

DVI.

SEDUTA POMERIDIANA DI MERCOLEDÌ 11 OTTOBRE 1961

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE TARGETTI

INDI

DEL VICEPRESIDENTE BUCCIARELLI DUCCI

INDICE

	PAG.
Disegni di legge (<i>Approvazione in Commissione</i>)	24651
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)	24652
PRESIDENTE	24652, 24670, 24672, 24675
LONGO	24652
DAL CANTON MARIA PIA	24659
ROMANO BRUNO	24662
DE MARIA	24668
CAPUA	24676
GIARDINA, <i>Ministro della sanità</i>	24679
	24691, 24693, 24697
ANGELINI LUDOVICO	24682
COTELLESA	24686
CHIAROLANZA	24689
SCALIA	24695
LA PENNA	24698
Proposte di legge:	
(<i>Trasmissione dal Senato</i>)	24651
(<i>Approvazione in Commissione</i>)	24651
Interrogazioni (<i>Annunzio</i>)	24702

La seduta comincia alle 16,30.

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

Trasmissione dal Senato.

PRESIDENTE. Il Senato ha trasmesso il seguente provvedimento approvato da quella VIII Commissione:

Senatore ANGELILLI: « Proroga ed integrazione della legge 21 marzo 1958, n. 290, relativa all'incremento ed al potenziamento della pesca e della piscicoltura nelle acque interne » (3317).

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

Approvazioni in Commissione.

PRESIDENTE. Nelle riunioni di stamane delle Commissioni in sede legislativa sono stati approvati i seguenti provvedimenti:

dalla I Commissione (*Affari costituzionali*):

« Indennità speciale di seconda lingua ai magistrati, ai dipendenti civili dello Stato, compresi quelli delle amministrazioni con ordinamento autonomo, ed agli appartenenti alle forze armate ed ai corpi organizzati militarmente in servizio nella provincia di Bolzano o presso uffici sedenti in Trento e aventi competenza regionale » (*Modificato dalla I Commissione del Senato*) (1940-1769-B);

PITZALIS ed altri: « Riordinamento dei servizi di vigilanza contabile e delle carriere del personale non insegnante delle scuole e degli istituti di istruzione tecnica e professionale e dei convitti annessi » (2505), *con modificazioni*;

dalla XII Commissione (Industria):

« Aumento del limite massimo dell'aliquota d'imposta generale » (*Approvato dalla IX Commissione del Senato*) (3220).

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

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

È iscritto a parlare l'onorevole Longo, il quale ha presentato il seguente ordine del giorno, firmato anche dagli onorevoli Ludovico Angelini, Otello Montanari, Barbieri, Gina Borellini, Angiola Minella Molinari, Ezio Santarelli, Giuseppina Re, Messinetti e Giulio Cerretti:

« La Camera,

considerata l'attuale ampia convergenza delle critiche sugli aspetti fondamentali della vigente organizzazione sanitaria del paese, la quale non garantisce né una tutela adeguata ai bisogni crescenti delle popolazioni, né un efficiente impiego dei mezzi finanziari realmente spesi dalla nazione per questa finalità, mezzi che in grande misura vanno dispersi in una miriade di istituzioni a volte persino estranee allo Stato ed a compiti sanitari veri e propri;

considerato che nuove, gravi esigenze sorgono anche dalle mutate condizioni ambientali e dalla rapida trasformazione che sta subendo la struttura demografica della nazione, in seguito alla diminuzione della mortalità a tutte le età ed al conseguente accrescersi della popolazione in età avanzata, fenomeno cui non corrisponde purtroppo un miglioramento dello « stato di salute » e della capacità lavorativa delle classi anziane:

constatato che è generale ormai l'aspirazione verso una radicale riforma della organizzazione sanitaria, che comprenda tutte le strutture del paese in questo campo, che vada verso la loro unitarietà, dia loro democratizzazione, e loro sviluppo, compito che non può essere determinato e guidato se non dall'amministrazione sanitaria dello Stato;

rilevato che le forze sociali più direttamente interessate a questa trasformazione e, in particolare, le organizzazioni sindacali dei lavoratori, hanno precisato al riguardo le loro posizioni, fornendo al Parlamento costruttive proposte, definite nelle finalità ultime e nelle tappe graduali di realizzazione e che da parte di gruppi sempre più vasti di sanitari si è raggiunta la consapevolezza della necessità e

dell'urgenza di un rinnovamento profondo delle strutture sanitarie e di tutto il sistema di rapporti fra essi sanitari, i cittadini e gli organismi erogatori;

tenuto presente che l'attuale situazione delle strutture ospedaliere del paese rappresenta l'elemento nel quale la crisi ha raggiunto i suoi aspetti più esasperati, che d'altronde l'istituto ospedaliero costituisce il cardine di ogni moderna efficace attività sanitaria e che questa sua funzione si svilupperà sempre più nell'avvenire,

invita il Governo:

ad instaurare una politica sanitaria, guidata dal Ministero della sanità, volta a controllare e a migliorare le condizioni igieniche dell'ambiente e di tutte le condizioni di vita della nazione, ad esercitare una energica prevenzione di tutte le cause morbose, unitariamente alla cura ed al ricupero dei malati, nel quadro di un regime di sicurezza sociale, articolato nelle istanze periferiche democratiche dello Stato;

a presentare con particolare urgenza al Parlamento provvedimenti realmente capaci di modificare l'attuale situazione degli ospedali italiani attraverso una riforma che affronti e risolva:

1°) il problema dei posti-letto, della loro dislocazione tecnica sulla base di un piano nazionale articolato in programmi di sviluppo regionali, elaborati a loro volta dalle istanze democratiche e tecniche locali;

2°) il problema del finanziamento di questo piano;

3°) il problema dello stato giuridico e della gestione degli istituti, in modo che ne sia garantita l'autonomia nell'ambito degli enti locali;

4°) il problema della loro funzione docente e di ricerca;

5°) il problema dei rapporti degli istituti ospedalieri con le restanti strutture sanitarie, in modo che ne scaturisca un'efficace unità funzionale nei riguardi dei compiti di protezione sanitaria della popolazione e della utilizzazione dei tecnici a tutti i livelli;

6°) il problema dei rapporti con il personale sanitario in modo che ne sia garantito, attraverso la stabilità delle carriere, il pieno impiego, le adeguate retribuzioni, l'autentica libertà di poter accedere attraverso l'ospedale a tutti i livelli delle altre carriere sanitarie ».

L'onorevole Longo ha facoltà di parlare.

LONGO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, chi voglia affrontare nel suo insieme il problema della salute pubblica e della

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

politica sanitaria del Governo si trova di fronte ad una prima difficoltà: su quale bilancio intervenire. In Italia, infatti, ben quattordici amministrazioni statali si occupano di queste questioni e hanno nei loro bilanci appositi stanziamenti, senza contare le varie amministrazioni parastatali e gli enti pubblici minori a carattere territoriale ed istituzionale. Anzi, sono proprio queste amministrazioni parastatali e questi enti pubblici minori che amministrano o controllano da soli più dei quattro quinti della totale spesa pubblica per la sanità.

Il Ministero della sanità non dispone che di alcuni centesimi di questa somma. Ciò nonpertanto, volendo affrontare il problema generale della salute degli italiani e della politica sanitaria seguita, è proprio sul bilancio del Ministero della sanità che intendo intervenire, perché questo Ministero è stato costituito soprattutto per dare unità ed organicità di direzione a tutta l'attività sanitaria pubblica. Il Ministero entra adesso nel suo quarto anno di vita, ma non possiamo affatto dire che esso abbia già delineato una sua politica né, tanto meno, che abbia dato l'avvio ad un processo di semplificazione e di unificazione della complessa attività sanitaria pubblica.

Questo processo non poteva che partire da un radicale rinnovamento dell'organizzazione e delle strutture sanitarie del paese. Il Ministero, invece, fin dal suo inizio, ha modellato il proprio ordinamento secondo lo schema dell'accentramento burocratico, ha costruito una impalcatura che non consente di porre con efficacia il problema del rinnovamento delle strutture sanitarie, non ha intaccato nessuno dei mali che corrodono e paralizzano l'organizzazione sanitaria. In una parola, il nuovo Ministero non ha avviato alcuna delle attese riforme, nonostante che la loro necessità ed urgenza siano riconosciute da tutti. Finora il nuovo Ministero si è limitato a proporre studi, affidati a speciali commissioni, ad avanzare timidi propositi, subito rientrati, però, di fronte alla resistenza dell'amministrazione civile o di interessi speculativi di gruppi monopolistici.

Nel suo discorso di due anni fa alla Camera, l'onorevole ministro riconobbe l'arretratezza e l'insufficienza dell'edilizia ospedaliera e l'anacronismo della legislazione sanitaria e promise solennemente: « Ai primi dell'anno prossimo presenterò al Consiglio dei ministri uno schema di disegno di legge che prevede la costruzione di nuovi ospedali appunto per complessivi 133 mila posti-

letto e la loro completa attrezzatura e che sarà confortato dal relativo piano finanziario ».

Ancora alla fine del 1959 diceva il ministro: « Ai primi del prossimo anno presenterò un disegno di legge per la riforma di tutta la legislazione ospedaliera esistente ». Però, sono trascorsi i primi giorni e tutti i mesi del 1960, è ormai quasi passato tutto l'anno 1961 e del disegno di legge così solennemente promesso non si è vista nemmeno l'ombra. A meno che il piano promesso per la costruzione di 133 mila posti-letto, per cui occorrerebbero centinaia di miliardi, non si sia ridotto per strada alla « decisione già maturata per 20 miliardi », di cui parla la relazione di maggioranza, « per un piano di edilizia ospedaliera nel sud » ed alla decisione di sottrarre, ogni anno e per venti anni, un miliardo e mezzo al capitolo delle spese per la prevenzione antitubercolare per destinarlo al potenziamento delle attrezzature tecniche e scientifiche degli ospedali.

Meno ancora si possono considerare come « un primo fondamentale passo sulla via della riforma delle strutture sanitarie », come dice pomposamente la relazione di maggioranza, i tre decreti del Presidente della Repubblica, relativi: l'uno, alla istituzione dei centri per le malattie sociali; l'altro, alla riforma del Consiglio superiore e dei consigli provinciali di sanità; l'ultimo, al riordinamento dei servizi medici e veterinari periferici.

Siamo ben lungi dalle esigenze e dalle promesse di riformare tutta la legislazione sanitaria esistente! Anzi, ci pare che si tenda a rinunciare persino al termine di « riforma » o lo si impieghi fuori luogo per modesti provvedimenti, che non comportano affatto modifiche strutturali ed istituzionali.

Sappiamo che a giustificazione dell'inefficienza del Ministero della sanità si invocano molte ragioni, e non tutte infondate, purtroppo; però, se queste ragioni possono in parte scagionare il Ministero della sanità, di fatto suonano come accusa verso tutto il Governo ed i gruppi dirigenti del paese, insensibili ai problemi della salute del popolo italiano ed incapaci di affrontarli in modo organico e radicale.

Si dice che il Ministero della sanità si dibatta tra enormi difficoltà finanziarie. Lo crediamo. Quale politica sanitaria può essere fatta con un bilancio di poco superiore ai 50 miliardi di lire e senza una reale possibilità di intervento su tutta la spesa pubblica destinata al settore sanitario? Con gli attuali stanziamenti non si possono certo colmare

gli enormi vuoti che esistono nella difesa della salute del popolo italiano.

Ma dobbiamo porci questa questione: è possibile che le risorse italiane non permettano di attribuire una quota maggiore alla difesa della salute pubblica? Si dice da tutte le parti che l'industria italiana sta conoscendo un « miracolo economico ». Miracolo o no, è un fatto, che solo nel 1960 la produzione industriale si è accresciuta del 13 per cento ed il reddito nazionale del 7 per cento; conseguentemente, per incremento naturale, il bilancio dello Stato si è accresciuto dell'11 per cento, cioè, in cifra assoluta, di circa 400 miliardi, arrivando a superare i 4 mila miliardi. Di tutto questo accrescimento solo una briciola, una piccola, insignificante briciola, un miliardo 600 milioni, è andata ad arricchire il bilancio della sanità. Tutti gli altri bilanci, invece, quest'anno accusano aumenti di decine e decine di miliardi: complessivamente di oltre 300 miliardi; senza contare gli stanziamenti straordinari per centinaia e migliaia di miliardi decisi per il finanziamento di vari piani: quello per le autostrade, il « piano verde », il piano della scuola, quello per i fiumi, ecc. Il risultato è questo: che mentre, ad esempio, il bilancio della sanità, quest'anno, aumenta solo di un miliardo 600 milioni, quello della difesa aumenta di ben 64 miliardi; e mentre nei tre anni di esistenza del Ministero della sanità il suo bilancio è aumentato di meno di 11 miliardi, nello stesso periodo di tempo il bilancio della difesa è aumentato di 143 miliardi 300 milioni, cioè è aumentato 13 volte di più. Si ha così questo rapporto fra i due ministeri: quello della sanità dispone in tutto e per tutto di 52 miliardi 600 milioni, somma con la quale dovrebbe tutelare la salute degli italiani — e degli animali — e muovere all'assalto dei terribili nemici che minacciano questa salute, nemici che si chiamano poliomielite, cancro, malattie cardiovascolari, ecc.; il Ministero della difesa dispone, quest'anno, di 733 miliardi 700 milioni, con i quali deve provvedere, si dice, alla difesa della nostra integrità nazionale, che però nessuno minaccia, se non gli amici e gli alleati del Governo italiano, gli oltranzisti atlantici ed i revanscisti tedeschi.

Sappiamo, e l'abbiamo già ricordato, che non solo il Ministero della sanità e il suo bilancio provvedono alla tutela della salute del popolo, ma che tutti i ministeri hanno in bilancio capitoli di spesa per la sanità, e alcuni per somme notevolmente superiori a quelle dello stesso Ministero della sanità.

Quest'anno, come abbiamo visto, sono stati messi a disposizione di quest'ultimo un miliardo 600 milioni in più: somma irrisoria che si aggiunge ad un già misero bilancio; ma le esigenze di rinnovamento e di progresso in campo sanitario sono grandi ed urgenti, tanto più grandi ed urgenti quanto più baronie grandi e piccole, nel campo della previdenza e della mutualità, e l'ordinamento antiquato delle opere pie di beneficenza, che ancora imperversano nell'organizzazione sanitaria, riducono l'efficacia della spesa da loro amministrata.

La spesa pubblica per la salute, a causa della confusione esistente nella sua organizzazione, avviene per molti canali, quando non si ricorre al sistema della delega dei finanziamenti ad enti, sistema che è causa di tanti abusi e di corruzione. Questa confusione va a tutto vantaggio di una farraginosa, parassitaria e paralizzante burocrazia e a tutto scapito di una efficiente assistenza dell'ammalato e del bisognoso.

Non sappiamo se il Ministero della sanità si sia posto o si ponga il problema di portare ordine nell'organizzazione previdenziale e sanitaria italiana. Un fatto però è chiaro ed evidente per tutti: finora neppure una piccola scalfitura è stata portata alla competenza in materia medica dei vari ministeri e dei vari organismi che, in un modo o nell'altro, amministrano o controllano parte della spesa pubblica per la sanità. Per cui, in questo campo, l'anarchia e lo sperpero continuano come prima.

Si pretende che per la tutela della salute di 50 milioni di italiani si spendano ogni anno circa mille miliardi di lire. Calcoli più precisi riducono questa cifra a meno di 700 miliardi. Per ogni italiano, quale che sia la stima, si spende una somma oscillante fra le 15 e le 20 mila lire. Ma, di questa somma, quanto arriva all'assistito in medicine, spedalizzazioni e assistenza? Meno della metà, si dice. Di qui i vuoti paurosi che si verificano nella protezione della salute del popolo italiano. Infatti, essa affronta con fatica il triste flagello della poliomielite, sta fra i paesi con più elevata mortalità infantile, sta peggio della Spagna e della Grecia. In questa considerazione, raffrontiamo solo le medie nazionali, perché, se ci fermassimo alle medie regionali, allora costateremmo squilibri ancora più gravi. Per la mortalità infantile, si passa dal 39 per mille della Toscana al quasi 80 per mille della Basilicata; in Svizzera, muore la metà dei bambini che muoiono in Italia, perché, da noi, muo-

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

iono molti bambini per sottoalimentazione, per malattie dell'apparato digerente, bambini che potrebbero essere salvati. E non contiamo quelli che rimangono in vita, gravemente minorati, però, nelle loro possibilità fisiche, inutili perciò a sé e alla società.

Infatti, in Italia, nessuna assistenza è predisposta per i bambini affetti da disordini motori e che la scienza moderna permetterebbe di rieducare e di recuperare alla vita civile.

Le malattie moderne, i cui indici si elevano paurosamente con l'elevarsi dell'indice della civiltà, non trovano ancora in Italia organizzazioni, ricercatori, istituti capaci di sbarrare loro il passo. Non vi sono attrezzature adeguate per la diagnosi precoce e la lotta contro i tumori, per la prevenzione e la cura delle malattie del sistema circolatorio. Eppure, questi due flagelli, da soli, incidono per poco meno della metà sul totale dei decessi nel nostro paese e si fanno ogni giorno più minacciosi in rapporto — si dice — al crescere delle attività industriali. Ciò nonostante, dodici province italiane sono ancora sprovviste di un centro per la lotta contro i tumori e soltanto tre sono gli istituti nazionali per la lotta contro i tumori, con gravi insufficienze in ciascuno di essi. Spesso in questi istituti gli ammalati in arrivo, per essere ammessi, devono attendere che si faccia libero un posto; ma il cancro non perdona se non viene aggredito in tempo, e le malattie cardiovascolari esigono cure attente, lunghe e costose che solo istituti specializzati possono assicurare.

Di fronte a questa situazione allarmante, che si aggrava di anno in anno, che cosa ha fatto il Ministero della sanità nei suoi tre anni di esistenza? Ha proposto delle rabberciature: un miliardo annuo, per tre anni, come sovvenzione straordinaria a favore dell'O. N. M. I.; un miliardo e mezzo annuo, per vent'anni, per il potenziamento dell'attrezzatura tecnica e scientifica degli ospedali; un piano di edilizia ospedaliera per il sud, a proposito del quale si può ben ripetere: « che vi sia ognun lo dice, cosa sia nessun lo sa »! Ad ogni modo, questo piano deve essere estremamente modesto, se complessivamente non comporta una spesa superiore ai 20 miliardi, scaglionati in non si sa quanti anni.

Occorrono ben altre somme e ben altri ritmi di attuazione per coprire i vuoti paurosi che esistono in tutto il nostro sistema sanitario, per superare il distacco che ci separa non solo dai paesi socialisti, che sono alla testa

nella difesa della salute e della vita dei loro cittadini, ma anche dalla quasi totalità dei paesi capitalistici. Nell'Unione Sovietica si arriva a quasi 8 posti-letto per ogni mille abitanti, e vi si è arrivati in 44 anni di regime socialista, partendo da livelli estremamente bassi: poco più di un posto-letto per ogni mille abitanti, al tempo dello zarismo.

Si calcola, per un paese appena appena civile, che la disponibilità minima dovrebbe essere di 6-7 posti-letto per ogni mille abitanti. L'Italia però è notevolmente al di sotto di questo minimo: in media, è al disotto dei 4 posti-letto per mille abitanti, mentre in tutte le regioni meridionali la media oscilla fra l'uno e i due posti letto per ogni mille abitanti. Come si vede, livelli indegni per un paese civile!

I pochi dati ricordati permettono di trarre una prima conclusione: l'organizzazione sanitaria italiana è profondamente malata. I casi scandalosi, che troppo spesso occupano le colonne dei giornali, non rivelano solo situazioni particolari e aberranti, ma sono indici d'un malessere più generale e più profondo: sono i sintomi d'una vera e propria crisi di tutto il sistema sanitario e previdenziale. Questa crisi colpisce tutte le regioni e tutte le categorie sociali, le quali, del resto, moltiplicano proteste e richieste.

È in crisi, in Italia, il sistema previdenziale, per l'arretratezza e la caoticità della sua organizzazione e per le nuove esigenze che pone lo sviluppo del progresso scientifico e del viver civile. Le prestazioni economico-assistenziali, che offre l'attuale sistema previdenziale, sono assolutamente insufficienti. L'indennità di malattia, nei settori dell'industria, è pari al 50 per cento della retribuzione, decorre tre giorni dopo l'inizio della malattia e finisce al massimo dopo 150-180 giorni. Però, milioni di cittadini, di lavoratori indipendenti ed autonomi e di loro familiari sono esclusi anche da queste prestazioni.

Le pensioni della previdenza non sono sufficienti a far fronte alle più elementari esigenze di vita. Tre dei quattro milioni di pensionati ricevono meno di 10 mila lire al mese e la stragrande maggioranza di essi riceve solo dalle 5 mila alle 6 mila cinquecento lire al mese. Buona parte dei contributi pagati dai lavoratori va ad alimentare un complesso di organizzazioni e di organismi burocratici che sono più d'intralcio che d'aiuto allo svolgimento d'una sana politica previdenziale; un'altra parte di questi contributi va ad alimentare gli esosi profitti di poche

grandi imprese farmaceutiche. Infatti, la spesa farmaceutica è quella che più incide sui bilanci dei nostri istituti previdenziali. Questi istituti assorbono quasi i tre quarti della produzione dell'industria farmaceutica nazionale, ma i prezzi di questa produzione sono enormemente superiori ai costi di produzione, come è già stato dimostrato tante volte.

Sono queste deficienze e queste iniquità del sistema previdenziale che sollevano il malcontento di milioni di lavoratori, privi praticamente di una effettiva protezione sociale. Ma le esigenze previdenziali e assistenziali oggi sono tali che non basta più eliminare soltanto deficienze e assurdi in questo campo. Ci vuole molto di più, ci vuole una riforma radicale di tutto il sistema previdenziale. È necessario cioè passare dall'assicurazione a un vero e proprio sistema di sicurezza nazionale che estenda a tutti i cittadini il diritto alla protezione sanitaria, che migliori notevolmente i livelli delle attuali prestazioni, sia quelle sanitarie sia quelle finanziarie, che ponga il costo della difesa della salute del popolo a carico della collettività, così come a carico della collettività è il costo della difesa della proprietà privata e dell'ordine pubblico borghese.

Noi diamo il nostro pieno appoggio alla proposta di legge presentata dalla Confederazione generale italiana del lavoro per l'istituzione in Italia di un organico servizio di sicurezza sociale e chiediamo che questo progetto venga discusso al più presto in Commissione e presentato all'Assemblea.

Nel quadro dell'attuale organizzazione previdenziale, noi ci battiamo per la democratizzazione degli enti previdenziali e la costituzione di organi locali e aziendali prevalentemente costituiti da rappresentanti dei lavoratori. Noi ci battiamo per l'ammodernamento e la semplificazione delle condizioni per il diritto alle prestazioni e delle procedure di erogazione delle stesse. Noi ci battiamo per il miglioramento e la progressiva unificazione dei servizi previdenziali, per la massima e razionale utilizzazione delle attrezzature sanitarie pubbliche e private e per la programmazione degli ammodernamenti e dell'estensione della rete ambulatoriale e ospedaliera.

Oggi è proprio l'organizzazione ospedaliera italiana che è in crisi e mette in crisi tutto il nostro sistema sanitario. Gli ospedali sono in crisi a causa soprattutto del *deficit* dei loro bilanci, *deficit* che continua ad aumentare; ma sono in crisi anche per gravissime deficienze di locali, di attrezzature e di personale,

oltre che per le norme più che antiquate che regolano la loro attività.

Le mutue sono in crisi anch'esse per mancanza di mezzi finanziari e di attrezzature, per cui protestano gli assicurati, i mutuati, i cittadini, per insufficienza dell'assistenza che ricevono e l'elevatezza dei contributi, dei prezzi, delle rette che pagano. Ma protestano anche le categorie sanitarie, che pretendono dalle mutue, dagli ospedali e dal Governo la possibilità di interventi a livello scientifico, retribuzioni più adeguate e una carriera equa; pretendono cioè un diverso indirizzo di tutta l'assistenza mutualistica e ospedaliera. Inoltre, protestano anche i comuni e le province, perché sono impossibilitati ad assolvere alle loro importanti funzioni sanitarie per deficienza di mezzi e perché il centralismo, la burocratizzazione ed il feudalesimo imperanti in tutto il sistema tendono sempre più a mettere gli enti locali fuori da ogni possibilità di effettivo intervento nell'assistenza sanitaria dei loro amministrati.

La morale è che non solo bisogna spendere meglio, ma che bisogna anche spendere di più se si vuole effettivamente arrivare a difendere efficacemente la salute del popolo italiano.

Basta considerare un dato per comprendere lo stato di arretratezza in cui versa tutto il nostro sistema sanitario. Nell'Italia moderna, nell'Italia del « miracolo economico », ben il 93 per cento degli ammalati è assistito in casa e solo il 7 per cento viene ricoverato in case di cura. Inoltre, soltanto il 23,5 per cento degli affetti da malattie infettive o parassitarie è ricoverato in ospedale, per cui oltre i tre quarti di questi ammalati rimangono a casa a diffondere tra familiari e conoscenti i loro germi infettivi ed a crogiolarsi nel loro dolore.

Questi dati bastano da soli a sottolineare la precarietà e l'insufficienza delle cure prestate alla quasi totalità dei malati, perché la diagnostica e la terapia si fanno ogni giorno più complesse e la scienza e la tecnica moderna mettono a disposizione strumenti ed attrezzature sempre più complessi e delicati. Oggi, per le ricerche e le cure si richiedono pluralità di competenze e specializzazioni molto spinte; il medico solo, fornito puramente delle sue dita e del suo stetoscopio, è ormai una figura del passato. L'arte medica moderna richiede tecniche, attrezzature, specializzazioni; richiede, cioè, un lavoro di *équipe*; ma queste tecniche, queste specializzazioni, queste collaborazioni scientifiche, fra l'altro molto costose, possono essere fornite solo da un'organizzazione ospedaliera moderna.

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

Purtroppo i nostri ospedali pubblici, già così insufficienti ad accogliere quanti abbisognano di cure, sono quanto di più antiquato si possa immaginare, per la loro sistemazione, per la loro attrezzatura, per il loro ordinamento: sistemati spesso in locali inadatti, mancano alle volte persino degli indispensabili requisiti di luce, di aria, di igiene. Né si dica che questi sono residui del passato, in via di sparizione; purtroppo non è così: la situazione ospedaliera non migliora, essa conserva tutte le tare del passato, che via via vanno aggravandosi; non affronta le nuove esigenze con larghezza di vedute e modernità di concezione, ma stagna ed imputridisce, aggravando e non riducendo lo squilibrio esistente fra regione e regione, tra nord e sud.

Alle carenze dell'assistenza pubblica nel meridione supplisce, in parte, l'iniziativa privata con la costruzione di case di cura, i cui prezzi sono però proibitivi per la grande massa del popolo. Avviene così che proprio nelle regioni più depresse, vale il detto che al povero è proibito ammalarsi, perché non ha modo di farsi curare. È perciò questione di solidarietà umana e nazionale, ad un tempo, di dar mano ad un piano di incremento della costruzione di ospedali e della disponibilità di posti-letto in tutta Italia e, soprattutto, nelle regioni meridionali.

Il fabbisogno immediato è di circa 150-180 mila posti-letto; per sodisfarlo occorrono somme senza dubbio ingenti; ma le esigenze della salute dei cittadini sono forse meno urgenti di altre alle quali si è fatto fronte, anche recentemente, stanziando centinaia e migliaia di miliardi? Spesso questi stanziamenti sono stati fatti per andare incontro non a reali esigenze di sviluppo del paese, ma solo, o prevalentemente, per consolidare posizioni e profitti di piccoli gruppi di speculatori e di sfruttatori. Certo, impiegare centinaia di miliardi in una direzione piuttosto che in un'altra significa fare una scelta; ma la scelta qualifica politicamente chi la fa.

Noi siamo decisamente per una scelta che ponga in primo piano la difesa della salute e della forza dei cittadini, insieme allo sviluppo della loro istruzione, della loro cultura e delle loro possibilità di lavoro. Cioè, noi siamo per una politica che facendo sano, forte, colto un popolo, meglio lo prepari a combattere per il proprio sviluppo ed il proprio benessere.

La crisi ospedaliera non si risolve eliminando solo le più gravi carenze in fatto di disponibilità di ospedali o di posti-letto. La crisi deve essere affrontata in tutta la sua

complessità e con l'intento di precisare il posto che l'ospedale deve assumere in tutto il sistema sanitario italiano.

Nell'epoca moderna, l'ospedale non può più essere concepito come strumento per disciplinare la beneficenza pubblica, per organizzare l'assistenza ai poveri, per dare ospitalità ai bisognosi di cure sanitarie. Questi sono i principi a cui si ispira la legge che regola ancora oggi l'attività ospedaliera, ma questa legge è vecchia di ben 70 anni. E nemmeno la legge che regola i servizi sanitari degli ospedali, anche se solo vecchia di un quarto di secolo, corrisponde più alla realtà impetuosa della vita di un ospedale moderno; nemmeno essa corrisponde alle necessità di introdurre nell'ospedale nuove specializzazioni e nuovi metodi di lavoro.

Per questo noi accompagniamo la richiesta di ampliamento della rete ospedaliera con l'istanza di una riforma organica di tutta la legislazione sanitaria. In questa riforma l'ospedale deve sempre più configurarsi come il centro propulsore di tutte le istanze sanitarie, come l'organizzatore unitario in un determinato territorio della lotta contro le malattie. Una riforma ospedaliera organica e unitaria non potrà non dare un impulso nuovo al progresso della medicina e rendere più efficaci questi centri sanitari aumentando e migliorando l'assistenza del popolo.

Perciò la riforma ospedaliera dovrà essere concepita: come concreto avvio ad un servizio sanitario nazionale, universale e gratuito, che si basi su una rete efficiente di attrezzature ambulatoriali, poliambulatoriali e ospedaliere; come centro dell'organizzazione scientifica e culturale medica, facendo sorgere attorno ad ogni ospedale un corpo di medici ospedalieri, privi di preoccupazioni finanziarie e la cui attività lavorativa si espliciti nell'ospedale, nell'assistenza degli ammalati ed anche nella ricerca scientifica clinica.

I progressi realizzati dalla scienza e dalle tecniche sanitarie permettono ora non solo di preservare l'uomo da alcuni pericoli ambientali, ma anche di accrescere lo stato di salute e l'efficienza dell'uomo sano. Una politica sanitaria, perciò, non può più limitarsi a soddisfare le esigenze del singolo; essa deve andare incontro alle esigenze sociali e preventive della collettività.

Allora l'attuazione del piano sanitario da noi preconizzato non può essere considerata troppo onerosa, anche se comporta la spesa di parecchi miliardi, nel quadro dei costi delle singole attività pubbliche, perché deve

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

esser chiaro per tutti che l'uomo è il capitale più prezioso e la fonte prima del benessere di ogni società. Perciò la conservazione della sua salute, l'educazione delle sue forze fisiche e intellettuali sono condizioni essenziali per ogni progresso umano e sociale.

Del resto, queste esigenze sono riconosciute esplicitamente nella stessa Costituzione repubblicana, là dove prescrive che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Perciò la tutela della salute pubblica deve essere uno degli obiettivi fondamentali che i pubblici poteri debbono perseguire, allo scopo di soddisfare un diritto soggettivo del cittadino e un interesse generale della comunità nazionale.

Per questo noi concordiamo completamente con quanto è stato affermato recentemente da un congresso nazionale indetto dalle province emiliane sul tema: «Enti locali, ospedali e riforma sanitaria». Si è detto in questo convegno: «La tutela della salute può essere perseguita solo dai pubblici poteri, perché solo le prestazioni sanitarie fatte dagli enti pubblici tendono a sradicare la malattia fino nelle sue cause ed al conseguimento di un definitivo assetto della salute pubblica». Inoltre, l'azione sanitaria pubblica interessa a un tempo e con visione unitaria l'assistenza, l'indagine e l'azione preventiva; tutela e promuove il migliore rendimento fisico e psichico di tutti i membri della società. Per realizzare questo obiettivo, occorre una riforma degli ordinamenti sanitari, nel senso dell'unificazione e del decentramento, nello stesso tempo, e di una loro democratizzazione.

In concreto, occorre unificare i servizi sanitari alla base, stabilire al livello dell'ospedale una direzione sanitaria unificata, anche collegiale; far convergere a questa direzione tutti i servizi di prevenzione, di accertamento e di cura; collegare quest'organizzazione di base, sul piano provinciale, a un ospedale generale di grado superiore e a laboratori di sanità e centri specializzati di ricerche e di attività medico-sociali.

È nell'ambito della regione che deve determinarsi il piano completo delle attrezzature sanitarie, con la previsione del numero e del tipo degli ospedali specializzati, opportunamente dislocati, secondo le esigenze regionali; perché è al livello della regione che deve essere stabilito il massimo organo tecnico-sanitario, direttamente collegato con gli organi centrali, predisposti e diretti dal Ministero della sanità.

Ma unificare i servizi sanitari non vuol dire accentrare tutti i poteri nel Ministero della sanità. Al contrario: l'esigenza dell'unità di indirizzo tecnico-sanitario si accompagna alle esigenze del massimo decentramento amministrativo. La gestione e l'amministrazione di tutti i servizi devono basarsi su organi che promanino direttamente dagli organi locali. Deve essere garantita agli ospedali, come singole e fondamentali unità sanitarie, un'autonomia completa di gestione. Nell'ambito di questa autonomia, un compito fondamentale di iniziative e di proposte deve essere riservato al personale medico responsabile e, in particolare, alle direzioni sanitarie unificate.

È evidente che un piano così indirizzato, e di cui non abbiamo dato che i tratti sommari orientativi, non può essere concepito schematicamente dall'alto: esso deve poggiare sulla realtà locale, quale viene espressa, in modo autonomo, dagli organi locali: comuni, province, regioni. Sono questi organi che devono essere chiamati ad elaborare e a realizzare la riforma con i necessari finanziamenti predisposti dallo Stato. Anche su questo punto la nostra Costituzione repubblicana detta norme molto precise.

Si pensi all'articolo 117 che, tra le materie per le quali la regione è competente a emanare norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, pone la beneficenza pubblica e l'assistenza sanitaria e ospedaliera.

Appare chiaro, perciò, che, anche per soddisfare a questa esigenza costituzionale, l'attuazione dell'ordinamento regionale non è più ulteriormente differibile. Sottolineiamo ancora che quando noi chiediamo di affidare allo Stato il compito della realizzazione dei servizi e degli indirizzi necessari per la tutela della salute e per l'assistenza sanitaria estesa a tutti i cittadini senza limiti di tempo e di prestazioni, noi non pensiamo affatto allo Stato burocratico ed accentratore ereditato dal passato, che ancora sopravvive in tante nostre istituzioni, bensì allo Stato previsto dalla Costituzione repubblicana, articolato in centri regionali, provinciali e comunali, capaci di attività e di iniziative autonome; cioè pensiamo ad uno Stato profondamente democratico, in cui i cittadini e le assemblee locali elettive siano partecipi dirette del potere e della pubblica amministrazione. Pensiamo ad uno Stato nel quale i controlli siano volti a garantire la legalità democratica e non a coartare ed a subordinare al potere centrale la volontà e le decisioni delle assemblee deliberanti.

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

Sappiamo che il cammino per arrivare alla realizzazione di un simile Stato, e all'attuazione di una radicale riforma di tutto il sistema sanitario, previdenziale e assistenziale, sarà lungo ed irto di difficoltà.

Ma noi siamo decisi a percorrerlo fino in fondo. Noi siamo decisi a dare battaglia a tutte le forze retrive e conservatrici che si oppongono al raggiungimento degli obiettivi che abbiamo indicato. Comprendiamo che non tutto può essere realizzato in una volta. Comprendiamo che una certa gradualità è necessaria nella realizzazione di questi obiettivi di rinnovamento e di progresso. Ma gradualità deve significare scelte di tempi, nell'ambito però di scelte economiche e politiche precise; gradualità non deve significare rinvio alle calende greche. Rinviando, non si rinnova nulla, ma si peggiora tutto.

Sappiamo che alle necessarie scelte economiche e politiche, per dare avvio reale a tutto il processo di rinnovamento in campo sanitario, sono decisamente contrari i gruppi che dominano la produzione farmaceutica, i profittatori dell'attuale sistema sanitario, i parassiti delle disgrazie altrui.

Ad una scelta radicale per una nuova politica sanitaria, degna veramente di un paese moderno e civile, sono decisamente contrari i gruppi monopolistici fondamentali che oggi dominano la politica italiana. Vi sono contrari, perché una simile scelta non corrisponderebbe in alcun modo alla loro linea di espansione economica, poiché una simile scelta fisserebbe un orientamento di consumi ed in impegno del bilancio dello Stato che non corrisponderebbero ai loro immediati interessi, come vi corrispondono invece i piani di investimenti per le autostrade, il cosiddetto « piano verde » e tanti altri, per centinaia e migliaia di miliardi.

Alla luce di questi interessi, si spiegano allora le ristrettezze vergognose, in cui si mantiene il bilancio e, in genere, le spese per la sanità in Italia; si spiegano le promesse, non mantenute, del nostro ministro della sanità, l'assenza di ogni reale slancio di rinnovamento e di ammodernamento.

Tutto questo si spiega ma non si giustifica. E noi lo condanniamo recisamente. E con noi lo condannano, in primo luogo, le masse lavoratrici, che pongono precise rivendicazioni sul piano economico e sul piano delle prestazioni. Con noi lo condannano i medici che sentono il disagio di una situazione che mal consente loro l'esercizio della professione. Con noi lo condannano gli uomini di cultura e di scienza, sensibili alle

esigenze di progresso sociale e civile. In una parola, lo stato dell'organizzazione sanitaria è condannato da tutti i cittadini, insoddisfatti dell'attuale situazione e che vogliono che lo Stato pensi seriamente alla difesa della loro salute e del loro avvenire.

A queste istanze universali di rinnovamento e di progresso non si può restare insensibili. Il mio partito, il partito comunista italiano, si propone appunto di elaborare, nella discussione con tutte le forze democratiche, una piattaforma comune per il rinnovamento di tutta l'organizzazione e di tutti gli indirizzi dell'azione sanitaria pubblica, e di battersi assieme a tutte queste forze per la sua attuazione.

Noi vogliamo veramente che l'istituzione di un sistema di servizio sanitario nazionale e di sicurezza sociale, dia a tutti i cittadini la necessaria tranquillità di spirito, per affrontare con fiducia tutte le battaglie che li attendono per il loro benessere e il loro progresso, come individui e come nazione. (*Applausi a sinistra - Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare l'onorevole Maria Pia Dal Canton. Ne ha facoltà.

DAL CANTON MARIA PIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole sottosegretario, nei primi giorni di questo mese si è tenuto a Londra il congresso europeo della lega per i fanciulli minorati, a cui hanno partecipato psicologi, sociologi ed esperti di pedagogia, oltre a 300 delegati delle associazioni nazionali delle famiglie dei fanciulli minorati psichici.

Ciò che impressiona principalmente, leggendo le relazioni, anche molto sommarie, di quel congresso è il numero dei minori disadattati o subnormali, che dir si voglia, che si trovano nelle varie zone del mondo. Negli Stati Uniti, la cui popolazione raggiunge i 180 milioni, i subnormali sono circa 5 milioni, cioè un po' meno del 3 per cento. Uno studioso nordamericano ha calcolato che tra le varie popolazioni civili il numero dei tardivi dovrebbe aggirarsi intorno al 2-4 per cento. In Europa le statistiche non sono molto precise. In Olanda è stata fatta una ricerca molto accurata, la quale ha rivelato che su 11 milioni di abitanti il numero dei tardivi si aggira sui 200 mila, una proporzione quindi leggermente inferiore a quella americana.

Per via induttiva portiamo in Italia i risultati di queste statistiche e, sperando di essere più vicini alla percentuale olandese che a quella americana, possiamo affermare che i minori irregolari psichici, caratte-

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

riali, ecc., si aggirano sul milione. Cifra imponente che richiede gli sforzi coordinati del potere esecutivo, degli enti locali e di tutte le persone di buona volontà, preoccupate del fenomeno e delle sue conseguenze. Se si considera poi che appena 50 mila sono i soggetti per i quali le speranze di recupero sono assai limitate e 200 mila i minori, con quoziente intellettuale tra i 25 e i 50, che sono suscettibili di un parziale sviluppo, mentre 750 mila sono i deboli mentali con una possibilità di efficace rieducazione, tale da permettere una buona autonomia economica e sociale, si comprende ancor più l'urgenza di un massiccio intervento in tale settore.

Si è combattuta vittoriosamente la tubercolosi, la malaria, si cerca con ogni sforzo di combattere i tumori maligni; sarebbe quindi veramente necessario affrontare anche questo problema, che non esito a chiamare sociale per la sua rilevanza.

Nel recente congresso di Londra due pedagogiste americane sostennero che con la pazienza, la perseveranza, l'affetto si possono compiere veramente dei miracoli nel recupero dei subnormali. Naturalmente questo metodo che, assieme a quello americano delle tre « erre » (ripetizione delle nozioni, rilassamento psichico e *routine* del bambino difficile), deve essere usato anzitutto dalla famiglia, non può nascere solo dall'intuito affettivo dei genitori verso i figli, bensì da un indirizzo di esperti, di educatori, di psicologi e di assistenti sociali.

In Italia esistono circa 200 consultori medico-psico-pedagogici, come cita l'onorevole Sorgi nella sua documentata e completa relazione (75 dell'O. N. M. I., 61 dell'E. N. P. M. F. ed altri): essi non costituiscono ancora quella rete che sarebbe necessaria per curare un così vasto numero di minori. Siamo purtroppo ancora molto lontani dalla situazione dell'Olanda dove il problema è stato totalmente risolto. In quel paese, infatti, lo Stato, o meglio la comunità, prende in consegna i bambini considerati in condizioni di laborioso sviluppo mentale, li educa, li sottopone a tutti i trattamenti psico-pedagogici più moderni, si preoccupa di sviluppare il più possibile le facoltà intellettive esistenti nei singoli soggetti, li avvia ad un lavoro proficuo per essi e per la società e nel periodo della vecchiaia li ospita in accoglienti case di riposo.

Il principio che ha spinto le autorità olandesi a questo magnifico lavoro è il seguente: poiché le persone subnormali non possono essere inserite nell'ambiente normale,

creiamo per loro un ambiente protetto, non molto dissimile dal normale, ma in cui questi soggetti possano sentirsi completamente a loro agio. Così sono sorte scuole speciali di ogni grado, officine particolari, aziende agricole protette, ovunque la popolazione dimostrasse di avere una percentuale apprezzabile di soggetti bisognosi di essere curati. Nelle scuole adatte, *équipes* di medici, di psicologi e di assistenti sociali controllano mensilmente il grado di intelligenza dei minori in modo che il lavoro di preparatissime e pazientissime insegnanti sia sempre adeguato alla situazione dei soggetti. Il metodo di insegnamento nei primi anni è quello montessoriano, cioè il metodo italiano. Mentre dopo un buon inizio noi non abbiamo più fatto niente, gli olandesi e gli inglesi, in particolare, hanno sviluppato e perfezionato i sistemi fino ad ottenere sul piano organizzativo e in quello pratico risultati quanto mai soddisfacenti.

In Italia, purtroppo, in fatto di scuole e di istituti medico-pedagogici, siamo ancora all'inizio.

Esistono in Italia 38 istituti per minorati psichici, raggruppati in 27 provincie e nei quali sono ospitati 4.526 minori. Di tali istituti 23 hanno sede nell'Italia settentrionale, 10 nell'Italia centrale, 4 nel meridione e soltanto uno nelle isole; ben 65 provincie ne sono completamente prive. Se si aggiungono i 4.191 minorati psichici accolti in istituti non specializzati ed i 5.000 minori irregolari ospitati nelle istituzioni rieducative del Ministero di grazia e giustizia (istituti di osservazione e case di rieducazione) abbiamo, se non le dimensioni, sia pure incomplete, del fenomeno, almeno una chiara visione di quanto cammino dobbiamo ancora compiere in questo settore per accostarci un poco alla sufficienza.

Sotto l'aspetto qualitativo vi è qualche esperimento lodevolissimo come quello di Calambrone, in provincia di Livorno, istituito e retto dalla P. O. A. In altri casi gli istituti medico-pedagogici sono poco più che case di custodia, alle quali quei genitori che non possono o non sono capaci di prestare le cure necessarie, affidano i propri figli subnormali. Vi è anche il fatto molto importante che mentre nei paesi precedentemente citati tutte le cure a questi minori vengono fatte a spese dello Stato, in Italia molto spesso i genitori dei ragazzi subnormali non li possono mandare in istituti medico-pedagogici per le alte spese che naturalmente un'attrezzatura valida e soprattutto il personale qualificato richiedono. E non è raro purtroppo il caso che

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

le amministrazioni provinciali, alle quali compete per legge provvedere al ricovero dei minori irregolari appartenenti a nuclei familiari poveri, siano spinte a scegliere un istituto piuttosto che un altro per il costo minore delle rette, senza preoccuparsi se questo minor costo è dato quasi dall'assoluta mancanza di personale qualificato e quindi dalla impossibilità per l'istituto di raggiungere gli scopi prefissi.

Onorevole ministro, ho visto io bambini subnormali in una provincia del nord Italia (pongo in rilievo questo dato, perché vengono accusate sempre le amministrazioni del sud) messi in speciali *boxes* come fossero bestie da cui l'umanità dovesse difendersi. E naturalmente in questa scelta l'amministrazione provinciale si era lasciata guidare dal rilievo che la retta era di 700 lire al giorno anziché di 2.100 o 2.300 quale è richiesta da un istituto medico pedagogico ben attrezzato. Certo non si svolgono cortei o manifestazioni per protestare contro una siffatta situazione, ma questa è la realtà dolorosa che interessa circa un milione di famiglie nel nostro paese.

Come già ebbi l'onore di dire altra volta in quest'aula, in Italia su questo importante argomento siamo ad un livello molto basso, tolte le lodevoli eccezioni cui precedentemente accennavo.

Salute mentale significa autonomia sociale di gruppi e di singoli: malintesi interventi nel campo dell'igiene mentale potrebbero ritardare od impedire il formarsi di questa autonomia. Occorre, quindi, affrontare il problema nel suo complesso, coordinare i provvedimenti e procedere con la delicatezza che l'età richiede. Naturalmente deve essere abolita la classificazione dei soggetti in recuperabili ed irrecuperabili che tanti danni ha prodotto, trasformando in cronici le istituzioni per irrecuperabili e (questo è peggio), per un'errata valutazione del soggetto, aggravando la situazione psichica di minori rieducabilissimi.

Sanità e pubblica istruzione, comuni e province, O. N. M. I., E. N. P. M. F. ed altri enti assistenziali devono essere gli strumenti della comunità statale per il recupero dei minori irregolari psichici. È necessario quindi che con buona volontà, superando, una volta tanto, per amore della causa o per pietà, il complicato campo delle competenze e delle preminenze, si addivenga ad un provvedimento organico che esamini tutti gli aspetti del problema, aspetti che basta enunciare per valutare nella loro importanza: reperimento dei soggetti, diagnosi e tratta-

mento ambulatoriale, classi differenziali, scuole speciali, istituti specializzati di assistenza diurna, istituti residenziali di assistenza.

Naturalmente occorre preparare adeguatamente i sanitari, gli insegnanti, gli assistenti, gli educatori che lavorano in questo delicato e importante settore. Però urge incominciare ad affrontare il problema. La soluzione sarà graduale, lenta, i risultati forse non sempre palesemente constatabili o numericamente rilevanti: non importa, bisogna cominciare. Ce lo chiedono genitori, educatori, operatori assistenziali, tutti coloro che hanno constatato per esperienza come le piaghe sociali (disoccupazione, vizio, miseria, accattonaggio, ecc.) molto direttamente dipendono da una minorazione psichica non curata e quindi aggravata dagli anni.

Non è, quindi, tutto compito della sanità, perché sono interessati anche la scuola ed il lavoro, ma è compito preminentemente sanitario. Per questo rivolgo a lei, onorevole ministro, il mio appello più vivo e pressante affinché, tra i tanti problemi che urgono al suo Ministero, non dimentichi il settore dei minori irregolari psichici.

La proposta di legge n. 1652, che ho avuto l'onore di presentare assieme con molti altri colleghi, ha cercato di risolvere il problema in modo organico e coordinato. Naturalmente è suscettibile di tutti quei miglioramenti che la saggezza legislativa e la prudenza governativa possono suggerire, ma siccome si tratta di una buona proposta (e non a giudizio mio, ma di qualificatissimi esperti) vale la pena di esaminarla con particolare attenzione.

Se poi il problema non interessa, oppure sembra che presenti troppe difficoltà per la sua soluzione in tal senso, allora ci si può appellare alla deficiente copertura finanziaria, come è stato già fatto.

È evidente, onorevole ministro, che per risolvere un problema di tal fatta occorre avere la chiara volontà politica di risolverlo. Tale volontà farà trovare anche i mezzi: per quanti altri problemi sono stati reperiti i fondi quando è nata la volontà di risolverli!

Da molto tempo si parla della riforma degli ospedali psichiatrici e si lamenta una maggiore frequenza ed una percentuale più alta di malattie mentali. Quale incidenza sui casi più gravi e quindi sull'inabilità permanente e sul ricovero a vita in un ospedale psichiatrico ha il fatto delle irregolarità non curate o curate male?

Onorevole ministro, ci pensi ed affronti coraggiosamente le inevitabili difficoltà che si frappongono alla soluzione di questo urgente

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

e gravissimo problema che tormenta un milione di famiglie italiane.

Vorrei aggiungere qualche parola su un altro problema altrettanto grave: quello dei mutilati e degli invalidi civili.

L'articolo 38 della Costituzione italiana sancisce il principio, chiaramente espresso nel primo comma, del diritto all'assistenza del cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi per vivere. Il terzo comma del succitato articolo, dichiarando che gli inabili ed i minorati hanno diritto alla educazione e all'avviamento professionale, stabilisce il principio della riabilitazione che permetta allo individuo recuperabile di rendersi idoneo ad un'attività che valga a reinserirlo completamente nella vita sociale.

Ora se si escludono alcune particolari categorie, non si è provveduto ad assicurare a numerosi cittadini che presentano irregolarità un trattamento assistenziale a ciclo completo. Così vediamo assistiti i ciechi, i sordomuti, i poliomielitici, i discinetici, i lussati d'anca, ma completamente scoperta tutta quella notevole zona di invalidi per malattie congenite, per malattie parassitarie, per malattie infettive parassitarie, per malattie del sistema circolatorio, per lesioni derivanti da cause violente, ecc., che sono veramente in numero impressionante.

Quanti sono in Italia i minorati fisici, poliomielitici, e tracheotomizzati per nascita, per malattie, per traumi, che non godono di una pensione? Le cifre sono risultato di indagini campione o di induzione, perché una statistica vera e propria, che comporterebbe un accertamento sanitario dell'invalidità, non si è ancora fatta. Il lodevole interessamento del pioniere dell'Associazione nazionale mutilati civili (riconosciuta giuridicamente con decreto del Presidente della Repubblica del 5 marzo 1951, n. 273), l'onorevole Giuseppe Bettiol, con la collaborazione del cavalier Vitaletti, dipendente della Camera, e dell'onorevole Sorgi più tardi, non riuscì a delineare le dimensioni di tutta la teoria di tali mutilati e invalidi, e neppure l'associazione che ora ne raccoglie la quasi totalità, presieduta dal professor Lambrilli, non è riuscita per il rilevante numero di essi a dirci esattamente quanti siano: certo più che di decine si può parlare di centinaia di migliaia, di cui i più bisognosi attendono qualche cosa che li conforti nella loro pena e soprattutto li aiuti a vivere, mentre i più idonei, per età e qualificazione, vogliono il riconoscimento del loro diritto al lavoro.

Il Governo di fronte alle richieste della categoria, non potendo in realtà calcolare il costo di un provvedimento quale era stato saggiamente suggerito con la proposta di legge n. 200, stralcio la parte riguardante l'avviamento al lavoro. Diamo atto al Governo di questa comprensione, di questo sforzo, ma tutto il resto: cure ospedaliere, protetiche, rieducazione funzionale, e soprattutto aiuto finanziario per chi, totalmente inabile, non ha alcun mezzo di sussistenza, non deve essere trascurato.

Onorevole ministro, io interesse lei per la parte sanitaria, cioè per le cure mediche, ospedaliere e protetiche, perché il resto è competenza di altri ministeri; ma se si pensa che le cure sanitarie sono spesso preliminari a qualsiasi altro intervento, perché possono rendere totalmente o parzialmente autonoma una persona e quindi reinserirla nella comunità produttiva, ridarle la gioia di lavorare e di vivere, si comprende l'importanza del problema.

Concludo. Ho sottolineato due soli argomenti tra i tanti importanti, per dare loro tutto il rilievo che meritano. Onorevole ministro, non si lasci arrestare dalle inevitabili difficoltà e dalla motivazione che mancano i fondi necessari! In quante cose inutili o superflue lo Stato potrebbe limitare la spesa al fine di reperire maggiori fondi per colmare queste lacune!

Non occorre che l'articolo 38 della Costituzione ci ricordi il dovere di provvedere all'assistenza del cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi per vivere, per convincerci della necessità di intervenire con urgenza in merito.

Il nostro dovere di parlamentari, sia membri del Governo, sia deputati, è quello di fare delle leggi e di attuare dei provvedimenti che aiutino le persone umane a raggiungere il fine che Dio ha stabilito: tra queste persone vi sono i subnormali e gli invalidi civili. A lei, onorevole ministro, l'operare, a noi l'appoggiarla perché nella battaglia per alleviare la sofferenza non siano deluse le attese di tanti poveri esseri umani che in noi sperano. (*Applausi al centro*).

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

ROMANO BRUNO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, la responsabilità che incombe su ciascuno di noi in questo dibattito parlamentare e soprattutto sui parlamentari medici, mi costringe ad intervenire anche quest'anno sul bilancio della sanità, pur sapendo di dover infliggere

agli onorevoli colleghi ed a me stesso la mortificazione di dover ripetere le cose già, negli anni passati, inutilmente e sterilmente dette.

Ho ascoltato gli interventi che finora si sono succeduti, ho letto attentamente gli atti della discussione svoltasi su questo bilancio al Senato, ho letto la relazione del senatore Criscuoli, come pure la relazione di maggioranza del collega Sorgi e quella di minoranza dei colleghi Barbieri ed Otello Montanari. Ho così constatato — e questo è motivo di soddisfazione — che da ogni parte emerge, o meglio, continua ad emergere — perché si tratta di un rilievo già fatto nelle passate discussioni sul bilancio — con grande lealtà e passione la denuncia della insensibilità del Governo rispetto ai grandi problemi della politica nazionale.

Da tutti i gruppi emerge la denuncia della incapacità di affrontare il problema con una visione globale e di intendere che ci si trova di fronte ad un problema civile e sociale, prima ancora che politico ed economico; la denuncia della evanescenza, della sconcertante manifestazione di impotenza, direi, offerta da questo Ministero, per la cui istituzione si è pur combattuto tanto in Parlamento; una manifestazione di sconcertante impotenza — ripeto — anche al di là di quelle che sono le insufficienze obiettive della legge istitutiva del Ministero stesso.

I documenti presentati dai relatori da tre anni a questa parte sul bilancio della sanità e gli atti dei dibattiti costituiscono tutti elementi di inconfutabile valore, rassegnati ormai alla storia di questa nostra ancora imperfetta democrazia, e denunciano un fondamentale problema di civiltà, di umanità, di sensibilità sociale e democratica. Tutti i governi hanno finora fallito su questo piano e quindi si sono assunte gravi responsabilità; ma ben più gravi sono le responsabilità subentrate dopo la costituzione del Ministero della sanità.

A me sembra oggi, nel discutere questo bilancio del 1961, che si debba trarre l'amara constatazione che abbiamo perduto, in verità, una intera legislatura senza affrontare i problemi di fondo della politica sanitaria del paese. Mi auguro che questa mia affermazione sia troppo drastica e che almeno in questo scorcio di legislatura si possa affermare anche in sede governativa questa esigenza di una programmazione organica.

Il primo ministro, tecnico, del Ministero della sanità fu travolto dalla incapacità di affrontare adeguatamente un solo problema

tecnico, quello della poliomielite, come ricordiamo tutti, prima ancora che dal crollo politico di quella formazione governativa. Si attendevano da lui — e si erano formulate delle speranze — piani razionali di riforme condotte attraverso una azione autorevole e decisa. Non ve ne fu il tempo; però, per la verità, non si intravvide nemmeno una precisa volontà ed una capacità di impostazione.

Il secondo ministro, non tecnico, è qui davanti a noi al suo secondo bilancio, in questo solenne processo che, sia pure attraverso le aride e poco affollate e poco emotive discussioni su un bilancio tecnico, il Parlamento va svolgendo contro i responsabili del caos della sanità pubblica italiana.

Il problema — a mio avviso — è, dunque, questo: è l'onorevole ministro l'accusato, colui che deve sostenere il peso del non aver saputo o potuto affrontare i problemi sanitari del paese ed imporli alla attenzione del Governo, oppure è il Governo nel suo complesso, che non sa e non vuole affrontare questi problemi? Si tratta, cioè, di constatare se è sulla mancata dinamicità di azione di un ministro che la responsabilità della situazione debba ricadere o sulla mancata capacità di azione di una formula politica e di un Governo.

Ebbene, onorevole Giardina, il problema — a mio avviso — supera la sua persona, alla quale tutti noi abbiamo dato atto di aver compiuti gli sforzi di buona volontà che, nell'ambito delle sue possibilità, poteva compiere, se non per risolvere dei problemi, almeno per prospettare le situazioni di difficoltà nelle quali si dibatteva.

L'anno scorso, nel discutere questo bilancio, io ebbi forse a sollevare il suo malcontento, contestandole una serie di impegni e di promesse (documenti alla mano) che non erano stati, lungo i mesi, seguiti da altrettante realizzazioni o altrettante concrete manifestazioni. Ed in verità, aprendo una parentesi, un po' da tutti i settori le rimproveriamo affettuosamente — se ce lo consente — questa sua facilità nel promettere, nel prendere impegni su problemi e su impostazioni di politica sanitaria, senza che poi (certamente non per sua volontà, ma per le difficoltà obiettive che le si parano dinanzi) riesca a tradurre le promesse e gli impegni in atti concreti. Ma, mi creda, l'anno scorso, nel muoverle quelle amichevoli contestazioni, non lo feci per uno spirito particolarmente polemico nei confronti del ministro, ma, al contrario, per stimolare, per aiutare e per verificare in prosieguo di tempo le rea-

zioni del Ministero, le possibilità di realizzazione, le capacità di inserimento dei problemi della politica sanitaria nell'azione governativa. Io devo dire che il risultato è stato in gran parte negativo.

Nel tentativo generoso di raddrizzare questa torre pendente che è il Ministero della sanità, il Parlamento in sostanza — nonostante che in quest'azione di stimolo fosse solidale in tutti i settori — è riuscito soltanto ad evitare che crollasse completamente dopo tre anni dalla sua istituzione; ed il ministro, con un attivismo fatto più di promesse e di buona volontà che di concrete realizzazioni, è riuscito fino ad oggi a trascinarsi fra una critica e l'altra (talune anche ingiuste), senza però riuscire ad imprimere un volto, un'anima e una coscienza al suo Ministero, senza ottenere il necessario rispetto da parte dei colleghi del Governo e un'adeguata valutazione dei gravi problemi da affrontare.

Ma devo rassicurarla subito, onorevole Giardina, se questa assicurazione è da lei attesa: il partito socialista democratico voterà questo bilancio tecnico. Lo farà perché si tratta di un misero strumento contabile, al quale il mio partito non attribuisce, in sostanza, alcun valore. Ma la posizione del partito socialista democratico, sul piano politico, sociale e morale, è di profonda sfiducia verso la politica sanitaria di un Governo che è ormai un Governo sopravvissuto e che, se in tutti i campi ha dato prova di un attivismo settoriale il più delle volte indirizzato a soddisfare le tendenze integraliste del partito di maggioranza, in quello della sanità pubblica ha raggiunto gli abissi dell'insipienza, dell'incapacità e della irresponsabilità. Se il partito socialista democratico fosse già libero dal leale e responsabile impegno di sostenere ancora questo Governo, io ritengo che nessun bilancio sarebbe forse più indicato di questo per dare una manifestazione globale, sul piano politico, del nostro convincimento che l'attuale situazione governativa rappresenta ormai un punto morto, un elemento di grave immobilismo per il paese, e dimostra l'incapacità della democrazia cristiana, senza affidarsi alla spinta delle forze democratiche di sinistra, di svincolarsi dalle sue contraddizioni, dalle forze opposte che nel suo interno la immobilizzano, e di affrontare organicamente, sul piano sociale, gli antichi e nuovi grandi problemi che travagliano il popolo italiano.

Da ciò scaturisce che queste dichiarazioni ed impostazioni sul piano di una nuova, organica e moderna politica sanitaria, più che

essere rivolte ad un Ministero in stato di incapsulamento e ad un Governo che ha esaurito il suo compito, dopo essere sorto dalla fondamentale esigenza di difendere le istituzioni democratiche da pericolose involuzioni reazionarie, devono essere considerate come un ammonimento preciso ed irrevocabile nei confronti di un prossimo avvenire, che ci auguriamo conforme alle aspettative ed alle esigenze concrete del paese.

V'è tuttavia, al di là di queste considerazioni di politica generale, un'accusa obiettiva che io devo rivolgerle in assoluta lealtà, signor ministro, e che la riguarda. Le do atto della sua buona volontà, che non è mancata, le do atto — ripeto — di tutto il suo impegno personale. Ella deve, invece, dare atto al Parlamento, e soprattutto ai colleghi della XIV Commissione, del fatto che, al di sopra delle vicende politiche, non le è mai venuto meno l'appoggio, lo stimolo, la collaborazione, l'incoraggiamento, la spinta ad osare un'azione decisa nei confronti dei suoi colleghi di Governo e di partito.

Ella, però, ha rinunciato, signor ministro, a combattere! Di fronte alle incomprensioni, alle ostilità, alle resistenze organizzate, ai conflitti di interessi, ella avrebbe dovuto ricorrere all'appoggio che le veniva offerto dal Parlamento. Ella avrebbe dovuto pretendere che, ad esempio, una Commissione parlamentare svolgesse una grande inchiesta sulle condizioni dell'igiene pubblica, degli ospedali, della medicina preventiva, curativa e di recupero, della medicina mutualistica. Se tale proposta di fondo, che avrebbe potuto costituire la base per la discussione di un piano organico di riforma, di impostazione di una politica sanitaria, fosse stata ostacolata dal suo Governo e dalla sua maggioranza, avrebbe dovuto avere il coraggio di rassegnare le dimissioni, motivandole pubblicamente. Avrebbe, così, servito meglio il suo paese e la causa di tanti sofferenti ed infermi, certo molto meglio di come ha fatto, tentando di portare le cose per le lunghe, dicendo di sì a tutti, bloccando, in molti casi, le iniziative legislative parlamentari in Commissione, con la promessa di iniziative governative che poi non sono venute, o sono venute in maniera del tutto diversa da quella che ci si attendeva.

Ella rischia, in questo modo, di passare alla storia come il ministro delle « fate morgane », delle cose che potevano essere e non sono state. E a me sinceramente dispiace, come parlamentare e come medico. Oggi noi siamo qui a denunciare, ancora una volta,

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

il fallimento del Ministero della sanità, e questo deve addolorarci come uomini politici responsabili.

A che vale, dunque, di fronte a questa situazione denunciata da tutti le parti (possono variare i termini della denuncia, ma sostanzialmente la denuncia esiste), a che vale la disamina particolareggiata di un bilancio di 52 miliardi e 692 milioni, che reca un aumento di soli 1.693 milioni, cioè del 2 per cento circa rispetto a quello precedente; che reca quindi il più basso tasso di incremento, sia in percentuale sia in assoluto, nei confronti degli altri dicasteri, e questo proprio nell'anno in cui si sbandiera per il paese il cosiddetto « miracolo economico », cioè un miracolo dal quale il paese avrebbe dovuto trarre le energie finanziarie per soccorrere proprio alle esigenze dei settori più diseredati, dei settori più socialmente depressi?

È stato giustamente rilevato dai relatori di minoranza che, mentre il bilancio della difesa passa da 674 a 739 miliardi, con il 10 per cento di incremento, e quello dell'interno da 204 a 221 miliardi circa, con il 9,2 per cento di incremento, quello della sanità presenta, invece, soltanto il 2 per cento di incremento rispetto allo stanziamento dello scorso anno. Si trovano quindi — diceva giustamente dianzi l'onorevole Longo — centinaia di miliardi per costruire, ad esempio, autostrade, di cui nessuno nega l'esigenza, senza tuttavia tener conto della gradualità delle scelte. Si trovano centinaia di miliardi per il « piano verde » e per il piano della scuola; si trovano centinaia di miliardi, o si sta per trovarli, per la regolamentazione dei fiumi: per tutto si trovano i fondi, tranne che per la sanità pubblica. L'onorevole Sorgi ha detto (lo ha detto lo stesso ministro nel suo discorso di replica al Senato) che per la sanità pubblica il nostro paese spende circa 1.000 miliardi all'anno, calcolando i 52 miliardi del bilancio del Ministero della sanità, i 400 circa che spendono gli enti mutualistici ed assistenziali e i circa 600 miliardi distribuiti in altri bilanci, come risulta dalla tabella pubblicata a pagina 11 della relazione.

Questi dati rappresentano, tuttavia, la denuncia più scandalosa dell'attuale situazione. Vorremmo infatti sapere come e da chi sono spesi questi miliardi, da chi sono controllati, e come mai proprio il ministero tecnico, che dovrebbe presiedere alla giusta utilizzazione di queste spese, controlla soltanto il cinque per cento della somma globale spesa nel nostro paese per la salute pubblica. Si tratta di una situazione estremamente grave, che deter-

mina un preoccupante squilibrio nell'amministrazione del pubblico denaro, perché è inconcepibile che la maggior parte delle spese per la sanità sfuggano al coordinamento ed alla direzione dell'apposito ministero, che risulta così svuotato di ogni effettivo potere.

Questo paradossale stato di cose è stato denunciato da tutti i relatori, compreso quello di maggioranza, e da tutti i colleghi intervenuti e che, per la verità, hanno dato prova ancora una volta di un'altissima sensibilità per i problemi della pubblica salute.

È bene, anzi, affermare che questi documenti sul dibattito del bilancio della sanità onorano il Parlamento italiano e dovrebbero essere meglio conosciuti dal pubblico; infatti, se il Governo ha dimostrato mancanza di sensibilità per questi problemi, il Parlamento ha sempre compiuto interamente il proprio dovere. Fin da quando è stato presentato il primo bilancio della sanità tutti i gruppi politici della Camera hanno messo a fuoco i problemi della salute pubblica in Italia, ponendo in luce le sfasature, o addirittura il caos, esistenti in numerosissimi settori, e la mancanza di una coordinata politica sanitaria e di una visione globale, di fondo, dei suoi molteplici aspetti. Il paese dovrebbe conoscere con quale passione e con quale coscienza il Parlamento ha affrontato ed affronta questa grave situazione.

Testimonianza di questa vigile coscienza sanitaria del Parlamento sono le relazioni attraverso le quali viene messa in luce tutta la problematica sanitaria, dalle malattie sociali (nervose e mentali, in pauroso aumento, tubercolosi, tumori, affezioni cardiovascolari e così via) ai problemi dell'igiene pubblica, del suolo, dell'abitato, degli ambienti, dell'inquinamento atmosferico, della radioattività, dell'industria nucleare, della salubrità dei luoghi di lavoro, dell'igiene, dell'alimentazione, della profilassi, della tutela dell'infanzia, della medicina scolastica e dell'educazione fisica con essa collegata.

Né il Parlamento ha ignorato i problemi connessi col sempre più imponente e preoccupante fenomeno dell'infortunistica stradale, con la conseguente esigenza di risolvere i problemi di traumatologia di urgenza necessariamente connessi a questa triste realtà. Ampia trattazione ha trovato anche il problema dei farmaci, e quello connesso della distribuzione delle farmacie.

Grande interesse il Parlamento ha mostrato, inoltre, per i problemi della cultura medica e dell'aggiornamento professionale che, pur non rientrando nel campo delle specifiche

competenze del Ministero, devono preoccupare noi tutti; le sfasature esistenti nell'esercizio professionale e nell'ambito della mutualità fanno sì che il medico non possa più dedicare il tempo necessario alla preparazione ed all'aggiornamento professionale, ma sia divenuto una sorta di *travet*, un burocrate costretto affannosamente a riempire moduli e privo della serenità e della tranquillità di spirito necessarie per dedicarsi alla sua missione, premuto, come è, tra le esigenze dell'assistito, da un lato, e le pretese degli enti mutualistici dall'altro. Non sono stati, infine, trascurati i problemi delle condotte mediche, della medicina di recupero, degli invalidi civili, dei discinetici, dei ciechi, dei muti, dei sordi.

Non intendo soffermarmi dettagliatamente, poiché l'ho fatto in occasione di altri bilanci, su questi problemi, né intendo parlare della distribuzione all'interno di questo bilancio dei 52 miliardi e 600 milioni a disposizione, poiché mi sembra che questi siano aspetti di scarso rilievo. L'analisi dal punto di vista settoriale e tecnico è stata, d'altra parte, egregiamente sviluppata dal relatore Sorgi, che ha presentato uno studio veramente pregevole e del quale lo devo ringraziare, oltre che dargliene atto.

Mi sembra, però, che emergano due problemi fondamentali per la medicina italiana nel periodo che attraversiamo: quello degli ospedali e quello della medicina mutualistica.

Per quanto concerne gli ospedali, è stata fatta ancora una volta un'analisi accurata e statistica in base ai dati disponibili. È risultato che da una percentuale di posti-letto del 6,03 per mille nel nord, e del 4,82 nel centro Italia, si passa al 2,23 per mille nell'Italia meridionale e insulare. L'indice medio è del 4,38 per mille, cioè nettamente inferiore non solo al 10 per mille globale previsto dall'Organizzazione mondiale della sanità, ma anche al 6 per mille previsto per gli ospedali per acuti. Da questo risulterebbe che mancano approssimativamente in Italia 200 mila posti-letto ospedalieri, di cui 130 mila per acuti, circa 60 mila per malati mentali e 25-26 mila per ospedali specializzati.

Somme notevoli occorrerebbero per provvedere a questa esigenza. L'onorevole Sorgi ha svolto, a questo proposito, acute osservazioni nella sua relazione, là dove dimostra che non soltanto i difetti della distribuzione territoriale sono molto gravi e tendono ad aumentare in questi ultimi anni, ma che la costruzione degli ospedali, sotto la guida del Ministero dei lavori pubblici per i finanziamenti, in virtù della legge 3 agosto 1949,

n. 589 (che ormai è da ritenersi superata), è stata convogliata quasi interamente nelle regioni centro-nord, cioè in quelle in cui minore era la richiesta e l'esigenza di posti-letto; in tal guisa che oggi, nell'Italia meridionale, il rapporto tra posti-letto e popolazione è addirittura inferiore a quello del 1939.

Quando da tutte le parti si denuncia l'assurdo della mancata competenza del Ministero della sanità nella distribuzione delle iniziative edilizie riguardanti il sistema ospedaliero, si compie dunque una azione obiettiva, in questo non mossi dall'amore della polemica, ma dalla concreta osservazione di quel che avviene nel nostro paese.

Scrivono l'onorevole Sorgi: «Se non si modifica sul piano edilizio questa impostazione di politica sanitaria, nemmeno fra cento anni sarà coperto il fabbisogno delle regioni meridionali». È questa una osservazione che tutti condividiamo, perché si avverte ormai imperiosa la necessità che sul piano dell'edilizia ospedaliera si addivenga ad una impostazione razionale e coordinata secondo le necessità effettive del nostro paese.

Purtroppo questa posizione, che è ritenuta chiara e dovrebbe essere accessibile a tutti, non si sa perché non debba essere condivisa dal Governo. Si tratta di dati obiettivi, di cifre. Purtroppo, il nostro ministro — a quanto egli dice — è costretto a lottare contro il muro dell'incomprensione che, su questi problemi, gli si para dinanzi.

Vi è poi il problema finanziario, che travaglia la vita degli ospedali, ed il problema della sistemazione della carriera del personale ospedaliero, sia sanitario, sia di assistenza secondaria: siamo ancora nel campo degli impegni finora non mantenuti. Vi è ancora il problema che riguarda la funzione dei docenti degli ospedali, sia per quanto concerne il collegamento con i centri universitari sia per quanto riguarda la preparazione dei giovani medici laureati, attraverso idonei, opportuni e sufficientemente lunghi interinatti. Vi è il problema istituzionale, cioè quello della dipendenza degli ospedali, i quali oggi fanno capo sostanzialmente a tre ministeri: a quello della sanità per la parte tecnica, al Ministero dell'interno per la parte amministrativa, ed al Ministero dei lavori pubblici per l'erogazione di fondi relativa alla parte edilizia.

BARBIERI ORAZIO, *Relatore di minoranza*. Il ministro Zaccagnini non ne ha fatto neppure menzione al Senato.

ROMANO BRUNO. Né si può risolvere questo problema ricorrendo ai 20 miliardi

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

che si spera la Cassa per il mezzogiorno stanzi per costruire settemila posti-letto nell'Italia meridionale, provvedendo cioè soltanto alla decima parte del fabbisogno ospedaliero dell'Italia meridionale e delle isole.

Come si vede, il problema ospedaliero, oltremodo complesso, andrebbe affrontato con unicità organica di impostazione e con molta serietà. Viceversa ci stiamo cullando, da due anni a questa parte, nelle promesse e nelle attese. Ci si era promesso un progetto di riforma parziale della legge Petragliani del 1938 che finalmente, anche per le pressioni del Parlamento e dei sindacati medici, è stato approvato da un recente Consiglio dei ministri, ma che fino a questo momento non mi risulta sia stato presentato alla Camera. Ci auguriamo che la presentazione avvenga con una certa sollecitudine, anche e soprattutto per il fatto che presso l'apposita Commissione sono ferme numerose proposte di iniziativa parlamentare dei due rami del Parlamento, per cui sarebbe opportuno sollecitare al massimo tale procedura.

Altra promessa, che sembra addirittura sfumata del tutto: il famoso progetto per la costruzione di 133 mila posti-letto in Italia, annunciato nel discorso del dicembre 1959, e per il quale era previsto uno stanziamento di 30 miliardi. Di questo progetto non si è più parlato. Il guaio è che non si è neppure parlato, in sua sostituzione, di altri progetti: di questo problema della costruzione di nuovi posti-letto, per sanare situazioni tragiche, spaventose, come quella della Calabria, per esempio, che invece del 10 per mille presenta soltanto lo 0,92 per mille di posti-letto, di questo problema, dicevo, non si sente più parlare, né da parte del ministro della sanità, né da parte del ministro dei lavori pubblici. E questo avviene nell'anno del « miracolo economico »: ritorna qui il discorso sulle migliaia di miliardi che si trovano per altri investimenti, operando scelte le quali mettono in secondo, in terzo, in quarto piano quello che, viceversa, è un problema fondamentale per un popolo: quello della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria per tutti i cittadini.

Che cosa, dunque, vi è da sperare da una impostazione di questo genere? Io dispero anche che quel disegno di legge che è stato approvato dal Consiglio dei ministri possa venire in discussione ed a realizzazione, perché gli ostacoli, le inframmettenze, le resistenze, sono quelle che tutti conosciamo; perché questi problemi non si vogliono affrontare, non si ha il coraggio di affrontarli,

e si aspetta che incancreniscono e scoppino come bubboni di fronte alle denunce che ogni giorno ricadono anche sul Parlamento, anche sulla classe medica, per non aver potuto offrire ai nostri infermi quell'assistenza qualificata e specializzata che dovrebbe avvalersi di tutti i progressi della scienza e che è patrimonio di ogni paese civile.

Si chiede: ma come si risolve il problema economico? Si risolve in mille modi. Direi che la maggior parte dei paesi civili — come è stato rilevato anche negli interventi al Senato — ha trovato la maniera di risolverlo.

Mi pare che sia stato rilevato, ad esempio, che in Polonia lo Stato interviene direttamente a sostenere gli ospedali. Oggi gli ospedali non sono più enti di beneficenza, come vuole ancora la legge del 1890, ma sono aziende pubbliche di primario interesse, servizi pubblici essenziali dei quali lo Stato non può e non deve disinteressarsi. Ciò non avviene in altri paesi: altro esempio, in Danimarca esiste un'imposizione fiscale a totale beneficio degli ospedali.

Naturalmente si possono scegliere diversi sistemi, e si possono recuperare fondi là dove è possibile, là dove si spende con larghezza e si possono operare dei tagli allo scopo di tutelare la salute della popolazione nel modo più efficace. Comunque, si tratta di una questione di volontà, di decisione nell'affrontare questi problemi.

Desidero, infine, esaminare assai rapidamente i principali aspetti del sistema mutualistico che, come è stato notato, interessa ormai l'85 per cento della popolazione italiana: e dall'85 per cento al 100 per cento il passo è assai breve.

Il sistema mutualistico vigente è completamente fuori del controllo e di una qualsiasi azione di coordinamento da parte del Ministero della sanità. Questo sistema mutualistico scontenta tutti: gli assistiti, i quali non ricevono prestazioni assistenziali, sanitarie ed anche economiche adeguate alle loro esigenze; la classe sanitaria, la quale vede lesi i principi fondamentali della libertà secondo coscienza nell'esercizio professionale, e si vede remunerata in maniera poco dignitosa ed insufficiente; gli stessi enti mutualistici, i quali sono sempre alle prese con gli assistiti, con i medici e con i loro bilanci deficitari.

Il sistema, inoltre, offre una disparità di trattamento proprio nell'assistenza agli ammalati. Vi sono enti che assicurano un'assistenza al 100 per cento per qualsiasi malattia, altri enti che viceversa l'assicurano al 50

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

per cento, con i criteri più disparati, come se una stessa malattia, dal punto di vista nosologico ed economico, non dovesse essere curata ed affrontata nelle stesse condizioni.

Dunque è un sistema che va riveduto. Il relatore al Senato ha proposto, come del resto è avvenuto negli anni passati, un efficace controllo da parte del Ministero della sanità, ed ha fatto rilevare che la stessa legge istitutiva del Ministero, pur imperfetta, prevede tuttavia norme che consentono questo controllo, cioè almeno un'ingerenza nel sistema mutualistico: ma non sembra che il Ministero si sia avvalso di esse, mentre è doveroso ed indispensabile farlo.

Si è parlato, poi, dell'unificazione degli enti mutualistici. Già da alcuni anni io ho avanzato una proposta di legge sull'unificazione della normativa, rendendomi conto che l'unificazione degli enti mutualistici è qualche cosa di molto complesso. Ma un'unificazione normativa, anche sul piano umano, mi sembra una cosa senz'altro possibile e necessaria. Si dovrebbe essere tutti d'accordo sul fatto di considerare l'ammalato non come lo strumento passivo, ma come il soggetto al quale l'ente deve dedicare ogni assistenza, tenendo presenti le sue effettive necessità nella impostazione dei criteri di erogazione.

E concludo con le parole dell'onorevole Sorgi, il quale ha scritto: « Occorre, in sostanza, una nuova impostazione di politica sanitaria, una nuova visione globale dei problemi della sanità pubblica in Italia ». Egli ha proposto un « piano bianco », da predisporre e da portare all'esame del Parlamento. Mi permetto di ricordare che l'anno scorso, intervenendo su questo bilancio, affermai che « soltanto il Parlamento potrà imporre, col concorso di tutti gli uomini di buona fede e di buona volontà, la ragione e la logica agli interessati costruttori di ostacoli e di impedimenti deleteri, i quali sono riusciti finora ad evitare che nel settore della salute pubblica l'Italia diventi un paese civile, con una classe dirigente qualificata e responsabile che possa formulare e realizzare, finalmente, un vero e proprio « piano della salute ». E più avanti affermai: « Il Governo non ha evidentemente la capacità di intendere che un « piano della salute » è ormai indispensabile ed urgente nel nostro paese ».

Comprende quindi, onorevole Sorgi, con quale entusiasmo io accolga quest'anno la sua proposta per un « piano bianco », o un « piano della sanità », chiamatelo come volete. Tra le delusioni, le amarezze di una lotta che stiamo conducendo da anni, purtroppo senza risultati

apprezzabili, non può essere sommersa la speranza, anzi la certezza che questa nostra opera non sarà vana e che noi stiamo, contro tutte le incomprensioni e gli ostacoli, costruendo lentamente, ma sicuramente, un avvenire migliore per le generazioni che verranno.

Il mio intervento, quindi, ha un chiaro significato: occorre demolire le vecchie strutture, la vecchia mentalità dell'A. C. I. S., che ancora sopravvive in questo bilancio dopo la costituzione del Ministero della sanità, e avviare veramente alla sua funzione naturale ed istituzionale questo Ministero, attraverso un piano organico, il « piano bianco », di impostazione della politica sanitaria.

I tentativi di soluzione settoriale che l'onorevole ministro cerca di condurre avanti, oltre che di minimo rilievo nel quadro globale, sono sterili, in quanto, appunto, non ispirati da una visione organica di politica sanitaria. Non si dispiaccia l'onorevole ministro, e soprattutto non ci venga a parlare nel suo discorso di replica (che attendiamo con molto interesse), come ha fatto gli altri anni, e come ha fatto al Senato quest'anno, di questa o di quell'altra iniziativa in atto o allo studio. Ciò non significa nulla. Ci dica invece se è d'accordo con il relatore onorevole Sorgi, con me e con gli altri colleghi intervenuti, sulla necessità di una programmazione organica di politica sanitaria. Ci basterà in questa sede per renderle il massimo onore, signor ministro, questo solo riconoscimento leale e sereno. La votazione di un arido bilancio non conta. E guardando avanti, signor ministro, che si costruisce il benessere, la fortuna e la prosperità del nostro paese. (*Applausi*).

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

DE MARIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, colgo l'occasione della discussione del bilancio della sanità per intrattenere la Camera sul pericolo a mio avviso il più grave che, nel campo sanitario, oggi incomba su qualsiasi individuo e sulla stessa specie umana.

Prima di entrare nel vivo del mio argomento, desidero subito dare una notizia: mentre l'ultimo comunicato ufficiale, che abbiamo letto sui giornali qualche minuto fa, del Comitato nazionale per l'energia nucleare denuncia il persistere di un tasso relativamente elevato di radioattività atmosferica, in alcune regioni italiane (ovviamente ho avuto l'autorizzazione a fare questo annuncio dagli studiosi che conducono l'inchiesta), ed in particolare nella regione pugliese, si sta constatando un aumento di deformità con-

genite dal 1956 ad oggi, deformità che in particolare riguardano gli arti inferiori: piede torto, lussazione congenita dell'anca.

Gli studiosi che conducono questa inchiesta (di cui farò subito i nomi per maggiore chiarezza, perché non mi siano attribuite reticenze, scarsezze, insufficienze o falsità di informazioni, come ho avuto il dispiacere di leggere in questi giorni sulla stampa) ritengono che tale fenomeno sia da mettere in relazione anche con l'inquinamento radioattivo dell'atmosfera, per le esplosioni nucleari che si sono verificate in passato e che purtroppo continuano, anzi a ritmo accelerato, nel mondo.

L'università a cui accenno è quella di Bari. I ricercatori sono il professor De Marchi, direttore della clinica ortopedica, ed il professor Santacroce, suo aiuto; l'indagine clinico-statistica fu diretta in passato dal professor Calogero Casuccio, attuale direttore della clinica ortopedica dell'università di Padova, ed è condotta con criteri rigorosamente scientifici, come è norma degli scienziati che la stanno realizzando.

Desidero chiedere al Comitato nazionale per l'energia nucleare se era a conoscenza di questa indagine. Se lo era, perché non l'ha resa di pubblica ragione? (*Interruzione del deputato Bucalossi*). Non posso accettare le sue affermazioni, onorevole Bucalossi, se non sono suffragate da documenti scientifici. Del resto, non mi pare di aver visto alcuna sua pubblicazione in merito alle malformazioni cui sto accennando. Credo che sia regola fondamentale di uomini responsabili e di studiosi esaminare prima i lavori pubblicati, e poi dire la propria opinione. (*Interruzione del deputato Bucalossi*).

Una voce a sinistra. Ci parli di quella donna.

DE MARIA. Non cominciamo a parlare di un argomento quando io parlo di un altro, come cercate di fare voi comunisti mescolando i fatti e confondendo le idee. Un minimo di onestà, colleghi! (*Proteste a sinistra*).

Chiedo, dicevo, al Comitato nazionale per l'energia nucleare se era a conoscenza di queste indagini, e quindi delle ipotesi che le determinano. Lo chiedo perché nel comunicato che esso ha emesso domenica scorsa, e che mi riguarda personalmente, tale Comitato: 1°) ha lamentato che io non abbia denunciato ad esso il caso di probabili conseguenze da contaminazioni radioattive di cui ero venuto a conoscenza; 2°) mi ha accusato di leggerezza scientifica per avere espresso il parere che, in base alle mie conoscenze del caso, la mal-

formazione congenita in esame potesse essere attribuita alla contaminazione radioattiva cui era stata esposta la madre durante la gestazione (nei primi mesi).

Ovviamente, l'avere accanto a me nella formulazione dell'ipotesi dell'influenza della radioattività, sia pure in altre deformità congenite, degli illustri cattedratici, è per me motivo di grande conforto. È per questo, onorevoli colleghi, che ho desiderato citare queste ricerche. Desidero che la mia dignità di uomo prima, di parlamentare dopo, e quindi di studioso e di medico non sia messa in dubbio da articoli de *L'Unità* (*Proteste a sinistra*) ed anche di qualche altro giornale, che ha poi la grande vaghezza di attribuire a me altre assiomatiche frasi ed opinioni che non ho mai pronunziato o espresso.

CLOCCHIATTI. Neanche alla televisione?

DE MARIA. Voi siete abituati a confondere sempre le carte in tavola. Cercate piuttosto, una volta tanto, di osservare un minimo di onestà. (*Proteste a sinistra*). Siete sempre gli stessi!

Desidero intrattenere la Camera (e la intratterrò: avete voglia di gridare e di protestare: citerò i dati dei vostri scienziati russi, coloro che per voi sono maestri infallibili) sul grave pericolo che alla collettività italiana, all'umanità intera deriva dall'aumentata radioattività atmosferica per le diciannove bombe atomiche che l'Unione Sovietica ha fatto esplodere. (*Proteste a sinistra*).

Cito subito le fonti cui ho largamente attinto. Le pubblicazioni del professor Perussia, dell'università di Milano, del dottor Serra, del centro di biologia e del centro di genetica umana della stessa università di Milano, dell'ingegnere nucleare Volta, ancora dell'università di Milano. Soprattutto, colleghi dell'estrema sinistra, mi è stato di immensa utilità, per l'intervento in quest'aula, il volume che qui vi mostro, edito a Mosca nel 1960, Edizioni in lingue estere, reperibile solo nelle edizioni russa e francese. Il titolo in francese è: *Les dangers des explosions nucléaires*.

L'opera è stata scritta dal professor Kouzine, dottore in biologia, con una prefazione del professor Toptchiev, dell'accademia delle scienze dell'U. R. S. S. I colleghi comprenderanno bene che questo volume, pubblicato nel 1960, voleva mettere in guardia l'opinione pubblica mondiale contro i pericoli derivanti dalle esplosioni nucleari che si erano effettuate per opera soprattutto degli americani. È scientificamente certo che se le esplosioni nucleari, anziché avere una paternità ame-

ricana, ne hanno una russa, il danno che esse provocano all'umanità rimane lo stesso; quindi i dati scientifici citati dal Kouzine, a scopo fortemente polemico nei riguardi degli americani, oggi sono la dimostrazione dei danni che con le sue esplosioni la Russia si appresta a recare all'umanità. (*Proteste a sinistra*). Non capisco perché ve la prendiate tanto per un volume russo che da voi è stato largamente diffuso e che ci è di grande utilità per l'argomento del quale desidero parlare: i pericoli derivanti all'uomo dalle esplosioni nucleari.

CLOCCHIATTI. Parliamo di lei!

DE MARIA. Dalle prime quindici esplosioni effettuate dall'Unione Sovietica abbiamo già avuto nell'atmosfera dei residui radioattivi che superano del 55 per cento quelli delle esplosioni americane del 1957-58, e tutto questo è avvenuto soltanto in un mese. La diciannovesima bomba atomica sovietica, esplosa qualche giorno fa, è della potenza di 10 megaton: ogni megaton è equivalente a un milione di tonnellate di trinitrotoluolo. Essa ha aumentato il già elevato volume della radioattività atmosferica. L'inglese Harwell calcola che per ogni chilogrammo di aria la carica di radioattività tra sei-sette mesi sarà più di cento volte superiore a quella normale.

Debbo ricordare, a questo punto, che soltanto nel 1960 abbiamo avuto l'aria «ripulita», come si dice in gergo fisico, dalle esplosioni americane del 1957-58. (*Commenti a sinistra*).

MONTANARI OTELLO, *Relatore di minoranza*. Ecco la vostra coerenza: ieri tacevate!

DE MARIA. La vostra malafede è al colmo dei colmi. Ci rinfacciate, secondo voi, di aver taciuto, e quando parliamo ecco il frastuono che fate contro di noi. (*Vive, prolungate proteste all'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, qualche interruzione naturalmente è consentita, anzi essa conferisce vivacità al dibattito. Non è ammissibile, però, che si impedisca di proseguire all'oratore; il quale, tuttavia, deve attenersi — a mente dell'articolo 76 del regolamento — all'oggetto della discussione, che è il bilancio del Ministero della sanità.

DE MARIA. Le assicuro, signor Presidente, che citerò dati scientifici, sulla cui esattezza non è possibile nutrire alcun dubbio.

Il professore Giorgi, segretario generale della commissione per la cooperazione geofisica internazionale, mi ha ricordato che nel 1955 la misura del controllo della radioatti-

vità atmosferica fu proposta dagli olandesi per la difesa della salute pubblica, in particolare dal professore Bleeker in occasione dell'anno geofisico. Risposero affermativamente 23 nazioni, tra cui l'Italia; si oppose l'Unione delle repubbliche socialiste sovietiche. La commissione per l'anno geofisico internazionale, fin dal 1958, ha istituito in Italia nove stazioni di misura della radioattività atmosferica, unificate con rete analoga di stazioni dell'aeronautica militare; sono queste che raccolgono i dati, i quali vengono comunicati dal Comitato nazionale per l'energia nucleare. Tali dati stanno denunziando un continuo aumento della radioattività atmosferica che non può non destare allarme per la salute umana, per l'integrità della specie umana; perciò, ripeto, il mio intervento sul pericolo delle radiazioni ionizzanti. Mi permettano i colleghi di ricordare molto brevemente la natura delle stesse radiazioni ed in che cosa esse consistano. La parola stessa dice la peculiare caratteristica di queste radiazioni: ionizzano, cioè, hanno il potere di interagire con la materia con cui vengono a contatto; interagendo con essa, provocano, direttamente o indirettamente, alterazioni atomico-molecolari, con produzione di frammenti elettricamente carichi ed attivi.

Cito i dati che seguono dall'opera di Serra e Volta: *I rischi dell'energia nucleare*. I tipi di radiazione sono di diversi aspetti: particelle alfa (nuclei di elio, dotati di carica elettrica, con piccolo potere di penetrazione ed intensa ionizzazione della zona colpita); particelle beta (elettroni, cioè masse piccolissime con una carica 8 mila volte inferiore a quella delle alfa, ma con potere penetrante maggiore); raggi X (radiazioni elettromagnetiche come i raggi gamma, ma a penetrazione inferiore); raggi gamma (radiazioni elettromagnetiche come i raggi X e che sono quelli che più ci interessano per il loro enorme potere penetrante); neutroni (costituenti del nucleo atomico, senza carica elettrica, con alto potere penetrante, che entrano in nuclei di elementi stabili provocandone la disintegrazione e rendendoli radioattivi; ogni nucleo può assorbire neutroni); infine raggi cosmici (radiazioni ad alta energia e penetranti, da particelle pesanti degli spazi cosmici; vengono assorbiti dagli strati superiori dell'atmosfera, dando luogo a radiazioni diverse, fortemente ionizzanti).

Questi diversi elementi si differenziano, ovviamente, tutti per il modo di interagire con la materia. A noi, come ho già accennato, interessano particolarmente le radiazioni gam-

ma e beta, che ionizzano la materia in cui penetrano.

Le sorgenti di radiazioni ionizzanti possono essere naturali ed artificiali. Quelle naturali sono: gli spazi cosmici, gli elementi radioattivi, con i prodotti di decadimento radioattivo, gli isotopi radioattivi degli elementi stabili (iodio, ecc.) distribuiti non uniformemente nella crosta terrestre, ed i radioisotopi contenuti naturalmente nell'uomo, in misura preponderante per il potassio 40, il carbonio 14, il radio, il radon incorporato nei tessuti. Da tutti questi derivano le radiazioni cosiddette del « fondo interno ». L'assorbimento in trenta anni, per l'uomo, è di 1,3 *rem* per le radiazioni cosmiche, di 2-4,3 *rem* per le radiazioni dal fondo esterno, di 0,5 *rem* per le radiazioni dal fondo interno.

Ci interessano forse di più le sorgenti artificiali. Queste si dividono in tre classi:

1°) Materiali radioattivi ed apparecchi per produzione di radiazioni.

2°) Contaminazione ambientale per sviluppo industriale della produzione di energia nucleare. Nelle centrali termoelettriche nucleari si brucia uranio, o torio, o plutonio. I residui della combustione sono sostanze radioattive. La quantità di essi, da cui dovremo difenderci, sarà proporzionata all'energia nucleare prodotta. Sempre il Serra e il Volta calcolano che nel 1975 vi dovrebbero essere centrali nucleari per 20 milioni di chilowattore, con 10 - 11 picocurie di giacenza di prodotti radioattivi. Si pensi che, eliminando tali residui nel mare, tutte le acque arriverebbero ad avere il limite massimo della concentrazione radioattiva possibile. Ovviamente, contro la sicurezza dei contenitori, che dovrebbero essere a perfetta tenuta di sostanze radioattive, congiurano l'economia, gli incidenti, il tempo.

3°) Infine abbiamo la contaminazione ambientale per l'esplosione di bombe nucleari. Esistono la bomba *A* e la bomba *H*. La bomba *A* è del tipo di quella sganciata sul Giappone, la bomba *H* può essere migliaia di volte più potente della bomba *A*; e mentre per la bomba *A* esiste un limite determinato di questa potenza, per la bomba *H* tale limite non esiste. La bomba *H*, oggi, si usa innescata dalla bomba *A*, e si parla inoltre di quella al neutrone, di potenza superiore di gran lunga a tutte. Quando una bomba nucleare esplode, si sprigiona istantaneamente una quantità enorme di energia, ed il materiale della bomba dà luogo ad un globo pallido di gas a temperatura estremamente elevata, che si espande in tutte le direzioni e riversa calore e radioat-

tività per lunghissimi spazi, mentre l'espansione provoca una tremenda onda di urto. Gli effetti dell'esplosione sono diversi a seconda dell'altezza dalla terra e della distanza da essa. La misura del rischio delle radiazioni all'atto dell'esplosione dipende in gran parte dalla potenza della bomba. Il rischio proviene dalla radioattività della sfera di fuoco, che raggiunge con nubi cariche di prodotti radioattivi la stratosfera, da dove tali prodotti si depositeranno, per caduta, sulla terra.

Circa la contaminazione radioattiva residua per una bomba *H*, la commissione americana per l'energia atomica rendeva noto che il 1° marzo 1954, per una esplosione sperimentale, era stata contaminata un'area di 300 chilometri di lunghezza e 60 di larghezza. Ai margini della zona le persone, assorbendo 300 *rem*, muoiono nella misura del 10 per cento. Avvicinandosi al punto dell'esplosione, a 100 chilometri di distanza, la dose assorbita è già superiore a quella letale. Infine, ancora per cinque giorni dalla esplosione, a migliaia di chilometri di distanza vi è forte sensibilità, soprattutto per le radiazioni gamma.

Le polveri radioattive penetrano nell'organismo umano. Gli isotopi di vita radioattiva lunga (stronzio 90, cesio 137, cesio 144, ecc.), che si depositano sul suolo, entrano presto nel ciclo organico, chimico e biologico, e penetrano nell'organismo vivente. Cadendo sulla terra, il più sovente con le piogge, il radiostronzio 90 è assorbito dal suolo ed assorbito dalle radici delle piante. Gli animali assorbono lo stronzio radioattivo con le erbe di cui si nutrono. Per le sue proprietà chimiche, lo stronzio è molto simile al calcio e lo accompagna, generalmente, nei composti organici degli organismi animali. Si sa che il calcio esiste in proporzioni considerevoli nel latte che, per via di combinazione, viene a contenere dello stronzio. Questo può, quindi, penetrare perfettamente nell'organismo umano. Poiché la maggior parte del calcio introdotto con gli alimenti serve alla formazione ed al rinnovo del tessuto osseo, lo stronzio, che accompagna questo componente dei tessuti viventi, è fissato dalle ossa dello scheletro. Si dice che il tessuto osseo « immagazzina » il radioisotopo ingerito. D'altra parte, l'eliminazione dello stronzio è un processo molto lento.

Vi è poi un altro mezzo di contaminazione dell'uomo: il plancton. Si calcola che nel plancton il tasso di stronzio possa raggiungere un valore di 10 mila volte superiore a quello dell'acqua. Questo elemento radioat-

tivo penetra nel corpo dei molluschi e dei pesci, ed è il motivo per il quale si contaminarono gli abitanti delle isole Marshall. Mi permetto di aprire una parentesi, anche se sarà sgradita a qualcuno. Giustamente il Kouzine protesta contro gli Stati Uniti per il rischio di contaminazione per gli abitanti delle Marshall in seguito alle esplosioni di Bikini. Devo ricordare che gli abitanti delle isole Marshall del Pacifico sono 298. Di fronte ai 298 contaminati dagli americani, vi sono oggi 2 miliardi e mezzo di uomini che rischiano di essere contaminati dalle radiazioni delle 19 atomiche russe.

Riprendo: il grado di radioattività assorbita dallo scheletro è particolarmente elevato per lo stronzio accumulato attraverso l'assimilazione dei commestibili. È da aggiungere che la quasi totalità dello stronzio è assorbita dal tessuto osseo. Il Kouzine ha calcolato che la quantità di radiostronzio assorbito da un grammo di calcio è di 2,7 rem. Ovviamente questo stronzio, assorbito dal calcio immagazzinato nel tessuto osseo, finirà, purtroppo, col darci per la sua azione irritativa — a distanza di un certo numero di anni diversamente determinato dai vari scienziati — il cancro delle ossa.

Non parliamo poi della donna in stato di gravidanza, perché lo stronzio 90 passa attraverso la placenta nello scheletro del feto. Se la donna si trova in stato di allattamento il problema è ugualmente grave, perché la maggior parte del calcio fornito dalla donna al neonato attraverso il latte è ricco di stronzio accumulato attraverso l'immagazzinamento nell'organismo materno. Il Kouzine ritiene che nel 1955-56 la quantità di stronzio 90 legato al calcio ed assorbito durante il primo anno di vita dai bambini abitanti nelle zone esposte alla contaminazione radioattiva fosse molto concentrata ed elevata. Nel 1957, in Giappone, il tessuto osseo dei bambini presentava già da 2 a 4 unità di stronzio. Questi dati sperimentali danno una forte base scientifica alle preoccupazioni che riguardano il grave pericolo, per la sanità dell'uomo, derivante dalle esplosioni nucleari.

PRESIDENTE. Onorevole De Maria, la prego vivamente di attenersi al tema in discussione, e cioè al bilancio della sanità, anche perché ella ha ormai superato il limite di tempo assegnatole.

DE MARIA. Al lume delle conoscenze acquisite, occorre prevedere tutti i rischi che l'incolumità degli esseri umani corre per il pericolo della contaminazione radioattiva.

Desidero ricordare agli onorevoli colleghi che Einstein, prima di morire, disse che l'umanità aveva già scoperto i mezzi tecnici per annientare completamente il suo diritto alla vita. E al suo ricordo si associa quello di Russel e di Joliot-Curie, che anche per iscritto hanno denunciato il pericolo per l'esistenza stessa della specie umana rappresentato dall'aumentata radioattività, derivante dall'uso indiscriminato dell'energia atomica.

Il Kouzine ritiene che lo scheletro umano possa arrivare ad assorbire 810 rem in seguito alle esplosioni nucleari. Tale assorbimento provoca una devitalizzazione continua del tessuto osseo ed è causa della formazione di tumori maligni, cioè degli osteosarcomi, come già si è detto. È stato dimostrato che, nei paesi dove gli effetti delle radiazioni sono stati maggiormente studiati, perché vi si sono verificati, si è avuto un numero di casi di osteosarcoma da sette a otto volte superiore rispetto alla norma.

I colleghi ricorderanno che gli organi «critici» per l'uomo, quelli più particolarmente sensibili all'assorbimento di radioattività, sono gli organi emopoietici, il cristallino e le gonadi. Questo ci interessa perché gli effetti ionizzanti della radioattività sono di diversa specie: somatici e genetici. Gli effetti somatici immediati sono quelli ad azione immediata, come la morte e le lesioni gravi, ferite, ustioni ecc. Circa gli effetti somatici tardivi denunciammo il sarcoma delle ossa, il cancro, la leucemia, casistica, questa, largamente studiata negli irradiati del Giappone. Gli effetti delle radiazioni possono manifestarsi anche dopo qualche generazione e ciò, ovviamente, costituisce un pericolo per l'intera umanità. Tra gli individui irradiati, poi, si denuncia un aumento dei casi di malattie infettive. A proposito della diminuzione della durata della vita e della senilità precoce, richiamo la vostra attenzione sul grave nocimento che viene dalle piccole dosi accumulate dall'organismo.

Circa i limiti di tollerabilità delle radiazioni da parte dell'organismo umano, ed i provvedimenti di sicurezza da adottare, sarebbe desiderabile qualche chiarimento da parte del Comitato nazionale per l'energia nucleare. Crediamo che la politica dello struzzo non possa tornare di vantaggio ad uomini responsabili.

Oltre all'invecchiamento precoce, l'irradiazione a piccole dosi, somministrata in una o più sedute, porta il raggrinzimento della cute, l'obesità, l'impotenza, la morte prematura. L'invecchiamento delle cellule (se-

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

condo i risultati ottenuti dal Lorenz con le radiazioni prolungate in vari animali) è in funzione della dose assorbita. Si calcola che l'assorbimento di un *rem* accorci la vita di un uomo da 5 a 15 giorni. Le statistiche denunciano, per i radiologi, una durata media della vita più breve di 6 anni rispetto agli altri medici non esposti a radiazioni ionizzanti. Una bomba di vari megaton dà, in un raggio di 25 chilometri, una contaminazione così forte, per i residui radioattivi, che la dose assorbita in 36 ore è mortale. A distanza da 300 a 350 chilometri dal punto dell'esplosione, le dosi varieranno da 200 a 300 *roentgen* e il « male da raggi » provocherà nell'organismo umano un'azione duratura, che condurrà ad una senilità precoce e a morte prematura (Kouzine).

Se la radioattività dovesse continuare a crescere con il ritmo del 1958-59, secondo il Kouzine avremmo, in trenta o quarant'anni, un numero più che triplo di casi di degenerazioni cancerighe dei tessuti umani. Secondo lo studioso russo, cioè, se le esplosioni continuassero come nel periodo 1957-1959, 40 mila persone all'anno, per ogni milione di uomini, morirebbero di cancro delle ossa, mentre attualmente ne muoiono 10 mila su un milione. Analoghe considerazioni valgono per la leucemia. Esperienze fatte su cani dimostrano che gli animali irradiati con lo stronzio 90 hanno una vita di dieci volte inferiore a quella dei non irradiati. Dobbiamo, purtroppo, ritenere che altrettanto avvenga per la specie umana.

Insomma, la tendenza ad aumentare il numero delle esplosioni e, in genere, il potenziale atomico, si traduce in un aumento di possibilità di malattie e in una diminuzione della vitalità dell'uomo; né possiamo valutare appieno la gravità degli effetti che già oggi le esplosioni nucleari stanno provocando con i loro residui radioattivi.

A proposito delle malattie infettive, nota il Kouzine che viene compromessa brutalmente la resistenza dell'organismo, attraverso la riduzione della produzione di anticorpi i quali, come è noto, danno all'organismo una maggiore capacità di resistenza contro i germi patogeni. Infatti le radiazioni distruggono nel sangue la properdina, proteina plasmatica indispensabile per l'immunità naturale.

Le radiazioni provocano inoltre fenomeni di fragilità capillare, ed una permeabilità abnorme della mucosa gastrica, della pelle e delle altre parti del corpo maggiormente esposte alle infezioni. Nel « male da raggi » le vittime muoiono per infezioni divenute letali,

appunto per l'affievolimento delle difese dell'organismo.

A proposito delle turbe dell'attività nervosa, ancora secondo studiosi russi, quali il Farkhanov, il Bakine, il Koupalov ed altri, nell'individuo irradiato abbiamo turbe gravi dell'attività riflessa condizionata e dell'elettrogenesi cerebrale.

Particolare preoccupazione destano i danni che possono derivare alle generazioni future. Desidero ricordare al riguardo qualche dato di biologia. Secondo le ipotesi più accreditate, le mutazioni della specie umana avvengono, anche spontaneamente, in seguito alla radioattività naturale che l'uomo assorbe dall'atmosfera. I colleghi comprenderanno che se questa radioattività naturale aumenta di due, di tre e persino di dieci volte, come purtroppo oggi si verifica, le mutazioni naturali raddoppieranno, triplicheranno e così via. Questo genere di mutazioni è sempre sfavorevole e, in base alle note leggi di Mendel, esse hanno carattere dominante.

Queste mutazioni sono state osservate da numerosi autorevoli studiosi, i quali hanno messo in evidenza il carattere peggiorativo di esse. In altre parole, avremo un maggior numero di individui che deviano dalla norma della specie umana. Ovviamente questi effetti genetici sono, tra tutti, i più gravi tra quelli provocati dalle radiazioni ionizzanti. Essi riguardano la stessa integrità della specie umana. La stessa fecondità diminuisce negli animali irradiati. Secondo Graevski e Chapiro la morte dell'embrione è il risultato più frequente della irradiazione in gestazione. Durante l'organogenesi di base, allorché il giovane embrione differenzia i suoi tessuti ed organi, le radiazioni determinano gravi malformazioni. Nella specie umana tale organogenesi è molto precoce, ed avviene nei primissimi mesi della gestazione. A Nagasaki e a Hiroscima abbiamo avuto un considerevole aumento del tasso di mortalità tra neonati, la produzione di individui mostruosi, il ritardo nello sviluppo generale e ponderale dei nuovi nati.

Nel 1925 Nadson e Filippov dimostravano per primi che le emanazioni del radio provocavano mutazioni nell'individuo. Nessuno può dubitare, come s'è già detto, che una parte delle affezioni ereditarie più gravi, sopravvenute « spontaneamente », si debba alla radioattività assorbita. Statisticamente, dall'1 al 4 per cento dei neonati sono portatori di anomalie ereditarie; se la popolazione riceverà una dose capace di raddoppiare il tasso attuale di mutazione, la per-

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

centuale di anormali mostruosi potrebbe essere raddoppiata.

La commissione per la difesa civile degli Stati Uniti ricordava che, se dovessimo avere lo scoppio di 200 bombe *H*, noi avremmo 36 milioni di morti e 57 milioni di feriti. E secondo il Kouzine, continuando con le esplosioni atomiche del 1957-58, alla fine del secolo su 10 milioni di persone 218 mila sarebbero leucemici, 40 mila affetti da cancro delle ossa, e 96 mila sarebbero bambini tarati (mostri): un totale di 354 mila individui, i quali rappresentano una somma di sofferenze che piomberebbe sull'umanità per gli esperimenti nucleari, se gli uomini non li interromperanno.

Cosa può accadere all'umanità se si continua a gravarvi con questa nuova forza, capace di distruggere l'opera di molti millenni di evoluzione culturale e di uccidere tutto ciò che vive sulla terra? (*Commenti a sinistra*). Questo pericolo così grave non possiamo trascurarlo, perché colpisce le generazioni future, le quali sconteranno con la propria vita quanto oggi viene da noi compiuto a loro danno. Vi sono studiosi che dicono che le intere generazioni di domani, i bambini di oggi, sono minacciati nel loro diritto alla vita.

Tutto questo ai colleghi dell'estrema sinistra non interessa. Essi cercano di speculare su di un episodio che occasionalmente in questi giorni ho denunciato per dimostrare come il pericolo delle radiazioni atomiche non sia qualcosa di ipotetico, ma sia una tragica realtà.

E vengo a ricordare l'episodio.

Un giorno una signora fa un viaggio oltre cortina, e si ferma per alcuni giorni in una centrale atomica a Mosca. È all'inizio della gravidanza: successivamente la gravidanza continua con alcuni disturbi. Al termine, il parto non va bene: nasce un bimbo con aplasia dei genitali esterni ed atresia (assenza) dei globi oculari. Il bimbo muore dopo poche ore dalla nascita. Poiché sono da escludere lue, malattie veneree, tare ereditarie e malattie infettive durante la gestazione, dai sanitari, per esclusione delle altre cause possibili, si attribuiscono le malformazioni congenite del feto all'irradiazione subita dalla madre.

Si ricordi che la dose-soglia per la madre dannosa per il feto non è determinata. Casi di malformazioni congenite del neonato, per irradiazione della madre, sono descritti in letteratura: si ricordino i due casi di anencefalia registrati ad Hiroscima. A

proposito delle conseguenze della radioattività, ho ritenuto utile citare questo caso clinico. Per la mentalità professionale del medico, ovviamente, ho riferito solo i dati clinici interessanti. Debbo deplorare, anzi, che una parte della stampa, oltrepassando i limiti che la libertà deve imporsi, abbia indagato sui nomi e su circostanze personali che non hanno riferimento al bene comune, il quale soltanto si deve cercare di realizzare.

Per avere io rilevato questo caso, *L'Unità* e il *Paese-Sera* mi hanno dato del menzognero, mentre il C. N. E. N. ha voluto inspiegabilmente minimizzare il fatto, cercando di gettare discredito sul denunziante.

Comprendo *L'Unità* ed il *Paese-Sera*: se la visita alla centrale nucleare fosse stata effettuata negli Stati Uniti, la colpa sarebbe stata degli « assassini americani » e De Maria avrebbe fatto opera di redenzione, denunciandola; poiché, viceversa, la visita è stata effettuata a Mosca, vi era un'unica soluzione: negare i fatti e dare del menzognero a De Maria.

Torno ad affermare pubblicamente la verità di quanto ho detto. La calunnia comunista non potrà annullare questa, come tutte le altre verità, che denunciano le sciagure che essi provocano all'umanità.

Ma per il Comitato nazionale per l'energia nucleare il problema diventa diverso. Esso non era chiamato in causa: si ha l'impressione che, poiché non conosceva il caso, ritenendo di possedere la privativa della conoscenza dei fenomeni radioattivi nel nostro paese e non potendolo negare, l'abbia voluto minimizzare. Trovo strana questa maniera di voler negare la verità soltanto perché si è ignoranti di essa.

Ed ecco le puerili accuse del C. N. E. N.: De Maria si è contraddetto. Ma essi non hanno mai richiesto il mio parere, hanno ricavato i dati da diversi giornali, li hanno male riuniti e, poiché secondo loro tutto non combaciava perfettamente, hanno concluso che De Maria si era contraddetto.

I giornali, ovviamente, non parlano un linguaggio rigorosamente scientifico, ed io non mi rivolgevo ad un congresso di scienziati, davanti al quale avrei usato altri termini, con relativa documentazione.

Il C. N. E. N. ha detto che io invocavo il segreto professionale per scusare delle reticenze. Ma la mia discrezione si doveva a motivi di natura etica, al rispetto che si deve alla sanità della famiglia ed al dolore di una madre. Se poi mi si incolpa, come fa il C. N. E. N., di leggerezza scientifica e di interpreta-

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

zione arbitraria, dopo avere esaminato il caso, cito quelli analoghi che la letteratura medica descrive a proposito di malformazioni congenite per irradiazioni atomiche. Ricordo ancora gli stessi studiosi russi, che vi invito a leggere. (*Interruzioni all'estrema sinistra*). Scrive il Kouzine: « Durante l'organogenesi di base, allorché il giovane embrione differenzia i suoi organi e tessuti, l'esposizione alle radiazioni determina in generale delle malformazioni. Ed aggiungo che queste si traducono in mostruosità, in microencefalie, atresia dei globi oculari, ecc. ». Poiché, in questo caso, clinicamente mancavano altre cause che possono determinare malformazioni congenite, e si è verificata, in periodo e modo determinante, quell'esposizione alle radiazioni che dà le malformazioni riscontrate, era logico e scientifico attribuire tale effetto a questa causa. Noi non diciamo, signori del C. N. E. N., che le malformazioni dipendano solo da fenomeni di questa natura, ma diciamo che dipendono anche da essi. (*Interruzioni all'estrema sinistra*). D'altra parte come poteva il C. N. E. N. discutere un caso che non conosceva? Il C. N. E. N., *L'Unità*, il *Paese-Sera* peccano essi contro la scienza, perché affermano, in nome della scienza, essere impossibile ciò che si ha scientificamente fondatissimo motivo di ritenere possibile.

E, parlando di possibilità, non parlo di certezza assoluta, come mi si è attribuito. Io ritengo che nel campo della biologia non si possano avere delle certezze assolute e categoriche. Le scienze biologiche si servono validamente anche di ipotesi e di logiche congetture. Pertanto, io non potevo dire, come si è affermato, che avrei portato documenti matematicamente inconfutabili. Ho semplicemente indicato un caso clinico ... (*Interruzioni all'estrema sinistra*). Onorevoli colleghi, la certezza assoluta non appartiene alla biologia! La scienza vive delle sue esperienze, delle sue probabilità, che acquistano fondamento. (*Interruzione all'estrema sinistra*). Stia tranquillo, onorevole collega, che dal lato clinico quanto io affermo risponde alla realtà, e lo ribadisco come uomo, come medico, come deputato! Ripeto, sono sicuro delle mie affermazioni! Nel caso che ho indicato, l'unico motivo imputabile alla malformazione congenita era soltanto quello. Non potevano esservene altri!

Voci all'estrema sinistra. Lo provi!

DE MARIA. Ma voi credete che la scienza sia matematica? In tal modo dimostrate soltanto la vostra ignoranza nel campo scientifico. (*Proteste all'estrema sinistra*).

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, non interrompano! Il collega De Maria, prendendo occasione da questo episodio, ha fatto opera utilissima, perché tutti coloro che amano la scienza, e dimostrano che una guerra combattuta con le armi di oggi significherebbe la distruzione dell'umanità, rendono un grande servizio alla causa della pace. (*Applausi al centro*).

DE MARIA. La ringrazio.

PRESIDENTE. Avrei potuto anche far rilevare all'oratore che stava andando fuori del seminato, e che si sarebbe dovuto parlare di questa questione nel caso che l'oratore avesse richiesto al Governo, ad esempio, di essere più sollecito nel difenderci dai missili e dagli effetti di queste armi. (*Applausi all'estrema sinistra*). Voglio soltanto tornare ad invitare l'oratore a rimanere all'argomento di questa discussione.

DE MARIA. Signor Presidente, la ringrazio per aver centrato l'argomento, cioè per aver sottolineato al Parlamento italiano ed all'opinione pubblica che lo scopo del mio intervento è di sensibilizzare l'opinione pubblica italiana nei riguardi del pericolo delle radiazioni ionizzanti, al fine di un opportuno intervento a difesa della popolazione.

In secondo luogo desidero rilevare che, se ho parlato di un caso clinico da contaminazione radioattiva, l'ho fatto perché avevo i documenti clinici che mi autorizzavano a parlare.

In terzo luogo desidero ricordare che, per quanto riguarda la difesa contro il pericolo della radioattività atmosferica, ho avuto l'onore di presentare una interrogazione alla Camera. In quella sede tratterò di questo argomento, che oggi non intendo trattare.

Concludendo, desidero ricordare uno degli ultimi atti di Hammarskjöld. Quando si presentò una richiesta da parte di 9.235 scienziati, rappresentanti 44 paesi, per la sospensione degli esperimenti atomici, egli disse: « Lo studio del pericolo serva al progresso della pace ». Ritengo che sarà più che opportuno che a questa invocazione degli scienziati di 44 paesi uniamo l'appello del Parlamento italiano. Lo studio dei gravi mali, da me ricordati, che può cagionare all'uomo l'uso indiscriminato dell'energia atomica serva a farci desistere dagli esperimenti, per rivolgerla a interessi di pace, non a scopi bellici di distruzione, di rovina, di catastrofe per l'umanità.

Lo Schweitzer, un medico che ha fatto della sua vita una missione di bene, ha affermato che l'umanità può provocare la sua

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

distruzione attraverso l'uso bellico dell'energia atomica.

Onorevoli colleghi, desidero ricordarvi una realtà molto semplice, che ci viene insegnata dalla storia. Tutti i potenti hanno avuto il culto della morte; le piramidi erano monumenti funerari dimostranti la schiavitù dell'uomo. Vi è una idolatria della morte: «gli dei hanno sete di sangue», dicevano i pagani. Ma il cristianesimo ha portato la vita: Cristo è morto, Lui, per dare la vita. I potenti che oggi minacciano di usare l'energia atomica per la distruzione dell'umanità sono degli adoratori del male e della morte: contro di essi insorga l'umanità per garantirsi il diritto alla vita ed al bene. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

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

CAPUA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nel breve tempo che è stato messo a mia disposizione farò alcune considerazioni sul bilancio del Ministero della sanità che è oggi in discussione.

Mi si permetta una premessa. Non è possibile discutere una relazione di centoventi pagine nel breve spazio di tempo assegnato dalla Presidenza (mezz'ora); non è possibile continuare a discutere i bilanci in questa maniera.

Le nubi che si addensano all'orizzonte ci fanno prevedere una non lunga durata di questa legislatura. Essa è stata la prima dalla costituzione dello Stato italiano che ha avuto la possibilità di discutere a parte e con una Commissione propria i problemi dell'igiene e della sanità. È pertanto di particolare importanza poter rilevare quanto si è potuto fare in questo triennio, non dico nella risoluzione, ma almeno nell'impostazione di alcuni importantissimi problemi che ci siamo proposti.

Devo qui congratularmi vivamente con l'onorevole Sorgi, dandogli atto di aver saputo affrontare con deciso coraggio, nella sua relazione, tutti i problemi, e denunciare gravi pecche, molte delle quali esulano indubbiamente dalla responsabilità del potere esecutivo. La relazione dell'onorevole Sorgi acquista in certi momenti la durezza di una vera e propria requisitoria, anche se conclude con la assoluzione.

Convengo con il relatore per la maggioranza quando afferma che malattie, ignoranza e povertà sono i più gravi ostacoli all'evoluzione sociale. Dobbiamo tutti però amaramente riconoscere che mentre ingenti mezzi e piani particolareggiati sono stati predisposti ed in

parte attuati per combattere l'ignoranza e la povertà, indubbiamente notevoli nelle zone depresse del nostro Stato, nessun coraggioso piano è stato finora attuato e neppure adombrato per affrontare il problema della malattia e, cosa ancora più importante, il problema della prevenzione della malattia.

È frase comune, indubbiamente determinata dalla rispondenza pratica del concetto, che prevenire costi meno che curare. Orbene, noi viviamo in uno strano paese, nel quale (sia detto senza offesa per alcuno) logica e senso comune pare facciano molte volte a pugni. Non abbiamo molti mezzi per affrontare il problema della salute pubblica; tuttavia anche questi mezzi li continuiamo a disperdere per mille rivoli, occupandoci di molti e piccoli programmi di terapia, senza affrontare organicamente il grosso problema della lotta contro le malattie che realmente incidono sull'economia del cittadino e dello Stato, e tanto meno quello della loro prevenzione.

Questo è uno dei più gravi difetti del nostro sistema. Di questo argomento abbiamo discusso molte volte, sia nella nostra Commissione di sanità sia nella discussione dei precedenti bilanci. Per muovere delle critiche, mi basterà riferirmi ad una piccola parte di quanto è affermato dall'onorevole Sorgi nella stessa relazione di maggioranza: emerge da essa che nel bilancio in corso soltanto 1.700 milioni circa sono stati assegnati in più alla sanità. Il relatore denuncia duramente il fatto, e poi subordinatamente trae motivi di consolazione dalla constatazione che tuttavia rispetto al 1959 vi è stato un incremento di 11 miliardi.

Alla luce di questi fatti bisognerebbe dare atto al Ministero della sanità che con i mezzi che ha a disposizione potrà continuare a discutere i problemi, ma avrà ben poca possibilità di affrontarli e risolverli.

Risulta però anche dalla relazione (cosa del resto ben nota, perché già denunciata da tempo) che se andiamo ad analizzare tutte le spese di carattere sanitario sostenute dai vari organi dello Stato per l'attività medica generica e per l'assistenza mutualistica, con l'incremento di spesa che certamente vi è stato nel 1960, raggiungiamo la non indifferente cifra di mille miliardi.

Se andiamo a leggere l'elenco di coloro che dispongono per la spesa, vediamo che sono citati tutti i ministeri, oltre agli organi provinciali ed al complesso sistema mutualistico, nel quale dal punto di vista del coordinamento vige la più assoluta anarchia.

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

Sono lieto di constatare quanto l'onorevole Sorgi afferma in proposito nella sua relazione, perché ricalca, oso dire quasi letteralmente, quanto ebbi a dire in un mio passato intervento pronunziato alla Camera durante la discussione del bilancio del 1959.

Non so se l'onorevole Sorgi fosse allora presente, ma oggi egli ribadisce gli stessi concetti da me espressi, quasi con le stesse parole; sarà forse la realtà che s'impone alla attenzione degli osservatori più sereni; comunque sono lieto di costatare il fatto.

Ebbi allora ad affermare che occorreva immediatamente provvedere al riordinamento dell'assistenza sanitaria in Italia, e che ciò poteva essere fatto soltanto in base ai compiti che il Ministero della sanità già aveva, ed ai nuovi che gli si sarebbero dovuti attribuire in correzione alla legge istitutiva del Ministero stesso.

Emerge in maniera inequivocabile dalla relazione al presente bilancio che non è più possibile programmare gli interventi in materia di sanità pubblica per settori o peggio per compartimenti stagni; occorre un indirizzo unitario, il quale soltanto può permettere il razionale impiego dei non pochi mezzi che vengono impegnati nella battaglia per la salute pubblica.

Afferma il relatore che « occorre condurre una decisa e ragionata azione per sensibilizzare l'intero Parlamento ed il Governo, le burocrazie e l'opinione pubblica alla realtà della situazione »; e premette che « l'unità di indirizzo » postula « l'unità di responsabilità », per affermare poi che « un compito particolare in quest'azione certo spetta a tutti i componenti la Commissione per l'igiene e la sanità ». È la nostra Commissione quindi che, secondo il relatore, ha principalmente il compito di porre tali quesiti. Orbene, qui è necessario stabilire un punto fermo: la Commissione di igiene e sanità della Camera dei deputati, indipendentemente dal colore politico dei suoi componenti (e qui ritengo di potermi esprimere a nome di tutti i componenti della Commissione, dall'estrema destra all'estrema sinistra) già da tre anni si sta decisamente battendo per questa causa, senza aver per altro visto fino ad oggi alcun risultato.

A questo punto bisogna dare assicurazione precisa all'onorevole ministro del nostro intendimento di proseguire in questa battaglia, e della netta solidarietà da parte della Commissione tutta — almeno in questo indirizzo di « unità di responsabilità » — affinché egli ne tragga le opportune conseguenze.

Debbo però qui, con disappunto, riferirmi a quanto è scritto nella relazione di maggioranza, e chiedere all'onorevole ministro se ne condivida le affermazioni. Il relatore per la maggioranza scrive infatti che il ministro ha già questi poteri! Egli dunque afferma: « Avvalendosi di questi poteri, il Ministero della sanità può emanare istruzioni vincolanti per raggiungere al più presto: a) un coordinamento intermutualistico e con altri enti assistenziali per rendere chiara e di facile accesso al cittadino la catena della salute; b) un allineamento degli enti verso omogenei criteri assistenziali, con superamento delle attuali disparità esistenti in merito alle prestazioni, ai rapporti coi sanitari, alle condizioni ed ai limiti con cui vengono variamente considerate alcune malattie, e specialmente i gravi eventi; c) un inizio di inserimento delle mutue e della loro cospicua organizzazione sanitaria nell'ambito della medicina preventiva; d) una piena collaborazione delle mutue fra loro e con altri enti pubblici e con gli ospedali per evitare duplicazioni nella distribuzione territoriale di presidi sanitari, ed ottenere da tutti loro insieme lo sforzo comune per una organica e moderna rete di servizi ».

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Non ho questi poteri!

CAPUA. Bisogna allora riconoscere che il relatore per la maggioranza è male informato e fa affermazioni che non rispondono alla realtà.

SORGI, *Relatore per la maggioranza*. La legge è quella, ed io ne ho citato gli articoli.

CAPUA. Lo so, onorevole relatore; e appunto perciò non so spiegarmi questa divergenza di opinione tra lei e l'onorevole ministro.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. La formulazione della legge non è sufficiente.

CAPUA. Questa sua dichiarazione, che la formulazione della legge non è sufficiente, dà in buona parte ragione all'affermazione dell'onorevole Sorgi; e mi permette di dire, altresì, che quella legge, onorevole ministro, è uno strumento che, come tutti gli strumenti, suona secondo la mano che lo fa suonare.

Se ella, onorevole ministro, adottasse qualche provvedimento e prendesse qualche iniziativa aderente più allo spirito che non (forse) alla lettera della legge a cui lei accenna, per fare infine un passo avanti, sappia che avrà l'intera Commissione igiene e sanità solidale con lei. Purché qualcosa di nuovo si faccia; ché altrimenti avremo ben poca probabilità di progredire nel senso auspicato.

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

È necessario che io riporti qui quanto già ebbi a dire nel 1959: « Una è stata la voce unanime; questa materia va affrontata in maniera unitaria e con un profondo riordinamento. Al Ministero della sanità spetta un compito particolare: il riordinamento dell'intero settore previdenziale e mutualistico. E il relatore, pur mettendo in guardia tutti contro un monismo semplice e semplicistico, poiché vi sono pluralità di obiettivi e di condizioni lavorative con le relative problematiche, conviene su alcuni punti essenziali: necessità del passaggio dell'assistenza sanitaria mutualistica con la relativa tutela sotto la competenza del Ministero della sanità, indirizzo di unificazione degli enti intesa vuoi come unificazione amministrativa, vuoi, meglio ancora, come unificazione di intenti per risolvere i vari, complessi problemi che ne derivano ».

Ora, se ella ben ricorda, onorevole ministro, parlando io nel 1959, e preoccupato dalla impossibilità di monismi semplici e semplicistici di difficile attuazione, proposi in via subordinata un comitato di ministri che affrontasse solidalmente il problema delle direttive da dare alla sanità; e proposi altresì la costituzione di un consorzio obbligatorio di tutti gli enti, a cui fosse devoluto un compito di coordinamento delle attività attinenti non soltanto alla cura, ma anche alla prevenzione, che è uno dei compiti più importanti. Ciò sostenevo in base al concetto che ad ogni ente conviene, nell'ambito del suo programma di spesa, cominciare col prevenire, in quanto così facendo potrà successivamente risparmiare in misura notevole nelle spese di cura.

Oggi con parole pressoché simili il relatore mi dà ragione, e sono lieto di poterlo constatare.

Devo però qui affermare altresì che per affrontare in maniera radicale il problema della prevenzione e della cura non basta una fusione delle responsabilità sotto l'egida del Ministero della sanità, ed un coordinamento obbligatorio di tutto il sistema dell'assistenza, a cominciare dall'Opera nazionale maternità ed infanzia: occorre anche, a parer mio, cominciare ad affrontare con coraggio alcuni concetti base dell'assistenza italiana, che l'esperienza ci ha dimostrato non essere stati edificati su solide fondamenta.

Nel parlare di esperienza, intendo riferirmi alle esperienze nostre ed a quelle di altri paesi, siano essi ad impostazione politica tipicamente democratica, siano essi al

di là della « cortina » ad impostazione politica totalitaria. Ciò sta a dimostrare che io non sono qui a criticare un sistema politico; critico soltanto un sistema di intendere la mutualità che ha dimostrato i suoi difetti in tutti i regimi politici.

Ho dovuto affrontare di recente questo argomento alla presenza di molti autorevoli colleghi della Commissione igiene e sanità, al convegno della stampa medica internazionale in Legnano, dove sono stato relatore per la parte riguardante i problemi dell'assistenza mutualistica. Ho fatto in quell'occasione alcune affermazioni, che vedo, in parte almeno, condivise dal relatore Sorgi.

Leggo infatti nella relazione come in Inghilterra, per frenare le spese per le medicine, si sia introdotto sulle ricette un contributo a carico degli assistiti; come l'Unione Sovietica, per evitare gli sperperi, abbia addirittura abolito la gratuità di quasi tutte le medicine nelle cure domiciliari. Trovo nella relazione l'affermazione di quanto gli enti disperdono nel « festival delle piccole avventure morbose », e la dichiarazione che le diverse esigenze debbono trovare il punto di incontro nella comune volontà di assistere il cittadino realmente nel suo momento di maggior bisogno. Ed ancora: che è necessario imporre a tutto il sistema una maggiore considerazione dell'importanza fondamentale dell'assistenza ospedaliera, il cui intervento sociale e sanitario ha dovuto essere sottovalutato a vantaggio della polverizzazione dell'assistenza nei mille e non sempre controllati piccoli interventi.

Leggere nella relazione queste cose mi rincuora, perché anche questo è un argomento che ho trattato al convegno della stampa medica (erano presenti, ripeto, numerosi colleghi della Commissione igiene e sanità) e mi fa piacere trovarne un riconoscimento in una relazione di maggioranza che ha indubbiamente carattere di ufficialità.

In un paese come il nostro, onorevole relatore, che non è ancora tanto ricco da potersi concedere impostazioni demagogiche del sacro concetto dell'assistenza ai bisognosi, intesa come dovere dello Stato e non come beneficenza, occorre avere il coraggio di rivedere alcuni concetti base della tematica della mutualità.

Occorre, a parer mio, cominciare a distinguere nettamente fra assistenza e assicurazione. All'assistenza in genere pochi limiti possono essere posti, in quanto deve essere per sua natura la più larga possibile. L'assicurazione è invece quella previdenza

che il cittadino intende assicurarsi contro quegli eventi-malattia che ritiene per sé e per la sua economia più pericolosi.

Se fossimo ad un livello economico tale da poter offrire assistenza incondizionata a tutti, indubbiamente questo sarebbe l'ideale. Ogni giorno, invece, ci troviamo costretti a discutere di una notevole carenza di mezzi; e la più grave, come risulta in maniera cruda dalla stessa relazione dell'onorevole Sorgi, è l'impossibilità da parte degli enti di pagare secondo i reali valori attuali le degenze ospedaliere, con la conseguenza del grosso marasma che si verifica nell'ambito del servizio ospedaliero stesso (servizio che di fatto può mettere in crisi più d'ogni altro tutto il sistema di cura delle malattie).

In queste condizioni, a parer mio, è ridicolo trincerarsi dietro grosse e vuote parole, che costituiscono più un danno che un progresso: e dobbiamo cominciare a distinguere i cittadini italiani in alcune categorie. Le leggi del nostro paese tendono a livellare quanto più è possibile i redditi; ma allo stato attuale indubbiamente differenze di redditi esistono. Agli effetti del problema che ci proponiamo, questa è l'unica differenza oggi valida per distinguere i cittadini, ai fini delle preoccupazioni che lo Stato deve avere nei loro riguardi.

Allorché si parla di assicurare categorie di cittadini, intese come gruppi di persone esercitanti gli stessi tipi di attività, indipendentemente dalla valutazione del loro reddito, si tende a mettere nello stesso calderone cittadini con gamme di redditi spesso nettamente diversi. Così non si fa altro che appiattire sempre più il sistema, a tutto vantaggio di quelli che più hanno, ed a svantaggio di quelli che meno hanno; perché per quelli l'assistenza mutualistica può rappresentare nell'ambito delle loro possibilità una parte, mentre per questi a volte può rappresentare il tutto. Così si è fatto in Italia per alcune categorie di lavoratori (ad esempio, commercianti, coltivatori diretti, impiegati, ecc.).

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Mancano i ministri competenti: quelli del lavoro e dell'industria e commercio.

CAPUA. Accetto in pieno la sua interruzione, però essa mi sorprende, perché potrebbe far sembrare che ella non si sia ancora reso conto dello sforzo enorme che la Commissione sanità fa ogni giorno affinché ella possa sempre più dichiararsi competente su questi problemi. Se ella continua a dirmi che non è competenza sua, devo concludere...

GIARDINA, *Ministro della sanità*. La prego di leggere il discorso da me pronunciato al Senato.

CAPUA. ...opera et impensa perii!

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Avrei avuto piacere che accanto a me fossero i colleghi del lavoro e dell'industria e commercio. Questo volevo dire.

CAPUA. Ed allora facciamo la prossima discussione del bilancio della sanità di fronte al Presidente del Consiglio, che potrebbe rappresentare solidalmente tutti i dicasteri, considerato che le spese per la sanità sono fatte da dieci o dodici dicasteri diversi, oltre ai vari enti periferici.

Per concludere su questo argomento, affermo che al disotto di un certo limite di reddito bisogna parlare di assistenza, ed al di sopra bisogna parlare di assicurazione.

È nostro dovere ribadire nella coscienza dei cittadini il concetto che tanto più si può puntare al perfezionamento del sistema previdenziale ed assistenziale, quanto più si chiamano in ballo, armonicamente sintetizzate, tre responsabilità congiunte: la responsabilità individuale; la responsabilità familiare; la responsabilità sociale dello Stato. Al lume di queste argomentazioni sono sempre più assertore del concetto, già altre volte espresso, che l'impostazione dell'assistenza va radicalmente riesaminata in modo coraggioso e deciso. Essa non è né può essere oggetto che possa essere scambiato sulle piazze come promessa per voti politici; è qualcosa di veramente sacro, che deve mirare a proteggere coloro che realmente hanno bisogno.

Perciò, mentre mi associo con quanto il relatore afferma sull'assistenza e sulla sua organizzazione, io vado anche al di là, con la speranza che questi miei concetti di oggi possano essere ripresi da qualche altro relatore fra due o tre bilanci, così come oggi ho avuto la ventura di vedere affermati in questa relazione di maggioranza i concetti da me espressi durante la discussione del bilancio del 1959. Con ciò non affermo di aver scoperto qualcosa; quello che io dissi nel 1959, e che il relatore conferma oggi alla lettera, non è una mia scoperta, ma emerge dalla serena osservazione della realtà dei fatti; tutto sta nell'avere il coraggio di dirlo.

Alcune brevi considerazioni voglio fare adesso sul problema ospedaliero, che è quanto mai scottante. La relazione riconosce in pieno la carenza dei posti-letto, la quale se non è di grave entità considerata globalmente per l'Italia, dove vi è un indice globale del 7,5 circa per mille che ci pone tra i paesi

a medio sviluppo, assume però indici di particolare gravità nell'Italia meridionale, dove si rilevano cifre veramente preoccupanti, e che giungono al di sotto dell'1 per mille in Calabria. Il che, per quanto attiene a questa regione, ci pone al livello dell'India o dei paesi africani; e questa è cosa che veramente ci preoccupa e ci umilia.

Varie volte abbiamo dibattuto questo problema in Commissione; e per parte mia ho avuto l'onore di poterlo dibattere anche in Assemblea, allorché si è discussa la mozione sugli ospedali. Si parlò in quella occasione, se ben ricordo, di un piano di 70 miliardi che l'allora ministro dei lavori pubblici aveva pronti, ci preoccupammo perfino di discutere quale dovesse essere l'indirizzo da dare, e quale potesse essere la competenza del Ministero della sanità nel definire l'ubicazione e la ripartizione per specialità dei vari posti-letto. Ne discutemmo per tre giorni. Oggi apprendiamo subordinatamente, dalla relazione del collega Sorgi (poiché non c'è altra fonte autorevole), che sarebbero pronti soltanto 20 miliardi.

SORGI, *Relatore per la maggioranza*. È un altro argomento: è la Cassa per il mezzogiorno, non il Ministero dei lavori pubblici.

CAPUA. Parliamo sempre di ospedali. Allora si discuteva di 70 miliardi che dovevano venire dal Ministero dei lavori pubblici. Polverizzata quella fonte, si parla oggi di 20 miliardi che debbono venire agli ospedali del centro-sud, dalla Cassa per il mezzogiorno. A furia di piani abbiamo costruito un grattacielo che pare manchi soltanto di una cosa: le fondazioni! Sarebbero dunque pronti venti miliardi, dai quali si possono ricavare sì e no settemila posti-letto, se si facessero subito; o qualche migliaio di posti di meno se si dovesse ancora attendere qualche anno, dato che il costo dei posti-letto tende continuamente ad aumentare per l'aumento del costo della vita, ed ancor più per il rapido aumento di costo dei tanti servizi necessari per il buon funzionamento di un ospedale.

Si deve amaramente constatare che questa è come la goccia d'acqua all'assetato, considerati i 70 mila posti-letto ancora necessari in Italia, la maggior parte dei quali dovrebbero trovare ubicazione nel centro-sud. Costatazione che è ancora più amara visto che ci troviamo in un paese che ha speso 70 miliardi per le Olimpiadi, che ha fatto piani mirabolanti per la sistemazione di strade e di fiumi, e che ha dato grossissimi contributi a esposizioni del nord Italia.

Questo piano per gli ospedali, così come ci viene presentato, è semplicemente irrisorio e, oso dire, incivile. Mi riporto a quanto il relatore dice all'inizio della sua relazione: «Malattie, ignoranza e povertà sono i più grossi ostacoli alla evoluzione sociale».

Da ciò deriva un'amara constatazione. È di questi ultimi tempi una grossa e scottante polemica politica con la quale si tende a affermare che l'attuale indirizzo di convergenza è ormai superato; ad esso si vuol far seguire un indirizzo di centro-sinistra, che si propone tra i suoi più mirabolanti programmi una rapida evoluzione del mezzogiorno d'Italia.

Orbene, se per far progredire il Mezzogiorno occorre vincere malattie, ignoranza e povertà, per quanto attiene alla materia di questo bilancio ed in particolar modo agli ospedali, a nome del mio gruppo politico io qui debbo affermare senza tema di smentita che anche in questo settore il partito liberale si è costantemente posto all'avanguardia, prospettando tempestivamente problemi e soluzioni!

Se colpa vi è di questo mancato progresso del Meridione, anche nel settore della cura delle malattie, come negli altri settori, sfido chiunque a dimostrare da banchi di altro colore politico che vi possa essere una sia pur minima responsabilità del gruppo liberale, a nome del quale ho l'onore di parlare. Esiste invece una netta responsabilità di altri settori del Parlamento, e specialmente del Governo, che non ha saputo coordinare la spesa in maniera tale da poter conseguire un soddisfacente risultato.

Non è colpa dei liberali se un piano per gli ospedali non è stato tempestivamente predisposto dal Governo attuale; noi per parte nostra lo abbiamo reiteramente sollecitato, in Commissione ed in aula. Non è colpa dei liberali se, nonostante i nostri reiterati interventi, non si è saputa ancora coordinare la spesa in maniera che il meridione potesse già averne fin da adesso un modesto tangibile vantaggio.

Mettemmo in evidenza, ed è confermato da quanto emerge dalla relazione stessa, che il problema degli ospedali è molto complesso, poiché non dipende soltanto dalla scarsità dei posti-letto. Affinché un servizio ospedaliero possa funzionare, occorre come prima condizione creare il posto-letto; ma vi sono due altre condizioni successive: le entrate sufficienti perché il posto-letto possa mantenersi alla stregua degli attuali costi di esercizio (aumentati per un complesso di necessità tecniche che la stessa relazione di

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

maggioranza mette in evidenza); ed organici efficienti, che diano possibilità al corpo medico di lavorare con serenità e con efficienza.

In questo campo, onorevole ministro, ella ha fatto molto poco. Colpisce la maniera dura e angosciata con cui il relatore mette in evidenza le necessità economiche per il buon funzionamento degli ospedali, ed il poco che è stato fatto, non dico per risolvere, ma almeno per affrontare il problema.

Sappiamo che vi è controversia in atto fra amministratori ed enti per la questione della retta ospedaliera: ed io dolorosamente prendo atto dell'osservazione del relatore — che condivido in pieno — secondo cui la famosa commissione ministeriale all'uopo predisposta, non ha ancora potuto proporre nessuna soluzione soddisfacente. Ed è logico che sia così, perché fino a prova contraria nessuno finora è riuscito ad inventare i quattrini; lo fanno i falsari, ma la legge li punisce duramente.

A questo punto ritorna in ballo la vecchia e già discussa questione della necessità che una seria riorganizzazione ospedaliera in Italia non sia disgiunta dalla necessaria riorganizzazione del mondo mutualistico. Per questo nella prima parte del mio intervento ho dovuto ribadire alcuni punti fermi sulla questione mutualistica. Io sono fermamente convinto di questo concetto espresso (ripeto ancora) sin dal 1959, e che oggi viene valorizzato dallo stesso relatore, allorché afferma che non si può mirare ad una riorganizzazione radicale dei servizi ospedalieri se non si chiama in ballo anche il mondo mutualistico. Pretendere di fare l'una cosa indipendentemente dall'altra è mera utopia.

Tuttavia, nell'ambito di questi promessi venti miliardi di spesa predisposti per nuovi posti-letto, sarebbe opportuno che l'onorevole ministro ci desse notizia dei criteri che intende adottare per la loro distribuzione nell'Italia centro-meridionale. Trattandosi di una cifra molto esigua, bisogna essere cauti ed oculati: e dove i mezzi non sono sufficienti si potrà in parte sopperire con qualche accorgimento.

Oggi che un posto-letto costa oltre due milioni e mezzo, è assolutamente necessario sistemarlo molto accuratamente dal punto di vista topografico, con sistemi che devono essere necessariamente preordinati.

Il relatore accenna ad alcuni di questi criteri, che potrei anche condividere; egli ritiene che debba esserci un vertice nei capoluoghi di provincia, con ospedale completo di reparti specialistici e scientifici; che deb-

bano esservi poi alcuni ospedali zonali (non è precisato se mandamentali o circondariali) prevalentemente con indirizzo medico-chirurgico generico; ed infine una serie di « centri » che nelle zone rurali o nei quartieri periferici delle città dovrebbero riunire l'attività sanitaria dei vari enti, a cominciare dall'Opera maternità ed infanzia, dal servizio scolastico, dai centri di medicina sociale e del lavoro; centri che dovrebbero avere anche una funzione profilattica.

Condivido l'opportunità di questi « centri » comunali; dirò in proposito che nel recente convegno della stampa medica internazionale ho avanzato una proposta analoga, suscitando qualche polemica; ma resto convinto dell'opportunità di accentrare per quanto possibile al livello comunale tutti i servizi sanitari che si esauriscono senza ospedalizzazione, e nei quali potrebbero trovare ottimo impiego il medico condotto e l'ufficiale sanitario.

SORGI, Relatore per la maggioranza. Siamo in sintonia perfetta.

CAPUA. Sono lieto anch'io di constatare questa convergenza di idee. Vorrei soltanto sapere se ella, pur nella veste di relatore, può parlare a nome del Governo o a nome suo personale. È opportuno qui che io precisi di avere già avanzato questa proposta dei « centri » comunali al convegno di Legnano oltre un mese fa, senza avere precedentemente avuto la possibilità di leggere la sua pregevole relazione che ci è stata consegnata (cosa della quale devo dolermi) soltanto alcuni giorni fa. D'altra parte questa sintonia o convergenza è dovuta principalmente al buon senso e, per quanto mi riguarda, ad una trentennale esperienza di professione medica.

Una questione sulla quale richiamo l'attenzione dell'onorevole ministro è la seguente: è necessario fare un raffronto accurato fra il costo d'impianto e di esercizio di un posto-letto in un ospedale decentrato, e la possibilità di un facile e rapido trasporto del malato in un centro ospedaliero attrezzato.

Non voglio qui sottovalutare la funzione importantissima dei piccoli ospedali circondariali, ai quali resta in pieno la funzione di cura medico-chirurgica immediata; però di fronte alle esigenze sempre più complesse della medicina moderna, ed alle necessità sempre maggiori di centri altamente specializzati, noi dobbiamo studiare con sempre maggiore attenzione la possibilità di trasportare rapidamente i malati.

Normalmente, in una buona parte del territorio italiano, un'ambulanza riesce nello

spazio di un'ora a trasportare il malato in un centro bene attrezzato. Dove poi le comunicazioni difettano, si potrebbe ad esempio studiare un rapido servizio con gli elicotteri. Certo è che occorre compiere un accurato studio (forse mai fatto finora) sul costo di gestione e di installazione di un posto-letto periferico assolutamente generico senza possibilità di assistenza specializzata, ed il costo del rapido trasporto di un malato.

BARBIERI ORAZIO, *Relatore di minoranza*. D'accordo sul trasporto; ma sia ben chiaro che i mezzi attuali sono insufficienti.

CAPUA. Sono d'accordo: in materia di trasporto degli ammalati si deve ammettere che il problema non è stato affatto studiato; se fosse stato affrontato con intelligenza e decisione, si sarebbe potuto sopperire sia pure in via subordinata a molte attuali carenze.

Mi risulta che sono state spese centinaia di milioni per creare un Istituto per la medicina del traffico, che ha evidentemente un carattere attinente alla infortunistica. Ora io mi domando se non sarebbe stato più logico, anziché creare un istituto simile (senza che in proposito la Commissione della sanità sia stata consultata, del che debbo profondamente dolermi), dare invece vita ad un istituto il quale si occupasse del traffico della medicina (mi si perdoni il gioco di parole); che si preoccupasse cioè principalmente del trasporto rapido dei malati, distaccando i suoi mezzi a seconda delle difficoltà dell'ambiente e delle necessità locali.

Noi oggi abbiamo l'Istituto della medicina del traffico con parecchie ambulanze, che stanno ferme aspettando che sulle strade succedano degli investimenti; e dall'altro lato vi sono paesini dell'Italia meridionale dove donne attanagliate dai dolori del parto o dalla emorragia *post partum* a volte rischiano la vita in attesa di un'ambulanza che forse arriverà in tempo, e che molte volte non c'è. Spero che l'onorevole ministro voglia prendere in considerazione questo mio suggerimento, specie per l'Italia meridionale.

Sempre in tema di organizzazione ospedaliera occorre qui ricordare, sia pure di sfuggita, quanto molto acutamente ha fatto rilevare il collega Ferrari nella sua relazione sui servizi ospedalieri tenuta al convegno di Legnano: egli ebbe a prospettare un ospedale strutturato come una impresa economica, in concorrenza anche con gli istituti di cura privati. È questa una ipotesi che merita di essere valutata attentamente, specie dall'onorevole ministro della sanità.

Un ultimo commento voglio fare sulla legge ospedaliera: è come l'araba fenice; noi della Commissione sanità della Camera la stiamo attendendo ansiosamente da mesi, così come ansiosamente l'attende tutto il mondo sanitario italiano.

COTELLESA, *Presidente della Commissione*. Il disegno di legge deve essere presentato al Parlamento.

CAPUA. Mi auguro che così sia; fino ad oggi tutti ne hanno avuto conoscenza, fuorché i membri della Commissione sanità. È necessario averla presto per poterla discutere, poiché l'onorevole ministro ha fatto prima ancora della stesura di questa legge tante promesse, tra cui quella del limite dei settanta anni ai primari ospedalieri. (*Interruzione del deputato Bucalossi*).

MAZZA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Come garanzia di vita!

CAPUA. Onorevole Mazza, il suo ministro ha promesso in maniera categorica ai rappresentanti della C. I. M. O. il limite di settanta anni.

Odo qui le proteste dell'onorevole Bucalossi, col quale potrei anche essere d'accordo, purché ci si ricordasse che tutti i cittadini italiani hanno gli stessi diritti di fronte alla legge. Credo che l'onorevole Bucalossi mi abbia già compreso. Comunque ne ripareremo allorché si proporrà la questione.

Nella relazione si parla anche di un'inchiesta parlamentare sulla sanità; mi associo *toto corde*!

COTELLESA, *Presidente della Commissione*. Un'inchiesta sugli ospedali.

CAPUA. Onorevole Cotellessa, non si può esaminare una parte senza avere una visione del tutto; quindi insisto perché si parli di inchiesta su tutti i problemi della sanità. Specialmente perché Parlamento e Governo possano finalmente giungere alla reale conoscenza di problemi che fin'oggi sono stati sottovalutati. E mi riferisco anche al Parlamento, perché le leggi sulle quali come binari cammina lentamente e male il problema sanitario italiano le abbiamo votate noi.

Concludo con l'augurio che il continuo ed insistente appello che noi facciamo al Governo perché agisca decisamente per migliorare le condizioni sanitarie italiane, cominci ad essere ascoltato ed attuato mediante provvedimenti concreti. (*Applausi al centro*).

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

ANGELINI LUDOVICO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, avrei voluto fare un

breve intervento su alcune questioni specifiche degli ospedali italiani; ma ciò che ha testé detto l'onorevole De Maria e lo scandalo che egli ha creato nei giorni immediatamente precedenti a questa discussione, mi suggeriscono di intervenire sullo stesso problema di cui ha parlato l'onorevole De Maria. Assicuro però subito il Presidente ed i colleghi che io eviterò accuratamente di fare loro una lezione servendomi di qualche manuale di scienza esposta al popolo.

E vengo direttamente ai fatti. L'onorevole De Maria è partito per l'offensiva, per l'azione che ha condotto in questi giorni e che si è conclusa adesso con il suo intervento, da un triste episodio umano avvenuto alcuni mesi fa a Roma e sul quale tornerò immediatamente; su questo episodio con una incredibile « spigliatezza » (voglio usare un termine parlamentare) ha costruito uno scandalo. Poi, allargando il discorso, vestendosi da scienziato togato, dando dell'asino — come abbiamo sentito pochi minuti fa — perfino al Comitato nazionale per le ricerche nucleari, ha finito naturalmente con la solita sparata anticomunista e antisovietica.

Di che cosa si tratta? Quali sono i fatti sui quali obiettivamente, tranquillamente, dobbiamo giudicare?

Il 3 aprile scorso, in una clinica romana, nasceva, da genitori ambedue medici, un bambino di sesso maschile, del peso di 2.300 grammi, nato da parto cesareo perché il padre e lo zio, ostetrico, diagnosticarono una sofferenza fetale nel periodo immediatamente precedente il parto. Alla nascita, il bambino presentava uno stato di asfissia e una ipotrofia (non una agenesia) bilaterale dei bulbi oculari; cioè una di quelle malformazioni che purtroppo sono molto comuni. Io, per esempio, in questo momento ho in cura un povero bambino che presenta una malformazione del genere, per fortuna solo unilaterale.

Il neonato è messo nell'incubatrice, gli si praticano tutte le cure possibili da parte del padre e di due zii medici, ma dopo qualche ora muore. L'onorevole De Maria, allegramente, ricollega questo episodio ad una visita effettuata alcuni mesi prima nella Unione Sovietica dai genitori del bambino, inventando di sana pianta una visita, anzi una permanenza di sette giorni della madre in una centrale atomica sovietica; e con un incredibile miscuglio di leggerezza scientifica e non so che altro ne ha tratto la conclusione che tutti abbiamo or ora sentito.

La cosa sulla quale richiamo l'attenzione degli onorevoli colleghi è che la visita alla centrale atomica sovietica è semplicemente un falso. Credo del resto non sia difficile capire che visitare una centrale atomica non è possibile a dei semplici turisti. Ricordo che quando visitai l'Unione Sovietica era con me un professore italiano di fisica, il quale espresse più volte il desiderio di visitare una centrale atomica; ma ovviamente gli venne risposto che non era possibile.

Che la visita alla centrale atomica non sia mai avvenuta me lo hanno confermato poco fa i genitori e gli zii del bambino. Ed ancora: ecco una dichiarazione formale fatta dal professor Pietro Sabella dell'università di Roma, che abita al numero 212 di via Cola di Rienzo, dichiarazione che leggo testualmente: « In tutta coscienza, e per la verità, dichiaro che nell'estate del 1960 in compagnia di mia figlia ho preso parte al viaggio turistico in Russia, organizzato dall'agenzia Italturist. Per tutta la durata del viaggio a Kiev, Mosca e Leningrado, siamo stati assidui, indivisibili compagni con i coniugi dottori Maria e Mario Garofalo; insieme abbiamo espletato tutte le escursioni e le visite in programma, insieme abbiamo nelle ore libere, e liberamente, girato di giorno e di sera nelle dette città. Sono quindi in grado di poter escludere nella maniera più assoluta che i dottori Garofalo possano aver visitato o frequentato ambienti dove la signora possa aver subito nocive radiazioni nucleari. Aggiungo che i dottori Garofalo sono stati sempre con noi ospiti e commensali, sempre presso i medesimi alberghi. Roma, 11 ottobre 1961. Sabella Pietro ».

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE

BUCCIARELLI DUCCI

ANGELINI LUDOVICO. Si tratta quindi di un falso. Ma non solo di questo si tratta.

Voi siete convinti più di me, onorevoli colleghi, che anche se la visita a una centrale atomica fosse realmente avvenuta, ugualmente false, bugiarde, antiscientifiche sarebbero le illazioni che l'onorevole De Maria ne ha tratto. Del resto, è proprio questo che hanno affermato gli uomini più autorevoli in materia che noi possiamo avere in Italia, gli uomini ai quali abbiamo affidato il compito fondamentale della ricerca nucleare: gli scienziati che dirigono il C. N. E. N.

Ma a noi interessa esaminare adesso obiettivamente, con calma, senza strilli, questo

triste episodio che è veramente mortificante soprattutto per il Parlamento italiano; e chiederci perché l'onorevole De Maria si sia andato a cacciare in questo vicolo cieco, dal quale ha cercato di uscire facendo un discorso a base di questioni che ognuno di noi si può andare a leggere sugli opuscoli che si trovano ormai su qualsiasi bancarella.

Si tratta di questo: l'onorevole De Maria si è voluto servire della scienza per raggiungere una sua finalità politica. Gli è accaduto quello che sempre accade in questi casi. Anche ella, onorevole Lattanzio, ne è sicuro.

LATTANZIO. Perché proprio io?

ANGELINI LUDOVICO. Perché ella è medico. Quando si vuole forzare la scienza per il proprio comodo (e quello che voleva ottenere dalla scienza l'onorevole De Maria era di piantare un cuneo nella muraglia della politica del partito comunista), quando si vuol fare questo, si finisce col darsi una poderosa martellata sulle dita. È quello che è successo all'onorevole De Maria.

LATTANZIO. Mi pare, a parte la questione particolare, che sul problema di fondo siamo stati sempre unanimemente concordi.

ANGELINI LUDOVICO. Arriverò anche a questo. Però è necessario dire le cose che sto dicendo, giacché l'onorevole De Maria ha basato il suo discorso su un falso volgare. La scienza è cosa seria e richiede serietà di intenti, onestà, purezza d'animo; la scienza è cosa sacra, ed esige prudenza, conoscenza e saggezza: virtù che nessuno, dopo quello che è avvenuto, credo possa attribuire all'onorevole De Maria.

Ma su questo punto mi sembra che non valga neppure la pena di continuare a intrattenersi; tanto triste, vile, mortificante per tutti noi è l'episodio di cui ci siamo occupati. (*Interruzioni al centro — Proteste a sinistra*).

Dell'episodio è stata fatta giustizia. Vi è stato infatti un coro di proteste, nelle quali voglio citare due elementi che credo siano fondamentali: il parere del C.N.E.N. e l'atteggiamento della Federazione dell'ordine dei medici, che per bocca dell'onorevole Chiarolanza ha denunciato con grande energia, e molto giustamente, la violazione dei doveri di deontologia medica, e ha chiaramente sottolineato la disonestà di certi atteggiamenti. In effetti, se andate a leggere tutti i giornali di oggi, non dico quelli di ieri, troverete che non vi è commento, non vi è editoriale che non tratti la cosa e il suo autore come meritano. Ma resta a noi un giudizio politico, ed è su questo che voglio brevemente soffermarmi. Potremmo liberarcene con una semplice

definizione, e cioè affermando che si tratta di una speculazione politica di bassa lega, alla quale è probabile non sia neppure estranea la volontà (anzi sono convinto che questa sia la vera molla) di guadagnarsi un titolo di anticomunismo e porre così con maggiore probabilità di riuscita la propria candidatura alla poltrona di ministro, in un momento così delicato di pre-crisi governativa. A me sembra, onorevoli colleghi, che la cosa più radioattiva in questo momento sia proprio la poltrona del ministro.

SORGI, *Relatore per la maggioranza*. Semmai sarà magnetica, non radioattiva.

ANGELINI LUDOVICO. Questo è un segno del malcostume diffuso purtroppo nel partito di maggioranza, malcostume che si impenna proprio sul metodo di adoperare per secondi fini fatti e questioni che coinvolgono gli interessi fondamentali di tutta l'umanità. Comunque, non è su questo aspetto del malcostume che voglio intrattenermi, bensì su un altro aspetto che secondo me è fondamentale, perché investe proprio la responsabilità dello Stato e del Governo. Mi riferisco al fatto che sia stato consentito all'onorevole De Maria di usare degli schermi della televisione per le sue pazzie farneticazioni ammantate di pseudoscienza. Ed è contro questo che io protesto!

Pochi giorni fa, in occasione di uno sciopero, la televisione aveva inviato i suoi operatori in un quartiere di Roma. La polizia è loro piombata addosso mentre eseguivano alcune riprese, li ha messi in gattabuia, ed ha fatto così scomparire una testimonianza che non faceva certo comodo al ministro dell'interno. Ebbene, oggi si arriva al punto di prestare la televisione per questi falsi spudorati, e di assediare addirittura la clinica del dottor Garofalo, senza che i pubblici poteri intervengano.

Prego il Presidente della Camera di volere in proposito intervenire presso il Governo, perché finalmente cessi un tale stato di assedio, e questi professionisti possano essere lasciati liberi di continuare tranquillamente il loro lavoro.

LATTANZIO. Ma questa è materia che non interessa il bilancio della sanità!

MONTANARI OTELLO, *Relatore di minoranza*. Perché non lo ha detto all'onorevole De Maria?

ANGELINI LUDOVICO. Il problema purtroppo non lo possiamo limitare alla faziosità ed alle farneticazioni di un uomo, che pur crede di vestirsi dei paludamenti dello scienziato. Il problema è molto più ampio, se-

rio, drammatico. Ed è a questo proposito che — senza entrare in particolari cosiddetti scientifici — è bene ribadire ancora una volta quali sono i reali elementi del problema che abbiamo oggi di fronte; che è il problema dell'aumento della radioattività, il problema dei pericoli di un conflitto atomico e termoneucleare, il quale creerebbe una situazione alla quale noi ci rifiutiamo addirittura di pensare.

Vogliamo servirci di questa occasione che ci ha offerto l'onorevole De Maria con l'attacco portato contro di noi per ribadire ancora una volta le nostre posizioni. Lo farò anche se ciò è stato già fatto di recente per bocca molto più autorevole della mia in occasione del bilancio degli esteri e nel comitato centrale del P. C. I. che è stato tenuto in questi giorni. Desideriamo farlo ancora in questa sede, cioè mentre si discute il bilancio della salute degli italiani, poiché siamo convinti che proprio questa sia una sede adatta non per fare sproloqui sullo stronzio 90 e sul cesio 137 e via dicendo, ma per richiamare ancora una volta — in questa sede politica — le questioni politiche di fondo e le responsabilità politiche che ci stanno davanti.

Ora, io credo che nessuno possa negare che i comunisti di tutto il mondo sono stati i primi ad avere raccolto sul piano politico l'accorato appello, il drammatico richiamo alla realtà venuto dagli scienziati più seri, più responsabili di tutto il mondo (non dagli scienziati alla De Maria). Non solo abbiamo raccolto questo appello, ma ne abbiamo fatto il nucleo centrale, l'elemento di fondo della nostra azione politica volta ad impedire la guerra in genere e quella nucleare in specie.

SORGI, *Relatore per la maggioranza*. Salvo a minacciarla ogni tanto.

ANGELINI LUDOVICO. Come primo passo, ci siamo proposti la sospensione delle esplosioni nucleari. Per noi comunisti è il titolo di gloria maggiore che vantiamo. Ci siamo battuti e ci battiamo perché tutti gli esperimenti nucleari vengano sospesi: tutti, cioè quelli nell'atmosfera, quelli nella stratosfera e quelli sottoterra. Perché ritenevamo e riteniamo fermamente, senza bisogno di fare sproloqui scientifici, che tutti gli esperimenti sono terribilmente dannosi per l'umanità, soprattutto per le future generazioni; riteniamo però contemporaneamente che se non si arriva — ecco il punto — ad un accordo definitivo sulla sospensione di tutte, e non solo di una parte, delle esperienze nucleari, non si può pretendere che una delle parti

non possa essere padrona, ad un certo momento, di iniziare alcuni esperimenti necessari alla propria difesa.

DELFINO. Non direi «alcuni», ma molti: uno al giorno, in media.

ANGELINI LUDOVICO. A questo proposito voi trascurate di dire che gli Stati Uniti d'America si sono infinite volte rifiutati di accedere alla richiesta dell'Unione Sovietica di vietare qualsiasi tipo di esperimento. Questo è il punto per il quale non si è mai arrivati ad un accordo. Voi volete dimenticare che proprio l'Unione Sovietica, sei mesi prima degli Stati Uniti d'America, sospese unilateralmente gli esperimenti atomici per dimostrare la sua buona volontà.

DELFINO. Quando fate questi discorsi rivalutate l'onorevole De Maria.

ANGELINI LUDOVICO. Volete dimenticare che gli Stati Uniti, in piena tregua nucleare, insieme con la Germania e con la Francia, hanno proseguito, per mano di quest'ultima, i loro esperimenti nel deserto del Sahara.

BASILE. E allora tutti hanno protestato.

ANGELINI LUDOVICO. Di fronte a questi pericoli si tratta di vedere che cosa dobbiamo fare. Certamente non possiamo uscire da questa strettoia con una discussione sul cesio, sullo stronzio e sugli altri elementi radioattivi.

Ricordo ancora che il relatore al bilancio degli esteri di quest'anno, onorevole Edoardo Martino, nel suo intervento ha portato un attacco insistente agli esperimenti atomici sovietici, mentre l'anno scorso, rispondendo ad una nostra interrogazione in cui si rilevavano i pericoli conseguenti alle esplosioni nucleari che avvenivano nel Sahara, affermò che le esplosioni stesse non presentavano pericoli per noi. Nè va dimenticato che l'anno scorso l'onorevole De Maria ha tenuto un bel discorso sul bilancio della sanità, ha parlato del cancro e di tante altre cose; ebbene, per il problema della radioattività, che allora era attuale come oggi, egli si limitò a due brevi accenni: uno su Hiroscima e Nagasaki e l'altro sulla dannosità che poteva derivare da quelle esplosioni.

SORGI, *Relatore per la maggioranza*. Ma non si trattava di un pericolo attuale come oggi.

LATTANZIO. Quelle erano bombette.

ANGELINI LUDOVICO. Ma sono state proprio quelle «bombette» che hanno provocato tutto il resto. Questi che io vado ricordando sono esempi del modo strumentale con il quale voi si servite di questi argomenti.

PRESIDENTE. Sarebbe opportuno ricondurre la discussione nell'ambito della competenza del ministro della sanità.

ANGELINI LUDOVICO. Non siamo noi, signor Presidente, onorevoli colleghi, ad avere cambiato opinione su questi problemi. No non rinunciamo neppure oggi all'azione per cercare di mutare questa situazione che diventa ogni giorno più pericolosa. Ci battiamo quest'anno, come ci siamo battuti l'anno scorso, due anni fa, tre anni fa, dieci anni fa e come continueremo a batterci in avvenire perché si arrivi al divieto concordato e controllato di tutte le esplosioni nucleari; ma affermiamo contemporaneamente che oggi il problema non si pone più dal punto di vista della semplice salvaguardia dalle esplosioni nucleari sperimentali. Con gli spaventosi arsenali di bombe atomiche e termonucleari che si sono creati in tutto il mondo, basta una scintilla (ne siamo tutti coscienti) perché non si parli più né di Ministero della sanità, né di ospedali, né di tutti i problemi di cui con tanta passione andiamo oggi discutendo. Occorre, quindi, uno sforzo, una lotta per ottenere la sospensione degli esperimenti nucleari, di tutti gli esperimenti nucleari, ma nel quadro di un disarmo generale e controllato, di cui deve far parte il disarmo nucleare. Questa è l'unica strada.

Il problema, al punto di esasperazione in cui è giunto, secondo noi, per responsabilità degli occidentali (questa responsabilità la denunciavamo con convinzione), è di difficile soluzione. Ma altre strade non ne esistono! Ed ecco perché il nostro sforzo, proprio come uomini che si occupano della sanità del popolo italiano, deve tendere ad ottenere ciò che noi comunisti chiediamo da anni: e cioè che il Governo italiano, proprio per il dovere che ha di salvaguardare la salute degli italiani, agisca in modo da favorire questo disarmo generale e controllato.

Sappiamo che le cose non sono semplici, e sappiamo che questo difficile cammino deve essere fatto per tappe. E a questo proposito rivendichiamo come merito di un comunista la prima proposta intermedia relativa ad una fascia disatomizzata nel centro di Europa. Si tratta del piano che porta il nome del ministro degli esteri di un paese socialista: Rapacki.

Signor Presidente, termino e, come vede, mi sono mantenuto nei limiti di tempo concessi al mio gruppo, senza debordare affatto dall'argomento della salvaguardia della salute degli italiani.

Onorevoli colleghi, voi avete una preoccupazione...

BARTOLE. Tutti abbiamo una preoccupazione!

ANGELINI LUDOVICO. Vi diamo atto che in molti di voi questa preoccupazione è profondamente sincera. Ma se da parte vostra il pericolo tragico che incombe sull'umanità non è visto in funzione strumentale, per una lotta momentanea contro di noi, come elemento di propaganda anticomunista, ma come un pericolo da allontanare definitivamente dall'orizzonte della vita dell'umanità, perché non vi unite ad una delle tante iniziative di pace e di disarmo che oggi fioriscono anche da noi in Italia e si moltiplicano in tutto il mondo? Perché, rifiutando apertamente e chiaramente ogni basso strumentalismo, non prendete voi una iniziativa di questo genere, e cercate contemporaneamente tutte le forze che possono essere con voi su questo terreno, soltanto su questo terreno?

Se lo farete, ci troverete al vostro fianco. Da noi non avrete il rifiuto con cui avete risposto e continuate a rispondere a noi, quando vi poniamo il problema di una azione per la pace ed il disarmo. Allora soltanto, onorevoli colleghi della democrazia cristiana, avrete acquistato sul serio il diritto di erigervi a difensori della salvezza del nostro popolo e dell'umanità. Ed allora certamente avrete perduta anche la possibilità — almeno su questo terreno — di combatterci e di odiarci. Ma allora, amici e colleghi della democrazia cristiana, se questo dovesse avvenire, la vittoria non sarà nostra, né vostra, sarà la vittoria della causa della pace, della causa della salvezza delle generazioni a venire. (*Applausi a sinistra*).

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

COTELLESA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, data l'ora tarda sarò molto breve; e ciò anche per due altre ragioni: anzitutto perché molte questioni sono state ampiamente dibattute in quest'aula da oratori che mi hanno preceduto, e non desidero riportarle al vostro esame; e poi perché l'onorevole Sorgi, nella sua relazione ampia, completa, magistrale, in una visione totalitaria di tutti i problemi sanitari del nostro paese, illustrati con una passione di artista, quasi cesellandoli, con coraggio e competenza, da esperto parlamentare, ci ha veramente fornito una disamina profonda e meditata di tutti gli argomenti trattati.

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

Poco dunque rimane da dire. Mi limiterò pertanto, onorevole ministro, a richiamare la sua attenzione su qualche argomento che mi sembra degno di considerazione.

Se ci fermiamo un istante a valutare i dati della mortalità e della natalità del nostro paese, dobbiamo rilevare che per la mortalità è confortante (come ha rilevato l'onorevole Sorgi) l'indice di 9,4 per 1000 abitanti, in confronto di altri paesi come la Svezia, l'Inghilterra, la Francia, ed altri, che ne registrano uno superiore; la natalità invece ci dà cifre sempre meno elevate, inferiori alla stessa Francia, all'Olanda, alla Spagna, alla Polonia, ecc.

Il livello della mortalità infantile, proprio in confronto alla ridotta natalità ed in contrasto con la confortante cifra della mortalità generale, seppure è sceso dal 50 per mille bambini nati vivi del 1957 al 43,8 del 1960, risulta notevolmente superiore a quello di altre nazioni; le nostre cifre sono superate solamente dalla Jugoslavia, dal Portogallo e dalla Polonia, e non sono distanti da quelle che si registrano in paesi sottosviluppati come la Grecia e la Spagna.

Questa mortalità ha il suo massimo nel primo anno di vita, con quozienti elevati nel primo mese ed in particolare nella prima settimana di vita. Importanza, dunque, della mortalità perinatale e neonatale, che vanno considerati i periodi più meritevoli della nostra osservazione per indirizzarci ad una ricerca delle cause che provocano tale fenomeno.

Le cause sono appunto da attribuire a fattori influenzanti la nascita in rapporto alla dietetica, al lavoro, all'attività professionale della madre gestante e ad eventuali malattie; a quelli ambientali in rapporto all'abitazione; allo stato sociale ed economico; alla mancanza di igiene, se pur oggi si sia molto diffuso il ricovero delle future madri in sale di maternità. Altre cause, però, sono da imputare ai fattori costituzionali, quali la prematurità, la debolezza congenita, le malformazioni congenite, senza sottovalutare, ancora oggi, l'incidenza maggiore della mortalità per i neonati illegittimi rispetto ai legittimi, ed in modo particolare, l'assistenza al parto ed al neonato.

Ma da una statistica (ed è questo che mi spinge a richiamare l'attenzione dell'onorevole ministro), che ho comunicato al congresso nazionale di igiene di Pescara nel mese scorso, ho potuto dimostrare che la mortalità, maggiore nella prima settimana di vita e nel primo mese di vita, è superiore in bambini provenienti da sale di maternità

anziché in quelli provenienti dal domicilio privato.

Questo ci indica l'importanza che ha, per combattere la mortalità infantile nel primo periodo di vita, la collaborazione ostetrico-pediatrica da moltissimi invocata, e che ha fatto buoni progressi negli istituti universitari, ma che non esiste quasi affatto nella vasta rete dei medi ospedali forniti di sale di maternità. Assai spesso con sale di maternità senza attrezzature adeguate (e non deve considerarsi una « attrezzatura » una culla incubatrice affidata a personale inesperto per un immaturo che vi viene irrazionalmente trattenuto) si crede di essere in grado di assistere questi piccoli esseri. Così il minore debole o prematuro, senza le opportune cure che possono essergli assicurate solo nei centri attrezzati, finisce col morire, o con l'arrivare a questi centri in condizione di non poter più ricevere nessuna utile assistenza.

Ora ci consta che — con il progetto di legge che l'onorevole ministro mi auguro porti al più presto alla Camera — si farà obbligo di creare reparti di pediatria anche in ospedali di terza categoria. Ma bisogna organizzare questa collaborazione ostetrico-pediatrica, potenziare e completare la rete dei centri per immaturi, attuare preventivamente, con una azione decisa e capillare, quanto si rende necessario per una vittoriosa battaglia contro la mortalità infantile.

Devo ora segnalare al ministro un altro settore, cui anche il relatore aveva accennato.

La politica sanitaria ha, senza dubbio, un fondamento basilare nella prevenzione e nello studio della igiene pubblica, che l'onorevole Sorgi ha molto bene trattato occupandosi dell'inquinamento atmosferico, giustamente rilevando come urga iniziare una azione più intensa in tale settore, che presenta gravi pericoli per la salute. Ancor più necessaria, ma certo non sufficientemente adeguata, è l'azione ministeriale nel vasto campo della alimentazione per il quale, onorevole ministro, occorrono provvedimenti di tutela e di controllo sulla produzione e vendita di quella infinita gamma di alimenti e di preparati dietetici che si moltiplicano di giorno in giorno, e che non sempre sono sottoposti a sufficiente vigilanza.

Nel ritmo vorticoso di questa vita moderna in cui, assai spesso, l'ora del pasto quotidiano non ha degna sosta, il condizionarlo a cibi talvolta adulterati o comunque di assai dubbio potere nutritivo, anche se apparentemente sembrano concentrati per non so quale alto valore, costituisce, senza dubbio, un grave

danno all'economia produttiva del nostro organismo.

Né meno grave è l'abuso della terapia medicamentosa, la cui maggior colpa risale agli enti mutualistici e, sia detto senza offesa per i colleghi, anche ai sanitari che credono, moltiplicando i farmaci, di curare meglio i malati. La scienza farmaceutica ci ha dato oggi delle armi meravigliose per tante malattie, il cui uso, oserei dire, è miracoloso. Ma non bisogna abusarne. Né si può giudicare dal numero dei medicamenti l'efficacia della terapia su di un male, se questi non vengono saggiamente adoperati.

Qualche anno fa, mi fu comunicata da un grosso ente mutualistico la paurosa cifra di diecine di miliardi spesi per combattere la cosiddetta « asiatica ». Io non esitai a ricordare che se i mutuati avessero dovuto, anche in parte, contribuire a tale spesa, l'onere dell'ente si sarebbe ridotto a proporzioni molto più modeste. Ecco perché trovo giusto quanto ha rilevato il relatore, su quello che si fa in Inghilterra e nella stessa Russia, dove è stata abolita la gratuità del medicamento.

La nostra osservazione vuol essere proprio un campanello di allarme, non solo per l'onere iperbolico di molti enti mutualistici, ma per la convinzione del danno che spesso, ignorandone le conseguenze, apportiamo alla salute con l'abuso di tali medicamenti. Ed è per questo, onorevole ministro, che tale settore può esserle di soddisfazione se, nella sua azione di governo, lo vorrà considerare meritevole di intervento.

Non mi addentrerò nel *mare magnum* del problema ospedaliero: ne hanno parlato i relatori per la maggioranza e di minoranza e numerosi colleghi del Senato e della Camera, con tanta ampiezza che non mi sembra di poter aggiungere molto. Rilevo solo che nella organica visione di una efficiente rete di nuovi ospedali, o di completamenti e rinnovamenti di istituzioni esistenti, occorrerà innanzi tutto porsi il problema di una reale ed equa valutazione topografica.

Il collega Sorgi ha ricordato quel piano che, auspicie il ministro Aldisio, affrontammo nel 1949 con uno studio accurato e minuto: piano che, innanzi tutto, si fondava sulla necessità topografica degli istituti, perché l'ospedale non è la scuola, né la casa, né l'acquedotto che devono ovunque, e giustamente, moltiplicarsi e diffondersi.

Oggi, con il potenziamento della rete stradale, con i rapidi mezzi di comunicazione, con i progressi della scienza che ci consentono di trasportare i malati più gravi in

idonei ospedali, non si possono e non si devono moltiplicare questi istituti obbedendo a influenze e sollecitazioni politiche, ma partire dalla premessa che la funzione ospedaliera, modernamente concepita, deve essere razionale e completa e non limitata ad un piccolo esercizio che si dimostra insufficiente ed inadatto alla sua funzione.

Un accorato appello mi permetto di rivolgere al ministro sulla crisi economica di queste istituzioni ospedaliere, che il deputato Sorgi ha giustamente definito drammatica.

L'inadeguatezza della retta, le continue contestazioni dei ricoveri, il ritardato pagamento da parte degli enti, la concorrenza sfrenata delle case private di cura non regolamentate da nessuna disposizione, il sorgere come funghi di poliambulatori mutualistici dove già esistono attrezzatissime istituzioni ospedaliere, il convenzionarsi di molti enti, per spendere meno, con istituti meno attrezzati, integrano il triste quadro che ho sopra ricordato.

Non pochi enti — e ne è recente dimostrazione una relazione pubblicata in questi giorni — si gloriano di aver preferito agli ospedali le case di cura private per il ricovero dei propri assistiti, perché tale scelta consente una notevole economia di gestione.

Ma se le case di cura private fossero sottoposte, dal punto di vista sanitario, edilizio e funzionale, agli stessi controlli cui devono sottostare gli ospedali; se, nei riguardi del personale, si dovessero rispettare le stesse norme vigenti per il personale ospedaliero, non potrebbero certo più praticare rette di concorrenza ai fini speculativi, e si garantirebbe al malato una più idonea e completa assistenza.

Quante zone rurali, centri di montagna, dove pur confluiscono paesi minori, con notevole distanza dai centri ospedalieri, sono sprovviste di ogni conforto sanitario! È qui che si dovrebbe giungere con una attrezzatura poliambulatoriale da parte degli enti mutualistici, con la creazione di quelle istituzioni che avrebbero, in tali sedi, una giusta e qualificata funzione.

E qui ricorre l'osservazione che ebbi a fare in quest'aula nella mia relazione sulla legge istitutiva del Ministero e nella discussione del suo primo bilancio nel 1958: che il ministro, proprio servendosi delle attribuzioni conferitegli dalla legge istitutiva del Ministero della sanità, ha la potestà sufficiente per sovrintendere e coordinare (in virtù degli articoli 1 e 5) quanto è fondamentale per la tutela della salute pubblica.

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

Un breve accenno, concludendo il mio brevissimo intervento, al problema della poliomielite, per apprezzare altamente il recentissimo provvedimento di diminuzione del prezzo del vaccino antipolio.

Sebbene il vaccino costi ormai assai poco, il numero delle vaccinazioni resta, purtroppo, esiguo e dobbiamo constatare la triste realtà che quasi tutti i colpiti non erano stati vaccinati. Occorre quindi, soprattutto, svolgere una efficace propaganda, per far comprendere all'opinione pubblica il pericolo rappresentato da questa terribile malattia.

Tale compito spetta soprattutto ai medici, ma ad esso non possono sottrarsi nemmeno gli enti mutualistici, perché la prevenzione è il fondamento di una saggia politica sanitaria che deve essere attuata non soltanto dallo Stato, ma anche da tutti gli enti che presiedono alla vita ed alla salute dell'individuo.

Quanto sarebbe più utile se tali enti si decidessero a considerare l'opera di prevenzione come assai più efficace e meno onerosa di certe costruzioni e di certi sprechi di medicinali.

Potenziare al massimo i centri di ricovero per la cura dei colpiti e dei casi con esiti recenti di poliomielite; accelerare i corsi preparatori per il personale tecnico a carico del Ministero in istituti attrezzati; ottenere, senza ulteriore rinvio, il saldo delle spedalità arretrate a tutto il mese di giugno 1960 per il ricovero degli infermi per poliomielite, che pesano ancora per oltre 4 miliardi sulla vita economica dei nostri ospedali: sono, queste, provvidenze improrogabili.

Le brevi considerazioni, onorevole ministro, che ho voluto delineare in questa discussione parlamentare, purtroppo troppo affrettata, sulla politica sanitaria del nostro paese, le suggeriscono, forse, anche qualche problema nuovo che certamente ella, con la sua appassionata valutazione, vorrà affrontare e risolvere.

Da tutti i settori, in Commissione ed in aula, si è sempre offerta la più completa collaborazione per una politica sanitaria ampia, rinnovatrice, realizzatrice: e l'odierno dibattito ne ha dato l'esempio.

Non si lasci, impressionare, onorevole ministro, dagli ostacoli che troverà assai spesso, lungo il cammino di questa dura fatica, dall'incomprensione e dai contrasti che in ogni azione potrà incontrare. Sono sicuro che il Parlamento e la nazione, in questa attesa opera rinnovatrice della politica sanitaria per una più ricca vita sociale del nostro paese,

le saranno sempre accanto, affinché ogni sua azione possa potenziarsi, affermarsi, imporsi per la tutela di quanto di più caro ha il genere umano: la salute e la vita. (*Applausi al centro - Congratulazioni*).

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

CHIAROLANZA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, l'anno scorso ebbi l'onore di parlare sul bilancio della sanità. Mi permisi di notare la modestia delle somme messe a disposizione di questo Ministero ed espressi il pensiero che con tali cifre non era compatibile una politica sanitaria quale la richiedono le esigenze del paese.

Oggi lo stato di previsione della spesa per l'esercizio finanziario 1961-62 calcola una somma complessiva di miliardi 52,698, che, con gli accantonamenti negli appositi fondi da parte effettiva del Ministero del tesoro, per provvedimenti amministrativi in corso, che raggiungono la cifra di 2.530 miliardi, diventano 55,228,8 miliardi. Vi è cioè nel bilancio 1961-62 una differenza in più di un miliardo 693 milioni rispetto allo scorso anno; cioè uno stanziamento, osserva il senatore Criscuolo nella sua relazione al Senato sul bilancio della sanità, che « non consente purtroppo alcun miglioramento o innovazione e costringe all'immobilismo la politica sanitaria ».

Nel mio intervento dell'anno scorso affermai anche che non mettevo conto di discutere le cifre, e che quindi ritenevo più opportuno soffermarmi non su ciò che si leggeva sulla relazione dell'onorevole ministro, bensì su quello che non vi era contenuto.

Non è un'accusa che rivolgo all'onorevole ministro: egli conosce quali sentimenti profondi di stima e di apprezzamento nutro per la sua opera; anzi gli do atto del suo coraggio e, direi, della sua abnegazione, nel muoversi in una situazione così precaria che gli impedisce di affrontare i formidabili problemi imposti dalle necessità reali della nostra vita sanitaria.

Non a lui intendo quindi rivolgermi. So benissimo, ed è lealtà ammetterlo, che egli conosce questi problemi; ma intendo rivolgermi al Governo o, meglio, ai vari governi che si sono succeduti nella guida dello Stato da quando si riconobbe di dover passare dalla modesta divisione del Ministero dell'interno all'alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica e da questo ad un Ministero vero e proprio.

La creazione di questo Ministero avrebbe dovuto avere per logica conseguenza l'ac-

centramento di tutti i servizi sanitari in un'unica sfera di competenza.

Anticipai l'anno scorso il giudizio che, con espressioni certo più felici delle mie, ha espresso il senatore Criscuolo nella succitata relazione. Sarebbe stato indispensabile « riordinare la politica sanitaria, divenuta frammentaria e caotica, sotto un ente unico coordinatore, che con una visione unitaria della materia e con indirizzo nuovo e moderno attui la medicina preventiva, curativa e di recupero con un'articolazione che permetta il massimo rendimento con il minimo sforzo ».

Il comico e drammatico insieme di questa situazione è noto, e da tutti, medici compresi, deprecato: ma nessuno che abbia posti di responsabilità ha il coraggio di affrontarla.

Bisogna riconoscere all'onorevole ministro lo sforzo di recuperare certi settori alla sua competenza, ricorrendo al Consiglio di Stato: come, per esempio, i poteri per l'emanazione dei bandi di concorso ospedalieri, la formazione delle commissioni giudicatrici dei concorsi, l'approvazione delle graduatorie, l'assegnazione delle sedi per i concorsi a ufficiale sanitario, a medico condotto, a ostetrica condotta, e per l'esercizio delle farmacie.

Purtroppo restano di competenza del Ministero dell'interno i poteri attinenti alla disciplina istituzionale degli enti ospedalieri, il riconoscimento ad essi della personalità giuridica, l'approvazione degli statuti, la riforma delle amministrazioni, la variazione dello loro finalità.

Questo apprezzabile sforzo di recupero riguarda però posizioni marginali: il grosso spetta al Governo, al quale il paese chiede, e ne ha il diritto, una politica sanitaria inquadrata in una visione completa, attuata con mentalità e mezzi proporzionati ai compiti e alle responsabilità che si devono assumere.

Mi sia consentito quindi di rivolgermi al Presidente del Consiglio in cui, a mio avviso, questa responsabilità si assomma. E a lui mi rivolgo con piena speranza.

Ho avuto modo d'intrattenermi con l'onorevole Fanfani su questioni sanitarie, in occasione della nota protesta dei medici, che ebbe una ripercussione nazionale e fu appoggiata con simpatia dalla grande stampa e dalla pubblica opinione.

L'intervento del Presidente del Consiglio fu assai apprezzato. Egli espone lusinghieri giudizi sui medici e sulla loro funzione; dal suo « parlare onesto » e coraggioso e dalle sue decisioni trassi motivi di conforto, che trasmisi ai medici italiani, al di sopra e al

di fuori di ogni considerazione di partito, per quel senso doveroso di lealtà che onora ogni galantuomo. Finora i medici sono ancora in attesa.

Nutro fiducia che l'onorevole Fanfani vorrà affrontare questa questione così grave, che ingombra il terreno per una lungimirante politica sanitaria, che dal caos legislativo attuale non può trarre che frutti di cenere e tosco.

Ritenuta necessaria la costituzione di un Ministero della sanità, se ne accettino le logiche conseguenze con la restituzione al nuovo Ministero di tutte le competenze sanitarie, con un accentramento anche burocratico che consenta una politica sanitaria unitaria attraverso un organismo vivo e vitale, che oggi può invece paragonarsi ad una massa spezzettata su tanti tavoli anatomici destinati alla dissezione.

Una decisione così ardita, per quanto semplice, getterebbe le basi di un riordimento organico e completo e metterebbe fine alla politica dell'empirismo e dell'imprecisione. Questo però non vuole significare che per il Ministero della sanità così come oggi è strutturato non vi siano compiti importanti. Cercherò di riassumerli.

Inquinamento atmosferico. Poiché sono stato chiamato in causa, dirò poche parole su questo argomento. Non dobbiamo contribuire a diffondere il panico fra le popolazioni. L'era dei mostri umani senza occhi o senza testa sotto l'influsso di sostanze radioattive, non è scoccata ancora.

A nessuno gioverà la psicosi di paura. Questa è la verità. È doloroso che in questa aula una questione strettamente scientifica si sia trasformata in una questione politica. Questi problemi vanno trattati con la serenità che essi meritano e, soprattutto, con molta obiettività.

Ora, a me pare, avendo seguito i giornali e avendo ascoltato attentamente quello che ha detto l'onorevole De Maria, che egli abbia dato per dimostrato quello che avrebbe dovuto dimostrare. Perché il punto di partenza è stato l'episodio in base al quale si è creduto di dedurre l'influenza particolarmente nociva delle radiazioni nucleari sul divenire della razza umana.

Credo che nessuno possa mettere in dubbio quanto siano dannose le conseguenze di questi esperimenti nucleari, che è auspicabile abbiano a cessare al più presto, perché costituiscono un pericolo tremendo per tutta l'umanità. Ripeto, non credo che questa realtà si possa discutere.

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

Tuttavia, l'aver voluto trarre da un caso particolare conclusioni scientificamente accettabili per dimostrare il grave danno che deriva all'umanità dagli esperimenti nucleari a me pare che sia stato qualche cosa che abbia nuociuto piuttosto che giovato alla tesi generale perché un problema di tanta gravità scientifica è stato spostato, e si è cercato di farlo diventare un problema politico.

Ora, non v'è niente di più fallace che trattare sotto questo profilo un problema che riguarda la salute pubblica.

Tutti siamo d'accordo che gli esperimenti nucleari costituiscono un pericolo gravissimo per il genere umano, e se dovessimo ricercare le responsabilità su un terreno così difficile, finiremmo per rimanere ciascuno sulle nostre opinioni, cioè in difesa delle tesi della parte a cui apparteniamo. Ma non è soltanto di questo tipo di inquinamento che ci dobbiamo preoccupare. È importante quello dovuto alla diffusione nell'aria di tutti i prodotti della combustione qualunque essa sia ed è sufficiente che io indichi qualche cifra.

Si è constatato (dato che ora si dispone di strumenti di misurazione molto precisi che permettono di mettere in evidenza sostanze infinitesimali) che 400 chili di nafta danno come residuo 4 chili di scorie che si diffondono nell'aria. Siccome a Milano, per esempio, si consuma ogni anno un milione di tonnellate di nafta e di carbone (con depuratori applicati direttamente alle caldaie) si calcola che circa 10 tonnellate di rifiuti derivino da questa combustione, la quale dà ben 2 chilogrammi di benzopiridene che si diffondono nell'aria rendendo altamente tossica l'atmosfera.

Presso il Garigliano è in costruzione una centrale termonucleare ed il senatore D'Albora, che si è occupato di questo problema, ha richiamato l'attenzione sui residui di questa centrale. Questi residui, che indubbiamente contengono sostanze radioattive, possono inquinare il terreno e le acque di zone circostanti, e se scaricati a mare possono inquinare l'acqua e diffondersi a distanza.

La nostra legislazione (articolo 217 del testo unico del luglio 1936, n. 1265) demanda il giudizio alle autorità sanitarie locali condizionatamente all'accertamento preliminare di un danno o molestia lamentati da qualcuno. Ammesso che questa richiesta possa essere formulata, le autorità sanitarie provinciali non possono agire, perché non hanno a disposizione che un articolo di legge abbastanza generico e mancano delle attrezzature tecniche per esercitare con competenza i poteri che loro derivano dalla legge.

Raccomando, pertanto, all'onorevole sottosegretario di Stato, che in questo momento sostituisce in aula il ministro, la soluzione di questo problema.

Rinuncio di proposito a parlare del problema ospedaliero, anche perché l'onorevole ministro ha proposto un disegno di legge, che è stato approvato dal Consiglio dei ministri e che quindi sarà presentato alle Camere: è inutile affrontare in questa sede la questione, dato che ne discuteremo quando il disegno di legge verrà al nostro esame.

In questo momento — senza scendere in nessun dettaglio, perché io ho l'abitudine di parlare di cose che ho capito e sulle quali sono riuscito a formarmi una idea personale — voglio ricordare ciò che a proposito degli ospedali dissi l'anno scorso. Vi sono infinite questioni, a parte l'ubicazione, la distribuzione, i criteri con i quali si possono fare gli ospedali, come debbono essere fatti, se ricostruendo quelli che già esistono o facendone dei nuovi; tutte questioni di grande momento. Ma ve ne è una fondamentale, che riguarda la vita del personale sanitario in tutti i suoi gradi.

Ora, onorevole ministro, hanno richiamato la mia attenzione le osservazioni di colleghi i quali riferivano la situazione in cui vengono a trovarsi certi primari che per precedenti disposizioni di legge rimarranno in servizio fino a 70 anni mentre altri, per una circolare ministeriale di recente emanata, dovranno lasciare il posto a 65 anni.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Vi è una nostra raccomandazione di trattenere ancora i primari. Comunque la legge stabilisce il collocamento a riposo a 65 anni. Una circolare non può, ovviamente, sancire l'inosservanza di norme di legge.

CHIAROLANZA. Ad ogni modo, su questo problema richiamo la sua attenzione.

Ella sa, onorevole ministro che la Federazione nazionale degli ordini dei medici non fu rappresentata, pur avendolo richiesto, nella commissione da lei nominata per la preparazione della sua legge. La F. N. O. M. ne rimase delusa, perché ritiene che la questione ospedaliera non riguardi solo i medici ospedalieri, principalmente interessati, ma tutti i medici italiani, ed aggiungerei tutti i cittadini italiani, sia per quello che sono oggi gli ospedali, sia per quello che sono destinati a diventare.

Si tenga presente, dissi allora, che l'ospedale è una scuola per la formazione del medico, non una fucina di impieghi; è un

campo di studi, di ricerche, di osservazioni e di esperienze, che devono costituire il substrato del futuro medico che si prepara all'esercizio responsabile delle varie branche della medicina. E per ciò che riguarda i rapporti che devono intercorrere tra cliniche universitarie ed ospedali, aggiunti: « per me non esiste e non può esistere una antinomia tra cliniche universitarie ed ospedali, come da qualcuno è stato sostenuto. È invece indispensabile una intima collaborazione, sia pure con precisazione e distribuzione dei compiti ».

Desidero ora trattare un argomento di cui nessuno ha parlato e che è di enorme importanza: la raccolta di sangue. Tutti sanno che oggi la moderna chirurgia fa molto assegnamento sulle trasfusioni; anzi, vi sono dei capitoli nei quali la trasfusione, intesa come sostituzione più o meno totale del sangue circolante, costituisce uno dei tempi principali in base ai quali poi si possono compiere interventi gravi, per esempio, per aprire la cavità cardiaca, fare delle suture, le plastiche, ecc.

Ho citato la chirurgia del cuore per indicare uno dei campi appariscenti in cui la trasposizione transitoria della corrente circolante dal corpo del paziente in un apparecchio extra-corporeo, porta alla conseguente necessità di disporre di grandi quantità di liquido sanguigno.

Tutti i chirurghi sanno benissimo che oggi è difficile trovare il sangue. I donatori di sangue una volta si offrivano spontaneamente, oggi si offrono a pagamento. Praticamente un litro di sangue costa 24 mila lire: una trasfusione del solo sangue costa 5 mila lire. In un ospedale napoletano in un solo mese sono state spese un milione 857 mila 560 lire. S'immagini la spesa in tutta Italia. A parte la possibilità di disporre in un determinato momento di una cospicua quantità di sangue, si impone di volgere lo sguardo a quello che hanno fatto i russi.

BARBIERI ORAZIO, *Relatore di minoranza*. Raccolgono il sangue dei cadaveri. Ne hanno raccolto 30 tonnellate.

CHIAROLANZA. Glielo avrei detto di qui a un momento. La prima volta si fece la trasfusione del sangue a un individuo morente da un corpo morto poco prima, senza adottare alcuna precauzione.

BARBIERI ORAZIO, *Relatore di minoranza*. Questo avvenne trent'anni fa.

CHIAROLANZA. Lo so, è avvenuto nel 1930. Se ella avesse la pazienza di aspettare che io termini il mio discorso, potrebbe con-

statare che, nonostante io appartenga ad un gruppo parlamentare diverso dal suo, sono pronto a riconoscere le conquiste della scienza da qualunque parte provengano. Penso che, nel campo sanitario, ognuno di noi debba dimenticare di essere uomo di parte, perché i problemi che interessano la salute dell'umanità devono essere riguardati con l'obiettività necessaria.

Questi esperimenti sono stati ripetuti in Russia con ottimi risultati. Mi sia consentito ricordare sinteticamente quali sono i controlli sanguigni che vengono fatti negli ospedali: prima si accerta il gruppo sanguigno, quindi vengono il fattore *RH*, la Wassermann, l'emoglobinemia, la colesterolemia, il test della goccia spessa per malaria, l'emolisi latente, la resistenza globulare, l'emocultura. Questi controlli sono preceduti da autopsia.

Nel sangue del cadavere avviene un fenomeno curioso (e chiedo scusa se devo ricordare questo piccolo dettaglio, che tuttavia può essere utile ai fini della cultura generale): se il cadavere appartiene ad un individuo che è morto per malattia cronica (cancro, tubercolosi, sepsi, ecc.) il sangue si coagula rapidamente nei vasi e non si scioglie più se non per putrefazione; se invece il cadavere appartiene ad un individuo morto per cause traumatiche il sangue coagula immediatamente, ma dopo un'ora e mezza circa si scioglie subendo un processo che si chiama fibrinolisi.

In questo caso particolare esiste già un primo elemento di scelta tra i cadaveri che possono essere utilizzati ai fini del prelievo del sangue e quelli che invece non lo sono. I cadaveri che appartengono alla seconda specie vengono quindi sottoposti a tutti i controlli che ho già enumerato, sicché il sangue così preparato presenta qualità anche superiori a quelle del sangue conservato, prelevato cioè direttamente da un datore di sangue, con l'aggiunta del citrato sodico che, come si sa, è un mezzo per impedire la coagulazione. Perciò questo sangue non citratato, per il processo della fibrinolisi, è subito adatto alla trasfusione. È possibile conservarlo a temperatura di 4 gradi sopra zero per due o tre settimane. Di sangue così ottenuto possono essere accumulate grandi quantità. Nella clinica dove sono state fatte le prime esperienze sono state eseguite 30 mila trasfusioni che hanno richiesto oltre 27 tonnellate di sangue. Una cifra, come si vede, sbalorditiva. Eppure, si tratta di sangue iniettato ad esseri viventi, senza che

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

questi abbiano avuto a soffrirne. Oggi in Russia questo processo della utilizzazione del sangue di cadaveri per trasfusioni trova larghissima applicazione.

Io ho osservato che si oppone un elemento psicologico: purtroppo il pensiero di una trasfusione di sangue di cadavere non è accettato con simpatia. Però nella nostra legge noi siamo autorizzati a prelevare dal cadavere dei tessuti: cioè la cornea, il bulbo oculare, tratti di cute, ossa e via dicendo. Ora io domando: se non si trova difficoltà ad utilizzare un tessuto di cadavere perché ciò è indispensabile per salvaguardare o ricuperare al paziente una funzione come la vista, perché non si dovrebbe analogamente adoperare il sangue di un cadavere per salvare una vita?

Onorevole ministro, io conosco la sua grande sensibilità umana ed il suo senso di responsabilità. Quindi non la invito ad applicare la legge esistente, pur riconoscendo che ella ne avrebbe diritto. Vorrei tuttavia invitarla a chiedere il parere in proposito del Consiglio superiore della sanità, la cui competenza è fuori discussione, ed anche quello dei maggiori enti interessati alle trasfusioni sanguigne.

In caso di giudizio positivo mi permetterei però di consigliare non solo che i prelievi di questo sangue siano eseguiti — per legge — solo come prescrive la legge succitata (articolo 3), ma di pretendere che gli istituti a ciò autorizzati dispongano di attrezzature ineccepibili per la conservazione dei cadaveri, degli organi o parti di organi repertati, di laboratori di ricerche scientifiche tecnicamente attrezzati, e di personale sanitario e tecnico specializzato. Si tratta di materia di estrema delicatezza, per maneggiare la quale non vi sono precauzioni che bastino. Abbiamo appreso recentemente di un episodio del quale si va occupando l'autorità giudiziaria, che dovrà accertare se si è trattato di sabotaggio o, come ritengo, di inquinamento banale.

Sono convinto che se si supereranno le prevenzioni, anche apparentemente giustificate, e se soprattutto saranno confermati i dati forniti dai ricercatori e dai clinici sovietici, avremo arricchito il nostro patrimonio di cultura ed avremo contribuito a salvare tante vite umane. Sarà così ancora valido il precetto inciso sul frontone di un'aula della Sapienza di Napoli, ora abbattuta dal piccone ricostruttore: *hic est locus ubi mors gaudet succurrere vitae*.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Il Governo ha presentato per questo settore un

disegno di legge che è già stato approvato dal Senato e che attende ora l'esame della Camera.

CHIAROLANZA. La ringrazio di questa informazione.

Vorrei dire ora qualche parola sulla profilassi. Onorevole ministro, le do atto di quello che ella ha fatto e continua a fare per la lotta contro la poliomielite. Indubbiamente ella vi ha dato un impulso di primissimo ordine anche col suo provvedimento più che lodevole o di estendere la vaccinazione fino al ventunesimo anno. Non ho la preoccupazione dell'amico Cotellessa per ciò che riguarda la spesa da attribuire alla Sanità. Quando si tratta di pericoli così gravi per la salute non mi pare vi sia luogo a preoccupazioni del genere. Debbo inoltre darle atto che ella sta influenzando sul prezzo del vaccino così da diminuirne i costi.

Ma c'è una questione sulla quale mi permetto di richiamare la sua attenzione (ella è un professore, non un medico, ma glielo dico con molta franchezza, perché ella sa appropriarsi delle questioni che noi medici conosciamo per professione sicché i suoi provvedimenti sono informati a conoscenza e meditazione), ella sa che c'è la grossa questione se si debba adoperare il vaccino Salk con germi inattivi o il vaccino Sabin con germi vivi, ma attenuati.

Ora, in Italia noi adoperiamo il Salk, il vaccino ucciso, perché esso non presenta pericoli di nessuna specie: si può iniettare sempre, senza danni per la persona. Purtroppo, però, non è costantemente efficace. Si calcola, infatti, che mentre l'85 per cento delle persone che si sottopongono alla vaccinazione vengono immunizzate, un 15 per cento non ne risente l'efficacia. Vi è poi un altro rilievo da fare: che se la vaccinazione si fa in un periodo di epidemia, essa può rappresentare anche un rischio. Si è detto pure che questo 15 per cento che non risente l'effetto del vaccino comprende coloro che o non si sono affatto vaccinati, o hanno fatto soltanto una o due iniezioni, oppure non hanno fatto la vaccinazione in modo regolare. Questo, per altro, rappresenta un dettaglio: il fatto è che vi è una percentuale di casi che non reagisce al vaccino Salk.

Per quanto riguarda il vaccino vivo attenuato, si sono compiute grandi esperienze in Russia e anche in tutto il mondo con successo. Esso presenta un inconveniente, che desta preoccupazione. Ed è questo. Ella sa, onorevole ministro, che il vaccino, reso non virulento, si somministra per via orale. I virus della

poliomielite vivono come ospiti nell'intestino dell'uomo, quasi come dei saprofiti. Ora, esiste il pericolo che il vaccino vivo attenuato nell'intestino possa rivirulentarsi ed acquistare di nuovo le proprietà neurotrope che aveva perduto, e che provocano i danni maggiori della poliomielite, rappresentati dalle paralisi che uccidono o lasciano postumi gravissimi.

Al riguardo è stato fatto un importante lavoro presso l'Istituto superiore di sanità di Roma. Il professor Archetti recentemente ha pubblicato ricerche di cui voglio riassumere le conclusioni. Il vaccino vivo è probabilmente destinato a sostituire quello inattivato; in questo periodo, che è ancora di attesa, il suo uso viene consigliato: 1°) in casi di epidemia per arrestarne il decorso; 2°) per rinforzare lo stato di immunità ottenuto mediante il vaccino inattivato; 3°) in quelle regioni dove per motivi economici non si possa adoperare il vaccino inattivato. In conclusione, dice il professor Archetti, è prudente attendere i risultati delle esperienze che si vanno facendo, « in modo da offrire al nuovo metodo il massimo di garanzia possibile, non solo sulla sua innocuità per le persone vaccinate, ma anche per i contatti. Infatti, se i virus attenuati dovessero divenire di nuovo virulenti, i vaccinati diventerebbero pericolosi per tutte le persone con le quali venissero a contatto.

Rinuncio ad occuparmi di altri problemi, perché mi rendo conto che l'ora è tarda ed i colleghi sono stanchi. Mi limiterò ad accennare alla profilassi della pertosse, della difterite e del tetano che si prevengono con le loro specifiche anatossine. Queste anatossine possono essere iniettate insieme ed hanno una efficacia preventiva ineccepibile. E non dirò dell'epatite virale. Argomento interessantissimo e che chiederebbe una lunga trattazione. Ma ad un argomento non posso rinunciare: la profilassi delle malattie veneree. Qui voglio semplicemente elencare i dati precisi relativi alla incidenza della sifilide primo-secondaria, dati dei quali garantisco l'esattezza. Nel 1960 i casi registrati in tutta Italia sono stati 6.404, divisi tra 5.277 maschi e 1.127 femmine. Ricordiamo che nell'anno 1957 i casi furono 2.710, nel 1958 furono 3.222 e nel 1959 furono 4.443. In altre parole, siamo passati da 2.710 casi del 1957 a 6.404 casi del 1960. Badino, onorevoli colleghi, che queste cifre non comprendono le denunce dei medici privati.

Io non voglio affrontare il lato morale della questione; mi domando solo che differenza vi è, dal lato morale, fra quello che

si faceva nelle case chiuse e quello che oggi si fa oltre che in mezzo alle strade (e tutti voi ne avete esperienza), nel chiuso di una automobile, quando l'automobile ha i vetri appannati. La Cassazione ha stabilito che se l'automobile ha i vetri appannati e nell'automobile vi è una coppia che faccia quello che faceva nelle case che furono chiuse, non vi è offesa al pudore. E quindi non vi è luogo all'applicazione della legge Merlin. Però questo non mi riguarda. Mi riguarda il lato sanitario. La legge Merlin impedisce che una donna che fa il « mestiere » possa essere portata in questura, esaminata, avviata in ospedale, ecc., crea cioè per questa donna un privilegio. Ma, contemporaneamente alla legge Merlin, abbiamo la legge contro le malattie veneree. Quest'ultima autorizza a fare tutto quello che la legge Merlin impedisce. L'onorevole sottosegretario Mazza ricorda che, nella seduta in cui si approvò la legge Merlin, rimase un articolo aggiuntivo che doveva creare una specie di correlazione da stabilire fra la legge Merlin e la legge esistente contro le malattie veneree. Questa correlazione non è stata mai stabilita. Sicché la nostra legislazione oggi è la seguente: da una parte la legge Merlin, dall'altra la legge contro le malattie veneree, in contraddizione fra di loro.

MAZZA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Quest'ultima era precedente e la legge Merlin con gli articoli 5 e 7 l'ha resa pressoché inoperante.

CHIAROLANZA. Comunque, vi è un equivoco legale. Però vi è il fatto sanitario dell'aumento delle malattie veneree che si sta verificando e questo è un danno sociale grave. Si fanno le profilassi contro tutte le forme di malattie infettive, per molte v'è addirittura l'obbligo. Per quale ragione il Governo non crede di dover adottare provvedimenti che garantiscano la salute pubblica? Questo io chiedo. La profilassi contro queste malattie veneree è necessaria. Il Governo ha i suoi ambulatori provinciali antivenerei, ha tutta l'attrezzatura per poter esercitare questa funzione al fine di combattere un morbo che colpisce non solo gli individui, ma la razza.

In ultimo, qualche parola sui tumori. Alcune cifre: su 100 mila abitanti, dal 1955 al 1959 le morti per malattie infettive sono state 142; per tumori 549; per malattie circolatorie 1.093. Sicché le morti più numerose sono quelle per malattie del cuore e dei vasi; seguono quelle per tumori e, a distanza, quelle per infezioni. Per l'età dei soggetti (statistiche del 1958) il maggior numero

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

di morti per tumori corrisponde all'età avanzata, dai 65 anni in su. Nel 1955 vi sono stati 57 mila morti. Si muore per tumori quattro volte in più che per tubercolosi. E poiché i fattori che incidono sulla produzione dei tumori sono molteplici risulta viva ed urgente la necessità di norme per la prevenzione e la profilassi. Occorrono perciò una prevenzione, una diagnosi precoce, un'assistenza per i guaribili e gli inguaribili, ed una organizzazione scientifica anche per una esatta statistica.

In Italia abbiamo tre istituti del cancro, a Milano, a Roma ed a Napoli. Quello di Napoli ha cominciato a funzionare nel 1936. Ebbe in principio 140 letti. Attualmente ne ha 280. Risultano insufficienti: i pazienti devono attendere parecchi giorni, talvolta parecchie settimane. Questo significa che viene a mancare uno degli elementi più importanti della lotta contro i tumori: la tempestività della diagnosi e della terapia.

Il Ministero dei lavori pubblici ha stanziato per l'ampliamento dell'istituto un miliardo. V'è un piano finanziario, ma i lavori sono sospesi. Segnalo il fatto all'onorevole ministro.

Se volessi tirare le somme del mio discorso, dovrei dire che le questioni essenziali della sanità restano insolte, ma — come ho detto in principio — non ne faccio colpa al ministro: è mancata e manca tuttora la ricostituzione razionale del Ministero della sanità. Occorrono un dicastero ed una direzione unici di tutti i servizi attinenti alla sanità. Questo però è compito e responsabilità del Governo, non d'un solo ministro. Tale compito deve essere indirizzo di Governo, se si è convinti che la salute pubblica è il fondamento di ogni attività sociale. È mai presumibile ed accettabile che l'assistenza mutualistica, che provvede ad oltre 40 milioni di cittadini e che è materia squisitamente sanitaria e poggia sul medico, debba essere sottratta al Ministero della sanità? Per fortuna il ministro non si è sperduto nella selva oscura di un Ministero così stranamente conformato, dove è costretto ad ogni passo ad assumersi compiti e responsabilità senza averne i mezzi di legge. E riconosco che, dove ha avuto libertà d'azione, si è mosso con risolutezza ed idee chiare.

Concludendo, non potrei condividere l'affermazione della relazione di minoranza (che ho dovuto leggere in fretta perché, come quella per la maggioranza, è stata distribuita solo due giorni fa), che cioè il partito comunista italiano, appunto perché espres-

sione delle forze più vive del paese, appunto perché vive i problemi del paese, assume in pieno la sua responsabilità precisando la sua politica e le sue scelte.

Quanto alla responsabilità, ce la assumiamo anche noi, che ci sentiamo italiani senza riserve; e quanto alla concezione della difesa della pubblica salute, siamo convinti che essa va intesa al di fuori e al di sopra dei partiti, nella serenità e nella profondità della convinzione che si tratta d'un bene comune che tutti abbiamo interesse a salvaguardare. Non la passione di parte, dunque, ma un supremo dovere di solidarietà nazionale e di umanità deve unirci in un comune anelito di amor di patria. (*Applausi a destra*).

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

SCALIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, desidero brevemente trattare pochi argomenti di carattere specifico e particolare, al fine di puntualizzare solo alcuni aspetti della politica del Ministero della sanità. Mi riferisco ai problemi tanto della legislazione farmaceutica e della politica ospedaliera, quanto della contrattazione e della sua efficacia.

Circa il primo punto, quello relativo alla legislazione farmaceutica, una compiuta trattazione implicherebbe dispendio di tempo eccessivo. Mi limito solo a raccomandare ed a chiedere che l'iter della proposta di legge n. 2982, concernente modificazioni ad alcuni articoli dell'attuale legislazione, sia prontamente accelerato, non tanto perché io acceda alle idee contenute in quel progetto di legge, quanto perché ritengo che solo attraverso questo mezzo sia possibile discutere un argomento importante qual è la revisione della legislazione farmaceutica, che non può più oltre subire alcun indugio o remora.

Credo che, nel momento stesso in cui tratteremo il progetto n. 2982, avremo la possibilità di proporre una serie di emendamenti riguardanti una profonda modifica strutturale, e cioè la liberalizzazione della professione farmaceutica e la sostituzione dell'attuale rapporto popolazione-farmacia con quello distanza-farmacia.

Evidentemente, quando mi riferisco a questa branca della legislazione, mi riferisco ad un settore che per molti versi si può dire superato perché rappresenta la prosecuzione, in linea storica e logica, di un sistema feudale che vede la farmacia non tanto proiettata nell'epoca moderna, quanto come una sorta di centro di potere attorno al quale gravitano solo una serie di interessi, non rispondenti

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

alle finalità del mondo moderno e della sua evoluzione.

La richiesta di liberalizzazione della professione farmaceutica e la sostituzione dell'attuale rapporto popolazione-farmacia con quello distanza-farmacia dovrebbero ridare libertà a questo istituto e all'esercizio di questa professione tanto nobile e importante.

Un'altra osservazione desidero invece fare, in modo più particolareggiato, per quanto riguarda la politica ospedaliera, con riferimento specifico alla contrattazione. Sembra, questo, un aspetto particolare, ma esso investe principi di carattere generale. Fino ad oggi, per prassi costante, i lavoratori si incontravano con la F.I.A.R.O., stabilendo liberamente e contrattualmente le condizioni di lavoro. Successivamente, in sede ministeriale, si provvedeva a dare esecutività a quanto liberamente statuito fra le parti. Nell'ultimo anno si sono verificati alcuni fatti che hanno fornito la chiara sensazione di un vuoto di direttive e di una ingiustificata carenza da parte del pubblico potere.

Nel settembre 1960, a Palermo, le organizzazioni sindacali dei lavoratori e la F.I.A.R.O. regionale raggiungevano un accordo sindacale che istituiva, con riferimento ad altre categorie, un'indennità accessoria per gli ospedali siciliani. Le amministrazioni deliberavano in conseguenza, ma le deliberazioni venivano bloccate in prefettura dal ministro della sanità.

In sede nazionale, qualche mese fa, la F. I. A. R. O. e le organizzazioni dei lavoratori hanno realizzato un accordo che prevede miglioramenti salariali, e anche questo accordo non ha trovato esecuzione.

Prima di valutare il merito degli accordi mi limito ad alcune considerazioni pregiudiziali e mi domando: è lecito un simile atteggiamento del pubblico potere? e chi ha autorizzato, in questo caso, il blocco salariale del settore? Non costituisce tutto questo una grave lesione della sfera di autonomia contrattuale? Ed è possibile che il pubblico potere vanifichi di fatto ed eserciti una facoltà di valutazione nel merito dei contratti liberamente statuiti tra le parti? Sono una serie di considerazioni che propongo come enunciazioni di principio.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Vi è il problema della validità dei contratti *erga omnes*.

SCALIA. Conosco le obiezioni che sono state mosse. Gli accordi — si dice — implicano l'aumento delle rette, e gli istituti mutualistici non riconoscono tali aumenti. Un'altra

obiezione riguarda la competenza. Però, una cosa è certa: che pregiudizialmente il pubblico potere, il ministro, ha il dovere ed il diritto di dire una sua parola sul modo di formazione della volontà contrattuale. Se non si vuol dare luogo alla formazione della volontà contrattuale con il sistema attuale, si può benissimo modificarle. Ma fino ad oggi da parte del ministro non è stata detta una sola parola che servisse a far capire le diverse direttive che dovevano essere applicate.

Ella ed i suoi uffici hanno mosso l'obiezione secondo cui gli accordi implicano aumenti di rette, che gli istituti mutualistici non riconoscono. L'obiezione risulterebbe più comprensibile se fatta dal privato operatore piuttosto che dal Governo. A parte il riconoscimento scritto da ella operato circa la possibilità di aumento delle rette per necessità strutturali degli ospedali, non troverei nulla da eccepire ove il Governo non si fosse limitato a operare di fatto il blocco salariale e avesse trovato, invece, un diverso modo di stabilire i salari per i lavoratori ospedalieri.

Ma a parte tutto questo, non potendosi prevedere un arresto in eterno del dinamismo salariale, che cosa se non la retta dovrebbe sostenere l'onere degli aumenti?

Si tratta di un problema di autolimita, di senso di responsabilità delle organizzazioni sindacali, ma non vedo come legittimamente potrebbe provvedersi in altro modo alle necessità dei lavoratori interessati.

Il ministro della sanità ha eccepito anche che non ha una competenza esclusiva. È questa la giustificazione ufficiale che esso ha fornito sino ad oggi alle organizzazioni sindacali. Da questo risulta un problema interno di Governo, mi consenta il ministro; non è una ragione valida. Sulla questione di principio, io non nego, non potrei farlo, il diritto al Governo di trovare altre soluzioni. Io nego il diritto di creare una sorta di vuoto di potere e di direttive, come è avvenuto fino ad oggi, in cui non si sa bene quale sia la sfera dei diritti riconosciuti e quale quella dei diritti non riconosciuti.

Ci dica, onorevole ministro, come vanno fissati i salari, da chi vanno fissati. Qui le dico pregiudizialmente, anche a nome dell'organizzazione sindacale che ho l'onore di rappresentare in altra sede, che la C. I. S. L. non ha nulla in contrario a discutere sul modo di fissazione dei salari per questo particolare settore di lavoratori, gli ospedalieri, data la delicatezza della loro funzione. Ma non ci si può abbandonare ad una sorta di fatalismo

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

deteriore, che naturalmente crea agitazioni e frizioni sociali, determina l'insorgere di stati d'animo di grave reazione nei confronti del Governo e del Ministero della sanità.

Fino a quando vigerà l'attuale prassi io nego il diritto del ministro di rifiutare validità ad un contratto liberamente stipulato dalle parti; ciò fino a quando il Governo e il ministro interessati non avranno posto in essere diverse direttive e una nuova regolamentazione.

Avrei rinunciato volentieri a questo mio intervento, ma non posso non esprimere il mio rammarico per taluni atteggiamenti del Ministero che in definitiva finiscono per non deporre a favore degli istituti democratici. Da questo punto di vista l'episodio siciliano è stato sotto molti aspetti veramente sconcertante: il Ministero non ha dato validità al contratto stipulato fra gli ospedalieri e la F. I. A. R. O., ha bloccato le deliberazioni e non si è curato d'altro, senza convocare le parti, senza cercare in qualche modo di risolvere la vertenza, come si fa di solito per tutte le controversie sindacali. Si è limitato ad emanare disposizioni, quali quella sul recupero delle ore perdute in conseguenza dello sciopero, che sono state accolte sfavorevolmente dai lavoratori. Né hanno migliorato la situazione le dichiarazioni fatte dal ministro ad Agrigento e dalle quali non è emersa alcuna prospettiva di soluzione della vertenza.

Sulla questione ho presentato un'interrogazione alla quale il sottosegretario Mazza ha risposto in modo che mi sia consentito definire elusivo, in quanto ci si limitava a rilevare che l'accordo prevedeva un aumento del 40 per cento delle retribuzioni.

MAZZA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Quella risposta era conforme alla verità.

SCALIA. Sta bene, ma la verità si può dire tutta o solo in parte; ora, la risposta all'interrogazione non faceva cenno ad altri aspetti dell'accordo.

Sta di fatto (sia detto senza ombra di polemica nei confronti del ministro e del sottosegretario ma solo con una nota di vivo rammarico) che non vi è stata alcuna convocazione delle parti, e che il silenzio del Ministero ha determinato una situazione dolorosa che ha ingenerato una certa sfiducia nel sistema democratico da parte dei lavoratori, i quali non riescono a comprendere come mai non abbia trovato esecuzione alcuna un accordo liberamente stipulato dalle parti interessate.

Dal 26 settembre 1960, data della firma dell'accordo, ad oggi non si è avuto che un

continuo rinvio da questo a quel ministero, da questo a quell'organismo; si è sollevata una questione di competenza, sono state opposte varie eccezioni. Il risultato concreto è uno solo, che allo stato attuale delle cose è ancora aperta una vertenza che mantiene in stato di grave e dolorosa agitazione le categorie interessate, che non riescono a comprendere perché le loro rivendicazioni non vengano accolte. Ecco perché ho sentito il dovere di esprimere questa doglianza anche a nome di alcuni colleghi dell'organizzazione sindacale democratica, onorevole ministro. Lo dico senza alcuna ombra di riferimento personale.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Le risponderò domani nella mia replica. Vorrei però chiedere, soltanto per una questione di principio: a suo avviso, ogni vertenza deve avere una soluzione?

SCALIA. Evidentemente ogni vertenza deve avere una soluzione, magari anche negativa. In ogni caso resta una regola per i privati che si cerchi una soluzione, resta una doppia regola per il pubblico potere quella di giungere ad una soluzione positiva. Ella sa a quale trafilata mi riferisco. Non ho voluto esemplificare episodi e esperienze nella fiducia che voglia darmi assicurazioni concrete: cortesi, ma tassative e precise.

Su tutta questa materia se in un anno ci siamo incontrati cinque volte, ciò è accaduto nel giro di pochi giorni per trattare il problema frammentariamente, mai in una visione organica con rappresentanti di categoria, mai con la volontà di giungere ad una soluzione positiva che potesse essere di comune soddisfazione.

Onorevole ministro, anche ammesso per assurdo che l'accordo fosse stato nel merito discutibile, non potrà misconoscere le legittime aspettative dei lavoratori interessati a vedersi riconosciuto quanto era stato liberamente pattuito, contrattato e firmato. Il Governo democratico aveva ed ha il dovere, di fronte alle legittime aspettative dei lavoratori, non di eludere il problema, magari chiudendosi nella *turris eburnea* della sua autorevolezza e della sua incomprensione, quanto il dovere di vedere quale soluzione possa essere adottata.

Ecco perché, onorevole ministro, devo pregarla, su questi problemi che riguardano, sembra, una situazione particolare ma che investono invece questioni di carattere generale, di darci non generici ma precisi chiarimenti. Vi sono categorie sia in sede nazionale oggi, sia in sede regionale ieri ed anche oggi,

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

che attendono questi chiarimenti; vi è un'agitazione in corso, ed io affermo agitazione motivata da una legittima aspettativa, proprio perché tutto questo insieme di considerazioni hanno determinato uno stato d'animo di reazione e in certo senso di sdegno.

Mi auguro che il chiarimento sia tale da rendere superflua ogni ulteriore dichiarazione, che dovrei rendere nel caso che la genericità e la astrattezza della risposta dovesse non offrire sufficienti garanzie per una soddisfacente soluzione del problema prospettato. Di fronte a problemi tanto importanti quali quelli del rispetto della contrattazione e dell'autonomia contrattuale, ella potrà darmi atto che l'organizzazione sindacale (di cui sono un modestissimo rappresentante) non può certamente indugiarsi in remore e non avere precise e tassative assicurazioni.

Ho voluto fare queste brevi dichiarazioni non con intento polemico, ma con la volontà di vedere finalmente risolto un problema, naturalmente rendendomi conto che quando si tratta di trovare una soluzione si deve stare intorno ad un tavolino per trovarne una che sia di comune soddisfazione delle parti. Questo mi auguro nell'interesse di tutti, nell'interesse oltre che dei lavoratori, anche delle amministrazioni e delle organizzazioni ospedaliere che hanno bisogno, per prosperare, non certo di conflitti e di contrasti sociali, ma di molta pace, di tranquillità e di ordine sociale. (*Applausi*).

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

LA PENNA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, sottoscrivo pienamente la relazione del collega Sorgi di cui, d'altra parte, anche il relatore di minoranza valuta con rispetto l'illuminato sforzo; e se intervengo con alcune brevi considerazioni mi prefiggo lo scopo non di integrare o chiarire, ma solo di aggiungere un più esplicito consenso a taluni particolari apprezzamenti e richieste, al fine di unire al voto favorevole, che implica sempre una consapevole responsabile adesione, l'espressa dichiarazione dei motivi che mi inducono a condividere un indirizzo teso a realizzare una moderna politica sanitaria. Perché attorno ad alcuni problemi è necessario che si raccolgano più voci, non per dilatarne l'importanza (perché, forse, per l'avvenire di un popolo, maggiore non potrebbe essere) ma per renderne più evidente la popolarità e attraverso questa renderne più sensibile l'urgenza.

Nel discorso che ella, onorevole ministro, ha pronunciato in quest'aula in occasione

del primo bilancio del suo Ministero, ha notato che il nostro secolo è stato testimone di un progresso scientifico veloce e rivoluzionario che ha sorpreso tutte le nazioni. Quindi il divario tra certe realtà ed il progresso che avanza è più che naturale in un primo tempo, ma occorre al più presto portare le istituzioni al livello del progresso della scienza. Ciò è attuale soprattutto per le istituzioni sanitarie, da adeguare al livello indicato dall'attuale progresso della scienza medica e delle sue applicazioni, al fine di sollevare le sorti della sanità italiana, la quale, per conseguire i suoi scopi, ha bisogno di unità ed organicità di direzione, di esaltare la preminenza degli aspetti sanitari in tutte le attività sociali, di diffondere il profondo valore, oltre che umano, anche economico di una moderna politica sanitaria.

Per valutare l'efficienza dei servizi sanitari, oltre che nella vita del singolo individuo, in tutti gli aspetti della vita della collettività, basti considerare che malattia significa inoperosità, perdita di giornate lavorative, abbassamento del livello di produzione; mentre salute significa lavoro, rendimento, benessere, prosperità. Giustamente l'onorevole Sorgi nota che di là dal fatto puramente contabile, è ampiamente dimostrato che prevenire una malattia costa meno che curarla; si è diffuso il ragionato convincimento di una stretta connessione tra lo stato di salute di un popolo e il suo sviluppo economico.

A parte quindi la validità dell'impegno cristiano e sociale per sollevare il prossimo dalla sofferenza, si appalesa la necessità di far progredire i servizi sanitari senza i quali è impossibile un progresso economico. È stato giustamente scritto: l'infermità organica di un popolo segue l'inferiorità economica e l'inferiorità civile come l'ombra il suo corpo.

Nel quadro della politica di sviluppo che si vuole perseguire nel nostro paese, s'inserisce perciò l'esigenza di una moderna politica sanitaria, per la cui attuazione, se sono state poste discrete premesse, occorre incidere su alcuni settori, in modo da conseguire un avanzamento organico, coordinato, senza squilibri. Certo, si è riusciti ad abbassare notevolmente la mortalità infantile; si è costruito un volume colossale di opere igieniche, si è aumentato il numero dei posti letto degli ospedali, si è progredito nella lotta contro le malattie sociali, e così via: insomma, si è percorsa molta strada; ma molto cammino resta ancora da fare.

Ella, onorevole ministro, ne ha dato un implicito esempio quando il 14 luglio 1959,

volendo mettere in risalto ciò che restava ancora da fare nel meridione, ha scelto come riferimento la mia terra, la provincia di Campobasso. Citando i dati del 1958, ha affermato: « L'indice di mortalità infantile è in Italia del 48,2 per mille, nella provincia di Campobasso è dell'83 per mille. Secondo i tecnici, l'assistenza all'infanzia è in detta provincia a uno stadio primitivo. Occorrono brefotrofi, reparti pediatrici, preventori pediatrici e materni, conoscenza delle norme igieniche più elementari. Le conseguenze di tale stato di cose si riscontrano ai consigli di leva: circa il 30 per cento dei giovani sono respinti alla prima visita, percentuale senz'altro elevata se si pensa che la media nazionale è del 12 per cento ».

GIARDINA, *Ministro della sanità*. In quale anno si è registrato il 30 per cento di giovani respinti dai consigli di leva alla prima visita?

LA PENNA. Nel 1952.

L'assistenza ospedaliera è deficiente. Occorrono ospedali e reparti di specializzazione. In provincia di Campobasso si ha un posto letto per ogni 884 molisani.

L'esigenza di migliorare le strutture sanitarie del nostro paese ha portato il Senato a suggerire l'iniziativa di un « piano bianco », che dovrebbe costituire lo strumento per abbandonare gli interventi settoriali e per riunire tutti gli sforzi che riguardo alla sanità i vari ministeri ed enti oggi isolatamente e frammentariamente realizzano.

Perché, senza forse, è questo il problema più urgente per una politica sanitaria. L'anno scorso il ministro Giardina, a conclusione della discussione sul bilancio, ha avuto modo di rilevare che per la sanità in Italia si spendono non solo i 52 miliardi del bilancio della sanità, ma gli 850 miliardi che risultano dalla somma degli stanziamenti dei diversi ministeri che si occupano dell'assistenza. Esiste ed è notevole l'urgenza di assegnare più fondi al bilancio della sanità, che pure è arrivato dai 41 miliardi del 1958-1959 ai 52 miliardi del 1961-62; ma esiste, soprattutto, l'esigenza del coordinamento di tutte le iniziative inerenti alla difesa della salute umana. Si deve giungere a coordinare l'attività dei diversi ministeri (fino a quando non si riuscirà ad allargare le competenze di quello della sanità), dei diversi enti mutualistici (fino a quando non si riuscirà a fonderli), degli ospedali (su base provinciale) e degli altri enti in modo da porre al più presto le condizioni-base di un sistema di sicurezza sociale.

L'onorevole relatore individua uno dei primi problemi del riordinamento dell'assistenza sanitaria nel sistema mutuo-previdenziale. Questo regime assicurativo obbligatorio si articola in 16 enti mutualistici ed interessa in grado diverso 41 milioni e 400 mila italiani, tra lavoratori, loro familiari e pensionati. Anche se il sistema pluralistico in sé non è un male ed anzi potrebbe essere segno di maggiore vitalità, la realtà della situazione italiana dà modo di rilevare una serie di inconvenienti, che ineriscono alle diverse impostazioni assistenziali delle varie mutue, le quali moltiplicano disordinatamente le loro strutture organizzative ed assistenziali periferiche, con dilatazione di oneri che tornano a discapito dell'effettiva assistenza. Inconvenienti questi denunciati da diversi anni dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulla miseria in Italia, che notava:

« In generale viene mossa ai tre istituti parastatali (I. N. P. S., I. N. A. I. L., I. N. A. M.) l'accusa che un'eccessiva burocratizzazione domini i servizi organizzativi sia al centro sia alla periferia, e che vi siano più uffici ed impiegati di quanto sarebbe necessario per far funzionare il sistema. Pertanto i costi di amministrazione del sistema previdenziale italiano risulterebbero eccessivi. Si lamenta inoltre che gli investimenti fatti dai tre istituti in sedi di rappresentanza siano pure sproporzionati rispetto alle necessità effettive di funzionamento. Giova inoltre osservare che ... le prestazioni fornite agli aventi diritto sono sovente ridicole se paragonate alla imponenza e lussuosità delle sedi ed alla complessità e costosità delle pratiche da espletare ».

La C. I. S. L. ha indicato da tempo la via per riordinare questo settore. La necessità della riforma ha conquistato sempre più larghi settori. Mi associo al relatore che ha voluto indicare almeno due grandi traguardi: passaggio dell'assistenza sanitaria mutualistica, attraverso l'esercizio della tutela sui relativi enti erogatori, sotto la competenza diretta del Ministero della sanità; unificazione di tutti gli enti mutualistici in modo che ai cittadini siano garantiti il diritto e l'uguale accesso al godimento di esso, che delle disponibilità finanziarie si faccia l'uso più razionale ed economico possibile, che tutto si armonizzi nel quadro del complessivo sforzo sanitario che lo Stato compie. Tale unificazione potrà assumere anche la forma di una confederazione delle mutue o potrà realizzarsi in tre unità di ampi settori: per i dipendenti pubblici, per i dipendenti privati e per i lavoratori autonomi.

L'inserimento delle mutue in un quadro di collaborazione ad un generale indirizzo di sanità pubblica potrà essere disciplinato dal Ministero della sanità che potrà attuarlo con:

a) un coordinamento inter-mutualistico e con altri enti assistenziali per rendere chiara e di facile accesso al cittadino la catena della salute;

b) un allineamento degli enti verso omogenei criteri assistenziali, con superamento delle attuali disparità esistenti in merito alle prestazioni, ai rapporti coi sanitari, alle condizioni e ai limiti con cui vengono variamente considerate alcune malattie e specialmente i gravi eventi;

c) un inizio di inserimento delle mutue e della loro cospicua organizzazione sanitaria nell'ambito della medicina preventiva;

d) una piena collaborazione delle mutue fra loro e con altri enti pubblici e con gli ospedali per evitare duplicazioni e zone vuote, contrasti e dispersioni nella distribuzione territoriale di presidi sanitari ed ottenere da tutti loro insieme lo sforzo comune per una organica e moderna rete di servizi. Si pensi al frutto che potrebbe derivare dai 570 dispensari antitubercolari, 3.429 ambulatori mutualistici e ospedalieri (censiti nel 1956, oggi sono di molto aumentati), 7.074 ambulatori comunali, 10.406 istituzioni assistenziali dell'O. N. M. I., ben collegati fra di loro e incardinati in un sistema di reciproca disponibilità per un servizio organico e generale. Si aggiungano i 79 ospedali dell'I. N. P. S. e dell'« Inail », i convalescenziari e le case di riposo di enti vari.

Un altro problema del riordinamento dell'assistenza sanitaria è quello ospedaliero. Chi ha potuto consultare le pubblicazioni e le statistiche riguardanti l'assistenza ospedaliera in Italia, non può non avere rilevato lo sforzo che è stato compiuto dallo Stato in questo dopoguerra per rendere le attrezzature ospedaliere idonee alla triplice funzione: terapeutica, profilattica ed educativa, che oggi viene da tutti gli studiosi della materia assegnata loro. Si è, infatti, passati dal 3,76 per mille posti-letto del 1950 al 4,38 per mille del 1958.

Eppure in pochi campi, così come in quello ospedaliero, vi è una diffusa sensazione che tutto sia ancora da fare. Viene spesso lamentato che la nostra disponibilità di posti-letto del 4,38 per mille abitanti sia assai esigua nei confronti del fabbisogno. I risultati dei rilievi e le notizie sulle necessarie demolizioni e ricostruzioni di edifici non più idonei e non più suscettibili di restauro portano a

calcolare che per raggiungere in tutto il territorio nazionale il quoziente di 6 posti-letto per mille abitanti, quoziente questo ritenuto sufficiente ad assicurare un minimo di ricettività ai malati acuti, occorrerebbero oltre 85 mila nuovi posti letto. Sarà bene notare che riguardo al fabbisogno complessivo dei posti-letto (considerando cioè, gli ospedali per malati acuti e gli ospedali specializzati) un confronto con altre nazioni ci pone in una situazione intermedia. C'è infatti un indice inferiore ai 2 posti-letto per mille abitanti, proprio dei paesi sottosviluppati: India 0,4; Egitto 1,6. C'è un indice dei paesi più progrediti, superiore al 10 per mille: U. S. A. 10,1; Gran Bretagna 11,6; Svezia 14,3. Infine, oltre alle due fasce di transizione, c'è un indice fra il 4 e l'8 per mille, che è considerato proprio dei paesi in fase di evoluzione; Israele 5,7; Libano 6,5; Italia 7,22; U. R. S. S. 7,62.

Aggiungendo poi le case di cura private, la nostra densità sale a 8,45 per mille. Questa è l'obiettivo posizione italiana nei confronti di altri Stati.

In quanto alla meta del 10 per mille che l'O. M. S. indica come rapporto di sufficienza, è da precisare che riguarda sempre il totale dei vari tipi di ospedali e che viene generalmente così distinto: 6 per mille posti-letto di ospedali per acuti (generali e specializzati); 3 per mille per malati mentali; 1 per mille per malati lungo-degenti (tubercolotici ed altri).

Per ora l'argomento si deve restringere ai soli ospedali per acuti, alla cui sufficienza (6 per mille) il nostro popolo ancora non è giunto, con il suo indice del 4,38 per mille.

Ma il problema dei posti-letto va riguardato anche sotto l'aspetto della distribuzione del territorio nazionale. Attualmente la distribuzione presenta le seguenti variazioni: nord 6,03 per mille abitanti, centro 4,82, sud 2,23. Da ciò risulta che il problema ospedaliero, almeno per questo aspetto, è una questione che interessa prevalentemente il meridione. Infatti, il fabbisogno nazionale riferito al rapporto ospedali-popolazione del 1958 è di 85 mila posti-letto, di cui 5 mila necessari a colmare deficienze in alcune regioni del nord, 10 mila per il centro e ben 70 mila per il sud. Di fronte a questo quadro giustamente l'onorevole Sorgi scrive: « Si attende con ansia il varo della legge dei 20 miliardi con cui la Cassa per il Mezzogiorno dovrà costruire 7 mila posti-letto. Ma non si dimentichi che con tale cifra si soddisfa meno della decima parte del fabbisogno nazionale.

Occorre perciò che il Ministero dei lavori pubblici subordini i suoi finanziamenti alle reali esigenze delle diverse regioni d'Italia, e che soprattutto si vari al più presto il piano ospedaliero nazionale».

Ma il problema ospedaliero non consiste soltanto in una questione di insufficienza ricettiva; esistono anche un problema istituzionale e un problema economico. La competenza sugli ospedali è ancora divisa tra il Ministero dell'interno e il Ministero della sanità. La competenza del Ministero dell'interno sugli ospedali è legata alla legge sulle istituzioni di assistenza e beneficenza. Ora, l'ospedale non può più essere considerato alla stregua di un ente di beneficenza.

Ella, onorevole ministro, affermava il 18 dicembre 1959 che oggi l'ospedale, da istituzione di carità per le cure degli indigenti, è divenuto un centro di cure aperto a tutte le categorie sociali. Questa evoluzione deve ascriversi a due cause principali: il progresso della tecnica medica ed ospedaliera e lo sviluppo della legislazione sociale. Tale procedimento di trasformazione non è ancora compiuto e pertanto gli istituti ospedalieri si trovano ovunque in difficoltà. Il numero dei ricoveri si è elevato in pochi anni da 2 a 4 milioni. Questa situazione implica la necessità di trasformare la concezione dell'istituzione ospedaliera per considerarla un « centro di salute » dipendente quindi solo dal Ministero della sanità che, come ella ha affermato, onorevole ministro, opera allo stesso livello di una azienda industriale, con tutte le caratteristiche di un'impresa. E come impresa industriale deve tendere a positivi risultati economici, quali migliori prezzi e migliori servizi per il ricoverato e migliori retribuzioni per i dipendenti, i quali devono essere chiamati tutti, compresi i sanitari, a dare prestazioni a pieno tempo.

Né va trascurata l'esigenza di attuare i proposti piani regolatori territoriali dell'assistenza ospedaliera, in modo da coordinare sul piano regionale e provinciale l'attività dei singoli ospedali senza alterare l'autonomia amministrativa dei medesimi, ma evitando che una esasperata autonomia funzionale e un desiderio di autosufficienza tecnica aggravino la dispersione dei mezzi e delle energie.

Un terzo problema del riordinamento dell'assistenza sanitaria è certamente quello della medicina scolastica. La scuola dell'obbligo è riuscita a recuperare la quasi totalità dei ragazzi; è facile pertanto comprendere quale grande strumento costituisca la

medicina scolastica sia come educazione sia come prevenzione e profilassi. Sono però giustificati i timori relativi all'attuazione del servizio di medicina scolastica quando si pensi che il provvedimento che lo istituisce dispone che il servizio può affidarsi al medico condotto per i comuni al di sotto dei 30 mila abitanti. Se si tiene conto che i comuni con popolazione al di sopra di 30 mila abitanti non arrivano a 200 e che sono circa 7.800 quelli con popolazione inferiore ai 30 mila abitanti, si comprende che il servizio di medicina scolastica rischia di non conseguire la necessaria efficienza ed efficacia proprio perché confinato ai margini della condotta medica. In merito all'efficienza dei servizi è necessario affrontare adeguatamente il problema di provvedere all'indispensabile minimo di attrezzature, ponendosi l'obiettivo di venire alle province più bisognose e non solo per gli ambulatori odontoiatrici.

Vorrei anche accennare ai problemi degli invalidi civili (a cui bisogna venire incontro assicurando cure sanitarie specialistiche, organizzando l'educazione professionale e l'avviamento al lavoro in caso di recuperabilità delle capacità lavorative o attuando l'assistenza economica in caso di irrecuperabilità) e ai gravi problemi dell'igiene pubblica (specie in riferimento alle opere di acquedotti e fognature necessari nell'Italia meridionale); per ragioni evidenti di brevità, mi associo alle richieste che in merito avanza l'onorevole Sorgi, e passo da ultimo a sollecitare, onorevole ministro, la sua più attenta considerazione per le urgenti necessità di quella regione che ella ha scelto nel 1959 come campione per indicare il più basso livello di depressione economica e sanitaria.

Nell'ottobre del 1954 l'Istituto di medicina sociale ha tenuto il suo primo convegno nazionale proprio a Campobasso. Tema del convegno: l'azione della medicina sociale per la rinascita delle aree depresse. Presidente del convegno l'onorevole De Maria, allora alto commissario aggiunto alla sanità. Relatori l'onorevole Zaccagnini e il professor Cramarossa.

Stralciando dagli atti di quel convegno, mi sia consentito fornire qualche dato. La popolazione italiana, come è noto, nell'ultimo cinquantennio è aumentata di circa il 50 per cento (nel 1901: 32 milioni di abitanti; nel 1951: 47 milioni); quella molisana è rimasta pressoché stazionaria (1901: 395 mila abitanti; 1951: 407 mila) se considerata nel suo complesso; si dimostra in declino nei comuni montani, che rappresentano oltre l'85 per

cento della regione (1901: 318 mila abitanti; 1951: 296 mila). Eppure la nuzialità (7,8 per mille nel 1951) è superiore a quella media della nazione (7 per mille), la natalità, ancorché fortemente discesa dall'inizio del secolo (1901: 37 per mille), è superiore (22,2 per mille nel 1951) a quella nazionale (18,4 per mille nel 1951); la mortalità generale dal 28 per mille del 1901 è discesa a 10,5 per mille, e quindi può considerarsi praticamente uguale a quella nazionale; l'eccedenza naturale, infine, è anche superiore (11 per mille nel 1951) a quella del paese (8,1 per mille).

Ne segue che la staticità della popolazione molisana non è da attribuirsi a sfavorevole andamento del movimento naturale, che invece segna nel complesso punti di vantaggio su quello dell'intera nazione. Essa deve porsi in stretta relazione al movimento migratorio che è tanto accentuato là dove, come nelle zone montane, più difficili sono le condizioni di vita. Se si pensa che l'emigrazione è fatta soprattutto a spese dei gruppi di età economicamente e demograficamente più attivi, i quozienti sopra riportati acquistano un significato ancora meno favorevole.

La mortalità del primo anno di vita è discesa in Italia a 64 per mille nati vivi (1954); nel Molise tuttora ascende a 83 per mille nati vivi. Su 136 comuni, solo 6 sono forniti di ospedale, ma la gravità della situazione più che nello scarso numero degli ospedali sta nella loro esigua capacità ricettiva. I letti a disposizione del pubblico raggiungono la mortificante cifra di 322, pari a 0,79 letti per mille abitanti, assegnando quindi al Molise il penultimo posto nella graduatoria nazionale. Mancano praticamente reparti per infettivi, mentre solo per le febbri tifoidee e paratifoidee si registrano oltre 300 casi all'anno; mancano un servizio trasfusionale e un centro anticanceroso, nonostante gli oltre 250 decessi all'anno per tumori maligni; manca un istituto psichiatrico provinciale, mentre la provincia spende per il ricovero dei malati di mente oltre 100 milioni.

Il professore Cramarossa faceva notare: « La rinascita delle aree depresse non può e non deve concepirsi solo come la soluzione di un problema economico, perché il problema è anche, e vorrei dire innanzitutto, di natura medico-sociale ». E aggiungeva: « A che varrebbe nel settore economico migliorare la viabilità, stimolare lo spirito associativo, promuovere la fiducia delle forze economiche molisane nelle imprese su base cooperativa nell'agricoltura e su base azionaria nel com-

mercio e nella industria (per creare con una moderna struttura produttiva stabili condizioni per il più redditizio sfruttamento delle risorse locali); nel settore sociale, combattere il tarlo della disoccupazione e della sottoccupazione, favorendo con la istituzione di apposite scuole la qualificazione professionale e la specializzazione sia nel campo agricolo e industriale, sia in quello delle attività artigiane: se nel settore igienico-sanitario non si difendesse la sanità della popolazione dalle insidie della casa malsana e sovrappollata, della sottoalimentazione ed ancor più dell'irrazionale alimentazione, delle deficienze strutturali e funzionali dell'organizzazione profilattica ed assistenziale e dell'insufficiente educazione igienica ? ».

Ciò dimostra la necessità che nei programmi a favore delle aree depresse le provvidenze igienico-sanitarie siano collocate in primo piano e che al fattore uomo sia attribuita preminente importanza nell'azione diretta alla loro rinascita.

Queste le conclusioni del convegno dell'Istituto di medicina sociale sulla depressione del Molise, preso a campione di tutte le province depresse del meridione.

Io voglio sperare, onorevole ministro, che ella saprà fare del Molise un campione per sperimentare i primi tentativi di riordinamento sanitario, e soprattutto voglio sperare che ella non si dimentichi di questa regione nel momento in cui disporrà dei mezzi per incidere profondamente nel tessuto dell'organizzazione sanitaria e per sollecitare il progresso di una delle province più arretrate d'Italia. (*Applausi al centro—Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato a domani.

Annunzio di interrogazioni.

PRESIDENTE. Si dia lettura delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

BIASUTTI, *Segretario*, legge:

Interrogazioni a risposta orale.

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri ed il ministro dell'interno, per conoscere se non ritengano di sollecitare la formulazione della legge ordinaria per le modalità delle elezioni dei senatori della circoscrizione di Trieste, affinché gli elettori di questa non siano privati, come attualmente, quasi cittadini di secondo rango, del diritto di eleggere i loro rappresentanti al Senato.

(4253)

« GEFTER WONDRICH ».

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

« Il sottoscritto chiede di interrogare i ministri dell'agricoltura e foreste, dei lavori pubblici, dell'interno e del lavoro e previdenza sociale, per sapere se sono a conoscenza della violenta alluvione che dal giorno 4 al giorno 7 del corrente mese ha colpito molte zone della penisola salentina e particolarmente le campagne e gli abitati dei comuni di Poggiardo, Minervino, Botrugno, San Cassiano, Nociglia, Supersano, Ruffano, Squinzano, Campi Salentina e Nardò in provincia di Lecce;

per sapere se si stanno accertando i danni che, a giudizio di molti ed anche di organi tecnici dello Stato, ammonterebbero a diversi miliardi, avendo la furia delle acque in molti punti divelto finanche gli impianti legnosi, trasportando lontano la stessa terra coltivabile e lesionato centinaia di fabbricati;

per sapere quali provvedimenti sono stati adottati dalle autorità governative per soddisfare i bisogni immediati di quelle famiglie, che hanno dovuto abbandonare le proprie abitazioni divenute pericolanti e perché invase dalle acque, o perché rimaste prive di lavoro per l'allagamento e gli altri danni subiti nelle campagne;

per sapere se non intende il Governo provvedere con tutta urgenza alla emanazione di un provvedimento che lo autorizzi a costruire quelle opere tante volte pubblicamente promesse, già suggerite dal genio civile di Lecce nel lontano ottobre del 1957, quando uguale calamità si abbatté sulla stessa plaga del basso salento, ed il 1960, quando sinistro simile già colpì la popolazione di Campi Salentina; opere ritenute da tutti atte a scongiurare per l'avvenire la disgrazia delle periodiche alluvioni.

« L'interrogante vorrebbe sapere pure se il Governo non intende intervenire presso i comuni, dove si sono verificati i danni, per assicurare ai danneggiati quelle agevolazioni tributarie contemplate dalla legge del luglio 1960 n. 739 e di dover provvedere con tutta urgenza ad un nuovo finanziamento di detta legge, per l'idennizzo dei danni accertati ed il rimborso ai comuni delle somme relative agli esoneri da operare;

se non crede infine di assegnare per i comuni in questione, che risultano anche fra i più colpiti dal flagello della peronospora tabacina, un congruo numero di giornate per cantieri di lavoro.

(4254)

« CALASSO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare i ministri della sanità e del lavoro e previdenza

sociale, per conoscere quanto intendano fare, nel campo delle loro specifiche competenze, allo scopo di accertare il comportamento e le responsabilità dei servizi sanitari dell'E.N. P.A.L.S. in ordine al doloroso gravissimo caso del decesso della giovane assistita Maria Brivio, ed i provvedimenti che intendano adottare allo scopo di assicurare un adeguato ed efficace servizio assistenziale da parte dell'ente interessato, eliminando carenze e disfunzioni che sono in contrasto con le finalità stesse dell'E.N.P.A.L.S.

(4255)

« SANTI ».

Interrogazioni a risposta scritta.

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro di grazia e giustizia, per conoscere se, avvalendosi dei suoi poteri discrezionali, il guardasigilli abbia chiesto, o stia per chiedere con la imperiosa urgenza che il caso richiede, di esaminare l'opportunità per concedere l'immediata liberazione dell'ergastolano Salvatore Gallo, condannato per un omicidio palesamente non commesso data, la identificazione in un cittadino tuttora vivente del presunto assassinato.

« L'interrogante ritiene che una simile iniziativa non invaderebbe l'area costituzionalmente riservata alla magistratura, giacché questa dolorosa vittima di un errore giudiziario avrebbe, dopo una liberazione sia pur formalmente condizionata, sempre il dovere di sottostare al processo di revisione ingiunto dalla procedura.

« L'interrogante rileva infine:

a) che, se il ministro di grazia e giustizia può promuovere provvedimenti di clemenza a favore di rei, a maggior ragione può, o forse deve, promuovere un analogo provvedimento a favore di un innocente, che ha tanto sofferto;

b) che il permanere di un altro solo giorno, nel penitenziario, di un innocente determinerebbe una ancor più grave sensazione di sgomento e di perplessità nell'opinione pubblica, nonché una confusa e pericolosa sfiducia nelle istituzioni che, forse prima ancora di essere presidio del diritto, dovrebbero essere presidio di giustizia e di libertà anche nei confronti di coloro che, non per propria colpa, si trovino, innocenti, costretti in una casa di pena.

(20112)

« SPADAZZI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare i ministri del tesoro e dei lavori pubblici, per sapere se sono informati che i sinistrati di

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

guerra, specie del cassinate, sono costretti a subire procedure e ad accettare condizioni che di fatto annullano i benefici loro concessi dalla legge.

« Infatti, i sinistrati che si rivolgono all'I.N.F.I.R. — unico istituto che concede mutui per la ricostruzione edilizia — ottengono, detratte le spese varie e gli interessi di preammortamento, somme pari al 90 per cento degli importi approvati dal genio civile e sul quale debbono pagare un interesse del 7 per cento. Inoltre, poiché dal momento in cui avviene l'approvazione della pratica da parte del Provveditorato, l'I.N.F.I.R. considera chiusa l'istruttoria amministrativa e dichiara il mutuo in ammortamento, mentre il Ministero dei lavori pubblici ritarda l'emissione del decreto definitivo di concessione del contributo trentennale a volte anche di due anni, ne consegue che i sinistrati debbono pagare all'I.N.F.I.R. un interesse dell'8 per cento su tutte le semestralità che nel frattempo lo Stato non versa; per sapere inoltre se non ritengano necessario intervenire per garantire:

1°) che la concessione del contributo decorra dalla data di approvazione della pratica da parte del Provveditorato, allo scopo di evitare che gli interessati siano ulteriormente obbligati a pagare elevatissimi interessi per un periodo superiore al trentennio;

2°) che sia sensibilmente diminuito l'interesse che i sinistrati pagano all'istituto mutuante.

(20113)

« COMPAGNONI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro dei lavori pubblici, per conoscere se, avendo presente il decreto interministeriale del 14 gennaio 1956, con il quale è stato deciso il trasferimento del centro urbano del comune di Papozze (Rovigo) in zona protetta dall'argine maestro del Po, e tenuto conto che detto centro urbano è attualmente ubicato in una golena e quindi costantemente esposto ai pericoli delle alluvioni, non ritenga opportuno ed urgente disporre lo stanziamento dei fondi necessari al completamento delle opere, i cui lavori, iniziati nel 1958, sono stati sospesi nel 1959.

« L'abbandono in cui sono state lasciate dette opere, oltre a danneggiare seriamente i manufatti incompleti, ha determinato nella popolazione una dolorosa situazione di disagio, che si traduce in giustificata sfiducia nei confronti del Governo, il quale, in data 6 settembre 1961, ha comunicato al sindaco

del comune di Papozze di non poter far luogo al finanziamento della spesa per la scarsa entità dei fondi di bilancio.

(20114)

« MARZOTTO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro dell'industria e del commercio, per sapere:

1°) se è a conoscenza degli infortuni luttuosi e gravi, che si sono verificati nella miniera Baccarato (Aidone) nella provincia di Enna in questi ultimi mesi e dei motivi che hanno determinato gli infortuni stessi;

2°) se ha predisposto interventi rivolti ad avviare nell'avvenire a simili sciagure.

« L'interrogante fa presente che in detta miniera da sei mesi a questa parte si è dimessa per circa il 70 per cento la manodopera più qualificata per la scarsa osservanza della legge di polizia mineraria e per un nuovo tipo di coltivazione della miniera, detto a doppio gradino, che, mentre da una parte assicura una maggiore produzione, dall'altra parte produce dei vuoti all'interno della miniera, contribuendo a determinare i crolli, che talvolta si sono verificati.

« Perciò si invoca un tempestivo intervento delle autorità, anche per far cessare l'allarme diffuso fra le maestranze.

(20115)

« RUSSO SALVATORE ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro del lavoro e della previdenza sociale, per sapere se sia informato che nella provincia di Enna varie direzioni di miniere di zolfo si rifiutano di assumere lavoratori che abbiano superato i 40 anni di età, anche quando i lavoratori siano avviati al lavoro dai locali uffici di collocamento, come è avvenuto per il lavoratore Bonasia Giuseppe da Barrafranca, di anni 45, incluso tra gli aventi diritto all'assunzione.

« L'interrogante chiede di sapere se il ministro intenda intervenire per far rispettare la legge.

(20116)

« RUSSO SALVATORE ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro della marina mercantile, per conoscere quali provvedimenti sono allo studio per ovviare alla grave situazione determinatasi ai danni dei pescatori di Torre Annunziata, i quali, a causa del temporale che nell'ottobre del 1959 distrusse l'unico molo disponibile, e che non è stato più riattivato, non hanno a loro disposizione un molo per attraccare le barche, con gravi disagi e notevoli rischi per la loro stessa incolumità; e per conoscere,

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

da allora l'ente gioventù italiana opera, di fatto, come ente pubblico tutt'ora vivo e vitale, impedendo la razionale utilizzazione delle notevoli attrezzature di cui ancora dispone da parte della scuola, ai fini dell'educazione fisica e sportiva della gioventù. Tali attrezzature in gran parte cadono invece in rovina o vengono progressivamente alienate, e pertanto sottratte alla loro destinazione legittima.

« Contro tale stato di cose sono rimasti inoperanti tanto i chiari pronunciamenti parlamentari (ordini del giorno accettati dal Governo durante la discussione dei bilanci della pubblica istruzione in Senato nel marzo 1954 ed ottobre 1955; ordine del giorno votato alla unanimità della V Commissione del Senato il 17 luglio 1956), quanto la sentenza della Corte costituzionale (n. 68 del 22 dicembre 1959), con la quale si afferma che il commissariato G.I. è solo preposto alla gestione di liquidazione del patrimonio della ex-G.I.L., in attesa della attribuzione definitiva delle singole unità che lo compongono (e di cui sono destinatari legittimi il Ministero della pubblica istruzione e quello della difesa, ai sensi del regio decreto-legge 3 agosto 1943, n. 704).

« L'interrogante vorrebbe pertanto conoscere quanto si dovrà ancora aspettare, perché i beni della ex-G.I.L. vengano definitivamente restituiti all'educazione fisica e sportiva della gioventù, attraverso la loro attribuzione all'amministrazione della pubblica istruzione.

(20124)

« CRUCIANI ».

« Il sottoscritto chiede di interrogare il ministro degli affari esteri, per sapere se non ritenga necessario intervenire per permettere all'operaio Palombi Antonio emigrato in Australia di poter tornare in Italia. Il Palombi, che ha lasciato la famiglia nel comune di Castro dei Volsci (Frosinone), priva di mezzi per andare avanti, è costretto a vivere in un garage a Melbourne-Charles st. Vic. Seddon Footscray, 161 — ridotto alla più completa esasperazione, perché da tempo privo di lavoro e nella impossibilità di rimpatriare.

(20125)

« COMPAGNONI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro del tesoro, per conoscere se non intenda opportunamente sollecitare la concessione di un mutuo di lire 30.000.000 al comune di Massa Fiscaglia da parte della Cassa depositi e prestiti, mutuo occorrente per la costruzione di un edificio scolastico per i corsi di avviamento professionale. La pratica, cor-

redata dalla prescritta documentazione, trovandosi presso la Direzione generale della Cassa depositi e prestiti.

(20126)

« BIGNARDI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro della pubblica istruzione, per sapere se è a conoscenza che, nella nomina dei membri aggregati delle commissioni degli esami di Stato a Pisa, alcuni insegnanti hanno avuto due nomine ed alcuni non sono stati ammessi:

se è a conoscenza che a Cagliari, nonostante l'offerta di insegnanti di ruolo, gli esami di Stato sono stati fatti da incaricati privi di titoli specifici;

se non ritiene, per ovviare ai tanti inconvenienti verificatisi, di disporre perché in ogni provincia venga formulata a domanda degli interessati di tutta Italia una graduatoria di aventi titolo, onde si allontani la possibilità degli inconvenienti verificatisi in passato.

(20127)

« CRUCIANI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro della pubblica istruzione, per sapere se è a conoscenza che, nonostante le precise disposizioni, nei corsi, istituiti dalla legge 30 dicembre 1960, n. 1727, per gli incaricati di educazione fisica sono stati chiamati docenti non di ruolo senza titolo, evidentemente forniti solo di potenti raccomandazioni; se è possibile in contrasto con le leggi e le disposizioni ministeriali operare in senso totalmente opposto con grave discapito dell'insegnamento e della serietà dei corsi.

(20128)

« CRUCIANI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare i ministri dei lavori pubblici e della pubblica istruzione, per conoscere i motivi che ritardano le opere necessarie per rendere usabili le palestre della G.I. in uso all'Istituto tecnico « Pacinotti » di Pisa.

« Sono due anni che le scolaresche pisane non possono fare le obbligatorie esercitazioni scolastiche per la mancata rimozione di un muro dichiarato pericolante.

« Si chiede se è possibile che si inizi un'altro anno scolastico senza che sia provveduto.

(20129)

« CRUCIANI ».

« I sottoscritti chiedono di interrogare il ministro delle poste e delle telecomunicazioni, per conoscere l'elenco dei comuni della pro-

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

inoltre, quali decisioni sono state adottate in seguito alla richiesta avanzata, tramite la locale Capitaneria di porto, di poter adattare a porticciolo peschereccio lo specchio d'acqua della banchina Crocelle.

(20117)

« ARMATO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro dell'interno, per sapere se il sindaco di San Cesario di Lecce, nell'assumere il personale per le rilevazioni del IV censimento in corso, ha tenuto conto, oltreché delle capacità, anche del grado di bisogno delle persone incaricate; per conoscere i motivi della esclusione da tale incarico del signor Oronzo Brunetti, da tutti ritenuto capace e bisognoso con carico di famiglia, perché disoccupato.

(20118)

« CALASSO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro dell'interno, per sapere se è a conoscenza del grado di inefficienza in cui è giunto l'E.C.A. (Ente comunale assistenza) di San Cesario di Lecce; per sapere se è a conoscenza che il presidente ed il segretario di detto Ente da molto tempo risultano dimissionari e che a tutt'oggi si sarebbe resa impossibile la loro sostituzione, perché ogni riunione dei componenti, all'uopo indetta, sarebbe rimasta deserta.

« Di tale stato di cose si sarebbero resi conto tanto la prefettura quanto il medico provinciale, sia perché nel frattempo sarebbero state spese somme di denaro senza le dovute deliberazioni, sia perché nel paese corrono voci di irregolarità di maggiore portata.

« Il senso della gravità poi aumenta quando si pensa che l'E.C.A. di San Cesario amministra il locale ospedale civile, che è uno dei più importanti nosocomi della provincia.

(20119)

« CALASSO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro dell'interno, per sapere quando sia stato aperto il convalescenziario di Bogliaco (Brescia) per reduci dalla prigionia e combattenti e quando sia stato chiuso.

(20120)

« NICOLETTO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro della pubblica istruzione, per sapere se sia a conoscenza che in provincia di Brescia numerose scuole post-elementari siano state chiuse senza che gli alunni, che le frequentavano, abbiano potuto trovare posto in scuole medie per completare il loro ciclo nor-

male di studi; per conoscere i motivi di questa grave situazione e quali provvedimenti intenda prendere.

(20121)

« NICOLETTO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro della pubblica istruzione, per sapere se sia a conoscenza che nella provincia di Brescia — e anche in molte altre province — i presidi, nell'anno scolastico 1960-61 per coprire le cattedre d'insegnamento nelle scuole medie, sono stati costretti a rivolgersi a studenti universitari, anche di facoltà diverse a quelle relative alle materie d'insegnamento, e qualche volta anche a studenti non universitari; per sapere, inoltre, se sia a conoscenza che per il presente anno scolastico la carenza di insegnanti è aggravata dalla istituzione di numerose nuove scuole medie; per sapere se non ritenga opportuno — per il presente anno scolastico 1961-62 — autorizzare i Provveditori agli studi di quella provincia dove (occupato tutto il personale qualificato disponibile) restano cattedre vuote, di comandare i maestri elementari di ruolo idonei e settedecimisti che insegnano nella stessa provincia, in base ad una graduatoria appositamente compilata.

(20122)

« NICOLETTO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro dei lavori pubblici, per conoscere i motivi per i quali finora non si è data attuazione al progetto, approvato nel luglio del 1960 dal competente Consiglio superiore dei lavori pubblici, relativo alla costruzione di un porto-rifugio di prima classe a Scario, in provincia di Salerno; opera urgente ed indispensabile per la vita stessa delle popolazioni della zona.

(20123)

« PRETI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il Presidente del Consiglio dei ministri e i ministri della pubblica istruzione e della difesa, per conoscere i motivi che ostano ad una definitiva attribuzione dei beni già di proprietà della soppressa gioventù italiana del littorio, al fine di restituirli alle destinazioni per le quali vennero a suo tempo costruiti.

« L'interrogante ricorda che il commissario nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 agosto 1944, e l'ente gioventù italiana, successivamente costituito con decreto luogotenenziale 24 gennaio 1947, n. 457, avevano l'esclusivo compito di formare il piano di ripartizione dei beni della ex-G.I.L., e provvedere intanto alla gestione di liquidazione del suo patrimonio. Viceversa

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

vincia di Cosenza, nei quali è stato già costruito o in corso di costruzione l'ufficio postale, le somme stanziare e soprattutto i criteri seguiti nella scelta dei comuni, in considerazione che comuni con popolazione superiore a 10.000 abitanti sono stati esclusi da tali provvedimenti.

(20130)

« PRINCIPE, MANCINI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare i ministri del commercio con l'estero e dell'agricoltura e foreste, per conoscere quali provvedimenti essi intendano adottare per tonificare il mercato di vendita dei fichi secchi gravemente danneggiato — specie nelle maggiori zone di produzione calabresi — dal rifiuto della Francia di accogliere le nostre tradizionali correnti di esportazioni di questi prodotti importanti per l'agricoltura di talune province meridionali particolarmente depresse.

(20131)

« BIGNARDI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro delle finanze, per conoscere se risponde al vero la notizia che sia stata diramata una circolare a tutti i comuni d'Italia, nella quale, preannunciando la presentazione di un disegno di legge, si farebbe obbligo ai comuni medesimi, per tutto l'anno 1962, di mantenere in vita gli appalti delle imposte di consumo senza variarne le condizioni e verrebbe disposto il divieto per i comuni di riassorbire i servizi e procedere alla gestione diretta anche nel caso di scadenza dell'appalto nel corso dell'anno 1962; ove ciò fosse vero, si chiede al ministro se ritiene che una simile iniziativa sia legittima ed opportuna o non costituisca, piuttosto, una menomazione del principio dell'autonomia comunale, non in armonia con lo spirito e con la lettera della Costituzione, che nell'articolo 128 consacra appunto l'autonomia dei comuni, e un sostanziale diniego delle ragioni d'ordine sociale, morale ed amministrativo, che possono consigliare la gestione diretta del servizio di riscossione delle imposte di consumo.

(20132)

« PRETI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro dell'agricoltura e delle foreste, per sapere quali sono le ragioni che giustificano oggi, dopo la riduzione drastica della coltura — che nella regione emiliana è ridotta quasi al nulla — la conservazione del Consorzio na-

zionale canapa, al quale i contadini si rifiutano di consegnare il prodotto, preferendo consegnarlo fuori ammasso a 10.000 lire in più, e quando il Consorzio stesso non fa più lavorare il prodotto nei propri magazzini.

(20133)

« PRETI ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro della marina mercantile, per conoscere se risulta vera la notizia del passaggio dell'ufficio della delegazione di spiaggia di Cetara (Salerno) — attualmente retto da un sottufficiale della Capitaneria di porto — all'Arma delle guardie di finanza.

« L'interrogante si permette far rilevare che, se la notizia rispondesse a verità, si creerebbe in quella marineria una situazione di particolare disagio, venendo a mancare la necessaria competenza specifica nello svolgimento del delicato e complesso lavoro.

« Il centro peschereccio di Cetara è, infatti, uno dei più importanti del basso Tirreno con i suoi quindici motopescherecci da 20 a 50 tonnellate di stazza lorda e le 150 piccole imbarcazioni dedite alla piccola pesca; tale complesso dà lavoro a circa 700 pescatori, non può essere, quindi, trascurato e giustifica pienamente la presenza sul posto di un sottufficiale di porto.

(20134)

« SINESIO ».

« Il sottoscritto chiede d'interrogare il ministro della pubblica istruzione, per conoscere quali tempestive misure intenda prendere allo scopo di ovviare alle gravi deficienze nelle forniture delle suppellettili scolastiche esistenti nelle scuole elementari del comune di Grotteria (Reggio Calabria), tanto nel centro cittadino, quanto nelle frazioni di campagna.

« L'interrogante, in particolare, per il centro cittadino segnala che, presso le scuole di via Matrice, in una classe manca la lavagna; che presso le scuole di via Roma, la quinta classe maschile manca di lavagna ed è fornita solo di tre banchi per circa venti alunni, e la quinta classe femminile manca di lavagna ed è fornita di tre banchi per 17 ragazze.

(20135)

« FIUMANÒ ».

PRESIDENTE. Le interrogazioni ora lette saranno iscritte all'ordine del giorno e svolte al loro turno, trasmettendosi ai ministri competenti quelle per le quali si chiede la risposta scritta.

La seduta termina alle 22,15.

*Ordine del giorno per le sedute di domani.**Alle ore 10 e 16,30:**1. — Seguito della discussione del disegno di legge:*

Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962 (*Approvato dal Senato*) (3116) — *Relatori*: Sorgi, *per la maggioranza*; Barbieri Orazio e Montanari Otello, *di minoranza*.

2. — Discussione del disegno di legge:

Stato di previsione della spesa del Ministero del commercio con l'estero per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962 (*Approvato dal Senato*) (3104) — *Relatore*: De Martino Carmine.

3. — Discussione dei disegni di legge:

Ratifica ed esecuzione dei seguenti Accordi tra l'Italia e la Somalia conclusi a Mogadiscio il 1° luglio 1960: a) Trattato di amicizia con annesso Scambio di Note; b) Convenzione consolare; c) Accordo commerciale, di pagamento e di collaborazione economica e tecnica con annesso Scambio di Note; d) Accordo sui servizi aerei (*Approvato dal Senato*) (3107) — *Relatore*: Vedovato;

Ratifica ed esecuzione dei seguenti Accordi conclusi a Roma tra l'Italia e San Marino il 20 dicembre 1960: a) Accordo aggiuntivo alla Convenzione di amicizia e di buon vicinato del 31 marzo 1939 e Scambio di Note; b) Convenzione finanziaria; c) Accordo in materia di risarcimento di danni di guerra (*Approvato dal Senato*) (3151) — *Relatore*: Vedovato;

Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra la Repubblica italiana e la Repubblica di San Marino per il miglioramento delle comunicazioni stradali tra i due Paesi, conclusa a San Marino il 20 novembre 1958 (*Approvato dal Senato*) (2870) — *Relatore*: Togni Giuseppe.

4. — Discussione del disegno di legge:

Disposizioni per favorire l'acquisizione di aree fabbricabili per l'edilizia popolare (547) — *Relatore*: Ripamonti;

del disegno di legge:

Istituzione di una imposta sulle aree fabbricabili e modificazioni al testo unico per la finanza locale, approvato con regio decreto 14 settembre 1931, n. 1175 (589);

e delle proposte di legge:

CURTI AURELIO ed altri: Modificazioni al testo unico delle leggi sulla finanza locale 14 settembre 1931, n. 1175, per l'applicazione dei contributi di miglioria; alla legge 17 agosto 1942, n. 1150, per i piani regolatori particolareggiati e nuove norme per gli indennizzi ai proprietari soggetti ad esproprio per l'attuazione dei piani medesimi (98);

NATOLI ed altri: Istituzione di una imposta annua sulle aree fabbricabili al fine di favorire la costituzione di patrimoni comunali e il finanziamento dell'edilizia popolare (212);

TERRAGNI: Istituzione di una imposta comunale sulle aree per il finanziamento di lavori pubblici (429);

PIERACCINI ed altri: Istituzione di una imposta sulle aree fabbricabili (1516);

— *Relatore*: Zugno.

5. — votazione per la nomina di:

un membro effettivo in rappresentanza della Camera all'Assemblea consultiva del Consiglio di Europa;

sei membri supplenti in rappresentanza della Camera all'Assemblea consultiva del Consiglio di Europa.

6. — Discussione dei disegni di legge:

Norme per la disciplina dei contributi e delle prestazioni concernenti l'Ente nazionale di previdenza e di assistenza per gli impiegati dell'agricoltura (E.N.P.A.I.A.) (*Approvato dal Senato*) (2909) — *Relatore*: Bianchi Fortunato;

Assunzione a carico dello Stato di oneri derivanti dalle gestioni di ammasso e di distribuzione del grano di produzione nazionale delle campagne 1954-55, 1955-56, 1956-57 e 1957-58, nonché dalla gestione di due milioni di quintali di risone accantonati per conto dello Stato nella campagna 1954-55 (*Approvato dal Senato*) (632) — *Relatore*: Vicentini;

Nuova autorizzazione di spesa per la concessione di sussidi statali per l'esecuzione di opere di miglioramento fondiario (1222) — *Relatore*: Franzo;

Modifiche all'ordinamento del Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana (253) — *Relatore*: Lucifredi.

7. — Discussione delle proposte di legge:

Senatore MENGHI: Modifiche alla legge 15 febbraio 1949, n. 33, per agevolazioni tributarie a favore di cooperative agricole ed

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

edilizie (*Approvata dalla V Commissione permanente del Senato*) (1926) — *Relatore*: Patrini;

TROMBETTA e ALPINO: Valore della merce esportata ai fini del calcolo dell'imposta sulla entrata, da restituire ai sensi della legge 31 luglio 1954, n. 570 (979) — *Relatore*: Vicentini;

PENAZZATO ed altri: Istituzione di un congedo non retribuito a scopo culturale (237) — *Relatore*: Butté;

CERRETI ALFONSO ed altri: Adeguamento della carriera dei provveditori agli studi a quella degli ispettori centrali (1054) — *Relatore*: Berté;

SERVELLO ed altri: Corruzione nell'esercizio della professione sportiva (178) — *Relatore*: Pennacchini;

TOZZI CONDIVI: Modifica dell'articolo 8 del testo unico delle leggi per la composi-

zione ed elezione dei Consigli comunali e dell'articolo 7 della legge 8 marzo 1951, n. 122, per la elezione dei Consigli provinciali, concernenti la durata in carica dei Consigli stessi (52) — *Relatore*: Bisantis.

8. — *Seguito della discussione della proposta di legge*:

IOZZELLI: Modifica alla legge 8 marzo 1951, n. 122, recante norme per la elezione dei Consigli provinciali (1274) — *Relatore*: Bisantis.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO DEI RESOCONTI
Dott. VITTORIO FALZONE

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI