

DV.

SEDUTA ANTIMERIDIANA DI MERCOLEDÌ 11 OTTOBRE 1961

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE TARGETTI

INDICE

	PAG.
Disegno di legge (<i>Trasmissione dal Senato</i>)	24607
Disegno di legge (<i>Seguito della discussione</i>):	
Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962 (3116)	24607
PRESIDENTE	24607, 24615
LATTANZIO	24607
CERAVOLO MARIO	24615
MINELLA MOLINARI ANGIOLA	24618
LUCCHI	24624
DELFINO	24628
GOTELLI ANGELA	24633
RICCA	24637
Proposte di legge (<i>Annunzio</i>)	24607

La seduta comincia alle 10.

BIASUTTI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta antimeridiana di ieri.
(*È approvato*).

Trasmissione dal Senato.

PRESIDENTE. Il Senato ha trasmesso il disegno di legge, approvato da quella V Commissione:

« Nuove disposizioni tributarie in materia di assicurazioni private e di contratti vitalizi » (3313).

Sarà stampato, distribuito e trasmesso alla Commissione competente, con riserva di stabilirne la sede.

Annunzio di proposte di legge.

PRESIDENTE. Sono state presentate proposte di legge dai deputati:

MARTINA MICHELE e SCHIRATTI: « Riconoscimento giuridico della formazione di patrioti denominata "Divisione Gorizia" » (3314);

AMADEI GIUSEPPE ed altri: « Modifiche alla legge 27 febbraio 1958, n. 119, per quanto concerne il Consiglio di amministrazione delle poste e delle telecomunicazioni » (3315);

RICCIO: « Istituzione dell'ordine professionale dello spettacolo » (3316).

Saranno stampate, distribuite e, avendo i proponenti rinunciato allo svolgimento, trasmesse alle Commissioni competenti, con riserva di stabilirne la sede.

Seguito della discussione del bilancio del Ministero della sanità (3116).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione dello stato di previsione del Ministero della sanità.

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

LATTANZIO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, anche quest'anno sono tornati alla ribalta, in sede di dibattito sullo stato di previsione del Ministero della sanità, vecchi problemi e già note richieste che furono oggetto negli anni scorsi di appassionante discussioni e di opportune prese di posizione. Pur senza volermi, neanche lontanamente, ergere a difensore di ufficio di alcuno (anche perchè io stesso rilevai e rilevo carenze e deficienze), vorrei tuttavia che pregiudizialmente non si dimenticasse il fatto che la sanità pubblica, anche in quei paesi dove da tempo è assurta a dignità ed a responsabilità di ministero, si trova dovunque di-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

nanzi a comprensibili difficoltà, dovute da un lato al rapido sviluppo della tecnica e della scienza medica e dall'altro alla sempre maggiore coscienza sanitaria e quindi alle sempre maggiori richieste delle popolazioni.

Non vi è da meravigliarsi, perciò, se non tutto procede secondo le nostre aspirazioni, anche perché molte delle difficoltà incontrate non sono soltanto comprensibili e spiegabili, ma direi che perfino vi era da attenderselo, soprattutto se si pone mente al fatto che il Ministero della sanità, nato per ultimo e con tante limitazioni, non è sorretto nella sua azione da una legge istitutiva che gli attribuisca tutti quei compiti che giustamente vorremmo vedergli affidati. Resta invece la soddisfazione di poter serenamente constatare che mai come oggi il problema della salute pubblica è stato tanto compreso e tanto valutato, sia in campo sociale sia individuale, e che l'assistenza sanitaria elargita con tanta larghezza di mezzi, sia diagnostici sia terapeutici, dà la possibilità a sempre più larghi strati della popolazione di curare forme morbose che nel passato furono spesso affidate, per essere superate, alla natura o al tempo.

Non ripeterò pertanto considerazioni che già feci negli scorsi anni e che ritengo sempre valide, ma solo richiamerò ancora una volta l'attenzione dell'onorevole ministro e di tutti noi sul fatto che non dobbiamo solo preoccuparci dell'indispensabile incremento di fondi a disposizione della sanità, ma soprattutto impegnarci a definire compiti ed attribuzioni che il Ministero della sanità ha il dovere di rivendicare, non per malintesi motivi di prestigio e di competenze ma sostanzialmente per assicurare quell'indirizzo e quel coordinamento della politica sanitaria che il nostro paese giustamente attende.

Tralasciando perciò già note considerazioni, diverse delle quali ho visto con piacere riprese nel dettagliato, accurato ed ampio documento presentatoci dal nostro relatore onorevole Sorgi, cui va la nostra gratitudine per avere saputo impostare con senso di concretezza e di lungimiranza i problemi tuttora aperti dinanzi a noi, desidero soffermarmi su alcuni aspetti più urgenti di quella medicina sociale che è diretta ad ottenere il benessere fisico e morale ed indirettamente, quindi, anche economico della collettività.

Perché questi nostri interventi non si risolvano solo in appassionate, anche se costruttive critiche, o in ricorrenti richieste, desidero poter iniziare esprimendo al ministro della sanità il mio compiacimento per alcuni provvedimenti che sono stati presi in questo

anno e che indicano, se non altro, il deciso impegno di voler avviare a soluzione, mediante una precisa impostazione legislativa, alcuni fondamentali problemi di medicina curativa e preventiva.

Intendo riferirmi ai centri di lotta contro le malattie sociali, che nel recente decreto del Presidente della Repubblica datato 2 febbraio 1961, n. 249, (*Gazzetta ufficiale* del 20 aprile 1961, n. 93) hanno avuto il loro doveroso riconoscimento e sono stati opportunamente affidati al controllo del Ministero della sanità, cui spetta anche il compito, chiaramente espresso nella legge, di intervenire con regolari sovvenzioni economiche nei limiti fissati da apposite convenzioni.

Il provvedimento mi pare davvero lodevole e rispondente alla decisa volontà di formulare una programmazione capace di corrispondere ad un'impostazione unica di tali importanti centri di medicina preventiva e di diagnosi precoce. Molte iniziative, infatti, sono sorte in questi ultimi anni ad opera di enti locali, e non tutte hanno trovato la strada giusta per impostare e portare avanti un sì importante programma di lavoro.

Noi abbiamo sempre sostenuto l'importanza di tali centri ed anche due anni fa chiedemmo in questa aula l'intervento del ministro della sanità, non solo per sorreggere finanziariamente tali iniziative, ma anche per assicurare quell'opera d'indirizzo e di coordinamento che è assolutamente indispensabile per la loro migliore riuscita. Oggi perciò assistiamo con soddisfazione all'introduzione di un chiaro programma da applicarsi secondo le tre direttive fondamentali: profilassi, assistenza, recupero.

Ci auguriamo ovviamente che, chiarita la fisionomia e la finalità di tali centri, facciano ora seguito uguali sforzi finanziari, capaci di corrispondere non solo alle attese, ma anche alle diverse impostazioni con cui tali centri sono sorti, per andare incontro alle diverse necessità delle singole zone assistite.

Motivo di compiacimento sono anche le disposizioni che regolano il delicato settore della medicina scolastica, contenute nel decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264. La necessità di assicurare una continua vigilanza sanitaria alle popolazioni scolastiche, renderà possibile il superamento di quell'angoscioso, lugubre fenomeno che è la mortalità infantile. Tutti sanno infatti quanto sia importante una attenta profilassi, soprattutto nei primi anni di vita, e quanto sia indispensabile l'utilità di una sorveglianza medica regolare, la pratica di

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

un'igiene generale evoluta, l'applicazione di chiare misure preventive contro le infezioni e l'attuazione di un attento *depistage* di quelle turbe sensoriali che, in quella età, sono ancora suscettibili di correzione.

L'esame completo del bambino è perciò garanzia di salute, così come il miglioramento delle condizioni d'igiene ne influenzeranno sicuramente la crescita, per cui è logico dedurre che, conducendo una politica di più alto tenore di vita, si otterranno bambini più forti e più resistenti.

Ci sia perciò consentito salutare con compiacimento questi nuovi provvedimenti che tentano di utilizzare al massimo i rapidi, numerosi ed importanti progressi scientifici dell'era moderna e di evitare che le tradizionali, ricorrenti, difficoltà di vario tipo possano servire da freno alla soluzione di questi importanti problemi.

Parlando di medicina sociale saremmo naturalmente portati a prendere in considerazione alcune malattie che duramente tuttora affliggono le nostre popolazioni: intendo riferirmi al cancro, alle cardiopatie, alle malattie mentali, al diabete, alla tubercolosi ed a tutte quelle manifestazioni che per la loro diffusione incrementano la mortalità generale e richiedono spese notevoli per cure, degenze ospedaliere e riabilitazioni al lavoro; ma di esse già negli scorsi anni ebbi occasione di parlare per cui limiterò il mio intervento a quella che è ormai definita la malattia sociale del secolo: quella degli incidenti in genere e di quelli stradali e domestici in particolare.

Il problema degli incidenti stradali è divenuto ormai un problema medico sociale come il cancro, le malattie infettive, le psicopatie, la tubercolosi, la criminalità e, pur non potendo sperare comunque in una sua rapida e completa soluzione, abbiamo il dovere di rivolgere ad esso tutta la nostra più scrupolosa attenzione anche dal punto di vista medico, oltre che dal punto di vista tecnico-legislativo, come abbiamo fatto in un recente passato quando discutemmo ed approvammo il nuovo codice della strada ed abbiamo dato il via alla costruzione di una moderna e completa rete autostradale.

Non è infatti superfluo ricordare che nella misura in cui la strada è causa di seri e gravi pericoli per la salute umana, essa deve richiamare l'attenzione del Ministero della sanità sia per quanto riguarda una doverosa e coraggiosa lotta per la prevenzione degli incidenti sia per fare in modo che, una volta che questi si siano verificati, gli infortunati pos-

sano essere opportunamente e rapidamente soccorsi in modo da evitarne il successivo esito mortale o comunque da delimitarne o ridurne le complicanze e le menomazioni. Non va infatti dimenticato quanto anche recentemente ha posto in evidenza il congresso di pronto soccorso svoltosi a Torino e che cioè l'80 per cento degli infortunati della strada muoiono per emorragia o per asfissia e che un soccorso inadeguato o intempestivo, anche se animato dalle migliori intenzioni, determina spesso quel disastro che provvedimenti più cauti, più precisi e più decisi avrebbero facilmente potuto evitare.

Innanzitutto credo sia nostro dovere cominciare col reagire, energicamente, contro un certo stato d'animo ancora molto diffuso presso tanta parte dell'opinione pubblica, anche la più culturalmente qualificata, stato d'animo che si sostanzia, verso gli incidenti in genere, in un atteggiamento fatalistico, quasi si trattasse di disgrazie sulle quali l'uomo non ha alcun potere di intervenire. Al contrario, è bene dirlo subito, gli incidenti non sono degli avvenimenti fortuiti: ognuno di essi è il risultato di una concatenazione di cause, la maggior parte delle quali, se attentamente esaminata, mostra quanto siano evitabili. D'altronde, non abbiamo fatto in questi ultimi anni notevoli passi avanti in tema di infortuni sul lavoro proprio perché non ci si è adagiati sul fatalismo di simili incidenti?

Certo, il numero degli incidenti stradali è in aumento progressivo e negli ultimi anni essi sono saliti da 94.810 del 1952 a 225.116 del 1959, realizzando delle medie giornaliere che sono veramente impressionanti: basti pensare che nel 1958 abbiamo avuto una media di incidenti stradali di oltre 500 casi al giorno con circa 20 morti (da rilevare che nelle statistiche vengono considerati soltanto quei traumatizzati che muoiono entro le 48 ore) e più di 400 feriti, tanto da poter dire che abbiamo ormai in Italia un morto all'ora ed un ferito ogni 4 minuti.

Contro tale preoccupante bilancio, v'è però il fatto che, se si calcola il numero degli incidenti in rapporto ai veicoli circolanti, si nota che il quoziente va riducendosi. Si è passati infatti, nell'ultimo decennio, dal 43,1 al 36,9 per mille. In altri termini, il considerevole aumento del numero degli autoveicoli circolanti non ha comportato, in proporzione, un aumento degli incidenti stradali, quasi che, pur essendo più denso il traffico e pur essendo più veloci e quindi più pericolosi i mezzi, si vada realizzando un migliore adattamento dell'uomo alla macchina ed alla strada.

Questi risultati potrebbero lasciare ben sperare per l'avvenire ma dovrebbero soprattutto indurci ad approfondire il problema ed a ricercare insieme strumenti e mezzi capaci di arginare e di vincere questa battaglia che tutta l'umanità sopporta ogni giorno e che assume gli aspetti di una vera guerra perennemente incombente su tutto il paese. Basti pensare a tal proposito che, nel decennio scorso, abbiamo avuto 57.761 morti per incidenti stradali, cioè a dire più vittime della strada che in un anno dell'ultima guerra quando le vittime, militari e civili, sono state valutate appunto in 51.575 unità all'anno! Se a questo aggiungiamo che l'incidente stradale rappresenta la morte più frequente nel giovane fino al diciannovesimo anno di vita, ci appare chiaro il grave danno che tale nuova e preoccupante malattia del secolo comporta.

Se la vita di ciascun individuo è da considerarsi infatti il più alto patrimonio morale da salvaguardare, non bisogna però sottovalutarne il valore economico specie perché si tratta, in una alta percentuale di infortunati, di cittadini dediti ad attività lavorative. Basti riflettere sull'elevato numero delle giornate di prognosi che tale tipo di incidenti comporta per rendersi conto del danno che ricade non solo sul soggetto colpito ma, direttamente od indirettamente, su tutta la comunità nazionale; danno questo che assurge a cifre difficilmente accertabili, ma che facilmente si intuisce quanto possa essere comunque elevato.

Abbiamo ricordato alcuni elementi riguardanti la mortalità che tali incidenti comportano, ma non meno grave è l'aspetto riferentesi al numero ed alla gravità dei feriti che ogni anno si registrano e che producono un disagio morale ed economico che assurge ad un indice ancora più preoccupante. Un'idea approssimativa del rapporto esistente tra mortalità e morbidità per tali incidenti possiamo dedurlo dalle cifre dei morti in Italia che nel 1960 sono stati 7.971 rispetto ai feriti che nello stesso anno sono stati 196.642; cioè i feriti sono circa 25 volte più dei morti.

Si tratta, in genere, di contusi (semplici o complicati con fratture), di lussati, di feriti con lesioni riferentesi a varie parti del corpo, di contusi con lesioni di organi interni. È noto anche che il sesso maschile viene ad essere colpito con una frequenza quattro volte maggiore al sesso femminile, mentre è ormai accertato che gli operai e gli appartenenti alle categorie impiegatizie risultano maggiormente colpiti rispetto a quei soggetti che si

dedicano ad altre attività, e ciò si spiega col fatto che, tra le masse di individui che si spostano sulle strade, gli operai e gli impiegati costituiscono le categorie più numerose.

Queste le cifre ed i rilievi che brevemente ho voluto ricordare. In quanto alle conseguenze, credo che a nessuno possa sfuggire il lato umano, e quindi sociale, che tale fenomeno presenta, e pertanto credo che si possa concludere riaffermando la necessità che Parlamento e Governo intervengano tempestivamente e validamente sia con provvedimenti legislativi, sia con opportune norme preventive, sia attuando quei presidi di soccorso che tuttora possiamo ritenere carenti sulle nostre strade urbane ed extraurbane.

Una concreta volontà di intervento è stata dimostrata — come ho accennato precedentemente — in questi ultimi mesi. Credo che l'approvazione del nuovo codice della strada rappresenti un fatto all'attivo per questa legislatura. Ma forse sarà bene ritornare al momento opportuno su alcune norme che tengono presente più l'aspetto tecnico del problema e meno l'aspetto sanitario ed umano.

Si parla infatti già di « piccola riforma del codice della strada » e si fa presente che la revisione di alcuni articoli è suggerita da tecnici ed esperti sulla base dei risultati dei primi due anni di applicazione. Certamente — si dice — la piccola riforma investirà l'articolo 91, che contempla i casi in cui è previsto il ritiro della patente, così come anche per il rilascio del documento di guida è allo studio l'emanazione di nuove norme; noi riteniamo che sarà bene approfondire innanzitutto l'analisi di alcuni dati che, certamente, non possono non lasciarci perplessi e non possono non essere oggetto di dettagliato studio da parte anche degli organi della sanità. Nel primo periodo di applicazione del nuovo codice (gennaio-maggio 1960), infatti, il numero degli incidenti risultò essere 96.823 contro 86.965 casi dello stesso periodo dell'anno precedente con un aumento dell'11,3 per cento; il numero dei morti in quel periodo fu di 2.647 contro 2.610 dell'anno precedente, e quello dei feriti di 67.021 contro 61.973 dell'anno precedente, con un aumento dell'8,1 per cento nei confronti dello stesso periodo del 1959. Non le pare, signor ministro, che anche la Sanità potrebbe avere bisogno di intervenire, anche in base a quanto tra poco diremo, almeno in questa fase di revisione?

Una iniziativa meritevole di ogni approvazione ci è sembrata invece — contrariamente a quanto ha affermato ieri sera l'onorevole Ezio Santarelli — il poderoso sforzo che si è

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

inteso fare per dotare il nostro paese di una moderna ed efficiente rete autostradale. Sarà bene anche in questa sede, mentre il Parlamento discute il bilancio della sanità, esprimere il nostro compiacimento per tale iniziativa che certamente darà dei risultati positivi anche e soprattutto in funzione di quei principi di difesa della salute umana di cui ci stiamo occupando. Alcuni dati infatti già ci confortano appieno sulla validità di tale impostazione: è noto infatti che nei primi sei mesi di funzionamento dell'«autostrada del sole» (dicembre 1959-maggio 1960) non si riscontrò, su quella importante e moderna arteria autostradale a doppia corsia, alcun grave incidente, mentre nello stesso periodo sulla Milano-Brescia (autostrada ad una corsia) si ebbero ben 36 morti e 280 feriti!

Per quanto riguarda invece la prevenzione degli infortuni, occorre considerare che molto ancora resta da fare — a nostro avviso — da parte degli organi del Ministero della sanità che, come dicevo, hanno il dovere morale di intervenire concentrando su questa nuova malattia sociale ogni loro attenzione ed ogni loro sforzo. Anche lasciando da parte, infatti, considerazioni umanitarie, è da considerare che il denaro speso per la prevenzione degli infortuni si risolve comunque in un investimento finanziario proficuo. Premesso poi che nove su dieci incidenti della strada sono dovuti ad errori del guidatore e soltanto uno a difetti della strada o dell'automobile, sarà bene concentrare l'attenzione degli organi responsabili sul fattore umano, che deve essere pertanto giustamente ritenuto il primo responsabile del sinistro stradale. Se è indubbiamente vero infatti che tutt'oggi le strade sono divenute insufficienti per l'attuale volume del traffico e che gran parte del nostro sistema viario può ritenersi tecnicamente superato, è anche vero che l'uomo, nella sua alta responsabilità morale, dovrebbe adeguarsi intelligentemente a tale deficitaria situazione.

La campagna antinfortunistica contro gli incidenti stradali non può richiamarsi purtroppo a punti precisi (che d'altra parte sono già fissati nella segnaletica stradale e nelle norme di comportamento) così come si fa per la prevenzione degli infortuni sul lavoro; in questo secondo caso, infatti, poiché le lavorazioni sono ben definite nelle loro caratteristiche che sempre si ripetono, la prevenzione può battere poche e chiare strade ricordando all'uomo il rischio che incombe su di lui e richiamandolo a norme fondamentali di osservanza, diligenza, prudenza. La prevenzione contro gli infortuni stradali, invece,

deve scendere più in profondità, verso una autentica e precoce educazione civica la quale dopo aver ricordato al cittadino il suo dovere morale e giuridico di rispettare gli altri che con lui usano la strada, lo deve allenare psicologicamente ad un modo di agire corretto e misurato.

In tal senso pare naturale pensare che il mezzo più efficace sia quello della campagna antinfortunistica nella scuola, dove la personalità del fanciullo, essendo più sensibile e più ricettiva, può assumere un chiaro orientamento con una precoce e precisa consapevolezza dei rischi e della portata del problema. Per tutti comunque si deve riuscire a determinare una chiara coscienza antinfortunistica ed una intima prudenza di comportamento che riesca ad essere profondamente assorbita sotto la pressione di una campagna condotta con mezzi adeguati e con efficace impostazione psicologica.

Si deve fare cioè della propaganda, ma si deve soprattutto tendere all'educazione e fra i due sistemi c'è ovviamente una differenza fondamentale. Non si deve, in altri termini, porre in atto una tecnica di pressione psicologica collettiva che può avere risultati opposti, positivi o negativi, secondo la reazione psicologica dell'individuo, ma si deve tendere all'educazione del cittadino, attraverso una vera e propria strutturazione della sua personalità che una volta formatasi non consenta cambiamenti di rotta o di opinioni. Per raggiungere tale scopo l'educazione antinfortunistica non deve avere aspetti puramente conoscitivi, cioè puramente mnemonici delle norme di comportamento, ma aspetti operativi facendo sì che i fanciulli imparino a conoscere la strada e ad agire su di essa in modo da essere capaci di salvaguardare la propria e l'altrui incolumità.

Naturalmente la prevenzione dell'incidente stradale deve essere esercitata, nelle dovute forme, anche nell'adulto soprattutto con una selezione accurata degli autisti e con adeguati provvedimenti anche di carattere medico-terapeutico per gli autisti polinfortunati. È stato sottolineato, anche di recente, che non ci si può accontentare ormai di un esame psicotecnico (cioè della misurazione puramente meccanica e qualitativa delle sensibilità psicomotorie e pisco-sensoriali), ma che si deve estendere l'esame alle qualità di carattere e del temperamento dei soggetti. Queste qualità, infatti, se sono positive, possono anche far sì che il soggetto superi alcune deficitarie capacità di tipo fisico, psicomotorio e pisco-sensoriale, mentre, se sono negative, possono dan-

neggiare il rendimento anche di buone qualità fisiche.

È noto che si è giunti a delineare alcuni tipi caratteriologici e temperamentali nei quali si può ravvisare la predisposizione agli incidenti. Vi sono, ad esempio, gli esibizionisti ed i portatori di anomalie del temperamento che scaricano alla guida le loro repressioni e le loro delusioni servendosi del mezzo meccanico per cercare una rivalutazione di se stessi. Un'altra categoria è rappresentata invece da coloro che sono caratterizzati da ansia, da dubbiosità, da timidezza, i quali in condizioni ordinarie sono adeguati alla guida, mentre diventano inconcludenti se la situazione si fa di emergenza. Infine vi sono quei soggetti che, una volta al volante, sono colti da quella che gli psicoanalisti chiamano volontà di potenza, a causa della quale realizzano un autentico distacco dalla realtà e si lasciano prendere dall'estasi determinata dalla forza meccanica del motore e della velocità.

Come si vede, sono numerosi e complessi i fattori che possono condizionare un uso buono o cattivo del mezzo e della strada e, se il carattere ed il temperamento acquistano una tale incidenza, si comprende quanto difficile e delicata sia la selezione dell'enorme massa degli autisti e degli automobilisti; ciò non toglie che si possa intervenire almeno su coloro che hanno già subito altri incidenti al fine di evitare che continui a circolare « un delinquente colposo », cioè un individuo costituzionalmente portato verso gli incidenti a ripetizione. Per costoro il ritiro della patente non può essere un provvedimento puramente amministrativo, estraneo ad una accurata valutazione della personalità del soggetto, ma va, secondo noi, sottoposto non solo ad un attento esame psicotecnico ma anche ad una scrupolosa valutazione delle sue qualità psichiche.

Sul piano del soccorso, infine, è giunto il tempo di poter predisporre un'assistenza più adeguata, razionale e rapida alle vittime dell'infortunio stradale. Soprattutto in certi mesi dell'anno (giugno, luglio, agosto) e nelle giornate e nelle ore di maggiore incidenza di tali accidenti, è da auspicare una più organica impostazione dei servizi di assistenza pubblica che vada dalle prestazioni di medici e di personale sanitario specializzati (così come la Croce rossa ha cominciato ad attuare su importanti arterie di traffico) alla rapida somministrazione di sangue umano, del quale ancora molto poco si dispone e che tanta parte ha per la cura di tali incidenti.

Il trattamento di un traumatizzato comporta infatti la necessità di mezzi adeguati, di

personale medico ed infermieristico che disponga di larga esperienza e di capacità di rapide diagnosi e di precoce terapia. Solo con una completa organizzazione, infatti, sarà possibile intervenire a riparare tempestivamente ai danni causati dall'evento traumatico.

A tale proposito è utile notare che la migliore cura è data dal trasporto del traumatizzato ad un centro perfettamente organizzato per accoglierlo. Direi che questa necessità è superiore all'altra, di gran lunga più generalizzata, di trasportare il traumatizzato il più presto possibile, con qualsiasi mezzo possibile ed il più vicino possibile. Non si tratta infatti — è bene farlo sapere all'opinione pubblica — di trasportare comunque e subito l'infortunato della strada, ma è necessario innanzitutto non nuocere ad esso. Sono note le perdite di tempo e il maggiore danno iniziale che subisce il traumatizzato proprio per un trasporto in condizioni disagiate e per una frettolosa sua ospedalizzazione al più vicino pronto soccorso ove nulla è già predisposto per riceverlo adeguatamente.

Certo non si può pretendere immediatamente una perfetta organizzazione traumatologica sulle nostre strade, ma basterebbe che gli utenti della strada avessero sempre presente, in simili incidenti, il vecchio adagio latino del *primum non nocere* e che si regolassero conseguentemente. Basterebbe poi disporre, signor ministro, un piano organico capace di utilizzare i centri traumatologici e gli ospedali in tal senso specializzati assegnando ad ognuno una precisa zona di influenza e basterebbe dare disposizioni che, per esempio, tutte le stazioni di servizio carburanti disponessero di un telefono attraverso il quale in caso di incidente porsi subito in contatto con i predetti centri, i quali, tempestivamente informati, potrebbero far partire dalle loro sedi l'autambulanza con il personale addestrato mentre potrebbero disporre al tempo stesso tutto quanto necessita per l'immediata assistenza del traumatizzato. Tutto questo non ci sembra difficile da realizzare; si tratta di predisporre il piano e quindi di ottenere la più ampia collaborazione, che certamente non mancherà, degli altri ministeri interessati all'utenza della strada (interno, lavori pubblici, trasporti, ecc.).

Quanto snellimento di procedura si realizzerebbe e quante vite umane potrebbero essere strappate alla morte o ad una invalidità a volte perfino più preoccupante!

Il 21 giugno di quest'anno, ella, signor ministro, replicando in Senato agli oratori intervenuti sul bilancio della sanità, accennava —

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

a proposito del tema degli incidenti stradali — ad alcuni studi che gli organi del suo dicastero andavano conducendo affinché i servizi di pronto soccorso stradale fossero opportunamente potenziati così come giustamente ella mostrava di non voler limitare a questa materia la sua azione. Le saremmo pertanto grati se potesse riferire alla Camera i risultati di tale impostazione e volesse informare il paese di quanto anche in questo settore ella intende operare.

A completamento di queste mie considerazioni in tema di infortuni per incidenti stradali, vorrei poter fare un cenno sugli incidenti domestici il cui numero continua anche esso ad aumentare soprattutto a causa della sempre maggiore utilizzazione di apparecchi domestici e di prodotti chimici. La casa sembra infatti riassumere oggi tutti i possibili pericoli insiti nella moderna civiltà: l'elettricità, il gas, l'acqua, i vari detersivi presentano particolari insidie per l'attività di chi vi dimora.

In Gran Bretagna, ove gli studi, anche in questo settore, hanno acquistato una rilevanza non comune, si sono rilevati dati davvero impressionanti; si è visto, cioè, che dei 45 incidenti mortali che avvengono ogni giorno, 14 sono dovuti al traffico, 5 a cause di lavoro e ben 24 avvengono nelle abitazioni. Si è notato cioè, che il 50 per cento degli incidenti avviene in casa, e si è soggiunto che la proporzione sarebbe maggiore se si considerasse che i dati disponibili riguardano solo gli incidenti che causano la morte o ferite gravi, tali da richiedere l'ospedalizzazione. Si può concludere, perciò, che la casa moderna racchiude in sé più pericoli della strada o del lavoro, dell'aereo o dello sport più spericolato!

Per quanto riguarda il nostro paese, ci spiace dover constatare che i dati a nostra disposizione non sono soddisfacenti né come numero né come qualità. Dall'annuario dell'« Istat » pubblicato nel 1958, rileviamo che per i 497.550 morti avvenuti nel 1956, al settimo posto (prima comunque delle malattie infettive che sono all'ottavo) figura la voce « accidenti ed altre cause violente » con ben 22.678 casi. Ad una analisi più accurata notiamo che, mentre gli incidenti del traffico sono 8.942 e gli infortuni sul lavoro sono 2.630, le morti per « altre cause accidentali » sono ben 7.066, e comprendono appunto gli infortuni domestici oltre allo scarso numero degli infortuni sportivi e dei suicidi, omicidi, ecc.

Importante è anche notare che la distribuzione per gruppo di età delle morti per

incidenti domestici mostra che, mentre tali cause di morti figurano al quinto posto fino al primo anno di età, dal quinto fino al quarantacinquesimo anno mantengono costantemente il primo posto (prima dei tumori, delle malattie dell'apparato circolatorio, delle malattie infettive, ecc.). Solo con l'ulteriore progredire dell'età e con l'affacciarsi della vecchiaia, si manifestano sempre più le percentuali di morti per cause naturali, e pertanto il gruppo di malattie che ci interessano passa al settimo (tra i 45 e i 65 anni) ed all'ottavo posto (fra i 65 ed i 75 anni).

Per quanto riguarda ulteriori indagini per gli infortuni domestici mortali, noi non possediamo dei dati ufficiali al di fuori di alcuni studi che, se pur pregevoli, rappresentano però sempre delle indagini-campione limitate ad alcune città. Da uno studio compiuto invece negli Stati Uniti nel periodo 1940-1943, notiamo che su 126.500 incidenti mortali figurano al primo posto « le cadute » con 64.400 casi, seguite dalle « scottature » con 23.400; seguono le « intossicazioni » con 5.950, le « soffocazioni meccaniche » con 5.700, le « intossicazioni da gas » con 4.700, ecc. Per quanto riguarda l'età, si rileva che i più colpiti sono i bambini sotto i 4 anni e i vecchi oltre i 65 anni, dando in tal modo una prima valida indicazione per quanto riguarda la prevenzione da attuare. Bisognerebbe, cioè, rivolgere la nostra attenzione soprattutto ai bimbi ed ai vecchi!

Non disponendo — come ho detto — di statistiche ufficiali riguardanti il nostro paese, crediamo si possa trarre qualche ulteriore indicazione esaminando le cause di morte accidentale occorse al di sotto dei 15 anni, in quell'età cioè in cui non è presumibile possano incidere gli infortuni sul lavoro.

Esaminando i dati relativi al 1957, un fatto risalta subito alla nostra attenzione, ed è il grande numero di incidenti mortali in questa età; essi superano infatti il numero degli infortuni mortali causati da tutta l'attività industriale del paese (1.930 contro 1.867!). Per quanto riguarda l'esame delle cause di morte si notano le stesse caratteristiche prima citate: cadute, ustioni, annegamenti, soffocamenti, ecc. Attenzione particolare deve essere riferita alle ustioni che colpiscono i bambini 5-10 volte più frequentemente degli adulti; egualmente le intossicazioni sono un'altra categoria di incidenti domestici che maggiormente colpiscono i bambini e che presentano la peculiarità di aumentare di frequenza con il miglioramento delle condizioni economico-sociali di una famiglia, a differenza di quanto

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

avviene invece normalmente per questa categoria di cause di morte.

Da quando fin qui esposto, emerge chiaramente che si tratta di un settore che, per la vastità del fenomeno che rappresenta, merita non solo un più attento studio ma anche una maggiore presenza da parte di chi ha il compito di presiedere alla tutela della salute pubblica. Una particolare importanza va data anche, in questo caso, alla propaganda da svolgere presso gli adulti che devono rendersi conto della gravità del fenomeno e porre tutta la loro attenzione per la rimozione di tali pericoli. Molto credo si possa fare anche attraverso la radio e la televisione che, entrando in tutti gli ambienti familiari, possono efficacemente richiamare l'attenzione di chi vi abita; parecchio si può fare anche nelle scuole che rappresentano la sede naturale per una opportuna propaganda di prevenzione contro tali tipi di infortuni.

Se siamo d'accordo, infatti, che l'incidente è da considerarsi una malattia, dobbiamo concludere che l'educazione è il suo vaccino!

Credo comunque che, anche in questo settore, bisogna andare incontro alla generale ansia dell'opinione pubblica che chiede una maggiore sicurezza: bisogna intervenire perché gli utensili domestici siano concepiti con più adeguate protezioni, perché i collaudi siano più severi e più diffusi, perché gli specialisti della sicurezza siano più ampiamente investiti della loro delicata funzione, sia nel momento della fabbricazione sia in quello della installazione degli utensili domestici; occorre soprattutto che il pubblico sia più informato della importanza e delle funzioni di tali fondamentali strumenti di sicurezza. Le iniziative in tal senso sono purtroppo sporadiche ed a nessuno è chiaramente affidato un compito preventivo ben definito. È venuto perciò il momento di affrontare in blocco il problema degli infortuni, coordinando l'azione preventiva in tutti i settori della vita associata e chiamando a collaborare tutti coloro che possono contribuire alla lotta. Bisogna insomma estendere anche a questi settori tanto delicati la moderna legislazione che l'Italia possiede per la prevenzione degli infortuni sul lavoro.

Un miglioramento, infatti, a nostro avviso molto significativo, si è potuto rilevare dai dati in merito alla gravità degli infortuni sul lavoro. La durata media della inabilità temporanea è passata da giorni 18 del 1950 a giorni 14,25 del 1959 e tale diminuzione è stata confermata nel 1960 quando è restata a

14,18. Ma tale constatazione acquista un rilievo fondamentale se si tien conto dello straordinario sviluppo produttivo avvenuto nel decennio, che ha portato ad una considerevole moltiplicazione di nuove industrie e ad un incremento dell'occupazione particolarmente accentuato nei settori a più alto rischio. Chi può affermare infatti che senza il contemporaneo sviluppo delle attività preventive la situazione non sarebbe stata ben diversa? Noi crediamo che proprio questa sia l'indicazione più positiva che scaturisce dall'esperienza degli ultimi anni: là dove la prevenzione degli infortuni ha potuto intervenire ampiamente ed in profondità si sono ottenute, nonostante le difficoltà obiettive, buoni ed anche notevoli risultati.

Se vorremo compiere perciò concreti passi avanti anche in questo settore, dovremo favorire lo sviluppo della medicina e della psicologia in funzione preventiva; dovremo approfondire la conoscenza dell'uomo e creare sulle strade, nelle abitazioni e nelle fabbriche l'ambiente adatto, caso per caso, a rimuovere le cause di quel rischio, che è divenuto purtroppo un fattore determinante della vita contemporanea.

Queste mie considerazioni, onorevole ministro, sono state dettate dal dovere umano, scientifico, sociale di sottoporre all'attenzione del Parlamento e del Governo tali angosciosi problemi della vita moderna che, come ho accennato all'inizio, ancora oggi sono accettati con senso di fatalismo che impressiona e che forse sarà la più dura battaglia da vincere.

Prima di concludere, comunque, vorrei dire una parola sull'assistenza post-ospedaliera, traendo lo spunto anche dalla gravità dei postumi delle malattie che ho trattato. È questo un aspetto della vita dei nostri ospedali di cui ancora poco si parla e che, al massimo, ha giustamente preoccupato qualche istituto previdenziale sotto l'assillo forse di ridurre al minimo le pensioni di invalidità. Credo, invece, che sia opportuno cominciare ad affrontarlo anche perché l'azione riparatrice, o curativa in senso più ampio, deve interessare lo Stato allo stesso modo dell'azione preventiva di cui poi è uno specifico aspetto. L'assistenza post-ospedaliera infatti è un mezzo importante di prevenzione sia contro le malattie, sia contro la conseguente incapacità lavorativa. Essa, cioè, mira a prevenire che il soggetto, che esce da un trattamento curativo compiuto in ospedale, ricada, per le particolari condizioni di svantaggio in cui si trova, nello stesso male già sofferto od in

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

altro che di quello rappresenta la conseguenza naturale.

Inoltre l'assistenza post-ospedaliera deve preoccuparsi di recuperare alla normalità delle relazioni umane e del lavoro chi per sua sventura ne sia stato allontanato a causa di una malattia e ne ritorni menomato fisicamente e psichicamente. In altri termini, riteniamo che un'attenzione particolare vada rivolta alla imperiosa necessità di condurre l'invalido, il mutilato, il tubercolotico, il cardiaco, lo psicopatico dalla guarigione clinica alla guarigione che chiamerei economica, di restituirlo cioè alla dignità di uomo e di lavoratore, sufficiente a se stesso ed utile alla società. In questo senso ci sembra che di grande attualità, di grande necessità e di grande urgenza si rilevi lo studio dell'assistenza post-ospedaliera nonché la sua realizzazione in una forma organica, completa, veramente efficiente.

Lo stesso brusco passaggio dal regime ospedaliero alla vita libera, dal riposo della corsia al lavoro talvolta inadatto ed insalubre, rappresenta infatti, insieme, con la insufficienza dei mezzi economici che quasi sempre si accompagna alla predetta situazione, la causa principale delle ricadute nelle vecchie malattie. Aggiungerò che il contatto con il mondo in cui il paziente è vissuto fino al verificarsi della malattia o dell'infortunio, è già di per se stesso motivo di sgomento psichico e di assillante preoccupazione economica che qualche volta possono determinare delle vere e proprie psicosi depressive e delle nuove malattie organiche capaci di porre in pericolo l'integrità fisica del soggetto già precedentemente colpito.

Si tratta, ovviamente, di un problema complesso che va dalla rieducazione fisica in apposito luogo di cura ad un doveroso e più ampio rapporto di collaborazione fra medico ospedaliero e medico di famiglia, da una revisione dei diritti dell'assistito a non vedersi limitato nelle prestazioni assicurative, alla indispensabile integrazione (o addirittura sostituzione) del suo guadagno. Si tratta cioè di ridare all'assistito, se possibile, in pieno ed al momento opportuno, le sue forze e le sue capacità, liberandolo altresì da ogni complesso di inferiorità e di insufficienza o almeno di sostenerlo economicamente evitandogli ogni ripiegamento su se stesso ed ogni tentazione di abbandonarsi alla deriva.

So bene che la soluzione di questi problemi non dipende soltanto dal Ministero della sanità e che altri ministeri dovrebbero validamente collaborare all'impostazione di essi,

ma, non le pare, signor ministro, che ella, presiedendo all'alto e delicato compito della difesa della salute umana, potrebbe rendersi promotore di concreti e opportuni provvedimenti in tal senso? Noi siamo certi che ella non vorrà venire meno a tale sua importante funzione e già discutendo della nuova legge sulla riforma ospedaliera vorrà ella stessa indicare possibili soluzioni del problema. A me è bastato averlo indicato, ben lieto se si potrà avviare a soluzione un problema tanto umano e tanto sentito. Possibile, mi chiedo, che la nostra società, che si vanta di umanesimo generoso e illuminato, non vorrà tener presente un simile problema nei suoi futuri programmi?

Concludo con il vivo e sincero auspicio che l'opera appassionata del ministro senatore Giardina e di tutti coloro che vivono intimamente il dramma dell'umanità sofferente posano, sempre più e sempre meglio, contribuire a lenire il dolore e la tristezza di quanti sono colpiti dal male fisico, così come desidero esprimere la mia più incondizionata fiducia nel valore dei nostri medici e dei nostri ricercatori scientifici, oltre che nelle capacità organizzative delle nostre categorie sanitarie. Mi sia consentito, in ultimo, rendere doveroso omaggio ai sentimenti di comprensione, di umana solidarietà, di bontà e di carità civica e cristiana che hanno sempre caratterizzato l'animo generoso di tutto il popolo italiano. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Esorto gli onorevoli colleghi iscritti a parlare a contenere i loro interventi nei limiti necessari per non andare oltre il periodo di tempo assegnato ai vari gruppi in sede di accordo per l'organizzazione della discussione, e ciò al fine di approvare tutti i bilanci entro il termine costituzionale del 31 ottobre.

È iscritto a parlare l'onorevole Mario Ceravolo. Ne ha facoltà.

CERAVOLO MARIO. Dopo l'ampia discussione che si è avuta e la bella relazione dell'onorevole Sorgi, che è sceso in tutti i particolari e ha suggerito anche ciò che si deve fare in futuro, a me resta ben poco da dire. Vorrei solo soffermarmi su due o tre argomenti particolari che non hanno formato oggetto di quella profonda disamina che avrebbero meritato. Vorrei riferirmi alle funzioni ed all'attività del Ministero della sanità, non quale esso è, ma quale dovrebbe essere.

Nel 1958 approvammo frettolosamente la istituzione di questo Ministero, nel timore che esso ci sfuggisse ancora una volta. Si era pas-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

sati dalla direzione generale della sanità all'Alto Commissariato e finalmente, al termine dell'ultima legislatura, ci veniva offerta la possibilità di istituire il ministero. Ma in quel momento ci si presentava un ministero che vorrei dire monco, con alcune competenze, mentre altre restavano attribuite ad altri dicasteri.

Pensavamo comunque che un po' per volta questo ministero avrebbe assunto tutte le funzioni che attengono alla sanità. Purtroppo, a tanto non si è ancora arrivati, per cui l'ordinamento amministrativo e le leggi che riguardano questo settore sono rimasti insufficienti ed anacronistici. Il ministero, tuttavia, dovrebbe essere l'organo coordinatore di tutti i servizi, di tutte le attrezzature, di tutto il personale, e delle funzioni assistenziali della sanità, senza che vi siano interferenze di altri ministeri.

Noi speriamo che si possa raggiungere questo obiettivo se non con progetti ministeriali (ciò che è difficile, perché ciascun ministro è geloso delle proprie competenze e non vuol cederle ad altri), almeno con proposte di iniziativa parlamentare.

Presentemente abbiamo 40 milioni di abitanti assistiti dalle mutue che dipendono dal Ministero del lavoro. La Repubblica è fondata invero sul lavoro, ma le funzioni di assistenza e di profilassi sanitarie riguardano la generalità di tutti i cittadini, per cui, esse devono rientrare nella competenza del Ministero della sanità, per queste istituito, senza le interferenze di altri ministeri: e ciò al fine di non confondere le funzioni e non distrarre personale, mezzi e attrezzature.

Oggi i medici, organi principali in queste funzioni, sono soggetti ad un movimento pendolare, poiché dipendono un po' dal Ministero dell'interno, un po' da quello del lavoro, un po' da quello della sanità; movimento pendolare che comporta sperequazioni nell'ambito della categoria.

Gli ospedali, invece, dipendono amministrativamente e sanitariamente in parte dal Ministero dell'interno e in parte da quello della sanità, nonostante che abbiano cambiato la loro fisionomia di organi di beneficenza.

Le scuole chiedono contributi ora al Ministero della sanità ora a quello dell'interno; presso il Ministero delle poste esiste un ispettorato sanitario ed analogo servizio esiste nell'ambito del Ministero dei trasporti. Insomma, molteplici sono le competenze promiscue di ministeri, di enti (principalmente del Ministero del lavoro), cui fanno capo tutti gli enti

previdenziali ed assistenziali, che andrebbero invece concentrati nel Ministero della sanità.

Il tempo non mi consente di soffermarmi sul problema della produzione farmaceutica, che ha già formato oggetto dell'intervento del collega Bartole. Mi limiterò a riaffermare la opportunità di prevedere, almeno per certi prodotti, la brevettabilità di essi, essendo certe specialità il frutto dell'impegno e della ricerca scientifica compiuta in laboratori attrezzatissimi la cui attività offre un importante apporto al progresso scientifico, come io stesso ho avuto modo di constatare visitando alcuni laboratori funzionanti presso istituti farmaceutici. Di tali ricerche bisogna tener conto nella determinazione dei prezzi dei medicinali, la cui misura non può essere stabilita dal semplice campo analitico.

Nell'ambito dei servizi sanitari, un'importante funzione svolgono i medici condotti e gli ufficiali sanitari, che però non fanno totalmente capo al Ministero della sanità, in quanto dal punto di vista del trattamento economico dipendono dalle amministrazioni locali. Se, in fin dei conti, è lo Stato che dà a queste amministrazioni i mezzi per pagare tali sanitari, parrebbe logico che anche giuridicamente essi dovessero dipendere dallo Stato e specificamente dal Ministero della sanità, e retribuiti direttamente.

I medici condotti versano oggi in condizioni di grave disagio e la loro situazione ha anche formato oggetto di ordini del giorno presentati dalle onorevoli colleghe Gina Borellini ed Angiola Minella Molinari. Indubbiamente le condotte hanno bisogno di essere sorrette, eventualmente con l'attribuzione di nuove funzioni più adeguate alle esigenze dei tempi. Le condotte vanno però mantenute, perché assolvono ad una funzione sociale di grande importanza. Ho già detto che un albo nazionale di tali categorie consentirebbe un più agevole passaggio degli ufficiali sanitari e dei medici condotti da un comune all'altro, senza che siano sottoposti a nuovi esami anche se abbiano molti anni di anzianità.

Una maggiore attività del Ministero della sanità dovrà esplicarsi anche nel settore della difesa civile, che per tre quarti deve considerarsi di competenza di tale ministero, sebbene oggi la competenza sia totalmente devoluta al Ministero dell'interno.

Per quanto riguarda in particolare la profilassi contro l'intossicazione da elementi radioattivi, su cui mi sono già trattenuto in molteplici occasioni, pare che sia stata costituita la commissione finalmente incaricata di svolgere nei confronti dei cittadini la relativa

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

opera di istruzione. Credo che per quanto riguarda la preparazione del personale, dei mezzi di pronto soccorso, nonché la loro propaganda, debba essere il Ministero della sanità a provvedere: intervento che finora è mancato.

Non voglio soffermarmi sul presunto caso della bimba nata cieca a causa della radioattività, cosa alla quale non credo; ma ad ogni modo sappiamo che il pericolo di conseguenze tardive della radioattività esiste con effetti che possono proiettarsi nel futuro sulle generazioni a venire.

Per gli ospedali devo dire che spesso la loro ubicazione non è adatta. Così si vedono moltiplicare ospedali generici ed ospedali specializzati dove non ne ricorre la necessità.

Occorre adeguatamente valutare gli istituti di cura privati, la cui attrezzatura sanitaria permette l'utilizzazione di 60 mila letti. Questi istituti privati devono essere regolamentati in modo che siano qualificati, ed in modo che le rette siano rivedute da organi centrali ed approvate, e non vi siano sperequazioni tra le rette di degenza per i ricoveri di assistiti in corsia di ospedali e rette e compensi per i ricoveri analoghi nelle case di cura private, nei confronti degli enti mutualistici interessati; nonché tra quelle di case private ubicate a Roma ed ospedali e case di cura posti in periferia.

Al Senato è stata presentata una proposta di legge (Franzini, Lombardi e D'Albora) per la regolamentazione delle case di cura private: si tenga conto dell'ordine del giorno approvato ad unanimità al convegno nazionale per la riforma ospedaliera svoltosi a Bari nei giorni 12 e 13 settembre 1960, in cui si «ravvisa la necessità che, nel quadro della riforma ospedaliera, sia organicamente riconosciuta la funzione integrativa e permanente degli istituti privati di cura rispetto all'assistenza pubblica ospedaliera. Tale funzione, mentre rispecchia una insopprimibile realtà, risponde per altro ad un diritto inderogabile della iniziativa privata di concorrere, secondo le proprie possibilità e con le dovute garanzie, all'esigenza di ricovero e cura per l'assistenza sanitaria del paese; sodisfa inoltre il legittimo diritto dell'assistito di scegliere liberamente il luogo di cura; ed offre infine ai medici non necessariamente ospedalieri concrete possibilità per l'esercizio della libera professione».

Lasciatemi anche dire che l'attrezzatura sanitaria privata dovrebbe avere i benefici di altre stesse iniziative. Come ha diritto ad avere contributi statali colui che fabbrica un al-

bergo o che costruisce una casa di abitazione, perché non deve essere inserito negli stessi benefici colui che pensa di creare una casa di cura in zone in cui tali istituzioni mancano, specie nel mezzogiorno d'Italia, attraverso la Cassa? Spero che tale proposta possa trovare considerazione.

Sorgono già attraverso queste iniziative, reparti per alienati tubercolotici, che sopprimono alle carenze che in questo settore si sono manifestate, specie nei manicomi, ove il numero dei ricoverati è cresciuto a dismisura e le condizioni di ambiente non permettono l'approntamento di locali di isolamento e tanto meno di cura per questi poveri infermi due volte degradati.

A questo proposito, so che il ministro ha disposto un'inchiesta, inviando degli ispettori presso alcuni manicomi al fine di accertare la densità degli ammalati. Ma, a parte tali condizioni di affollamento, il ministro deve disporre che gli alienati ammalati di tubercolosi vengano curati fuori dei manicomi ed in speciali reparti dei sanatori, convenientemente attrezzati per l'una e l'altra affezione.

Questo problema probabilmente sarebbe stato risolto se fosse stata già discussa ed approvata una mia proposta di legge, che risale al 1951, sugli ospedali neuro-psichiatrici. Ho appreso che al Senato sono state presentate delle proposte di legge sullo stesso argomento; ciò nonostante, scoraggiato dalla precedente esperienza, io non ho ripresentato la mia proposta di legge, per quanto riveduta e completata dal collega Barberi, che l'avrebbe sottoscritta con me, e ciò per non vederla ancora una volta insabbiata.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Come è stato annunciato dalla stampa, l'apposita commissione ha terminato i suoi lavori l'11 settembre.

CERAVOLO MARIO. Gliene do atto, però anche nel 1951 il senatore Tessitori annunciò a Milano che il disegno di legge governativo stava per essere presentato e chiedeva di rimandare la discussione della proposta Ceravolo, proposta che veniva in tal modo insabbiata, nonostante le adesioni e i voti di numerosi convegni e commissioni di Stato.

Passo ora a trattare l'argomento della profilassi delle malattie veneree. Ieri vi è stata una discussione brillante ed appassionata su questo problema e di essa bisogna tener conto, in quanto rifletteva le preoccupazioni e le critiche che si agitano fuori del Parlamento, in merito alla situazione sanitaria venutasi a determinare dopo l'applicazione della legge

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

Merlin. Senza dilungarmi molto, vorrei pervenire ad alcune conclusioni.

Onorevoli colleghi, bisogna tener presente che la legge Merlin è stata ispirata da sentimenti e da finalità morali. Se voi la modificherete o l'abrogherete, verrete ad eludere quelle stesse finalità alle quali, del resto, tutti i gruppi di questa Camera si sono riferiti, come ha detto anche l'egregio collega Giuseppe Gonella.

Ma vi è, d'altra parte, la preoccupazione per la mancanza di sorveglianza sanitaria, la quale sembra sia conseguenziale all'applicazione degli articoli 5 e 7 della stessa legge. Non bisogna dimenticare, però, che accanto e prima ancora di quella legge, vi è la legge sulla profilassi venerea, la quale consente di intervenire nei casi che lo richiedano a fini di controllo e di accertamenti; è necessario per altro che tale legge sia applicata rigorosamente attraverso un nuovo regolamento. Ritengo in effetti che la circostanza di essere una donna dedita alla prostituzione non debba porre questa in condizioni di rendere vani gli interventi dell'autorità sanitaria per tutelare la salute pubblica.

Spetterà dunque a quella legge ed al relativo regolamento rendere possibile il controllo, attenuando questo allarme sulla salute dei cittadini. Il suo avvento effettivo varrà a rassicurare tutti i padri di famiglia, ora preoccupati per la salute dei loro figlioli.

Si è parlato di statistiche, di contagio in aumento, ma devo osservare che anche nel 1956-57, quando le « case chiuse » erano ancora in funzione, le statistiche di morbidità tra le veneri vaganti, ed i casi derivanti, segnavano già punte elevate.

La vera questione risiede invece nella necessità di miglioramento dei costumi e di una adeguata educazione per i nostri giovani. Essi devono distinguere il significato dell'amore da cui si è nati, e che ha per finalità la costituzione della famiglia, dall'amore mercenario che si acquista nei postriboli e sui marciapiedi e che ha per alimento il combustibile della sensualità e del vizio.

Per quanto riguarda la zoonosi, ecco il mio punto di vista: con piacere ho constatato che il ministro della sanità si è già interessato di questa questione, ed è già intervenuto anche a qualche convegno dove si è trattato a fondo il problema dei provvedimenti zooprofilattici. Nell'ultimo convegno, promosso dal professore Zavagli, degli istituti zooprofilattici dell'Italia centrale e del Lazio, cui hanno partecipato sanitari qualificati di 24 paesi ed uomini politici, sono stati illustrati i risultati

conseguiti dalla profilassi nei vari paesi e si è detto come in qualcuno di essi sia stata raggiunta una bonifica integrale.

È noto che più del 10 per cento della tubercolosi umana, derivi dalla tubercolosi bovina, per cui bisogna assolutamente intervenire senza indugio. Purtroppo, i metodi di profilassi sono molto dispendiosi e non sicuri: resta solo quello dell'abbattimento dei bovini riconosciuti infetti dalle prove vaccinali. Per diminuire il danno che ne deriva ai proprietari, si potrebbe istituire una forma di assicurazione. Ma sarebbe bene che il ministro dell'agricoltura riuscisse a stanziare nel piano verde, una somma destinata a questo scopo. Certo, la difesa del patrimonio zootecnico, che coincide con la difesa della salute umana, deve indurre il ministro dell'agricoltura e il ministro della sanità ad adottare quei provvedimenti che sono stati riconosciuti necessari.

Richiamo l'attenzione dei colleghi, più che del ministro, sul fatto che ho voluto trattare solo qualche argomento di fondo, che presuppone quelle riforme che noi abbiamo indicato prima della costituzione del ministero, ed il cui compimento oggi chiediamo al fine di inquadrare tutte le questioni sanitarie nella problematica politica e sociale della giovane democrazia italiana. (*Applausi al centro*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Angiola Minella Molinari. Ne ha facoltà.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, sia pure nei limiti di tempo concordati per il dibattito sui bilanci, il nostro gruppo ritiene necessario riaprire con forza, in occasione della presente discussione sul Ministero della sanità, il problema della riforma della assistenza alla maternità ed all'infanzia.

Questo problema, nonostante la sua evidente importanza e delicatezza sociale, non è ancora stato risolto, e neppure affrontato, almeno pubblicamente, dal Governo. E ciò nonostante la gravità e l'urgenza con cui si pone nel paese da anni e nonostante che il Parlamento, da anni, abbia cercato di imporlo alla attenzione ed alla responsabilità del Governo attraverso le iniziative più varie provenienti da molti settori, spesso anche da quelli della maggioranza, ed attraverso importanti decisioni prese all'unanimità (ricordo tra tutte il voto del Senato nel novembre del 1956 con cui è stato bloccato il tentativo governativo di avanzare un progetto di legge parziale per il riordinamento degli organismi dirigenti dell'O.N.M.I., che aveva lo scopo di evitare e

dilazionare il problema della riforma generale alla quale, invece, proprio in quell'occasione, il Governo fu dal Parlamento solennemente impegnato).

Tutti ricordiamo d'altra parte, l'entusiasmo con cui ella, signor ministro, nel 1959, non appena fu insediato al Ministero della sanità, fra le tante speranze di rinnovamento nel campo sanitario, accese anche questa speranza: che fosse giunto il momento in cui il Governo finalmente rinunciasse a rinviare o ad eludere con provvedimenti dilatori il problema della riforma e che tale riforma intendesse affrontare, finalmente, con sollecitudine, in modo generale e organico. Ma anche questa, come tante altre, si è rivelata ben presto una illusoria velleità. Nulla, infatti, da allora è stato fatto da parte del Governo, se non chiedere ogni sei mesi, ogni anno al Parlamento di elargire qualche centinaio di milioni all'O.N.M.I., per permetterle di quadrare il bilancio e di andare avanti alla meno peggio nelle condizioni attuali.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Si tratta di parecchi miliardi.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. L'ultima sovvenzione è infatti di tre miliardi per tre anni. Ma il fatto che le elargizioni aumentino senza che si modifichi nulla del sistema attuale né si imposti una seria ed organica politica assistenziale aggrava ancora la situazione, perché noi andiamo incontro ad una spesa sempre più sensibile per un'assistenza che, mentre diventa finanziariamente più costosa, resta, dal punto di vista del rendimento sociale, inadeguata, sempre più inadeguata alla realtà dei bisogni e delle esigenze del paese, aggravandosi ulteriormente lo squilibrio, già oggi assai forte, fra la spesa pubblica per l'assistenza ed il suo effettivo rendimento sociale.

Ella, signor ministro, pur riconoscendo e proclamando l'urgenza della riforma, non ha fatto in questi anni che continuare a rinviarla, trincerandosi ogni anno, ad ogni bilancio, dietro l'annuncio della imminente presentazione del tanto atteso progetto di legge governativo, che poi, finito il discorso, misteriosamente scompare per apparire ancora come imminente ed attuale in occasione del bilancio successivo. In questo modo, mi si permetta di dirlo, signor ministro, il problema della riforma viene trascinato da anni, di promessa in promessa, di rinvio in rinvio, dietro i pretesti più vari e più vani, escogitati per nascondere quella che ormai appare chiaramente come la vera ragione di una situazione così strana e penosa: l'incapacità sostanziale

che il Governo, questo Governo, dimostra di affrontare seriamente il problema della riforma, la sua impotenza a scegliere, con chiarezza e con coraggio, un indirizzo preciso di rinnovamento e questo indirizzo sostenere, promuovere, realizzare con entusiasmo, per cui non solo non si è giunti ancora da parte governativa alla presentazione di alcun progetto di legge, ma si è tentato in ogni modo di evitare persino il dibattito sulla questione, bloccando la discussione delle proposte di iniziativa parlamentare da anni presentate, e trincerandosi (ogni volta che, per iniziativa di deputati, si è cercato di aprire una discussione, si sono posti quesiti ed interrogativi) dietro il pretesto che si era alla vigilia della presentazione del progetto di legge governativo e che quindi non era il caso di discutere del problema.

Credo perciò che tocchi a noi oggi non tanto ripetere la denuncia della gravità e dell'urgenza della situazione in questo settore, tante volte illustrata e ormai nota universalmente, né di rinnovare ancora una volta l'invito che minaccia di diventare sempre più inutile al Governo di mantenere i suoi impegni di riforma, quanto di porci alcune domande di natura essenzialmente politica, suggerite dalla situazione stessa.

Perché il problema della riforma non è stato risolto? Perché, nonostante la sua importanza e la sua urgenza che anche la relazione di maggioranza dell'onorevole Sorgi riconferma pienamente, non si è neppure tentato di affrontarlo, di impostarlo in sede governativa, in Parlamento? Quali sono gli ostacoli che impediscono di andare avanti per una via che fino a qualche anno fa sembrava tanto chiara per tutti noi? E soprattutto quali garanzie dà questo Governo di essere in grado di affrontare e risolvere il problema? Ecco, qui mi pare stia il nocciolo della situazione. L'esperienza penosa di questi anni dimostra, infatti, a nostro avviso, che questo Governo, pur non potendo più eluderlo, non è in grado di affrontare neppure in questo campo il problema di una vera riforma. E questo non tanto per le difficoltà obiettive che esistono, trattandosi di questioni complesse e difficili, che nessuno sottovaluta, ma per ragioni insite nel Governo stesso, nella sua natura, nella sua struttura, nella scelta politica generale che il Governo ha operato. La politica del Governo è volta a tutt'altro scopo che ad utilizzare i frutti del forte sviluppo economico attuale e della ricchezza crescente del paese per risolvere i problemi fondamentali dell'adeguamento delle sue strutture arretrate, per

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

un serio ed efficace impegno per il benessere della popolazione, la sua sicurezza sociale, la difesa e l'incremento del suo tenore di vita e della sua salute. La politica generale del Governo è volta invece a subordinare lo sviluppo produttivo agli interessi dei grandi monopoli e delle grosse forze capitalistiche, in contrasto sempre più profondo con le esigenze pressanti di rinnovamento, di progresso sociale e civile che urgono dal paese: onde il disagio, la confusione, i profondi contrasti che, anche su queste questioni delle riforme nel campo assistenziale e sanitario, caratterizzano oggi il Governo e la democrazia cristiana.

Ciò che inoltre riteniamo di dover sottolineare come particolarmente grave, in tutto il campo dell'assistenza ed in questo specifico dell'assistenza alla maternità e all'infanzia, è che la vostra inazione non solo rende i problemi sempre più gravi e difficili, ma determina una involuzione continua nel modo stesso come essi vengono intesi e posti da voi. Per cui, mentre eravamo partiti tutti insieme negli anni della Costituzione e nei primi anni dopo la sua promulgazione, dalla coscienza e dalla volontà di operare anche in questo campo una riforma organica generale e radicale, che rinnovasse a fondo in senso democratico il sistema di assistenza alla maternità e infanzia ereditato dal passato, oggi è il concetto stesso di « riforma », la valutazione del suo peso e dei suoi fini nella vita nazionale, la portata del suo stesso contenuto ideale e politico che si sta annebbiando in voi, si limita e si svuota sempre più: tanto che oggi quando voi parlate di riforma, anche nelle espressioni più avanzate, come quelle appunto contenute nella relazione dell'onorevole Sorgi, non si comprende più se voi intendete ancora, come per tanti anni tutti abbiamo inteso, una riforma del sistema, di tutto il vecchio sistema assistenziale ereditato dal passato, dei principi, degli organismi, delle strutture che lo caratterizzano, o se, incapaci di risolvere il problema in tali termini, non state già ripiegando sull'espedito di un semplice riordinamento interno dell'O.N.M.I. nel quadro del sistema tradizionale, sull'accettazione cioè e sulla sostanziale conservazione delle strutture del passato con qualche rimaneggiamento interno, ma con l'effettiva rinuncia ad una vera, generale ed organica trasformazione in corrispondenza dei profondi mutamenti delle condizioni della vita reale e della coscienza sociale.

Per questo io credo necessario, onorevole ministro, rivolgerle prima di tutto alcune domande.

Quando ella parla di riforma, sia pure di questa fantomatica riforma che poi non viene mai presentata, che cosa intende per riforma? Su quali elementi di valutazione il Governo intende basarsi per scegliere in tal senso? Intendete voi partire dai bisogni reali del paese, dalla valutazione coraggiosa, chiara, delle cose nuove, dei grossi fatti nuovi di carattere sociale ed ideale creati dallo sviluppo della produzione, della tecnica, della scienza, in una parola della società; dalle conseguenze sociali che tali fattori determinano nella vita delle famiglie, delle donne, nel tessuto nazionale? Partite voi da questo e quindi dalla ricerca anche nel campo assistenziale di quei principi, di quegli ordinamenti strutturali, di quegli indirizzi politici nuovi che rispondono a questa profonda trasformazione della realtà sociale di fronte alla quale ci troviamo?

Questo mi pare il punto di partenza necessario; perché se non intendiamo in tal modo il problema della riforma, se lo intendiamo come oggi sembra intenderlo il Governo, come operazione essenzialmente strumentale, come ricerca sommaria di un espediente, di un compromesso che dovrebbe riuscire a mettere d'accordo il vecchio e il nuovo modificando e migliorando formalmente qualche cosa ma mantenendo intatta la sostanza dei principi e delle strutture del passato, è assai facile allora, come i fatti dimostrano, perdere il contatto con la realtà del paese, smarrire chiarezza e coraggio per ripiegare, di rinuncia in rinuncia, fino a non riuscire più a realizzare nulla.

E solo collegandosi in modo sempre più diretto alla vita reale del paese, in un impegno serio di analisi e di decisa volontà di adeguamento che la portata, il contenuto, le linee di una vera riforma diventano chiare e su di esse si possono raccogliere le energie necessarie per realizzarla, contro tutte le resistenze e le cristallizzazioni del passato, contro tutte le forze interessate a sbarrare la via al rinnovamento.

E solo così che si superano i principi scientifici, ideali, sociali su cui si basa la vecchia impostazione e la vecchia impalcatura assistenziale in Italia, che discende in sostanza ancora dalla legge del 1890 e sulla quale si sono aggiunte le incrostazioni create dal fascismo per ridurre anche questi settori della vita nazionale a strumenti della propria politica autoritaria e reazionaria. E superato dalla realtà il vecchio concetto della sanità come momento puramente curativo e quindi la funzione subordinata nel quadro sanitario di tutto ciò che riguarda la prevenzione; analogamente superato è il vecchio concetto

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

della maternità come fatto privato, familiare e quindi la limitazione dell'intervento pubblico in questo campo ad un'azione esclusivamente assistenziale-caritativa. E così si dica del vecchio concetto del ruolo essenzialmente casalingo della donna che ha come sua unica missione la procreazione e l'allevamento dei figli e che a questi compiti può dedicare tutto il suo tempo e tutte le sue energie.

Oggi progredisce nella realtà sociale, nelle coscienze il concetto della necessità di una grande azione di prevenzione igienico-sanitaria che — come del resto ella stesso, onorevole ministro, ha ripetutamente affermato — si affianchi all'azione curativa attraverso un profondo, organico, efficace impegno sociale di profilassi e di difesa preventiva della salute della collettività, che non può ovviamente non partire anzitutto dalla difesa della nascita e dei primissimi anni della vita umana. Oggi avanza nelle coscienze, nella realtà il concetto dell'essenziale valore sociale della vita umana, e quindi anche della maternità, come fatto che interessa profondamente tutta la società, che ne impegna la responsabilità diretta, che le impone dei doveri precisi di difesa, che devono valere per tutti senza discriminazioni, senza limitazioni, come uno degli aspetti essenziali di un moderno sistema di sicurezza sociale generale. E tutto questo nel quadro di una visione completamente nuova della vita e del ruolo della donna.

Vi è una realtà, oggi, onorevoli colleghi, di cui parlate spesso, ma che troppo spesso viene trascurata nei fatti: è la realtà della profonda trasformazione sociale, che investe la vita di milioni di donne e di famiglie, e che bisogna avere la chiarezza e la forza ideale di comprendere e valutare fino in fondo; è la realtà di sei milioni di donne che oggi lavorano fuori della propria casa in un'attività produttiva e retribuita e attorno a questi sei milioni di donne vi sono oggi almeno un milione e mezzo di bambini da zero a tre anni che non possono essere accuditi per molte ore del giorno dalla mamma che lavora fuori di casa.

È questo un fatto di enorme portata sociale che ha creato tutta una serie di problemi nuovi nel rapporto tra la donna e la famiglia, nell'organizzazione e nella gerarchia tradizionale della famiglia stessa, nel concetto del diritto alla parità per la donna nel lavoro, parità intesa non solo come uguaglianza di retribuzione, ma anche come uguaglianza di possibilità e di condizioni sul lavoro e per il lavoro. La legge n. 860 per la tutela della

madre lavoratrice ha certo segnato in questo campo una grande conquista democratica, ma oggi essa stessa, per i limiti della sua portata e le carenze della sua applicazione, risulta inadeguata alla vastità e profondità del fenomeno. Assolutamente inadeguata, poi, è l'azione specifica verso la madre lavoratrice dell'Opera nazionale maternità e infanzia.

Oggi, secondo noi, una vera riforma del settore della maternità e dell'infanzia non può essere concepita se non come affermazione, prima di tutto, di nuovi, moderni principi di vita sociale e non può quindi nascere se non, prima di tutto, da una grande battaglia ideale per un nuovo contenuto dell'assistenza.

Dall'affermazione di questo nuovo contenuto non possono non discendere anche indirizzi politici e organizzativi profondamente nuovi rispetto a quelli del passato: quegli indirizzi, appunto, che noi sosteniamo da anni e che nelle nostre proposte di legge ci siamo sforzati di tradurre in norme precise:

1°) la necessità di una unificazione completa ed organica dell'assistenza alla maternità e infanzia col superamento dell'attuale discriminazione fra bambini legittimi ed illegittimi e l'estensione della tutela e dell'assistenza, quale diritto, a tutte le madri, a tutti i bambini, senza limitazione alcuna;

2°) la necessità di una articolazione profondamente capillare dei servizi sanitari e sociali che renda veramente presente ed efficace l'intervento assistenziale laddove vivono le madri e i bambini, anche nei centri più piccoli ed isolati;

3°) la necessità della creazione nel nostro paese di un vero e proprio servizio sociale nuovo, di asili-nido nei comuni per colmare la lacuna gravissima che caratterizza attualmente — come ho già sottolineato — la nostra struttura sociale per quanto riguarda la vigilanza dei bambini da 0 a 3 anni, particolarmente quando siano figli di donne che lavorano. Ed infine la necessità di un radicale decentramento democratico delle funzioni e degli organismi, condizione essenziale per realizzare tutto il resto.

Quando si parla, infatti, di una riforma della portata di quella che oggi è necessaria in Italia non si può prescindere dall'esame della situazione strutturale e organizzativa esistente oggi nel nostro paese: dallo stato di caoticità e confusione che domina in tutto questo campo con la molteplicità di funzioni confusamente svolte dall'O.N.M.I., dalle province, da una miriade di altre istituzioni pubbliche e private; dalla incredibile polve-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

rizzazione di sforzi e dispersione di denaro che ne consegue. Né si può prescindere dalla valutazione della natura e della struttura dell'ente che dovrebbe presiedere alla parte più vasta di azione pubblica in questo campo: l'O.N.M.I. che ha mantenuto e non può non mantenere per la sua stessa origine e storia il carattere essenzialmente burocratico ed accentrato proprio del regime in funzione del quale è stato creato nel 1925, carattere burocratico ed accentrato che i governi democristiani nel corso degli ultimi dieci anni non hanno fatto che accentuare, con la generalizzazione e col mantenimento delle gestioni commissariali nelle federazioni provinciali.

Da una valutazione complessiva della quantità e della qualità delle strutture attuali deriva con molta chiarezza che una riforma vera, una riforma che voglia imporre principi nuovi e indirizzi nuovi, rispondenti ad una realtà profondamente nuova, non può prescindere da una riforma altrettanto radicale e conseguente delle strutture. Una riforma che tenda nel quadro di una direzione nazionale unificata a superare il caos e le dispersioni al fine di permettere, come sottolinea anche la relazione Sorgi, la massima concentrazione e utilizzazione possibile dei mezzi strumentali e delle risorse economiche esistenti, ma che nello stesso tempo realizzi per quanto riguarda l'azione periferica il decentramento più profondo, più radicale, più democratico possibile, un decentramento vero, non soltanto amministrativo, ma di potere, che permetta all'iniziativa locale, fornita dallo Stato dei mezzi finanziari sufficienti, di svilupparsi in modo autonomo, rapido, adeguato ai bisogni; che permetta di realizzare una radicale inversione del rapporto attuale fra spese amministrative e spese assistenziali, per aprire la via alla collaborazione, allo stimolo, al controllo di tutte le energie locali, popolari, tecniche, politiche, di tutte le forze che possono insieme partecipare e collaborare alla ponderosa opera di creare, liquidando i resti di un passato superato, una moderna realtà assistenziale.

Per questo, onorevole ministro, il decentramento, a nostro avviso, non può avvenire se non rompendo con coraggio gli schemi dell'accentramento burocratico che abbiamo ereditato dal fascismo. Non può avvenire se non su una base democratica, che riconosca la massima autonomia locale, sulla base cioè degli organi di potere locale che già esistono e in cui si struttura, secondo la Costituzione, lo Stato italiano: le regioni, le province, i comuni.

Non a caso la Costituzione, nel momento stesso in cui afferma principi profondamente nuovi d'assistenza, ispirati al concetto del diritto per ogni cittadino alla sicurezza sociale, attribuisce il potere assistenziale periferico, il diritto stesso di legiferare in questo campo — nell'ambito naturalmente delle direttive generali dello Stato — agli enti autonomi locali, affermando così, come d'altra parte tutta l'esperienza lontana e recente ci conferma, che non si realizza alcun rinnovamento democratico nella sostanza dell'assistenza se non si realizza contemporaneamente una riforma altrettanto democratica delle strutture e degli ordinamenti.

Certamente, onorevole ministro, una riforma di questo genere, come ogni vero impegno di rinnovamento, richiede coraggio, chiarezza, presuppone una grande battaglia unitaria, le capacità di percepire tutto quello che vi è di nuovo nella società, di affermarlo senza incertezze, di lottare con coerenza contro ogni resistenza, contro le forze interessate a mantenere le vecchie strutture. Ed è questo coraggio, è questa chiarezza, è questa coerenza che voi dimostrate di non avere. E non solo per le remore ideologiche, le contraddizioni, le incertezze di natura ideale che pesano su di voi, di fronte alla necessità che il grandioso processo di evoluzione sociale in atto suscita nel mondo cattolico di una problematica nuova, in contrasto con determinate posizioni ideologiche radicatamente tradizionali, ma soprattutto per la la pressione sempre più forte che su di voi e dentro di voi esercitano gli interessi più conservatori e reazionari che condizionano la vostra politica in generale ed anche nei singoli settori. Anche in questo settore, è la pressione dei grandi monopoli industriali (che non si disinteressano affatto del problema dell'assistenza, ma che hanno anzi tutta una loro politica ed un indirizzo ben precisi anche in questo campo) e sono le forze del clericalismo, che tendono a bloccare ogni processo di effettivo rinnovamento, e sono contrarie all'affermazione di nuovi principi, avanzati e moderni. Sono queste forze che tendono a bloccare l'esigenza di rinnovamento che viene dal paese e che investe tutti i settori della vita nazionale, anche quelli assistenziali. Del resto, la stessa relazione di maggioranza si trova in contraddizione continua e stridente con la squallida realtà dell'azione governativa, con l'incapacità del Governo ad agire, a presentare un qualsiasi chiaro indirizzo veramente rinnovatore.

Questa è la realtà! E da questa realtà nascono le contraddizioni e i contrasti di fondo

che sono nel vostro seno e che voi non riuscite a superare. Oggi all'interno della democrazia cristiana si possono individuare almeno tre posizioni profondamente contrastanti su questo problema. Da una parte, corrispondentemente alle esigenze reali del paese e sulla linea segnata dalla Costituzione, sulla linea unitaria che sempre tutte le forze democratiche hanno espresso e che ufficialmente esprime ancora anche il partito democristiano (perché nei suoi documenti ufficiali ha sempre sostenuto questa posizione); da una parte — dicevo — premono le forze impegnate nelle amministrazioni degli enti locali le quali rivendicano una soluzione decisamente e coerentemente democratica. Voi sapete infatti qual è la posizione unanime degli enti locali su questo problema, la posizione in particolare dell'Unione delle province italiane e delle forze cattoliche che in essa sono impegnate e che chiedono l'unificazione dell'assistenza all'infanzia sulla base del suo decentramento, ai comuni, alle regioni, alle province.

Ma a fianco di questa posizione avanzano e pesano sempre di più sulla vostra azione di governo anche altre posizioni che postulano, sì, l'unificazione dell'assistenza all'infanzia, ma la postulano su basi burocratiche ed accentrate, proponendo un ulteriore potenziamento dell'O.N.M.I. con un suo riordinamento interno, con l'aumento dei finanziamenti e l'esclusione degli enti locali dal potere assistenziale, la liquidazione delle competenze che oggi essi hanno in tale materia, in modo che gli enti locali dovrebbero, secondo tale impostazione, pagare le spese, sobbarcarsi ai gravi oneri cui oggi già si sobbarcano in fatto di assistenza e rinunciare ad ogni competenza e funzione in questo campo, anche a quelle che tradizionalmente detengono.

In una parte di queste posizioni c'è stata, è vero, in questi ultimi tempi una evoluzione. Mi riferisco alle posizioni attribuite ufficialmente alla direzione dell'O.N.M.I.: e mi pare che di questa evoluzione la relazione dell'onorevole Sorgi tenga conto.

In essa — nell'esame dedicato al settore dell'assistenza per maternità ed infanzia — si rileva una più realistica valutazione della importanza e della insostituibilità dell'iniziativa degli enti locali e, quindi, il riconoscimento d'una loro maggiore presenza nella direzione periferica dell'assistenza.

Tutto questo, però, sempre ed ancora nell'ambito del mantenimento d'una struttura che rimane precipuamente burocratica ed accentrata, sostanzialmente diversa, contraria all'indirizzo moderno voluto dalla Costitu-

zione per superare decisamente quegli elementi di pesantezza, di schematicità, di costosa macchinosità, che caratterizzano le strutture burocratiche e sono oggi appunto uno degli elementi essenziali delle deficienze attuali.

Ma non vi è solo questo contrasto di fondo nella democrazia cristiana. Appartengono anche alla democrazia cristiana le posizioni espresse dai progetti di legge della onorevole Dal Canton Maria Pia ed altri. Non li illustro perché credo li conosciate tutti. Si tratta addirittura qui non solo di scostarsi ma di capovolgere la linea prevista dalla Costituzione, di proporre una riforma che sarebbe in realtà una controriforma, la quale modificherebbe le strutture attuali non nel senso dell'unificazione, ma di una ulteriore divisione, per poter fare posto (annullando anche qui il potere degli enti locali) a fianco e in prevalenza sull'O.N.M.I. ad un nuovo ente: l'ente nazionale per la protezione del fanciullo che ha il particolare merito, nei confronti dell'O.N.M.I., di essere un'istituzione nettamente clericale.

Queste sono certo posizioni estreme, che soltanto qualche anno fa sarebbero apparse incredibili per il loro contenuto reazionario ed anche per la loro assurdità di fronte alle esigenze della situazione reale; ma oggi tuttavia tali posizioni esistono e sono fatte proprie da una parte della democrazia cristiana. Verso di esse spingono forze ben determinate del mondo cattolico e dei monopoli industriali per l'affermazione in tutto il campo dell'assistenza, come d'altra parte si tenta anche nel campo della scuola, di un pluralismo di indirizzi e di potere in funzione di un ben preciso disegno, sempre più esplicito e diretto, di clericalizzazione dell'assistenza e di una sempre maggiore compenetrazione tra finanziamento pubblico e iniziativa privata. Si propone oggi di affiancare all'O.N.M.I. un altro ente assolutamente accentrato, burocratico, costoso e clericale.

SORGI, Relatore per la maggioranza. È il primo ente che in Italia si sia specializzato nell'istituzione di centri psico-pedagogici.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Forse è troppo « specializzato » perché l'opinione pubblica possa comprenderne fino in fondo l'utilità e le necessità.

Per concludere, queste sono a nostro avviso le ragioni per cui il problema della riforma non è stato affrontato e per cui affermiamo che questo Governo, per il suo indirizzo generale, per le remore ideologiche e per i contrasti che lo dividono e che dividono

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

il partito dominante, anche su questo problema, non è in grado di affrontarlo. Queste le ragioni per cui, nonostante le continue promesse, il problema viene rinviato di anno in anno e, quando noi abbiamo proposto in Commissione qualche giorno fa un ordine del giorno in cui si impegnava il Governo a fare ciò che esso sta promettendo e annunciando da tre anni, il sottosegretario onorevole Mazza ci ha chiesto di sostituire la parola: « impegna », con l'altra: « invita », perché il Governo, nonostante la solita dichiarazione dell'imminenza della presentazione della riforma, non sarebbe in grado di accettare alcun impegno preciso in proposito.

Queste sono anche le ragioni per cui crediamo che occorra una nuova maggioranza, una nuova direzione politica che rappresenti una vera svolta di indirizzo politico-generale nel nostro paese, per poter aprire la via alla soluzione anche di questo problema: soluzione che esiste, che è scritta nella Costituzione, che è affermata unitariamente da grandi forze nel paese, che si sprigiona dalla gravità e dalla sostanza dei problemi reali, dalle esigenze, dai bisogni, dalla lotta dei lavoratori, delle donne, delle famiglie italiane, che hanno bisogno di soluzioni nuove, perché nuove sono le condizioni della vita e i problemi che essi devono superare.

Di questa profonda esigenza, di questa grande forza che esiste nel paese, noi comunisti abbiamo coscienza di essere una parte importante per il legame profondo con la vita reale delle masse e per la forza ideale che esprimiamo, aperta a tutti i principi più avanzati del progresso sociale: i principi della sicurezza sociale, dell'emancipazione della donna accompagnati dalla convinzione profonda della necessità di un adeguamento radicale della società ai bisogni nuovi della vita.

In tutti questi anni ci siamo fatti instancabilmente portatori nel paese e nel Parlamento delle più inderogabili esigenze di rinnovamento, anche per quanto riguarda l'assistenza all'infanzia; ci siamo fatti promotori di precise proposte legislative, come quella dell'onorevole Luciana Viviani per la riforma strutturale del sistema attuale nel senso dell'unificazione e del decentramento degli enti locali e come l'altra in fase di studio per la creazione di un servizio nazionale di asili-nido comunali. Ed in questo senso sempre più ci impegniamo ad agire perché il movimento di progresso e di rinnovamento che si sviluppa nel paese avanzi e si imponga anche in questo settore, perché, nel quadro di un indirizzo e

di una direzione nuova di tutta la vita del nostro paese, si giunga al più presto anche ad un rinnovamento profondo della tutela della maternità e dell'infanzia, assicurando così nel migliore dei modi possibile la difesa della vita, la salute, l'armonico sviluppo dei bambini, che sono il nostro tesoro più grande, il nostro patrimonio più prezioso. (*Applausi a sinistra — Congratulazioni*).

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

LUCCHI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il valore di una nuova politica sanitaria è tale se risponde alle esigenze della vita moderna e al dettame della Costituzione. Il bilancio di un ministero non consiste soltanto in un determinato numero di voci e di cifre, ma rappresenta una parte della politica generale del Governo che, manifestandosi in stanziamenti finanziari, riflette gli indirizzi politici del Governo stesso.

Di fronte al bilancio in discussione il gruppo socialista, a nome del quale ho l'onore di parlare, rimane sgradevolmente sorpreso e profondamente deluso. Noi constatiamo che la deplorabile politica governativa ha tentato di far quadrare il bilancio dello Stato facendo eccessive e ingiustificate economie proprio a spese del Ministero della sanità. I relatori di minoranza, a ragione, hanno messo in evidenza lo sconcertante fallimento del tentativo dell'onorevole ministro inteso ad ottenere un aumento di 25 miliardi sui fondi a disposizione del bilancio. Ora, mentre il bilancio della difesa è aumentato del 10 per cento e quello dell'interno del 9,2 per cento, il bilancio della sanità è passato dai 51 miliardi dell'esercizio scorso ai 52 miliardi e 692 milioni di quest'anno, con un esiguo, insignificante incremento di appena il due per cento circa.

È sconsolante e malinconico vedere maggioranza e minoranza, senatori e deputati rinnovare con toni più o meno energici le lamentele per la debole costituzione finanziaria di questo bilancio, lamentele che già rappresentarono l'argomento sovrano di tutte le discussioni, anche nei precedenti esercizi. Ci domandiamo come mai il Governo sia così sordo alle richieste di tanti settori dell'attività sanitaria del paese, come mai non si preoccupi di far fronte alle esigenze più impellenti con interventi più sostanziosi e consoni alle necessità di una moderna ed efficiente politica sanitaria.

Si può dare, onorevoli colleghi, più di una risposta a questi interrogativi: può essere una risposta polemica e particolarmente critica, se

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

espressa dai colleghi della minoranza o può essere benevolmente critica se espressa dai banchi della maggioranza. Tutti dobbiamo però convenire che ci troviamo di fronte ad un atteggiamento determinato da insensibilità di fronte al problema e da incapacità di scelte economiche.

Da tanto tempo cittadini, parlamentari, organismi sanitari, sindacati e partiti attendevano una clamorosa e valida iniziativa sul piano sanitario da parte del ministro, atta a modificare sostanzialmente in modo radicale la politica seguita fino ad oggi in questo settore. Il Governo, che ha dato spesso esempi di demagogico attivismo e che pure in qualche settore ha operato con leggi particolari, trovando i miliardi necessari a soddisfare l'esigenza di nuove strade, ad incrementare l'agricoltura, ad attuare altre iniziative del genere che, si afferma, sono in cantiere, non ha saputo affrontare il problema sanitario. Il « piano bianco », signor ministro, promesso da tempo, sollecitato anche nella pregevole relazione di maggioranza del collega Sorgi, ripetutamente richiesto dalla minoranza e atteso con impazienza dal popolo italiano, quando verrà presentato in Parlamento? Quando ella, signor ministro, saprà far valere, in sede di Consiglio dei ministri, le molte buone ragioni che ha a sua disposizione?

Una valida politica sanitaria dovrebbe articolarsi da una parte con maggiori aiuti finanziari e dall'altra con nuove disposizioni di ordine amministrativo e giuridico. Urge mettere un po' d'ordine dentro la casa della sanità dove ora è ammassata, in condizioni di sovraffollamento, un'enorme quantità di enti, società e organismi che si propongono la difesa della salute del cittadino ma che spesso operano di fatto in concorrenza fra loro, frequentemente sottratti anche ad un efficace controllo del Ministero. In questa casa vi sono troppi proprietari che l'hanno trasformata in un condominio, con evidenti conflitti di competenza, nonostante la recente costituzione di questo Ministero prevedesse ben altre modalità di direzione e di conduzione. Alludo ai ministeri ai quali, nonostante l'istituzione del Ministero della sanità, sono state lasciate troppe prerogative e libertà di iniziativa che ledono, signor ministro, gli specifici compiti del suo dicastero.

Mi limiterò ora ad illustrare alcuni argomenti di ordine sanitario. Il senatore Monaldi, in sede di discussione del bilancio della sanità al Senato, ha esposto, con un documentato intervento, in termini veramente convin-

centi il quadro della situazione attuale relativa ai tumori ed alla loro sempre più paurosa diffusione.

Sofferamoci a considerare alcuni dati relativi a questo morbo. Nel 1960 sono morti per tumori maligni 73.508 individui; i deceduti per varie cause nello stesso anno sono stati 480.849; vi è quindi un'incidenza sulla mortalità complessiva del 15 per cento dovuta al diffondersi di questo morbo. La stessa, rapportata alla mortalità generale, ha avuto questo allarmante sviluppo: nel 1901, 2,4 per cento; nel 1941, 6,3 per cento; nel 1951, 10,5 per cento; nel 1960, 15,2 per cento.

Si può obiettare che negli ultimi 60 anni è aumentata la popolazione italiana, mentre la mortalità complessiva ha subito una contrazione, ma dobbiamo tener conto anche del rapporto fra mortalità per cancro e indice di 100 mila abitanti. Anche questo quadro statistico ci dà degli elementi preoccupanti, eccoli: su 100 mila abitanti, nel 1901, 52 deceduti; nel 1911, 66 deceduti; nel 1931, 73,5; nel 1951, 108; nel 1955, 120; nel 1958, 133.

Grosso modo, dal 1901 la mortalità maschile per cancro risulta più che triplicata, mentre quella femminile è aumentata poco più di due volte. Sono dati questi che debbono farci profondamente meditare. Rileviamo che con la scarsa legislazione in materia, con le poche istituzioni funzionanti, con l'organizzazione operante in questo settore sul territorio nazionale e con gli scarsissimi mezzi messi a disposizione, non siamo in grado di considerare valide ed efficienti le strutture sanitarie per combattere questo preoccupante diffondersi della malattia.

Vi è la palese mancanza di una istituzione qualificata in molte province ed anche in qualche regione per una diagnosi tempestiva e per una cura radicale. I centri di accertamento diagnostico per il cancro e i tumori maligni non sono sorretti da un adeguato piano finanziario. I 62 centri funzionanti in Italia sono distribuiti molto male sul territorio nazionale. In alcuni vi è un eccessivo sovraffollamento. La tragedia dei malati poveri, vittime di restrizioni assistenziali, in quanto pesano sui bilanci comunali, si manifesta in modo negativo nella fase più delicata dell'accertamento e delle prime cure. Le mutue considerano la malattia del cancro come una malattia generica agli effetti del trattamento assistenziale, limitando provvidenze terapeutiche e particolari metodiche diagnostiche.

Il campo dell'assistenza ai cancerosi è vasto, necessita di provvidenze economiche, di

personale qualificato, di ambienti idonei per il ricovero degli ammalati, di cure sistematiche. Ella, onorevole ministro, avrà la possibilità di operare validamente in questo campo solo se saprà convincere i colleghi di Governo della grande importanza del problema.

Da accertamenti fatti anche all'estero si è constatato ormai che vi è un certo parallelismo fra epidemiologia del cancro e industrializzazione. In Danimarca e in Inghilterra l'indice di mortalità del cancro al polmone è più che doppio nelle grandi città rispetto alle zone rurali. Nel nostro stesso paese notiamo indici più elevati nelle regioni ad alta industrializzazione, in confronto ad indici più bassi delle regioni più povere, con prevalenza di economia agricola.

Il progresso, dunque, portatore per altri aspetti di notevoli benefici, sembra qui essere il veicolo conduttore della infezione cancerogena. Studiosi di chiara fama concordano ormai in modo definitivo sul peso che hanno in determinate sostanze gli elementi cancerogeni. *Grosso modo* vengono definiti tali gli agenti di inquinamento atmosferico (come i derivati dall'arsenico, dal berillio, dagli idrocarburi policiclici, di cui il minaccioso 3-4 benzopirene), gli additivi alimentari come alcune sostanze coloranti ed emulsionanti e, non ultima causa di particolare attualità, la radioattività. Senza entrare nel merito delle dichiarazioni fatte in questi giorni dall'onorevole De Maria, a proposito di quel bambino la cui nascita abnorme rivelerebbe la causale di una fonte radioattiva che avrebbe leso organi della madre, resta la constatazione della profonda impressione suscitata nell'intera popolazione italiana che giustamente si preoccupa dell'aumento di radioattività nell'aria e delle sue pericolose conseguenze.

Ebbene, onorevole ministro, il Parlamento si attende nella sua replica precisi impegni su quanto ella ha intenzione di fare, per garantire agli italiani se non l'immunità completa, almeno una validissima difesa dagli inquinamenti atmosferici di origine radioattiva e di origine industriale.

Studiosi della materia hanno rilevato che la concentrazione del fumo, del 3-4 benzopirene, di altri idrocarburi e dell'anidride solforica nell'aria, aumenta con l'aumento del fenomeno dell'industrializzazione. Il reparto di controllo degli inquinamenti dell'aria costituito a New York nel 1952 ha accertato che la sorgente più rilevante di inquinamento è costituita da combustibili bruciati per il riscaldamento, per la forza motrice e per i tra-

sporti. Ad analoghe conclusioni sono pervenuti gli accertamenti fatti nella città di Londra dalla commissione per gli inquinamenti atmosferici e da altre organizzazioni preposte al controllo dell'aria.

In Germania si sta approntando un sistema di assorbimento sotterraneo dei gas di scarico degli automezzi, nei più frequentati crocevia. Questo problema rappresenta quindi un aspetto fondamentale di prevenzione sociale della salute pubblica.

Mancano da noi adeguati provvedimenti legislativi, che abbiano carattere di difesa preventiva: le attuali disposizioni si limitano ad accertare il danno già provocato e si risolvono in divieti di carattere posteriore al danno causato.

Manca una sufficiente attrezzatura che metta in condizione l'autorità sanitaria di combattere con validi strumenti questo permanente pericolo. Opportune iniziative, tempestive nell'azione e vaste nella portata, potranno arginare con sufficiente speranza di successo il flagello del cancro, se combattuto fin dalle sue origini.

Come altri colleghi, anch'io mi soffermerò ora ad esaminare rapidamente l'aspetto generale della situazione ospedaliera italiana. La stessa non è certamente soddisfacente, concordano su questo giudizio i colleghi di maggioranza e di minoranza. Essa è carente come posti-letto, come attrezzature sanitarie, come personale. Rivela una notevole differenza fra il nord ed il sud della penisola; dei paurosi scompensi nella distribuzione territoriale. Non esiste un'indagine fedele che dia l'esatto quadro della consistenza degli ospedali divisi per categoria, delle case di cura private, delle infermerie. La legislazione è superata dai tempi, non riflette più le necessità odierne. Vi è un conflitto fra gli organi competenti sul modo di distribuzione sul territorio nazionale delle nuove costruzioni ospedaliere. Manca per le stesse una pianificazione opportunamente studiata, anche sotto l'aspetto urbanistico, che serva per tutto il territorio nazionale.

Assistiamo a forme di campanilismo deterioro fra piccoli centri, magari distanti l'uno dall'altro 5-10 chilometri, che iniziano costruzioni ospedaliere senza essere in grado poi di ultimarle o di renderle sufficientemente attrezzate. È un costume che bisogna combattere con energia. La salute dei cittadini non può essere lasciata alle rivendicazioni di prestigio di determinati consigli comunali o associazioni di beneficenza.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

Sarebbe molto interessante, attraverso una opportuna inchiesta, accertare quante di queste iniziative, avviate da piccoli comuni per una frettolosa ansia di fare, sono finite in costruzioni che da anni attendono di essere ultimate.

Potremo accertare così l'enorme sperpero di denaro pubblico che, se concentrato in iniziative intercomunali, avrebbe potuto offrire l'occasione di creare ospedali modello, con parecchie specializzazioni e con attrezzature adeguate.

Ci attendiamo da lei, onorevole ministro, un'iniziativa in questo senso, che studi più profondamente il problema e che, con la creazione di progetti-tipo per ospedale, riesca a sviluppare un piano organico di nuove costruzioni, adeguate alle esigenze dei tempi attuali.

Pensiamo a ragione che non vi sia fra i suoi collaboratori o colleghi di Governo chi tende a sottovalutare il problema, magari con l'affermazione che la costruzione di ospedali non è spesa produttiva. Ci si era ripromesso un giorno, da parte del suo Ministero, di raggiungere il rapporto di dieci letti per mille abitanti. Finora siamo ad una media nazionale di poco più del 3 per mille con punte massime del 6,5 e minime dello 0,826 nella Calabria. Queste sole cifre indicano la enormità del lavoro da svolgere, che non quadra certamente con lo stanziamento del bilancio che discutiamo. La voce di 5.534 milioni suddivisi fra spese per l'igiene pubblica e spese per gli ospedali, rappresenta all'incirca il 2,5 per cento della somma complessiva dei bilanci di tutti gli ospedali d'Italia.

Non dimentichiamo, onorevole ministro, il volenteroso sforzo con il quale aveva tentato di rimediare ad una situazione deplorabile presentando il provvedimento n. 2763 sulla concessione di contributi per l'acquisto e la installazione di attrezzature ospedaliere. Ebbene, come già espressi in Commissione a nome del mio gruppo la delusione nel vedere che si tentava di reperire i fondi necessari falcidiando gli stanziamenti previsti per i consorzi antitubercolari, anche in questa sede manifestiamo la nostra protesta, perché siamo convinti che determinate soluzioni si possono raggiungere non decurtando altre voci di spesa importantissima nei vari settori del suo Ministero, ma con interventi finanziari massicci di carattere aggiuntivo.

Questo il traguardo che ella deve proporsi di raggiungere, insistendo in sede governativa per il reperimento dei fondi; in mancanza di ciò, continueremo su una strada che non ci

porterà certamente a risolvere in modo radicale il problema delle attrezzature ospedaliere e degli ospedali in genere.

Non avrei esaurito del tutto questo argomento se dimenticassi l'aspetto umano del problema e precisamente l'aspetto relativo al personale, che opera all'interno degli ospedali. Quel personale che ha ben meritato della stima del cittadino, salvo rare eccezioni, che è visto dagli occhi degli infermi spesso come un amico premuroso e un benefattore, che credo dia un contributo prezioso di capacità e di sacrifici in un settore di attività altamente meritorio, spesso è tormentato da problemi di natura economica che certamente non si conciliano con la serenità interiore necessaria per svolgere la propria delicata missione.

Anche da costoro si levano voci di lamentele, anche da costoro si attendono provvedimenti adeguati relativi ai concorsi, si attende la sistemazione del personale infermieristico, degli assistenti e degli aiuti. Ci si aspetta una maggior perequazione di stipendi per alcuni ed un aumento dell'organico tipo.

Sotto l'aspetto amministrativo riteniamo provvedimento giusto l'immissione nei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri della rappresentanza delle casse mutue; sarebbe questo un mezzo atto perlomeno ad evitare il permanente dissidio, fra queste e le amministrazioni ospedaliere, nel fissare le rette e nel dare alle stesse carattere di uniformità.

Non si dovrà dimenticare anche una moderna regolamentazione degli istituti di cura privati. Essi rappresentano sì un vantaggio perché concorrono all'aumento dei posti-letto, ma rappresentano a volte una concorrenza spietata a danno degli ospedali con i bassi salari dei loro dipendenti, offrendo spesso condizioni interne sotto l'aspetto curativo e dietetico non sempre all'altezza delle esigenze del malato. Dobbiamo valorizzare di più l'ospedale, che, come ente secolare, in ogni paese risponde ai principi fondamentali della sanità pubblica. Verso l'ospedale c'è un flusso sempre maggiore di cittadini. Essi, in conseguenza delle nuove forme mutualistiche, interpretano legittimamente l'assistenza medica non come manifestazione caritativa, bensì come normale diritto derivante al cittadino da una nuova prassi assicurativa ed anche dalla moderna impostazione giuridica del lavoro.

Da più parti si segnala ovunque un pericoloso diffondersi delle malattie veneree. Organi di stampa, bollettini di informazione me-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

dica, statistiche locali, accennano ad un evidente aumento delle malattie celtiche. Ci dirà, signor ministro, nella sua relazione finale, cause, limiti ed esatta misura di questo fenomeno. Mi auguro che sappia confortare le attese dei parlamentari con l'annuncio di adeguati provvedimenti in materia. L'onorevole Sorgi nella sua relazione, pur nel breve spazio che dedica a questa voce delle malattie sociali, ci dà dei dati del primo semestre dell'anno precedente rapportato a quello attuale: nel 1960 si sono avuti 2.026 casi contro i 3.649 del 1961. I casi di sifilide sono stati rispettivamente, nel 1960, 1.003 e 2.250 nel 1961. Abbiamo fondatissime ragioni per credere che siamo molto lontani dalla verità, solo se si pensa alla compiacente discrezione di alcuni sanitari verso alcune categorie di clienti molto danarosi. Il relatore per la maggioranza suggerisce, a proposito della lotta antivenerea, anche l'educazione igienica dei singoli. Sono d'accordo con lei, onorevole Sorgi, e mi permetto suggerire all'onorevole ministro un provvedimento di minimo costo e che ritengo strumento valido per una moderna educazione sanitaria dei giovani.

In Germania è stato diffuso un opuscolo indirizzato ai giovani di ambo i sessi, col quale si informano gli stessi, in forma di divulgazione scientifica, su molti aspetti della vita sessuale. Riteniamo che il Ministero farebbe opera molto utile se diffondesse fra tutti i giovani italiani di ambo i sessi, che hanno compiuto i 18 anni, un libretto illustrativo che li informi sui pericoli cui vanno incontro con il contatto sessuale, sul carattere delle malattie veneree, sul metodo curativo e preventivo delle stesse, sui sintomi e le manifestazioni preliminari delle infezioni. Questo libretto dovrebbe essere distribuito gratuitamente nelle scuole, nei circoli sportivi, nelle associazioni giovanili, nelle caserme, nei collegi, per educare ed istruire, soprattutto per prevenire.

In questo campo c'è una vasta e pericolosa ignoranza fra i giovani, onorevole ministro. Ignoranza che spesso trova nei più anziani consiglieri sprovveduti di ogni seria conoscenza. È una ignoranza che per un falso pudore la maggioranza dei genitori non intende eliminare; che spesso conduce dal medico quando sarebbe servita una modesta informazione per indurre tempestivamente all'aiuto sanitario ed evitare dolorose crisi morali. È una ignoranza che gli stessi programmi di igiene nelle scuole non riescono a cancellare, informati come sono ad un concetto superato dell'educazione, che su troppi argomenti pone dei limiti invalicabili alla legittima curiosità

degli alunni. È una ignoranza che nelle caserme e fuori di esse è beffeggiata! Facciamola questa campagna di educazione sessuale, onorevole ministro, ha un suo fondamento morale, anche se può essere giudicata da alcuni, in base a vieti pregiudizi moralistici, come azione pericolosa per le coscienze giovanili.

Il progresso anche qui cammina veloce. La vita moderna ha portato benefici, ma anche nuovi pericoli. Cerchiamo di sentire e di capire le esigenze della comunità anche in questo campo. Quella che ho suggerito è una iniziativa di carattere preventivo; farà i giovani più evoluti e priverà certamente i gabinetti dermoceltici di un notevole numero di clienti.

Onorevoli colleghi, ho finito questo mio intervento che si è limitato a pochi argomenti. Altri avranno modo di soffermarsi su altri aspetti del bilancio e di approfondire meglio i temi che ho trattato.

La mia parte politica voterà contro il bilancio per le gravi lacune che esso presenta, inserendosi in una politica governativa che riflette una tendenza alla provvisorietà e che con questo bilancio ha manifestato una insensibilità gravemente lesiva degli interessi sanitari della popolazione italiana. Il Ministero della sanità dovrebbe operare meglio e più radicalmente in questo delicato settore della vita sociale che è la salute pubblica.

Ci auguriamo, per il futuro, che i responsabili governativi tengano in maggior considerazione le esigenze di questo per noi importantissimo Ministero, per poter meglio servire i propositi enunciati nel preambolo della costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, che recita: « Il possesso del miglior stato di salute che l'individuo è capace di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale ». E ancora: « I governi hanno la responsabilità della salute dei loro popoli ».

Onorevoli colleghi, a noi sembra che il nostro Governo abbia eluso questa responsabilità! (*Applausi a sinistra — Congratulazioni*).

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

DELFINO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'ottima relazione di maggioranza dell'onorevole Sorgi non salva, ma aggrava la posizione del bilancio del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1° luglio 1961-30 giugno 1962.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

Non è certo al ministro Giardina che si possono rimproverare le deficienze di questo bilancio e la mancata risoluzione di tanti problemi sanitari. Noi sappiamo che il ministro della sanità si è battuto per un bilancio migliore del suo dicastero e sappiamo che i ministri competenti gli hanno negato l'aumento di 25 miliardi, che egli aveva richiesto per questo esercizio.

L'aumento concesso di un miliardo e 693 milioni, anche addizionato agli altri fondi per l'applicazione di leggi in corso di approvazione, è minima cosa per le esigenze dell'amministrazione e delle attività in favore della pubblica salute.

Se è vero poi che la spesa complessiva per la pubblica salute risulta essere in Italia intorno ai mille miliardi, appare subito evidente quanto piccola sia la partecipazione finanziaria diretta del Ministero della sanità a questa spesa e quanto limitato diventi il suo potere di controllo e di indirizzo nei vari settori della salute pubblica nazionale.

Quando sorse il Ministero della sanità, non si ebbero dubbi sulle funzioni di coordinamento dei dispersi servizi sanitari che esso avrebbe svolto e sul riordinamento delle varie organizzazioni sanitarie che esso avrebbe attuato.

Il fine da raggiungere appariva chiaro: l'unificazione, cioè, dei vari servizi per costituire un servizio sanitario nazionale organico da potenziare e da ampliare perché meglio e il più diffusamente possibile arrivasse nel paese la sua benefica azione. Il Governo, o meglio i governi che si sono succeduti in questi tre anni, hanno impedito al Ministero della sanità di svolgere questa sua funzione. E non l'hanno neppure liberato da molte ipoteche di altri ministeri che gravavano su di esso fin dalla nascita. E quel poco che si è fatto in questo senso lo si deve alla appassionata insistenza del ministro Giardina.

Gli altri ministeri hanno contrastato con manifestazioni di gelosia degne di miglior causa l'azione del Ministero della sanità per l'acquisizione di quelle prerogative e di quelle funzioni che sono connaturate alla sua nascita e che giustificano la sua esistenza. E mentre questi ministeri esercitavano la loro resistenza, lo sviluppo dei servizi assistenziali e sociali e le attribuzioni sempre nuove sia dello Stato sia degli enti pubblici nel campo sanitario hanno determinato ed ogni giorno continuano a determinare una legislazione disorganica e a volte contraddittoria ed una organizzazione nel campo dell'assistenza sanitaria confusa e mastodontica, con attività che

si sovrappongono e si disperdono con spreco di mezzi, interferenze e, logicamente, vuoti inconcepibili ed assurdi.

Non è stata, forse, una battaglia quella che il Ministero della sanità ha dovuto sostenere con l'amministrazione dell'interno per l'acquisizione di compiti che gli sono propri? E non è forse stata una volontà tesa a creare ostacoli quella che ha spinto il ministro dell'interno a reclamare e ad ottenere, in sede di Consiglio dei ministri, prima il rinvio e poi la non approvazione di numerosi provvedimenti per il riordino dei servizi sanitari, che il ministro della sanità aveva pensato di poter celermente varare servendosi della delega in tal senso concessa al Governo dalla legge istitutiva del Ministero?

E chi può toccare i compiti del Ministero del lavoro? E chi può solamente prospettare un ridimensionamento dell'« Inam » e degli altri carrozzoni assistenziali minori che si arrogano di fatto il diritto di determinare la politica sanitaria del nostro paese più dello stesso Ministero della sanità? Questi enti sono diventati tanto potenti da non temere critiche o iniziative riformatrici: essi non sono più strumenti dello Stato, ma lo Stato è molte volte alla mercé della loro volontà.

La riforma e l'unificazione della previdenza e dell'assistenza: quante volte se n'è parlato, ma chi ha il coraggio di attuarla, di portarla avanti? Non è quindi giusto ed onesto attribuire facilmente ogni responsabilità dell'attuale amministrazione sanitaria al ministro della sanità. E la nostra denuncia, quella che si leva dalle altre opposizioni e dalla stessa relazione di maggioranza, speriamo sia valutata nei giusti termini se non da questo Governo, che non ne ha ormai né la forza né la capacità, almeno da quelli che verranno.

Occorre arrivare alla unificazione dell'assistenza sanitaria pubblica sotto la direzione ed il controllo effettivo del Ministero della sanità. E deve essere il Ministero della sanità ad effettuare le scelte e ad elaborare i piani di intervento e di azione. Molto giustamente il ministro Giardina denunciava alcuni mesi fa al Senato che, « mentre si affidano al Ministero della sanità la tutela e la difesa della salute di 50 milioni di italiani, gli viene sottratta la cura di quasi 40 milioni di essi, come se vi fossero confini netti tra la prevenzione delle malattie e l'assistenza e cura degli ammalati, e come se fosse praticamente impossibile separare e scindere l'amministrazione delle quote assicurative dalla diretta cura degli ammalati ».

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

In questa situazione ne va di mezzo la salute pubblica, con conseguenze gravissime non soltanto nel campo sociale ma anche in quello economico, in quanto la medicina preventiva costa meno di quella curativa e di recupero.

È stato calcolato che la spesa per la perdita di giornate lavorative e per i ricoveri ospedalieri dovuti ai 2 milioni circa di cittadini italiani affetti da vasculopatia può collocarsi attorno ai 60 miliardi: 8 miliardi di lire in più, cioè, dell'intero bilancio del Ministero della sanità. È stato giustamente osservato che una vaccinazione costa molto meno del recupero di un tubercolotico o di un poliomielitico.

Per questo è indilazionabile l'unificazione dell'assistenza sanitaria ed un suo indirizzo sempre meglio rivolto verso la prevenzione.

Ma perché la prevenzione sia la più larga e diffusa possibile è necessaria l'assunzione diretta da parte dello Stato dell'assistenza sanitaria dell'infanzia e della gioventù, con l'istituzione del libretto sanitario, con la formazione di una educazione sanitaria ed anche sessuale, con l'obbligatorietà della visita prematrimoniale.

E questo compito, questo dovere, questo interesse dello Stato ad avere uno popolo sano non può essere curato ed assolto che dal Ministero della sanità.

Rinuncino il Ministero dell'interno, il Ministero del lavoro, il Ministero dell'agricoltura, il Ministero dei lavori pubblici a competenze innaturali, si spoglino i grossi enti assistenziali di impossibili prerogative di direzione e di guida della politica sanitaria nazionale: divenga il Ministero della sanità l'effettivo strumento per la tutela della pubblica salute.

Il breve tempo a disposizione non ci consente l'analisi particolare di tutti settori della vita e della organizzazione sanitaria nazionale. Ci limiteremo perciò ad alcune brevi considerazioni.

Non hanno bisogno di essere sottolineate le deficienze in campo ospedaliero. Abbiamo in Italia un numero di 4 posti-letto per 1.000 abitanti contro quel 10 per mille indicato dalla Organizzazione mondiale della sanità. Percentuale ancora più bassa nel sud che col 2,8 per mille registra anche in questo campo il permanere di una sperequazione nei confronti del nord. Senza considerare, poi, che molti posti-letto sono stati ricavati da trasformazioni di ambienti dedicati ad altri usi, che molti ospedali sono troppo vecchi e non più rispondenti alle attuali esigenze del progresso medico, sì che la loro efficienza funzionale è

gravemente limitata. Per raggiungere l'appena tollerabile coefficiente del 6 per mille occorrono altri 100 mila posti-letto e per garantire una organizzazione funzionale della rete ospedaliera occorre riclassificare gli ospedali, soprattutto secondo la loro attrezzatura, preoccupandosi nella loro dislocazione di seguire un criterio sistematico che assicuri ad ogni zona la presenza di tutti i servizi specialistici.

Siamo poi d'accordo con quanto affermato da un collega poco fa circa le case di cura private, che a mio avviso non vanno maltrattate ma in questa deficienza della situazione vanno incoraggiate e possibilmente tutelate anche nei confronti degli enti assistenziali, i quali proprio perché si tratta di case di cura private, che non hanno alle loro spalle enti locali, comuni e province, possono nei confronti delle stesse esercitare una politica di prezzi e di pagamenti, che molte volte raggiunge livelli intollerabili.

BARBIERI. Sono le case di cura che si sono messe su questo terreno della concorrenza agli ospedali.

DELFINO. Non è come ella dice. Sono gli enti assistenziali che praticano alle case di cura tariffe meno remunerative di quelle stabilite per i pubblici ospedali.

Comunque in questa deficienza di posti-letto ospedalieri che c'è in Italia, fare la polemica dando la croce addosso alle case di cura mi sembra fuori della realtà, perché le case di cura, grazie alla iniziativa personale di sanitari privati, riescono a rendere meno drammatica la nostra situazione sanitaria.

Occorre poi definire la situazione giuridica del personale ospedaliero e curare il continuo adeguamento al progresso della scienza medica anche del personale infermieristico.

Riguardo al problema della condotta medica ed ostetrica riteniamo che essa non debba essere superata dalla nuova realtà dell'assistenza mutualistica, ma debba essere trasformata ed adeguata alla nuova situazione.

L'Opera nazionale maternità e infanzia deve veramente assumere il carattere di una organizzazione capillare che arrivi ovunque e in tempo utile a svolgere la sua opera benefica, in modo da diminuire il preoccupante indice della mortalità infantile (48,9 per mille) che si registra in Italia. Se ne è parlato molto recentemente in Commissione (l'onorevole Minella Molinari Angiola ne ha parlato poco fa), e si è constatato che i fondi a disposizione dell'O.N.M.I., anche dopo gli ultimi aumenti, rimangono notevolmente inferiori a quelli dell'anteguerra.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

Aggiorniamo l'O.N.M.I. alla nuova realtà democratica. È troppo comodo continuare a tenere un organismo accentrato: se siamo in democrazia si devono democratizzare gli enti del fascismo. È troppo comodo parlare di antifascismo, fare delle discriminazioni, e poi conservare ancora gli strumenti del regime. (L'assurdo è poi quando, a parte la democratizzazione, i fondi sono di gran lunga inferiori a quelli dell'anteguerra).

Vi sono poi settori nuovi, nei quali occorre intensificare l'attività. Sono settori e campi d'azione legati alla vita dei nostri tempi; per esempio, il pronto soccorso, quanto mai importante per gli infortunati della strada, una larga percentuale dei quali muore perché soccorsi con eccessivo ritardo. Così è indispensabile il controllo più rigoroso sulla conservazione degli alimentari, per impedire sia le sofisticazioni, sia l'aggiunta di quegli additivi la cui azione può essere cancerogena o comunque nociva all'organismo umano. E se è vero che la diagnosi tempestiva è finora la condizione indispensabile per tentare la cura dei tumori, diventa criminale non svolgere quell'azione di prevenzione e di profilassi nei confronti degli agenti cancerogeni chiaramente individuati dalla scienza medica. Come minaccia di divenire imperdonabile la mancata emanazione di una nuova legge che riorganizzi e sviluppi i centri di accertamento diagnostico, distribuendoli in tutto il territorio nazionale e fornendo ad essi le attrezzature e i mezzi necessari a svolgere la loro funzione.

Delle farmacie più di una volta ho parlato in quest'aula ed in Commissione. Ritengo opportuno solo ribadire che il servizio farmaceutico, dove esiste, svolge positivamente la sua funzione. Il problema che dovrebbe preoccupare maggiormente è, a mio avviso, quello di portare tale servizio anche dove non esiste, cioè nei 2.500 comuni italiani che sono tuttora privi di farmacie e nei nuovi quartieri che si sviluppano nelle città. Con la diminuzione del rapporto abitanti-farmacie si avrebbe come conseguenza un sicuro aumento del numero delle farmacie delle città, ma anche un sicuro aumento nei piccoli comuni privi di farmacia.

A questo proposito l'onorevole Sorgi nella sua relazione rileva che, invece di affrontare il problema organicamente, sarebbe opportuno cominciare a prendere provvedimenti particolari. Purché, però, questo non significhi affrontare il problema in modo da compromettere tutto. Come dicevo, il ritoccare il rapporto porterà non già ad un aumento

dei paesi dotati di farmacie, ma anzi ad una loro diminuzione, per una ragione semplicissima: tanti farmacisti con i titoli preferenziali previsti dalla legge, oggi titolari di farmacie nei piccoli comuni, concorreranno per avere una farmacia nelle città e l'otterranno; e sarà difficile trovare chi sia disposto ad andare nei paesini.

SORGI, *Relatore per la maggioranza*. Nella mia relazione lo pongo in rilievo.

DELFINO. Bisogna quindi esser cauti nel ritoccare la legge; a mio avviso, è molto meglio studiare organicamente il problema ed affrontarlo nel suo insieme.

Anche del preoccupante aumento delle malattie veneree, delle cause che sono all'origine di tale diffusione, degli indispensabili provvedimenti da adottare ho parlato più di una volta in aula e in Commissione. Quando trattammo per la prima volta questo problema, rimanemmo praticamente isolati per la reazione negativa degli altri gruppi e l'evasivo agnosticismo del Governo. Ma la situazione da noi denunciata si è andata purtroppo sempre più aggravando, e le grida di allarme sempre più numerose e qualificate, che si sono levate, hanno indotto lo stesso Governo a presentare in Parlamento un provvedimento legislativo simile a quello da noi presentato in precedenza. La situazione, però, peggiora ogni giorno, come testimonia anche la relazione al bilancio dell'interno presentata alcuni giorni fa al Senato, e come sottolineavano le relazioni dei procuratori della Repubblica presso le corti di appello in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 1961. Pertanto questi provvedimenti, di cui si è anche stranamente ritardata l'approvazione, non sembrano nemmeno più sufficienti ed adeguati a respingere l'ondata crescente della prostituzione, della criminalità sessuale, dell'omosessualità e delle malattie veneree. Anche a questo riguardo attendiamo una risposta esauriente dell'onorevole ministro.

A questo punto vorrei occuparmi brevemente della relazione di minoranza, che ho letto veramente con molta perplessità. Ad un certo momento troviamo in questa relazione un linguaggio strano; si legge che il Ministro della sanità « ha mostrato di essere guidato da una concezione rinunciataria e accentratrice ». Ora, vien fatto di osservare che se è concezione rinunciataria non può essere accentratrice, e viceversa.

ANGELINI LUDOVICO. È un parere.

DELFINO. Si legge ancora nella relazione che si sono sempre considerati gli istituti

ospedalieri e la mortalità « secondo un concetto di continuità storica metafisica, oggettiva, antistorica ». Anche qui vi sarebbe bisogno di una traduzione, perché certe cose non si capiscono. E si continua ancora con questo linguaggio affermando che il progetto approvato dal Consiglio dei ministri per gli ospedali è un progetto « antistorico, estemporaneo, grottesco ». Forse la spiegazione sta nel fatto che l'aggettivo « antistorico » è usato male; probabilmente per « storico » si intende sorpassato, così come sono storici gli amici del partito repubblicano. Comunque mi sembra che veramente si tratti di aggettivi in libertà, e in libertà è un po' tutta la relazione. Mi permetterò molto brevemente di fare alcune osservazioni sui punti relativi all'industria farmaceutica. Ad un certo punto si afferma: « Queste quattro grandi imprese e poche altre... realizzano in buona parte il controllo delle materie prime e dei prodotti base: la « Farmitalia-Montecatini », ad esempio, ha il monopolio della produzione dello jodoformio, della saccarina ». Cari colleghi, il monopolio dello jodoformio e del bromuro lo hanno le terme demaniali di Salsomaggiore, quindi lo Stato. Dunque, questa affermazione non è esatta. La produzione della saccarina è poi controllata dallo Stato, il prezzo della saccarina è fissato dallo Stato, perché lo Stato sullo zucchero ha quella imposta di fabbricazione che tutti conosciamo, e quindi non può permettere che la saccarina abbia libero commercio e libero prezzo.

La relazione di minoranza afferma ancora: « la " Carlo Erba " ha quello della produzione dell'acido canforico, del laudano, della narcotina, ecc. ». Anzitutto osservo che l'acido canforico non è più un prodotto che interessa molto e non è determinante nella produzione farmaceutica. Il laudano e la narcotina sono derivati dell'oppio e quindi soggetti al controllo delle norme internazionali e vengono controllati con molta serietà. Quindi è ridicolo parlare di monopolio, quando questi prodotti sono controllati in modo severissimo.

La relazione continua ancora con questa affermazione: « Mentre dal 1951 le grandi industrie hanno aumentato enormemente la produzione e i profitti, il numero dei dipendenti occupati è il seguente: nel 1951: 4628; nel 1955: 6.448; nel 1959: 9.850; nel 1960: 10.158 », cioè più che raddoppiato. Però la relazione osserva: « L'impetuoso sviluppo industriale non ha migliorato che in misura irrisoria l'occupazione operaia ». No, dovete considerare triplicata l'occupazione operaia, secondo i vostri dati !

Sono tutte osservazioni che ho fatto leggendo attentamente questa relazione.

Si afferma ancora: « Sono laboratori pieni di uomini capaci, di attrezzature eccellenti, ma sterili sul piano del processo scientifico e della competizione internazionale ». Non sappiamo, quindi, che cosa stanno a fare questi bravi tecnici. Si gratteranno la pancia ? Non sappiamo, quindi, perché le industrie sottraggono, come spesso è stato denunciato, questi bravi tecnici alla carriera universitaria e li attraggono proprio con alti stipendi nei loro laboratori di ricerche.

Questa è una denuncia venuta anche nella discussione del bilancio della pubblica istruzione. Abbiamo chiesto che siano meglio pagati gli assistenti e gli uomini delle università proprio perché vi è questa concorrenza da parte dell'industria. Ma, a quanto dice la relazione di minoranza, non comprendiamo perché l'industria assuma questa gente per poi non farla lavorare.

La relazione ammette poi: « Negli ultimi tempi si sono avuti alcuni perfezionamenti di procedimenti già noti, nonché qualche prodotto originale recentissimamente ». Quindi, mettetevi d'accordo: o non fanno niente o fanno qualche cosa.

Poi la relazione aggiunge: « la ricerca, che è costosissima e comporta anni di lavoro, infinite prove di migliaia di nuove sostanze saggiate », concludendo: « praticamente è stata insignificante ». Osservo: o la ricerca è effettuata e si perdono anni di tempo o la ricerca non si è fatta. Se è insignificante vuol dire che non si è fatta. Potete dire semmai che insignificanti sono stati i risultati, ma non che ricerche non siano state fatte.

Si afferma ancora: « Nel giro di 10-15 anni l'industria farmaceutica italiana è arrivata come volume di produzione ai primi posti nel mondo senza grandi sforzi ed oneri per la ricerca scientifica ». Sono dei maghi costoro ! Come hanno fatto ad arrivare ai primi posti ? Come hanno fatto ad esportare all'estero medicinali italiani senza spendere una lira per la ricerca e senza fare alcuno sforzo ? Indubbiamente, bisogna farsi dare queste ricette, perché non sappiamo come riescono ad essere così bravi !

La relazione afferma ancora: « L'esame che da più parti è stato fatto dell'industria farmaceutica mostra come si sia sviluppata una struttura monopolistica ». E continua: « Le non numerose aziende serie si trovano spesso in difficoltà, mentre per gran parte delle rimanenti altre, comprese in una certa misura le piccole e le medie, s'impone l'esi-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

genza di una moralizzazione della loro attività». E conclude con l'ennesima contraddizione: «In sostanza, i mali dell'industria farmaceutica italiana sono il monopolio e, in larga misura, l'eccessiva polverizzazione della produzione specialistica».

Egregi colleghi, o vi è il monopolio o vi è la polverizzazione; non è possibile affermare e negare contemporaneamente. Sarebbe stato forse molto più onesto affermare che molte cose non vanno bene come potrebbero andare se non vi fosse quella pleora di produzione specialistica che eccita il comparaggio e che determina veramente la confusione nel settore farmaceutico. Però, siccome bisogna per forza parlare di monopolio, è evidente che anche questa realtà non si affronta nei termini in cui si dovrebbe affrontare per moralizzare l'ambiente.

Si afferma ancora nella relazione che «in Inghilterra, dove l'industria farmaceutica ha ben altre tradizioni e mezzi, la spesa sostenuta globalmente per i medicinali è pari al 15-20 per cento di tutta la spesa dello Stato, mentre in Italia raggiungerebbe la percentuale del 36-48 per cento». Però subito dopo la relazione afferma che questa spesa generale non è valutabile nei mille miliardi di cui ha parlato il senatore Giardina al Senato, ma precisa che la spesa sarebbe di 650 miliardi. E allora, se riteniamo vera la cifra denunciata dal ministro e dalla relazione, si scende dal 38 al 25 per cento. Inoltre, va notato che in Inghilterra, quando un medico fa una ricetta, l'assistito paga due scellini, pari a 170 lire italiane. È questa una remora contro le tante prescrizioni in libertà, perché tanti assistiti vogliono cambiare medico perché non prescrive loro troppe medicine, mentre molti medici hanno interesse a prescrivere molte medicine. Di qui il fenomeno del comparaggio.

Comunque, sul problema dei prezzi, concordo con quanto ha affermato l'onorevole Bartole. La realtà incontestabile ed incontestata è una sola: i prezzi dei medicinali in Italia sono tra i più bassi del mondo. Per altro si può essere d'accordo sull'invalidità dei sistemi attuali di determinazione dei prezzi in quanto sistemi falsi ed empirici, che, mentre non possono soddisfare coloro che li subiscono in quanto violano le più elementari norme dell'economia produttiva, permettono d'altra parte le più sfrenate critiche della demagogia politica, alla quale è estremamente facile dare — a chi ci vuole credere — una sommaria dimostrazione di un presunto caro-medicinali, assumendo come termini di riferimento elementi di valutazione la cui applica-

zione ha il vantaggio di portare al risultato che si desidera raggiungere.

D'altronde è estremamente facile affermare che i prezzi dei medicinali in Italia sono cari. Ma rispetto a che cosa? All'estero evidentemente no! Ed allora? Forse al costo della vita, che negli ultimi dieci anni è progressivamente aumentato mentre nello stesso periodo il prezzo medio dei farmaci, sottoposto a continui ribassi, è costantemente diminuito?

Ma questo del prezzo non è e non resta che un aspetto quanto mai interessante e delicato, ma tuttavia limitato, del problema farmaceutico, la cui attenzione merita un esame ben più serio e sereno di quello offerto da una critica sommaria condotta per fini ben individuabili attraverso gli amorosi accenti per le istanze municipalizzatrici che vi affiorano.

Bisogna invece dare atto al settore farmaceutico degli sforzi compiuti e dei risultati conseguiti, oltre che nel campo delle produzioni di base e specialistiche, anche dell'altissimo concorso che unitamente alle farmacie è stato chiamato ad offrire a favore dei grandi istituti mutualistici. E, come afferma l'onorevole Sorgi, bisogna dotare il settore farmaceutico di strutture legislative moderne in grado di potenziarne l'attività e di stimolarne le capacità competitive al servizio delle esigenze sanitarie del paese.

In conclusione, penso che si debba aver fiducia nella nostra industria farmaceutica e potenziarla coi mezzi più idonei. Ci auguriamo che la Commissione a ciò preposta possa nel migliore dei modi affrontare e risolvere questo problema. (*Applausi a destra*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Angela Gotelli. Ne ha facoltà.

GOTELLI ANGELA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, in occasione della discussione del bilancio della sanità, non si può, credo, fare a meno di lamentare ancora una volta l'esiguità degli stanziamenti, quasi irrilevanti, messi a disposizione di questo Ministero, con tutto il danno che ne deriva per la vita nazionale. All'esiguità degli stanziamenti fanno poi riscontro i limiti, gli ostacoli, le contestazioni poste alle competenze di questo Ministero nel campo sanitario.

A circa mille miliardi, dunque, ammonta in Italia la spesa annua, fra pubblica e privata, per la sanità, di 50 miliardi o poco più dispone, in maniera diretta e indiretta, il Ministero della sanità. Se di fronte a questa cospicua spesa, porzione notevole del reddito nazionale, non vi è al vertice una guida,

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

se non vi è una volontà politica che eserciti una funzione di orientamento, di coordinamento, di propulsione nel vastissimo settore, non possiamo non sottrarci al sospetto che con questa stessa spesa si potrebbe provvedere a una ben migliore organizzazione di servizi e alla copertura di lacune e di arretratezze che tutti insieme deploriamo. Non è piccola cosa, non è settore di secondaria importanza, per il quale si possa fare a meno di una chiara direzione politica, quello della sanità.

Al contrario, non si può pensare a una organizzazione moderna della società senza affrontare il problema sanitario, e cioè il problema dello stato di salute della popolazione. Infatti, vi è uno stretto coordinamento fra il benessere sanitario della collettività ed il suo sviluppo economico e civile, basato sulla reciprocità delle influenze fra questi diversi elementi della dinamica sociale. Innanzitutto — lo mette in evidenza nella sua magistrale relazione l'onorevole Sorgi — vi sono le considerazioni più appariscenti: ad esempio, le ore di lavoro che si perdono con lo stato di malattia e quindi il danno economico che si viene a verificare sulla produzione, che dà un'idea palpabile di quale bene prezioso sia la salute, non solo sul piano psicofisico, ma anche su quello economico. Ma vi sono anche gli aspetti più profondi di questo rapporto, e sono quelli che si esprimono attraverso la necessità di una sempre maggiore potenzialità psicofisica, richiesta dal ritmo crescente della vita economica e dagli stessi fenomeni — oggi in particolare espansione — dell'urbanizzazione, del riadattamento della popolazione dalle attività agricole alle attività industriali ed a quelle dei servizi. La società italiana è in continua evoluzione; non è una società statica e tradizionale che non ponga gravi problemi di trasformazione e di disponibilità a nuove professioni e a nuovi ambienti fisici; è invece una società dinamica in cerca di una sua nuova stabilità. Purtroppo, questo dinamismo naturale della società italiana è, molto spesso, frenato nei suoi aspetti positivi da una serie di condizionamenti sul piano sociale, che ancora non siamo riusciti a individuare e a combattere energicamente. Uno di questi condizionamenti è la scuola, un altro è l'assistenza sanitaria e sociale, che si muove ancora, per molti aspetti, sulla falsariga delle vecchie esigenze. Ogni giorno si nota questa sfasatura fra la società che avanza, che cerca nuove strade, e l'intervento pubblico sociale, che si attarda su posizioni ormai superate.

È compito essenziale della politica e, nel nostro caso, della politica sanitaria rompere gli indugi e trovare le linee entro cui si può evolvere il nostro sistema di protezione sanitaria.

Ai nostri giorni, lo Stato non si limita a proteggere la salute individuale e sociale con le misure di polizia sanitaria o con la semplice profilassi, ma la considera un bene che ha bisogno di una tutela diretta, di un intervento positivo, di un complesso di istituti in grado di sottrarla ad ogni fatto dannoso e ad ogni minaccia. La salute diventa un bene pubblico ed è possibile organizzare sul piano collettivo la difesa sanitaria, moltiplicare le possibilità di diagnosi precoce, accrescere e diffondere il ricorso alle cure preventive e di sostegno dell'organismo.

Nella nostra concezione democratica, la persona del cittadino, anche nella sua efficienza fisica, viene posta al vertice della sollecitudine della comunità. La Costituzione repubblicana, all'articolo 32, sanziona questa nuova coscienza che si è diffusa nello Stato democratico e, successivamente, la legislazione ordinaria ne inizia lo svolgimento basilare più ricco di prospettive, rappresentato dalla stessa istituzione, avvenuta nel 1958, del Ministero della sanità.

Non v'è dubbio che quando i membri della seconda legislatura repubblicana — ne fanno fede gli atti parlamentari — hanno approvato, dopo lunga discussione, l'istituzione del Ministero della sanità, hanno inteso dare una guida politica, degna di uno Stato moderno, a tutta l'organizzazione sanitaria e hanno inteso fornirle di mezzi adeguati al suo compito. Non possiamo dire che l'organizzazione o i mezzi abbiano raggiunto il livello desiderato, con le conseguenze che ne derivano.

Vediamo, per esempio, l'ospedale che è lo strumento indispensabile della profilassi e dell'igiene pubblica, lo stabilimento di cura a disposizione dell'assistenza e della previdenza, oltreché della clientela non coperta da un sistema di assicurazioni; è il luogo di ricerca scientifica e di sperimentazione terapeutica; è il centro da cui deve irradiarsi l'educazione igienico-sanitaria della popolazione; è la palestra formativa delle nuove generazioni mediche e infermieristiche.

È giusto perciò che, salvaguardando l'autonomia amministrativa, rendendo omaggio allo spirito di iniziativa e alla capacità delle amministrazioni locali e all'abnegazione di molti amministratori, senza voler in alcun modo secondare la tendenza a tutto accentrare e burocratizzare, si cerchi di dare — e

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

questo è compito del Ministero della sanità — un indirizzo unitario che coordini e orienti verso determinati obiettivi, sostenga gli sforzi che, pure col massimo impegno di risorse personali e locali, risultano ancora insufficienti.

Ha l'ospedale — come dicevamo prima — compiti di servizio pubblico il cui onere compete naturalmente allo Stato; devono essere, perciò, convogliate verso l'ospedale provvidenze governative che sono finora mancate o sono state lesinate al massimo. È necessario che il Ministero della sanità, assumendosi una spesa che per natura sua gli compete, perché servizio di pubblica utilità, a tutela della salute pubblica, si inserisca efficacemente nel dialogo difficile che da anni si svolge fra enti mutualistici e amministratori ospedalieri.

La retta degli ospedali, che gli istituti mutualistici trovano spesso esorbitante e che invece — a confronto di quello che accade all'estero, a confronto anche del costo della vita — non risulta esagerata, è comprensiva di varie spese a cui l'amministrazione ospedaliera non può sottrarsi e che sono necessarie per la tutela della salute pubblica. Lo scorporo della retta, che è stato talvolta proposto, in modo da riservare alle mutue solo il pagamento della cura dei singoli malati, risulta sistema artificioso e inattuabile, ma, ripetiamo, provvidenze statali adeguate sono necessarie per il superamento radicale di questo conflitto e della crisi che travaglia gli ospedali.

È proprio vero, troppo poco si è pensato agli ospedali. Vediamo, per esempio, l'edilizia ospedaliera, competenza, lo sappiamo, del Ministero dei lavori pubblici, ma problema vitale per i servizi sanitari. Tutti sanno che è problema importante, che vi è bisogno di ampliare, rinnovare, di costruire *ex novo* soprattutto in certe regioni, per insufficienza di posti-letto.

Finora, tuttavia, non vi è stata altra provvidenza che la legge 3 agosto 1949, n. 489, la legge Tupini, la quale dispone, però, di stanziamenti minimi ed impone un sistema oneroso di mutui e di garanzie. Questa legge nel dopoguerra, appena superato il periodo della ricostruzione, è stata il primo ausilio, e un ausilio prezioso, agli enti locali per l'esecuzione di opere pubbliche di loro competenza, al cui costo risultavano inadeguati i bilanci. È servita egregiamente, ma è stata insufficiente. Dove il bisogno era più acuto e dove più stridente era la sproporzione tra i mezzi e le necessità locali, si sono trovate

altre provvidenze, con finanziamenti cospicui, senza oneri per gli enti locali: la Cassa per il mezzogiorno, la Cassa per le zone depresse del centro-nord, ecc. E così si sono costruite strade, acquedotti, fognature, ecc. Un'altra legge, provvida, è stata approvata per l'edilizia scolastica, e col piano della scuola già si propone di superarla. Si sono aperti crediti, sia pure modesti, per gli alberghi, per il turismo, per l'artigianato, per la piccola e media industria, ecc.

Solo per l'ospedale, che pure rappresenta tra noi tradizione così alta e patrimonio così prezioso, nulla si è saputo trovare e quindi, per fronteggiare spese indilazionabili di ammodernamento, di ampliamento, per colmare la differenza fra il costo effettivo delle rette e le rette pagate a livello inferiore alle mutue, non è rimasto alle amministrazioni altro mezzo che far ricorso alle banche con indebitamento progressivo ed impressionante, con inevitabile appesantimento di tutta la gestione, col conseguente inasprimento del conflitto con gli istituti mutualistici, col disagio del personale dipendente, insoddisfatto nelle sue rivendicazioni sindacali, con la facile concorrenza da parte di case di cura private che possono facilmente regolare in maniera economica la loro amministrazione. Siamo arrivati, ella lo sa bene, onorevole ministro, ad un punto insostenibile.

Ella ne è informato: non è rimasto inerte, se ne occupa, se ne preoccupa; senta le mie parole, che tutti i colleghi condividono, come stimolo e conforto per trovare rimedio alla penosa situazione.

Con l'approvazione, che speriamo sollecita da parte del Parlamento, del disegno di legge, recentemente approvato dal Consiglio dei ministri dopo lunga elaborazione nel suo Ministero, si spera di poter mettere ordine e tranquillità nella carriera dei sanitari ospedalieri.

Grave anche il problema del personale infermieristico. Se n'è parlato negli anni scorsi, ma dobbiamo parlarne ancora, perché i problemi rimangono insoluti. Cominciamo dalle scuole per infermiere professionali. Sono troppo poche rispetto al fabbisogno che esiste. Sono risibili i fondi assegnati a queste scuole, cui si dovrebbe provvedere con il capitolo 52, che stanZIA 300 milioni per una lunga serie di voci, quali sussidi a studi e ricerche, borse di studio per le scuole convitto, servizi trasfusionali, igiene mentale, studi in campo geriatrico e così via. Ripartendo questa cifra per ciascuna provincia, si hanno in media circa 200 mila lire al mese!

Non so precisamente (non ho voluto chiederlo per una specie di pudore) quello che destina il Ministero per un'istruzione professionale di così grande importanza sociale, di così grande urgenza per la dilatazione e il perfezionamento dei servizi sanitari. Sono somme che sfigurano al confronto con tutte le altre spese dell'istruzione, ed anche di quella professionale, in Italia.

Se praticamente non provvede il Ministero della sanità, chi deve provvedere? Le amministrazioni ospedaliere, in genere oberate e indebitate come sono? Devono provvedere, come purtroppo accade, le giovani allieve, ripagando con un duro servizio, che compromette insieme la loro salute e la possibilità di attendere allo studio, l'istruzione che ricevono?

Sono poi da definire la riforma ed il riordinamento del piano di studio delle scuole per infermiere, secondo i lavori compiuti da una commissione interministeriale composta da rappresentanti delle amministrazioni della sanità e della pubblica istruzione. La commissione si era proposta inizialmente un aggiornamento della legislazione esistente. Gli scopi che essa si prefiggeva consistevano nel raggruppare tali scuole in un tutto armonico e coordinato, in modo da avere, pur nelle necessarie specializzazioni, una categoria con fisionomia unica, nell'aumentare il numero delle scuole ed il reclutamento degli allievi in relazione alle richieste di personale qualificato da parte delle istituzioni sanitarie assistenziali, nell'aprire almeno alcune di queste scuole anche ad elementi di sesso maschile e nel formare i quadri dirigenti delle professioni sanitarie ausiliarie con apposite scuole superiori.

Il progetto che è stato elaborato, a quanto mi risulta, corrisponde alle aspettative per quanto riguarda l'apertura ad allievi di sesso maschile delle scuole di infermieri professionali, dietisti e fisiokinesiterapisti; prevede la possibilità, al fine di aumentare il gettito di diplomati, di accogliere anche allieve ed allievi in regime di semiconvitto e l'istituzione di corsi superiori in ciascuna branca delle professioni sanitarie ausiliarie.

Per altri punti vi è, negli ambienti più interessati a questa riforma, qualche perplessità. Tenendo conto dell'esperienza di quasi quarant'anni di vita delle scuole per infermiere professionali e assistenti sanitarie e di venti delle scuole per vigilatrici d'infanzia, considerando l'abbondante materiale di studio prodotto in una numerosa serie di conferenze europee e mondiali promosse su que-

sto argomento dall'Organizzazione mondiale della sanità, tenendo presente la necessità di facilitare e di non complicare la vita e il funzionamento di queste scuole tanto necessarie, e nello stesso tempo di garantire un livello di preparazione adeguato, non sembra opportuno iniziare, come propone il progetto, sei tipi separati di scuole di quattro anni ciascuno: infermiere professionali, ostetriche, assistenti sanitarie visitatrici, vigilatrici d'infanzia (che verrebbero più opportunamente chiamate infermiere pediatriche), dietisti e fisiokinesiterapisti. Meglio sarebbe mantenerlo unito in una base comune per il primo biennio per infermiere professionali, ostetriche, assistenti sanitarie visitatrici.

È necessario poi che, con il riordinamento e la diffusione delle scuole, si provveda anche a stabilire in modo chiaro ed imprescindibile l'impiego di questi professionisti da parte degli enti ospedalieri, delle mutue, degli uffici sanitari centrali e periferici e di tutte le istituzioni di assistenza sanitaria e medico-sociale pubbliche e private. E ciò non solo per garantire a chi frequenta corsi tanto impegnativi il modo migliore per giungere ad una soddisfacente sistemazione professionale, ma anche per assicurare a tutti i cittadini che usufruiscono dell'assistenza sanitaria, attraverso servizi pubblici e privati, le più qualificate prestazioni da parte del personale ausiliario. È inutile drammatizzare tanto, e spesso in tono scandalistico, fatti spiacevoli e dolorosi che accadono (molto di rado, grazie a Dio) nei nostri ospedali, se non si vuol provvedere ad una migliore preparazione razionale di tutti i servizi, quelli ausiliari compresi.

Passiamo ora ad altro argomento che è stato trattato da altri colleghi, un argomento spesso tirato in ballo anche da parte di chi non ha in genere molto interesse per i problemi sanitari: la profilassi e la lotta contro le malattie veneree, le quali sono in notevole aumento. Le statistiche sono chiare in questo senso, nessuno ha intenzione di contestarlo, anche se, tra questi dati statistici, ve ne è uno che ci consola: sono in diminuzione gli ereduettici, cioè le stigmate sui figli, dalla nascita, delle colpe dei padri.

Tale aumento è messo in relazione con nesso di causalità, forse un po' esagerato, con l'abolizione delle « case chiuse » e dei controlli sanitari obbligatori che in esse vigevano. Per arginare il contagio vi è addirittura chi propone o la riapertura delle case o almeno il ripristino di una schedatura delle donne dedite al meretricio.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

Forse non sarebbe fuori luogo, a questo punto, un accenno ai fattori morali, ai costumi, e domandarci se la facilitazione o la suggestione del vizio di cui è pieno il nostro ambiente, la sfrenatezza e la perversione sessuale alla quale non si può chiedere di porre, non dico un freno, ma nemmeno un velo senza passare per oscurantisti, nemici della civiltà e del progresso, non abbiano forse anche essi una parte di responsabilità nel fenomeno. Non si è sempre detto che corruzione morale e sanità fisica non vanno molto d'accordo?

Ma lasciamo pure stare gli argomenti morali e manteniamoci al campo strettamente sanitario. In campo sanitario vi è questo da dire: esiste una legge sanitaria che è anche essa una legge Merlin, la legge 25 luglio 1956, n. 837. È una parte della famosa proposta della nostra coraggiosa collega che fu approvata, proprio nel testo preciso della proponente, due anni prima dell'altra parte (la più famosa legge Merlin) ma che non è ancora entrata in attuazione; non ne è stato emanato nemmeno il regolamento di attuazione.

Lo so, onorevole ministro, che ella se ne è occupato e se ne occupa. Noi le assicuriamo la nostra solidarietà nel momento in cui il regolamento sta per venire alla luce, rompendo il quinquennale indugio. Si fa spesso, anche in maniera grossolana, l'appunto ai legislatori di non avere valutato, previsto, le conseguenze dell'abolizione nel settore sanitario. Si consenta dunque a noi di chiedere che non sia ulteriormente inadempiente il potere esecutivo e speriamo che diano tutta la loro collaborazione volenterosa tutti quelli che sono tenuti a darla.

La legge sanitaria sia integralmente, energeticamente applicata, con la coscienziosa disciplinata collaborazione dei sanitari, in modo da debellare questi mali che non sono più, come una volta, incurabili. Quando avremo sottoposto questa legge al collaudo dell'esperienza ed avremo valutato se ha lacune, insufficienze, impossibilità pratiche di attuazione, potremo anche studiare e proporre una riforma legislativa, non prima. Non mi pare sia opportuno altrimenti pensare a fare un'altra legge, perché poi rimanga, a sua volta, cinque o più anni in attesa di una sua attuazione.

Ancora una parola su un problema piuttosto marginale ma che ha la sua importanza: quello relativo all'assistenza sanitaria ai marittimi imbarcati. Quando essi sono nei porti, a questa assistenza provvede una rete sanitaria che fa capo alle casse marittime. Viceversa, quando gli equipaggi sono a bordo,

anche per intere settimane (a meno che non si tratti di grandi navi di linea con più di 100 passeggeri), tutta l'assistenza sanitaria di cui possono godere è rappresentata da un armadio farmaceutico, non molto ricco né molto aggiornato. Eppure si tratta di lavoratori che vivono in condizioni di particolare disagio, di rischio, di rinuncia. In queste condizioni alle loro improvvise ed anche gravi necessità di ordine sanitario provvede una istituzione che fa onore all'Italia e che riceve aiuti dagli stessi stranieri: il Centro italiano radio-medico.

Per brevità, non mi soffermerò ad illustrare l'organizzazione, le prospettive, i servizi, i rapporti internazionali di questo ente che dispone di una rapida rete di informazioni e che esercita anche un'azione di assistenza a distanza. Un gruppo di medici di grandissimo valore presta giorno e notte servizio di guardia. In questa sede io voglio solo sottolineare il fatto che, mentre nel bilancio della marina mercantile sono iscritti 29 milioni l'anno per il C.I.R.M., in quello della sanità, per questa forma di assistenza, non è stanziata neppure una lira, anche se si tratta di un servizio che rientra nella sua sfera di competenza. Presenterò una proposta di legge in questo senso.

Altre volte abbiamo sollecitato la qualificazione di infermieri specializzati per questo settore che interessa tanti lavoratori italiani che portano, non in maniera retorica, ma effettiva, la bandiera nazionale sui mari del mondo. Occorre dimostrare che il paese è sollecito anche nei loro riguardi e che non li trascura in alcun momento. (*Applausi al centro*).

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

RICCA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il mio intervento si limiterà — anche perché altri colleghi del mio gruppo hanno avuto ed avranno modo di sviluppare altri temi nel corso del presente dibattito — ad esaminare una sola parte dei tanti problemi che attengono all'attività del Ministero della sanità, e più precisamente mi soffermerò sul problema della distribuzione e della vendita di prodotti farmaceutici; problemi sui quali cercherò di esporre le ragioni che hanno portato il gruppo socialista ad assumere iniziative parlamentari al riguardo e, chiamando quale interlocutore il ministro Giardina, riaprirò una polemica (che non ha avuto seguito) accesa in occasione del dibattito svoltosi al Senato lo scorso anno sul bilancio della sanità, in quanto, essendo la polemica stata

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

riaperta nel discorso conclusivo del ministro, non poteva trovare in quel momento interlocutori.

Inizierò pertanto il mio dire prendendo in esame i problemi connessi con la distribuzione del farmaco in Italia ed affermando, senza tema d'incorrere in esagerazioni, che la situazione in questo campo è quanto mai caotica e pericolosa, e meritevole quindi di immediati e seri interventi.

Il ministro della sanità, con la scusante ormai troppo adusata della mancanza di una legislazione moderna, non ha inteso affrontare con mezzi validi il problema, favorendo in tal modo gli interessi costituiti nel settore, e soprattutto gli interessi dei grossi proprietari di farmacie, e dei gruppi più forti dei produttori di farmaci.

Infatti, si è ufficialmente riconosciuto che almeno 2.600 comuni del nostro paese sono privi di farmacie e che altrettanti centri abitati sparsi o frazioni facenti parte di comuni che hanno farmacie, ma notevolmente distanti da questi, avrebbero bisogno di vedere istituita una propria farmacia.

Si è pure riconosciuto che in centri urbani di grandi e piccole città, a crescente sviluppo urbanistico, dovrebbero essere aperte nuove unità distributrici. Sino a questo momento però poco o nulla è stato fatto e si sono lasciate marcire situazioni che hanno portato al costituirsi di privilegi assurdi a favore dei già fortunati proprietari delle farmacie di città.

Si sono verificate situazioni scandalose e lo testimonia il fatto che nuovi agglomerati urbani con 30-40 mila abitanti sono privi di farmacia o hanno una sola farmacia. In taluni casi, detto rapporto abitante-farmacia raggiunge cifre quasi doppie. (*Interruzione del deputato Bartole*). La legislazione attuale consente ampiamente al Ministero della sanità poteri atti alla creazione di nuove farmacie in deroga alla pianta organica.

Di questo potere, al quale nessun ostacolo può essere frapposto, quando trova rispondenza in situazioni obiettive e quando, soprattutto, esista una chiara volontà di assicurare un così importante servizio sanitario alla popolazione, il Ministero della sanità ed i suoi organi periferici potevano far uso con tutta tranquillità, come prescrivano i commi terzo e quarto dell'articolo 104 del testo unico delle leggi sanitarie del 1938 ed anche l'articolo 109 del testo unico medesimo.

Ma il Ministero della sanità ha preferito ignorare tale situazione e non ha portato, sino ad ora, a nessuna soluzione organica del pro-

blema, sicché oggi ci si trova di fronte a questa quanto mai strana situazione: non si riesce a reperire dei farmacisti che possano prestare servizio presso le farmacie esistenti, quando qualche anno addietro esistevano diverse migliaia di farmacisti disoccupati, che, stanchi di attendere, hanno preferito ad un certo punto dedicarsi all'insegnamento o svolgere mansioni propagandistiche presso industrie farmaceutiche o dedicarsi ad altra attività, sicché oggi appare arduo assolvere convenientemente il servizio di distribuzione di farmaci in Italia o creare i nuovi esercizi necessari.

Il Ministero della sanità quando, come si suol dire, i buoi erano ormai scappati, si è preoccupato solo delle questioni corporativistiche esistenti fra i due gruppi avversi che fanno parte dell'ordine dei farmacisti e cioè dei farmacisti proprietari da un lato e dei farmacisti non proprietari o proprietari di farmacie rurali, in un modo che non tiene conto, a nostro parere, della realtà dei problemi connessi con l'esercizio della distribuzione del farmaco. Il ministro si è preoccupato di proporre alcune modificazioni delle leggi sanitarie nel solo punto che riguarda il rapporto limite fra popolazione e farmacie in modo da consentire il conferimento delle nuove farmacie ai farmacisti privati, garantendo l'assegnazione del 50 per cento dei nuovi esercizi ai farmacisti proprietari, con ciò ritenendo di avere risolto un problema che, invece, così posto, rimarrebbe completamente aperto e insoluto.

Infatti, è nostra convinzione che con l'approvazione del disegno di legge che sta dinanzi alla Commissione sanità della Camera, già approvato al Senato, verrebbero a verificarsi queste negative situazioni: 1°) una discreta parte di farmacisti rurali abbandonerebbe la farmacia rurale attualmente detenuta per accedere a quella cittadina, senza che si abbia, obiettivamente, la prospettiva che farmacisti non proprietari vadano a ricoprire le farmacie rurali che in conseguenza si renderebbero vacanti: il numero dei comuni privi di farmacie passerebbe quindi dagli attuali 2.600 ad oltre 5 mila; 2°) i centri abitati di zone rurali pur facenti parte di comuni che già hanno una farmacia, ma che per ragioni geografiche o di distanza abbisognerebbero di un proprio servizio farmaceutico, continuerebbero ad esserne privi; 3°) quegli agglomerati urbani che hanno una sola farmacia o non ne hanno alcuna, pur essendo la popolazione di 30-40-50 mila abitanti, non vedranno mutata la loro condizione se il rap-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

porto limite passerà da 1 a 5.000 ad 1 a 4.500 o ad 1 a 4.000.

In sostanza, se si approvasse *sic et simpliciter* il disegno di legge Giardina, pur con i diversi indici suggeriti per il rapporto popolazione-farmacia, non faremmo con tutta probabilità che aggravare una situazione già disastrosa nella distribuzione del farmaco che è pur sempre un servizio pubblico di prima necessità.

Di fronte a questo stato di cose, si impone con urgenza che il Ministero della sanità e il Governo affrontino radicalmente il problema e propongano una legge che senza incidere sugli altri elementi essenziali della legislazione farmaceutica in vigore e senza la pretesa di realizzare riforme complete di struttura, ci possa garantire almeno l'efficienza della farmacia così da assicurare una catena distributiva veramente organica su tutto il territorio nazionale.

Quali sono le linee fondamentali di una legislazione di questo genere?

Le numerose proposte di legge presentate alla Camera e al Senato le indicano e, come socialista, debbo indicare la proposta di legge Pieraccini, Riccardo Lombardi ed altri, che fu già presentata anche nella precedente legislatura dagli onorevoli Marazza e Lombardi Riccardo il 12 febbraio 1957, nonché, come presidente di un'azienda municipalizzata, la proposta di legge della confederazione della municipalizzazione presentata dai senatori Indelli e Crisculi il 2 febbraio 1961 sotto il n. 1428.

Utili elementi per una soluzione del problema possono trovarsi anche nella proposta di legge dell'onorevole Amadei presentata il 22 marzo 1961, col n. 2901, alla Camera dei deputati.

A quali principi potrebbe ancorarsi una nuova iniziativa legislativa in questo senso?

La legislazione attuale prevede che, nelle zone rurali, il Ministero della sanità può istituire nuove farmacie in deroga al limite di una farmacia ogni 5 mila abitanti. Dovrebbe prevedersi invece che il Ministero deve istituire nuove sedi farmaceutiche nelle zone rurali ovunque manchi il servizio farmaceutico o vi sia disagio per potere usufruire di quello esistente. In tal modo si finirebbe una buona volta con le valutazioni discrezionali di cui i funzionari e gli uomini di governo che li guidano non fanno mai uso, anche nei casi di evidente necessità, ogni qualvolta si rischi di turbare interessi privati.

La legge attuale prevede la corresponsione di un contributo, che però è irrisorio, per le

farmacie rurali. La sua concessione poi è resa difficoltosa dal fatto che è posto in parte a carico dei comuni e in parte a carico del Ministero della sanità che lo recupera attraverso un contributo imposto alle farmacie non rurali.

È noto che proprio nei comuni sede di farmacie rurali esistono situazioni di bilancio paurosamente deficitarie, ed è altresì noto che le pastoie burocratiche poste in essere per la concessione di queste indennità (per la determinazione della quale entrano a far parte dell'apposita commissione in modo preponderante quei rappresentanti degli ordini professionali che spesso rappresentano gli interessi dei proprietari di città), creano degli ostacoli reali alla sua erogazione, anche se sostanzialmente insufficiente.

Dovrebbe prevedersi invece, a seconda dell'entità della popolazione servita, la concessione di un contributo di maggior proporzione e non irrisorio, graduato appunto a seconda dell'entità della popolazione servita dalle farmacie rurali.

Questo contributo dovrebbe gravare sul bilancio dello Stato e cioè sulla generalità dei cittadini, in quanto si tratta di un servizio pubblico di interesse nazionale, e di questa indennità dovrebbero beneficiare sia i comuni che istituissero tali farmacie sia i farmacisti a cui venissero assegnate.

Qualora ostassero difficoltà di ordine finanziario nel porre a carico del bilancio dello Stato queste indennità, esse dovrebbero far carico totalmente alle farmacie non rurali, non con gli attuali assurdi criteri, ma in funzione del potenziale economico delle farmacie medesime, desumibile attraverso vari criteri, uno dei quali potrebbe essere quello dell'imponibile di ricchezza mobile.

Mi rendo conto che, con l'attuazione di un servizio farmaceutico capillare nelle zone rurali, l'onere per le farmacie urbane potrebbe diventare notevole, ma il contenimento del nuovo rapporto limite in una farmacia ogni 4.500 abitanti anziché ogni 4 mila potrebbe compensare i farmacisti non rurali dell'onere in questione. All'attuale rapporto limite di una farmacia ogni 5 mila abitanti per le farmacie urbane dovrebbe sostituirsi il rapporto di una farmacia ogni 4 mila abitanti. Per il caso dianzi accennato di una farmacia ogni 4.500 abitanti, si dovrebbe, a mio giudizio, provvedere vincolando il criterio del rapporto farmacia-abitazione non alla pubblicazione ufficiale dei dati del censimento, ma alla popolazione effettivamente residente alla fine di ogni anno, imponendo all'autorità perife-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

rica del Ministero della sanità, qualora non venga fatto uso della facoltà di cui parlerò più oltre, di modificare le piante organiche e di bandire i concorsi anche annualmente dove occorra.

Mi rendo ben conto che la ragione che ha ostacolato il sorgere di nuove farmacie, sino al raggiungersi di quegli scandalosi rapporti limiti in alcuni agglomerati urbani, è stata determinata da cavilli giuridici. E per altro vero che questi cavilli giuridici hanno potuto sorgere in quanto è sempre mancata una ferma volontà dell'autorità sanitaria di condurre una politica preoccupata essenzialmente dell'interesse del cittadino e non, come avviene, di taluni interessi individualistici o di casta.

Se il ministro della sanità approfondisse il perché ed il come sono potuti sorgere questi cavilli giuridici che hanno consentito la sospensiva dell'assegnazione di talune farmacie con vantaggio dei vecchi esercenti, probabilmente si renderebbe conto che questi appigli non erano imprevedibili e poteva essere eliminato il ricorso ad essi da parte di chi vi abbia interesse.

A superare comunque ogni difficoltà delle procedure in questo campo potrebbe prevedersi una norma legislativa in forza della quale, ogni qualvolta un provvedimento per la modifica della pianta organica delle farmacie o per la messa a concorso delle medesime e per il conferimento diretto venga sospeso, in seguito a ricorso giurisdizionale, la farmacia venga ugualmente aperta obbligatoriamente dal comune competente per territorio. Questo, poi, conclusasi la vertenza giudiziaria, dovrebbe rinunciare in favore del riconosciuto titolare.

La legge 9 giugno 1947, n. 530, all'articolo 27, prevede per i comuni la facoltà di assumere l'impianto e l'esercizio di farmacie, in deroga, in quanto occorra, alle limitazioni previste dalle piante organiche. Questa disposizione, vigente fin dal 1904, soppressa dal fascismo col testo unico del 1943, e ripristinata dalla Costituente col ritorno del regime democratico, ha trovato immani difficoltà di attuazione in quanto le competenti autorità sanitarie sistematicamente hanno sabotato ogni iniziativa dei comuni in questo senso, nonostante che il Consiglio di Stato, ripetutamente, abbia ribadito che la *ratio legis* di questo articolo sta nella tutela di un pubblico interesse prevalente su quello privato.

L'allora alto commissario per l'igiene e la sanità pubblica, con circolare in data 28 febbraio 1955, n. 17, nel dare istruzioni ai prefetti, allora competenti in materia sanitaria,

faceva addirittura osservare che questa legge era nata in contingenze eccezionali per assicurare il servizio farmaceutico in un periodo di dissesto dell'organizzazione farmaceutica quale era nel 1947. Ma anche per questa norma la suprema autorità giurisdizionale competente a interpretare la *ratio legis* ha smentito clamorosamente il ministro della sanità.

Orbene, di fronte a questo stato di cose e di fronte alle deludenti affermazioni del ministro della sanità, in contrasto con la realtà, che nessun ostacolo viene frapposto ai comuni per istituire farmacie comunali, affermazioni rese pubbliche come risposta ad interrogazioni rivolte al ministro sull'argomento, la verità è che l'autorità sanitaria locale continua a sabotare queste iniziative metodicamente, in una con le prefetture.

È necessario ed urgente che il ministro della sanità intervenga per far rispettare questa legge e, ad evitare equivoci per l'avvenire, nella riforma della legislazione, di cui dovrebbe farsi iniziatore lo stesso ministro, se non si vorranno esaminare i numerosi progetti di legge giacenti in Parlamento sull'argomento, occorrerà prevedere, per i comuni, in quanto tutori del pubblico interesse locale, il diritto di prelazione ogni qualvolta si renda disponibile una farmacia per modifica della pianta organica o per rinuncia o decesso del titolare. Attraverso una tale norma, non si recherebbe pregiudizio ai diritti acquisiti dei titolari e si permetterebbe, gradualmente e quando il comune lo ritenga opportuno, di mettere in mano della pubblica amministrazione quei servizi pubblici essenziali, quale è certamente il servizio di distribuzione dei farmaci, che interessano tutta la collettività dei cittadini.

In questa direzione il ministro della sanità dovrebbe concretamente muoversi.

Per ragioni elettoralistiche o per ragioni di altra natura che non hanno certo relazione con una obiettiva valutazione della situazione farmaceutica nazionale, il ministro della sanità, ritenendo di porre rimedio a tutti i problemi del settore della distribuzione del farmaco, propose una legge che avrebbe peggiorato ed aggravato la situazione distributiva con il famoso rapporto limite di una farmacia ogni 3 mila abitanti.

Non sappiamo se la proposta del ministro fosse frutto di un ponderato esame della situazione o il risultato di una cattiva informazione. È certo che, se avesse insistito nella sua proposta, si sarebbero dovute adottare preventivamente e contemporaneamente sostanziali riforme di struttura nell'intero campo

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

della produzione, oltre che della distribuzione, dei prodotti farmaceutici. Non si può infatti imporre ad un organismo dalla struttura economica così modesta, di disporre di oltre 40 mila confezioni di specialità. Eppure una farmacia, oggi, se vuole essere efficiente deve disporre di tutta la gamma di specialità in commercio. Tale completo assortimento, per quanto economicamente attrezzato possa essere l'esercizio, data la pleora delle specialità, non potrà essere mantenuto da una farmacia rurale e nemmeno da parte di quella urbana e si avrà sempre così un servizio difettoso.

Ora non vi è chi non veda come, mantenendo sul mercato la pleora di specialità ora in commercio e riducendosi alla misura proposta dal ministro il rapporto limite popolazione-farmacie, si sarebbe finito, in definitiva, per mettere il servizio distributivo delle farmacie in mano al grande monopolio o rendere ancora più inefficiente il servizio delle farmacie.

Si abbia perciò il coraggio, nel caso in cui si voglia attuare una legge con un rapporto limite di una farmacia ogni 3 mila abitanti, di prendere tutta quella serie di provvedimenti che noi abbiamo più sopra suggerito, in uno con una riforma completa della legge sulla produzione che nel volgere di pochi anni porti le confezioni di specialità in commercio a non più di 6 o 7 mila unità.

Nel settore della produzione farmaceutica in Italia, la politica del Ministero della sanità è stata completamente assente. Trattasi di un settore che investe interessi per oltre 300 miliardi all'anno, nonostante che i dati ufficiali, che si basano sostanzialmente sui consumi mutualistici i quali non raggiungono mediamente il 40 per cento del consumo nazionale dei farmaci, indichino una cifra intorno ai 250 miliardi.

È nota l'importanza di questo settore che investe la salute pubblica dei cittadini e la loro utilizzazione produttiva per la comunità nazionale. Ebbene, in questo settore il Ministero della sanità e il Governo non hanno condotto nessuna politica, sicché l'aspetto delle speculazioni e degli squilibri nel settore produttivo ha assunto proporzioni preoccupanti.

È inutile che il Ministero della sanità vada cianciando a destra e a manca che il problema di un caro medicinali non esiste, in quanto il prezzo dei medicinali in Italia sarebbe il più basso d'Europa.

Innanzitutto è da rilevare che questi dati sono stati ricavati da uno studio fatto da un esperto del monopolio della Montecatini, che

prende a riferimento 62 specialità medicinali italiane su 15 mila che sono sul mercato.

Un paragone di questo genere è praticamente impossibile, senza tenere presente che non si tiene conto del potere d'acquisto che la moneta ha nei vari paesi.

Su questo argomento bisogna dire qualche cosa di più preciso, essendo stata data gran parte di pubblicità dalla stampa interessata alla risposta data dal ministro ad una interrogazione specifica in proposito presentata dall'onorevole Riccardo Lombardi. Tale risposta elude la sostanza della interrogazione e, facendo ricorso ad alcuni concetti di economia, non chiaramente enunciati, cerca di intorbidire le acque e confondere le idee.

Non esiste in economia, infatti, una costante a rapporto direttamente proporzionale fra reddito e prezzi dei beni e dei servizi. Il rapporto, anzi, è spesso inversamente proporzionale, perché ove il prezzo dei beni e dei servizi è contenuto, maggior margine presenta il reddito individuale.

Quindi non è esatto trarre la conseguenza che i costi dei paesi più poveri debbano essere proporzionalmente inferiori ai costi dei paesi ricchi, in rapporto al reddito complessivo e *pro capite*. Così, ad esempio, i costi dei paesi più poveri possono essere alle volte più bassi, perché la manodopera è più economica, ma anche più alti, perché le tecniche di produzioni sono più arretrate. E lo sono sovente, perché non vi è incentivo ad aggiornarle, proprio a cagione del basso costo della manodopera, che presenta quindi aspetti di maggiore convenienza immediata.

In questi casi di basso costo della manodopera, i margini di utile per il produttore si presentano naturalmente più elevati, al punto da consentire alle volte di collocare convenientemente anche all'estero i prodotti, battendo in concorrenza i paesi dalle tecniche più progredite.

Si verifica, così, il caso di industrie di paesi economicamente arretrati o a reddito depresso che battano sul mercato internazionale le industrie di paesi più progrediti e più ricchi (esempio, il Giappone).

I paesi più ricchi e più progrediti hanno in genere però, quasi sempre, proporzionalmente, i costi più bassi, in conseguenza della più elevata e perfetta meccanizzazione dei processi produttivi che, mentre consentono di elevare gli indici di produzione con minore spesa e fatica, consentono altresì anche una più alta remunerazione della manodopera impiegata, in conseguenza del più alto profitto realizzato.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

Quindi, bassi costi ed elevati salari sono le mete cui aspirano i paesi che intendono raggiungere un alto grado di sviluppo. Gli elevati salari sono il riflesso di una più elevata quota di profitti che vengono distribuiti dagli imprenditori ai prestatori d'opera.

La correlazione impostata dal ministro sembra perciò strana!

E da mettere in rilievo poi che, nella interrogazione, il riferimento al reddito *pro capite* era evidentemente fatto nel doppio significato di potere d'acquisto della moneta e della incidenza della spesa per medicinali sul reddito personale dei cittadini, specialmente di quelli a reddito fisso. Il potere d'acquisto della lira è evidentemente inferiore a quello del dollaro, della sterlina, del marco, che sono, al presente, le monete di paesi più ricchi, ed è superiore naturalmente a quello delle monete di altri paesi meno ricchi dell'Italia, e la parte di stipendio o salario che viene assorbita per spese di medicinali è proporzionalmente superiore in Italia che negli altri paesi considerati. Più il reddito è modesto, maggior sacrificio costa decurtarlo per spese non derogabili, quali quelle dirette all'acquisto delle medicine.

Negli elementi che compongono l'indice del costo della vita, e che sono consuetudinariamente presi a raffronto dal nostro Istituto centrale di statistica, non entra, a quanto risulta, la spesa per medicinali e in genere le spese di natura sanitaria, pur essendo spese non voluttuarie e non eliminabili da ogni bilancio familiare.

Eppure, anche le spese per medicinali, unitamente alle altre spese di natura sanitaria, dovrebbero concorrere a formare l'indice del costo della vita, in relazione al reddito *pro capite*, e cioè in relazione a quella parte del reddito che viene assorbito per le spese ritenute indispensabili.

Spese del genere possono essere eliminate dal bilancio familiare solo in quei paesi ove l'assistenza sanitaria è totale, e globalmente a carico degli istituti pubblici di assistenza.

I prezzi dei medicinali tendono, come quelli di tutti gli altri beni e servizi (o perlomeno dovrebbero tendere, quando non si costituiscono situazioni di monopolio), ad avvicinarsi sempre più ai costi di produzione, conservando quel giusto margine di lucro per il produttore che è nella natura dell'economia libera e di mercato, ed è perciò che si sono ridotti anche in Italia (per quanto in maniera non completamente spontanea, essendosi costituite, in certi settori, situazioni quasi

monopolistiche) mentre il reddito si è accresciuto.

E le ragioni della riduzione sono molteplici, alcune di ordine generale, altre di ordine particolare, come avviene per ogni tipo di prodotto.

Non può stabilirsi alcun raffronto o correlazione tra le spese sostenute per medicinali e quelle per spettacoli, tabacchi, bevande nei termini dedotti dal Ministero. Le prime sono spese necessarie, le seconde voluttarie, Maggiori sono queste ultime, più elevato, in un certo senso, è il tenore di vita di una popolazione; anzi bisognerebbe dire che la progressiva riduzione delle spese per medicinali è un indice ed una logica conseguenza del benessere sociale e della salute collettiva di un dato paese.

Non l'alto consumo dei medicinali quindi, ma il loro basso consumo è indice contemporaneo della sanità e del benessere di un aggregato sociale, perché le malattie si sviluppano più facilmente ove è più diffusa la povertà e ove vi è mancanza di quelle provvidenze sociali che elevano il livello dello stato di benessere fisico dei cittadini. Salute e medicinali sono termini antitetici. Vorrebbe per caso il ministro che in Italia si spendesse più denaro per medicinali che per fumo e divertimenti?

Occorre poi tener presente che la mancanza della brevettabilità nel nostro paese avrebbe dovuto portare alla mancata creazione di strutture oligopolistiche e monopolistiche con un beneficio per le popolazioni. Attraverso, invece, la polverizzazione dell'organizzazione della produzione farmaceutica da un lato e la concessione di favori al monopolio dall'altro, si è creato un caos preoccupante.

È vero che sono state effettuate revisioni di prezzo di specialità medicinali, ma queste revisioni sono del tutto irrazionali e tecnicamente inaccettabili. Di due specialità di identica composizione, di cui una abbia un prezzo al pubblico di lire 2 mila ed una abbia un prezzo al pubblico di lire mille, una è stata diminuita di prezzo di lire 400 e l'altra è stata diminuita di lire 100. Il procedimento non si regge, poiché chi aveva fissato il prezzo a lire mille, e cioè aveva adottato un prezzo onesto, si è visto colpito, mentre lo si sarebbe dovuto premiare, lasciando invariato il prezzo, e si sarebbe dovuto invece portare a lire mille il prodotto che aveva il prezzo di lire 2 mila. Così facendo, si è operata una ulteriore discriminazione in favore del gangsterismo del grande monopolio a tutto dan-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

no delle industrie serie. Mancando una politica di incentivo per l'industria seria, arriveremo ad un punto in cui sul mercato si reggeranno solo coloro che esercitano la triste attività che va sotto il nome di « comparaggio » e la grande industria farmaceutica a carattere monopolistico. Il Ministero della sanità, del resto, con la sua politica, favorisce questa situazione quando registra migliaia di specialità, la gran parte delle quali sono pari o sono identiche fra loro, cambiando solo il nome di fantasia.

La *Gazzetta ufficiale*, che pubblica le specialità registrate, solo nel primo semestre 1961, ha elencato 1900 confenzioni nuove, con una media quotidiana di 12 nuove specialità, quando si sa che di novità vere e proprie se ne registreranno non più di 40 ogni anno.

Che significa ciò? Significa creare il caos nel mercato farmaceutico, appesantire enormemente i costi di propaganda e di distribuzione e creare un incentivo alla grande speculazione, mettendo fuori giuoco le industrie serie e oneste.

Il Ministero della sanità agevola questo stato di cose e soprattutto lo favorisce l'attuale ministro della sanità, se è vero che, mentre per una nuova sostanza medicamentosa in precedenza venivano registrate al massimo 10 o 15 specialità medicinali, il che rappresentava già un fatto eccezionale, al momento attuale vengono registrate sino a 80-100 specialità medicinali, come dimostra il caso della diidrogliotiazide, della sulfadimetossina ed altri casi analoghi.

Così operando, ripetiamo, il Ministero della sanità non fa che favorire il gioco del grande monopolio e dell'industria che esercita il comparaggio. Esso lo fa volutamente, perché ad un certo momento si griderà che l'unico rimedio alla confusione è la brevettazione dei procedimenti per la creazione delle sostanze farmaceutiche. Ma nulla vi è di più falso. La concessione della brevettabilità, in un ambiente di corruzione farmaceutica così debole, equivale a porre l'industria farmaceutica nazionale alla mercé del cartello internazionale. Il ministro della sanità non potrà certo negare che vi sono cartelli monopolistici internazionali i cui laboratori di ricerca hanno un numero di addetti, fra chimici, biologi, clinici e farmacologi, superiore a quelli di tutti i laboratori scientifici dell'industria nazionale messi insieme. Con la brevettabilità, dunque, non si darebbe certo un premio alla nostra ricerca, ma si premierebbe il cartello del monopolio internazionale.

Né con la brevettazione verrebbe eliminata la pleora di specialità, in quanto chi deterrà il monopolio della produzione di una determinata sostanza coperta da brevetto la venderà a 10, a 50, a 100 industrie, le quali registreranno ugualmente altrettante specialità medicinali, così come è consentito dall'attuale legislazione e soprattutto dagli attuali orientamenti della politica governativa, con il solo risultato che i prezzi saranno ancora a dismisura più elevati degli attuali, senza eliminare la polverizzazione della produzione farmaceutica.

Occorre perciò una coraggiosa riforma della legislazione sulla produzione e il commercio dei farmaci, così come il mio collega di gruppo onorevole Pieraccini ha proposto con uno schema di legge che, già presentato dal defunto suo padre senatore Pieraccini ed approvato nel 1948 da un ramo del Parlamento, è stato ripresentato anche in questa legislatura e dovrebbe essere, a mio giudizio, ormai posto in discussione ed approvato. Nel frattempo, però, il Ministero della sanità chiuda queste registrazioni discriminate, soprattutto quel moltiplicarsi di registrazioni di specialità che sono ottenute con l'aggiunta di palliativi o con associazioni di farmaci nuovi con farmaci vecchi. Esiga esso che sia concretamente dimostrata la vera utilità del prodotto nuovo. Si eserciti anche una efficiente politica in materia di prezzi, che, creando da un lato una parità di condizioni per tutte le industrie farmaceutiche nazionali ed estere, finisca col premiare le industrie più efficienti e non quelle che raccolgono, come ora succede, allora e profitti attraverso la speculazione e grazie a situazioni di monopolio.

I prezzi di queste specialità medicinali è indispensabile vengano fissati dal Comitato interministeriale prezzi, che è l'organo coordinatore di tutta la politica nel settore dei prezzi o che, comunque, tale dovrebbe essere.

È inutile sperare dal Ministero della sanità una competenza nella fissazione dei prezzi dei medicinali, quando è a tutti noto che l'ufficio prezzi dello stesso Ministero della sanità è completamente impreparato a tale compito e quindi inefficiente. Le rilevazioni di mercato sono completamente estranee a questo ufficio, il quale può solo basarsi sulle richieste formulate dagli industriali; e ciò tanto più avviene da quando sono stati esclusi dall'apposito comitato quei rappresentanti che erano in condizione di fare conoscere le reali quotazioni di mercato.

Gli industriali, che pure sono stati esclusi dalla commissione prezzi, non se ne sono af-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

fatto preoccupati, in quanto le loro quotazioni le presentano attraverso le richieste dei prezzi medesimi, ed hanno pure possibilità diverse di poter intervenire.

Al comitato prezzi deve inoltre essere realmente ridata la facoltà di revisionare i prezzi delle specialità dei medicinali, indipendentemente dalla volontà del Ministero della sanità, che, ogni qualvolta deve dar corso alle richieste del Comitato interministeriale prezzi, impiega mesi e mesi nel formulare proposte di riduzioni, con un danno incomparabile per il consumatore italiano.

Si adottino, inoltre, realmente nella fissazione del primo prezzo delle specialità medicinali, in sede di registrazione, quei criteri di equità e di logica che finirebbero per spuntare le unghie al grande monopolio che, in questo settore, ognor più va guadagnando terreno profittando della situazione caotica.

Diversi periodici hanno dato rilievo alle richieste presentate nel 1960 dalla Confederazione della municipalizzazione per la revisione dei prezzi delle specialità medicinali. Gran parte di queste revisioni sono state ora accolte con successivi provvedimenti dal ministro Giardina, che toccano però non 4 mila specialità, come ebbe ad annunciare, ma circa 2 mila per un complesso di 3.300 confezioni.

La realtà è però che il ministro Giardina si è ben guardato dal revisionare tutte quelle specialità medicinali che, nell'ambito del mercato comune europeo, hanno già avuto il beneficio di due riduzioni di tassi doganali e non ha preso ancora in considerazione le specialità costituite da prodotti semplici, coi noti provvedimenti delle 3.300 confezioni sopra ricordate, si è limitato alle associazioni. Talchè noi assistiamo a situazioni paradossali, per cui mentre sono stati ridotti di prezzo gli antibiotici associati ad altre sostanze, il cloramfenicolo semplice o la tetracina semplice non hanno subito alcuna riduzione. Eppure trattasi di preparati di più semplice realizzazione, il cui costo industriale è irrisorio rispetto al prezzo al pubblico. Sono ormai parecchi anni che le relative specialità sono in commercio, per cui anche il costo di propaganda si è praticamente ridotto a incidenze insignificanti, così come le quote d'ammortamento degli impianti.

Basti fare l'analisi industriale, secondo i metodi comuni, ormai resi noti da molti quotidiani, fra cui quello dell'Unione nazionale industrie farmaceutiche, per rendersi conto che specialità come la « farmicetina » della Farmitalia, la « chemicetina » della Carlo

Erba, la « sintomicetina » della Lepetit, che procurano miliardi di introiti alle relative case produttrici, hanno un costo industriale di lire 142,20 e un prezzo al pubblico per la confezione da 10 compresse da 0,25 milligrammi di lire mille.

Si noti che queste grandi case, fra l'altro produttrici di « cloramfenicolo », hanno la materia prima a un prezzo che non è certo di lire 25 come quello considerato per la formazione del costo industriale, ma notevolmente inferiore, in quanto il prezzo di lire 25 è garantito al monopolio attraverso la costituzione di un cartello fra i detentori della produzione italiana, cartello denominato Transmed, avente sede in Milano, e costituito dalla Lepetit, dalla Farmitalia, dalla Carlo Erba e dalla Fabbrica italiana sintetici di Vicenza. È stato ridotto, ad esempio, il prezzo del « prednisolo » associato ad altre sostanze, ma il « prednisolone » semplice ci si è ben guardati dal ridurlo, per cui il « deltacortone » della Lepetit, il cui costo industriale è di lire 90,65 in base al costo della materia prima di lire mille il grammo, ha un prezzo al pubblico di lire 1.500.

Anche il « prednisolone » semplice è in commercio dal 1° semestre del 1956, per cui il costo della propaganda è praticamente ridotto a zero e gli impianti sono largamente ammortizzati. Il prezzo di questo prodotto, che procura alla Lepetit indubbiamente miliardi di introiti, ci si guarda bene dal revisionarlo. Eppure esso ha un peso sul mercato nazionale non trascurabile: e una consistente revisione di questi due gruppi di prodotti produrrebbe più effetti che non le 4 mila specialità revisionate dal ministro Giardina !

Vi sono altre specialità a base di unica sostanza medicamentosa (dette semplici) che hanno sul mercato un peso determinante e il cui prezzo non è stato ridotto, mentre lo è stato per le relative associazioni che hanno invece una scarsa incidenza sul mercato stesso. Si prenda ad esempio il « cortone Merk » distribuito in Italia, almeno fino ad ora, dalla Farmitalia. Esso ha un prezzo al pubblico di lire 4.450, mentre, sulla base del costo della materia prima largamente quotata in Italia (in quanto è in commercio da due anni), dovrebbe avere un prezzo al pubblico di lire 1.260, dato che il costo industriale, da qualsiasi industria nazionale realizzabile, sarebbe di 48 lire.

Le proposte della Confederazione della municipalizzazione, apparse sul bollettino della federazione di categoria e su altri giornali,

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

comprendevano anche la richiesta di revisione di prezzo dei tranquillanti, la cui produzione monopolistica è praticamente detenuta in Italia dalla Lepetit, attraverso il « perequil ». Ebbene, fin dall'aprile 1959 (si veda la *Gazzetta ufficiale* n. 91, del 16 aprile 1959) il Ministero della sanità, in sede di revisione del prezzo di questo prodotto, ebbe a garantire che entro sei mesi avrebbe ancora riesaminato il prezzo, riducendolo ulteriormente. Da allora, invece, il prezzo non è stato più revisionato, mentre il costo industriale attuale è di lire 44,70, giacché il meprobromato è passato da lire 35 mila a lire duemila al chilogrammo. Non si comprende, dunque, come il Ministero non sia intervenuto per ridurre i costi.

Non voglio tediare i colleghi con una lunga esemplificazione. Mi limiterò a dire che vi sono prodotti — come la « farmicetina » della Farmitalia, la « sintomicetina » della Lepetit, la « chemicetina » della Carlo Erba — che costano, per una confezione di dieci capsule, mille lire, mentre l'effettivo costo industriale risulta essere di appena lire 142,20. Analoghe sfasature tra costo industriale e prezzo di vendita si riscontrano per numerosi altri prodotti. Il « deltacortene » della Lepetit viene venduto, in flaconi da 10 compresse, a lire 1.500, mentre il costo industriale è calcolato in lire 90,65. Ora per questo prodotto il prezzo di vendita potrebbe essere di lire 275 che risulta moltiplicando il costo di produzione per il coefficiente tre adottato normalmente dalla Sanità. Lo stesso si può dire per il « cortone acetato » della Merk, venduto in flaconi da 20 compresse, a lire 4.450, mentre il costo di produzione è di lire 418 e per il « perequil » della Lepetit (prezzo di vendita lire 440, costo di produzione lire 44,70).

Di fronte a questo stato di cose non ci si deve adontare quando vengono rivolte critiche. Mi riferisco al ministro Giardina, che al Senato ha reagito vivacemente a talune critiche di parlamentari del mio gruppo. Ella invece, onorevole Mazza, lascia che certe cose si dicano...

MAZZA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Sono abituato a sentire dire inesattezze.

RICCA. Le ho dimostrato con l'esposizione di dati e le dimostrerò più innanzi ancora, onorevole sottosegretario, che le mie affermazioni sono esatte e che inesattezze si verificano negli uffici ministeriali. Il Governo perciò non adotti gli argomenti tanto utili ai grandi cartelli internazionali facenti capo alla Farindustria; ma piuttosto tuteli gli interessi generali del paese, cercando di raffor-

zare l'intervento pubblico, che è l'unico capace di garantire un equilibrio fra i più contrastanti interessi.

Nel mercato dei farmaci la legge classica della concorrenza non opera, giacché, attraverso nomi di fantasia, si riesce a costituire autentiche situazioni di monopolio che non è facile poi intaccare, in quanto non si potrà mai convincere un ammalato cui il medico abbia prescritto una determinata medicina che ve ne è un'altra con lo stesso valore terapeutico.

È necessario ed urgente che il ministro della sanità si corregga e corregga la sua politica in questa materia, senza irrigidirsi tutte le volte che si critica l'attività del Ministero nel campo del controllo della produzione e del commercio delle specialità medicinali. Eviti il ministro di avocare esclusivamente a sé la materia dei prezzi delle specialità medicinali e cerchi di lasciarla ad un organismo più democratico, entro certi limiti, e certamente più competente quale è il C.I.P.

Vorrei soprattutto pregarla, signor ministro, di astenersi dall'attaccare con tanto vigore (come mi è capitato di leggere, con notevole sconforto, dai resoconti del dibattito avvenuto al Senato lo scorso anno) l'azienda delle farmacie comunali riunite di Reggio Emilia, solo ed in quanto municipalizzata. Non per amor di polemica ma per desiderio di obiettività, devo far rilevare che nei confronti di detta azienda sono state formulate valutazioni errate in quanto fondate su esempi non veri. Sento quindi il dovere di ritornare sull'episodio per riabilitare di fronte al Parlamento e all'opinione pubblica un'azienda fatta segno ad ingiuste critiche, augurandomi che il ministro vorrà prendere atto di questa precisazione e rettificare il giudizio formulato lo scorso anno.

Nel discorso pronunciato al Senato il 12 ottobre 1960, il ministro Giardina ha accennato ai risultati di una gara per la fornitura di sulfamidici allo stesso Ministero della sanità, gara in cui una grossa industria privata (la De Angeli) aveva offerto di fornire compresse di sulfametossipiridazina al prezzo di una lira ciascuna, battendo l'industria farmaceutica municipalizzata concorrente. Egli ha però taciuto sui dettagli più istruttivi di quella operazione, e cioè che l'industria municipalizzata risultò vincitrice di ben due delle tre forniture cui aveva partecipato, battendo clamorosamente le più grosse industrie nazionali e che per la stessa fornitura citata dal ministro, l'anno precedente, la industria municipalizzata aveva battuto tutte le altre concor-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

renti, compresa la De Angeli, con largo distacco, come è facile constatare dall'esame comparativo delle offerte che furono: per le farmacie comunali riunite lire 14,85 la compressa; Lederle, lire 15,20; Angelini, lire 15,50; De Angeli, lire 20; industria Leo, lire 23,25.

Nel corso del medesimo anno e per altra successiva fornitura l'azienda farmaceutica municipalizzata faceva scendere la sua offerta a lire 9,85 la compressa. La ditta De Angeli (incaricata evidentemente dell'azione di rottura da parte della grossa industria) offriva un prezzo di lire 1 per compressa, il che val quanto a dire che si assumeva la fornitura gratuitamente, non essendo pagata per tale prezzo nemmeno la manodopera occupata. Le altre offerte presentate erano notevolmente superiori.

Il trucco era così evidente che chiunque l'avrebbe capito; non così il ministro Giardina che non volle capirlo nemmeno quando l'azienda municipalizzata presentò all'uopo un documento inoppugnabile.

L'argomento fu anche oggetto a suo tempo di un colloquio tra il ministro e il presidente, accompagnato dal segretario generale e dal direttore dell'azienda di Reggio Emilia, colloquio di cui parlò diffusamente e con larghezza di particolari il settimanale *Vita* nel suo numero del 27 ottobre 1960.

L'intervento del ministro per escludere dai concorrenti chi aveva con chiari scopi presentato un'offerta antieconomica ed irrisoria, si rendeva, a mio parere, doveroso e necessario per quella superiore moralità che deve presiedere ad ogni atto della pubblica amministrazione.

Tutti i settori della pubblica amministrazione hanno sempre riconosciuto la necessità di intervenire inesorabilmente in casi del genere; il ministro della sanità ha voluto invece distinguersi e fare eccezione respingendo anche il ricorso all'uopo presentato dall'azienda municipalizzata in parola.

Forse l'azienda avrebbe dovuto ricorrere al Consiglio di Stato e denunciare il fatto all'opinione pubblica, ma questi amministratori ritennero, e lo giustificarono per amore di patria e per non spostare le polemiche dal livello dei principi a quello aziendale, di stendere un velo di silenzio sull'accaduto.

Nel corrente anno per una fornitura di doppia entità l'azienda di Reggio Emilia è riuscita ancora a vincere una gara, riducendo i prezzi e battendo tutte le altre grosse industrie concorrenti.

Considerazioni ancora più eclatanti possiamo fare circa le tre specialità di produ-

zione del laboratorio delle farmacie comunali di Reggio Emilia, prese in esame, sempre nel discorso della stessa seduta, dal ministro della sanità.

Dire che le considerazioni del ministro denotano un difetto assoluto di informazione ed una incapacità a svolgere un elementare esame comparativo fra i prezzi del prodotto dell'azienda municipalizzata e quelli delle industrie concorrenti, è dire poco. Le tre specialità erano, onorevoli colleghi, il « trianolone », il « metilprednilone » e il « lurodes ». Ebbene, queste tre specialità non sono mai state messe in commercio, il che dimostra come al Ministero della sanità non si è nemmeno in grado di conoscere l'elenco dei prodotti posti in vendita nel nostro paese.

Ma, trascurando anche questo istruttivo particolare, vogliamo scendere ad un esame particolareggiato dei tre prodotti. Il ministro della sanità ha riconosciuto che il prodotto denominato « trianolone » è stato registrato al prezzo iniziale di lire 1.850 per 20 compresse da 2 milligrammi, e di lire 3.600 per 20 compresse da 4 milligrammi. Ha riconosciuto altresì che successivamente l'azienda produttrice ne ha ridotto il prezzo rispettivamente a lire 1.400 e 2.600. Ebbene, è vero — come ha affermato il ministro — che l'azienda di Reggio ha registrato il prezzo del prodotto a lire 1.850 e 3.600, però è da precisare che questo avvenne dopo che gli uffici del Ministero della sanità avevano già fissato il prezzo in lire 2.040 e 3.930. In altri termini, il Ministero aveva già ritenuto equo il prezzo di 2.040 lire e di 3.930 lire, dandone comunicazione alla azienda con lettera n. 810/20300.29/3/41255 del 31 ottobre 1958, della direzione generale servizi farmaceutici, e l'azienda contrariamente a quanto fanno le altre industrie, ha inviato gli atti per il decreto con stampate non le somme autorizzate, ma quelle richieste di lire 1.850 e di lire 3.600. La riduzione a lire 1.400 e lire 2.600, che pure il ministro ha riconosciuto, è stata poi una seconda riduzione ed anche questa avvenuta spontaneamente, il che non è stato messo in evidenza.

Con questa seconda riduzione le F.C.R. si sono mantenute a prezzi inferiori a quelli dei prodotti analoghi della Lederle e della Squibb, che sono oggi venduti a lire 850 per 10 compresse da 2 milligrammi (pari a lire 1.700 per 20 compresse da milligrammi 4 (pari a oltre lire 3.000 per 20 compresse).

È dunque chiaro che le F.C.R. conducono una loro politica di calmiera, poiché, se avessero accettato il prezzo imposto dal Ministero della sanità, avrebbero avuto registrato il pro-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

dotto al prezzo di lire 2.040 e lire 3.930, tanto più che altri prodotti identici, di cui uno di altra casa americana d'importanza mondiale, hanno prezzi superiori a quelli F.C.R.

Ecco alcuni esempi che dimostrano l'azione calmieratrice delle Farmacie cooperative riunite di Reggio Emilia: prezzo al pubblico per compresse da milligrammi 2 o 2,5: 20 compresse « trianolone » delle Farmacie cooperative riunite da milligrammi 2 lire 1.400 (cioè 70 lire ogni compressa); 30 compresse « otricofrix » dell'O.T.I. da 2 milligrammi ciascuno, lire 3.600 (cioè 120 lire ogni compressa); 10 compresse del « solone » S.I.R. da 2 milligrammi e mezzo ciascuna, lire 1.500 (cioè 150 lire per ogni compressa). Come si vede, il prezzo delle due ultime aziende aumenta del 71 per cento rispetto a quelle delle F.C.R.

Prezzo al pubblico per compresse da 4 milligrammi: 20 compresse « trianolone » F.C.R., lire 2.600 (cioè 130 lire per ogni compressa); 10 compresse « kenacort » Squibb, lire 1.500 (cioè 150 lire per ogni compressa); 10 compresse « ledercort » Lederle, lire 1.500 (cioè 150 lire per ogni compressa); 10 compresse « supercortis » Ivels, lire 1.500 (cioè 150 lire a compressa). In questo caso l'aumento delle ultime tre aziende rispetto alle F.C.R. è del 15 per cento.

Per l'altro prodotto F.C.R., il « metilprednilone », la confezione da 10 compresse da 4 milligrammi è stata registrata a lire 2.150 e poi ridotta a lire 1.950. Preciso che il prezzo di lire 2.150 è stato fissato dalle F.C.R. in sede di trasmissione degli atti per la registrazione, spontaneamente riducendo il prezzo di lire 2.350 comunicato dal Ministero della sanità; con la seconda riduzione a lire 1.950, pure spontaneamente effettuata dalle F.C.R., ci si è mantenuti al di sotto del prezzo del « medrol » della Upjohn, che è ancora venduto a lire 2.100. Quindi anche per questo prodotto valgono le stesse considerazioni svolte poco sopra circa il comportamento delle F.C.R. nella determinazione dei prezzi di vendita al pubblico delle proprie specialità.

Altri prodotti hanno i seguenti prezzi: « metilprednilone » delle F.C.R., 10 compresse da 4 milligrammi, lire 1.950 (195 lire per ogni compressa); « medrol » Zambeletti, 10 compresse da 4 milligrammi, lire 2.100 (210 lire per ogni compressa); « meristolone » Midy, 10 compresse da 4 milligrammi, lire 2.130 (213 lire per ogni compressa). In questo caso l'aumento delle due ultime aziende rispetto alle F.C.R. è dell'8 e del 9 per cento.

Il Ministero della sanità ha affermato che il terzo prodotto, l'« urodex », 20 compresse da milligrammi 50 sarebbe stato registrato dalle F.C.R. al prezzo di lire 520, mentre un ugual prodotto della Merk Saarp Dohme, il « diclotride » era registrato a lire 550. Le cose sono andate diversamente: il primo prodotto registrato in Italia contenente 20 compresse da milligrammi 50 di « diidrocortizide » è stato l'« esidrex » della ditta Ciba ed il Ministero della sanità gli ha attribuito per le 20 compresse un prezzo di lire 1.200. Questa decisione fu presa per la Ciba considerando il prodotto come estero ed applicando il relativo assurdo metodo; il rappresentante delle municipalizzate, nella seduta successiva, poté denunciare la quotazione della materia prima già reperibile sul mercato. Dichiarò perciò che al prodotto non poteva essere dato un prezzo maggiore di lire 300.

Stando, infatti, all'analisi del prodotto e al costo della materia prima di lire 12 il grammo, il prezzo al pubblico avrebbe addirittura dovuto essere di lire 191 come da seguente analisi industriale: lire 12 per un grammo di « diidrocortizide », più lire 0,60 per perdita di materie prime, più ancora 21 lire per materiale di confezione e 30 lire per manodopera diretta, indiretta e per spese di esercizio. Il totale è di lire 63,30 che, moltiplicato per il coefficiente 3 stabilito dal Ministero della sanità, dà lire 190,80.

Le energiche proteste del rappresentante delle municipalizzate nella seduta successiva non valsero a ridurre il prezzo, ma contribuirono, per le specialità simili che seguirono, a fissare un prezzo di lire 750 anziché di lire 1.200 (il che indusse poi la Ciba dopo qualche mese a ridurre il proprio prezzo a lire 795).

Quanto alla specialità F.C.R. « urodex », l'azienda con lettera in data 24 giugno 1959, n. 948 di protocollo, chiese quanto segue al Ministero della sanità: « Avuta notizia che per le specialità simili è stato attribuito un prezzo di lire 475 per la confezione da 20 compresse da milligrammi 25 e di lire 750 per la confezione da 20 compresse da milligrammi 50, pur avendo la materia prima un costo che porterebbe ad un prezzo pubblico notevolmente inferiore; non potendo chiedere un prezzo accentuatamente inferiore a quello di cui sopra in quanto la classe medica sarebbe prevenuta circa la rispondenza del prodotto; chiede per le sue confezioni da 20 compresse da milligrammi 25 e da 20 compresse da milligrammi 50 i rispettivi prezzi di lire 445 e lire 694 ».

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

Nonostante questa richiesta, il Ministero della sanità, con lettera in data 18 luglio 1959, n. 810/20400.5.68.1/10211 della direzione generale dei servizi farmaceutici, comunicò che il prezzo era stato fissato in lire 475 e lire 750. L'azienda di sua iniziativa trasmise gli atti per il decreto con un prezzo di lire 380 e lire 520, con una riduzione rispetto a quello imposto dal Ministero del 20 e del 31 per cento. Questa è la dimostrazione del comportamento dell'azienda in materia di calmierazione di prezzo!

Se la Merk Saarp Dohme (rappresentata in Italia dalla Farmitalia-Montecatini) ottenne un prezzo, per le 20 compresse di milligrammi 50, di lire 550 ciò è unicamente perché le F.C.R., avendo fatto emettere dal Ministero della sanità il proprio decreto per lire 520, quest'ultimo non poteva concedere a specialità che venivano registrate successivamente un prezzo superiore; ciò naturalmente secondo la teoria del Ministero della sanità che non sa fare una politica di prezzi e non vuole premiare chi ha scoperto un prodotto (come le municipalizzate hanno sempre sostenuto) ma tutta la produzione di determinate ditte.

La stessa Merk, stando al caso specifico, si è ben guardata dal lagnarsi per questo trattamento perché, in altra occasione ad essa più vantaggiosa, tanto per fare un esempio interessante, ha potuto registrare la specialità « clorotride », il cui prezzo è tuttora di lire 1.915 ed il cui costo industriale, secondo il metodo in vigore presso il Ministero della sanità, è il seguente: « clorotiazide » grammi 12,5 a lire 4 il grammo, lire 50, più lire 2,50 per perdite materie prime, più ancora lire 25 per materiale confezione e perdite, lire 35 per manodopera diretta, indiretta e spese d'esercizio. Il totale del costo è di lire 112,50, contro un prezzo al pubblico di lire 1.915.

Quali sono le altre aziende, oltre l'azienda municipalizzata F.C.R., che per prodotti, pur non originali, hanno fatto ribassi spontanei indiscriminati già in sede di decreto di autorizzazione? Con la certezza di non essere smentito, io posso affermare che nessuna delle 1.350 aziende italiane ed estere esistenti in Italia hanno fatto altrettanto!

Il ministro della sanità, onestamente, se avesse citato l'azienda farmaceutica municipalizzata di Reggio Emilia, l'avrebbe dovuta citare per i suoi meriti nel campo della calmierazione.

Anche per l'« urodex », naturalmente, ci si è ben guardati dal raffrontare il comportamento delle F.C.R. rispetto a quello di altre

aziende — tra cui talune anche di importanza mondiale — che senza aver realizzato il prodotto ne avevano ottenuto la registrazione. Un paragone obiettivo avrebbe inevitabilmente portato a concludere che le municipalizzazioni vanno difese e non attaccate.

Ecco dunque i prezzi di specialità comprendenti 20 compresse con 50 milligrammi di « idroclorotiazide »: « urodex » F.C.R., lire 520; « diclotride » Merk, lire 550; « idroclorazide » Pierrel, lire 750; « idrorenil » Maestretti, lire 750; « neo minzid » Valeas, lire 750; « esidrex » Ciba, lire 795; « novazide » Alfa Bioch lire 795.

Ed ecco, invece, i prezzi di specialità da 20 compresse con milligrammi 25 di « idroclorotiazide »: « urodex » F.C.R., lire 330; « diuregen » Gentili, lire 475; « diurex » Bracco, lire 475; « didrowas » Wassermann, lire 475; « idrorenil » Maestretti, lire 475; « neocloruril » Farmacosmici, lire 475; « neoflumen » Sersono, lire 475; « panurin » Smit, lire 475; « potamon » Mandelejeff, lire 475; « saldiurin » Bieffe, lire 475; « esidrex » Ciba, lire 520; « novazide » Ivels', lire 520.

La suddetta scala di valori, oltre a documentare i meriti della municipalizzazione, dimostra:

1°) Che il Ministero della sanità nulla ha fatto per premiare la ricerca farmaceutica. Infatti, mentre la Confederazione della municipalizzazione, per anni, si è battuta ostinatamente attraverso i propri rappresentanti in seno al C.I.P. per premiare i prodotti, attraverso un riconoscimento di prezzo, frutto di ricerca, dal che i tre prodotti originali citati avrebbero ottenuto un adeguato premio, il Ministero della sanità si è sempre ostinato a premiare l'intera produzione sia che essa fosse originale sia che essa fosse di natura esclusivamente commerciale di determinate ditte, che ora sono 13, e che non comprendono le tre titolari delle tre specialità originali citate. Dal che avviene che queste ditte, tra cui entrano la Carlo Erba, Lepetit, Farmitalia, ecc., sia che registrino un prodotto frutto di ricerca sia che registrino un prodotto non frutto di ricerca, vengono premiate con una maggiorazione del prezzo al pubblico pari al 50 per cento del costo industriale! Ma, ripetiamo, questo sistema è sempre stato combattuto dalla Confederazione della municipalizzazione con l'appoggio anche dell'azienda municipalizzata F.C.R.

2°) Citando prodotti che l'azienda municipalizzata non ha in commercio, il ministro della sanità ha denunciato per lo meno la sua completa ignoranza su quanto sta suc-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DELL'11 OTTOBRE 1961

cedendo in Italia in materia di produzione e commercio di farmaci. Quello che forse importava era far colpo in quell'istante su una Assemblea che nel caso particolare delle F.C.R. nulla conosceva in quanto, dagli stessi atti parlamentari, non risulta che nessuno abbia mai fatto il nome dell'azienda farmaceutica municipalizzata di Reggio Emilia.

3°) Il fatto che, come dall'elencazione sopra riportata a proposito del diuretico, ci siano prezzi attribuiti a ditte che non hanno realizzato il prodotto originale molto superiori al prezzo riconosciuto alla ditta che ha realizzato il prodotto originale, documenta l'assoluta incapacità del Ministero della sanità di trattare il problema dei prezzi. Lo stesso Ministero della sanità, durante anni di lavoro presso il Comitato interministeriale prezzi, ha sempre opposto la più accanita resistenza alla realizzazione di un metodo che sanasse questa situazione. Unico responsabile pertanto di questo stato di cose che emerge anche dai fatti citati è il Ministero della sanità e, di conseguenza, il ministro che lo rappresenta.

Onorevoli colleghi, le osservazioni da noi avanzate ed i rilievi mossi penso possano meritare, e in ciò ritengo di non peccare di presunzione, l'attenzione che gentilmente chiedo al riguardo al ministro della sanità.

Prima di concludere, vorrei brevemente trattare della questione relativa alla propaganda dei prodotti farmaceutici.

La questione della propaganda medica, da noi già richiamata in una interrogazione al ministro, tuttora senza risposta (nella quale si chiedeva se non fosse opportuno e doveroso tenere in considerazione i laureati in facoltà sanitarie e parasanitarie per l'espletamento di un'attività che ha lo scopo di tenere aggiornati i medici sulla composizione bio-chimico-farmacologica e sul potere terapeutico dei farmaci in commercio) porta, a nostro avviso, proprio per la mancanza di norme precise che regolino il settore, alla frequente violazione degli articoli 170, 171, 172 del vigente testo unico delle leggi sanitarie.

In tal senso anche l'onorevole Ferioli, nella sua interrogazione con risposta scritta n. 15782, chiedeva quali fondamenti di verità avessero i clamorosi episodi denunciati dalla stampa relativamente ai sistemi irregolari di

propaganda e di vendita di prodotti medicinali, ed eventualmente quale vastità presentasse il fenomeno comunemente chiamato di comparaggio.

Ebbene, nella risposta, il ministro non esaudiva l'interrogativo posto, poiché non si è saputo mai se i clamorosi episodi denunciati dalla stampa fossero, e in quale entità, avvenuti.

È di questi ultimi tempi l'unanime voce che dai più qualificati ambienti si va sollevando contro certo malcostume in uso presso alcune ditte facilmente individuabili, sul modo poco ortodosso con il quale si va esercitando la propaganda medica.

Sono gli stessi medici che richiamano l'attenzione su questo particolare problema. Infatti negli atti del congresso delle società medico-chirurgiche, tenuto in San Pellegrino Terme il 1° luglio 1961, si può leggere: « Affinché il medico si trovi quotidianamente a contatto con il vero collaboratore qualificato, è necessario che la categoria dei collaboratori scientifici laureati, rientri in quei comuni denominatori giuridici e morali che l'etica e la deontologia stessa impongono ».

È opportuno quindi, ci pare, arrivare ad una regolamentazione giuridica anche nel settore della propaganda scientifica dei prodotti medicinali.

Onorevoli colleghi, il Ministero della sanità è da poco sorto ed è tuttora in via di organizzazione: non si pretendono quindi interventi miracolistici, ma è necessario, se non si vuol continuare pervicacemente sulla strada sin qui battuta, cambiare politica, ed intanto iniziare con l'attuare gli interventi più urgenti per i problemi più gravi, per giungere poi a quelle più impegnative riforme di struttura che la società moderna, per un superiore senso di giustizia, reclama. (*Applausi a sinistra — Congratulazioni*).

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

La seduta termina alle 13,55.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO DEI RESOCONTI
Dott. VITTORIO FALZONE

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI