituisca la sua sicurezza, sospinto anche dalle nostre tradizioni in materia di diritto e dai nostri aneliti in materia sociale.

Esaurito il tema delle cose presunte non dette, illustrerò brevemente la seconda parte della relazione con riferimento a quanto hanno affermato i colleghi intervenuti nel dibattito. Pochi si sono interessati degli strumenti della politica sanitaria, ma questo esprime una concordanza e non una discordanza. I relatori, come ha riconosciuto l'onorevole Romano, hanno fatto talune proposte concrete, che ci sembrano aderenti alla odierna situazione.

In primo luogo hanno affermato la necessità (e se ne sono assunta la responsabilità presentando un ordine del giorno) che, in attesa di nuove competenze, occorre acclarare in modo definitivo le competenze che già il Ministero ha. Nell'ordine del giorno si prende netta posizione nel senso che vengono attribuiti al dicastero della sanità quei compiti che oggi sono contestati.

I relatori si sono occupati della questione del personale. È imminente la scadenza della legge delegata. Perciò abbiamo invitato il Governo ad andare incontro al Ministero della sanità in modo da evitare che fra un anno si debba ritornare sulla questione del personale chiedendo l'allargamento dei ruoli. Abbiamo raccomandato al Governo di prevedere lo sviluppo del Ministero e di non soffocarlo in ruoli angusti, non specializzati, che costituiscano un inceppamento alla sua azione futura.

Abbiamo parlato dell'amministrazione centrale e di quella periferica. Per l'amministrazione periferica abbiamo posto il dito sulla piaga della deficienza di sedi, abbiamo segnalato talune ingerenze sugli organi periferici del Ministero della sanità e abbiamo chiesto che si stabiliscano prima di tutto le premesse organizzative volute dalla legge. Abbiamo quindi spaziato nel futuro auspicando l'estensione della rete capillare degli ufficiali sanitari e l'attribuzione ai medici condotti i nuovi compiti in materia di prevenzione per proiettare alla periferia l'azione del Ministero.

Per gli ufficiali sanitari abbiamo accennato al problema dello stato giuridico e abbiamo proposto che siano svincolati dalla dipendenza da comuni, siano nominati attraverso concorsi pubblici nazionali e messi alle dipen-

denze dello Stato tramite la diretta dipendenza dei medici provinciali.

Sulle condotte mediche ci siamo espressi, in senso molto chiaro, per la difesa di questo fondamentale istituto e per l'attribuzione ai medici condotti dei servizi di medicina scolastica e di prevenzione delle malattie negli ambienti di lavoro che ci sembrano veramente fondamentali, come da ogni parte è stato riconosciuto.

Abbiamo posto il problema della capillarizzazione delle condotte veterinarie e abbiamo auspicato l'attribuzione ad esse di quei compiti di ufficiale di polizia veterinaria, di profilassi e risanamento del nostro patrimonio zootecnico, e conseguentemente dei prodotti del nostro patrimonio zootecnico che rappresentano una parte fondamentale della nostra economia. Questa spesa, che comporterebbe tra l'altro l'assorbimento della disoccupazione esistente in questo campo, sarebbe veramente produttiva, perché troverebbe una contropartita nell'aumento della produzione nazionale.

Inoltre, abbiamo difeso la condotta ostetrica, affermando che l'ostetrica deve dedicare maggiore cura alla preparazione del parto secondo il metodo psico-profilattico, mantenendo un continuo contatto con la donna in stato di gravidanza ed anche nel periodo successivo al parto.

Alla nobile figura del medico ha accennato l'onorevole Ferrari nel suo intervento. Da parte mia, non posso che ripetere quanto ho già detto in Commissione. Noi giuristi riconosciamo la nobiltà della figura del medico, a cui va tutta la nostra cordiale deferenza. Anche qui abbiamo fatto delle proposte concrete, affrontando il problema complesso dei rapporti del medico con gli enti mutualistici, riconoscendo che, se il primo canone deontologico deve essere quello di « operare secondo scienza e coscienza », è necessario che il Ministero della sanità, in base al n. 3 dell'articolo 2 della legge n. 296, intervenga nel campo di questi rapporti.

Ho parlato di scienza: sì, il medico deve migliorare la propria cultura, e a questo riguardo abbiamo proposto una pratica ospedaliera obbligatoria, suggerendo accorgimenti concreti per realizzarla; abbiamo proposto che i concorsi pubblici divengano la regola per l'attribuzione degli incarichi degli enti mutualistici, convinti che attraverso la pubblicità delle graduatorie si offrano sicure garanzie; abbiamo chiesto che i concorsi siano differenziati a seconda delle varie capacità richieste per i vari incarichi in modo da rispettare

inequivocabilmente quella differenziazione di capacità e di competenza che realmente esiste nella classe medica come nelle altre professioni. È inutile negarlo: i medici non sono fungibili. È necessario quindi che la differenza di capacità sia rispettata nell'attribuzione degli incarichi.

Abbiamo inoltre chiesto che il numero delle visite mediche sia adeguato alla possibilità di una seria indagine; che i compensi siano adeguati alle prestazioni sanitarie; che cessi l'assurda limitazione delle medicine da prescrivere.

Abbiamo detto anche qualcosa di più, che, per la sua estrema concisione, è forse sfuggita agli onorevoli colleghi e all'onorevole relatore di minoranza. Abbiamo detto cioè che una riforma del sistema mutualistico e previdenziale è attuabile su un unico pilastro, quello della convergenza assoluta di interessi e di opinioni tra malati e medici sulla necessità che la malattia debba essere curata bene, e cioè che il medico debba avere la possibilità di visitare bene l'ammalato, di compiere tutte le indagini opportune e di prescrivere i medicinali più idonei.

Occorre però riparlare di questo argomento in sede di bilancio del lavoro. Quanto più produttiva, onorevole Angelini, è una discussione fatta in quella sede!

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. È necessario però agitarli anche in questa sede questi problemi.

QUINTIERI, *Relatore per la maggioranza*. Questo è vero. Dobbiamo porre qui la base per una discussione più approfondita in quella sede.

Abbiamo poi accennato ai problemi dei veterinari ed abbiamo indicato come si può ottenere un assorbimento di questi professionisti sottoccupati.

Abbiamo accennato ancora ai problemi delle ostetriche ed abbiamo indicato come sia opportuno un assorbimento maggiore di esse negli ospedali, dove troppo scarso è attualmente il parametro fra le ostetriche e il numero dei posti letto, e nell'O.N.M.I.

Abbiamo trattato infine il problema del personale infermieristico, a proposito del quale ci sono venuti elementi preziosi da parte di moltissimi colleghi intervenuti. Pregevolissimi, tra gli altri, gli interventi degli onorevoli Colleselli e Santarelli, i quali hanno detto cose veramente egregie. Mentre abbiamo un numero alto di medici e di veterinari siamo in difetto di infermiere patentate. Abbiamo perciò auspicato l'istituzione di nuove scuole convitto e di scuole per infermieri generici,

[III] LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

La presenza in questi ultimi, che avvicinano quotidianamente gli ammalati, di un requisito di cultura ci sembra veramente opportuna perché colui che soffre ha bisogno di un accostamento di carattere umano.

Non abbiamo accennato ad alcuni collaboratori della salute pubblica, ma lo ha fatto l'onorevole Colleselli: le suore ed i cappellani. A conclusione di questo intervento sono lieto di poter affermare che le suore ed i cappellani degli ospedali non hanno problemi: essi, al lume di una fede, che è la fede del popolo italiano, riscaldati da una carità, che è la carità della Chiesa cattolica, da circa due-mila anni sono là dove si soffre a dare cure materiali, a confortare, a soccorrere, a sollevare lo spirito. A buon diritto dunque possono considerarsi collaboratori disinteressati della funzione sanitaria. (*Applausi al centro*).

CAPPONI. Ma vengono pagati.

QUINTIERI, *Relatore per la maggioranza*. Lasci stare: si dà loro quel che basta per vivere miseramente.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'onorevole ministro della sanità.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli deputati, la mia risposta conclusiva al dibattito sul bilancio del Ministero della sanità, cui hanno partecipato numerosi parlamentari, è resa assai agevole dal serio contenuto degli interventi, notevolissimi per l'acuto esame di vari e complessi problemi. Ringrazio tutti e in particolare gli onorevoli Giovanni Ferrari e Quintieri, i quali, per la maggioranza, hanno steso una relazione pregevole per diligenza e dottrina, per senso di equilibrio e per conoscenza diretta della realtà. Anche all'onorevole Ludovico Angelini, relatore di minoranza, il mio ringraziamento per le sue osservazioni che recano un contributo all'esauriente disamina dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1959-60.

Sono convinto che tutti abbiano sentito l'importanza del presente dibattito sulla sanità, che per la prima volta nella nostra storia parlamentare viene discusso a Montecitorio. Lo si può facilmente dedurre dall'ampia, appassionata profonda discussione, sia in Commissione sia in Assemblea; discussione svolta con tanto spirito sereno che il dissenso stesso non suona mai preconcetta critica a fine di speculazione di qualsiasi genere, bensì concreta sincera volontà di collaborare per una effettiva valida azione a tutela della pubblica salute.

L'istituzione del Ministero della sanità testimonia l'impegno che il Governo ha inteso

assumere per la difesa della salute individuale e collettiva, rendendosi interprete del sempre maggiore interesse rivolto dalla popolazione ai problemi e alle attività sanitarie.

L'importanza attribuita alle questioni sanitarie, nella rapida evoluzione del pensiero scientifico, trova la sua sanzione fondamentale nel precetto della Costituzione che attribuisce allo Stato la tutela della salute pubblica, precetto opportunamente richiamato dall'onorevole Lattanzio.

Allo Stato è affidato il compito di predisporre le misure e gli strumenti idonei a garantire l'integrità della salute intesa non soltanto come assenza di malattie, ma come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e a mantenere questa condizione, in tutti i suoi aspetti, al più alto livello.

La protezione della salute si realizza da un lato con la prevenzione degli stati di sofferenza, dall'altro con la cura delle malattie una volta che queste si sono stabilite; e mentre la cura degli stati morbosi ha costituito, fin dagli albori della umanità, e continuerà ad essere, la meta e il travaglio instancabile della medicina, intesa come attività del singolo medico verso il singolo ammalato, l'età moderna viene accentuando sempre più la prevenzione delle attività preventive.

Queste attività si concretano nella vigilanza, anche capillare, sulle cause e sui mezzi di diffusione delle malattie, nella ricerca incessante di nuovi strumenti per la loro eliminazione, nel miglioramento continuo delle condizioni ambientali nei diversi aspetti dell'igiene del suolo, delle acque, degli abitati, dell'aria, nel garantire alla popolazione una sana alimentazione.

Le spese per prevenire le malattie, oltre ad essere economicamente redditizie, sono certamente di gran lunga inferiori a quelle che si sostengono per le cure degli ammalati, degli invalidi e dei convalescenti. La prevenzione avrà pertanto assoluta priorità nel nostro programma sanitario; come del resto è già avvenuto in questi pochi mesi della nostra attività. Sono infatti d'accordo con l'onorevole Messinetti che la difesa delle persone sane si antepone alla cura di quelle malate. La prevenzione delle malattie è un concetto connaturato a quello di diritto alla salute solennemente sancito dalla nostra Costituzione: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo nell'interesse della collettività ».

La stessa terapia si deve impennare sulla diagnosi precoce che, costituisce la più valida garanzia per la guarigione: diagnosi

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

precoce vuol dire organizzazione minuziosa e massimo coordinamento dei servizi sanitari, posti a disposizione di una popolazione nella quale la educazione sanitaria si sia diffusa fino a divenire coscienza sanitaria, convinta e fiduciosa collaborazione con le istituzioni pubbliche.

Basti pensare all'importanza della diagnosi precoce in tutto il campo delle malattie sociali, dai tumori alla tubercolosi, al diabete, alla malattia reumatica in rapporto alle cardiopatie, alle malattie veneree, ecc. per rendersi conto di quale importanza sia l'efficienza dei servizi sanitari, oltre che nella vita del singolo individuo, in tutti gli aspetti della vita della collettività, soprattutto quando si consideri che malattia significa inoperosità, perdita di giornate lavorative, abbassamento del livello di produzione, mentre salute significa lavoro, rendimento, benessere materiale e morale, pace sociale, in una parola: prosperità.

Queste poche considerazioni sono sufficienti per porre in risalto quali vantaggi derivino alla nazione dalle opere destinate alla tutela della salute e quale vastità di compiti attenda il Ministero della sanità.

Ma, in tema di prevenzione, credo sia volontà concorde di questa Assemblea (volontà felicemente espressa dagli onorevoli Angelina Merlin, Cotellessa e Capua) che l'attività preventiva vada soprattutto svolta in favore delle nuove giovani generazioni, in modo costante e tenace, perché i cittadini, sopra ogni altro pensiero ed interesse, giustamente intendono che anzitutto venga tutelata e garantita la salute dei propri figli, per il cui avvenire, che è lo stesso avvenire della patria, essi lavorano e sono anche pronti a soccombere.

In quest'epoca in cui la scienza medica trionfa sui mali che luttuosamente oscurano i nostri ricordi infantili o intristiscono ed insidiarono il nostro sviluppo fisico, in quest'epoca in cui l'igiene non è più un mito o una meta lontana, ma un bene il cui possesso dipende solo dalla buona volontà degli uomini, sarebbe un delitto che i nostri figli debbano vivere con la minaccia continua di morbi così come noi stessi purtroppo vivemmo all'alba di questo secolo.

Nessuna nostra fatica sarà vana, nessuna nostra cura superflua. Prevenire ogni malattia, garantire la salute dei nostri figli è il primo nostro dovere ed è anche il primo dovere di uno Stato che veramente voglia meritare il titolo di paese civile.

Intanto è di conforto il fatto che la mortalità infantile in Italia dal 1930 al 1958 è in

continua diminuzione, come si può rilevare dai quozienti sotto riportati rappresentanti l'indice di mortalità infantile nel primo anno di vita rapportato a mille nati vivi:

1930	119,5	per mille
1940	102,6	»
1950	61,4	»
1951	67,5	»
1952	67,4	»
1953	58,9	»
1954	53,0	»
1955	50,9	»
1956	48,8	»
1957	49,8	»
1958	48,2	»

Nel 1958 si sono avuti 42,116 bambini morti nel primo anno di vita con una diminuzione di 1.949 unità rispetto al 1957, per cui il quoziente di mortalità infantile è diminuito al 48,2 rispetto al 49,8 del 1957.

I quozienti di mortalità infantile nel mondo vanno da oltre 200 nelle zone depresse (Africa-Asia) fino a 20-30 nelle nazioni più progredite, nei paesi dell'Europa orientale e meridionale i quozienti vanno da 50 a 100 mentre nei paesi dell'Europa settentrionale e occidentale vanno da 50 a 20.

L'Italia si va avvicinando sempre più ai paesi più progrediti come si può rilevare dalla tabella che segue relativa agli ultimi dati ufficiali dell'Organizzazione mondiale di sanità di alcuni paesi europei:

Quozienti di mortalità infantile.

Paesi	1955	1956
Austria	45,6	43,3
Belgio	40,7	—
Bulgaria	82,4	72,0
Cecoslovacchia	34,1	—
Danimarca	25,0	24,9
Finlandia	30,0	25,4
Francia	34,3	31,6
Germania Est	48,9	—
Germania Ovest	41,5	—
Inghilterra e Galles (1954)	25,5	—
Irlanda	37,0	35,6
Islanda	—	17,3
Lussemburgo	39,0	36,8
Malta	—	42,6
Norvegia	20,6	—
Portogallo	90,2	87,8
Olanda	20,1	19,0
Romania	78,2	—
Spagna	56,3	—
Scozia	30,4	—

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

Paesi	1955	1956
Svezia	17,4	—
Svizzera	26,4	25,8
Ungheria	60,0	58,8
Jugoslavia	112,8	—

Nonostante l'evidente progresso dobbiamo pur riconoscere che la mortalità infantile, specie nel primo anno di vita, segna in Italia indici ancora considerevoli. Giustamente l'onorevole Cotellessa invoca decisi provvedimenti nel settore dell'assistenza all'infanzia.

Secondo le schede pervenute dagli uffici sanitari provinciali all'Istituto centrale di statistica, nel periodo gennaio-maggio 1959 si sono verificati 180.873 casi di malattie soggette a denuncia di cui 41.692 di morbillo, 21.889 di varicella, 21.147 di parotite epidemica, 14.484 di pertosse, 6.107 di febbre tifoide e paratifi, 5.456 di scarlattina, 4.296 di difterite, 3.517 di brucellosi, 1.798 di poliomielite anteriore acuta, 1.119 di epatopatie acute primitive, 794 di anchilostomiasi e 328 di meningite cerebro-spinale epidemica.

Confrontando il periodo gennaio-maggio con la media 1954-1958 per lo stesso periodo, si rileva un aumento dei casi di poliomielite anteriore acuta, di epatopatie acute primitive, di parotite epidemica ed una diminuzione dei casi di meningite cerebro-spinale epidemica, di brucellosi, di morbillo, di difterite, di varicella, di anchilostomiasi, di pertosse e di febbre tifoide e paratifi.

Nell'attività preventiva sanitaria per l'infanzia svolgerà un ruolo di primissimo piano, più che nel passato, l'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, che, come è noto, è un ente sottoposto alla vigilanza del Ministero della sanità.

Con le case della madre e del fanciullo, con i suoi consultori pediatrici ed ostetrici e dermosifilopatici, coi refettori materni, con gli asili-nido (sui quali precisi dati si hanno a pagina 28 della relazione di maggioranza) l'O. N. M. I. si è resa veramente benemerita, ma la sua attività va naturalmente potenziata ed estesa anche capillarmente ed i suoi mezzi finanziari adeguati ai suoi compiti e alle sue finalità.

Assicuro gli onorevoli Barberi, Giuseppina Re, De Pascalis, Bruno Romano, Giuseppe Reale, Angelina Merlin e gli stessi onorevoli relatori Giovanni Ferrari e Quintieri, che hanno ampiamente esposto la critica situazione finanziaria dell'ente, il mio vivo interessamento perché l'O. N. M. I. possa presto

soddisfare le spese normali di gestione delle istituzioni oggi esistenti.

Sono lieto intanto di comunicare che, alla fine dello scorso mese, il Ministero del tesoro ha assegnato un miliardo per l'esercizio, testè chiusosi, 1958-59, il che è di buon auspicio per le altre sovvenzioni richieste.

Sempre relativamente all'O. N. M. I., posso inoltre dichiarare che è quasi pronto il disegno di legge che dovrà disciplinare meglio l'organizzazione dell'ente e la relativa vigilanza e controllo dello Stato.

Le interessanti notizie date dagli onorevoli relatori e le diligenti ed ampie esposizioni degli onorevoli Giuseppina Re e Barberi mi esonerano d'illustrarne particolarmente l'attività. Soltanto alcune cifre ad integrazione di quelle già indicate nella relazione di maggioranza:

Assistenza all'infanzia.

Contributo all'O. N. M. I.:

esercizio 1949-50, lire 4 miliardi;
 esercizio 1958-59, lire 12 miliardi, più un miliardo;
 esercizio 1959-60, lire 12 miliardi e 500 milioni.

Attività assistenza dell'O. N. M. I.

	1950	1958
Donne assistite. . .	168.000	367.766
Bambini assistiti .	1.213.000	1.750.791
	<u>1.381.000</u>	<u>2.118.557</u>

Naturalmente, in relazione al nostro programma di prevenzione ed in relazione al voto dell'onorevole Cotellessa, sarà anche estesa e potenziata l'assistenza agli immaturi, la cui mortalità, anche con i nuovi mezzi tecnici (quali le culle termostatiche ad esempio), si può notevolmente ridurre.

Sono stati istituiti dal 1952 ad oggi 13 centri assistenziali: a Bari, a Bologna, a Firenze, a Genova e a Milano presso la clinica pediatrica universitaria; a Milano ancora presso l'istituto provinciale di protezione e assistenza all'infanzia; a Napoli, a Padova, a Palermo, a Perugia, a Roma e a Torino presso la clinica pediatrica universitaria, ancora a Torino presso l'istituto provinciale per l'infanzia.

Sono in corso trattative per una ulteriore estensione del programma, con particolare riguardo al Mezzogiorno e alle isole,

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

L'amministrazione sanitaria si è inoltre vivamente interessata perchè tali istituzioni superspecializzate e costose divenissero accessibili anche a coloro che possono contare solo sull'assistenza caritativo-legale o mutuo-previdenziale. Al riguardo si è ottenuto che la maggioranza di questi ultimi enti, compreso l'Inam, pagasse i ricoveri effettuati nei centri riconosciuti dall'allora A.C.I.S. con ovvio vantaggio degli enti gestori. A questi sono state inoltre corrisposte periodiche sovvenzioni per agevolarne il funzionamento.

Le suddette istituzioni pilota hanno già svolto anche un'evidente funzione di stimolo: sono stati infatti sistemati altri centri presso gli istituti provinciali per l'infanzia di Arezzo e Chieti, nonché presso i reparti pediatrici di svariati ospedali (Cremona, Enna, Ferrara, Gorizia, La Spezia, Lucca, Mantova, Messina, Modena, Pistoia, Piacenza, Pisa, Siena, Treviso, Trieste, Udine, Varese, Vicenza, ecc).

Allo stato dei fatti sembra lecito sperare che la diffusione dei detti centri e reparti di assistenza per immaturi — insieme alla generalizzazione di migliori condizioni di vita per le gestanti contribuirà a ridurre la probabilità ed i rischi della nascita sottopeso.

Dalla entrata in vigore della legge 10 aprile 1954, n. 218, che estende l'assistenza a carico dello Stato ai minori affetti da lussazione congenita dell'anca, limitatamente alla prima e seconda infanzia, sono stati assistiti circa 3.000 bambini.

Di essi circa 2.500 sono stati ricoverati presso cliniche ortopediche universitarie o reparti ospedalieri specializzati, mentre circa 500 sono stati curati ambulatoriamente.

A tutto il 30 giugno 1958 sono stati spesi circa 270 milioni.

È nostro fermo proposito: estendere l'assistenza ai lussati congeniti dell'anca, prevista dalla legge 10 aprile 1954, n. 218, a tutti i bambini affetti da malformazioni congenite degli arti di interesse ortopedico, in particolare ai piedi torti congeniti che spesso si associano alla lussazione congenita dell'anca; ottenere stanziamenti straordinari per sanare le contabilità arretrate sospese; definire l'accordo con il Ministero del lavoro e della previdenza sociale in merito alla competenza dell'assistenza ai lussati congeniti dell'anca agli aventi diritto a previdenze da parte di enti mutualistici.

I servizi di vigilanza igienico-sanitaria scolastica vengono svolti attualmente sulla base dell'osservanza delle norme di cui al regio-

decreto 9 ottobre 1921, n. 1981, sul regolamento speciale per la difesa contro le malattie infettive nelle scuole, e sulla base di istruzioni impartite con numerose circolari, fra le quali ricorderemo le più recenti, le circolari n. 39 del 16 aprile 1955, n. 20 del 9 marzo 1956, n. 123, del 21 dicembre 1956, per il controllo dello stato di salute del personale addetto alle scuole e degli alunni.

I servizi si sono proposti e si propongono di sollecitare la istituzione, da parte dei comuni, di ambulatori generici di medicina scolastica, in numero proporzionale all'entità della popolazione in età scolare.

Ciò allo scopo di individuare, oltre che gli eventuali casi di malattie infettive, anche imperfezioni, deficienze e stati patologici, ecc.

I servizi tendono, inoltre, a promuovere la più larga utilizzazione, a favore della popolazione scolastica, di tutte le attrezzature esistenti nel settore delle attività medico-sociali per la lotta contro la tubercolosi, le cardiopatie ed il reumatismo, il diabete, il tracoma, ecc., nonché ad assicurare l'azione integrativa in tale campo da parte delle amministrazioni provinciali in base all'articolo 92 del vigente testo unico.

L'azione di controllo e di stimolo svolta dall'amministrazione non poteva assicurare i migliori risultati se non si fosse contemporaneamente provveduto ad incoraggiare le iniziative dei comuni con la concessione di contributi finanziari.

In virtù di tale azione, dal 1950 ad oggi è risultato possibile di attivare 514 ambulatori generici così suddivisi: Piemonte 15, Liguria 17, Lombardia 86, Trentino-Alto Adige 2, Veneto 50, Friuli-Venezia Giulia 1, Toscana 30, Emilia 31, Marche 6, Umbria 28, Lazio 20, Abruzzi 21, Campania 18, Puglie 46, Basilicata 12, Calabria 68, Sicilia 59, Sardegna 4.

La spesa complessiva sostenuta dall'amministrazione sanitaria per l'istituzione dei predetti ambulatori ammonta a lire 265 milioni circa.

Parallelamente al potenziamento dei servizi medico-scolastici generici si è avuto in molti comuni un miglioramento dei servizi di consulenza specialistica e particolarmente di quelli odontoiatrici.

L'amministrazione sanitaria nel 1955, con apposita circolare, ha invitato i comuni a dare impulso ai servizi di assistenza odontoiatrica nelle scuole primarie e secondarie ed ha stabilito di concedere appositi contributi per il migliore raggiungimento del fine.

A seguito di tale azione di stimolo sono stati impiantati 377 ambulatori odontoiatrici

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

così suddivisi: Piemonte 12, Liguria 17, Lombardia 40, Trentino-Alto Adige 6, Veneto 23, Friuli-Venezia Giulia 2, Toscana 25, Emilia 55, Marche 10, Umbria 13, Lazio 16, Abruzzi 7, Campania 53, Puglie 38, Basilicata 8, Calabria 9, Sicilia 28 e Sardegna 15.

La spesa complessiva sostenuta dall'amministrazione sanitaria per l'istituzione degli ambulatori in parola ammonta a 346 milioni circa.

A conferma dei favorevoli risultati di questa azione esercitata dall'amministrazione sanitaria può segnalarsi il fatto che, allo stato attuale, risultano inoltrate n. 245 nuove domande di contributo per l'istituzione di ambulatori medico-scolastici generici e n. 210 per ambulatori odontoiatrici.

Un'ulteriore conferma è data dal continuo perfezionamento dei servizi, in quanto le amministrazioni comunali ormai con molta opportunità li affidano a sanitari specificamente qualificati, tant'è vero che, a fronte dei 64 medici scolastici del 1913, degli 86 del 1949, oggi il numero dei medici scolastici incaricati e di ruolo supera le 300 unità.

Nel settore dei servizi specialistici di medicina scolastica è da ricordare che l'amministrazione non ha mancato di intervenire anche nell'opera educativa ed ha distribuito appositi cartelloni ed opuscoli per la profilassi della carie dentaria.

Un'azione igienico-sanitaria che, con idonea conoscenza dei propri fini e dei propri mezzi, eserciti nelle scuole ben ordinati compiti di medicina preventiva e sociale, oltre che di profilassi contro le malattie contagiose, contribuirà più compiutamente a promuovere quel benessere fisico e psichico individuale e collettivo, che è lo scopo fondamentale della sanità pubblica.

Un efficiente servizio sanitario scolastico costituisce pertanto al giorno d'oggi, per una nazione sanitarmente bene organizzata, una effettiva necessità in quanto che nella scuola si presentano le condizioni più favorevoli per esercitare un controllo accurato e continuativo delle condizioni di salute e dello sviluppo psico-fisico dei fanciulli.

È nostra intenzione attuare anche una schermografia di massa, che sarà di certo di grande ausilio.

Come ho già accennato all'altro ramo del Parlamento, mi propongo di fare esaminare da apposita commissione, con la collaborazione del Ministero della pubblica istruzione, del cui consenso non dubito, l'adeguatezza o meno dei programmi di studio e del calendario scolastico alle esigenze della salute dei

nostri fanciulli e dei nostri giovani. Pesantezza di programmi, esami nei periodi estivi, esami di riparazione nella sessione autunnale che impongono, col periodo delle vacanze (non è un'ironia?), fatiche immani agli studenti (a tacere dei docenti): questi iniziano il nuovo anno scolastico più stanchi di prima con danno della salute e con profitto non proporzionato allo sforzo compiuto.

La onorevole Merlin, che, con il suo intervento, ha ancora una volta dimostrato la sua sensibilità ai problemi della scuola e dell'infanzia, potrà quindi constatare come il Governo sia già da tempo sulla buona strada in questo delicato settore che deve essere integralmente battuto.

All'onorevole Bruno Romano posso dire che, se anche il bilancio non prevede un apposito stanziamento per il settore della medicina scolastica, il Ministero della sanità, riconoscendo ad esso valore squisitamente profilattico, ha potuto (mi si perdoni la ripetizione) dal 1950 ad oggi erogare 265 milioni, i quali hanno consentito di attivare ben 514 ambulatori scolastici generici, e che, per la profilassi della carie dentaria con opportuni accorgimenti, sono stati erogati nello stesso periodo ben 346 milioni che hanno permesso l'impianto di 337 ambulatori scolastici odontoiatrici.

È l'importanza dell'assistenza sanitaria nella scuola, che si tradurrà anche in controlli periodici, tanto più emerge se si pensi che è proprio nel periodo scolastico che cade il delicato periodo della pubertà; è in quello stesso periodo che l'accrescimento presenta disturbi che vanno controllati e corretti; che l'igienista deve efficacemente vigilare per mantenere lo stato di sanità della mente degli scolari.

È ogni fanciullo (cominceremo da essi) dovrà essere munito di un libretto sanitario obbligatorio che lo dovrà accompagnare fin dalla nascita per tutta la vita (iniziativa già presa a Napoli dall'O. N. M. I.). Libretto sanitario personale, sì che ciascun cittadino abbia in avvenire una cronistoria delle eventuali malattie contratte.

Lo Stato, è per esso il Ministero della sanità, si propone di essere sempre più largo dispensatore di presidi difensivi per la salute dei fanciulli e dei giovani.

CAPUA. Che le malattie debbano essere argomento pubblico su pubblici libretti, farei qualche riserva. Si deve andar cauti, perché può essere un problema delicato. Scusi l'interruzione, onorevole ministro.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Invece delle malattie, si può usare un numero. Co-

munque, in altri paesi del mondo occidentale è stato adottato il libretto.

Ma il discorso sulle nuove generazioni non è finito. Accanto ai fanciulli normali vi sono quelli anormali, in numero rilevante. Vi è infatti una gamma di infermità ereditarie o congenite o qualche morbo, come la poliomielite, che pongono lo Stato innanzi a gravi problemi di recupero e di rieducazione, come gli stessi onorevoli relatori riconoscono.

Piccoli minorati psichici, bambini tardi o anche detti irregolari psichici, e minorati visivi o dell'udito, discinetici, poliomielitici che sembrano fino a pochi anni or sono esclusi dalla vita, possono invece essere recuperati o reinseriti nel mondo della scuola o nel mondo del lavoro.

Generalmente in questo campo si hanno soltanto coraggiose iniziative locali, che si sono fatte strada tra difficoltà di ogni genere, non ultime l'incomprensione di autorità, amministrazioni, docenti e delle stesse famiglie. Ricordiamo, additandoli all'ammirazione del paese, i servizi sanitari per l'infanzia anormale del comune di Milano, le scuole speciali della stessa città, tutti seguiti con esemplare attenzione del sindaco professore Virgilio Ferrari. Le istituzioni milanesi, da me di recente visitate, dimostrano chiaramente i risultati cui è possibile giungere quando medicina e pedagogia operano insieme senza pretese di predominio ma unite in una collaborazione ispirata unicamente da profondi sentimenti di umanità di sacrificio e di dovere.

I principi enunciati, nello scorso mese, al convegno nazionale per i minorati psichici, possono accettarsi anche in senso estensivo per tutti i minorati. Lo Stato non può essere assente in questo settore particolare dell'infanzia e deve ancor più impegnarsi nel coordinamento delle varie attività dirette alla soluzione dei problemi relativi agli anormali o minorati in genere, in considerazione pure del peso sociale che le minorazioni stesse costituiscono.

Per tutto il settore delle minorazioni ed invalidità, da qualsiasi causa determinate, specialmente se recuperabili con idonei interventi sanitari, il legislatore deve mettersi all'opera. Si devono creare istituti di riabilitazione, si deve preparare il personale da adibire ai servizi per la riabilitazione, si devono promuovere provvidenze per la occupazione dei minorati.

L'amministrazione sanitaria vuole rendersi interprete di questa necessità ed ha allo

studio idonei provvedimenti legislativi che assicurino a tutti adeguate assistenze sanitarie, siano esse di pertinenza degli enti locali o in difetto da attribuire allo Stato.

Del resto in questo campo vi è già qualche lodevole proposta di legge d'iniziativa parlamentare.

All'onorevole Cotelessa comunico che dalla entrata in vigore della legge 10 aprile 1954, n. 218, che prevede l'assistenza a carico dello Stato dei discinetici poveri recuperabili, sono stati istituiti 26 centri di recupero, con circa 750 posti-letto. Per l'allestimento e l'attrezzatura dei detti centri sono stati erogati contributi per un totale di lire 511.214.000. Gli infermi che, fino ad oggi hanno richiesto assistenza, sono 5.033; gli infermi assistiti o tuttora in corso di assistenza presso i centri sono 3.707; quelli giudicati recuperabili dopo un periodo di osservazione sono 422; quelli che attendono di essere chiamati per i necessari accertamenti sono 1.326.

Nella lotta contro le malattie sociali sarà ancora più accentuato l'indirizzo della diagnosi precoce il che presuppone attrezzature adeguate nel territorio nazionale e attività sanitaria vigile e pronta.

Per la lotta contro la lebbra, il tracoma, le neoplasie, la tubercolosi e le malattie reumatiche e cardiovascolari, sui quali argomenti gli onorevoli relatori di maggioranza hanno, data la gravità delle predette malattie, ampiamente trattato, mi limito ad assicurare il potenziamento dei relativi servizi sanitari. In specie per il tracoma, nella fiducia di avere a disposizione maggiori mezzi finanziari, rendere, per quanto possibile, integrale la cura degli infermi; per le neoplasie predisporre un disegno di legge che disciplini il settore della lotta contro i tumori, aumentare il numero dei centri di studio, corredandoli degli strumenti necessari; per la tubercolosi estendere e potenziare l'azione profilattica, facendo sempre perno in periferia sui benemeriti consorzi provinciali, la cui efficiente organizzazione è nostra intenzione sfruttare anche per altri compiti della medicina sociale (li chiameremo consorzi provinciali della medicina preventiva); e, sempre per la tubercolosi, aumentare il numero dei preventori e renderli più efficienti provvedendoli delle necessarie attrezzature. Circa il problema della estensione dell'assistenza in regime assicurativo al maggior numero possibile di individui, mi auguro che si risolvano presto le gravi difficoltà finanziarie che ostacolano l'approvazione del disegno di legge del mio predecessore senatore Monaldi.

La mortalità per tubercolosi, che ha avuto, com'è noto, una fase di notevole contrazione in seguito all'introduzione della terapia streptomycinica e successivamente di quella idrazidica, passando dal quoziente di 76,5 per centomila abitanti nel 1947 a quello di 23,6 nel 1953, è entrata successivamente in una fase di più lenta ma tuttavia ancora evidente riduzione: il quoziente specifico è disceso a 22,8 nel 1954, a 22 nel 1955, a 21,6 nel 1956, a 19,9 nel 1957, a 18,9 nel 1958.

Il fenomeno del rallentamento nella contrazione della mortalità può essere posto in relazione al fatto che ancora attualmente un considerevole numero dei morti per tubercolosi è costituito da infermi che, sottoposti alle nuove terapie in uno stato già avanzato di malattia, hanno beneficiato di un prolungamento della vita, ma non della guarigione.

Al concludersi di questa fase è presumibile attendersi una nuova sensibile riduzione della mortalità, considerato anche l'apporto di sempre nuovi farmaci alla terapia antitubercolare e la possibilità di un intervento terapeutico sempre più tempestivo.

Per quanto riguarda la morbosità si deve rilevare che il numero dei nuovi casi di malattia accertati presso i dispensari non ha subito variazioni notevoli nell'ultimo quinquennio (ciò è stato anche osservato dall'onorevole Messinetti), ma si è mantenuto, con lievi oscillazioni, intorno alle 70 mila unità all'anno.

Il rispettivo quoziente per 1.000 abitanti è stato di 1,49 nel 1954, 1,43 nel 1955, 1,44 nel 1956, 1,40 nel 1957 e nel 1958.

La tendenza della morbosità a regredire solo con estrema lentezza, malgrado gli sforzi delle istituzioni impegnate nella lotta contro la tubercolosi, testimonia quanto resta ancora da compiere nel settore della ricerca dei casi ignorati di malattia per la loro importanza come fonte di contagio e nel settore della prevenzione.

Sono attualmente in funzione 581 dispensari antitubercolari, rispetto ai 549 in funzione nel 1954, con un incremento di 32 unità costruite *ex novo* nel quinquennio.

Le migliori possibilità di comunicazione, che permettono alle popolazioni di raggiungere con minori difficoltà le sedi dispensariali, consentono attualmente di provvedere, oltre che alle nuove costruzioni strettamente indispensabili, anche ad un programma di perfezionamento dei servizi, sia mediante la realizzazione di nuove sedi per i dispensari situati in locali inadatti o insufficienti, sia ancora mediante il miglioramento delle at-

trezzature e la istituzione di servizi specialistici e di moderni schedari.

L'attività dei dispensari, ai quali affluisce tanto la quota di popolazione assicurata obbligatoriamente contro la tubercolosi, quanto quella non assicurata, è notevole sotto tutti gli aspetti e dimostra la piena fiducia del pubblico nel servizio.

Il numero delle persone complessivamente visitate è andato, nel quinquennio, costantemente aumentando, ed ha raggiunto nel 1958 i 2.293.498.

Il numero delle frequenze ai dispensari si mantiene stazionario intorno ai 4 milioni, e così pure il numero delle persone visitate per la prima volta che si aggira intorno ad un milione.

Mentre l'attività dei dispensari nella loro funzione di ambulatorio specializzato nella diagnosi della malattia tubercolare ha raggiunto la piena efficienza — tanto che è allo studio la possibilità di appoggiare all'organizzazione dispensariale già collaudata da diversi decenni di funzionamento, anche i servizi periferici di accertamento e di prima assistenza per le altre malattie sociali — resta ancora da sviluppare l'azione di ricerca dei casi di malattia attraverso il controllo capillare della popolazione.

Agli ulteriori progressi in questo indirizzo, sia pure graduati per i non lievi problemi organizzativi che si pongono anche riguardo al personale necessario, è attualmente condizionata la possibilità di ottenere una più decisiva contrazione della morbosità tubercolare.

Sono attualmente in funzione 74 preventori vigilati con complessivi 13.049 posti letto e 134 preventori comuni o colonie permanenti con complessivi 19.396 posti letto.

Nel 1958 sono state consumate 3.386.924 giornate di degenza presso i preventori vigilati e 4.804.088 giornate di degenza presso i preventori comuni e le colonie permanenti.

L'attrezzatura preventoriale esistente è largamente sufficiente alle esigenze assistenziali per quanto riguarda il numero dei posti letto: molto resta invece da compiere nel settore dell'efficienza tecnica degli istituti, con speciale riguardo all'istituzione o l'ampliamento di reparti contumaciali, di infermerie, di servizi igienici, idraulici e di riscaldamento come pure per la dotazione di idonei impianti radiologici.

In Italia sono attualmente in funzione 360 sanatori, ospedali sanatoriali e reparti ospedalieri per tubercolotici, un complesso

di 16.186 posti-letto: in totale 77.121 posti-letto. In tali istituti sono state consumate nel 1958 22.465.521 giornate di degenza. La disponibilità di posti-letto per il ricovero dei tubercolotici è attualmente sufficiente al fabbisogno: resta ancora da perfezionare l'efficienza tecnica degli impianti e da rinnovare e rendere adatti alle moderne esigenze gli istituti esistenti.

Recentemente sono entrati in funzione due istituti sanatoriali dotati di tutti i requisiti strutturali e tecnici più moderni: il sanatorio Muzio Gallo di Osimo (Ancona) con 300 posti-letto ed il sanatorio di Trieste dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di 416 posti-letto.

Col miglioramento del livello di efficienza assistenziale degli istituti di cura per tubercolotici sarà possibile eliminare gradualmente gli istituti non rispondenti alle odierne esigenze.

La tendenza della morbosità tubercolare a regredire solo con notevole lentezza induce ad intensificare gli sforzi per combattere la malattia anche nel settore della profilassi specifica.

Ciò potrà essere realizzato sia incrementando l'attività dei centri che già da diversi anni effettuano campagne di vaccinazione antitubercolare e della cosiddetta chemio-profilassi mediante idrazide dell'acido isonicotinicico sotto la guida dei più eminenti studiosi della materia; sia ancora istituendo in ciascuna provincia, nel quadro delle istituzioni antitubercolari esistenti, appositi servizi con il compito di rilevare sistematicamente la reattività alla tubercolina e di applicare i metodi specifici di profilassi soprattutto nei riguardi degli appartenenti a famiglie di tubercolotici e delle persone esposte al contagio.

Un programma secondo quest'ultimo indirizzo è attualmente allo studio.

Il sempre maggiore sviluppo di tali attività è chiaramente documentato dal continuo aumento del numero delle persone sottoposte ad accertamento schermografico, che sono state 1.676.421 nel 1954, 1.689.065 nel 1955, 1.896.712 nel 1956, 2.147.783 nel 1957 e 2.323.786 nel 1958.

L'onorevole Romano, in Commissione e in aula, ha auspicato un potenziamento dei servizi schermografici. Il Ministero ha posto finora ogni cura per l'incremento di tali servizi. Attualmente sono in funzione a cura del Ministero della sanità e presso i consorzi provinciali antitubercolari n. 145 unità scher-

mografiche delle quali 56 fisse e 89 mobili (40 automontate e 49 autotrasportate).

Inoltre sono in funzione presso altri enti (Ministero della difesa, Ministero delle finanze, Ministero dei trasporti, istituti di radiologia delle università, uffici d'igiene comunali, Ente nazionale prevenzione infortuni, ecc.) altre 125 unità schermografiche di cui 97 fisse e 28 mobili. In totale funzionano in Italia 270 unità schermografiche tra fisse e mobili. Ogni anno vengono eseguiti oltre due milioni di schermogrammi (precisamente nel 1958 2.367.617). Il Ministero continuerà a porre ogni cura perché il servizio schermografico, in funzione polivalente, sia valido strumento per la tutela sanitaria delle popolazioni.

In sede di Commissione l'onorevole Bartole ha rappresentato la necessità che si provveda al pagamento delle spedalità pertinenti a ricoveri effettuati dagli ex uffici sanitari della Sicilia fino al luglio 1952. Effettivamente questi uffici, creati nell'immediato dopoguerra dal governo militare alleato e soppressi nel luglio 1952, hanno stabilito situazioni debitorie nei confronti di istituti di cura per tubercolosi. I consorzi provinciali antitubercolari che hanno ripreso l'autonomia, dopo la soppressione degli uffici nel 1952, non hanno provveduto a liquidare tali spedalità.

D'altra parte è dubbio se le spedalità medesime debbano essere assunte a carico dello Stato anche perché i predetti uffici hanno contemporaneamente situazioni creditorie nei confronti degli enti consorzisti. Le situazioni debitorie ammontano a circa 500 milioni. Il Ministero ha in esame la questione al fine di definirla.

E veniamo alle malattie veneree, su cui richiamano l'attenzione gli onorevoli relatori di maggioranza e gli onorevoli Romano e Delfino.

L'era antibiotica che ha reso facile ed alla portata di tutti la terapia delle malattie veneree, consentendo una rapida guarigione delle manifestazioni cliniche, ha ridotto notevolmente il pericolo di contagiosità con grande vantaggio per la profilassi.

D'altra parte per la facilità di cura un numero impreciso di pazienti sfugge più facilmente al controllo dello specialista venereologo e pertanto dei servizi dermoceltici statali che provvedono ai rilevamenti statistici. Ne consegue la difficoltà di seguire, oggi più di ieri, l'andamento epidemiologico delle malattie veneree.

Ciò premesso ed allo scopo di avere a disposizione dati che più si avvicinino alla ve-

rità ci limiteremo ad esaminare l'andamento della sifilide, rappresentando essa la più grave delle infezioni veneree anche per il danno sociale che reca alla collettività con la trasmissione alla prole (lue congenita) quando non si provveda a depistarla ed a curarla tempestivamente.

Dopo l'ultimo conflitto mondiale l'andamento della sifilide era andato progressivamente decrescendo fino all'anno 1954, per un complesso di cause favorevoli, prima tra tutte l'azione profilattica condotta con mezzi veramente imponenti dall'O. M. S. ed i nuovi medicamenti a disposizione (penicillina), tanto che anche in Italia molte cliniche universitarie non ebbero intorno a quegli anni neppure la possibilità di dimostrare a scopo didattico casi di sifilide acquisita con manifestazioni primarie e secondarie, com'è d'altra parte confermato dai rilevamenti statistici dei dispensari dermoceltici.

Sul finire del 1954 da varie parti del mondo e anche di Italia è stata segnalata una modica recrudescenza di nuovi contagi di sifilide caratterizzata da piccoli focolai epidemici determinati da fattori contingenti e bene localizzati.

Al VII convegno nazionale degli ispettori dermosifilografi (Roma, 8 dicembre 1956) venne fatto cenno a tale aumento e al convegno successivo (7-8 dicembre 1958) gli ispettori dermosifilografi di Torino, Vercelli, Venezia, Arezzo segnarono episodi epidemici nelle rispettive province.

In occasione di un giro d'ispezione dell'ispettore dermosifilografo centrale dell'O. N. M. I. nelle province di Grosseto, Livorno, Pisa, Massa Carrara e La Spezia non furono segnalati dai dirigenti dei servizi dermoceltici dei vari settori (dispensari comunali, O. N. M. I., carceri, istituti mutualistici) recrudescenze di malattie veneree.

Lo stesso ispettore, che ha preso parte alle giornate dermovenereologiche di Catania (12-15 febbraio 1959), ha avuto l'opportunità di chiedere a molti clinici intervenuti notizie in merito all'andamento delle malattie veneree delle loro sedi. Mentre i clinici di Firenze e di Milano segnarono un notevole aumento di nuovi contagi d'infezioni veneree nel 1958 e

nel gennaio 1959 altri clinici, primari ospedalieri ed ispettori dermosifilografi provinciali non ebbero invece a rilevare sensibili aumenti.

Fino all'entrata in vigore della legge 25 luglio 1956, l'obbligo della denuncia della sifilide e delle malattie veneree era limitato ai casi di sifilide da baliatico e di oftalmoblenorrea, nonché ai casi di sifilide, blenorragia o ulcera venerea con manifestazioni contagiose riscontrate nelle collettività sia civili che militari, negli istituti di cura e rieducazione, negli edifici, nelle case di meretricio e tra le meretrici allora soggette a vigilanza. In base, quindi, alla denuncia non era possibile poter, anche approssimativamente, conoscere la loro diffusione.

Pertanto, l'unico mezzo per giungere a conclusioni utili sulla loro reale diffusione sembra quello di prendere in considerazione un solo settore, ma il più qualificato, e precisamente i casi di malattie veneree riscontrati in pubblici dispensari.

Tale situazione non è cambiata fino ad oggi — nonostante che l'articolo 5 della citata legge 25 luglio 1956, n. 837 sancisca l'obbligo della denuncia per tutti i casi di malattie veneree nel periodo di contagiosità — perché, non essendo stato ancora emanato, per vari motivi, il relativo regolamento, le denunce non sono entrate nell'uso corrente.

Dall'analisi dei dati, desunti dai pubblici dispensari, risulta che si è avuto un effettivo aumento delle cifre assolute dei soli casi di sifilide fin dal 1954 e quindi anteriormente all'entrata in vigore della nota legge sull'abolizione della regolamentazione della prostituzione mentre i casi di blenorragia sono in costante diminuzione.

D'altra parte, il breve lasso di tempo tra corso dall'entrata in vigore della suddetta legge non consente un'analisi meditata delle cifre che man mano pervengono dai vari dispensari.

Si hanno i seguenti dati per i casi di sifilide primo-secondaria, di blenorragia acuta e di ulcera venerea accertati nel 1° trimestre dell'anno 1957 e nel 1° trimestre dell'anno 1958 nei dispensari comunali ed universitari della città di Roma:

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

	1° trimestre 1957			1° trimestre 1958			1° trimestre 1959		
	Sifilide	Blenor- ragia	Ulcera venerea	Sifilide	Blenor- ragia	Ulcera venerea	Sifilide	Blenor- ragia	Ulcera venerea
San Gallicano	44	131	2	69	71	2	52	78	—
Dispensari nel comune di Roma:									
I	1	16	—	15	26	—	7	12	—
II	6	40	1	23	41	—	7	27	2
III	6	19	5	24	17	—	10	10	—
Clinica dermosifilopatica . .	27	46	19	51	47	3	34	10	—
	84	252	27	182	202	6	110	137	2

Nell'esercito si sono avuti, per la sifilide primaria e per la blenorragia rispettivamente i seguenti casi: nel 1957, 99 e 311; nel 1958, 107 e 439; nel primo trimestre del 1957, 26 e 67; nel primo trimestre del 1958, 18 e 93; nel primo bimestre del 1959, 34 e 34.

I casi di malattie veneree accertati nei dispensari antivenerei comunali ed annessi alle cliniche dermosifilopatiche delle università sono stati i seguenti:

MALATTIA	1939	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Sifilide (primo-secondaria)	33.729	3.464	2.311	2.289	1.824	2.289	2.697	4.452
Blenorragia	48.628	21.204	21.695	21.323	19.829	17.788	14.517	13.071
Ulcera venerea	6.478	1.787	2.523	1.594	1.546	1.409	1.271	1.086

I casi di sifilide primo-secondaria, blenorragia acuta e ulcera venerea riscontrati nei dispensari comunali e in quello annesso alla clinica universitaria dermosifilopatica nel Lazio sono stati i seguenti, rispettivamente per la sifilide primo-secondaria, la blenorragia acuta e l'ulcera venerea: nel 1947, 1.370, 6.252 e 518; nel 1948, 857, 3.877 e 369; nel 1949, 802, 3.320 e 243; nel 1950, 227, 3.326 e 29; nel 1951, 97, 537 e 56; nel 1952, 120, 755 e 36; nel 1953, 79, 837 e 75; nel 1954, 94, 1.104 e 224; nel 1955, 260, 1.188 e 339; nel 1956, 204, 857 e 187; nel 1957, 384, 1.544 e 101; nel 1958, 523, 798 e 28.

Non vi sono dati parziali per il 1959 (riferiti ad un mese) in quanto le statistiche pervenute sono annuali. I dati riguardanti la diffusione delle malattie veneree nella provincia di Roma sono per il 1957 di 384 casi di

sifilide primo-secondaria e di 1.619 di blenorragia; per il 1958 sono 529 di sifilide primo-secondaria e 912 di blenorragia.

I dati sulle malattie veneree negli Stati Uniti d'America, dedotti dagli atti del Congresso internazionale sulle treponematosi e le malattie veneree (28 maggio-1° giugno 1957), recano, per la sifilide primo-secondaria 573.599 casi nel 1943 e 122.075 nel 1955; per la blenorragia, 400.639 nel 1947 e 239.787 nel 1955; per l'ulcera venerea, 7.366 nel 1946 e 2.937 nel 1955.

I casi di sifilide primo-secondaria denunciati in Francia (medici privati e dispensari pubblici) sono stati 15.000 nel 1946, 12.000 nel 1947, 8.000 nel 1948, 4.000 nel 1949 e 2.000 nel 1950. La abolizione della regolamentazione della prostituzione è avvenuta nel 1946.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

A norma dell'articolo 8 della legge 25 luglio 1956, n. 837, l'istituzione dei dispensari è obbligatoria nei comuni aventi una popolazione superiore ai 30 mila abitanti.

Alla data dell'ultimo censimento 4 novembre 1951, i comuni con oltre 30 mila abitanti ammontavano a 160. Alla stessa data i dispensari antivenerei comunali ed annessi alle cliniche erano 259.

Quelli presso i consultori-ambulatori dell'Opera nazionale maternità ed infanzia erano 140 e quelli presso gli istituti di prevenzione e di pena e di rieducazione minorile (istituiti di concerto con il Ministero di grazia e giustizia nel 1948) n. 166.

In totale vi erano quindi in funzione 565 dispensari esclusi i pochi allora funzionanti presso gli enti mutualistici.

Attualmente i dispensari funzionanti sono 1.224, di cui 207 dispensari comunali ed annessi alle cliniche universitarie tra obbligatorie e facoltative; 225 consultori-ambulatori dell'O. N. M. I., 612 dispensari presso le mutue.

Nel quadro del riordinamento dei servizi sanitari contro le malattie dermoveneree, verranno poste le maggiori cure perchè in sede di emanazione del regolamento per l'esecuzione della legge 25 luglio 1956, n. 836, concernente la profilassi delle malattie veneree, questa venga coordinata con la legge 20 febbraio 1958, n. 75, concernente l'abolizione della regolamentazione della prostituzione.

Così non solo si eviterà che le malattie veneree possano diffondersi maggiormente ma si spera di ottenere una maggiore contrazione di esse.

Per quanto riguarda le malattie veneree posso assicurare appunto che il regolamento per l'applicazione della legge 25 luglio 1956, n. 856, che dovrà tenere conto delle disposizioni innovative portate dalla legge 20 febbraio 1958, n. 75, si può dire ultimato.

L'ordine del giorno dell'onorevole Delfino, approvato in Commissione, tende a promuovere un efficiente controllo sanitario. Il prossimo regolamento persegue lo stesso scopo: fra l'altro si chiarisce che, fermo restando il divieto di sottoporre ad accertamenti sanitari le persone accompagnate all'ufficio di pubblica sicurezza per infrazioni alle disposizioni di cui alla legge 20 febbraio 1958, n. 75, la circostanza di essere dedite alla prostituzione non è preclusiva di accertamenti sanitari quando si verificano le condizioni previste dall'articolo 6 della legge medesima, ossia sorga fondato sospetto che la persona dedita alla prostituzione abbia diffuso il contagio venereo.

Per quanto riguarda gli interventi di disinfezione, e di disinfettazione in particolare, l'onorevole Ceravolo ha posto il dito su una piaga che si è venuta a creare per la progressiva decurtazione apportata allo stanziamento dell'attuale capitolo 50; tale stanziamento è passato da lire 1 miliardo e 200 milioni nel 1952-53, a 550 milioni nel 1956-57 e seguenti, e finalmente a 450 milioni nel bilancio in discussione. Purtroppo, il capitolo si intitola solamente alla lotta antimalarica, mentre non è stato avvertito che gli articoli 1 e 2, in cui detto capitolo si suddivide, esprimono chiaramente che lo stanziamento deve far fronte sia alla lotta antimalarica sia alla lotta contro gli artropodi vettori di agenti patogeni. È troppo evidente che, con 450 milioni di stanziamento, insufficienti per le necessità della lotta antimalarica nelle zone in cui essa si appalesa ancora necessaria, si è dovuto sospendere l'azione contro le mosche e gli altri insetti dannosi e molesti per l'uomo.

Quanto sopra detto vale anche per la risposta all'onorevole Romano Bruno che ritiene addirittura eccessivo lo stanziamento previsto per la lotta antimalarica.

Evidentemente l'onorevole Romano non ha tenuto presente, nel formulare tale giudizio, che in Italia si è raggiunta la eradicazione della malaria in quanto malattia, ma si è ben lontani ancora dalla eradicazione delle condizioni idrotelluriche che condizionano la vita delle zanzare malarigene e pertanto fino a quando tali vettori saranno presenti nel territorio nazionale l'equilibrio può ritenersi suscettibile di essere rotto alla prima occasione.

L'esperienza della prima e della seconda guerra mondiale è assai istruttiva a tale riguardo. Aggiungasi che se gli interventi antianofelici sono stati notevolmente ridotti, il controllo sulle zone nelle quali le condizioni idrotelluriche permangono favorevoli alla vita ed alla moltiplicazione dell'insetto è stato intensificato per poter intervenire alle prime avvisaglie del pericolo.

Tale eventualità si è già presentata in qualche zona insulare e se l'episodio è rimasto circoscritto si deve proprio alla efficienza dei servizi di vigilanza.

I diabetici in Italia sono certo non meno di 600 mila e, dati i numerosi casi non diagnosticati, probabilmente sono molto di più. La frequenza crescente, le caratteristiche della malattia (perfettamente compensabile con adatte cure, causa di gravi complicazioni e invalidità se non curata adeguatamente), la capacità del diabetico bene assistito di inserirsi nella nor-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

male vita di lavoro, fanno del diabete una importante malattia sociale. È stato calcolato, in Francia, che il diabetico abbandonato a se stesso o male curato costa alla collettività venti volte più di quello bene assistito e controllato.

La creazione di centri antidiabetici nelle città maggiori non risolve a sufficienza il problema dell'assistenza antidiabetica. I diabetici dei piccoli centri e delle campagne rimangono per lo più abbandonati a se stessi o affidati alle cure di medici impreparati o insufficientemente aggiornati, con conseguenze gravi e alle volte irreparabili.

L'impreparazione dei medici condotti e dei medici pratici in generale è dimostrata, fra l'altro, da cifre come queste: negli Stati Uniti e in altri paesi progrediti dal punto di vista sanitario, la letalità per coma diabetico non arriva al 2 per cento; in Italia raggiunge il 28 per cento, mentre il grande diabetologo americano Joslin reputa ancora troppo alta la cifra dell'1,9 per cento (U. S. A.) perché — egli dice — « di coma diabetico, nel nostro tempo, non si deve morire ».

È urgente istituire centri antidiabetici e consulenze ambulantanti (almeno un centro per ogni città di 50 mila abitanti). Oggi ancora vi sono città capoluoghi di provincia (e non

c'è bisogno di andare fino in Calabria o in Lucania, basta arrivare a Vicenza o a Udine!) che non hanno un centro antidiabetico, mentre si sa bene che il diabetico non può essere assistito in un ambulatorio di medicina generale.

I centri antidiabetici debbono essere opportunamente attrezzati o forniti di laboratori efficienti. E qui va studiata la organizzazione dei servizi tecnici laboratoristici, con la formazione, anche qui, di personale adatto. Dovrebbero essere inoltre unificate le metodiche analitiche. Tale unificazione permetterebbe la raccolta di dati statistici utili e vevoli (questa unificazione è stata prospettata e auspicata anche in campo internazionale).

Sarebbero anche da rivedere i criteri di discriminazione dei diabetici per l'assunzione agli impieghi ed al lavoro. Poche sono le professioni veramente inadatte ai diabetici bene curati. Le statistiche fatte all'estero nei complessi industriali dimostrano che il diabetico rende nel lavoro quanto i non diabetici e non fa un maggior numero di assenze per malattia.

Ecco una tabella con i dati della mortalità in Italia in rapporto ad alcune malattie sociali:

ANNI	MORTI	CIFRE ASSOLUTE			Su 100 morti all'anno		
		Malattie cardio-vascolari (1)	Tubercolosi	Tumori	Malattie cardio-vascolari (1)	Tubercolosi	Tumori
1949	482.097	157.173	22.800	54.175	32,6	4,7	11,2
1950	452.088	155.700	19.696	57.083	34,4	4,4	12,6
1951	481.911	173.072	19.810	57.007	35,9	4,1	11,8
1952	474.526	176.755	13.017	59.520	37,2	2,7	12,5
1953	472.711	187.140	11.125	60.560	39,6	2,4	12,8
1954	441.897	179.117	10.961	62.220	40,5	2,5	14,1
1955	446.689	182.366	10.921	64.654	40,8	2,4	14,5
1956	497.550	214.254	10.710	67.586	43,1	2,2	13,6
1957	484.727	205.998	9.965	68.840	42,5	2,1	14,2
1958	457.915	195.399	9.526	69.778	42,7	2,1	15,2

(1) Includono le malattie del sistema circolatorio e le lesioni vascolari del sistema nervoso centrale.
(nn. 400-468 e 330-334 della classificazione nosologica internazionale).

Sebbene per la lebbra, le malattie cardiovascolari e i tumori, abbia fatto un rinvio alla relazione di maggioranza, dirò poche parole per rispondere ad alcune osservazioni fatte nel corso della discussione. L'onorevole Romano, ha ritenuto eccessivi gli stanziamenti per la lotta contro la lebbra, che ammontano complessivamente a lire 320 milioni di cui lire 120 milioni a titolo di soccorso giornaliero agli affetti da lebbra e ai loro congiunti. Tali stanziamenti non appaiono davvero eccessivi ove si consideri che i lebbrosi in Italia sono circa 500, dei quali oltre la metà spedalizzati in continuazione, ad una retta giornaliera media non inferiore a lire 2 mila e che il lebbroso dimesso dall'istituto di cura, ben scarse possibilità ha di poter bastare a se stesso, per cui ha necessità di continua assistenza, del resto prevista dalla legge.

La lotta contro la lebbra è stata sempre più intensificata da parte degli organi della sanità pubblica con sodisfacenti risultati. Alla data del 1° giugno 1959 risultano ricoverati 200 lebbrosi e 276 isolati a domicilio; nei confronti degli anni precedenti il numero degli infermi ospedalizzati risulta stazionario ed in lieve aumento quelli assistiti a domicilio. In totale risultano affette da lebbra 476 persone. Per quanto riguarda i posti-letto, questi sono stati notevolmente accresciuti portando a 59 quelli dell'ospedale San Martino di Genova, a 30 quelli di Messina ed a 70 quelli di Cagliari. Infine è entrata in funzione la colonia agricola di Gioia del Colle che quanto prima potrà ospitare 240 ammalati. Con la costruzione della predetta colonia, il problema di poter disporre di un numero adeguato di posti-letto è stato risolto.

Gli onorevoli Caponi, Gennai Tonietti e Romano hanno rilevato l'insufficiente stanziamento per la lotta contro le malattie reumatiche e cardiovascolari. In proposito si fa presente che non esiste una legislazione che preveda l'intervento diretto dello Stato nella lotta contro tali malattie. Lo stanziamento, inserito per la prima volta in bilancio nell'esercizio finanziario 1949-50, è stato aumentato dai 10 milioni di quell'esercizio ai 250 milioni dell'esercizio 1959-60. Il Governo rivolge la massima attenzione anche a questo settore della medicina sociale ed è in corso di studio una legge che consideri le suddette malattie tra quelle per le quali possa essere previsto l'intervento dello Stato anche ai fini assistenziali.

Gli onorevoli Romano, Capua, Bucalossi Lattanzio Delfino e Messinetti, hanno trattato argomenti riguardanti la lotta contro i

tumori. È facile trovarsi d'accordo sulla necessità di una regolamentazione dei servizi di lotta contro i tumori (ordinamento e compiti degli istituti nazionali; disciplina dei centri; onere per l'assistenza dei malati; ecc.). Più difficile è la formulazione del provvedimento legislativo dato che la oncologia non è specialità a se stante, ma rientra nell'ambito della medicina e chirurgia generale e di altre specialità.

È vero che lo stanziamento di bilancio per la lotta contro i tumori è notevolmente inferiore a quello previsto per la lotta anti-tubercolare; ma occorre tenere presente che per la tubercolosi — malattia infettiva contagiosa — lo Stato sostiene per la quasi totalità dei non assicurati le spese di ricovero che hanno anche fine profilattico in quanto significano isolamento della fonte di infezione, mentre per quanto riguarda la lotta contro i tumori nessuna spesa per ricoveri è a carico allo Stato.

I maggiori sforzi verranno fatti per potenziare ogni attività sanitaria che possa avere per fine la diagnosi precoce dei tumori maligni.

E veniamo ora all'igiene ambientale, l'argomento cui hanno accennato gli onorevoli Greppi, Pino, Ceravolo e l'onorevole Angelini Ludovico, relatore di minoranza.

Modificare l'ambiente per renderlo sempre più adatto al normale esercizio della vita rappresenta quanto di più consapevole si possa sperare per la difesa attiva, concreta e stabile della salute pubblica. L'arte medica può esaltare i naturali poteri di difesa di cui ogni organismo è dotato e perfino, mediante appropriati trattamenti immunitari, crearne dei nuovi.

I risultati, però, sono parziali e temporanei. Temporanei, perché sovente le armi difensive artificialmente provocate, si esauriscono nello spazio di qualche anno e talora in pochi mesi; parziali, perché le leggi che disciplinano i fenomeni fisici, chimici e chimico-fisici non sono valide per i fenomeni biologici, dato che le capacità, le modalità e l'intensità delle reazioni nel campo biologico sono diverse da individuo ad individuo e perfino nello stesso individuo a seconda del suo stato fisiopsichico del momento.

Mentre tutte le volte che con appropriate opere igieniche, si modifica l'ambiente fisico e sociale delle collettività, il vantaggio viene da tutti risentito in misura uguale, siano essi appartenenti alla schiera dei costituzionalmente deboli o a quella dei perfettamente maturati.

L'esempio offerto dalle febbri tifoidee e paratifoidee nel nostro paese è assai istruttivo al riguardo. Si impegnano somme cospicue per la vaccinazione dei gruppi di popolazione più esposti o che possono diventare veicolo operoso di diffusione di queste malattie; si sopportano spese assai pesanti per ricovero ed assistenza dei malati e dei loro familiari; sull'economia nazionale gravano pesantemente le giornate di lavoro perdute, che ammontano a molte migliaia, se si considera che ogni anno la febbre tifoide colpisce non meno di 20 mila persone, nella stragrande maggioranza in età lavorativa, laddove basterebbe dotare ogni centro abitato dei fondamentali e primordiali servizi di rifornimento idrico e di allontanamento e smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi.

Fra le provvidenze dirette a migliorare l'ambiente, ad elevare le abitudini d'igiene individuale e collettiva e a creare una salda coscienza igienica nazionale, quelle concernenti gli acquedotti e le fognature occupano il primo posto. Il 43 per cento circa dei centri abitati sono sforniti di acqua condottata e più del 60 per cento mancano di fognature.

Il Ministero della sanità, come è noto, manca di fondi per dette importantissime opere igieniche e deve limitare i propri interventi alla erogazione di modestissimi contributi, che assumono la fisionomia di veri e propri soccorsi d'urgenza, quali, ad esempio: sistemazione della zona di protezione e delle opere di presa di acquedotti, riparazione di brevi tratti di fognatura, collocamento di fontanelle pubbliche, costruzioni di gabinetti e lavatoi pubblici, ecc.

Sono intuitivi i buoni risultati che si ottengono con tali interventi: il rendimento di essi è elevatissimo. Il Ministero della sanità si propone di svolgere, d'intesa con l'amministrazione dei lavori pubblici, un'azione la più intensa possibile per eliminare le principali cause di malsania ambientale ora ricordate.

Giova precisare che è fermo convincimento dell'amministrazione sanitaria che la costruzione degli acquedotti deve procedere di pari passo con quella delle fognature, che i due problemi sono fra loro strettamente legati e che sarebbe, infine, assai pericoloso rifornire di acqua un centro abitato senza assicurare l'allontanamento e lo smaltimento delle stesse acque dopo l'uso. Un centro abitato sfornito di acqua condottata può andare incontro ad episodi epidemici limitati, per numero dei colpiti e per estensione, agli utenti di un pozzo o di

una cisterna, mentre un centro abitato fornito di acquedotto, ma privo di fognature, può andare incontro, per le infinite occasioni di inquinamento offerte dalla presenza dei numerosi pozzi neri, ad estese epidemie.

Sempre nel campo dell'igiene ambientale un particolare cenno meritano le radiazioni ionizzanti con il conseguente inquinamento radioattivo dell'aria, delle acque, del suolo e dei prodotti del suolo (alimenti). Il danno che può derivarne all'organismo umano, danno che si proietta, sotto l'aspetto genetico, nelle generazioni future, può essere enorme. D'altra parte all'energia nucleare, come nuova fonte di energia per gli scopi di pace, non si può rinunciare. Il problema delle radiazioni ionizzanti trascende ormai i limiti del ristretto campo dell'igiene del lavoro ed è diventato, e sempre più lo diventerà in avvenire, un problema di sanità pubblica.

S'impone, pertanto, una rigorosa disciplina non soltanto per quanto concerne la costruzione ed il funzionamento degli impianti di produzione dell'energia nucleare, ma anche per quanto riguarda l'eliminazione dei prodotti di rifiuto provenienti dai detti impianti.

Da tempo il Ministero della sanità ha posto allo studio questo problema, giovandosi anche della collaborazione del Consiglio nazionale delle ricerche nucleari ed è in corso avanzato di redazione uno schema di legge che detta le norme per l'impianto ed il funzionamento delle attrezzature destinate alla produzione di energia nucleare, nonché allo smaltimento dei prodotti di rifiuto.

In particolare, i compiti del Ministero della sanità relativamente ai problemi concernenti l'Euratom possono così riassumersi: a) promuovere misure legislative, regolamentari ed amministrative per l'armonizzazione della legislazione nazionale alle norme di base di protezione sanitaria adottate dall'Euratom; b) applicazione di misure protettive e controllo della loro esecuzione; c) istituzione di centri per la formazione di personale tecnico specializzato nella protezione sanitaria contro le radiazioni ed istituzioni di impianti di rilevamento della radioattività ambientale; d) attuazione delle norme fondamentali fissate con decisione del Consiglio della Comunità europea dell'energia atomica, per la protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i pericoli derivanti dalle radiazioni ionizzanti.

Tocchiamo ora il problema su cui si è particolarmente fermata l'attenzione di questa Assemblea, cioè l'assistenza ospedaliera.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

Va premesso anzitutto un quadro, sia pur rapido sulle attuali questioni di competenza. Più che in termini di pianificazione, termine questo che ha dato luogo in un recente passato a riserve e perplessità di vaste correnti degli ospedalieri, il problema della organizzazione dell'assistenza ospitaliera va posto riconducendo al Ministero della sanità competenze in tale campo frammentariamente disperse fra vari ministeri. Tale situazione rende inorganici gli interventi statali a favore degli ospedali sia nel campo delle costruzioni, sia nel campo degli interventi erariali a ripiano dei bilanci, sia infine nel campo della sorveglianza sulla amministrazione di tali enti ed inoltre pregiudica quel coordinamento e potenziamento delle attività sanitarie che è nei voti di tutti.

È pacifico che al Ministero della sanità, in attuazione delle attribuzioni e dei compiti previsti dagli articoli 1 e 2 della legge 13 marzo 1958, n. 296, competono tutte le potestà in materia di vigilanza e di disciplina attinenti all'organizzazione dei servizi sanitari ospedalieri, l'emanazione di istruzioni obbligatorie in materia per il coordinamento di essi e la promozione dei provvedimenti legislativi relativi.

Ai sensi dell'articolo 2, secondo comma, della legge 13 marzo 1958, n. 296, il Ministero della sanità, di concerto con quello dei lavori pubblici, sentito il Consiglio superiore di sanità approva i progetti per la costruzioni di ospedali da parte di pubbliche amministrazioni; dichiara la pubblica utilità, e, quando occorra, la indifferibilità ed urgenza delle relative opere. Tale norma si riferisce a tutte le pubbliche amministrazioni: cioè, oltre che a quelle statali, agli enti parastatali e agli enti locali (comuni e province, istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, consorzi tra enti territoriali o istituzionali, ecc.). Rientrano nell'ambito di tale norma tanto le opere assistite dal contributo finanziario dello Stato quanto quelle ad intero carico degli enti che ne assumono l'iniziativa: e al suindicato procedimento sono infine soggette non soltanto le nuove opere, ma anche la trasformazione e l'ampliamento di costruzioni preesistenti.

Mentre le enunciazioni, di cui al n. 1 e al n. 2 sono pacifiche, è invece controversa fra il Ministero dell'interno ed il nostro dicastero la competenza circa la disciplina istituzionale degli enti ospedalieri (cioè riconoscimento giuridico, proposte e riforme dei relativi statuti, mutamenti nel fine ecc.). Il Ministero dell'interno ritiene che tale di-

sciplina non abbia subito modificazioni, avendo detti enti conservato la natura di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che, per la legge del 1890 e per il regolamento relativo sono soggette alla sorveglianza del Ministero dell'interno, salvo concerto con il Ministero della sanità nell'adozione dei provvedimenti relativi e la potestà di quest'ultimo di segnalare le esigenze in materia per una azione coordinata. Invece, secondo il punto di vista del Ministero della sanità, anche tale parte è stata devoluta, in virtù della legge n. 296 del 1958, al nostro dicastero; e ciò perché la legge medesima ha inteso devolvere all'amministrazione sanitaria tutte le attribuzioni già demandate all'amministrazione dell'interno. Inoltre — sempre secondo la nostra tesi — la legge istitutiva del Ministero della sanità, negli articoli 1 e 6, ha configurato *ex novo* il concetto di enti che svolgono esclusivamente e prevalentemente assistenza sanitaria: e, poichè gli ospedali rientrano in tale categoria, è da ritenere che la legge n. 296 del 1958 abbia inteso enucleare gli enti ospedalieri dalle istituzioni di assistenza e beneficenza pubbliche, per assoggettarli esclusivamente al controllo dell'amministrazione sanitaria.

Altra questione controversa è quella relativa alla portata dei controlli spettanti specificamente ai medici provinciali sugli enti ospedalieri. In vero, a norma dell'articolo 6 della legge istitutiva del Ministero della sanità (13 marzo 1958, n. 296) tutti gli enti pubblici, svolgenti esclusivamente e prevalentemente compiti di assistenza sanitaria (e quindi anche gli ospedali) sono sottoposti alla vigilanza dell'ufficio del medico provinciale. Si controverte se tale controllo di vigilanza sia limitato alla sola legittimità (conformità degli atti amministrativi alle norme giuridiche) o sia esteso anche al merito dell'attività amministrativa (cioè controllo anche sulla convenienza od opportunità). Il Ministero dell'interno assume che il potere di vigilanza sugli enti ospedalieri spetti al medico provinciale nei soli limiti della legittimità, mentre al prefetto compete quella di merito. Invece, secondo la tesi della amministrazione sanitaria, al medico provinciale sono state trasferite, in virtù della legge 13 marzo 1958, n. 296, tutte le attribuzioni già del prefetto (tranne quelle indicate nell'articolo 6, terzo comma): di modo che il medico provinciale può esercitare sugli enti ospedalieri non solo il controllo strettamente giuridico, ma anche quello di convenienza tecnico-amministrativa (o di merito).

Si richiama l'attenzione sulla circostanza che tutte le questioni controverse fra il Ministero dell'interno e quello della sanità, in genere, e, particolarmente quelle relative agli enti ospedalieri, sono state deferite alla Presidenza del Consiglio dei ministri, perché questa, nell'esercizio del suo compito istituzionale di coordinamento fra i ministeri, delimiti le attribuzioni fra i due dicasteri, dopo aver sentito il parere del Consiglio di Stato. Il Ministero dell'interno ha inviato alla Presidenza del Consiglio una relazione in data 26 marzo 1959 e il nostro dicastero ha trasmesso, a sua volta un'ampia relazione, nella quale espone il suo punto di vista secondo cui, a seguito della legge istitutiva n. 296 del 1958, tutte le attribuzioni e tutti i controlli in materia ospedaliera sono devoluti all'amministrazione sanitaria senza esclusione alcuna.

Ciò premesso consideriamo ora nella sua sostanza il problema ospedaliero, che è giudicato dai relatori come il più complesso e il più bisognevole di una urgente soluzione, per le gravi situazioni che in tal campo si sono determinate.

Circa il concetto moderno di ospedale, la classifica degli ospedali, la questione dei posti-letto, il problema delle attrezzature, la situazione amministrativa, il personale ospedaliero, le cliniche universitarie, i centri specializzati, rinvio alla lucida realistica esposizione svolta dagli onorevoli relatori di maggioranza, che denunciano appunto una situazione deficitaria del numero di posti-letto per abitanti, l'insufficienza delle attrezzature con riflesso negativo sulla funzionalità ospedaliera, e l'insufficienza dei mezzi finanziari e le precarie condizioni economiche del personale.

Chi ha potuto consultare le pubblicazioni ed i rilevamenti statistici riguardanti l'assistenza ospedaliera in Italia non può non aver rilevato lo sforzo che è stato compiuto dallo Stato in questo dopo guerra per rendere le attrezzature ospedaliere idonee alla triplice funzione (terapeutica, profilattica ed educativa) che oggi viene da tutti gli studiosi della materia loro assegnata.

In base ai risultati dei censimenti delle attrezzature ospedaliere eseguiti nel dopo guerra (rilevazioni del 1950 a cura dell'allora Alto Commissariato per la sanità pubblica; rilevazione del 1954, successivamente aggiornata al 15 settembre 1956, eseguite congiuntamente dall'Istituto centrale di statistica e dall'amministrazione sanitaria; rilevazione delle attrezzature ospedaliere aggiornata al 1958 eseguita dall'amministrazione sanitaria in collaborazione con i ministeri del lavoro e

della previdenza sociale e dell'interno), si può affermare che nell'ultimo cinquantennio il numero complessivo dei posti-letto per malati acuti in Italia (esclusi i posti-letto per tubercolotici e quelli per malati di mente) si è quasi triplicato. Infatti da 66 mila letti circa all'inizio della prima guerra mondiale, oggi, per i malati acuti, si contano circa 220 mila letti pari a 4,3 posti-letto per mille abitanti.

L'onere sostenuto dallo Stato nel settore dell'assistenza ospedaliera, specie in applicazione delle provvide leggi 3 agosto 1949, n. 589 (legge Tupini) e 7 agosto 1955, n. 723 (leggi che, com'è noto, assicurano alle istituzioni di assistenza o beneficenza un contributo costante per 35 anni e la garanzia necessaria per ottenere i mutui di favore dalla Cassa depositi e prestiti) ed i risultati conseguiti appaiono assai significativi quando si consideri che si sono dovuti, in questo ultimo decennio, riparare i gravi danni inferti dalla guerra al patrimonio ospedaliero prima ancora di por mano alle nuove costruzioni.

Eppure in pochi campi, così come in quello ospedaliero, vi è una diffusa sensazione che tutto sia ancora da fare. Ciò dipende dal fatto che le esigenze di assistenza ospedaliera si evolvono e si ampliano ogni giorno con progressione geometrica, in relazione al crescente favore che l'assistenza ospedaliera incontra presso la popolazione, al vertiginoso sviluppo delle conoscenze mediche, alla richiesta di prestazioni sempre più qualificate e conseguentemente al rapido superamento dei manufatti e degli impianti, al più intimo inserimento infine dell'attività ospedaliera nel campo della sanità pubblica e della sicurezza sociale.

Viene frequentemente lamentato che la nostra disponibilità di posti-letto di 4,3 per mille abitanti sia assai esigua in confronto del fabbisogno, che la trattativa internazionale fissa in 10 posti-letto per mille abitanti. Al riguardo devesi rilevare che in detto coefficiente del 10 per mille vengono compresi tutti gli ospedali e non soltanto quelli per acuti e che, se anche per il nostro paese si fanno rientrare nel calcolo gli istituti sanatoriali e preventoriali, gli istituti psichiatrici ed infine le case di cura private (50 mila letti circa), si raggiunge un totale di 396.497 posti-letto, pari ad un quoziente di 8,2 posti-letto per mille abitanti.

Ma i progressi mirabili verificatisi in questo ultimo ventennio nel campo delle discipline medico-chirurgiche pongono il problema

dell'assistenza ospedaliera non più o non tanto in termini quantitativi, bensì in termini qualitativi e soprattutto distributivi.

È fermo proposito dell'amministrazione sanitaria di promuovere non un aumento indiscriminato della capacità recettiva degli ospedali, ma una razionale distribuzione territoriale dei posti-letto che è soddisfacente nell'Italia settentrionale e centrale e difettosissima nell'Italia meridionale ed insulare, la meno dotata, fra l'altro, di vie e mezzi di comunicazione. Così pure il Ministero della sanità si adopererà per risolvere i problemi dell'assistenza ai convalescenti ed ai cronici che affollano gli ospedali per acuti con pregiudizio del loro buon funzionamento tecnico ed economico. Adeguato sviluppo sarà dato alle attrezzature per la ricerca, che oggi costituisce il presupposto indispensabile per una diagnosi tempestiva e sicura e per un sano indirizzo terapeutico, nonché il mezzo migliore per trattenere i giovani medici negli ospedali. Tale azione dell'amministrazione sanitaria richiede, per altro, una fervida e cordiale collaborazione da parte di tutti gli enti interessati nel senso di accettare e rispettare un sano principio gerarchico nell'organizzazione ospedaliera.

Per l'attuazione di tale principio gerarchico si renderà necessario elaborare veri e propri piani regolatori territoriali dell'assistenza ospedaliera in modo da evitare che una esasperata autonomia funzionale ed un desiderio di autosufficienza tecnica da parte delle amministrazioni ospedaliere aggravino la dispersione di mezzi e di energie, renda sempre più irrazionale la distribuzione territoriale delle prestazioni e determini in alcune località una costosa e dannosa duplicazione di servizi.

Il problema della situazione sanitaria nel mezzogiorno d'Italia non può essere impostato e risolto isolatamente, ma deve necessariamente inquadrarsi nel più vasto problema delle aree depresse.

Anche se dovunque si registra un continuo e costante miglioramento, se sono in corso di progettazione e di realizzazione nuove opere, se l'iniziativa privata agevola l'azione governativa soprattutto nel settore delle specializzazioni, tuttavia il problema sanitario nel meridione è problema di bonifica integrale. Non basta a risolverlo l'aumento dei posti-letto, dei reparti di specializzazione, dei preventori pediatrici e materni, o l'istituzione di farmacie dove mancano, o la creazione di una rete ospedaliera più capillare.

Nel sud il problema sanitario è anche problema di viabilità (nelle zone montane difficoltà stagionali rendono spesso problematici l'intervento dei medici e il rifornimento dei medicinali); è anche problema di maggiore educazione dei cittadini alla pratica delle norme igieniche, di approvvigionamento idrico, di bonifica delle case malsane; è problema infine di un più alto tenore di vita del cittadino, al quale bisogna assicurare le condizioni indispensabili che sono premessa di un miglioramento generale della salute pubblica.

Da anni il Governo ha posto alla base della sua attività il problema del Mezzogiorno. Dovunque si tracciano nuove strade, si bonificano quartieri malsani, si costruiscono acquedotti e nuove scuole, ospedali e quartieri residenziali. In questo fervore di opere e di rinascita si trova anche la soluzione del problema sanitario meridionale, che ha per protagonisti l'ambiente e l'uomo. L'abbondanza di frazioni, senza strade e senza servizi igienici, sono una caratteristica, purtroppo triste, dell'Italia meridionale e insulare.

Per cogliere il fenomeno nella sua interezza, basta considerare le situazioni della provincia di Campobasso (Molise) e la provincia di Teramo (Abruzzo).

L'indice di mortalità infantile in Italia è del 48,2 per mille; nella provincia di Campobasso è dell'83. Questa eccedenza nasce non da fattori congeniti o ereditari, ma da malattie dell'apparato digerente e respiratorio e da malattie infettive determinate da mancanza di assistenza. Secondo i tecnici, l'assistenza all'infanzia è in detta provincia ancora a uno stadio primitivo. Occorrono brefotrofi, reparti pediatrici, preventori pediatrici e materni, conoscenza delle norme igieniche più elementari. Le conseguenze di tale stato di cose si riscontrano ai consigli di leva: circa il 30 per cento dei giovani sono respinti alla prima visita, percentuale senz'altro elevata se si pensa che la media nazionale è del 12 per cento. L'assistenza ospedaliera è deficiente. Occorrono ospedali e reparti di specializzazione. In provincia di Campobasso si ha un posto-letto per ogni 884 molisani.

La provincia di Teramo invece vanta un complesso ospedaliero tra i più importanti della regione, in fase di continuo sviluppo: un posto-letto per ogni 136 abitanti che è tra i rapporti migliori che si registrano in Italia. Altri dati depongono a favore dello sviluppo sanitario del teramano. La media della mortalità infantile al primo anno di vita è scesa al 63 per mille. Soprattutto

positivo questo dato se si considera che appena sette anni fa nel teramano morivano nel primo anno di vita 78 bambini su mille. Questa riduzione è strettamente legata all'istituzione nel capoluogo di un reparto pediatrico che può ospitare oltre cento bambini.

Gli ospedali, essendo sorti in genere per iniziative caritative non sono omogeneamente distribuiti su tutto il territorio nazionale. Inoltre essi presentano grandi varietà di situazioni finanziarie e di attrezzature tecniche. Si va infatti dal grande ospedale economicamente sano (situazione, purtroppo, assolutamente eccezionale) all'ospedale economicamente passivo, tecnicamente scadente, fatiscente negli immobili e nelle attrezzature.

Spetta allo Stato colmare le lacune sia promovendo il sorgere di nuovi ospedali modernamente attrezzati ed economicamente vitali, sia intervenendo decisamente per il rammodernamento ed il risanamento delle aziende tecnicamente e amministrativamente scadute.

Tale problema, è bene dirlo, comporta una spesa indubbiamente imponente ma il problema deve essere tuttavia realisticamente posto.

La legislazione generale sulla istituzione di assistenza e beneficenza è da tempo oggetto di studi per una riforma generale. Per altro da tale riforma bisognerebbe emendare quella delle istituzioni ospedaliere che indubbiamente per le loro caratteristiche peculiari non si prestano ad essere disciplinate alla stregua di qualsiasi altra opera pia. Infatti negli ospedali l'assistenza ai poveri è ridotta ad un settore esiguo mentre sempre maggiore importanza assume l'assistenza agli assistiti delle mutue in regime assicurativo.

Per quanto riguarda l'ordinamento degli ospedali il regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, costituisce tuttora uno strumento legislativo di una certa validità. Ma non mi sembra che tale decreto sia idoneo a dare un impulso possente all'organizzazione ospedaliera e ad adeguarla alle nuove esigenze sociali. Occorre un piano di rinnovamento, occorre una riforma che radicalmente innovi. Alla nostra decisa volontà di risolvere i problemi relativi deve seguire un'azione concreta, rapida e pronta. Gli studi non mancano, vecchi e recenti. La riforma è già matura. Non resta oggi che tradurre in norme legislative ciò che è il frutto di mille dibattiti.

Anche gli organi consultivi provinciali saranno uditi, al fine che il problema venga avviato a soluzione con il conforto del parere

di tutti gli organi che sono responsabili o che si preoccupano della pubblica salute.

Le organizzazioni ospedaliere italiane faranno conoscere presto i loro voti, che saranno tenuti in particolare considerazione. Contemporaneamente al lavoro delle associazioni interessate — prima fra tutte la F. I. A. R. O. — si svolge già quello dei miei diretti collaboratori. Le vacanze estive saranno soprattutto dedicate a questo lavoro che sarà svolto con rapidità e con fervore. La riforma va condotta con visione unitaria ed organica, temperando tutti gli aspetti fondamentali e salienti del ponderoso problema. La deficiente situazione degli ospedali è la conseguenza di vari e numerosi fattori: la legislazione divenuta anacronistica di fronte alle necessità assistenziali enormemente progredite in pochi anni; la inadeguatezza dei regolamenti interni delle amministrazioni nosocomiali non meno anacronistica della legislazione: anacronismi che naturalmente ne intralciano il funzionamento; la crisi economico-finanziaria conseguente alle due guerre mondiali; l'orientamento favorevole della opinione pubblica verso gli ospedali.

È da notare che il malato non va più in ospedale alla ricerca di una rudimentale assistenza materiale e di conforto spirituale; ma per ricevere cure che non può ricevere a domicilio e per essere guarito e restituito al suo posto di lavoro quanto prima possibile.

Poche case di cura private possono in Italia gareggiare con gli ospedali più attrezzati, i quali, per tenere il passo con il progresso vertiginoso della scienza e della tecnica, sono costretti a rinnovare e ad aggiornare il loro arredo tecnico-scientifico.

Le case di cura private, invero benemerite per la funzione che hanno svolto finora, sono destinate per fatalità storica, in un futuro più o meno lontano, a scomparire (o comunque a ridursi di numero), e quanto più rapido sarà questo processo tanto più celere sarà il rinnovamento e la rinascita dell'assistenza ospedaliera pubblica.

I cittadini hanno ormai superato quello stato d'animo, determinato da motivi tradizionali e psicologici ben noti, di paura o diffidenza verso gli ospedali. Oggi la situazione delle nazioni più progredite è capovolta: tutti preferiscono ricorrere all'ospedale anche per lievi infermità. In Italia siamo già su questo indirizzo; l'ora in cui anche da noi vi sarà il ricorso generale agli ospedali vorrà dire che il nostro paese ha superato per volontà di popolo e per azione illuminata di Governo lo

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

stato di disagio e di carenza che oggi onestamente si deve riconoscere.

Punti centrali della riforma: organizzazione centrale degli ospedali; organizzazione tecnico-amministrativa-finanziaria; stato giuridico del personale; preparazione del personale di immediata assistenza e di assistenza ausiliaria, al fine di rendere più efficiente l'assistenza ospedaliera generica e specializzata.

Diciamo subito che non vogliamo tanto riferirci all'aumento del numero dei letti, che pure si rende necessario specie nelle regioni meridionali ed insulari, quanto all'organizzazione dei servizi e all'ammodernamento delle attrezzature.

I progressi della immunobiologia e della medicina e chirurgia, nonché l'avvento della era antibiotica, hanno ridotto la durata delle degenze, con intuitivo beneficio dell'utilizzazione dei posti letto esistenti, ma richiedono prestazioni sempre più qualificate e conseguentemente personale sempre meglio preparato.

A parte la riforma, si appalesa urgente l'aggiornamento della legislazione riguardante l'organizzazione dei servizi ospedalieri e la preparazione e reclutamento del personale sanitario; e la revisione e l'aggiornamento delle norme che disciplinano i concorsi ospedalieri e la classificazione degli ospedali; la disciplina dei rapporti fra gli enti ospedalieri ed i vari enti cui spetta l'obbligo della assistenza malattia, nonché la organizzazione ed il funzionamento delle case di cura private.

Ogni attenzione, inoltre, sarà posta per favorire rapporti di collaborazione fra gli ospedali e cliniche universitarie; rapporti che si ritengono indispensabili per la formazione delle nuove generazioni di medici e per l'avvenire della stessa assistenza.

Il Ministero non ha mancato di svolgere l'azione necessaria per evitare l'istituzione di nuove espressioni ambulatoriali ed ospedaliere non giustificate da reali esigenze ed in avvenire il suo intervento in questo settore è destinato ad assumere una maggiore efficacia, stante che all'amministrazione sanitaria è ora possibile, con la collaborazione delle altre amministrazioni interessate, predisporre annualmente organici piani per le costruzioni ospedaliere e poliambulatoriali. A tale scopo è in corso l'aggiornamento degli elementi, che già si possiedono, sulla consistenza e la distribuzione delle relative attrezzature.

Credo che questi cenni sintetici o appena sbozzati possano soddisfare le giustificate preoccupazioni degli onorevoli Ceravolo, Lat-

tanzio, Cotellessa, De Pascalis, Colleselli, Romano Bruno, Messinetti, Bucalossi, Baldelli, Santarelli e particolarmente quelle degli onorevoli Gennai Tonietti, Sorgi, Fornale, che hanno quasi esclusivamente dedicato il loro intervento allo specifico problema dell'assistenza ospedaliera.

Circa i concorsi a posti di sanitari ospedalieri, ricordo che l'articolo 34 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, sull'ordinamento degli ospedali, espressamente prescrive che i concorsi a posti di sanitario ospedaliero debbono essere banditi entro un anno dalla vacanza del posto.

Inoltre, con circolare ministeriale del 4 maggio 1957, si è richiamata l'attenzione delle autorità periferiche sulla necessità di vigilare le dipendenti amministrazioni ospedaliere perché queste provvedano all'aggiornamento dei regolamenti e delle piante organiche e bandiscano ed espletino sollecitamente i concorsi ai posti vacanti.

Per altro in tutti i casi in cui è stato segnalato un ritardo in tale adempimento non si è mancato di intervenire per il rispetto del termine legislativo e per evitare che alcune amministrazioni, lungi dal ricorrere all'incarico per sovvenire a situazioni transeunti, si avvalessero di tale istituto per eludere le procedure concorsuali.

Per quanto concerne la regolamentazione delle case di cura private è già stato eseguito uno studio per l'emanazione di norme concernenti la materia, sul quale si sono già pronunciati tutti i ministeri interessati e che trovasi pertanto in fase avanzata di formulazione.

Il 26 giugno, come è noto, mediante un accordo intervenuto tra la F. I. A. R. O. e le organizzazioni sindacali dei lavoratori, sotto l'egida del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, sono stati estesi al personale ospedaliero tutti i miglioramenti economici fino ad oggi concessi ai dipendenti statali ed una speciale indennità per servizio ospedaliero.

Com'è noto, i problemi relativi all'assistenza psichiatrica ed all'igiene mentale per tutte le nazioni ed in particolare per l'Italia rivestono oggi la maggiore importanza sociale, come ha notato anche l'onorevole Sorgi.

L'incidenza sempre maggiore delle malattie mentali, l'inadeguatezza delle capacità recettive degli ospedali psichiatrici, la necessità di svolgere un'azione profilattica presso le popolazioni comportano l'adozione di provvedimenti adeguati alle istanze sociali.

In Italia, il numero complessivo dei malati mentali degenti al 31 dicembre 1958

risulta in crescente aumento: da 62.127 del 1947, a 90.976 del 1954, ai 100 mila circa previsti dai cultori della materia per il 1959, con un aumento dei malati degenti di circa 4 mila all'anno.

Ma ancora più preoccupante, dal punto di vista della recettività ospedaliera, risulta il numero complessivo degli assistiti che aumenta con un ritmo di circa 6 mila unità all'anno. Infatti dai 93.407 assistiti del 1947 si è saliti ai 109.560 del 1950, ai 131.566 del 1954 ed ai 150 mila del 1958.

Come è noto, il rapporto tra il numero degli assistiti e quello degli ammalati presenti alla fine di ogni anno rappresenta le dimissioni che risultano in crescente aumento e che stanno a dimostrare l'efficacia delle nuove terapie. Sebbene in Italia in atto l'assistenza psichiatrica sia assicurata a mezzo di 78 ospedali psichiatrici, di cui 54 provinciali, 16 gestiti da opere pie o da privati convenzionati con le amministrazioni provinciali e 8 istituti e reparti giudiziari, circa 29 province su 91, un terzo circa, e 2 regioni, Basilicata e Valle d'Aosta, risultano completamente sprovviste di ospedali psichiatrici.

Per far fronte alle nuove esigenze di questo ultimo decennio, si sarebbero dovuti creare ed attrezzare in Italia circa 4 mila nuovi posti-letto ogni anno, e cioè complessivamente 40 mila nuovi posti-letto. La situazione pertanto appare grave sia per quanto attiene al numero complessivo di posti-letto, alla relativa distribuzione per province e regioni, e alle strutture edilizie e all'organizzazione tecnico-ospedaliera. Discende, pertanto, urgente la necessità di dover provvedere ad una opportuna pianificazione.

Il Ministero, con circolare n. 400 8-175-Ag 10 in data 8 aprile 1959, avente per oggetto: «assistenza psichiatrica, istituti pubblici, richiesta notizie», ha iniziato una rilevazione degli istituti pubblici per l'assistenza psichiatrica, diretta a far conoscere, a mezzo di un questionario particolareggiato, la reale situazione delle istituzioni in argomento al fine di predisporre un programma adeguato alle effettive necessità della popolazione. Detta rilevazione è in corso di svolgimento.

Inoltre, poichè viene unanimemente invocata fin dal 1940 la riforma della vigente legislazione sull'assistenza psichiatrica, il Ministero ha posto allo studio, sotto il profilo tecnico, detta riforma, riforma che tenga anche conto dei progressi cui la medicina è giunta nel campo delle malattie mentali e dei moderni concetti d'igiene, di profilassi e di recupero sociale per le infermità psichiche.

Occorrono pertanto stanziamenti speciali di fondi da destinare esclusivamente al potenziamento della capacità recettiva degli ospedali psichiatrici con costruzione di nuovi istituti o ampliamento di quelli già esistenti, in considerazione che i fondi relativi destinati dal Ministero dei lavori pubblici non sono sufficienti. Stanziamenti speciali per il potenziamento delle attrezzature, dei servizi d'igiene mentale; per un piano di incremento dei centri medico-psico-pedagogici e, previa intesa con il Ministero della pubblica istruzione, per le scuole speciali e per le classi differenziate destinate ad alunni ritardati mentali o disadattati scolastici; per corsi di aggiornamento in psichiatria ed igiene mentale per sanitari (medici provinciali, ufficiali sanitari, medici condotti, assistenti sanitarie, insegnanti, ecc); e per l'assegnazione di eventuali borse di studio.

L'uso della emotrasfusione e dei derivati del sangue è stato esteso, oltre che alle affezioni chirurgiche, anche a molte affezioni di interesse medico, in gran parte ad andamento cronico; particolare sviluppo ha avuto poi l'uso della trasfusione nella pratica pediatrica. Di qui l'importanza crescente che vanno assumendo i servizi trasfusionali, chiamati a far fronte a richieste sempre maggiori sia da parte degli istituti di cura sia dei degenti a domicilio.

L'amministrazione sanitaria non ha mancato di dedicare particolari cure a tale delicato settore, stimolando le iniziative locali per la istituzione di nuovi centri trasfusionali e per il perfezionamento delle attrezzature di quelli già esistenti, e incoraggiando con contributi finanziari sia l'attività dei centri di studio del fattore Rh che le ricerche immunematologiche in genere.

È motivo di soddisfazione ricordare che il numero dei centri trasfusionali dai due esistenti nel 1950, è salito, in meno di un decennio, a 300 circa, per cui oggi i capoluoghi di provincia che non dispongono ancora di un centro trasfusionale rappresentano una eccezione (sono 8: Rieti, Frosinone, Teramo, Potenza, Reggio Calabria, Agrigento, Siracusa, Trapani, ma anche in queste città i centri sono in corso di allestimento), mentre sono già numerosi i comuni non capoluoghi, sede di istituti di ricovero e cura, che dispongono di centri di raccolta e distribuzione del sangue. Circa la loro posizione amministrativa è da rilevare che parte dei centri, la più numerosa, è stata istituita e viene direttamente gestita dalle amministrazioni ospe-

daliere, parte è stata istituita dall'A. V. I. S. e parte dalla Croce rossa italiana.

I centri più importanti risultano dotati dall'attrezzatura necessaria alla preparazione del plasma liquido o liofilizzato; alcuni hanno anche istituito servizi mobili di raccolta del sangue a mezzo di autoemoteche appositamente progettate e costruite.

Il centro nazionale della trasfusione di Roma, superato il periodo sperimentale, svolge una notevole attività sia per quanto riguarda la produzione di apparati di prelievo e di trasfusione e la preparazione dei derivati liquidi e liofilizzati, sia per quanto concerne la formazione del personale e la ricerca scientifica.

Per quanto riguarda il problema dei donatori di sangue, la esperienza di questi ultimi anni è stata assai soddisfacente, nel senso che ha permesso di constatare che nelle località nelle quali è istituito per la prima volta un centro trasfusionale bene attrezzato e viene condotta una propaganda bene impostata, si raggiunge in breve tempo un soddisfacente afflusso di donatori, sia periodici che occasionali.

L'organizzazione dei servizi trasfusionali in Italia, in pochi anni, ha raggiunto un grado di efficienza veramente notevole; tuttavia essa non è ancora in grado di soddisfare, in tutto il territorio nazionale, neppure il fabbisogno ordinario di sangue intero e derivati.

La mancanza di idonei locali presso gli ospedali e la scarsità di personale sanitario adeguatamente qualificato hanno impedito lo sviluppo dei servizi con la rapidità richiesta dalla loro importanza.

Aggiungasi che, per quanto i fondi a disposizione siano stati portati dai 15 milioni dell'esercizio 1949-50 ai 145 milioni dell'esercizio in corso l'amministrazione sanitaria interviene in misura assai modesta nella spesa necessaria per l'istituzione di nuovi centri, il cui impianto richiede in media 10 milioni di lire, onere che le amministrazioni ospedaliere non sono, in genere, in grado di sopportare.

È già pronto un disegno di legge mirante a far scomparire la deficienza di direttive unitarie e a dare impulso e sviluppo alla raccolta e conservazione di sangue.

Sia per non mettere a dura prova la vostra pazienza data l'ora, sia perché i temi che tratterò sono stati ben sviluppati nella presente discussione, vi prego, onorevoli colleghi, di scusarmi se da questo momento alcuni problemi saranno da me rapidamente trattati, senza comunque che la rapidità nuoccia alla chiarezza, quella chiarezza indispensabile per-

ché minimamente non si pensi da alcuno che su argomenti scottanti io voglia evitare di manifestare apertamente il mio pensiero.

È indispensabile modificare l'attuale disciplina delle farmacie, affinché questo pubblico servizio d'interesse sanitario e sociale risponda meglio alle esigenze della collettività e alle aspirazioni dei laureati in farmacia non titolari.

In particolare è opportuno mutare il sistema dei concorsi, rivedere i principi posti a base delle piante organiche, garantire il servizio farmaceutico in ogni comune sprovvisto di farmacia.

La distribuzione regionale delle concessioni, per altro, non è strettamente proporzionale alla popolazione delle regioni stesse, come è agevole constatare facendo un raffronto tra i dati della popolazione e delle farmacie. In generale, si può dire che dove le asperità naturali rendono più difficili gli spostamenti, ivi si registra una densità maggiore di farmacie, allo scopo di ovviare, appunto, a quegli ostacoli naturali.

Vediamo così che nel Trentino-Alto Adige, regione tipicamente montana, si conta una farmacia, in media, ogni 3.244 abitanti; in Liguria si ha una farmacia ogni 3.656 abitanti; nel Piemonte, regione meno accidentata ma sempre in buona parte montagnosa, se ne ha in media una ogni 3.730. Nettamente al di sopra della media nazionale, che si definisce sul limite di una farmacia ogni 4.600 abitanti, sono invece le pianeggianti regioni dell'Emilia-Romagna e della Lombardia, le quali registrano, rispettivamente, le cifre di una farmacia per 4.991 e per 5.125 abitanti.

I criteri per i concorsi di farmacie cui accenna l'onorevole Bartole sono quelli fissati dall'articolo 9 del regolamento per il servizio farmaceutico 30 settembre 1938, n. 1706. Naturalmente è devoluto alle singole commissioni giudicatrici presso la prefettura l'attribuzione del punteggio previsto dalla citata disposizione secondo le norme fissate.

L'ordine del giorno in proposito, accettato come raccomandazione, potrebbe tradursi in una illustrazione da parte del Ministero, indicativa ma non vincolativa per le commissioni, al fine di assicurare una uniforme interpretazione della norma secondo anche la giurisprudenza del Consiglio di Stato, nella sua applicazione pratica.

Circa la istituzione di farmacie pubbliche presso ospedali o presso enti mutualistici è da osservare che attualmente non è consentita l'apertura *ex novo* di farmacie del genere, soltanto alle istituzioni pubbliche di assi-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

stenza e beneficenza, fra le quali rientrano gli ospedali, è consentito l'esercizio di farmacie interne. Gli ospedali, inoltre, possono continuare l'esercizio di farmacie di loro proprietà aperte al pubblico anteriormente al testo unico dalle leggi sanitarie dal 1934.

Per le farmacie municipalizzate non risulta che da parte di questo Ministero vengano mai frapposti ostacoli alla loro istituzione, quando ricorrano le condizioni previste dalla legge.

Le farmacie in Italia alla data del 31 dicembre 1958 sono 10.963, di cui 2.866 nei comuni capoluoghi di provincia, 1.360 nei comuni con oltre 20.000 abitanti e 6.737 negli altri.

Circa l'ordine del giorno De Pascalis relativo alla possibilità di consentire ai comuni che ne hanno fatto richiesta di istituire proprie farmacie in deroga alla pianta organica, si fa presente che esiste l'articolo 27 della legge 9 giugno 1947, n. 530, recante modificazioni al testo unico della legge comunale e provinciale approvato con regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, il quale stabilisce che « i comuni possono nei modi stabiliti dal testo unico delle leggi sull'assunzione diretta dai pubblici servizi 15 ottobre 1925, n. 2578, assumere l'impianto e l'esercizio di farmacia, l'autorizzazione prefettizia, ferme le disposizioni sanitarie sull'esercizio delle farmacie sarà data in quanto occorra in deroga alle limitazioni previste dall'articolo 104 all'articolo 118 del testo unico delle leggi sanitarie. Il numero di dette farmacie e le modalità di apertura saranno sottoposte all'approvazione prefettizia, sentito il consiglio provinciale di sanità ». Pertanto l'ordine del giorno De Pascalis non ha ragione di essere poichè la materia è già regolata legislativamente.

Assicuro infine l'onorevole Bartole che i suoi rilievi relativi alla ricettazione medica saranno attentamente e al più presto esaminati dagli uffici competenti del Ministero. Nel corso della discussione sul bilancio del Ministero della sanità l'onorevole Bartole ha fra l'altro dichiarato (pagina 8 del resoconto parlamentare): « Oggi non siamo in grado di dire quanto siano le specialità medicinali: vi è chi parla di 11 mila e chi di 20 mila, pare che ci si orienti sulle 13 mila. Il Governo farebbe bene a darci ragguagli meno approssimativi ».

A parte il fatto che da tempo questo ministero ha fornito al riguardo dati precisi, riportati in dichiarazioni ufficiali e sulla stampa, comunico che le registrazioni effettuate al 30 giugno 1959 sono 15.330; che le

specialità medicinali delle quali è stata revocata la registrazione o per controllo sfavorevole o per mancato pagamento della tassa annua di concessione governativa o per spontanea rinuncia della ditta sono 1.925; che le registrazioni annullate per effetto di modifica di denominazione del prodotto, cui viene attribuito un numero di registrazione sono 1.033. Quindi le specialità medicinali effettivamente registrate alla data del 30 giugno 1959 sono 12.372.

È in corso il riordinamento del servizio farmaceutico, al fine di accelerare le procedure relative alla registrazione delle specialità medicinali; ed è pure in corso l'esame delle norme relative alle documentazioni per la registrazione stessa. La legislazione attuale è quella che è, con i suoi pregi e con i suoi difetti: non sembra però che essa abbia favorito — come viene affermato nella relazione di minoranza — la formazione di una struttura monopolistica della industria farmaceutica.

Nessuna limitazione esiste, infatti, all'apertura di nuove officine di produzione, e la registrazione di specialità medicinali viene concessa, sempreché non si tratti di sieri, vaccini, prodotti biologici ed affini, anche a ditte che non dispongono di una propria officina. Nè esistono particolari norme limitative per la registrazione di specialità medicinali provenienti dall'estero.

Comunque l'esigenza di una revisione dell'attuale legislazione è sentita anche dal Ministero della sanità, che si riserva di intervenire opportunamente in sede di discussione del disegno di legge n. 314 di iniziativa dei senatori Benedetti ed altri, disegno di legge che — com'è noto — sostanzialmente riproduce quello di iniziativa governativa della passata legislatura. Il provvedimento presentato all'esame del Parlamento contempla una nuova definizione della specialità medicinale, sia un nuovo sistema di registrazione dei prodotti (limitazione delle nuove registrazioni e revisione delle registrazioni vecchie), tutte modificazioni invocate nella relazione di minoranza.

L'onorevole De Pascalis così si è espresso in Assemblea: « Bisogna che, una volta per sempre, lo Stato metta ordine con fermezza nel mondo dell'industria farmaceutica. Noi riconosciamo che si tratta di un'industria moderna, ma vorremmo che i nostri avversari riconoscessero a loro volta con noi che questa industria (la quale indubbiamente fa onore al nostro paese per i suoi processi tecnici) si basa esclusivamente sul principio del massimo profitto ».

In merito osservo che è vano domandarsi quali possano essere i fini degli industriali (ammesso che sia consentito e sia produttore il processo all'intenzione), in quanto il mercato farmaceutico non è determinato dalla volontà unilaterale degli industriali, bensì è anche determinato dall'azione governativa che è realisticamente su un terreno di politica di prezzi equi.

Il problema della brevettabilità è allo studio sia presso il Ministero della sanità sia presso quello, direttamente competente, dell'industria e commercio.

Come è noto, le questioni che si presentano preliminarmente sono se ammettere o meno la brevettabilità nel campo dei prodotti medicinali e, nella prima ipotesi, se la brevettazione debba riguardare il solo procedimento di fabbricazione od anche (o soltanto) il prodotto medicinale finito. Comunque ad una decisione si dovrà pervenire perché il trattato del mercato comune, da noi liberamente accettato, ci impone, nel nostro stesso interesse, una revisione della nostra legislazione farmaceutica.

È da notare che nel dicembre scorso la delegazione del Benelux ha richiamato l'attenzione della delegazione italiana sulle conseguenze sfavorevoli di questa situazione per l'importazione dei prodotti farmaceutici provenienti dai paesi del Benelux.

Circa i prodotti pari dichiaro che sarà rigorosamente osservata la raccomandazione contenuta nell'articolo 162 del testo unico delle leggi sanitarie del 1934, al fine di evitare un aggravio dell'attuale deprecabile inflazione delle specialità similari, con pregiudizio ulteriore dei costi di produzione per l'antieconomicità che una organizzazione produttiva frammentaria determina. Pur riconoscendo che il succitato articolo 162 del testo unico presenta notevoli inconvenienti di applicazione per la discrezionalità in esso contenuta, assicuro che di detto articolo sarà fatta la migliore applicazione in attesa di una auspicata e valida legge che regolamenti la produzione.

Dichiaro inoltre che la commissione prezzi del Ministero della sanità non sarà sciolta, in quanto il Ministero, quale organo responsabile della salute pubblica, è il più interessato ed il più tecnicamente idoneo a stabilire i prezzi equi dei prodotti medicinali.

Noi siamo sempre alla ricerca di sistemi migliori per la determinazione dei prezzi e quindi qualsiasi sistema può essere sostituito da altro che risulti migliore del precedente.

Sempre relativamente alla questione dei prezzi si osserva che non è esatta l'asserzione che alla riduzione dei prezzi il ministero addiverrebbe soltanto quando sopravvengono preoccupazioni politiche. Si potrebbero infatti citare le numerose revisioni di prezzi periodicamente proposte al C. I. P. dal ministero, per gruppi diversi di specialità medicinali (antibiotici, vitaminici, ormoni, ecc.), fra i più importanti per l'efficacia terapeutica e per il largo consumo.

Nulla risulta, infine, sulle pretese offerte di forti sconti che sarebbero state fatte alla repubblica di San Marino ed al comune di Napoli da ditte produttrici di medicinali.

È noto, comunque, che per forniture ad enti in genere, così come per le forniture delle cosiddette confezioni ospedaliere, notevoli sconti possono essere praticati dalle ditte produttrici o importatrici, non essendo gravate tali vendite dagli oneri per spese di distribuzione a grossisti e farmacisti e spese di propaganda.

Circa il prezzo fisso dei medicinali alla base, cui fanno cenno l'onorevole Bartole e l'onorevole Bruno Romano, dal punto di vista dei farmacisti (articolo 125 del testo unico delle leggi sanitarie) vi sono molte ragioni perché esso venga mantenuto. Ove venisse fissato soltanto il prezzo massimo si costituirebbe una concorrenza tra le farmacie che potrebbero praticare ribassi sul prezzo massimo; in questa concorrenza prevarrebbero le grandi aziende farmaceutiche che gestiscono farmacie a scapito dei liberi professionisti, che gestiscono farmacie modeste ed avremmo prezzi massimi nei paesi dove vi è una sola farmacia. Per altro torneremo sull'argomento in sede di discussione della proposta di legge n. 1127 di iniziativa degli onorevoli Guidi ed altri.

Quanto, infine, alla creazione di una industria farmaceutica di Stato, che produca i medicinali più importanti, si tratta evidentemente di una questione di fondo, che investe il riordinamento dell'intero sistema legislativo nel settore della produzione e del commercio dei medicinali. Si ritiene che tale questione possa formare oggetto di esame quando verrà in discussione la proposta di legge n. 753 dei deputati Pieraccini, De Pascalis ed altri, anche perché non rientra nella competenza del Ministero della sanità.

È da riconoscere che molti sono gli aspetti peculiari della produzione farmaceutica che rendono impossibile applicare ad essa criteri standardizzati e semplicisti, validi — e forse non sempre — per altri tipi di industria. Se si

vuol differenziare questa produzione, occorre quanto meno tener presente che una azienda farmaceutica:

a) ha una produzione multiforme, e continuamente mutevole in funzione del progresso scientifico, assai più sensibile in questo settore che in qualsiasi altra industria;

b) manca di una massiccia produzione di serie, assorbita dal mercato in quantità periodicamente regolare (elementi, che sono invece normali per le altre fabbricazioni);

c) è obbligata a introdurre continuamente sul mercato nuovi prodotti, sovente di altissimo costo singolo e di cui si ignora il successo commerciale, nonché la durata di questo eventuale successo;

d) presenta, di conseguenza, una situazione tipica di costi congiunti, per la quale scindere l'analisi di un prodotto da quella di tutta la produzione aziendale significa quasi certamente falsare la realtà, quale poi risulterà dalla concreta esperienza;

e) sopporta infine un onere altissimo di spese generali, onere di gran lunga superiore a quello delle altre industrie, sicché risente, più di ogni altra, l'effetto di qualsiasi mutamento nella mole del fatturato;

f) è continuamente esposta a deviazioni dalla produzione verso orientamenti nuovi, imposti dalla evoluzione delle scienze biologiche e chimiche e dalla terapia, con bruschi salti da un tipo all'altro di produzione, con conseguente abbandono di attrezzatura, perdite di materie prime, di materiale semi-confezionato e di prodotti finiti, bisogno impellente di macchinari nuovi, deprezzamento di quelli esistenti, anche recentissimi, ricerche di nuovi specialisti, ecc.;

g) è, quindi, esposta ad una altissima quota di rischi, superiore di gran lunga a quella di qualsiasi altra attività produttiva;

h) è soggetta alla necessità continua della ricerca scientifica, che oltre al ricco corredo di biblioteche, alla partecipazione alla vita scientifica nazionale e internazionale in congressi, soggiorni in laboratori esteri, ecc., impone la gestione di laboratori di ricerca chimica e farmaceobiologica costosissimi per *équipes* di ricercatori di primo ordine, assistiti da personale tecnico specializzato, attrezzature costosissime, consumo di materiali, reagenti, animali di alto costo. Si pensi che la sola Merck americana denuncia per i suoi laboratori di ricerca un complesso di mille persone ed una spesa annua di 3 miliardi, e che l'industria farmochimica nordamericana ha speso in totale, nel 1957, oltre 20 miliardi

di lire italiane, e si comprenderà quali ingenti capitali debbano stanziare ogni anno i nostri complessi industriali, sia pure fatte le debite proporzioni, e ciò senza la certezza di raggiungere risultati praticamente remunerativi;

i) ha un gravissimo onere rappresentato dalla deperibilità e scadenza di molti prodotti;

l) ha particolari esigenze di presentazione dei prodotti alla classe medica, che non trovano riscontro in alcun'altra categoria di prodotti industriali, salvo poche eccezioni di preparati di uso comune per cui alcune aziende possono ricorrere ad una vera pubblicità (del resto anch'essa onerosissima), la produzione farmaceutica di più alto livello scientifico deve essere presentata ai medici (oltre 70 mila in Italia, sempre in aumento) con pubblicazioni di carattere scientifico, illustrazioni verbali da parte di laureati capaci di discussioni tecniche, con larga distribuzione di saggi gratuiti per consentire un minimo di esperimento personale, senza il quale nessun medico si sente di adottare un farmaco nuovo; sono per ogni prodotto nuovo non meno di 100-150 mila saggi distribuiti, senza contare i larghi quantitativi messi a disposizione di ospedali e cliniche per uno studio approfondito.

Circa l'applicazione della legge n. 692 del 4 agosto 1955, è da ricordare che l'articolo 4 della predetta legge stabilisce che l'« Inam » ed altri enti indicati nell'articolo 2 della stessa legge, che provvedono all'assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia, sono autorizzati all'acquisto diretto dai produttori dei medicinali per la distribuzione ai propri assistiti, con diritto ad uno sconto da stabilirsi con decreto « Acis », di concerto con il Ministero del lavoro e della previdenza sociale. Qualora non si avvalgano di tale facoltà, gli enti predetti hanno invece diritto ad uno sconto non inferiore al 17 per cento, sconto che è a carico delle farmacie nella misura del 5 per cento.

Le modalità di applicazione del succitato articolo 4 sono state stabilite, di concerto con il Ministero del lavoro e della previdenza sociale, con decreto « Acis » 18 novembre 1955, pubblicato nella *Gazzetta ufficiale* n. 272, del 25 novembre 1955.

È stato fra l'altro stabilito che qualora gli enti di cui sopra non si avvalgano della facoltà di acquistare i medicinali direttamente dai produttori, le farmacie sono tenute a concedere agli enti stessi uno sconto del 17 per cento (5 per cento a carico delle farmacie, 12 per cento con diritto di rivalsa nei confronti dei fornitori).

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

Praticamente, pertanto, viene a gravare sui produttori un maggior onere del 12 per cento.

Per l'applicazione del suddetto decreto « Acis » 18 novembre 1955, gli enti interessati hanno successivamente stipulato una convenzione con l'U. N. I. F. e con la associazione grossisti (convenzione firmata il 23 marzo 1956 presso il Ministero del lavoro e della previdenza sociale). La convenzione aveva la durata di tre anni. È stata però prorogata fino al 31 dicembre 1959.

Credo di avere così esaurientemente risposto agli interrogativi degli onorevoli relatori di maggioranza e di minoranza, ed agli onorevoli De Pascalis, Romano Bruno, Bartole, Delfino, Messinetti, Capua, Cengarle.

I principi formulati dal convegno internazionale sulle legislazioni farmaceutiche nel maggio scorso possono essere da noi seguiti nello svolgimento della nostra attività esecutiva e legislativa. Precisamente:

1°) stimolare attraverso un efficiente servizio di ispezioni tecniche qualificate l'aggiornamento e la specializzazione delle officine di produzione, tenendo conto della necessità di adeguarne le attrezzature al rapido progresso internazionale;

2°) realizzare rapidamente un appropriato sistema di tutela della proprietà intellettuale, che allinei l'Italia con le legislazioni vigenti negli altri paesi del M. E. C., costituisca stimolo alla ricerca di nuovi farmaci originali e provochi fruttiferi scambi con gli altri paesi, ai fini di una più efficace presenza dell'Italia nella competizione scientifico-tecnica internazionale;

3°) impostare le pratiche di registrazione dei nuovi farmaci sulla base di un accurato vaglio della documentazione scientifica e terapeutica, realizzando nel contempo un efficiente e costante servizio di controllo della produzione introdotta sul mercato;

4°) controllare severamente la pubblicità farmaceutica diretta al pubblico, al fine di evitare deformazioni interessate della reale fisionomia terapeutica dei prodotti, in contrasto con la prassi etica e scientifica che deve presiedere alla produzione dei farmaci nell'interesse dei cittadini;

5°) dare al settore farmaceutico un nuovo apparato legislativo che contempli una ragionevole ed efficiente protezione della novità terapeutica da un lato e che realizzi dall'altro un potenziamento degli istituti di ricerche e di controllo dei farmaci.

Questo in diritto appare, anche alla luce dell'esperienza internazionale, l'unico valido

strumento per limitare l'indiscriminato aumento delle specialità medicinali basate sulle imitazioni di prodotti originali, per moralizzare progressivamente la produzione e la distribuzione dei farmaci e per frenare le ingiustificate attività speculative che si risolvono a danno del malato, dei servizi di assistenza pubblica e dei produttori più qualificati; paralizzando ogni coraggiosa iniziativa per lo sviluppo della ricerca scientifica e peggiorando la qualità della produzione a danno della collettività.

Ai servizi veterinari ci richiama l'ampia trattazione degli onorevoli relatori di maggioranza e l'onorevole Pino con il suo interessante intervento in aula.

Nel quadro dell'amministrazione sanitaria i servizi veterinari meritano, per le speciali attribuzioni, una trattazione particolare. Bisogna, infatti, considerare che il servizio veterinario, in origine concepito nel nostro paese come valida integrazione di quello medico per la tutela sanitaria dell'uomo, ha gradatamente assunto una fisionomia propria derivante dal suo inserimento, sempre più deciso, nel settore produttivistico dell'agricoltura.

Oggi, pertanto, il Ministero della sanità si trova direttamente impegnato, per mezzo dei suoi servizi veterinari, nel potenziamento della produzione animale — che è tanta parte dell'economia nazionale — in uno sforzo reso ancor più necessario dalla partecipazione del paese al mercato comune europeo. Né è da dirsi che i nuovi e più vasti compiti che attendono il servizio veterinario siano estranei alla competenza dell'amministrazione sanitaria, ove si pensi che la sanità del bestiame, oltre a garantire l'uomo dal contagio di gravi infezioni ad esso trasmissibili, è premessa indispensabile dell'azione zootecnica per elevare il rendimento dell'industria animale, che ci assicura maggiore disponibilità di carne, latte e grassi. In tale modo la profilassi veterinaria concorre potentemente ad assicurare la protezione della vita e l'incremento del benessere della società umana.

La profilassi di massa di certe malattie, quali la tubercolosi e la brucellosi bovina rappresenta un obiettivo la cui realizzazione, oltre all'eliminazione del contagio animale-uomo, ci consentirebbe un vantaggio economico valutabile nell'ordine di molte decine di miliardi. Purtroppo in questo settore siamo lontani dalle realizzazioni degli altri paesi dell'Europa occidentale, ma bisogna considerare che alla lotta contro tutte le malattie contagiose degli animali sono state finora

destinate somme (450 milioni negli ultimi esercizi e 700 in quello in esame) che non consentono iniziative a largo raggio.

Comunque, i piani di profilassi della tubercolosi bovina, iniziati da appena 4 anni, interessano oggi già 31 province, 33 mila allevamenti con 268.200 animali controllati. Il vantaggio dell'azione intrapresa è dimostrato, ad esempio, dalla sensibile contrazione della tubercolosi bovina in provincia di Ascoli Piceno nella quale attualmente l'indice di infezione è del 1,87 per cento contro l'11 per cento rilevato nel 1955 all'inizio della lotta organizzata. La punta massima di infezione rilevata provincialmente è del 50,35 per cento e la media nelle 31 province è del 9,40 per cento.

Per favorire tale azione profilattica sono stati concessi, nell'esercizio 1958-1959, contributi vari per 40 milioni di lire, ai quali sono da aggiungere 6 milioni per la fornitura gratuita della tubercolina. Al finanziamento della lotta contro la tubercolosi bovina ha concorso in misura notevole anche il Ministero dell'agricoltura con gli stanziamenti fissati per il quadriennio 1956-1961 dalla legge straordinaria 27 novembre 1956, n. 1367.

Analoga azione è stata più recentemente intrapresa per la lotta contro la brucellosi bovina: sono attualmente sottoposti a controllo 225 mila animali nei quali l'indice di infezione è stato rilevato superiore al 20 per cento. La provincia di Udine, nella quale la profilassi è stata condotta organicamente, è oggi quasi libera dalla brucellosi bovina.

Nella lotta contro la brucellosi degli ovini e dei caprini, molto diffusa nelle regioni centro-meridionali ed insulari anche tra la popolazione umana, è stato sovvenzionato l'abbattimento degli animali infetti (oltre 6 mila capi) con una spesa di 12 milioni di lire, mentre per l'accertamento diagnostico, portato su 160 mila animali, sono stati spesi altri 30 milioni.

La diffusione dell'afta epizootica è stata contenuta con la vaccinazione, per la cui applicazione il ministero ha contribuito con 110 milioni di lire.

In alcune zone del Trentino-Alto Adige è stata intrapresa con successo, per la prima volta nel nostro paese, la lotta contro l'ipodermosi bovina, che, come è noto, è causa di gravi danni all'industria del cuoio.

Passando al settore della vigilanza sanitaria sul commercio con l'estero, è da considerare che il forte movimento di importazione di bestiame e di carni costringe l'amministrazione a mantenere un servizio veteri-

nario in 22 posti di confine di terra, 37 porti, 11 aeroporti e 13 dogane interne.

L'opera di ammodernamento degli uffici e degli impianti, di cui molti confini sono tuttora privi, è stata iniziata e nell'anno 1958-59 sono stati completati gli impianti del parco quarantenario del Fusaro (Napoli) per l'importazione degli animali esotici, istituito da questo Ministero sotto l'egida dell'ufficio internazionale delle epizootie, per la difesa dell'Europa dalla peste bovina.

Agli accertamenti diagnostici, alla preparazione del materiale immunizzante necessario alla profilassi ed all'assistenza gratuita agli allevatori provvedono, per la massima parte, i dieci istituti zooprofilattici, sotto la vigilanza del ministero. Con il concorso finanziario del Ministero, che durante il decorso esercizio ha erogato agli istituti sussidi e contributi per il funzionamento e i nuovi impianti per 247 milioni di lire, nell'anno 1958-59 sono state attivate 3 nuove sezioni provinciali a Ferrara, Modena, Rovigo (Adria), mentre altre 10 sono in corso di avanzato allestimento. In totale, entro breve tempo, 71 province disporranno di laboratori di ricerca e di assistenza veterinaria gratuita. Tale imponente attrezzatura, che viene attuata in tutto il territorio nazionale, richiederà però, uno sforzo economico non lieve da parte del ministero e degli enti locali.

Gli istituti zooprofilattici di Roma, Brescia, Padova, Perugia e Torino hanno creato nuovi laboratori per la virologia e, in particolare, per la coltura del virus aftoso su tessuto renale, che consentirà la produzione di un vaccino anti-aftoso ad un costo notevolmente inferiore a quello attuale. Questa realizzazione aprirà nuove prospettive alla profilassi vaccinale dell'afta epizootica che potrà essere generalizzata con spesa relativamente modesta.

Studi e ricerche su importanti innovazioni nei metodi profilattici sono stati condotti, oltre che negli istituti zooprofilattici, in centri sperimentali istituiti con il concorso del Ministero della sanità specialmente presso talune facoltà universitarie, alle quali sono stati erogati contributi per 13 milioni di lire. Gli istituti zooprofilattici, anche nel decorso esercizio, hanno portato un notevole contributo alla lotta contro la sterilità degli animali estendendo su scala sempre più larga il metodo della fecondazione artificiale.

Nel settore della vigilanza igienica sugli alimenti di origine animale tra le attività del servizio veterinario, nell'anno 1958-59, va

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

ricordata la prevenzione della trichinosi a seguito dell'avvenuta constatazione tra gli animali selvatici (volpi). Poiché la lotta contro questa zoonosi è basata sul metodico esame microscopico delle carni suine, è stato disposto che tutti i macelli siano dotati di trichinoscopi, mentre si è provveduto ad istruire il personale veterinario in tali indagini. Contemporaneamente norme molto severe sono state emanate per l'importazione dei suini e delle loro carni.

Non si può nascondere che le difficoltà da superare nel settore dell'ispezione delle carni sono innumerevoli; basta considerare infatti che le macellazioni sono frazionate in ben 15.000 impianti.

Ciò nonostante, da anni non si sono registrati nell'uomo casi di tossinfezioni alimentari attribuibili a carni regolarmente sottoposte al controllo veterinario, mentre un limitato numero di casi si sono registrati in seguito al consumo di carni di animali macellati clandestinamente. È da segnalare l'utile contributo dato per la repressione di tali frodi dai nuclei di agenti di pubblica sicurezza (messi a disposizione degli uffici veterinari provinciali dal Ministero dell'interno) nonché dall'arma dei carabinieri.

In conclusione, si può affermare che il servizio veterinario, che risente tuttora della sua vecchia struttura originaria, ha risposto alle necessità del paese, più che per i mezzi finanziari messi a sua disposizione, per la capacità e lo spirito di sacrificio e di iniziativa dei suoi funzionari. Su questo servizio oggi, però, incombono compiti e responsabilità sempre più gravi derivanti dal deciso orientamento dell'agricoltura verso la zootecnia, dal costante aumento dei consumi di proteine animali e dal conseguente sviluppo del commercio e dell'industria del bestiame e dei prodotti derivati, nonché dall'inserimento della nazione nella comunità europea.

Dalla situazione che si profila consegue la necessità di adeguare alle nuove esigenze i servizi veterinari che non possono più reggersi su un fondamento legislativo frammentario e superato, né funzionare senza disporre dei mezzi finanziari occorrenti, per cui è stata cura del ministero predisporre nuovi schemi di legge e regolamenti atti a colmare tali lacune.

La spesa, che l'erario dovrà sostenere, sarà largamente ripartita, sia dalla maggiore tutela sanitaria dei cittadini e dal beneficio sanitario che deriverà alla popolazione con l'aumentato consumo di alimenti sani, sia dal vantaggio economico che ritrarranno gli allevatori ed in genere tutti coloro che operano

nei vasti settori della produzione, del commercio e dell'industria dei prodotti animali.

Ai relatori di maggioranza, che hanno opportunamente dedicato alla Croce rossa un'amplissima trattazione, ed all'onorevole Bruno Romano che ne ha parlato nel presente dibattito, posso assicurare che il Ministero della sanità si preoccuperà di fare aumentare i contributi in favore della benemerita e attivissima istituzione, che in vari settori moltiplica le sue iniziative sanitarie, tanto apprezzate dal paese.

Sono lieto di dichiarare che è mio proposito di studiare il potenziamento dei servizi di pronto soccorso e di soccorso a domicilio in casi di urgenza e anche di consultori mobili, e che è mia intenzione appunto di giovarmi nell'attuazione di tale programma dell'ausilio e dell'esperienza organizzativa della Croce rossa.

Il soccorso d'urgenza, con il medico a bordo degli automezzi, deve essere posto allo stesso livello di efficienza dei servizi di polizia. Come anche per la migliore esplicazione del servizio, credo che sia essenziale che i posti telefonici siano sempre aperti, notte e giorno. Tale questione sarà da me prospettata al collega ministro Spataro.

Sui problemi degli strumenti della politica sanitaria, ampiamente sviluppati nel corso di questo dibattito, sono bastevoli da parte mia pochi cenni.

In questi giorni abbiamo definito la questione della sede, la cui importanza è stata sottolineata dagli onorevoli relatori di maggioranza. Alla fine di settembre o ai primi di ottobre il Ministero si trasferirà dalle attuali sedi (Viminale, ecc.) all'Eur, negli edifici dell'I. N. A. presso il Palazzo dei congressi.

Anche in questi giorni si è definita la questione degli organici, di cui al potere delegato della legge istitutiva del Ministero, potere la cui scadenza, come è noto, è fissata al 14 agosto 1959. Si attende ora soltanto l'approvazione del Consiglio dei ministri. Ritengo che i nuovi ruoli consentiranno al ministero la possibilità di poter assolvere, sia al centro che alla periferia, i nuovi compiti che ad esso sono attribuiti dalla legge di fondazione e ritengo, inoltre, che i predetti ruoli consentiranno la sistemazione del personale, le cui esigenze sono state ben poste in rilievo nella relazione di maggioranza.

Le necessità dell'Istituto superiore di sanità sono state largamente illustrate dagli onorevoli relatori di maggioranza e da alcuni onorevoli deputati, i cui voti per maggiori

stanziamenti sono da noi accolti come raccomandazione, perchè anche noi siamo ben convinti che le attività da esso svolte richiedono mezzi adeguati sia per il normale funzionamento sia per tenere gli apparecchi e gli impianti sempre rispondenti al progresso della scienza e della tecnica. Tanto è il prestigio dell'istituto e la fama del suo direttore Domenico Marotta, che questi è tra i pochi scienziati che vengono interpellati per il conferimento dei premi Nobel.

È già pronto il disegno di legge relativo agli organi consultivi sanitari, cioè il disegno di legge relativo al Consiglio superiore di sanità ed ai consigli provinciali di sanità, di cui faranno parte i rappresentanti di tutte le categorie interessate ai problemi della pubblica salute. Tale disegno di legge sarà presentato in una delle prossime sedute del Consiglio dei ministri.

L'onorevole De Pascalis ha parlato di « significativi » trasferimenti da me disposti all'interno della direzione generale del servizio farmaceutico. A tale proposito, devo innanzi tutto ricordare che rientra tra i poteri propri del ministro disporre il trasferimento di funzionari e di impiegati da un ufficio all'altro secondo criteri di rotazione generalmente applicati, senza che ciò abbia ad autorizzare illazioni di sorta. E devo aggiungere che l'applicazione di tali criteri trova e non potrebbe non trovare, più frequente applicazione nell'ambito di quegli uffici che, come la direzione generale del servizio farmaceutico, svolgono funzioni di particolare delicatezza che comportano, fra l'altro, frequenti contatti con rappresentanti di interessi privati. È nell'interesse dell'amministrazione evitare una prolungata permanenza dello stesso personale presso tali uffici, e questo principio di carattere generale non intacca minimamente la fiducia e la stima che detto personale ampiamente merita, anche per le condizioni difficili in cui quotidianamente è chiamato ad assolvere il proprio dovere.

Desidero altresì precisare che il recente collocamento a riposo del direttore generale del servizio farmaceutico è stato disposto per superamento dei previsti limiti di età e su richiesta dell'interessato.

Mi corre altresì l'obbligo di rendere consapevole la Camera che, con la collaborazione delle autorità di pubblica sicurezza, ho disposto da tempo un'attiva opera di vigilanza al fine di prevenire e reprimere eventuali tentativi di abusi da parte di privati. Ed è proprio nell'ambito di tale azione che in data 11 corrente è stato denunciato all'autorità

giudiziaria per istigazione alla corruzione, di cui all'articolo 322 del codice penale, un tale (di cui non posso per evidenti motivi fare il nome) che, spacciandosi per rappresentante di ben 42 ditte farmaceutiche, aveva tentato di corrompere un impiegato del servizio farmaceutico.

E non posso non sottolineare come a tale denuncia si sia potuto giungere proprio in forza della collaborazione che l'impiegato stesso ha prestato alle autorità di pubblica sicurezza che si sono interessate del caso.

Sugli organi periferici rinvio a quanto esaurientemente si è detto dagli onorevoli relatori di maggioranza e minoranza e dagli onorevoli Cotellessa, Capua, De Pascalis, Messinetti, i quali hanno sottolineato la necessità di una più efficiente organizzazione strutturale e di un adeguato decentramento, voti di cui terremo particolare conto nel programma di modifiche dell'ordinamento periferico che è già allo studio.

Soltanto intendo rilevare che la nostra politica igienico-sanitaria, soprattutto nel campo della prevenzione, rimarrebbe vana e sterile se non vi fossero i laboratori provinciali d'igiene e profilassi, che svolgono un'attività assai delicata, con dedizione degna di ogni plauso, attività che va necessariamente potenziata. I laboratori provinciali d'igiene e profilassi costituiscono, con il reparto medicomicrografico, la guida indispensabile di ogni azione profilattica e, con il reparto chimico, la base di ogni intervento nel settore dell'igiene ambientale e della lotta contro le adulterazioni e le sofisticazioni nel campo degli alimenti e delle bevande.

Bisognerà inoltre che i laboratori provinciali costituiscano sezioni per l'accertamento delle malattie virali, e che, per quanto si riferisce alla vigilanza sugli alimenti, si attrezzino con lo strumentario oggi richiesto per svelare le frodi che diventano più frequenti mano a mano che il costo degli alimenti si eleva e le rende più redditizie.

Nel settore dell'alimentazione si può dire che i laboratori controllano la cartella clinica dei nostri alimenti quotidiani.

L'attività che il Ministero esplica ed intende esplicitare al fine di migliorare le abitudini alimentari della popolazione, specie delle zone depresse, ed il suo stato di nutrizione, si svolge secondo tre direttive:

1°) potenziare i servizi di vigilanza e controllo sulla produzione, conservazione e commercio delle sostanze alimentari, al fine di garantirne la salubrità e genuinità;

2°) promuovere studi e ricerche sulle abitudini alimentari e sullo stato di nutrizione della popolazione ed intervenire per sorreggere le situazioni difettose;

3°) promuovere l'istituzione di nuove scuole dietetiche ed i corsi di dietologia in modo che gli istituti di cura e ricovero e le altre collettività in genere (colonie, convitti, ecc.) possano disporre di personale qualificato e potenziare tutte le attività suscettibili di migliorare l'educazione alimentare e dietologica della popolazione.

La prima direttiva deriva dal fatto che i progressi della tecnologia e della chimica alimentare, mentre hanno indubbiamente determinato notevoli miglioramenti nella lavorazione, conservazione e presentazione delle sostanze alimentari, hanno purtroppo offerto nuove possibilità di adulterazioni e sofisticazione, basata su delicati e complessi procedimenti chimici e fisici. I servizi di vigilanza e controllo annonario vengono perciò messi a dura prova, anche perché l'identificazione delle sofisticazioni, di cui si è fatto cenno, richiede quasi sempre attrezzature e personale particolarmente specializzati e continuamente aggiornati.

Un settore al quale l'amministrazione sanitaria dedica la più vigile attenzione è quello delle sostanze coloranti che possono essere impiegate nella preparazione delle sostanze alimentari e delle bevande. La delicatezza della materia appare evidente se si tiene presente che per alcune di dette sostanze è stata riconosciuta la proprietà di provocare l'insorgenza di tumori maligni.

Una revisione accurata è stata recentemente compiuta con la collaborazione del Consiglio superiore di sanità dell'elenco dei colori nocivi, ma la materia è in continua evoluzione e pertanto è vivamente sentita la necessità di incrementare gli studi e le ricerche sperimentali in tale settore ed è precipuo interesse dell'amministrazione sanitaria stimolare gli istituti di ricerche ed incoraggiarne l'attività con contributi finanziari. Anzi, occorre estendere le ricerche di studi a tutte le sostanze chimiche (il cui numero, per il rapido evolversi della tecnologia alimentare e della chimica, è in continuo aumento), che vengono aggiunte intenzionalmente alle sostanze alimentari a scopo conservativo, antiossidante, migliorativo, ecc., o che possano accidentalmente essere presenti negli alimenti, quali residui di trattamenti eseguiti nelle varie fasi di produzione, raccolta, trasporto e conservazione (molte di queste ultime sostanze sono dotate di elevato potere tossico,

quali ad esempio gli esteri fosforici, clorurati organici, ecc.).

Per quanto riguarda la seconda direttiva il Ministero della sanità intende dare il massimo sviluppo alle inchieste ed agli studi sullo stato di nutrizione della popolazione e delle collettività (come ospedali, orfanotrofi, convitti, gerontocomi, scuole, penitenziari, ecc.), nonché sulla diffusione e sulle cause della malnutrizione e ciò non soltanto per avvisare ai provvedimenti da adottare per correggere le situazioni difettose, ma anche per poter offrire il contributo della propria specifica competenza alle altre amministrazioni dello Stato responsabili della produzione e dell'importazione ed esportazione delle derrate alimentari.

È questo un programma di lavoro assai complesso e costoso, dato che inchieste del genere debbono essere protratte nel tempo per dare risultati attendibili. Esse richiedono, inoltre, l'opera di numeroso personale sanitario: medici, assistenti sanitarie visitatrici, assistenti dietiste, nonché la disponibilità di apparecchi e di attrezzature specializzate, di modulario, ecc. Senza tali studi e ricerche non sarebbe possibile, d'altra parte, adottare le necessarie misure di profilassi e cura alimentare presso le popolazioni e le comunità bisognose, così come è stato già fatto dall'amministrazione sanitaria nella lotta contro la pellagra ed il gozzo endemico, a mezzo della somministrazione di acido nicotinico e di sale comune iodurato alle popolazioni colpite dall'endemia.

Per quanto riguarda la terza direttiva, si rammenta come da una inchiesta eseguita dall'amministrazione sanitaria è risultata la esiguità del numero degli istituti di ricovero e cura che si avvalgono dell'opera di personale qualificato nell'acquisto e nella preparazione degli alimenti nonché nella compilazione delle tabelle dietetiche, sia per i degenti a vitto normale, che per quelli abbisognevole di vitto speciale.

Da tale stato di fatto consegue non soltanto una deficienza tecnica dei servizi dietologici nosocomiali, ma anche un impiego del tutto irrazionale dei fondi destinati all'alimentazione dei ricoverati, con evidenti riflessi negativi sui bilanci ospedalieri.

La situazione è purtroppo analoga in moltissime altre collettività. Ne discende la necessità di accrescere in misura sensibile il numero del personale sanitario qualificato in tale settore, e quindi di promuovere l'istituzione di scuole di dietetica. Esse sono attualmente, in tutto il territorio nazionale, sol-

tanto 3, sorte e funzionanti con il contributo dell'amministrazione sanitaria, con sede a Milano, Roma e Catania.

Si ritiene, invece, necessario portare almeno a 20 il numero di dette scuole, nel prossimo quinquennio, in modo che possa dare frutti concreti l'attività svolta da questa amministrazione per ottenere che ogni istituto di cura e ricovero e le altre collettività, dispongano, per i servizi dietetici, di personale idoneo.

Naturalmente occorrerà facilitare l'afflusso alle scuole, istituendo borse di studio per la loro frequenza.

Collateralmente all'azione sopradde-
ta, cioè di creazione di personale qualificato, occorrerà gettare nelle varie collettività le basi di una coscienza alimentare, promuovendo l'istituzione, presso i principali Istituti ospedalieri o presso Istituti forniti dei mezzi necessari, di corsi di cultura dietetica per insegnanti elementari, per amministratori, economi e personale di cucina degli ospedali e collettività in genere, per dipendenti delle aziende di cura, soggiorno e turismo, di ristoranti, mense aziendali, ecc. Corsi del genere si sono tenuti nel passato presso l'istituto di Santo Spirito in Roma con soddisfacente risultato.

È infine intendimento dell'amministrazione sanitaria promuovere, con apposito provvedimento legislativo, l'istituzione e il funzionamento di consultori dietetici, a disposizione della popolazione, affidati ad una assistente sanitaria dietista diplomata nelle scuole dietetiche, sotto la sorveglianza diretta dell'ufficiale sanitario.

Per il settore dell'alimentazione, oltre a quanto già detto, si fa presente, a proposito dell'intervento dell'onorevole Pino, che quanto affermato a riguardo dei dadi per brodo non è una esemplificazione felice, dato che proprio tale settore è stato recentemente disciplinato dall'amministrazione sanitaria con la legge 6 ottobre 1950 e con il relativo regolamento 30 maggio 1953. Ove qualche deficienza sia stata riscontrata, non può pertanto trattarsi che di manchevolezze locali dei servizi di vigilanza, sui quali servizi, peraltro, il Ministero della sanità non si stanca di richiamare l'attenzione dei suoi organi periferici; tant'è vero che nel triennio 1955-1957, sono stati esaminati ben 5.094 campioni di estratti per brodo e sono state avanzate 453 denunce all'autorità giudiziaria per inosservanza delle norme di legge.

Assicuro infine l'onorevole Bartole, che le sue considerazioni sui mangimi saranno atten-

tamente vagliate dall'Istituto superiore di sanità.

La onorevole Gennai Tonietti esprime l'avviso che sia opportuno sopprimere molte condotte mediche e si dichiara invece nettamente contraria alla soppressione delle condotte ostetriche.

Non si comprendono le ragioni che hanno indotto la onorevole ad esprimere pareri tanto difformi sui due tipi di condotte sanitarie.

MERLIN ANGELINA. Le levatrici si e il dottore no? Allora mettiamo i cavadenti al posto dei medici. Non ci sono più levatrici nei paesi del mondo civile!

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Alle ostetriche possiamo dare altre funzioni, previa specializzazione.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Le condotte ostetriche devono rimanere così come sono disciplinate dalla legge attuale.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Se ella, gentile onorevole, è spinta da considerazioni d'ordine economico, valutando cioè l'utilità delle condotte in rapporto all'onere finanziario che ne deriva alla collettività, è troppo chiaro che, essendo i casi di malattia in numero superiore ai parti, le ragioni che militano in favore del mantenimento della condotta ostetrica sono ancor più valide per sostenere il mantenimento della condotta medica (tanto più se si tiene conto del crescente favore che, almeno in alcune zone, incontra il parto in ospedale). Ché se poi, come sembra essere il caso, il mantenimento della condotta ostetrica dovesse essere sostenuto in base all'utilità di poter disporre in ogni comune di una ostetrica obbligata a risiedere in esso, lo stesso motivo può, con maggior ragione, essere invocato per il mantenimento della condotta medica.

Si tratta, se mai, di riprendere in esame l'istituto della condotta medica, di studiare quali modifiche l'evolversi della situazione abbia reso eventualmente necessarie, di predisporre i mezzi per raggiungere una migliore distribuzione degli assistiti in regime legale ed in regime mutualistico ed assicurativo tra i medici disponibili, ma non già di sopprimere le condotte mediche. Ciò equivarrebbe in buona sostanza, a rinunciare al medico residenziale, e ad incoraggiare il malvezzo, che si va diffondendo da venti anni a questa parte, del medico motorizzato, con le negative ripercussioni sull'assistenza che sono state sperimentate da quelle nazioni che non hanno, come noi abbiamo, la fortuna di avere medici residenziali.

Come è noto, in base agli articoli 34 e 68 del testo unico delle leggi sanitarie, ap-

provato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, i concorsi ai posti vacanti di ufficiale sanitario condotto (medici, veterinari ed ostetriche) debbono essere banditi annualmente. Anzi, il regolamento dei concorsi sanitari approvato con regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, agli articoli 1 a 35, precisa che detti concorsi debbono essere indetti entro il mese di dicembre di ogni anno per i posti vacanti al 30 novembre. Le predette disposizioni — tranne la parentesi del periodo bellico e dell'immediato periodo post-bellico in cui i concorsi furono sospesi — sono state e vengono regolarmente osservate da parte delle amministrazioni competenti. Tuttavia, quando si è presentato qualche caso di inadempienza, il Ministero della sanità non ha mai mancato di intervenire ai fini della tempestiva indizione dei bandi per i pubblici concorsi e per il sollecito espletamento dei concorsi stessi.

A seguito, però, dell'entrata in vigore della legge istitutiva del Ministero della sanità in qualche provincia i concorsi non sono stati ancora indetti, perchè è sorto il dubbio se i provvedimenti relativi all'indizione del concorso ed allo svolgimento della successiva procedura (nomina delle commissioni giudicatrici, approvazione della graduatoria, dichiarazione dei vincitori, ecc.) appartengano ancora al prefetto o debbano ritenersi demandati al medico provinciale ed al veterinario provinciale secondo le competenze dei rispettivi uffici. La questione è stata sottoposta all'esame della Presidenza del Consiglio dei ministri.

È necessario dare un organico assetto agli uffici comunali sanitari e consorziali esistenti, in gran parte affidati per incarico a medici che fanno del loro meglio ma che non sono in grado, con la sola buona volontà, di soddisfare alle esigenze del paese in materia di igiene e sanità. Trattasi, infatti, di medici non specializzati in igiene e distratti dalla libera attività professionale.

I sacrifici economici che la politica sanitaria seguita dal Governo impone al paese non troveranno mai adeguato compenso fino a quando i comuni, da soli o riuniti in appositi consorzi, non potranno giovare dell'opera di un funzionario di sanità pubblica tecnicamente qualificato. Infatti, la legge istitutiva del Ministero della sanità, all'articolo 4, elencando gli ufficiali sanitari dei comuni e dei consorzi comunali tra i propri organi periferici, ha voluto porre in termini concreti il problema relativo alla organizzazione dei servizi sanitari a livello comunale.

Come è noto, il problema posto dalla legge sanitaria fondamentale del nostro paese, 22 dicembre 1888, è ben lontano dall'aver trovata una soluzione che si possa considerare soddisfacente.

Al riguardo si rileva che l'assistenza sanitaria viene svolta nei comuni attraverso le condotte mediche ed ostetriche, con finalità diverse da quella svolta dagli enti mutualistici, in quanto, questi ultimi erogano le prestazioni in caso di malattia degli assicurati, i sanitari condotti prestano una assistenza generica, capillare e continuativa, verso tutti gli strati della popolazione, in particolare quelli di più disagiate condizioni economiche.

L'azione dei sanitari condotti, affiancata a quella degli ufficiali sanitari, è diretta non solo alla repressione della morbidità insorta ma anche a prevenire l'insorgere dello stato di infermità, in particolare ad evitare la diffusione di malattie infettive ed a carattere epidemico. Per tali motivi l'amministrazione sanitaria si è sempre opposta alla soppressione delle condotte mediche ed ostetriche, le quali rispondono oltre che ad esigenze assistenziali anche a finalità sociali.

D'altra parte, come risulta dalla relazione di minoranza, le spese che i comuni sostengono per detta assistenza incidono in misura minima rispetto a quella che globalmente viene sostenuta in Italia per tale finalità.

Sulle professioni sanitarie terrò in evidenza quanto molto opportunamente si è detto dagli onorevoli relatori di maggioranza e di minoranza e dagli onorevoli Capua, Messinetti, Azimonti, Minella Molinari, De Pascalis.

Circa il problema più grave del momento, cioè le vertenze tra gli istituti mutualistici e gli ordini dei medici rendo noto che, in virtù delle norme contenute nella legge istitutiva del Ministero della sanità, continuerò ad agire per la soluzione di esso, nell'interesse precipuo dei mutuati, la cui assistenza sanitaria potrebbe essere compromessa nella sua sostanziale efficienza da una non bene intesa funzione del medico. La mia azione in tal senso desidero che sia considerata non tanto come esercizio di un diritto, quanto, invece, l'adempimento di un dovere. (*Vivi applausi al centro*).

Sul personale infermieristico, che è al centro della mia attenzione, per la politica sanitaria che intendo svolgere, non mi soffermo in quanto si è detto molto e con esattezza dagli onorevoli relatori e dagli onorevoli Romano e Colleselli. A questi in particolare

comunico che nel vasto piano di rinnovamento e potenziamento della struttura sanitaria del paese il Ministero della sanità non ha trascurato il settore dell'assistenza infermieristica. Particolare impulso è stato dato, fra l'altro, alla istituzione di nuove scuole-convitto professionali per infermiere. Fino ad ora è stata autorizzata l'istituzione di circa 60 scuole-convitto distribuite in tutto il territorio della Repubblica; di queste una diecina funzionano nell'Italia meridionale, ove le iniziative del genere vengono particolarmente incoraggiate. Premure sono state rivolte in proposito ad amministrazioni ospedaliere della Calabria, dato che in quella regione non funziona alcuna scuola-convitto.

Per l'aggiornamento delle norme legislative che regolano queste scuole è in programma la costituzione di una commissione di studio di intesa con la Federazione nazionale dei collegi delle infermiere professionali, assistenti sanitarie visitatrici e vigilatrici d'infanzia, nonché con il comitato direttrici scuole infermiere professionali e assistenti sanitarie visitatrici.

Per l'equiparazione del titolo di infermiera professionale al diploma di scuola media superiore è stata fatta una proposta al Ministero della pubblica istruzione affinché tale riconoscimento abbia luogo a condizione che per l'ammissione alle scuole-convitto sia richiesto un *curriculum* di studi post-elementare di cinque anni e non la sola licenza media inferiore attualmente richiesta: il Ministero della pubblica istruzione ha sottoposto il quesito al Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Come ho già detto, trattando dell'assistenza ospedaliera, si attendono dal Consiglio di Stato e della Presidenza del Consiglio le decisioni in merito a varie importanti questioni d'interpretazione sui poteri attribuiti al Ministero della sanità dalla legge istitutiva. Ciò valga a rassicurare gli onorevoli Quintieri e Giovanni Ferrari, relatori di maggioranza, e gli onorevoli Bruno Romano, Delfino, Cengarle, Pino, Lodovico Angelini, Capua e Baldelli, che hanno esposto il disagio e le incertezze generali.

In relazione poi ai rilievi sollevati da più parti sulle attività sanitarie svolte da alcuni ministeri, richiamo le mie dichiarazioni al Senato del 15 maggio:

« Arrivato per ultimo il Ministero della sanità, taluni problemi sanitari sono oggi patrimonio di altri ministeri, come quelli del lavoro, dell'agricoltura, dei lavori pubblici.

Per altro l'amministrazione statale è un organismo unitario, non un insieme di organi l'uno distaccato dagli altri. Non vi sono compartimenti stagni nell'amministrazione dello Stato, il che presuppone un attivo lavoro di coordinamento dell'opera di tutti i ministeri. A questo proposito credo che si possa far tesoro di un suggerimento dato ieri da un collega dell'estrema sinistra, quello che i problemi sanitari, non essendo materia esclusiva del Ministero della sanità, ma anche oggetto di altri ministeri, quelli dei trasporti, della difesa, del lavoro, dell'istruzione, sarebbe opportuno istituire un comitato di coordinamento, proprio come il Comitato dei ministri della Cassa per il mezzogiorno, perché effettivamente noi oggi corriamo il rischio, deprecato pure da alcuni colleghi, di veder sorgere parecchie istituzioni sanitarie là dove non ce ne sarebbe bisogno. Non può essere accentrato tutto in poche regioni, ma occorre tener conto di quelle regioni le quali sono quasi completamente prive delle più elementari istituzioni sanitarie. Il denaro che vien speso non è proprio di alcuna mutua in particolare o di alcun ente assistenziale, ma è denaro che appartiene allo Stato, alla collettività. I cittadini pertanto hanno diritto ad un'equa distribuzione dell'assistenza sanitaria.

« Noi siamo sicuri della collaborazione dei colleghi di Governo, il fatto che certe competenze non siano esclusive del Ministero della sanità, ma di altri Ministeri, non deve preoccupare alcuno, perché certamente il coordinamento non mancherà in questo campo. Occorre soltanto essere vigili ed aperti, per collaborare insieme ai fini della migliore salute del popolo italiano ».

Assicuro l'onorevole Camangi, il quale, con dottrina e passione, ha chiesto il riconoscimento in Italia, sul piano accademico e sanitario, della terapia omeopatica, oggi largamente praticata all'estero, che le sue considerazioni saranno attentamente esaminate dai competenti organi del Ministero. Come anche posso dare assicurazione all'onorevole Bartole che non tarderà ad essere pubblicato il regolamento previsto dalla legge sulla radiolosi.

Un punto comune nelle considerazioni svolte dai componenti della minoranza e della maggioranza è quello riferentesi alla inadeguatezza degli stanziamenti previsti nel bilancio del Ministero della sanità. È difficile non concordare con tale rilievo, essendo evidente che l'entità dei mezzi finanziari a disposizione, condiziona sostanzialmente la effi-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

cienza dei servizi sanitari sia sul piano della prevenzione sia su quello dell'assistenza. Occorre, tuttavia, tener presente che quello attuale è ancora un bilancio di transizione, un bilancio di attesa, condizionato, tra l'altro, dalla manchevole legislazione in atto.

Soprattutto nel settore della prevenzione ed in quello delle malattie sociali si appalesa necessaria la revisione e la integrazione della legislazione vigente che, per la sua attuale insufficienza e per la sua scarsa adattabilità ai nuovi e più vasti indirizzi della medicina nei suoi diversi aspetti, determina di per se stessa una impostazione di bilancio assai rigida e poco favorevole alla realizzazione pratica dei programmi dell'amministrazione sanitaria.

Sono le stesse considerazioni che hanno portato alla istituzione del Ministero della sanità, e cioè la necessità sempre più sentita di una revisione profonda della legislazione sanitaria particolarmente nel settore della prevenzione e delle malattie sociali. E a mano a mano che i lineamenti della nuova organizzazione sanitaria prenderanno forma e sostanza e si creeranno gli strumenti legislativi idonei, anche il bilancio potrà meglio articolarsi in un armonico complesso di stanziamenti, con obiettivi ben determinati, ai fini della tutela della salute individuale e collettiva.

Enormi, secondo tutti gli oratori, le difficoltà del nostro cammino, date soprattutto le scarse somme stanziare in bilancio. Ma questo bilancio non può non essere, per i motivi già esposti, altro che un bilancio di transizione. Come tale quindi questo bilancio, che legittimamente si basa sulla legge istitutiva del Ministero, mi dà l'implicito mandato di chiedere, con motivate relazioni, gli aumenti che si presenteranno come necessari ed improrogabili. Il mio dovere non è quello di tacere o di nascondere, bensì è quello di diagnosticare da « temporaneo medico » le eventuali lacune e i mali dell'amministrazione sanitaria italiana e di indicarne i rimedi, affinché il nuovo Ministero sia efficace, valido strumento di quella politica sanitaria che è da perseguire ed attuare nel generale interesse dei cittadini.

L'attuale bilancio del Ministero della sanità, come è stato ben detto da più parti, conserva una delle caratteristiche peculiari di quello dell'« Acis », cioè di delegare ad altri enti il compito di amministrare parte considerevole della spesa. È nostro proposito ora di accentuare i controlli statali sull'impiego dei fondi, non perché vi siano dubbi sulla

correttezza, che è ineccepibile, degli amministratori, bensì perché l'azione degli Enti stessi corrisponda ed armonizzi sempre con l'orientamento politico-sociale del Governo in campo sanitario.

Riportando un passo del *Notiziario dell'amministrazione sanitaria* (n. 5 maggio 1958), in cui si dice che pochi progetti legislativi promossi dall'« Acis » hanno toccato l'epilogo legislativo, il relatore di minoranza trova lo spunto per accusare l'amministrazione sanitaria di impotenza e di impreparazione. Mentre il passo indicato è la prova più limpida della feconda attività dell'amministrazione sanitaria a cui non si può negare il merito di aver preparato i progetti legislativi. Se questi poi non sono stati discussi o non sono stati approvati è senza dubbio da attribuire alle vicende parlamentari o alle crisi di governo.

Né si può tacciare di inerzia un Ministero che opera ancora con le strutture dell'Alto Commissariato e a cui non può farsi colpa di eventuale inadeguatezza ai compiti maggiori demandati ad esso dalla legge istitutiva. Dieci mesi di attività senza ruoli amministrativi e senza sicura delimitazione di competenza! Tuttavia nulla è stato trascurato dall'amministrazione nei particolarissimi settori assistenziali, organizzativi, finanziario-contabili e giuridico-amministrativi.

Non avrei esposto ora le linee di una politica sanitaria, né mi sarei davanti a voi, onorevoli colleghi, impegnato in un programma anche minimo, se non fossi stato più che certo di poter contare sulle capacità e sull'esperienza di un'amministrazione veramente all'altezza di ogni compito difficile o gravoso.

Ai miei diretti collaboratori — l'onorevole sottosegretario De Maria, i direttori generali Altara, Cramarossa, De Leoni, Tamborlini, i professori Chiarotti e Marcovecchio — il mio vivo ringraziamento per la loro attività infaticabile ed intelligente; uguale ringraziamento rivolgo a tutto il personale dell'amministrazione centrale e periferica, che nell'esercizio delle funzioni mostra di esser ben consapevole delle responsabilità tipiche del vasto settore sanitario. Ed il saluto e la gratitudine del Governo esprimo anche a tutte le categorie professionali del mondo sanitario italiano, che si prodigano al di là di ogni dovere e che hanno sempre anteposto ai propri interessi il bene dei sofferenti.

Senza dubbio — e lo abbiamo qua e là avvertito nel corso di questo nostro intervento conclusivo — lacune e deficienze nel

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

campo dell'assistenza sanitaria non si possono negare, ma queste si giustificano proprio con argomenti addotti dagli stessi critici, come l'onorevole Bruno Romano e l'onorevole Ludovico Angelini, relatore di minoranza. Il nostro secolo è stato testimone di un progresso scientifico veloce e rivoluzionario, che ha sorpreso tutte le nazioni, tra cui l'Italia. Quindi il divario o contrasto tra il reale stato di cose ed il progresso è più che naturale in un primo tempo. Ma ora è necessario portare tutte le nostre istituzioni sanitarie al livello indicato dall'attuale progresso della scienza medica e delle sue applicazioni.

Né sarei oggi qui a parlare se veramente fossi convinto che il presente bilancio, come si è sostenuto da qualche oratore, non consenta affatto di svolgere una pur minima politica sanitaria. Sono anzi convinto che le modeste cifre del bilancio, per virtù quasi magica, hanno il potere di consentire una politica seria, se non proprio una politica di espansione e di sviluppo. Chi mi abbia seguito in questa mia breve concisa esposizione potrà aver dubbi sulle mie visioni del domani, sulle mie capacità di temporaneo nocchiero della Sanità, ma non potrà reprimere un sentimento commosso di plauso e di ammirazione verso tutta l'amministrazione, che è pur sempre quella dell'« Acis », la quale mai ricevette l'onore di vedere le proprie opere e la propria azione illustrata davanti a coloro che rappresentano tutto il popolo italiano. Chi mi abbia seguito non potrebbe non constatare infatti che le fondamenta su cui vogliamo erigere il nuovo sistema difensivo della salute dei cittadini sono quelle stesse fondamenta ancor solide ereditate dall'« Acis »; che a sua volta e in tempo non lontano le aveva ricevute dalla vecchia direzione dei servizi sanitari del Ministero dell'interno.

Vi è comunque una differenza tra ieri e oggi, differenza lieve che però sarà il punto di partenza per potenziare veramente la Sanità italiana. La quale per molti decenni fu modesta direzione del Ministero dell'interno, mai in prima linea, perchè i servizi di ordine pubblico accentravano ogni attenzione del Parlamento e del paese; poi alle dipendenze, come « Acis », della Presidenza del Consiglio, ma nonostante la promozione, ancor più dimenticata, perchè l'enorme attività del Presidente del Consiglio era l'effettivo punto d'attrazione d'ogni attacco, di ogni critica ed anche di ogni elogio.

Oggi invece la sanità italiana elevata a Ministero della sanità offre come bersaglio

un ministro responsabile, un bilancio da criticare con larghezza di tempo e con comodità di ricerca, perchè non più nascosto nelle pieghe abbondanti del bilancio del tesoro; offre alle analisi più spietate ogni suo atto, ogni fatto, ogni suo respiro. È un bene che sia così. Perchè questa possibilità di libera critica sarà la leva possente che sollevierà radicalmente e decisamente le sorti della Sanità italiana da cui dipende in gran parte la vita sana e serena del popolo italiano, la sua sicurezza sociale.

Non è questa retorica, onorevoli colleghi. Le premesse vi sono: un Governo aperto ad accogliere le istanze sociali, pronto se del caso a ricercarle o a scoprirle. Fra moltissime iniziative lo dimostra tra l'altro la lotta che il Governo ha sferrato contro la polio. Chi potrebbe aver l'audacia di tacciare di mancanza di spirito sociale un Governo che, applicando la vaccinazione gratuita antipolio ai fanciulli sino ai sei anni e anche ai fanciulli poveri di età superiore, ha dato l'unica arma attuale di difesa a 6 milioni di bimbi, a quei bimbi di tenera età che purtroppo offrono al micidiale morbo il doloroso contributo del 95 per cento dei soggetti colpiti; un Governo, che ha reso finanziariamente possibile la vaccinazione a tutti i cittadini con la riduzione del prezzo del vaccino da 750 a 500 lire *pro dose*; un Governo ancora che, con la sospensione del dazio doganale sul vaccino antipolio (che per i quattro quinti è produzione estera) ha compiuto un atto veramente di valore e di significato straordinario: per la prima volta nella storia dell'Italia unita si è tolto il dazio doganale gravante su di un farmaco. Atto significativo che è indice, pur nella sua piccolezza, della socialità della stessa politica finanziaria del Governo.

Sento di dover ringraziare ancora una volta tutti i membri del Governo ed in particolare il Presidente del Consiglio onorevole Segni ed il ministro Taviani, per avere prontamente accolto la mia proposta.

Onorevoli colleghi, l'esigenza di dare all'amministrazione sanitaria un moderno e definitivo assetto, tale da garantire una disciplina organica ed efficiente delle pubbliche prestazioni, ha trovato il suo primo indispensabile riconoscimento nell'istituzione del Ministero della sanità. È compito ora del nuovo dicastero affrontare e risolvere i numerosi ed imponenti problemi che si pongono per la realizzazione di un ampio programma di adeguamento della vigente legislazione al progresso scientifico e alle nuove esigenze pro-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

filattiche terapeutiche ed assistenziali. L'ora tarda mi costringe e non toccare altri temi, temi che non dovrebbero passare sotto silenzio, specie che di essi non si è ancora parlato nelle nostre assise parlamentari. Ma sui problemi fondamentali, sia pure in sintesi, credo di aver detto una parola, senza veli e incertezze, sì che possa delinearsi la via maestra di una politica sanitaria, via da percorrere sicuri nell'interesse della collettività.

Mi auguro cioè che dal mio intervento conclusivo sia emerso, pur senza volerlo espressamente formulare, un programma non elaborato in base a schemi teorici o fissi, bensì sorto spontaneo e vivo dalla visione completa della nostra vita sociale e dalla conoscenza di quella realtà di cui si devono anche contemplare gli aspetti negativi o tristi, se la si vuole veramente modificare per il bene comune.

Noi riteniamo che il senso della solidarietà sociale, pur presente e operante, sarà avvertito dai cittadini soprattutto in virtù di una politica sanitaria sempre vigile e attiva, decisa e lungimirante, che protegga i fanciulli sin dal loro nascere e li segua sempre nella scuola e nella vita.

Quella politica che ho delineato sarà da me osservata con fermezza, specialmente se avrò il conforto, onorevoli colleghi, della vostra alta fiducia; fiducia in una politica che intende difendere la salute pubblica con il medesimo impegno con cui si difendono i lembi sacri del territorio nazionale. (*Vivissimi applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Si dia lettura dell'unico ordine del giorno presentato.

DE VITA, *Segretario*, legge:

« La Camera,

considerato che le recenti massicce riduzioni sul prezzo al pubblico delle specialità medicinali, come quelle avvenute sui meprobromati (tranquillanti) e vaccino antipolio, sono la più evidente testimonianza delle sproporzioni esistenti fra costo reale della specialità e prezzo di vendita al pubblico,

invita il Governo

ad adottare al più presto un sistema per la determinazione del prezzo delle specialità medicinali tale da consentire la formazione di un prezzo che sia corrispondente al costo effettivo e di conseguenza di procedere al più

presto alla revisione del prezzo di tutte le specialità attualmente in commercio operando per gruppi omogenei ».

DE PASCALIS, CERAVOLO DOMENICO, MERLIN ANGELINA, SCARONGELLA, ANDÒ, CALAMO, LUZZATTO, GUADALUPI, MALAGUGINI, MANCINI.

PRESIDENTE. Qual è il parere del Governo su questo ordine del giorno?

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Sono dolente di non poterlo accettare, dato che la materia è disciplinata dalla legge.

PRESIDENTE. Onorevole De Pascalis, insiste a che il suo ordine del giorno sia posto in votazione?

DE PASCALIS. Non insisto.

PRESIDENTE. Si dia lettura dei capitoli dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1959-60, che, se non vi sono osservazioni od emendamenti, si intenderanno approvati con la semplice lettura.

DE VITA, *Segretario*, legge. (*V. stampato n. 1213*).

(*Sono approvati tutti i capitoli, sui quali non vi sono iscritti a parlare e non sono stati presentati emendamenti*).

Si dia lettura del riassunto per titoli e del riassunto per categorie, che, se non vi sono osservazioni, si intenderanno approvati con la semplice lettura.

DE VITA, *Segretario*, legge:

Riassunto per titoli. — Titolo I. *Spesa ordinaria*. — Categoria I. *Spese effettive*. — Spese generali lire 2.785.200.000.

Debito vitalizio e trattamenti similari lire 412.000.000.

Assegnazioni agli Enti vigilati lire 12 miliardi 815 milioni.

Spese per l'igiene pubblica e per gli ospedali lire 3.147.000.000.

Spese per le malattie sociali, lire 21 miliardi 530.000.000.

Spese per i servizi farmaceutici lire 79 milioni 600 mila.

Spese per i servizi veterinari lire 700 milioni.

Spese per la propaganda sanitaria e le attività culturali. Contributi alle organizzazioni internazionali lire 234.000.000.

Istituto superiore di sanità lire 2 miliardi 179 milioni 965 mila.

Totale della categoria I. *Parte ordinaria*, lire 43.882.765.000.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 LUGLIO 1959

Titolo II. *Spesa straordinaria*. — Categoria I. *Spese effettive*. — Spese diverse lire 50.000.

Riassunto per categorie. — Categoria I. *Spese effettive* (ordinarie e straordinarie) lire 43.882.815.000.

PRESIDENTE. Sono così approvati il riassunto per titoli e il riassunto per categorie dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1959-60.

Si dia lettura degli articoli del disegno di legge che, non essendovi emendamenti, porrò successivamente in votazione.

DE VITA, *Segretario*, legge. (*V. stampato n. 1213*).

(*La Camera approva i tre articoli del disegno di legge*).

PRESIDENTE. Il disegno di legge sarà votato a scrutinio segreto in altra seduta.

Deferimento a Commissione.

PRESIDENTE. L'VIII Commissione (Istruzione), nella seduta del 10 luglio 1959, ha deliberato, ad unanimità, di chiedere che la proposta di legge Franceschini: « Passaggio di professori dei ruoli speciali transitori nei ruoli ordinari » (529), già assegnatale in sede referente, le sia deferita in sede legislativa.

Considerato, poi, che il disegno di legge: « Estensione dei benefici previsti dalla legge

12 agosto 1957, n. 799, e 2 aprile 1958, n. 303, a talune categorie di insegnanti e di insegnanti tecnico-pratici di ruolo speciale transitorio » (1263), comprende la materia di cui alla stessa proposta n. 529, ritengo opportuno che anche tale disegno di legge sia deferito alla stessa Commissione in sede legislativa.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

Presentazione di un disegno di legge.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Chiedo di parlare per la presentazione di un disegno di legge.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Mi onoro presentare, a nome del ministro del lavoro e della previdenza sociale, il disegno di legge:

« Impiego della biacca nella pittura ».

PRESIDENTE. Do atto della presentazione di questo disegno di legge, che sarà stampato, distribuito e trasmesso alla Commissione competente, con riserva di stabilirne la sede.

La seduta termina alle 14.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO DEI RESOCONTI

Dott. VITTORIO FALZONE

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI