

CCCXXXIII.

## SEDUTA ANTIMERIDIANA DI GIOVEDÌ 8 SETTEMBRE 1960

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE LI CAUSI

## INDICE

	PAG.
<b>Congedi</b> . . . . .	16485
<b>Disegno di legge</b> ( <i>Seguito della discussione</i> ):	
Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1960 al 30 giugno 1961 (1981) . . . . .	16488
PRESIDENTE . . . . .	16488
MONTANARI OTELLO . . . . .	16488
LATTANZIO . . . . .	16494
GIARDINA, <i>Ministro della sanità</i> . . . . .	16494, 16502
CHIAROLANZA . . . . .	16499
DE MARIA . . . . .	16507
<b>Proposte di legge</b> ( <i>Svolgimento</i> ):	
PRESIDENTE . . . . .	16485
FRACASSI . . . . .	6485
PECORARO, <i>Sottosegretario di Stato per le finanze</i> . . . . .	16486
CARCATERRA . . . . .	16486, 16487
CIBOTTO . . . . .	16487
BIAGGI NULLO, <i>Sottosegretario di Stato per l'industria e il commercio</i> . . . . .	16487, 16488
CAVAZZINI . . . . .	16487, 16488

**La seduta comincia alle 10,30.**

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

(È approvato).

**Congedi.**

PRESIDENTE. Hanno chiesto congedo i deputati Baroni, Breganze e Foderaro.

(I congedi sono concessi).

**Svolgimento di proposte di legge.**

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

« Provvidenze a favore dei sottufficiali e militari di truppa dell'arma dei carabinieri richiamati e trattenuti ». (1128).

FRACASSI. Signor Presidente, chiedo di svolgerla io.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FRACASSI. La proposta di legge mira ad eliminare talune ingiustizie di cui, contrariamente ai sottufficiali e militari di altri corpi di polizia fatti oggetto di specifici provvedimenti, sono stati vittime i sottufficiali e militari di truppa dell'arma dei carabinieri richiamati e trattenuti da date anteriori, o nel corso del secondo conflitto mondiale e degli eventi immediatamente successivi.

Com'è infatti noto, nel 1951 e negli anni precedenti, allo scopo di pervenire al riassetto organico di quadri dell'arma benemerita, furono collocati in congedo circa 5 mila sottufficiali, appuntati e carabinieri, dei quali una parte era stata richiamata anteriormente al 1940 e trattenuta ininterrottamente in servizio fino al 15 aprile 1951, mentre l'altra parte, richiamata durante la guerra 1940-45 e nel corso delle elezioni politiche del 1948, aveva prestato periodi di servizio abbastanza lunghi negli anni compresi tra il 1940 ed il 1951.

Allo scopo di garantire una certa sistemazione economica al personale anzidetto, si provvide con l'articolo 7 della legge n. 210 al riconoscimento dei servizi prestati a partire dalla data del 10 giugno 1940 e, con legge 25 luglio 1952, n. 1113, venne concessa un'inden-

## III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'8 SETTEMBRE 1960

nità *una tantum* sostitutiva, se il termine può essere usato, del mancato diritto alla pensione.

Negli anni successivi al 1951 vedevano però la luce norme che devano una sistemazione di carattere pensionistico ai sottufficiali e militari della guardia di finanza e del corpo guardie di pubblica sicurezza in condizioni analoghe ai pari grado dell'arma dei carabinieri congedati senza pensione. Questa palese ed ingiustificata difformità di valutazione dei diritti spettanti ai militari nella medesima posizione, spinte a considerare l'opportunità di sanare tale situazione di disagio, se non con provvidenze identiche a quelle adottate per la pubblica sicurezza e la guardia di finanza, almeno attraverso il riconoscimento ai fini della pensione del servizio prestato anteriormente alla data del 10 giugno 1940 e la concessione di una maggiorazione di anni di anzianità sufficienti al raggiungimento del minimo di pensione in favore degli elementi che, pur utilizzando i servizi resi, tale minimo non raggiunsero.

Questa chiara esigenza di giustizia trovò enunciazione nella legge 25 aprile 1957, n. 313, che, però, è stata talmente mutilata e male interpretata da far sì che i benefici da essa previsti si riducessero a nulla. Infatti, sull'onda di tale distorta interpretazione, si è giunti al paradosso di assegnare la pensione ai sottufficiali e militari con 12 anni di servizio, escludendo coloro che, pur avendo al loro attivo più di 18 anni di milizia nell'arma, non hanno sommato continuativamente i famosi 7 anni previsti dal 10 giugno 1940 al 15 aprile 1951 che, purtroppo, la legge n. 313 prevede.

Conscio dell'opportunità di provvedere sollecitamente a questo atto di elementare giustizia, certo del vostro consenso, chiedo la procedura d'urgenza.

**PRESIDENTE.** Il Governo ha dichiarazioni da fare?

**PECORARO, Sottosegretario di Stato per le finanze.** Il Governo, con le consuete riserve, nulla oppone alla presa in considerazione.

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

(È approvata).

Pongo in votazione la richiesta d'urgenza.

(È approvata).

Segue la proposta di legge di iniziativa dei deputati Carcaterra e Dosi:

« Agevolazioni fiscali a favore degli istituti di credito di cui all'articolo 41 del regio de-

creto-legge 12 marzo 1936, n. 375, e all'articolo 1 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 23 agosto 1946, n. 370 » (2146).

L'onorevole Carcaterra ha facoltà di svolgerla.

**CARCATERRA.** La proposta di legge tende ad eliminare sperequazioni esistenti nel campo tributario.

Come è noto, sono state adottate agevolazioni per la creazione e per l'ammodernamento delle industrie, nonché per le esportazioni. Senonché, il sistema tributario non è uguale per tutti gli istituti che compiono queste operazioni. Il danno non è solo degli istituti di credito, cioè delle sezioni speciali, degli istituti speciali, degli istituti regionali, ma anche delle aziende private, le quali, quando vi è una folla di richieste, non possono rivolgersi agli istituti privilegiati, ma debbono rivolgersi agli istituti non privilegiati.

La sperequazione è di triplice ordine. Vi è una sperequazione in ordine alla maggiore incidenza del carico fiscale sul costo dei mezzi finanziari, perché alcuni istituti (Mediobanca, Centrobanca, Efibanca) corrispondono sugli interessi pagati ai depositanti l'imposta di ricchezza mobile categoria A, il che significa una aliquota del 26 per cento, mentre altri istituti, come l'I.M.I. e il Consorzio delle opere pubbliche, pagano soltanto lo 0,125 e altri istituti (istituti regionali di medio credito) non pagano nulla.

La seconda sperequazione è la maggiore incidenza del carico fiscale sul reddito derivante dai finanziamenti effettuati. Infatti, alcuni istituti (Mediobanca, Centrobanca, Efibanca) corrispondono l'imposta di ricchezza mobile categoria B mentre gli altri istituti non corrispondono alcuna imposta.

La terza sperequazione consiste nella maggiore incidenza del carico fiscale per imposte indirette sui finanziamenti accordati a industrie non classificabili « medie o piccole » ai sensi della legge 25 luglio 1952, n. 949, i quali soltanto se vengono effettuati da determinati istituti (I.M.I.) usufruiscono della esenzione totale dalle suddette imposte.

La proposta di legge vuole eliminare queste sperequazioni che in parte sono state già eliminate da due leggi: la legge 25 luglio 1952, secondo la quale il trattamento fiscale, per quanto riguarda le imposte indirette, è identico per tutti gli istituti; la legge 30 luglio 1959, che riguarda i finanziamenti alle esportazioni.

Il Governo certamente è più informato di noi. Perciò vorrei domandare da che cosa sia derivata la sperequazione fiscale tra i diversi

istituti di credito. Comunque, ho l'impressione, credo molto valida, che questa sperequazione debba essere ormai eliminata. A ciò provvede la mia proposta.

Chiedo l'urgenza.

PRESIDENTE. Il Governo ha dichiarazioni da fare ?

PECORARO, *Sottosegretario di Stato per le finanze*. Il Governo, con le consuete riserve, nulla oppone alla presa in considerazione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la presa in considerazione della proposta di legge Carattera e Dosi.

(È approvata).

Pongo in votazione la richiesta d'urgenza.

(È approvata).

Segue la proposta di legge di iniziativa dei deputati Cibotto, Romanato, Sabatini, Cappugi, Penazzato, Zanibelli, Bianchi Fortunato, Patrini, Bianchi Gerardo, Calvi, Colleoni, Buttè, Canestrari e Gitti:

« Provvedimenti a favore delle aziende produttrici di gas metano, di quelle che provvedono al trasporto di tale fonte di energia — e dei rispettivi lavoratori — le cui attività abbiano subito o subiranno una sospensione o una riduzione, nel quadro degli esperimenti diretti ad accertare le cause determinanti l'abbassamento del delta padano » (2271).

L'onorevole Cibotto ha facoltà di svolgerla.

CIBOTTO. Penso che la relazione scritta dimostri la necessità di provvedimenti a favore delle aziende produttrici del gas metano, di quelle che provvedono al trasporto di tale fonte di energia e, in modo particolare, a favore dei lavoratori, la cui attività è sospesa da quasi quattro mesi in seguito agli esperimenti richiesti dal Ministero dei lavori pubblici, di concerto con quelli dell'agricoltura e dell'industria, per appurare le cause che hanno determinato il bradisismo nel basso Polesine.

Nel delta padano gli esperimenti sono in corso da circa quattro mesi e gravi sono i danni che stanno subendo le aziende che hanno sospeso la loro attività. Quelli che più soffrono sono gli operai che, non essendo riusciti in nessuna maniera, data la condizione di miseria del delta padano, a trovare una occupazione, sono in attesa di qualche provvidenza che riesca a lenire la miseria delle loro famiglie.

Le prime notizie sugli studi in atto da parte della commissione apposita nominata dal Ministero dei lavori pubblici per stabilire

le cause del bradisismo non sono certamente tranquillanti, tant'è che si prospetta di dovere aumentare il numero delle aziende che dovranno cessare la loro attività. Di qui la necessità che con assoluta urgenza sia presa una decisione che incoraggi i proprietari delle aziende ancora in funzione e di quelle per le quali si paventa il pericolo di una chiusura.

Mi domando, signor Presidente, quale sarà la situazione del delta padano il giorno in cui resteranno chiuse le rimanenti centrali che attualmente sono ancora in funzione senza che si sia addivenuti alla concessione di adeguati sussidi. È una situazione densa di incognite e suscettibile di gravi conseguenze.

Per questi motivi, prego la Camera di voler prendere in considerazione la nostra proposta di legge, in modo che gli industriali interessati e soprattutto i lavoratori, che versano in gravi condizioni di disagio economico, possano ricevere dal Governo quell'aiuto che da tempo aspettano.

Chiedo l'urgenza.

PRESIDENTE. Il Governo ha dichiarazioni da fare ?

BIAGGI, *Sottosegretario di Stato per l'industria e il commercio*. Il Governo, con le consuete riserve, nulla oppone alla presa in considerazione.

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

(È approvata).

Pongo in votazione la richiesta di urgenza.

(È approvata).

Segue la proposta di legge di iniziativa dei deputati Cavazzini, Busetto, Soliano, Roffi, Ambrosini e Francesco Ferrari:

« Provvedimenti straordinari a favore delle aziende industriali metanifere del Polesine e del personale da esse dipendente » (2252).

L'onorevole Cavazzini ha facoltà di svolgerla.

CAVAZZINI. La proposta di legge tende ad ottenere provvidenze straordinarie a favore delle aziende metanifere del Polesine che hanno dovuto sospendere la loro attività a causa degli esperimenti in corso sul bradisismo verificatosi nel basso Polesine e nel delta padano. Tale sospensione di attività comporta gravi conseguenze di ordine economico e sociale. Infatti, è stata ridotta di un terzo la produzione metanifera del Polesine, con la conseguenza che 225 lavoratori, già occupati stabilmente presso dette centrali, hanno cessato

ogni attività, rimanendo senza salario e utilizzando sussidi in forma straordinaria e contingente. Altre imprese ed altri lavoratori, le cui attività sono collegate al funzionamento delle centrali, risentono di notevoli danni conseguenti alla chiusura delle stesse.

Se queste conseguenze vengono poi collocate nel quadro della precaria situazione di depressione economica del Polesine, che vede aumentare il fenomeno migratorio, si avverte che la chiusura delle centrali del metano tende a moltiplicare le difficoltà esistenti e ad accelerare il fenomeno del movimento migratorio che nel Polesine ha già assunto proporzioni purtroppo imponenti.

D'altra parte vi è da considerare che se dall'esperienza voluto dagli organi ministeriali stessi e dall'opinione pubblica si vuole avere una risposta sufficientemente precisa circa la effettiva incidenza dell'estrazione del metano sugli abbassamenti del suolo, non è facile predeterminare una durata dello stesso esperimento troppo limitata nel tempo.

S'impongono quindi la necessità e l'urgenza di adottare alcune provvidenze straordinarie e particolari che, se da un lato debbono garantire agli operai già occupati presso le centrali del metano il percepimento dell'intero salario e la continuità nel godimento dei diritti previdenziali durante tutto il periodo della sospensione delle attività, perché altre possibilità di occupazione sono loro precluse, dall'altro lato tendono ad indennizzare seppur parzialmente i proprietari delle aziende metanifere del danno che esse subiscono per questa forzata inattività dei loro impianti, che è dovuta a non altro che al verificarsi di un fenomeno assimilabile ad una vera e propria calamità naturale.

Al raggiungimento di questo duplice fine sono rivolti i provvedimenti indicati nella presente proposta di legge, provvedimenti che si riallacciano a determinati precedenti in fatto e in diritto già verificatisi nel passato, quali le disposizioni adottate a favore degli operai dipendenti dalle aziende industriali cotoniere, o quelle concernenti le provvidenze in favore di aziende danneggiate da alluvioni o dal verificarsi di calamità naturali.

È per queste ragioni che chiedo alla Camera di voler accogliere favorevolmente questa mia proposta di legge e chiedo altresì che sia adottata la procedura di urgenza.

PRESIDENTE. Il Governo ha dichiarazioni da fare?

BIAGGI, *Sottosegretario di Stato per l'industria e il commercio*. Il Governo, con le con-

sueti riserve, nulla oppone alla presa in considerazione della proposta di legge.

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

(È approvata).

Pongo in votazione la richiesta di urgenza.

(È approvata).

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

#### Seguito della discussione del bilancio del Ministero della sanità (1981).

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

È iscritto a parlare l'onorevole Otello Montanari. Ne ha facoltà.

MONTANARI OTELLO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ci troviamo di fronte ad un bilancio che già nella relazione di maggioranza viene criticato fin dall'inizio, seppure timidamente. In fatti si dice che il bilancio risente dell'impostazione schematica data a suo tempo ai capitoli di bilancio dell'« Acis ». Si continua poi affermando che se si fa il confronto con i bilanci dell'istruzione e dell'agricoltura, con le iniziative del « piano verde » e del « piano della scuola », con gli stessi bilanci degli enti previdenziali ed assistenziali, non si può non chiedere una diversa considerazione, una accresciuta considerazione di quello della sanità.

Ricordo qui ancora che l'onorevole Giardina, in una seduta della Commissione sanità il 14 giugno di quest'anno, ebbe a dire: « Ho chiesto il doppio del 1959 ma ho avuto soltanto 8 miliardi in più ».

I rilievi autocritici degli stessi onorevoli colleghi della maggioranza, sia sulla insufficienza finanziaria, sia sulla impostazione, impongono quindi non solo una trattazione specifica e tecnica dei problemi settoriali, ma soprattutto una valutazione più generale, un discorso sull'indirizzo complessivo. E ciò si rende tanto più necessario in quanto nello stesso discorso programmatico dell'onorevole Fanfani non viene delineata una politica diversa da quella del passato, ma vengono soltanto espressi degli auspici, senza che vi sia una direttiva, una indicazione concreta per sperare in meglio per il 1961-62.

Desidero infine aggiungere che nella riunione della Commissione sanità in cui fu di-

scusso il bilancio, furono tante le critiche avanzate da tutti i settori, esclusa fatta per quello democratico cristiano che fece scena muta in quel dibattito — e ciò fu assai strano —, che, se oggi non vi fosse una pregiudiziale politica in conseguenza del voto di fiducia, questo bilancio verrebbe certamente respinto dalla maggioranza della Camera.

E sarebbe più che giusto. Infatti, come è concepito tale bilancio? Nè più nè meno che come una ripetizione di quello dell'« Acis », come una somma di elargizioni, di contributi, di sussidi da dare. E come è concepita la relazione di maggioranza? Nonostante i buoni propositi e gli sforzi del relatore, essa non si discosta da una semplice spiegazione, da un commentario del bilancio stesso; soprattutto, non vi è in essa una prospettiva.

La nostra posizione nei confronti del bilancio è perciò di netta, assoluta opposizione. Del resto non credo che noi siamo i soli a trovarci in questa posizione. Per altro, gli atti che noi compiamo sono coerenti con le critiche che avanziamo.

La nostra opposizione, però, non è opposizione al Ministero, che anzi noi vogliamo rafforzato, efficiente, con maggiori poteri, con maggiori mezzi, in grado di svolgere un'azione ispirata ad una giusta politica. È una opposizione, invece, alla sostanza di questo bilancio, al suo contenuto, alla mancanza di prospettive, alla sostanza della relazione. Mi dispiace per l'onorevole Colleselli, ma, pur riflettendoci, non posso mutare questo giudizio espresso anche in commissione.

Ieri la onorevole Dal Canton ha detto: « Non intendo far perdere tempo al Governo » (strano atteggiamento), ed ha soggiunto: « non si può fare il processo al Ministero che è appena nato ». Desidero però ricordare qui che già l'anno scorso pensavate di uscire dall'imbarazzo affermando tutta una serie di cose, molto interessanti da considerare. Ne ricorderò alcune. Si affermò che era quello il primo anno di vita del Ministero, si teorizzò sul fatto che si trattava di un bilancio di transizione, si formularono degli auspici dicendo che il prossimo anno le cose sarebbero andate diversamente perchè — ricordo la frase pronunciata dal relatore di maggioranza — *incipit vita nova*.

Senonchè tutte queste giustificazioni addotte per l'anno passato si rilevarono poco più che espedienti. Ration per cui quest'anno non basta ripetere le critiche che già abbondantemente vennero formulate l'anno scorso. Occorre dire di più, perchè la situazione si è aggravata, e sempre più chiaramente voi mo-

strate nei fatti, anche se talvolta le vostre parole sembrano lasciare intendere qualcosa di diverso, di opporvi a qualsiasi mutamento di una situazione ormai intollerabile. E non siamo solo noi a sostenere questo. Che cosa dicono, ad esempio, i vostri stessi tecnici? Qual è l'opinione prevalente tra coloro che concorrono a preparare il bilancio sul piano tecnico? Essi affermano che è stato chiesto il doppio — come del resto ha detto lo stesso ministro —, ma che in sede politica sono state respinte quasi tutte le loro richieste; dicono che non si vuole cambiare nulla, che ci si oppone a fare di questo Ministero un vero ministero. Essi pensano poi che non si tratta solo di mezzi, di raddoppiare quei 45-50 miliardi, ma soprattutto di una politica nuova che non vi è. E questo si riflette nella stessa relazione di maggioranza.

Non siamo soli a fare queste critiche. Voglio richiamare il giudizio che venne espresso da un'autorevole rivista, *Annali Ravasini*, nell'agosto scorso, a proposito del bilancio e della relazione di maggioranza: « Ci rendiamo conto delle perplessità del relatore di maggioranza, dato che il bilancio del dicastero della sanità è rimasto tale e quale era, nel suo semplice schematismo, quello dell'« Acis », rigidamente circoscritto agli aspetti amministrativi della sanità e privo di ogni contenuto politico. Il bilancio della sanità per il 1960-61 si presenta in vesti dimesse, anodino devitalizzato, privo di mordente, spoglio di ogni sia pur piccolo contenuto. Nella relazione non vi è una parola sull'attività sanitaria nel campo dell'assistenza svolta dagli enti locali ». E si continua dicendo che « gran parte delle lacune del bilancio e della relazione di maggioranza vengono superate, almeno come impostazione e come indirizzo, dalla relazione di minoranza ».

Perciò, al punto in cui siamo, cioè al secondo bilancio, dopo quello che avete detto l'anno scorso e che è smentito dai fatti, dalla pratica, non si può ignorare che il problema è soprattutto ancor più un problema squisitamente politico, è un problema di volontà o mancanza di volontà nel cambiare e nel fare le dovute riforme. Il problema è quello di sapere se volete lasciare l'attuale situazione sanitaria denunciata da mille parti e particolarmente dai convegni di Matera e di Palma di Montechiaro, o se volete cambiare questa situazione.

Le cifre del bilancio indicano la gravità della situazione e l'insufficienza della politica del Ministero, della politica della maggioranza, della politica del Governo. Si tratta di 50 miliardi su 3.500 miliardi del bilancio

dello Stato. Vi è un aumento di 8 miliardi, però, se mi si permette il confronto, vorrei qui ricordare che l'aumento del bilancio della difesa è quest'anno di 54 miliardi rispetto al 1959 e nel 1959 rispetto al 1958 vi è stato un altro aumento di 24 miliardi. Cioché nel giro di due anni vi è stato per la difesa un aumento di circa 80 miliardi. Nulla di tutto ciò si è avuto in un settore decisivo e fondamentale quale quello sanitario, in cui tutti o quasi tutti, a parole almeno, riconoscono che gli investimenti sarebbero i più produttivi.

Se si prendono poi alcuni capitoli di spesa si hanno cifre irrisorie. Tutti sanno che quasi il 50 per cento dei decessi (così nel 1957 e così nel 1958) è causato da malattie cardiovascolari.

Ebbene, nel bilancio si prevede una somma di circa 400 milioni di lire.

Per l'igiene pubblica e gli ospedali (e sotto questo capitolo si prevedono varie cose), pur con un aumento di un miliardo e 717 milioni, si ha una somma complessiva di 4 miliardi e 800 milioni, il che costituisce un contributo insignificante.

Per la cura, l'assistenza ed il recupero degli ammalati affetti da postumi di poliomielite si prevedono, pur con l'aumento di 700 milioni, soltanto 2 miliardi. Per la lotta contro il cancro sono stati aggiunti 250 milioni rispetto all'anno passato, ma lo stanziamento complessivo è insignificante, poiché non arriva che a un miliardo e 450 milioni. Mentre tutto il mondo si dedica allo studio di questo flagello, noi, invece, iscriviamo in bilancio una cifra irrisoria!

Le spese, poi, per i servizi veterinari (campo di grandissima importanza!) sono aumentate, sì, di 310 milioni, ma si aggirano complessivamente sul miliardo e 10 milioni. Ma solo per le esigenze minime connesse con la profilassi delle zoonosi e delle parassitosi e per il risanamento zootecnico previsto dal senatore Benedetti, la richiesta minima di spesa era di 5 miliardi! Non facendo tutto ciò, evidentemente si perdono decine e decine di miliardi ogni anno a causa delle malattie che colpiscono il nostro patrimonio zootecnico.

Ma, oltre alle cifre, che cosa troviamo? Alle irrisorie cifre dei vari capitoli e a quella complessiva si aggiunge la piattezza delle impostazioni, si ignorano o si eludono i problemi che si sono accumulati in tutti i settori. Sulle competenze del Ministero della sanità, a proposito delle quali occorrerebbe un radicale cambiamento, ci si limita a disquisizioni che non raggiungono un'oncia o un grammo di

più a quel che già si ha. La cosa più incredibile è che il fattore principale e di più grande attualità — la mutualità — sfugge alla competenza di questa amministrazione, per cui vi è da chiedersi come mai si possa discutere di questioni sanitarie, su un bilancio come questo che si presenta, se si rinuncia a discutere dei settori in cui sono assistiti 38 milioni di italiani!

Dopo due anni di vita del Ministero della sanità, si possono trarre delle conclusioni, sia partendo dalle cifre, sia partendo dall'indirizzo del Ministero stesso. In primo luogo, i fatti dimostrano e confermano: l'incapacità vostra a reagire ad una situazione intollerabile; una mancanza d'impegno a correggere la stessa legge istitutiva del 1958, a modificarla, se necessario, come molti credono; un indirizzo che, se non proclamate, lasciate tuttavia sviluppare: cioè quello di lasciare che le cose vadano come sono andate finora. Questo lasciare andare, questo aggravarsi della situazione scalza il prestigio del Ministero, che noi vogliamo invece accresciuto e rafforzato con nuovi e ampi poteri.

In secondo luogo, la conclusione cui si deve giungere partendo dalle cifre e dall'indirizzo è che non si vuole tenere conto di quanto avviene nel paese, della reale situazione igienico-sanitaria. Non bastano le parole, contano i fatti! E la situazione che conosciamo si è aggravata: dalle proteste dei medici, dalla situazione degli ospedali, dalle ruberie (che continuano più gravi di prima) sui prezzi dei prodotti farmaceutici, e per i quali vi sono delle responsabilità del Ministero: tutto denuncia una situazione intollerabile.

Noi non ci limitiamo però solo a delle critiche. Abbiamo una linea e proposte chiare. Per noi, il piano della C.G.I.L. per un servizio sanitario nazionale non solo rappresenta il più alto punto di elaborazione, ma anche un preciso impegno politico che tiene conto della gradualità nella sua applicazione, e che quindi implica delle scelte precise.

Noi vi diciamo: vediamo di sciogliere alcuni nodi, due o tre nodi, due o tre questioni più gravi; cerchiamo cioè di metter fine (questa è senza dubbio una delle questioni di fondo) alla situazione di disordine e di anarchia nel settore mutualistico. Vi sono somme favolose che nessuno controlla; vi sono barriere artificiali incompatibili tra medicina curativa, preventiva e di recupero. In un periodo che nella storia della medicina sarà ricordato certamente come quello di una lotta per la riunificazione dell'organismo umano nella

sua funzione, nella prevenzione, nella sua tutela di fronte alle condizioni ambientali (sul posto di lavoro, nella casa, nella scuola); in un periodo nel quale la lotta arriva a proteggere l'anima, lo spirito, il cervello; in un periodo in cui l'uomo viene considerato uno ed unito all'ambiente che lo circonda; in un periodo in cui si affrontano gli studi sui voli cosmici, in Italia l'uomo viene ancora diviso dai burocrati in una serie di pezzi e porzioni che non servono che a spingerlo l'uno verso l'altro.

Non è possibile andare avanti così; bisogna cambiare strada. Di questo ne siamo tutti convinti; ma non so se tutti intendano tener fede all'impegno di cambiare strada. E' certo che noi continueremo a combattere finché tale cambiamento non sia attuato.

Si tratta di un settore in cui vi è da rifare e riorganizzare quasi tutto e in cui vi è da applicare la Costituzione repubblicana che pone il problema della tutela della salute chiaramente e in forma unitaria.

Cominciamo, dunque, con l'attribuire al Ministero della sanità la competenza primaria su tutte le questioni sanitarie delle organizzazioni mutualistiche. Se per attribuire questa competenza occorre modificare la legge, modifichiamola. Non lasciamo però protrarre ancora una simile situazione. Noi crediamo che questa sia la strada più giusta per l'unificazione del sistema. Poi saranno fatti altri passi e saranno prese altre misure.

Il Governo ha costituito una commissione per le regioni nel modo che tutti sappiamo. Non sappiamo però se sarà partorito un topolino o se si avrà un aborto. Ma la Costituzione parla chiaro e deve essere realizzata. Vediamo perciò quello che si può fare su scala regionale per sburocratizzare e democratizzare anche nel campo sanitario. Noi vi chiediamo, in sostanza: quali sono gli obiettivi che vi ponete? Come intendete andare avanti? Qual è l'indirizzo di politica sanitaria che vi proponete di applicare? O non cercate forse, dietro un falso dinamismo e tecnicismo, di impedire qualsiasi cambiamento radicale, che pure si pone con urgenza in alcuni settori, ad esempio quello degli ospedali e quello dei prezzi della produzione farmaceutica dei medicinali?

A proposito della situazione degli ospedali, il ministro Giardina, in sede di dibattito sulle mozioni nel dicembre scorso, ebbe a dire: « Nei primi del prossimo anno presenterò un disegno di legge per la riforma di tutta la legislazione ospedaliera vigente e un disegno di legge per l'istituzione di 133 mila posti-

letto, di cui 10 mila per ospedali specializzati, perchè l'Italia possa raggiungere quella meta indicata dalla Organizzazione mondiale della sanità e imposta dalle reali condizioni del nostro paese ». A nove mesi di distanza, onorevole ministro, che cosa ci può dire di preciso su questa questione?

Successivamente a quella dichiarazione, nel dibattito in Commissione del giugno scorso, l'onorevole Giardina disse: « Vi è una legge per il credito ospedaliero e per i posti-letto, e la copertura finanziaria è già assicurata ». A che punto siamo in questo settore? Ella, onorevole ministro, soggiunse che era sicuro che in data 1° luglio sarebbero stati presentati appositi disegni di legge. Che cosa può dirci sulla copertura?

Si affermò da più parti che per l'attuazione di questo programma fosse necessaria una spesa di 300 miliardi, ma non si sa ancora se e come questa somma sia reperibile, mentre si affaccia il dubbio che rispondano a verità le notizie secondo le quali l'intervento dello Stato si ridurrebbe ad un raddoppio del contributo previsto dalla « legge Tupini ». Si ignora inoltre quali ospedali si intendano costruire, in quali province e in che epoca. Insomma si sono alimentate illusioni, si sono ridestate speranze, ma ancora nessun fatto concreto ha fatto seguito a queste promesse.

E poi il caso di chiedersi quale sia la reale portata dell'intervento del Ministero nel settore ospedaliero. In molte città, in Emilia sono da anni in corso di costruzione quattro ospedali che però non vengono mai completati e che diventano vecchi prima di essere utilizzati. Come si pensa di intervenire per il completamento di questi e degli altri ospedali in costruzione particolarmente per quello di Reggio Emilia? In sostanza, vi è in questa importantissima materia un piano di intervento che prevede il tipo di costruzioni ospedaliere, la loro localizzazione, i tempi di attuazione del programma e le modalità di finanziamento di esso? Certo è che occorre uno sforzo deciso per raggiungere, in fatto di posti-letto, l'obiettivo fissato dalla Organizzazione mondiale della sanità e che risponde ad una esigenza fondamentale dei lavoratori e del popolo italiano.

Il fatto è però che l'azione del Governo in questo settore presenta gravi lacune e che nessun sostanziale passo in avanti viene compiuto: gli ospedali, ad esempio, vantano tuttora crediti di circa nove miliardi e versano pertanto in gravi difficoltà di bilancio, tanto che non pochi fra essi non hanno avuto approvati i loro bilanci per il 1960 e si trovano

in una situazione sempre più grave; si aggravi, inoltre, che in molti ospedali restano insediati da anni commissari straordinari i quali manomettono gli statuti senza alcun rispetto del tanto decantato principio dell'autonomia di questi organismi.

Occorre dunque intraprendere immediatamente iniziative che valgano almeno a risolvere i più urgenti problemi, rompendo ogni indugio; ma il Governo, come si disse in tutte le assemblee della F.I.A.R.O. appare « più pronto alle promesse che ai fatti ».

Un altro settore nel quale è vivamente atteso un intervento moralizzatore del Ministero della sanità, è quello della produzione e del commercio dei medicinali, che tanta importanza ha per la salute pubblica.

Per quanto riguarda il prezzo e la produzione dei medicinali, la situazione non è migliorata ma si è anzi per certi aspetti aggravata in confronto al 1957, anno in cui una vasta campagna di stampa denunciò le ruberie dei « pirati della salute ».

Se le notizie in mio possesso rispondono al vero, risulta che il ministro Giardina ha sciolto la commissione prezzi (estromettendo il rappresentante delle aziende municipalizzate), e l'ha sostituita con un organismo composto da soli funzionari del Ministero della sanità. Non sono pochi a pensare che questa commissione, così costituita, sia stata il più bel regalo che il ministro Giardina potesse fare all'industria farmaceutica.

Non furono pochi, un anno fa, sapendo che l'onorevole Giardina era un uomo della sinistra democristiana, un uomo dinamico, che pensarono e si illusero sul fatto che egli avrebbe inaugurato una nuova politica nel campo farmaceutico per portare un minimo di moralizzazione in un campo dove sono in gioco circa 300 miliardi di lire annue, e soprattutto in un campo in cui è in gioco la salute degli italiani, in un campo dove avvengono le ruberie più scandalose.

Il 14 luglio 1959, alla Camera, l'onorevole Giardina disse: « Sarà data la migliore applicazione all'articolo 162 del testo unico delle leggi sanitarie per quanto riguarda i prodotti pari, al fine di evitare la deprecabile inflazione delle specialità similari che pregiudica i costi di produzione ».

Da ciò si poteva dedurre che si sarebbe potenziata, con l'immissione di rappresentanti degli istituti mutualistici e delle organizzazioni dei lavoratori, la commissione prezzi esistente presso il Ministero della sanità. Come operò l'onorevole ministro? Si cominciò con ridurre gli organici della dire-

zione generale dei servizi farmaceutici; poi la commissione prezzi si fece presiedere non dal ministro o da un uomo di sua fiducia, ma da altro tecnico. Da quel momento, attraverso varie manovre, cioè dal 1959, non si ebbe praticamente alcun limite nella registrazione di nuove specialità medicinali. Di colpo le 40 confenzioni di specialità medicinali che venivano esaminate ogni settimana, passarono ad 80-90, quindi a 100 e siamo giunti adesso a punte che oscillano tra le 120 e le 200 confezioni.

Ripeto: le parole del ministro Giardina avrebbero fatto pensare che la commissione prezzi sarebbe stata democratizzata, ma nel settembre 1959 il ministro della sanità accettò di portare le rappresentanze dei grossi industriali — che forse sono i vostri grandi elettori, i veri gruppi di pressione — nella commissione da 2 a 4, senza aumentare quelle degli enti mutualistici e dei consumatori, delle aziende municipalizzate.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Quanti sono oggi i rappresentanti dell'industria? Non vi è alcun rappresentante.

MONTANARI OTELLO. Ella si riferisce ad una situazione successiva a quella che denunciò. E vengo anche a quella attuale. Per poter dare via libera alle più grosse speculazioni dei gruppi farmaceutici, nel giugno 1960 il Ministero comunicò di aver rinnovato la commissione consultiva per i prezzi: estromise il rappresentante delle aziende municipalizzate che era stato il più valente e fermo combattente nel denunciare le ruberie, e sostituì la commissione con soli funzionari del Ministero e dell'Istituto superiore di sanità.

Se questo è vero — come è vero — perché tutto ciò? La commissione sarà integrata con i rappresentanti di produttori e con i rappresentanti dei consumatori? L'assenza dei rappresentanti dei consumatori dalla sede determinatrice dei prezzi, toglie ogni garanzia di equità nella determinazione dei prezzi dei prodotti farmaceutici.

Che cosa ha fatto il nuovo ministro della sanità in materia di prezzi? Ha realizzato quella nuova politica cui abbiamo fatto cenno e che aveva preannunciato? È vero che è stata attuata una revisione dei prezzi delle specialità medicinali antibiotiche, ma è altrettanto vero che è stata, più che un'azione del Ministero della sanità, una revisione cui l'industria è stata costretta dalla richiesta, da anni presentata e mai accantonata, della Confederazione della municipalizzazione e dagli istituti mutualistici: richiesta, per altro, le-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'8 SETTEMBRE 1960

gata alla liberalizzazione dell'importazione della penicillina.

Recentemente la Confederazione della municipalizzazione ha proposto al C.I.P. e al Ministero della sanità di effettuare una riduzione generale dei prezzi delle specialità estere commerciate in Italia e che si tradurrebbe in un'economia per il consumatore di almeno 10 miliardi annui. La richiesta però non è stata presa ancora in considerazione. Così, le specialità estere, che nel paese d'origine hanno un prezzo corrispondente a lire 100, in Italia sono vendute a lire 148,50. Inoltre, vi sono state richieste per la revisione di prezzo di alcuni gruppi di specialità medicinali il cui prezzo al pubblico risulta maggiorato, rispetto al reale costo industriale attuale, dal 900 al 2000 per cento; e cioè, anziché scendere a 3, per effetto della riduzione dei costi industriali, il coefficiente è salito da 9 a 20. Sono situazioni scandalose, un incoraggiamento che viene dato ai « pirati della salute », e intanto si lasciano andare le cose nel mondo che ho denunciato.

Qual è invece la strada da seguire? Quale è la strada che ci sembrava si dovesse seguire in relazione alle dichiarazioni del ministro cui prima ho fatto cenno?

Occorre affermare il principio di registrare le specialità medicinali solo quando esse costituiscano novità terapeutiche effettive e portino un reale progresso nella terapia; occorre affermare il principio di registrare un numero limitato di specialità medicinali, tali tuttavia da evitare il monopolio, al fine di eliminare un numero sproporzionato di organizzazioni di vendita, con una conseguente accentuazione esagerata dei costi di produzione e di distribuzione. È necessaria inoltre una revisione organica del prezzo delle specialità medicinali in commercio, partendo da quelle fondamentali e da quelle il cui costo di produzione, rispetto al prezzo di vendita, è inferiore anche del 900 per cento ed oltre. Occorre altresì un efficiente corpo di ispettori per il controllo delle officine farmaceutiche e l'eliminazione di tutte quelle che non danno sufficienti garanzie, anche sotto il profilo sanitario, per una reale produzione su scala industriale.

Avrei finito, ma una questione grave si ripropone in questi giorni, su cui desidero dire poche parole.

Da più parti si conferma che il governo di De Gaulle avrebbe in animo di riprendere le esplosioni sperimentali, non più con bombe atomiche, ma con bombe termonucleari. Si preannunciano, queste esplosioni,

per la metà del mese di settembre. Che cosa dice in proposito il Governo italiano? Gli onorevoli Fanfani e Segni hanno parlato di ciò con De Gaulle? Hanno espresso le nostre preoccupazioni, i pericoli cui è esposto il nostro paese, soprattutto l'Italia meridionale? Che cosa ha da dire al riguardo il ministro della sanità? Che cosa vi è di diverso, nel giudizio del Ministero Fanfani, rispetto a quello dei precedenti governi Segni e Tambroni?

Noi ricordiamo che circa un anno fa varie voci e varie proteste denunciarono il pericolo. L'onorevole De Maria, allora sottosegretario per la sanità, ebbe a dire: « Un inconveniente più grave si creerà se la Francia farà scoppiare proprie bombe nel Sahara. L'Italia, infatti, specialmente nelle zone meridionali, è battuta da venti che vengono da quel territorio: lo scirocco e il libeccio ».

DE MARIA. Norme precauzionali sono state adottate. Le mie dichiarazioni furono precedenti alle norme che il Governo adottò.

MONTANARI OTELLO. Le sue dichiarazioni precedettero quelle del Governo, ma si riferivano agli esperimenti con bombe atomiche, mentre ora si tratta di bombe termonucleari, ed ella mi insegna che in questo caso i pericoli sono infinitamente più gravi. Dichiarazioni di eminenti scienziati, quali il professor Focaccia, presidente del Comitato italiano per le ricerche nucleari, il professor Buzzatti-Traverso dell'istituto di genetica dell'università di Pavia, il professor Ageno del laboratorio di fisica dell'Istituto superiore di sanità, il professor Santomauro, meteorologo dell'osservatorio di Brera, e tanti altri, denunciano i pericoli che derivano dall'esplosione di tali bombe atomiche.

Io ritengo che il Ministero della sanità non possa demandare questa questione al Ministero degli esteri, chiudersi sotto una campana di vetro, nascondere la testa per non vedere, ma, anzi, debba fare presente questa preoccupazione; nello stesso modo in cui deve essere precisato dal Governo italiano che l'Italia non approva queste esplosioni che provocano i pericoli che prima ho indicato.

La relazione di minoranza per questi e per altri problemi dà una chiara soluzione che qui non riprendo. Dico solo che è più che ora che si passi ai fatti, si affronti la reale situazione sanitaria del paese, si creino strumenti adeguati per la difesa della salute del popolo italiano. (*Applausi a sinistra*).

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

LATTANZIO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, è stato notato in sede di Commissione da vari oratori, ed ora dall'onorevole Montanari, che l'attuale bilancio di previsione del Ministero della sanità si differenzia di poco da quello dell'anno scorso poiché presenta soltanto un aumento di spesa di 7 miliardi e 117 milioni, che, con l'aggiunta di 1 miliardo e 610 milioni per fondi speciali, raggiunge un aumento complessivo di 8 miliardi e 727 milioni; si è quindi soggiunto che se la insufficienza degli aumenti viene riferita soprattutto ad importanti capitoli previsti per spese fondamentali come l'igiene sanitaria, le malattie sociali e l'educazione sanitaria in genere, si può concludere che si tratta di un ben modesto bilancio di poco più di 50 miliardi.

Solo 50 miliardi per la difesa della salute pubblica. Pare essere uno *slogan* che, diffondendosi in quest'aula, certamente poi sentiremo riecheggiare nelle piazze. Qualcuno ha raffrontato tale cifra con quella di altri dicasteri e, ricordando la unanime richiesta per un aumento di stanziamento che noi rivolgemmo lo scorso anno in occasione dell'approvazione del primo bilancio del nostro Ministero, si è giunti ad affermare, da parte degli onorevoli Angelini e Montanari nella loro pur pregevole relazione di minoranza, che « si sviluppa sempre più nelle masse dei lavoratori e dei cittadini la coscienza della necessità di mutare una condizione che li priva dell'elementare diritto di sentirsi protetti dalle cause morbigene al livello che la scienza medica oggi consente. Il ministro Giardina invero, interrompendo in Commissione un oratore che ricalcava questi concetti, ebbe a far notare che il bilancio è costituito da capitoli ed i capitoli sono in corrispondenza a leggi emanate per cui prima di mutare il bilancio dovremmo modificare la legislazione sanitaria.

Ora, è soprattutto noto — mi sia consentito aggiungere per parte mia — che in questi mesi il Parlamento non ha potuto funzionare a ritmo serrato come gli scorsi anni a causa della particolare situazione politica e delle crisi governative che ci hanno, di fatto, paralizzato per più mesi, per cui non essendo stato possibile prendere in considerazione diversi disegni e proposte di legge che, se approvati, avrebbero impinguato con le loro voci il bilancio in discussione, non è da meravigliarsi che l'attuale bilancio, sia pure con l'accennata modifica in aumento, ricalchi quello dello scorso anno...

DE PASCALIS. Quali provvedimenti?

LATTANZIO. Una serie di provvedimenti. Basterebbe prendere in considerazione tutti i provvedimenti sugli ospedali che riguardano nuove spese in questo settore.

DE PASCALIS. Ma dove sono?

LATTANZIO. Mi riferisco ai disegni governativi ed alle proposte di legge presentati al Parlamento. Non credo che la attività legislativa riguardi solo il Governo.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Basterebbe considerare il fondo globale che figura nel complesso del bilancio dove sono assegnati 500 milioni per i poliomielitici. Basterebbe considerare che la legge per l'applicazione di questo fondo giace da mesi nelle aule parlamentari.

DE PASCALIS. Onorevole Lattanzio, ella parla di progetti che avrebbero impinguato il bilancio.

LATTANZIO. In quanto autorizzano nuove spese. Ma non è su questo che desidero soffermarmi, né sarò io a dire che gli attuali stanziamenti sono sufficienti, anzi mi unisco al coro di quanti si sforzano di far convergere sul nostro Ministero sempre maggiori fondi a disposizione.

Aggiungerò che non solo maggiori fondi sono indispensabili per alcuni particolari capitoli che più da vicino riguardano spese per la salute pubblica, ma che maggiori stanziamenti sono indispensabili per accrescere lo scarsissimo numero di funzionari che invero, soprattutto in periferia, anche compiendo i maggiori sacrifici personali, non hanno alcuna possibilità di adempiere alle innumerevoli nuove e importanti funzioni che gli uffici provinciali sanitari devono per legge ora assolvere senza più poter contare sul validissimo aiuto che fino a ieri veniva loro prestato dalle singole prefetture.

Ben vengano allora nuovi stanziamenti. E sempre lodevole è la sua attività, signor ministro, quando si batte per impinguare i fondi a disposizione del suo dicastero. Ma non è accettabile l'affermazione che nel nostro paese si spendano solo 50 miliardi per la salute pubblica.

Lo scorso anno, intervenendo in questo dibattito, ebbi ad intrattenere la Camera sulle reali attribuzioni del Ministero della sanità ed ebbi a far notare che ben undici ministeri, oltre al nostro, assolvono, con appositi e autonomi servizi, funzioni squisitamente sanitarie.

Quanto si spende allora in Italia per la salute pubblica? Basta elencare le voci di spesa di questi 12 ministeri senza tener conto di quanto spendono gli enti locali per l'assi-

## III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'8 SETTEMBRE 1960

stenza sanitaria. Si ha così una cifra complessiva ben diversa dai 50 miliardi a sua disposizione, signor ministro.

Basterebbe ricordare la somma non inferiore ai 350 miliardi annui che viene spesa dagli istituti assicuratori di malattia, cui hanno fatto cenno i relatori di minoranza e ieri la onorevole Dal Canton, per cominciare ad avere un'idea sia pure lontana della reale spesa cui si va incontro per assolvere al dettato costituzionale della difesa della salute umana. Ma non è su questo che intendo soffermarmi. Non desideravo, infatti, solo correggere una falsa impressione che si va diffondendo in quest'aula e nel paese e far presente quale sia la reale incidenza di tale spesa, ma soprattutto desideravo sottolineare che noi, discutendo il bilancio del dicastero della sanità, non ci occupiamo, purtroppo, se non di una piccola parte di quella che è la politica sanitaria perseguita dal nostro paese. Su questo punto desidero ancora richiamare la vostra attenzione per dire di occuparci non solo di impinguare i nostri fondi, ma soprattutto di far sì che il Ministero della sanità sia messo in condizioni di assolvere alla funzione esclusiva di indirizzo e di coordinamento di tutta la politica sanitaria del paese.

Lo scorso anno in proposito aggiungevo che coordinare non significa soltanto unificare, ma soprattutto indirizzare le attività dei singoli settori in vista della tutela della salute del popolo italiano.

A che punto siamo in questa battaglia che insieme con lei, signor ministro, stiamo conducendo? L'onorevole Colleselli, al quale desidero esprimere il mio più vivo apprezzamento per la sua lucida e ampia relazione, ha voluto occuparsi della questione e ci ha ricordato l'azione condotta in quest'anno dal Ministero per risolvere alcune divergenze sorte sui suoi compiti istitutivi e abbiamo appreso con piacere la soluzione a cui si è giunti sulle competenze in merito ai poteri relativi alla disciplina istituzionale degli enti ospedalieri, sui poteri di tutela non spettanti al comitato provinciale di assistenza e beneficenza sugli enti che svolgono compiti di assistenza sanitaria nelle province, sui poteri di controllo, sui concorsi sanitari e su altre divergenze risolte o in via di risoluzione.

Ho anche letto con piacere quanto affermato dai relatori di minoranza circa la necessità che al Ministero della sanità sia attribuita la competenza primaria su tutte le questioni sanitarie riguardanti le organizzazioni mutualistiche e mi auguro che tale atteggiamento, onorevole Angelini, sia condiviso dai

colleghi della Commissione del lavoro della Camera. Sono stato per troppo tempo componente di quella Commissione per non sapere con quanta fermezza siano difesi, dalla stessa e quindi anche dal Ministero del lavoro, i compiti di vigilanza e di controllo sugli enti mutualistici. Se oggi l'orientamento è davvero mutato, non dovrebbe essere difficile ampliare in tal senso la legge istitutiva del 13 marzo 1958, n. 296.

Se questa è allora l'impostazione nuova che, in ossequio al dettato costituzionale, si intende dare alla difesa della salute umana, non vi pare che questa stia passando ogni giorno di più da un interesse eminentemente individuale a un interesse prevalentemente collettivo?

Non è piccola soddisfazione vedere la dottrina e la pratica della medicina pubblica ascendere dagli umili e faticati esordi di un tempo all'attuale vigorosa diffusione, ed è motivo di compiacimento vedere affermarsi un pensiero medico che assume aspetti sempre più importanti, una forza sempre più cospicua, dei quali lo Stato moderno intende disporre per assicurare vita e benessere alle genti umane. Non si può, infatti, non constatare con soddisfazione che le istituzioni sanitarie italiane sono passate dalla elementarietà della più antica polizia sanitaria al dinamismo della moderna medicina preventiva.

Non è perciò da meravigliarsi se l'istituzione e l'accentramento di tali poteri e funzioni nel Ministero della sanità abbiano potuto creare alcune non lievi difficoltà di partenza. Tutto questo era facile da prevedere ed è semmai la controprova della sempre maggiore funzionalità dell'amministrazione sanitaria. Resta da approfondire l'importante problema dei limiti e dei mezzi con cui, in concreto, la tutela della salute pubblica si realizza, e resta da riaffermare l'esigenza di un sempre più proficuo intervento dello Stato per rendere idoneo l'ambiente sociale al mantenimento ed al miglioramento della salute.

È evidente, però, che tale intervento non deve mortificare la personalità umana, né attentare in alcun modo alla sua dignità. Potrebbe cioè giustamente aprirsi, a questo punto, il dibattito sulla natura dei rapporti che intercorrono fra Stato ed individuo nella difesa della salute, poichè non vi è dubbio che esista un nesso strettissimo ed indissolubile tra il bene protetto dal cosiddetto diritto alla salute e la persona che ne è titolare. Non va mai dimenticato a tale proposito che se è vero che l'articolo 32 della Costituzione, attribuendo per la prima volta una rilevanza co-

stituzionale alla salute individuale, non pone limiti alla tutela della stessa ed implica perciò per lo Stato un programma di massima assai ampio, è però chiaramente sancito al secondo comma dello stesso articolo che « la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ».

Tale impostazione, quindi, di natura sostanzialmente programmatica, già affermata nell'articolo 32 e ulteriormente confermata nell'articolo 38, che ne costituisce il completamento in relazione alla rilevanza sociale attribuita al possesso della salute, rappresenta il punto di partenza di un più ampio programma di riforme, ed è chiaro che in tal senso l'attuazione di un sistema di sicurezza sociale, intesa nel suo moderno significato, costituirebbe indubbiamente un interessante ed importante modo di attuazione di quel programma, anche se non vanno dimenticati o sottovalutati altri importanti settori suggeriti dalla igiene e dalla medicina di massa, come per esempio il settore dell'alimentazione, visto tale importante settore sia nel suo aspetto dietetico sia in quello che riguarda il controllo sulla confezione, manipolazione e smercio delle vivande, fino ad arrivare ai delicati problemi dell'urbanesimo, impostati sia sotto il profilo di dare ad ognuno un'abitazione sia di costruire questa in modo che venga preservata la salute di chi vi abita.

E in questo quadro che trovano sede quella attività assistenziale e quella lotta contro le malattie sociali ed epidemiche sulle quali lo scorso anno tanto diffusamente ebbi l'onore di parlare, così come è nell'ambito di tale programma che è da impostare l'insegnamento della medicina della salute, che non può arrestarsi alle nozioni generiche erogate ai primi anni di scuola, ma deve proseguire ed evolversi in più razionali forme, fino ad assumere quelle più ampie dell'insegnamento universitario.

Ovviamente, questo complesso di iniziative che, a prima vista, possono sembrare orientate nelle più diverse direzioni, va opportunamente coordinato, ed è qui che l'azione del Ministero della sanità deve essere rivolta perché ogni iniziativa, svolgendosi nel modo più idoneo ed opportuno, converga, in definitiva, verso l'unica meta: quella del benessere umano.

A proposito di tale impegnativa politica sanitaria, mi pare che un primo valido strumento debba essere costituito dagli ospedali, su cui tanto oggi si discute in convegni, riunioni e commissioni, e di cui nello scorso dicembre ebbe ancora diffusamente ad occu-

parsi questa Assemblea. So, signor ministro, poiché ella ce ne ha dato cortese comunicazione in Commissione, che stanno per essere presentati dal Governo specifici disegni di legge riguardanti questo importantissimo settore della politica sanitaria del nostro paese; d'altronde anche io, come tanti altri colleghi, lo scorso anno ebbi ad intrattenermi su questo argomento ed indicai determinate riforme di struttura che mi auguro possano al più presto, e con piena soddisfazione degli enti e del personale interessati, trovare equa e doverosa soluzione; ma credo che su di una pregiudiziale dovremmo innanzi tutto discutere e trovare un punto di intesa, quella cioè di determinare che cosa devono rappresentare gli istituti ospedalieri nel più ampio programma nella politica sanitaria del nostro paese.

Non è infatti chi non veda che l'ente ospedaliero deve uscire dalle angustie di un istituto di beneficenza per assurgere a quello di valido strumento di lotta per la difesa della salute umana, intesa tale difesa non solo nell'accezione più comune di cura delle infermità che debilitano l'organismo ma anche e soprattutto come luogo idoneo alla prevenzione, al *depistage*, alla profilassi delle malattie sociali. Ora, una volta ammessa la mutualità come idoneo mezzo di difesa della salute umana, è necessario uniformare a questo nuovo concetto tutta la nostra politica sanitaria rivedendo ed aggiornando tutta l'organizzazione ospedaliera per renderla più consona ai nuovi criteri e finalizzata ai nuovi scopi. Bisogna altresì che ci si renda conto che i caratteri di enti di beneficenza sono superati e che perciò la funzione degli ospedali deve trovare una sua più concreta fisionomia.

Ecco perché ci è sempre sembrato quanto meno incomprensibile che si pretenda, da parte di qualcuno, di ridurre il problema ospedaliero ad una semplice, annosa e noiosa vertenza fra « Inam » ed ospedali.

Basti pensare che allo stato attuale oltre i due terzi della popolazione italiana è coperta dalla protezione assicurativa e dal diritto alla prestazione ospedaliera, per rendersi conto che, oltre tutto, non si tratta più di un problema che interessi solo gli enti mutualistici o le amministrazioni ospedaliere ma che tale problema è all'attenzione di tutta intera la popolazione, che prima ignorava l'assistenza ospedaliera o ne fruiva solo in casi davvero eccezionali in quanto costretta a rivolgersi perché dolorosamente inclusa nell'elenco dei poveri e quindi quasi obbligata ad accettare tale forma di assistenza per l'impossibilità di curarsi a domicilio; oggi, invece, acqui-

sito il diritto alla prestazione ospedaliera, ci si rivolge molto più speditamente all'ospedale tenendo anche presente che i nuovi indirizzi della medicina e gli stessi progressi della tecnica hanno moltiplicato le indicazioni del ricovero e quindi reso le cure ospedaliere sempre più richieste.

Lo scorso anno, nell'intento di superare una scabrosa situazione determinatasi soprattutto per una vicendevole scarsa conoscenza dei rispettivi problemi, io indicai come eventuale soluzione della vertenza tra ospedali e « Inam » la possibilità che i consigli di amministrazione degli ospedali fossero integrati dai rappresentanti della mutualità e, viceversa, nei consigli di amministrazione degli istituti di assicurazione di malattia entrassero a far parte i rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere. A tale convinzione ero giunto non solo attraverso la mia esperienza di amministratore di grossi complessi ospedalieri ma anche confortato dai risultati del primo incontro di studi tra segretari e direttori di enti pubblici ospedalieri, svoltosi ad Ivrea nel novembre del 1956.

Tale convegno aveva infatti concluso i suoi lavori auspicando la collaborazione degli ospedali non soltanto con comuni e province ma pure con altri enti pubblici, mutualistici ed assicurativi mediante anche la partecipazione di una loro rappresentanza in seno ai consigli di amministrazione ospedalieri.

Come risposta a tale mia proposta, che, come ho detto, era d'altronde condivisa anche dalle conclusioni di così autorevole convegno, si scatenò la solita campagna di stampa e qualche rivista di parte non mancò di scrivere che si intendeva « sacrificare definitivamente gli ospedali consegnandoli alle mutue ». Ora io non intendo addentrarmi nel dibattito e complesso problema se l'ente mutualistico abbia o meno la rappresentanza dei propri assistiti tra i propri fini istituzionali e quindi possa rappresentare gli stessi presso altri enti, ma una cosa mi pare si possa affermare, e mi auguro che almeno su di essa vi sia l'unanime accordo della Camera, e che cioè bisogna cambiare gli attuali rapporti esistenti tra enti assicurativi di malattia ed amministrazioni ospedaliere e creare un'atmosfera di reciproca fiducia e di scambievole comprensione e — aggiungerei — di reciproca difesa dei propri interessi, poiché non si può non tener presente che enti mutualistici, da una parte, ed ospedali, dall'altra, costituiscono quel complesso di strutture a mezzo delle quali lo Stato assolve al fondamentale compito della sanità dei cittadini.

Non vi è dubbio, a tale proposito, che la persistente crisi finanziaria nella quale si dibattono da tempo i nostri ospedali non può essere risolta con il continuo aumento della retta di degenza, aumento che deve coprire sia i costi di cura sia altri oneri per servizi di pubblica utilità o per spese di manutenzione straordinaria o di ampliamenti. Un tal modo di risolvere il problema non crea solo delle difficoltà agli istituti mutualistici, difficoltà che si ripercuotono per di più in forma ricorrente in tutti i giorni dell'anno, mettendo di fatto gli istituti nella impossibilità di predisporre un loro organico bilancio di previsione, ma finiscono col determinare un aumento dei contributi da parte degli assicurati e quindi un maggiore intervento dello Stato, costretto ogni tanto a reperire nuovi fondi per cercare di andare incontro alle inevitabili richieste degli enti assicuratori.

Sorge perciò il problema del riordinamento amministrativo del settore ospedaliero, riordinamento reso ancora più urgente per le inevitabili ripercussioni che tale problema ha sull'opinione pubblica, costantemente investita dall'assillante preoccupazione di chi vede le istituzioni ospedaliere — spesso tanto gloriose e tanto benemerite — messe in condizione di non funzionare o di funzionare male, con il conseguente discredito che investe amministrazioni ed amministratori e con le inevitabili ripercussioni di natura psicologica su chi in quel momento si trova a dover ricorrere a simili istituti di assistenza.

Sembra logico perciò convenire che è urgente stabilire criteri generali ed uniformi capaci di ricreare fiducia e serenità nella vita delle nostre amministrazioni ospedaliere, che vorrebbero sì applicare i principi e gli sviluppi della automazione, della standardizzazione, della pianificazione e della industrializzazione nella propria azienda ma che si vedono purtroppo costrette, ogni giorno, a dover affrontare e risolvere i piccoli problemi contingenti che ne ritardano lo sviluppo e ne immiseriscono l'azione !

Certo il problema amministrativo non è il solo né il più grave nella vita dei nostri ospedali; è facile rendersi conto che è necessario porre mano ad un piano generale ed organico che affronti tutti gli aspetti del complesso problema ospedaliero italiano: da quello dello sviluppo edilizio e del credito ospedaliero a quello della equa distribuzione dei posti-letto; da quello dello stato giuridico dei medici ospedalieri a quello della regolamentazione di tutte le carriere.

Per quanto riguarda il problema della creazione dei nuovi posti-letto abbiamo appreso con piacere che, di concerto con il dicastero della sanità, che dovrà indicare le località e le modalità di istituzioni dei nuovi ospedali, il Ministero dei lavori pubblici sta predisponendo un concreto programma edilizio; e ci auguriamo che la sua impostazione non sia limitata ad una singola programmazione, ma che, articolandosi in più anni, consenta maggiori stanziamenti. A tale proposito mi sia consentito, sia pure di sfuggita, di raccomandare l'inderogabile applicazione dell'articolo 5 della legge 1938 per quanto riguarda il numero massimo dei posti-letto per ciascuna divisione; vorrei aggiungere che tale mia raccomandazione non parte soltanto dal desiderio di aprire nuove possibilità di ingresso nell'ambiente ospedaliero a medici preparati che oggi ne vengono automaticamente respinti, ma anche e soprattutto dalla necessità di una più ampia e meticolosa assistenza.

Eguale abbiamo appreso con piacere che è pronto lo schema di disegno di legge sul credito ospedaliero per le attrezzature. Io ritengo che la soluzione di tale problema consentirà una sempre maggiore qualificazione tecnica dei nostri ospedali. Infatti, anche se, secondo i dati statistici al 31 dicembre 1956, recentemente resi noti, si è potuto constatare con soddisfazione che, mentre in ordine ai posti-letto si nota un enorme divario tra le regioni settentrionali e quelle meridionali, per quanto riguarda le attrezzature, le variazioni sono molto meno sensibili, tanto che i pochi posti-letto esistenti in alcune regioni sono però attrezzati convenientemente e con dotazione strumentale generica di poco differente da quella dei grossi centri ospedalieri del nord; tale consolante rilievo non esime dal constatare che, dopo ingenti sforzi per portare a termine le strutture edilizie dei nuovi ospedali, oggi molte amministrazioni ospedaliere si trovano nella difficoltà di attrezzarli, e di attrezzarli convenientemente.

Ma a questi problemi di fondo vanno aggiunti altri aspetti che hanno un valore ed un significato non certo inferiore a quello edilizio o a quello delle attrezzature. L'argomento dei concorsi ospedalieri apre infatti il campo a diverse considerazioni di ordine pratico, giuridico e soprattutto morale. È noto, infatti, che la validità morale dei concorsi è attualmente irrisa da una tecnica di prefabbricazione dei risultati. Senza voler rinfocolare note polemiche, mi pare comunque indispensabile agire nelle due direzioni della scelta dei commissari e della più uniforme valutazione dei ti-

toli e mi pare che non sia da escludersi la possibilità di addivenire ad un regolamento unico nazionale per la valutazione dei titoli con carattere rigido ed inderogabile così come avviene per diverse categorie di statali, fra i quali, per esempio, gli insegnanti.

Ma non sono questi soltanto i problemi che oggi avvilitano la vita di tanta parte dei nostri ospedali che spesso continuano a reggersi solo per la secolare tradizione che è alle loro spalle, per la dedizione dei loro amministratori, per le capacità professionali dei sanitari che li dirigono. Esistono problemi morali e problemi di prestigio che una volta risolti darebbero lustro ai nostri ospedali e consentirebbero maggiore preparazione professionale a tanti neo-laureati. Intendo riferirmi al riconoscimento della funzione docente ai nostri maggiori ospedali. È noto, infatti, che la disponibilità attuale di letti, di strutture e di degenti delle cliniche universitarie è gravemente inadeguata alle necessità didattiche di un troppo elevato numero di studenti e pertanto è quanto meno strano che si continui ad ignorare il risolutivo aiuto che potrebbero dare gli ospedali al fine di una adeguata preparazione pratica ed anche scientifica negli ultimi due anni degli studi universitari e successivamente durante il tirocinio post-universitario; ma non va neanche sottaciuto il fatto che un simile riconoscimento darebbe maggiore lustro ai nostri ospedali, avvicinerrebbe di più ad essi quei sanitari maggiormente preparati, molti dei quali provengono, appunto, da una lunga e proficua carriera universitaria.

Queste considerazioni, onorevole ministro, noi abbiamo voluto anticipare in quest'aula nella speranza che ella vorrà tenerle presenti nell'impostazione che va dando a tale problema, mentre ci auguriamo che non sia lontano il giorno in cui potremo ancora ritrovarci non solo per dibattere questi importanti aspetti dell'attività sanitaria, ma per trasformare in concreti provvedimenti legislativi tante attese non solo del mondo ospedaliero, ma anche, come ho detto, di tanta parte dell'opinione pubblica.

Ma ciò che più mi premeva di affermare in questo momento è che il problema ospedaliero va inquadrato in una nuova visione e va risolto con lo stesso concorde impegno con cui altri problemi, come quello della scuola, della casa, delle aree depresse, ecc., sono stati felicemente impostati e avviati a soluzione nel nuovo Stato democratico.

Né va dimenticato, infine, che la difesa della salute non deve essere vista soltanto sotto

il profilo morale, umano, sociale, fisico od igienico, ma anche sotto l'aspetto più squisitamente economico, poiché non può non considerarsi che l'uomo ha un valore economico, in quanto produttore di lavoro e quindi di ricchezza e le spese necessarie a mantenerlo in efficienza vanno appunto annoverate fra quegli investimenti definiti dagli economisti come « produttivi », sia che servano ad abbreviare la durata di una sua incapacità fisica, sia che siano rivolte a diminuirne l'entità o a prevenirne il possibile danno.

Sotto questo aspetto siamo certi, onorevole ministro, che la legge 13 marzo 1958, n. 269, troverà una sempre maggiore applicazione e pertanto le rinnoviamo il nostro impegno a sostenerla in questo suo duro ed impegnativo lavoro. (*Applausi al centro*).

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

CHIAROLANZA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la discussione sul bilancio della sanità presentato dal ministro del tesoro alla Presidenza il 30 gennaio 1960 per lo stato di previsione della spesa per l'esercizio finanziario 1960-61, per la modestia degli stanziamenti e per l'assenza d'una relazione ufficiale indicante le direttive generali della politica sanitaria del Governo, potrebbe ridursi ad una semplice discettazione — poco concludente, in verità — di natura contabile e amministrativa.

Questo bilancio, difatti, imposta la spesa complessiva di 60 miliardi, in cifra tonda, destinata per 8 miliardi al funzionamento dei vari servizi (personale, debito vitalizio, funzionamento degli uffici); per 43 miliardi per i vari interventi, anche attraverso appositi organismi, nel campo della sanità pubblica (15 miliardi per l'O.N.M.I., 4 miliardi per l'igiene pubblica e gli ospedali, 22 miliardi e mezzo per le malattie sociali e un miliardo per la veterinaria).

Non mi intratterrò quindi sulle cifre: sono quelle che sono. Mi fermerò invece a parlare, non di quello che è scritto nelle due relazioni di maggioranza e di minoranza, che le commentano, bensì di quello che non è scritto, che mi sembra essenziale. Coincidenze e contrasti verranno esaminati da me con spirito scevro da preconcetti, *sine ira ac studio*, convinto che, in una materia così delicata come quella della salute pubblica, parlamentari, uomini di studio, sanitari e quanti si appassionano a questi problemi devono incontrarsi nella ricerca del bene comune. Per me, poi, che sono medico, i problemi della salute sono

problemi di scienza, di esperienza e di senso comune: cioè, sono problemi di cuore.

Prenderò come punto di riferimento la Carta costituzionale, cercando in essa gli elementi che potrebbero costituire la trama di una politica sanitaria nazionale. Nell'esame a cui mi accingo terrò naturalmente conto delle due relazioni che accompagnano il bilancio.

La nostra Repubblica è stata definita Repubblica del lavoro. In uno Stato moderno, il lavoro è indubbiamente al centro di ogni attività sociale e fonte di ogni progresso. Il lavoro, però, presuppone la salute: né l'individuo né il popolo nel suo insieme potranno mai ottenere un utile rendimento, e quindi il loro benessere e il loro divenire, senza possedere questo requisito fondamentale della capacità fisica e morale al lavoro. Se, dunque, la salute è alla base di ogni attività umana, ne consegue che il medico, che solo può garantirla, dev'essere considerato e posto al centro di ogni organizzazione e di ogni potere. Invece, oggi, persiste l'opinione diffusa che in materia sanitaria non sia il medico quello che debba consigliarne le norme e le strutture. Il medico è considerato come un elemento passivo che, in funzione strettamente strumentale, è chiamato ad eseguire mansioni e a sviluppare piani alla cui elaborazione non ha concorso e che, spesso, non sono in armonia con le esigenze della scienza e della tecnica.

Comincerò con l'osservare a tal proposito che, dalla instaurazione della Repubblica ad oggi, i vari governi nei loro programmi non hanno dedicato nessun accenno alla questione sanitaria, o solo molto fuggevolmente; ed anche l'attuale Ministero, nella esposizione programmatica dell'onorevole Fanfani, ha taciuto della sanità. È ammissibile questo silenzio, quando si consideri che l'Italia spende nel complesso oltre mille miliardi per la previdenza e l'assistenza?

E, continuando: nel C.N.E.L. manca la rappresentanza della categoria dei medici, mentre sono rappresentate tutte le categorie del lavoro. Di questa lacuna il Capo dello Stato, quando a suo tempo ebbi l'onore di presentargli i componenti del comitato centrale della Federazione nazionale degli ordini dei medici, mostrò meraviglia, promise d'interessarsi e mi fece comunicare che occorreva una legge. Ho infatti presentato un'apposita proposta di legge. Quale sarà la sua sorte?

Vi è da constatare, pertanto, che anche nelle sfere di Governo, in fatto di malattia, tutti si credono competenti, specie coloro che

di medicina sono digiuni. Combattere questa mentalità è opera ardua. Certi stati d'animo, certi orientamenti mentali sono ostacoli ben più gravi di leggi monche o inadatte o ingiuste. Bisogna decidersi una volta tanto a scegliere fra due visioni opposte e contraddittorie: o che il medico sia elemento essenziale e insostituibile all'assistenza, oppure (come, con definizione stupefacente, ha dichiarato un parlamentare della Commissione del lavoro) nella organizzazione fatta dallo Stato per provvedere alla salute dei cittadini il medico non è che un granello, per quanto importante. Che poi un granello possa diventare importante non riesco a capire, a meno che non capiti in un occhio o abbia la forza esplosiva dell'atomo...

Ma andiamo oltre queste concezioni amene. Leggo nella relazione di minoranza: « Gli sviluppi più importanti che si sono avuti nel campo della protezione della salute pubblica appaiono affidati alla spontaneità, alla improvvisazione. Ciò è diventato più evidente » (ma non per i sostenitori della teoria del granello!) « da quando più veloce è stato lo sviluppo delle scienze mediche e da quando le spinte del mondo del lavoro, tese a trasformare le condizioni di vita e a ottenere una più efficiente salvaguardia della salute e della forza del lavoro, si sono fatte più vivaci e organizzate ».

Quale è la causa del caos, del marasma di cui ci preoccupiamo in materia sanitaria? Rispondono gli stessi relatori di minoranza: « Un'azione politica per utilizzare questi impulsi, queste forze, questi sviluppi ai fini di organizzare un sistema il più unitario e il più economico possibile è stata del tutto estranea alla classe dirigente italiana ».

Io direi che la classe dirigente italiana, forse imbevuta della teoria del granello, ha voluto affrontare il problema sanitario e sociale dell'assistenza con empirismo e improvvisazione, cioè senza il medico. Questa è una patente verità. Se vogliamo imboccare la via giusta, restituiamo al medico la sua posizione effettiva nella repubblica del lavoro.

Questo riconoscimento comporta per il medico dei grandi doveri. Primo fra tutti, la sua preparazione culturale e scientifica. Qui vorrei che mi ascoltasse anche il ministro della pubblica istruzione, perché questo argomento riguarda anche il suo dicastero. Mi sento autorizzato a parlare di questo argomento perché ho alle mie spalle quasi cinquanta anni di insegnamento universitario. Hanno seguito le mie lezioni generazioni di giovani prima delle due guerre e nei due dopoguerra.

MAZZA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Anche il sottosegretario di Stato per la sanità!

CHIAROLANZA. Ne sono onoratissimo.

Conosco i giovani nelle loro virtù, nelle loro aspirazioni e anche nelle loro deficienze. Ho l'orgoglio di avere avuto discepoli che si sono fatti onore in Italia e all'estero. A questi miei allievi del tempo in cui la scuola era segnata dal crisma del sacerdozio vada il mio pensiero e la mia riconoscenza. I maestri rivivono attraverso i loro scolari.

Purtroppo, l'esperienza ci pone sotto gli occhi che la scuola, tutta la scuola, ha bisogno di una riforma. Si parla di un plethora medica. Le statistiche dell'ordine dei medici di Roma lo dimostrano. Il rapporto numerico tra medici e malati, specie nei grandi agglomerati cittadini, è sceso a un indice assai basso. Anche per questo la vita del medico è diventata difficile.

Come rimediare al fenomeno? Consigliare alle famiglie e ai giovani di cambiare indirizzo? Imporre limitazioni alle carriere professionali? Io sono contrario a tutte le limitazioni della libertà. Né numeri chiusi, né barriere a qualsiasi livello! Al grande cimento della vita associativa restino aperte tutte le strade! Essenziale, però, è che la scuola ridiventi seria. I maestri sentano, come sempre, la bellezza dell'insegnamento, i giovani si convincano che si va a scuola, non per strappare un diploma, bensì per arricchire il proprio patrimonio delle cognizioni necessarie per affrontare la vita. È naturale che vi sia la selezione. Essa però deve avvenire attraverso un metodo obiettivo, di classe in classe, a cominciare dal ginnasio. Non si può estromettere dalla scuola un giovane che ha raggiunto l'università, sia pure attraverso esami zoppicanti e approvazioni a maggioranza; non si può pretendere che egli ricominci da capo. All'inizio degli studi, invece, la cosa è più facile e una severa selezione non avrebbe carattere punitivo e servirebbe invece a mettere in evidenza le reali attitudini dei giovani e aprire loro, a tempo debito, nuove strade.

È dolorosa constatazione di ogni giorno che nel campo professionale (e non soltanto medico) giovani con tanto di laurea commettono perfino errori di sintassi e di ortografia. Si sfrondino come si vuole i programmi dei ginnasi e dei licei, ma non ci si accanisca contro le lingue classiche, specie contro il latino, che forma la mente e il carattere e che serve a far imparare l'italiano. Accanto alle lingue classiche vi siano quelle moderne, pur-

ché insegnate in modo pratico, in modo che i giovani se ne impadroniscano bene, così da intenderle e da parlarle.

E poichè un piano di riforma già si prospetta per l'insegnamento universitario, guardiamoci dai mali passi! È recente la proposta del Consiglio superiore della pubblica istruzione di considerare come materie integrative (ossia da degradare negli orari e nella dignità di insegnamento) la fisica, la chimica, la biologia generale, la chimica biologica, la microbiologia. È strano che un così alto e responsabile consesso non abbia tenuto presente che tutta la medicina moderna deve i suoi meravigliosi sviluppi a queste discipline. Siamo giunti al punto che, mentre i trattati classici conservano oggi soltanto un valore storico, anche quelli recenti non corrispondono più ai progressi delle varie branche. Come farebbero i professori universitari ad insegnare la nuova scienza a giovani a cui mancassero le nozioni fondamentali della chimica, della fisica, della biologia, della microbiologia, che sono le basi della medicina?

Ho parlato di « nuova scienza » perché le acquisizioni scientifiche moderne stanno trasformando profondamente i concetti delle malattie, i loro aspetti etio-patogenetici, i quadri clinici, la stessa nosografia, influenzata per di più dalle nuove conquiste della terapia.

Per fortuna, in sede di Consiglio superiore la proposta non ebbe seguito per mancanza di numero legale: per quanto, contro di essa, si erano già levate, e in forma inusitatamente recisa, le varie facoltà universitarie italiane.

Allo stato attuale degli studi medici, dunque, le scienze biologiche sono fondamentali quanto la conoscenza dell'anatomia, descrittiva e topografica, dell'anatomia e istologia normale e patologica, della stessa clinica. Il mio maestro D'Antona, che fu un sommo chirurgo, ci insegnava che la chirurgia si apprende nel laboratorio, un'affermazione che cinquanta anni fa pareva ardita ed era invece una felice anticipazione.

Mi perdonino i maestri universitari se mi permetto di affermare che, a parte la scelta della disciplina, è il metodo d'insegnamento che bisogna cambiare. Non bastano le lezioni brillanti che illustrino capitoli speciali di una materia. Occorre che ogni materia sia insegnata nelle sue strutture fondamentali; quindi non insegnamento a mosaico, oasi di sapere e sabbia arida tra capitolo e capitolo.

Occorre integrare perciò l'insegnamento ufficiale con la libera docenza, ed utilizzare il primariato ospedaliero.

E qui trova posto qualche osservazione sui rapporti che devono intercorrere tra ospedali e cliniche universitarie.

Per me non esiste né può esistere antinomia tra cliniche universitarie ed ospedali, come da qualcuno si è sostenuto. È indispensabile invece una intima collaborazione, sia pure con precisazione e distribuzione di compiti.

Questa collaborazione imporrà magari qualche sacrificio, materiale o di amor proprio. Non credo che si sia giunti, da noi, alla possibilità dell'applicazione del *full time*; ma credo si possa almeno pretendere che a coloro cui saranno affidati per esempio grandi istituti scientifici, come quelli del cancro, sia inibita qualsiasi altra attività oltre quella della ricerca, con riconoscimento, si intende, per coloro che sono investiti di così alta e responsabile mansione, di un trattamento economico che li metta a riparo da ogni perplessità della vita materiale. In questa prassi siamo già preceduti da anni dall'esperienza straniera.

Con un indirizzo simile e con una visione larga di collaborazione tra università e ospedali, si potrebbe trovare la giusta via per risolvere le questioni ospedaliere che non si avvantaggiano di soluzioni parziali dei singoli problemi unilateralmente considerati.

Vi sono tante altre questioni, ciascuna di per se stessa interessante, che devono essere oggetto di particolari considerazioni sulle quali credo non ho il tempo di fermarmi. Basti pensare alla carriera dei medici e dei chirurghi ospedalieri ed in generale di tutti i medici che in ospedale esercitano funzioni varie e tutte insopprimibili, alla loro posizione economica, al loro futuro, anche per il tempo che segue all'abbandono dell'incarico. La carriera ospedaliera non può essere statica. L'ospedale è una scuola per la formazione del medico, non è una fucina di impieghi; è un campo di studio, di ricerca, di osservazione e di esperienze che devono costituire il substrato del futuro medico destinato all'esercizio coscienzioso nelle varie branche della medicina.

Ho esaminato, sia pure sommariamente, quale debba essere, a mio avviso, la posizione del medico nel sistema della sicurezza sociale, secondo la logica e la giusta interpretazione dello spirito della Costituzione, ed ho indicato quale debba essere il dovere del ministro della sanità di preparare — e dove occorre con il concorso degli altri ministeri — le condizioni che consentano ai medici di assolvere in pieno alle loro funzioni.

Alla luce di questo concetto, quali sono oggi i poteri legali del ministro della sanità?

Se paragoniamo le attribuzioni della vecchia direzione generale di sanità, quello dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità e quelle del Ministero attuale, non vi troviamo differenze sostanziali. Si è cambiato il titolo del dicastero, ma non la sostanza. E per questo che in Parlamento, nella stampa e nei congressi e nelle adunanze mediche si è combattuto durante questi anni?

Che cosa direbbe, se aprisse gli occhi l'illustre senatore Caporale che fu tra i principali difensori di un Ministero della sanità degno dei tempi e delle esigenze moderne? A parte le cifre modestissime del bilancio, colpisce il fatto, per la sua significazione morale e la valutazione ufficiale della funzione che si attribuisce a questo Ministero, che non esiste in bilancio un qualsiasi stanziamento di spese di rappresentanza.

Rileva la relazione di minoranza: « Numerosi e frequenti convegni, congressi, incontri medico-sanitari di vario genere in campo nazionale e internazionale comportano la indispensabile presenza dei preposti al Ministero della sanità e quindi una conforme disponibilità di mezzi finanziari per farvi fronte ».

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Il ministro non manca ad alcuna importante riunione, sia nazionale, sia internazionale.

CHIAROLANZA. Il nostro ministro ci ha detto che sta compiendo questo sforzo senza avere assegnato in bilancio alcuna cifra di rappresentanza. Questo può essere un merito, ma non un indirizzo di Governo.

La Federazione nazionale degli ordini dei medici, che non è il Governo italiano né il Ministero della sanità, fa parte dell'Associazione medica mondiale, derivazione dell'O.N.U., vi ha un rappresentante stabile, partecipa effettivamente a tutte le sedute di questo importante consesso, che si tengono periodicamente nelle principali città del mondo, segue i lavori del M.E.C.; è in diretta relazione con le federazioni consorelle d'Europa e dei vari paesi extraeuropei. Questa partecipazione comporta spese e sacrifici, ma le consente, oltre il riconoscimento morale internazionale, il cui peso è evidente, la partecipazione e la contribuzione diretta al movimento mondiale della sanità, che tende ad accomunare, in Europa e nel mondo civile, le idee e gli interessi a beneficio di una società in cui il lavoro e la salute vengono posti al di sopra di ogni discriminazione di razze, di nazioni, di partiti politici. È questo il più diretto contributo alla pace sociale.

La legge istitutiva del Ministero della sanità è monca e imperfetta. In queste condizioni come si può chiedere a un ministro della sanità un programma di politica sanitaria? In quali termini e misure potrebbe un ministro compierlo, quando la materia sanitaria continua ad essere spezzettata fra vari ministeri? Anche il più autorevole fra i ministri, come è il nostro, troverebbe difficoltà legislative, politiche e di Governo a porre mano su una materia che non gli appartiene per competenza.

Non si possono affrontare i singoli problemi, come ho accennato, isolandoli: essi sono tutti interferenti fra loro e non è possibile determinarne il coordinamento senza averne l'autorità di legge.

Dunque si devono accordare al Ministero della sanità i poteri corrispondenti alle sue funzioni, se si vuole che esso sia di guida e di tutela per quanto riguarda la salute dei cittadini. Il primo passo da compiere dunque è l'accentramento nel Ministero della sanità di tutta la materia sanitaria, che ancora oggi è distribuita tra vari ministeri. Da questa decisione scaturirebbe automaticamente il passaggio dell'assistenza dal Ministero del lavoro a quello della sanità; sarebbe quindi logica la fusione in unico ente di tutti gli enti mutualistici oggi esistenti. E poiché questa fusione impone tempo e presenta evidenti difficoltà per modificazioni e sostituzioni di leggi, si potrebbe procedere frattanto all'unificazione dei sistemi di erogazione dell'assistenza: assistenza eguale per tutti gli assistiti. Non vi può essere un'assistenza discriminata per le varie categorie dei soggetti, non si può distinguere tra lavoratore e lavoratore e tra contadino e operaio: chi ha bisogno di assistenza deve essere considerato come un malato e come tale deve essere curato. È questione di giustizia e di buon senso.

Il diretto controllo dell'assistenza da parte del Ministero della sanità eviterebbe arbitri e sperperi. Tutti, per esempio, sappiamo quanto siano deficienti le installazioni sanitarie del nostro paese e come ineguale la distribuzione che segue in ordine paurosamente decrescente lo sviluppo geografico della penisola, dal nord al sud, dai grandi centri alle zone più povere e meno provvedute, che non sono solo quelle dell'Italia meridionale.

I grandi istituti mutualistici, che dispongono di somme ingenti, e tendono a fornirsi di mezzi propri (ospedali, ecc.) per erogazioni assistenziali, fanno a gara nel costruire ospedali, cliniche, infermerie, con criteri autonomi, con visione di grandezza e perfino di

lusso, superando di gran lunga i compiti loro demandanti dalla legge. Leggo nella relazione di minoranza che una di queste costruzioni ospedaliere è costata 8 milioni a posto-letto. Lascio la responsabilità della cifra alla relazione. Ma se la notizia è esatta, essa è scandalosa.

Certo, innanzi ad opere imponenti, strutturalmente eleganti, tecnicamente perfette, non vi è che da ammirarle. Noi però non possiamo fare una politica di lusso, quando vi sono zone, se non di miseria dura, di necessità impellenti. Il peggio è poi che queste costruzioni non sono collocate in località che ne sono prive, cosicché esse sopperiscano a deficienze locali: esse sono fatte sorgere in grandi centri, accanto a edifici moderni e creano una sproporzione non tollerabile fra regione e regione, fra provincia e provincia, fra centro urbano e periferia, creando doppi inutili e dispendiosi.

A chi devono rendere conto gli istituti mutualistici in questa loro corsa alla grandezza? Non so se gli enti mutualistici siano autorizzati a investire somme ingenti, raccolte con il preciso scopo dell'assistenza, in queste costruzioni costose.

Un altro beneficio riguarderebbe la possibilità di rapportare a un criterio comune per i vari enti il costo dell'assistenza, tra cui le tariffe delle prestazioni sanitarie. Questa è una materia delicata per i medici. Oggi ogni ente mutualistico ha imposto tariffe proprie, stabilite spessissimo con criteri dei quali non rende conto a nessuno. Si è determinata così una diversità di compensi fra loro non confrontabili, nei quali vi è l'aperto disconoscimento di quei principi che dovrebbero essere applicati a un'opera professionale retta e coscienziosa. E qui trovo opportuno ripetere quanto è scritto nella relazione di minoranza: « Come è possibile fare una politica sanitaria degna di questo nome prescindendo da questo fatto (cioè dalla esistenza nel nostro paese della mutualità organizzata) che, considerato dal punto di vista economico, abbiamo detto significa circa 350 miliardi, considerato dal punto di vista sociale significa la protezione sanitaria di circa 40 milioni di lavoratori, considerato dal punto di vista tecnico significa l'attività, la dignità, la responsabilità della gran parte dei 75 mila medici italiani che, volenti o nolenti, sono stati assorbiti definitivamente nel sistema della assicurazione malattia? ». E in un altro punto della stessa relazione è scritto: « Unificando al massimo livello possibile le prestazioni nei riguardi dei lavoratori assicurati, di tutti i lavoratori, si

compirebbe il primo passo concreto per realizzare il precetto costituzionale dell'eguale diritto di tutti i cittadini alla salute e del dovere della repubblica a garantirlo e per dare al medico quella libertà e quella responsabilità che egli rivendica come l'essenza del suo lavoro professionale ».

Sono lieto di leggere idee simili a quelle da me propugnate in questa Camera nei miei interventi sul bilancio del lavoro e che la federazione degli ordini dei medici sta difendendo da tempo.

Ora, come si difende la libertà del medico, la sua responsabilità con tariffe spesso vergognose, con i *forfaits*, con le quote capitarie, gravate, per giunta, delle spese di trasporto in località impervie per le quali il medico finisce per una chiamata, per pagare in benzina le poche centinaia di lire annue (quota capitaria) che egli riceve come compenso? Il ministro delle sanità non può disinteressarsi dei sistemi di erogazione delle prestazioni mediche, in funzione delle quali si concretano i compensi sanitari. Esiste ed ha valore l'articolo della Costituzione che sancisce che il lavoro deve essere pagato col metodo della prestazione, con la qualità del lavoro e con riguardo al costo della vita?

Senza peccare di demagogia, voglio associarmi alla affermazione della minoranza della Commissione quando dice che l'attuale sistema, a parte le considerazioni politiche che lascio ai colleghi di parte comunista, è « nella realtà la condanna inferta a tutti i cittadini a comprare a prezzo esoso una tutela sanitaria che peggiore non poteva essere; è stata la condanna inferta alla maggior parte dei medici di vendere a prezzo veramente vile (nonostante il costo esoso di cui sopra) la loro opera, le loro coscienze e la loro dignità ».

E, poiché stiamo parlando di dignità e di responsabilità dei medici, fermiamoci un momento. Bisogna riconoscere, anche se non ci fa piacere, che in Parlamento e in alcuni settori della pubblica opinione non spira buon vento per i medici. Episodi indubbiamente marginali, gonfiati da certi rotocalchi avidi di argomenti a *sensation* hanno gettato fosche ombre sulla moralità del medico. Nel settore mutualistico poi sono state create le maggiori perplessità e diffidenze, ed i medici sono stati definiti quali accaparratori di malati e di prebende.

Non v'è maggiore offesa, nè vi è maggiore ingiustizia di questa. Valgano le statistiche. Voi sapete che, in seguito all'accordo ora vigente « Inam »-medici, le irregolarità commesse dai medici mutualistici sono perseguite

con sanzioni che arrivano fino alla espulsione dall'albo e, per fatti che costituiscano reati veri e propri, con la denuncia all'autorità giudiziaria. Ebbene, in circa 5 anni di funzionamento di questa commissione centrale, non è stato registrato che un migliaio di ricorsi, percentuale irrisoria, quando si pensi che i medici sono in Italia 75 mila e che, nella grande maggioranza, sono assorbiti dalla mutualità. Né si può obiettare che le varie commissioni provinciali e quella centrale, siano tolleranti e disposte a chiudere gli occhi.

La F.N.OO.MM., organo centrale che difende il prestigio medico, non ha mai esitato a prendere posizione contro i colpevoli.

La commissione centrale, che è presieduta dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici, parte dal concetto che non è utile né giusto che qualche colpevole insozzi, col suo contegno professionale, la grande massa dei medici onesti. Ma in quale categoria professionale non esistono dei reprobri? E perché Parlamento, Governo, stampa non danno rilievo ai casi nei quali i medici, per assolvere al loro compito mutualistico, per non prestarsi cioè alla speculazione degli assistiti, sono stati aggrediti, percossi, feriti, assassinati, sì assassinati? Anche noi, purtroppo, abbiamo il nostro martirologio mutualistico. Alle vittime, al massimo è stato concesso un passeggero elogio; e i fatti dolorosi sono stati accantonati come episodi di cronaca nera.

Diciamole certe verità: sulla mutualità si è stabilita, come in tutte le vicende in cui fa giuoco il fattore economico, la speculazione dell'assistibile. Non sono il solo ad affermarlo. In un recente articolo di giornale, il professor Guido Maria Baldi causticamente scrive che nella confusione che si va determinando tra previdenza e sicurezza sociale con la richiesta di sempre maggiori contributi statali e con la dispersione di cospicui mezzi finanziari « in una miriade di prestazioni polverizzate, inconsulte ed ingiuste » si è andato formando « un vero esercito di inetti, di invidiosi, di pigri, di frodatori occasionali ed abituali, che succhia avido alle mammelle delle pubbliche provvidenze, irridendo alle vere e dolorose necessità dei poveri timidi e dabbene ».

E perché si protesta contro la speculazione attribuita al medico e si applicano sanzioni, e contro l'assistibile non si osa alzar la mano? Per il medico la gogna, e per l'assistibile profittatore e delinquente l'impunità? Sia giustizia per tutti, per coloro che tradiscono

la loro missione e per quelli che si servono della malattia a scopo di lucro!

E passiamo ad affrontare un'altra questione, d'estremo interesse generale, quella relativa alle funzioni degli ordini ed i loro rapporti coi sindacati.

Gli attuali sindacati, è noto, sono associazioni di fatto, senza riconoscimento giuridico, e le loro decisioni non hanno valore cogente di legge. Con la legge *erga omnes* si è fatto un tentativo di dare forza esecutiva, attraverso l'intervento ministeriale, alle loro deliberazioni, se queste rappresentino la volontà della grande maggioranza degli iscritti al sindacato stesso. È un tentativo di regolare legalmente l'azione del sindacato; ma è sempre un espediente. Occorre una legge sindacale che precisi diritti e doveri delle organizzazioni lavoratrici.

Per i medici la situazione è anche più ibrida. Le grandi organizzazioni dei lavoratori, pur nella carenza di una legge sindacale, difendono i loro diritti, con lo sciopero e le forme derivate di lotta sindacale. I medici non hanno l'arma dello sciopero: non avete visto finora né vedrete mai un medico che rifiuti il suo soccorso ad un morente, ad un ferito.

Come si difende, dunque, il diritto del medico? Vi sono gli ordini e vi sono i sindacati medici, voi direte: gli ordini sono organismi giuridici che dalla legge ricevono i loro poteri, che sono in fondo assai limitati. I sindacati, a loro volta, si sono frazionati in categorie e sotto categorie e rivendicano il diritto di trattare questioni professionali, ritenendole di loro spettanza. Su questa pretesa si è stabilito un contrasto di legittimità dando luogo ad una giurisprudenza, con sentenze spesso contraddittorie, che non ha ancora risolto i dubbi.

Vi è dunque una questione base che il Governo dovrebbe affrontare, quella della legge sindacale. Le professioni liberali devono essere regolate dai loro ordini oppure devono affidare le vertenze professionali ai sindacati?

L'ex ministro del lavoro, onorevole Rubinacci, nel progetto di legge che presentò alla Camera e che non ebbe il tempo di percorrere il suo *iter* parlamentare, e quindi decadde, aveva risolto il quesito. Le professioni liberali sarebbero state regolate dagli ordini. Ma l'esperienza del ventennio è istruttiva. Si partì allora dalla legge del 1910 sugli ordini, si modificò la loro struttura introducendovi una rappresentanza sindacale. Ciò nonostante, il doppio non funzionò nella pratica e si

## III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'8 SETTEMBRE 1960

giunse, infine, alla abolizione dell'ordine ed alla creazione del sindacato unico.

Si ritenga giusto o non giusto questo sindacato, è materia opinabile. Quello che conta è che si ritenne necessaria la unicità della rappresentanza. Fu la realtà che la impose, quella realtà che vale anche attualmente e che dovrà necessariamente essere tenuta presente.

Risultò allora un altro fatto a chiare note. L'opera professionale medica non è paragonabile a quella del lavoro manuale. L'elemento economico è uno dei fattori, ma non il più importante. È l'altro elemento che lo sostanzia, quello che importa, cioè il lato etico deontologico. Al medico è affidata la vita dell'infermo, sono affidati i suoi segreti più gelosi.

Di qui il dovere degli ordini di difendere il lato morale della professione, che si offende anche quando si stabilisce una concorrenza non fondata sul valore del medico e sulla sua scrupolosità, ma sulla venalità e sullo sfruttamento. Non si può dare veste legale al crimiraggio medico, quando le classi lavoratrici hanno per loro conto respinta come illegale ed immorale la concorrenza fondata sull'abbassamento delle paghe. Non si può affidare la mutualità, che sta diventando la legge generale della assistenza, ai meno esperti, ai meno coscienti, ai meno preparati, se si crede nell'affermazione che lo Stato debba assicurare la protezione della salute. Questo non può avvenire che utilizzando i migliori.

Comunque, anche dal lato giuridico non si può attribuire all'attività professionale medica il significato di un fatto sindacale, poiché in essa non si riscontrano i requisiti fondamentali del sindacalismo, cioè il datore di lavoro, il lavoro subordinato e la continuità della prestazione. Nella mutualità, che ormai assomma la maggior parte dell'opera medica, non vi è datore di lavoro, né vi è un lavoro subordinato. La Cassazione ha statuito che, a meno che non si tratti di rapporti impiegatizi (medici condotti, ecc.), l'opera del medico, nella mutualità, è un rapporto libero professionale, quindi ricade sotto la giurisdizione dell'ordine. La categoria dei medici ha sempre costituito elemento sociale ed umano di equilibrio e comprensione, forse perché sorretta da quello spirito filosofico che è nella natura degli studi medici. Però non se ne abusi, e non si interpreti il loro silenzio come prova di impotenza e di rassegnazione.

Già si notano qua e là segni di intolleranza e fremiti di ribellione. I dirigenti vanno svolgendo la loro opera di moderazione anche a discapito della loro posizione nell'organizza-

zione, ma non si potranno superare i limiti di una pazienza tesa fino alla esasperazione. Voglio augurarmi che non si giunga a tanto. Ma, se saranno costretti, i medici si leveranno come un uomo solo, dalle università, dagli ospedali, dalle cliniche, dalle condotte mediche, da ogni angolo del paese ove un medico presta la sua opera, ed allora dimostreranno che cosa valgano i medici nella economia della vita civile.

Come, dunque, concepiscono i medici la assistenza malattia nella applicazione pratica? Nella relazione di minoranza essa si inquadra nelle vedute della C.G.I.L., cioè in uno schema che ricorda assai da vicino il sistema inglese. I relatori però dovrebbero mettere d'accordo le loro affermazioni generali con l'applicazione che ne sostengono.

I relatori dicono che bisogna garantire al medico la libertà e la responsabilità che egli rivendica come l'essenza di ogni lavoro professionale, e poi lo vogliono imprigionare nel servizio obbligatorio e compensarlo col *forfait* o con la quota capitaria. Si desiderano medici, o si cercano burocrati che facciano ricette e non diagnosi? Né è da accettare la tesi che i relatori di minoranza propugnano, che, cioè, il servizio sanitario si debba impennare sulle regioni, che in base alla Costituzione hanno il diritto di emanare norme legislative in materia di pubblica beneficenza e di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Ed allora chi concepirebbe ed attuerebbe questa politica sanitaria, il Ministero della sanità o le regioni? Non correremmo noi il rischio di concretare, anziché una concezione sanitaria unitaria, tanti orientamenti sanitari quante sono le regioni? Né rappresenterebbe una semplificazione la creazione di una serie di enti, quello centrale, quelli regionali, quelli provinciali, quelli comunali, questi ultimi integrati da commissioni di esperti, anche se essi non fanno parte dei consigli e dei comitati di sanità.

Le assemblee regionali, i consigli provinciali, quelli comunali avrebbero funzioni deliberanti e spetterebbe loro la attuazione programmatica.

Una ipertrofia della burocrazia, il caos delle decisioni subordinate alle vicissitudini politiche delle varie assemblee, in sostanza. Invece, una politica sanitaria deve collocarsi al di sopra delle lotte e, comunque, delle impostazioni politiche contingenti, essere obbediente a criteri generali di interessi comuni, essere riparatrice di deficienze, equilibratrice delle sprequazioni, là dove esistano.

Questa politica deve partire dal Ministero della sanità, deve utilizzare le strutture esistenti al centro, a cominciare dal Consiglio superiore della sanità (che deve assumere sempre maggiori e più importanti funzioni), ed alla periferia, perfezionando i laboratori provinciali (che devono essere forniti di tutti i mezzi economici e strumentali necessari per assolvere al loro compito), migliorando i servizi, aumentando l'autorità degli ufficiali sanitari e in genere dei funzionari di ogni grado, snellendo le strutture burocratiche, coordinando le funzioni dei medici provinciali con l'azione dei prefetti. La regione sanitaria sarebbe un nuovo cuneo tra centro e periferia, costituirebbe un intralcio sanitario, che si aggiungerebbe al danno politico-amministrativo, che è insito nell'attuazione delle regioni. Ma nel nostro paese tutto è possibile, anche la piccola follia sanitaria nella grande follia politica delle regioni! D'accordo, dunque, col decentramento amministrativo, ma non con la creazione di nuovi organi non necessari, onerosi e privi di senso pratico.

Non ho avuto in questo discorso la pretesa di proporre un programma sanitario, ma solo di abbozzare le linee generali di uno schema che per la sua applicazione richiederebbe studio e tempo. Una legislatura non sarebbe sufficiente a trasformare le attuali leggi in vigore. Non si tratta però di utopie e di sogni di mezza estate. Sono necessità di evidenza meridiana, e le difficoltà innumerevoli che bisognerà affrontare non autorizzano lo scoraggiamento. Bisogna cominciare. I medici sono in attesa, ma la preparazione di un programma concreto non deve assumere l'aspetto dell'immobilità.

Frattanto al ministro restano numerosi compiti che consentono immediate attuazioni e che non possono essere rinviati ad un problematico futuro. Vi è, per esempio, una questione che scotta: la legge Merlin. Le statistiche, la voce dei tecnici, le tristi esperienze che si vanno accumulando impongono l'abolizione degli articoli 5 e 7 di quella legge. Questi articoli stanno sfilizzando l'Italia! (*Commenti*). È la verità: dolorosa, antipatica, ma è la verità. Queste norme di legge sono diventate un pericolo sociale. (*Interruzione del deputato Merlin Angelina*).

Quegli articoli 5 e 7 hanno creato una situazione allarmante che le statistiche denunciano. Ci troviamo di fronte a fatti che non si possono negare.

MERLIN ANGELINA. Le statistiche le darà il ministro. Io non credo alle sue cifre.

CHIAROLANZA. Nessuno mette in dubbio, onorevole Merlin, la sua buona fede. Se vuole, le do trenta e lode anche sul piano scientifico, purché naturalmente ella tenga conto della realtà.

V'è poi da riprendere in esame la legge sugli stupefacenti, di cui, se non erro, è in preparazione il regolamento. Nulla da eccepire sulla severità delle pene. Il vizio e la speculazione devono essere combattuti a fondo. Però non bisogna, per perseguire questo nobilissimo fine, creare ostacoli gravi all'esercizio professionale, e quindi porre in pericolo la vita degli infermi. Oggi diventa difficile ottenere una ricetta di stupefacenti da un medico e la spedizione della stessa da parte del farmacista. Forse in aula vi sono colleghi che si sono trovati di fronte a casi di questo genere; comunque io ho molti esempi e una vasta documentazione, per la mia posizione in federazione. Il medico è perplesso se correre il rischio di noie non indifferenti; il farmacista, a sua volta, non vuole grane da parte della pubblica sicurezza. Difatti l'articolo 18 della legge di pubblica sicurezza stabilisce: « Le pene di cui all'ultimo comma dell'articolo 6 si applicano anche a carico del medico, che allo scopo di favorire l'abuso degli stupefacenti rilascia prescrizioni contenenti stupefacenti senza che ve ne sia una necessità curativa o in proporzioni superiori ai bisogni della cura ». Ma chi stabilisce e gradua la « necessità curativa » e la proporzione delle dosi? Il magistrato direttamente o il perito da lui nominato? Il quesito non avrebbe importanza se l'accusa non comportasse l'arresto immediato del medico con l'esclusione della libertà provvisoria. Un medico denunciato per aver prescritto stupefacenti è arrestato *ipso facto* senza quella inchiesta preliminare che sarebbe fondamentale; né può ottenere la libertà provvisoria perché il titolo del reato la esclude. Dei medici sono stati dentro due anni per sentirsi alla fine assolvere; ma escono dalla prigione distrutti.

Si aggiunga che se si trattasse solo del medico, si potrebbe considerare, questo, uno degli accidenti professionali, sia pure gravissimi. Ma se un medico è chiamato al letto di un malato il quale è stato colpito da sincope cardiaca ed ha bisogno di morfina, ed il medico gliela prescrive, il farmacista trova vari pretesti per non dargliela, affermando anche di non avere il rimedio: e tutto questo perché deve far figurare la prescrizione nel registro, il che è estremamente pericoloso; basta che manchi una qualsiasi indicazione perché il farmacista si trovi nei guai; ed allora, per

guadagnare 50 lire, un farmacista non corre il rischio di andare in galera o di vedersi sottoporre ad un procedimento penale.

Bisognerebbe allora far sì che gli accertamenti previsti dalla legge precedessero i provvedimenti cautelativi, cosicché la presunzione della colpa poggiasse su basi solide e non su basi del tutto aleatorie. Ritengo che queste mie richieste siano giuste e che specialmente in tema di regolamento si dovrebbero introdurre delle norme in questo senso. Il magistrato, insomma, deve sapere se la dose è stata esagerata oppure se non era indicata. Se egli non ha la competenza per stabilirlo direttamente, può ricorrere a un perito. Ma prima di emettere il mandato di cattura, stabilisca che non si tratti di una denuncia fatta con leggerezza, bensì di qualcosa di fondato, ed allora si applichi la legge.

Il ministro ha poi promesso la legge delle tariffe mediche. Essa è già pronta negli uffici: che cosa si aspetta a presentarla?

Così sono vivamente attesi i provvedimenti per l'erogazione dell'assistenza specialistica. Qui si tratta di una interpretazione della norma secondo cui gli istituti non potrebbero consentire l'assistenza a domicilio, ma solo quella ambulatoriale. Ora, circa 20 mila specialisti sono praticamente senza lavoro perché oggi la professione libera non esiste più. Occorre trovare una via di uscita; ed io mi sono permesso di presentare una modesta proposta di legge in base alla quale l'assistenza specialistica viene data alle stesse condizioni in cui si dà la generica. Il provvedimento interessa non solo i medici, ma anche gli assistiti. Oggi l'assistito se ha una semplice influenza può scegliersi il medico che lo curi; ma se deve farsi togliere una tonsilla suppurante deve andare in ambulatorio e farsi operare dallo specialista che ivi presta servizio. Molte volte, però, il malato non abita vicino all'ambulatorio, deve compiere un vero viaggio per arrivarvi, deve farsi accompagnare, deve affrontare delle spese.

Ora, se il principio generale della fiducia si riconosce al mutuato come elemento fondamentale della cura, perché questa fiducia la si nega quando è più necessaria? Esiste in proposito una mia proposta di legge in materia e pregherei l'onorevole ministro di vedere se può facilitarne l'approvazione.

Brevissimamente devo, infine, mettere l'accento su alcuni problemi ospedalieri. Sono innanzi al Parlamento vari progetti di legge sulla materia e ve ne è uno del Ministero della sanità. So che vi è varietà di interpretazioni e forse vi sono anche dei malintesi. Credo che

occorra molta ponderazione in proposito. Comunque non sarebbe male che il ministro della sanità desse delle spiegazioni su quella che potrà essere la nuova forma di assistenza ospedaliera. Nella parte generale io ho detto come concepisco l'assistenza ospedaliera. Credo che in maniera molto larga e generale abbia fissato alcuni punti che mi sembrano fondamentali.

Da ultimo non si dimentichino i medici condotti. La condotta medica ha ormai acquistato diritto di cittadinanza nella nostra struttura sanitaria ed è anzi il settore capillare del grande circolo sanguigno della sanità. Ha i suoi problemi che meritano l'attenzione del Governo. Prossimamente a Napoli in un convegno saranno trattati tutti i problemi relativi a questo settore. Io riconosco che la condotta medica ha anche i suoi pericoli e maggiormente li vedo nella mutualità, ma auspicherei che essa non si lasci travolgere dalla mutualità. Chi mi ascolta si rende conto di ciò a cui intendo alludere. I colleghi sanno che vi fu in un centro della penisola sorrentina un convegno di sindaci di piccoli comuni meridionali che si occupò della condotta medica in rapporto all'assistenza mutualistica. In quel convegno fu proposto (non so poi che fine abbia avuto la proposta) di abolire la condotta medica: ogni comune si sarebbe pagata la mutualità dei poveri. Questo è assurdo e pericoloso perché il medico condotto non serve a curare soltanto i mutuiati, ha notoriamente funzioni molto più vaste.

I problemi cui ho sommariamente accennato dimostrano che vi è molto lavoro per l'onorevole ministro della sanità. I medici italiani credono in lui, perché in molte circostanze ne hanno apprezzato la onesta parola e la buona volontà che lo anima. Essi, onorevole ministro, le daranno la loro collaborazione perché sono interessati a difendere le sorti della medicina con la passione e con lo spirito di sacrificio di cui ebbero esempio ed insegnamento dai loro maestri, alla cui opera essi intendono ispirarsi per il bene della patria e per la fedeltà alle tradizioni. (*Applausi a destra*).

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

**DE MARIA.** Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole ministro, dico subito che non tratterò né della impostazione generale del bilancio della sanità, né, vorrei dire, di problemi che apparentemente possono essere i più salienti di questo bilancio. Non lo faccio per un duplice motivo, ed innanzitutto, per la grande stima che nutro verso la persona

del ministro Giardina. So con quanta passione, con quanto interesse e con quanta dedizione segue e cura i problemi della sanità pubblica del nostro paese. Ho anche avuto il piacere e l'onore di essergli stato accanto come l'ultimo dei suoi collaboratori. Temerei quindi di portare vasi a Samo, di far cosa inutile, di dar consigli di cui egli non ha proprio bisogno e, peggio, di interferire in un'attività tanto benemerita attraverso la quale mi auguro che egli possa raggiungere, in maniera sempre maggiore e migliore, gli obiettivi che sono nei suoi scopi.

Il secondo motivo è dato dal riguardo verso l'amico onorevole Colleselli, che ha fatto una relazione ampia, lucida e approfondita dei problemi, alla quale mi pare che nulla io potrei aggiungere. Anche gl'interventi dei precedenti oratori sono stati assai ampi ed esaurienti e mi spingono alla brevità. L'intervento della onorevole Dal Canton, l'intervento dell'onorevole Lattanzio, così chiaro, ed anche l'intervento dell'onorevole Chiarolanza hanno dato ragione all'onorevole ministro della sua opera e lo hanno invitato a fare di più. Ma direi che l'invito andava piuttosto al Consiglio dei ministri che deve rendersi conto della gravità dei problemi sanitari e della necessità di aumentare i fondi a beneficio della sanità pubblica italiana.

Quindi, dicevo, anche gl'interventi dei precedenti oratori hanno dato ragione alla mia impostazione e giustificano la particolarità del mio intervento. Perciò mi permetto di parlare non tanto per il ministro e per gli onorevoli colleghi, quanto per l'opinione pubblica italiana. Qualcuno potrà dire che può sembrare inutile e superfluo parlare in un'aula pressoché deserta, in cui soltanto la buona volontà trattiene pochi colleghi, anche in ora tarda, ad ascoltare l'ultimo dei loro colleghi che vuole ripetere cose che già essi conoscono. Bisogna, però, adempiere il nostro dovere di parlamentari. Vi è un'opinione pubblica e vi è una stampa, che ci auguriamo si faccia eco delle nostre parole e delle nostre preoccupazioni. In fondo, la nostra funzione di deputati (e ciascuno la sente profondamente) è quella di essere sensibili ai bisogni del paese e tradurre in realtà legislativa il nostro travaglio dando una risoluzione ai problemi della vita nazionale.

In questo senso, mi permetterò di accennare telegraficamente ad un grave problema, sperando che, ripeto, la stampa se ne faccia eco. Ciascuno cerca di spazzare il proprio cantuccio nel modo migliore senza occuparsi del cantuccio degli altri. Questo è il dovere

dei deputati di ogni settore e tutti lo adempiamo con la maggiore buona volontà.

Comincio col fare una constatazione molto semplice. Ricordo che qualche anno fa, quando in Italia vi è stata l'epidemia di « asiatica », non assolutamente grave (il collega Lattanzio, che è medico molto qualificato, spero mi darà ragione), l'« Inam » spese 24 miliardi. Eppure l'asiatica fu un'influenza non maligna e che, in genere, non portava alcuna complicazione. Vi furono soltanto pochi decessi su parecchie diecine di milioni di malati, decessi dovuti probabilmente a fatti intercorrenti: per esempio, in individui cardiopatici scompensati o in soggetti già in preda al marasma senile, che sarebbero morti forse ugualmente allora, anche senza l'asiatica.

Ma, di fronte alla preoccupazione della collettività di difendersi contro mali anche più appariscenti che sostanziali, c'è un male spaventoso che incide e che inferisce e che è addirittura una tragedia sociale, che, vorrei dire, mina le basi stesse della nostra civiltà. Non esagero, poiché cercherò modestamente di citare qualche dato. È un male sociale terribile. Della parola « socialità » noi abusiamo fin troppo ed essa è diventata un termine irrazionale, poiché a volte intendiamo la socialità soltanto sotto un determinato profilo e per determinate categorie, e non quando magari le stesse categorie sono investite da mali molto più gravi quanto meno appariscenti. Mi riferisco ai tumori maligni, che sono il tristissimo appannaggio della nostra età, in quanto dovuti al progresso della stessa civiltà, della tecnica, della fisica, della chimica.

Il livello della vita umana è lodevolmente aumentato. Nel 1900 la vita media dell'uomo era di 45-48 anni; nel 1948 di 58-60; nel 1958 di 70-75 anni. La vita umana media è aumentata soprattutto per il crollo delle malattie infettive, per l'uso degli antibiotici e per il progresso della medicina e della chirurgia, con la quasi scomparsa di tutte le malattie infettive che influivano negativamente nella gravidanza, nel parto, nel puerperio e nella prima e seconda infanzia. Ora, poiché il livello della vita umana è aumentato, per la scomparsa delle malattie infettive, spesso acute, è ovvio che le malattie croniche incidano più delle altre come causa di morte.

Si dice poi che il progresso tecnico, le indagini di laboratorio, le radiografie, portano a un maggiore e migliore accertamento delle cause di mortalità, che ieri rimanevano oscure.

## III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'8 SETTEMBRE 1960

Tutto questo non basta a spiegare sufficientemente l'aumento della mortalità per tumori.

Da un interessante volume della collana « Archivio di medicina mutualistica », volume XIV, si ricava che nel 1900 in Italia il cancro era al settimo posto tra le cause di mortalità; nel 1925 ascendeva al quarto posto; nel 1958 al secondo. Negli anni 1958-59 invece, le prime tre cause di morte sono state: le malattie cardiovascolari, il cancro e gli infartti; ottava la tubercolosi, che nel 1900 era invece al secondo posto.

A questo proposito vorrei fare una osservazione semplicissima. Il Ministero della sanità stanZIA nel suo bilancio per la tubercolosi circa 18 miliardi; l'Istituto di previdenza sociale ne spende per ricoveri una cinquantina. Sono circa 70 miliardi che lo Stato spende oggi per la tubercolosi, che pure è diventata l'ottava causa di morte. Per il cancro invece, che è la seconda causa di morte, siamo oggi ad una spesa nel bilancio in esame, di 1 miliardo 450 milioni.

Il problema certo non riguarda solo l'Italia. La popolazione globale dell'umanità è di 2 miliardi ed 80 milioni. Su di un milione di individui, se ne ammalano ogni anno di cancro 2035. Secondo il Fisher e il Bauer l'indice annuo di morbilità per cancro dà ogni anno quattro milioni e 250 mila malati. In termini più semplici ed accessibili anche al pubblico profano, ricorderemo che ogni anno muoiono di cancro da un milione e 650 mila a tre milioni e 250 mila uomini e che in cinquant'anni la mortalità per tumori nel mondo è esattamente raddoppiata, per cui oggi su sei persone una muore di cancro; il che conferma che la mortalità in conseguenza dei tumori è veramente in preoccupante aumento.

Secondo le statistiche dell'Organizzazione mondiale della sanità, la mortalità per cancro era di uno su trentotto decessi nel 1890, di uno su trenta nel 1900, di uno su diciotto nel 1910, di uno su quindici nel 1920, di uno su otto nel 1930, di uno su sei nel 1950, anno cui si riferiscono le più aggiornate statistiche in mio possesso.

Per quanto riguarda più specificamente l'Italia, siamo passati da 17.141 decessi nel 1900 a 43.190 nel 1951 a 67 mila nel 1958 e quest'anno, presumibilmente, si giungerà a un totale di 70 mila decessi!

Analizzata paese per paese, la percentuale dei decessi causati da cancro — sempre secondo i dati forniti dall'O.M.S. — è salita negli ultimi decenni da 4,4 a 16,9 per cento

in Inghilterra, da 5,4 a 18,9 in Olanda, da 4,1 a 14,6 negli Stati Uniti, da 2,4 a 11,5 in Italia; e tutto fa pensare che queste percentuali sono purtroppo destinate ad aumentare.

In questa situazione è inevitabile domandarsi che cosa si debba fare. I colleghi, soprattutto coloro che sono medici, sanno che contro il cancro la nostra società è completamente disarmata. Non conosciamo infatti le cause della malattia, che secondo alcuni avrebbe origine virale, secondo altri fattori endogeni ed esogeni, dovuti ad agenti e coagenti chimici, fisici, biologici. La verità è che tutti questi fattori, e non uno solo, contribuiscono al sorgere di questa malattia: di qui l'importanza di scoprire gli agenti cancerogeni, perché è soprattutto nel senso della prevenzione della malattia che deve orientarsi anche la nostra attività di legislatori. Una volta conosciute le cause, è infatti possibile prevenirle, e noi sappiamo oggi che vi sono fattori e cofattori, agenti e coagenti che influiscono sulla genesi e sullo sviluppo del cancro: è nostro dovere combatterli per premunire l'umanità contro questo terribile flagello.

Non tutti questi agenti sono eliminabili perché molti di essi sono strettamente collegati con le odierne abitudini di vita e con il progresso tecnico. Noi tradiremmo la nostra missione di legislatori se impedissimo la creazione del centro, per esempio, di ricerche atomiche e nucleari di Ispra, se cioè cercassimo di sbarrare la strada ad ogni nuova conquista della tecnica; è però doveroso difendere l'umanità dai pericoli di morte che a queste conquiste si accompagnano.

Bisogna quindi incrementare gli studi dei fattori che determinano il cancro e porre in opera gli strumenti legislativi più idonei a difendere la nostra popolazione contro questi elementi nocivi; e qui il discorso potrebbe farsi molto lungo: certo è che il problema va affrontato, se vogliamo che il progredire della civiltà vada di pari passo con il miglioramento della salute umana. Prima di tutto incrementare gli studi: si è parlato di ereditarietà e di contagiosità del cancro, affermate dagli uni e negate dagli altri. Sta di fatto che vi è almeno una sorta di predisposizione razziale verso determinate forme di questa terribile malattia. Noi sappiamo, ad esempio, che il cancro primitivo del fegato colpisce più frequentemente i malesi, i cinesi, i giapponesi e non gli europei; che il cancro alla mammella colpisce più la donna bianca che la donna orientalee che l'epitelioma cutaneo è più frequente tra i bianchi che tra i negri.

Dobbiamo tener conto di tutto questo perché abbiamo bisogno di una legislazione fatta per il nostro popolo secondo anche le sue caratteristiche biologiche.

Oltre i fattori biologici, a favorire l'insorgenza del cancro agiscono soprattutto prima gli agenti fisici (raggi ultravioletti, tutte le radiazioni ionizzanti: si ricordi l'aumento dei casi di leucemia a Nagasaki ed Hiroshima per la bomba atomica) ed ancor più agiscono gli agenti chimici. Sono circa 300 le sostanze cancerogene e vanno sempre aumentando; sono circa 500 le attività professionali che presentano il rischio specifico di ammalarsi di cancro. Mi dispiace che non vi sia in questo momento nessun organizzatore sindacale di estrema sinistra. Essi si battono tanto quando si tratta di aumentare di una lira il salario professionale di questa o quella categoria di lavoratori, ma quando si tratta di lavoratori che sono esposti giorno e notte ad un rischio mortale derivante da un'attività lavorativa come quella di cui ho parlato, non ci pensano. Dico questo perché vorrei arrivare ad una garanzia assicurativa per tutte le professioni esposte al rischio del cancro.

ANGELINI LUDOVICO, *Relatore di minoranza*. Perché poi l'estrema sinistra dovrebbe esser contraria a questa concezione?

DE MARIA. Non ho detto che ella è contraria. Ho detto che in questo campo di rivendicazioni spesso si cade nella demagogia. Voi vi battete frequentemente in quest'aula quando si tratta di una categoria che sciopera per aumentare di poche lire il salario giornaliero, ma quando si tratta di problemi di fondo, pur interessanti le categorie lavoratrici, come quelli cui mi riferisco, che fanno correre rischi molto gravi ai lavoratori, come legislatori dovrete avere una maggiore sensibilità per essi. Vorrei, cioè, che vi batteste insieme con noi per l'istituzione di una assicurazione obbligatoria contro il cancro.

Parlavo dei rischi professionali del cancro. Si tratta effettivamente di un argomento di grande interesse. Dopo l'intuizione di Percival Pott del 1775 dei rapporti tra la fuliggine e il cancro dello scroto degli spazzacamini, dobbiamo arrivare al 1918 perché ci si accorga che il catrame contiene le maggiori sostanze cancerogene che oggi conosciamo. Nel 1895 fu scoperto che il cancro della vescica, frequente in alcuni operai, derivava dall'anilina che essi trattavano per la loro attività lavorativa. I derivati dal catrame e dagli azocomposti (anilina) sono un'infinità. Si pensi

alle stesse sostanze cancerogene contenute nei gas di scappamento e alla influenza probabile di essi nell'insorgenza del cancro polmonare.

In Italia vi sono da 5 a 6 mila decessi all'anno per cancro polmonare. E fino ad oggi si riteneva che il cancro fosse appannaggio dell'età avanzata: oggi sappiamo invece che colpisce le persone dai 40 ai 60 anni, cioè in piena attività lavorativa; il cancro del polmone, poi, come quello del collo dell'utero, colpisce anche persone più giovani di età, mentre quello della mammella colpisce indifferentemente anche in età più avanzate. Da una statistica condotta da me presso gli ospedali riuniti di Roma sugli operati, poi deceduti, tra il 1948 e il 1958 per cancro polmonare, abbiamo trovato, per quanto riguarda l'attività professionale esercitata in vita, che la più alta percentuale era tra gli autisti e fra tutti coloro che avevano a che fare con il catrame e l'asfalto, mentre percentuali più basse si registravano fra gli altri lavoratori, in particolare quelli dell'agricoltura.

Tra le varie attività professionali si evince dunque che alcune espongono direttamente al rischio cancerogeno. Bisogna valutare questo rischio: ma gli stessi medici in questo campo non sono completamente certi nella valutazione dell'entità del rischio specifico; è ovvio che lo stesso magistrato si troverà in difficoltà di fronte ad una incertezza del giudizio dei periti. Questo però, sia chiaro, non ci deve disarmare. Il fatto che il rischio sia di più difficile accertamento deve impegnarci maggiormente, affinché il lavoratore che per la sua attività professionale si trova esposto a quel rischio, sia debitamente coperto dalla garanzia assicurativa.

Ho accennato al cancro professionale che interessa numerose categorie di lavoratori. Accanto agli agenti chimici, ripeto, vi sono quelli fisici: lo stesso sviluppo dell'industria provoca una infinità di scorie ricche di sostanze cancerogene; influisce anche in questa genesi l'adulterazione delle sostanze alimentari. Si pensi poi all'energia atomica con tutte le sostanze cancerogene che dalla sua produzione derivano. Si pensi alle sostanze cancerogene contenute nel fumo delle sigarette. A questo riguardo vi dirò che il 90 per cento dei morti di cancro del polmone si registra fra i fumatori al di sopra di 40 sigarette al giorno. Pertanto il legislatore dovrà impegnarsi ad emanare leggi molto severe che abbiano carattere cautelativo ed obblighino il lavoratore che lavora a contatto di sostanze cancerogene non soltanto a versare il suo con-

## III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'8 SETTEMBRE 1960

tributo (questa è l'ultima cosa che ci interessa) ma lo garantiscano contro questa malattia. In altre parole, occorre un'azione molto energica da parte del Parlamento, attraverso una legislazione adeguata.

Ho voluto compiere per mio conto un'indagine statistica: recandomi in varie città, ho chiesto ai maggiori concelorogi che cosa pensassero di una lotta organizzata sul piano sociale contro il cancro. Come per la tubercolosi abbiamo attuato un'azione di profilassi oltre che di terapia, così per il cancro bisognerebbe attuare un'azione preventiva e profilattica, oltre che terapeutica. Secondo il parere delle persone da me interpellate, se riuscissimo a diffondere la conoscenza sociale contro il pericolo del cancro, ed organizzassimo una adeguata difesa, potremmo ridurre presumibilmente della metà il numero dei morti; altrimenti il numero di 70 mila decessi all'anno aumenterà e presto si parlerà di 90 o di 100.000 morti per cancro all'anno.

Organizzare una lotta intelligente e razionale contro il cancro significa impedire l'aumento del numero dei morti e ridurre notevolmente l'attuale.

Qualcuno mi chiederà che cosa io personalmente propongo. Oggi l'unica arma, ripeto, che abbiamo contro il cancro è la diagnosi precoce, più che la terapia. Il modo più efficace per combattere il cancro è di provvedere tempestivamente all'ablazione, quando il lavoratore comincia ad avere una lesione cutanea così leggera che non gli dà fastidio; quando la donna o l'uomo presentano emorragie insignificanti. In altre parole, occorre che tempestivamente si ricorra al medico, ai primi sintomi del male.

Per una prevenzione efficace occorre ovviamente una organizzazione efficace: perché forse anche il medico pratico non è preparato per la lotta contro il cancro. Io penso a due categorie di medici i quali devono essere istruiti ed educati, soprattutto educati, nella lotta contro il cancro. Lo specialista, l'oncologo, che deve formulare la diagnosi spesso dolorosa, che deve dire la parola definitiva, ed il medico pratico che deve essere intelligente ed individuare per primo il sintomo. È chiaro che ancora di più il pubblico deve essere educato, istruito.

Quando recentemente, sono andato a Ginevra per un convegno dell'Organizzazione mondiale della sanità, ho avuto occasione di capitare in un cinematografo. Ebbene, all'inizio dello spettacolo cinematografico, è stato

proiettato un breve documentario sulla lotta contro il cancro. Al pubblico presente in sala si è fatta vedere la necessità di ricorrere al medico all'annuncio dei primi disturbi, prospettando casi particolari. Io mi chiedo perché altrettanto non si possa fare in Italia. Perché non intensificare l'educazione sanitaria attraverso i documentari cinematografici? Non vi sarebbe nulla di male, nel fare assistere a questo tipo di proiezioni che potrebbero anche essere destinate ai genitori per l'educazione sanitaria dei bambini, agli insegnanti per collaborare alla cura ed alla garanzia dello stato di salute degli allievi. Bisognerebbe, ad esempio, fare comprendere agli insegnanti che posizioni viziate sui banchi della scuola non debbono essere prese dai bambini per evitare deviazioni della colonna vertebrale, e così via. Ecco, quindi la necessità di intensificare al massimo l'educazione sanitaria.

Per tornare all'argomento in esame ritengo necessario che, non dico la maggioranza degli operai, ma quelli più esposti al rischio cancerogeno, siano sottoposti una o due volte all'anno a dei controlli sanitari. Si ricordi che sempre più diventa importante la medicina preventiva. L'ha detto poc'anzi l'onorevole Lattanzio. Occorre garantire lo stato di salute dell'individuo, nel caso in esame occorre la diagnosi precoce contro il cancro. Qualche giorno fa parlavo a Napoli con il primario chirurgo dell'istituto Pascale, proprio qualche ora prima egli aveva operato un operaio di un cancro allo stomaco dopo due anni dall'insorgenza dei primi sintomi. Ebbene, se quell'operaio si fosse recato immediatamente dal medico prima di attendere due anni, le sue possibilità di vita dopo l'intervento sarebbero immensamente aumentate. Abbandoniamo l'opinione del secolo XIX in cui i tumori maligni erano considerati incurabili. Oggi invece sappiamo che si possono curare e guarire purché si intervenga in tempo. Oggi, il cancro si può curare come qualsiasi altra malattia, come, ad esempio, la tubercolosi, ma bisogna organizzare la lotta contro il cancro su un piano nazionale, educando il medico generico e lo specialista, in modo che sappiano cogliere tempestivamente i sintomi ed intervenire di conseguenza. Mi auguro che ogni ospedale, come quello di cui è presidente il collega Colleselli, che è magnificamente organizzato e moderno, sia presto fornito di una *équipe* di biologi, di ricercatori, di specialisti di laboratorio, di radiologi, di chirurghi in grado di condurre un'azione a fondo contro il cancro.

La legislazione italiana contro il cancro, con tutte le lodi che per altri versi bisogna formulare nei confronti dell'attuale onorevole ministro, non è adeguata alla situazione ed alle necessità di oggi.

I primi disegni di legge contro i tumori sono quelli del 23 luglio 1926 e del 23 giugno 1927 che riguardano i provvedimenti per le province, i comuni, i consorzi ed i contributi agli istituti per la diagnosi e la cura dei tumori. Risale anche al 1927 l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Qualcuno ha scritto che il 1927 è stato l'anno aureo della legislazione sanitaria italiana, ed io non mi sentirei di dire di no.

Nel gennaio 1928 la direzione generale della sanità del Ministero dell'interno istituì in ogni capoluogo centri per la diagnostica e comitati provinciali per la lotta contro i tumori. Tra parentesi, occorre rilevare che soltanto la metà delle città italiane hanno istituito tali comitati. È evidente che per l'educazione sanitaria occorre creare questi nuclei di propulsione.

Il 6 maggio 1931 la direzione generale della sanità pubblica creava « centri » presso enti ospedalieri e universitari, con direzione medica, servizi relativi ed archivi. È evidente la grande importanza che hanno nella lotta contro il cancro i dati statistici e demografici.

Con regio decreto-legge 27 luglio 1934 si impartirono disposizioni particolari per la lotta contro il cancro. Più tardi si provvide alla tutela assicurativa contro le malattie professionali con decreto 17 agosto 1935 per sei tecnopatie professionali; con legge 12 aprile 1943 si adottarono disposizioni contro la silicosi e la asbestosi.

Come i colleghi ricordano, nella Commissione lavoro nella passata legislatura aggiornammo la tabella delle malattie professionali includendo 20 attività lavorative che potevano costituire un terreno pretumorale. Mi permetto di dire che ora occorrerebbe aggiornare tale tabella. Gli studiosi affermano che vi sono almeno 500 attività lavorative che possono portare al cancro.

Concludendo, affermo che, a mio avviso, occorrerebbero due specie di interventi da parte dello Stato per una efficace difesa del paese contro il cancro. L'onorevole ministro della sanità dovrebbe rendersi interprete presso il Consiglio dei ministri della nostra modestissima voce perché, di concerto con il ministro del lavoro, si dia attuazione a un piano sociale di lotta contro il cancro secondo

due direttive. Occorrono provvedimenti a favore della totalità della popolazione italiana (terapia, prevenzione, profilassi, ed i relativi servizi con i loro oneri dovrebbero essere a carico dello Stato) e provvedimenti assicurativi per i lavoratori esposti al cancro come rischio professionale. Scuseranno gli onorevoli colleghi presenti se, pensando all'efficacia futura di tali provvedimenti, apriamo una parentesi umana ed emotiva. Come loro sanno, la settimana scorsa un autista della Camera, di 30 anni, è stato ricoverato in ospedale con prognosi infausta per un tumore all'encefalo. Se quell'autista, però, fosse ricorso al medico prima di perdere completamente la vista, forse sarebbe stato salvato da un intervento. Due settimane fa è morto alla clinica Sant'Andrea per cancro dello stomaco un giovane barbiere della Camera, di 30 anni. Mi riferisco a persone vicine al nostro ambiente e al nostro lavoro. Quest'ultimo soffriva di disturbi da qualche anno. Non si era mai fatto visitare, quindi non fu possibile nessuna diagnosi, nessuna terapia precoce. Questi casi ci fanno pensare anche che se lo Stato attraverso idonei organi garantisse la diagnosi e la terapia contro il cancro a tutti i cittadini, molti casi non andrebbero all'*exitus*.

Concludendo, ritengo che occorra garantire l'assistenza ospedaliera a tutti i malati di cancro, la possibilità gratuita di diagnosi per terapia precoce a tutti i cittadini, per salvare uno stuolo di vite umane. Infine, occorre assicurare contro il rischio tutti i lavoratori che esercitano professioni che tale rischio presentano. Ho detto che gli studiosi fanno ascendere oggi a circa 500 tali professioni. (*Interruzione del deputato Bartole*). Naturalmente, onorevole Bartole, studieremo insieme tale elenco e vedremo per quali di esse sarebbe necessaria l'assicurazione obbligatoria contro tale rischio immediatamente.

Onorevoli colleghi, se gli studiosi (e di cancerologi ne abbiamo tanti in Italia), i tecnici e l'opinione pubblica dovessero lanciare un grido d'allarme contro il cancro e noi legislatori dovessimo rimanere sordi, credo che più del rischio elettorale correremmo l'alea di tradire un dettato della nostra coscienza.

Il mio intervento, onorevoli colleghi, non è teso a modificare le cifre del bilancio, del resto non modificabili, ma vuol essere un richiamo a tutti i colleghi ed al ministro a non tradire (e non uso una frase retorica) la nostra funzione di legislatori. Garantiamo la gioia della vita a chi questa gioia vede minacciata da un terribile flagello. È una spada

---

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'8 SETTEMBRE 1960

---

di Damocle quella che è sospesa sulla nostra testa; da un momento all'altro può cadere: una persona su sei si ammala di cancro. Abbiamo il dovere di proteggere la popolazione italiana e noi stessi da questa grave malattia e mi auguro che il nostro sforzo, il nostro impegno legislativo oggi, domani e sempre possa realizzare per la gente italiana una efficace barriera contro questo terribile morbo. (*Applausi al centro*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato alla seduta pomeridiana.

**La seduta termina alle 13,30**

---

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO DEI RESOCONTI  
Dott. VITTORIO FALZONE

---

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI