DCXXV.

SEDUTA ANTIMERIDIANA DI MARTEDÌ 19 GIUGNO 1962

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **BUCCIARELLI DUCCI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LEONE****INDICE**

	PAG.
Congedi	30079
Disegno di legge (<i>Seguito e fine della discussione</i>):	
Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963 (3602)	30079
PRESIDENTE	30079, 30082, 30100, 30101
MERLIN ANGELINA	30082
BARBERI, <i>Relatore</i>	30079, 30113
JERVOLINO, <i>Ministro della sanità</i>	30089, 30114
DE MARIA	30113
DELFINO	30113
ALLEGATI AL DISCORSO DEL MINISTRO	
JERVOLINO	30115

La seduta comincia alle 10,30.

FRANZO, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta del 15 giugno 1962.

(*È approvato*).

Congedi.

PRESIDENTE. Hanno chiesto congedo i deputati Amadeo, Anzilotti, Romano Bartolomeo, Sinesio e Vincelli.

(*I congedi sono concessi*).

Seguito della discussione del bilancio del Ministero della sanità (3602).

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

Come la Camera ricorda, nella seduta pomeridiana del 14 giugno 1962 è stata chiusa la discussione generale.

Ha facoltà di parlare il relatore onorevole Barberi.

BARBERI, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, l'ampia, appassionata discussione che si è svolta, prima in Commissione poi in aula, da parte di deputati di tutti i gruppi, dà la dimostrazione di quanto profondamente siano sentiti i problemi relativi alla salute pubblica, e quindi l'importanza dei compiti attribuiti al Ministero della sanità.

Con grande soddisfazione ho potuto rilevare come colleghi di tutte le correnti politiche, dall'onorevole Cotellessa all'onorevole Ludovico Angelini, dall'onorevole Lattanzio all'onorevole Bucalossi, dall'onorevole Delfino all'onorevole Giuseppe Cortese, dall'onorevole Colitto all'onorevole Mario Ceravolo, hanno sottolineato che il problema principale del Ministero della sanità non è quello relativo agli stanziamenti, ma quello delle sue competenze e della sua struttura.

Non può il Ministero della sanità limitare la sua attività, come è stato finora, al controllo di un ristretto settore della vita sanitaria del paese e non può limitarsi all'amministrazione dei 57 miliardi ad esso assegnati, quando oltre mille miliardi di spesa per l'assistenza sanitaria del paese sono sottratte di fatto al suo controllo.

Vero si è che la legge istitutiva dà al Ministero della sanità un potere generico di vigilanza, che non ha trovato in tutti questi anni pratiche applicazioni, ma è assolutamente necessario ed urgente che il Ministero,

per rispondere alle esigenze della nuova politica sanitaria e alle attese del paese, sia chiamato di fatto al controllo continuo, alla tutela di tutti gli enti, di tutte le istituzioni che esclusivamente o parzialmente si occupano di attività sanitarie. È necessario pertanto che intervenga un nuovo strumento legislativo (potrebbe forse essere sufficiente un decreto interministeriale) che venga a fissare chiaramente le competenze del Ministero della sanità, le quali non possono che essere quelle di coordinamento e di controllo di tutte le attività sanitarie del paese, pur nel rispetto dell'autonomia amministrativa delle varie istituzioni.

Domandava l'onorevole Angelini, in riferimento alle mie istanze di unificazione dei vari enti mutuo-assistenziali: ma chi ci dà la colla per unire questi vari enti? La colla non può che essere un adeguato strumento legislativo, e la strada in questo senso è già aperta dal progetto di legge, già approvato dal Senato e passato in questi giorni all'esame della Camera, col quale le competenze nel campo dell'assistenza ai tubercolotici vengono trasferite dall'I.N.P.S. all'« Inam »; ed era un settore questo in cui premevano grossi interessi in contrasto; ma è prevalso l'interesse della salute pubblica ed il progetto di legge è stato approvato al Senato, e mi auguro che lo sarà presto anche alla Camera.

Da tutti i settori poi è stata sottolineata l'insufficienza dei mezzi finanziari (Gennai Tonietti, Gotelli, Angelini, Delfino, Cortese, ecc.), come io stesso avevo denunciato nella relazione scritta. Un collega dell'estrema destra ha rilevato, ed io gliene sono grato, che in ogni pagina ho sottolineato la deficienza dei mezzi finanziari per quel determinato settore. Il collega veniva però ad una conclusione che io non posso accettare, e cioè che da questa premessa si dovesse pervenire a negare la nostra approvazione al bilancio. Noi possiamo rivolgere le nostre istanze, le nostre critiche, la nostra opposizione quando si deve decidere sulla politica della spesa, cioè a dire in sede di discussione dei bilanci finanziari. È in questa fase che noi dobbiamo difendere il buon diritto del Ministero della sanità ad avere assegnati mezzi finanziari rispondenti ai compiti che gli sono affidati e ai compiti che deve svolgere nella tutela della salute pubblica del paese.

CAPONI. È da quattro anni che lo facciamo.

BARBERI, *Relatore*. Ed io ancora oggi, come in passato, sottolineo questa esigenza. Però quando si tratta dell'approvazione del

bilancio della sanità noi dobbiamo vedere se, nell'orbita dei mezzi finanziari (esigui, ripeto) che sono stati assegnati al Ministero, questa spesa è stata distribuita in equo rapporto alle reali esigenze. E qui dico che, pur ricalcando il bilancio in gran parte quello che era il canovaccio dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità, non trovo che vi siano sperequazioni nella distribuzione degli esigui mezzi finanziari a disposizione. Debbo esser grato a tutti i colleghi, e in particolare agli onorevoli Angelini, Gennai Tonietti, Gotelli, Delfino e Cortese, di aver segnalato e ribadito con calore questa insufficienza di mezzi finanziari.

CAPONI. Ma allora perché il ministro approva la ripartizione degli stanziamenti in seno al Consiglio dei ministri?

BARBERI, *Relatore*. Sono convinto — era quella la conclusione cui volevo arrivare — che il ministro, forte oggi della voce dei parlamentari di tutti i settori, porterà, in tempo utile, le istanze del Parlamento in seno al Consiglio dei ministri nel momento, cioè, in cui si dovrà decidere sulla politica della spesa. Non v'ha dubbio che si tratta di una scelta politica, e la politica della difesa della sanità del paese non può rimanere ancorata ai vecchi schemi. Il ministro Jervolino ci ha già dato prova della passione con cui affronta i vari problemi della sanità, e sono convinto che, pur fra le difficoltà che certamente esistono, riuscirà a portarli in porto, almeno in buona parte.

MONTANARI OTELLO. Se egli non riuscirà, che cosa faremo l'anno venturo?

BARBERI, *Relatore*. Se non riuscirà, al momento della votazione dei bilanci finanziari, ognuno assumerà le proprie responsabilità.

CAPONI. Nel 1959 votammo un ordine del giorno tutti uniti in Commissione.

BARBERI, *Relatore*. E noi ribadiamo oggi, con particolare calore, queste nostre istanze, convinto, *gutta cavat lapidem*, che queste esigenze interessanti un settore fra i più delicati della vita del paese ad un certo momento si imporranno alla conveniente valutazione del Governo e del Parlamento.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Onorevole Caponi, gli stanziamenti per la sanità già sono in fase di accrescimento.

BARBERI, *Relatore*. Speriamo che il passo modesto, in senso quantitativo e qualitativo, che è stato fatto quest'anno possa essere seguito da passi maggiori.

Comunque, l'onorevole Delfino mi ha accusato, garbatamente, di essere caduto in

contraddizione, per avere io presentato un emendamento, con cui ho proposto uno storno di 110 milioni a favore di alcuni capitoli di bilancio (dirò subito quali), riducendo di pari somma un altro capitolo che riguarda il settore della lotta antitubercolare. L'onorevole Delfino rilevava la contraddizione, in quanto avrei affermato che il capitolo si palesava insufficiente ai mezzi di lotta antitubercolare. Ho riletto — nel dubbio che fossi incorso in un errore — questa parte della relazione, per accertare se veramente avessi fatto tale affermazione, che non risulta invero, né esplicita né implicita, in quanto avevo scritto: rilevavo infatti che quello della lotta antitubercolare era il settore nel quale lo stato di previsione della spesa risultava particolarmente impegnato e che l'impegno appariva giustificato per la morbosità ancora elevata. Non ho detto, né ho mai pensato, che lo stanziamento in bilancio per la lotta antitubercolare fosse inadeguato ai compiti affidati in questo settore al Ministero. I mezzi finanziari destinati alla lotta antitubercolare non pesano che per una parte esigua sul bilancio della sanità; la più gran parte della spesa è erogata oggi dall'I.N.P.S., e domani dall'« Inam », per i lavoratori assicurati obbligatoriamente contro la tubercolosi, e dai consorzi antitubercolari che traggono le loro entrate dai contributi che devono essere versati per legge dalle amministrazioni comunali e provinciali. Al Ministero della sanità compete di integrare, con contributi ai consorzi e agli altri enti, le somme destinate al ricovero dei tubercolotici non assicurati e alla prevenzione della tubercolosi, con particolare riguardo all'infantile, oltre all'assistenza post-sanatoriale e di sussidiare i corsi di preparazione scientifica e pratica per il personale specializzato. E questo compito è stato espletato, negli ultimi anni, in maniera soddisfacente.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LEONE

BARBERI, *Relatore*. Per altro, i 110 milioni di cui sopra sono portati in detrazione al capitolo 68, che ha una precisa destinazione, il funzionamento dei dispensari antitubercolari; e questo capitolo da vari anni non è stato interamente impegnato per una ragione evidente: la mortalità per tubercolosi si è notevolmente contratta, come si è contratta sia pure in misura minore, la morbosità; e i dispensari, che erano stati organizzati quando ferveva in pieno la lotta tubercolare, non hanno bisogno di essere estesi né potenziati.

Non vi sono state infatti richieste in questo settore che non siano state evase: ciò nonostante questo capitolo di bilancio non viene da alcuni anni completamente impegnato.

È per questa ragione che io, in piena coscienza, penso che possiamo distogliere i 110 milioni dal capitolo 68 per potenziare altri settori, e precisamente il settore relativo ai compensi sanitari del personale che è stato assunto in servizio a seguito degli ultimi concorsi, e quello relativo alla propaganda sanitaria.

Voglio qui ricordare (probabilmente tutti ne avrete avuto notizia) che i due ultimi concorsi « speciali » per medico provinciale e veterinario provinciale sono andati deserti; e ciò proprio nel momento in cui tutti i concorsi a pubblici impieghi, quelli sanitari compresi, sono sovraffollati. I concorsi normali poi per medico provinciale e per veterinario provinciale non riescono da qualche tempo a coprire i posti messi a concorso; da rilevare inoltre che da qualche anno si assiste ad un esodo frequente di vincitori di concorso, dopo un anno, un anno e mezzo di servizio; l'abbandono del posto è giustificato dal compenso inadeguato alle responsabilità del servizio. Siamo tutti convinti che le funzioni del medico e del veterinario provinciale, che rappresentano gli organi periferici del Ministero della sanità, devono essere potenziate in relazione ai nuovi compiti affidati al Ministero: dobbiamo pertanto mettere questi benemeriti funzionari in condizione di vivere decorosamente. In caso diverso i posti saranno, al più, coperti dagli elementi meno qualificati.

Ebbene, questo emendamento viene in certo modo a sopperire, sia pure modestamente, a tale esigenza, in conformità per altro all'auspicio avanzato da vari colleghi che, come per esempio l'onorevole Lattanzio, hanno chiesto che tale settore venga potenziato. Lo stesso onorevole Delfino spezza una lancia a questo riguardo, rilevando la necessità di venire incontro alle esigenze del personale sanitario del Ministero della sanità, e in particolare del personale dei laboratori provinciali.

Se così non faremo, le leggi che il Parlamento ha emanato e emanerà non troveranno personale esecutivo adeguatamente preparato, che saprà farle applicare.

Il settore della propaganda sanitaria era stato decurtato, in corso di formulazione dei vari capitoli di spesa, di ben 195 milioni su 240. Con questo emendamento veniamo

ad integrare di 40 milioni questo capitolo, di cui tutti conosciamo l'importanza.

Sono d'accordo con l'onorevole Delfino quando auspica un aumento della spesa per la politica sanitaria, anche in relazione all'incremento del reddito nazionale, e quando sollecita il riordinamento e il coordinamento dei servizi sanitari sotto il controllo e la tutela del Ministero della sanità; è quanto io, a varie riprese, ho sottolineato nella mia relazione.

L'onorevole Giuseppe Gonella mi giudica eccessivamente ottimista per il settore delle malattie veneree, in quanto di questo problema io non ho fatto menzione nella mia relazione. Il mio silenzio in merito era stato dettato dal fatto che vi è già al riguardo un disegno di legge governativo all'esame del Parlamento. Sono perfettamente d'accordo con l'onorevole collega circa la necessità e l'urgenza di riordinare il settore della profilassi antivenerea, problema reso più urgente per l'aumento, in questi ultimi anni, dei nuovi casi di sifilide, incremento che già nel 1960 si era elevato in ragione del 99 per cento, rispetto agli anni 1954-55, con 6.404 casi registrati nel solo settore dei dispensari antivenerei. Le cifre del 1961 appaiono ancora più preoccupanti con gli 8.065 nuovi casi registrati nei dispensari, con ulteriore aumento del 25 per cento in rapporto alle cifre del 1960. Un incremento invero è stato registrato, in questi ultimi anni, in altri paesi civili, europei ed extraeuropei. Ma in Italia l'incremento supera di tre volte quello registrato in Francia e di due volte quello che è stato segnalato dagli Stati Uniti.

MERLIN ANGELINA. E le cifre false non le considera? Specialmente in occasione della discussione del bilancio della sanità il gangsterismo si manifesta facendo circolare cifre false. Speravo che con la morte di un noto *gangster* ciò non si ripetesse: ma si capisce che ora paga il suo successore.

PRESIDENTE. Onorevole Merlin, la invito alla moderazione, ella che è sempre così serena! D'altra parte, l'argomento è oggetto di continue polemiche ed ella è così nobile di animo che accetterà la polemica.

MERLIN ANGELINA. L'accetto, signor Presidente, ma quando è basata sul buon-senso. Quando invece è basata sullo sporco denaro dei tenutari, mi oppongo anche in quest'aula.

PRESIDENTE. Nessuno può permettersi di nutrire dubbi sulla assoluta sincerità della polemica che si svolge qui.

MERLIN ANGELINA. Intendevo protestare contro coloro che tentano di infettare la vita non di sifilide, ma di qualcosa di peggio: l'immoralità.

BARBERI, *Relatore*. L'onorevole Merlin, che ho sempre apprezzato per il suo senso di responsabilità, per la sua passione e per l'entusiasmo per i problemi sociali, mi consentirà, dopo le sue frasi irate, che io puntualizzi la reale situazione in questo settore.

MERLIN ANGELINA. E poi c'è la legge del 1956. Perché non l'hanno applicata? Perché non visitano i pederasti?

PRESIDENTE. Onorevole Merlin, lasci che il relatore prosegua.

BARBERI, *Relatore*. Devo sottolineare che io finora ho denunciato solo alcune cifre statistiche e non mi sono rifatto alle cause del fenomeno, né ho attribuito la responsabilità dell'aumento dei nuovi casi di sifilide alla legge che porta il nome della onorevole Merlin. Quanto alle cifre statistiche devo ripetere che sono inoppugnabili, dico inoppugnabili, in quanto le cifre da me denunciate sono state controllate dagli organi del Ministero della sanità; e le più recenti mi vengono segnalate da studiosi altamente qualificati, di sicura competenza e di qualità morali indiscutibili. Queste cifre trovano piena rispondenza nella mia personale esperienza per il settore della sifilide congenita. Della loro veridicità assumo pertanto tutta la responsabilità. Quanto alla causa debbo dire che se questo incremento può essere giustificato in parte dal ciclo periodico storico della sifilide (come per altro avviene in altre malattie infettive, e come è stato registrato in Italia e all'estero) e se questo aumento può essere in parte giustificato dalla promiscuità sessuale degli adolescenti, circostanza questa segnalata in vari paesi civili, non vi è dubbio che in Italia occorre potenziare e perfezionare i controlli sanitari in questo settore. Mi riferisco al settore della profilassi delle malattie veneree, non già alle case chiuse, di cui non mi sentirei davvero di sollecitare, per nessuna ragione, la riapertura.

Non ne avevo fatto esplicito riferimento nella relazione in quanto mi era noto che un disegno di legge era stato presentato al Senato fin dal gennaio 1961 dal ministro della sanità, di concerto con i ministri dell'interno e di grazia e giustizia.

È probabile che la lunga malattia e la prematura dolorosa fine del senatore Benedetto, presidente della Commissione igiene

e sanità al Senato, abbiano ritardato l'esame di quel disegno di legge. Ci auguriamo che esso sia sollecitamente preso in esame, ed eventualmente modificato e integrato dal Parlamento. Non mi sentirei invero neanche di sottoscrivere in pieno quel disegno di legge. Ma non vi è dubbio che un nuovo strumento legislativo si impone, e sollecitamente, che detti norme precise di profilassi antivenerea, per la tutela della salute delle giovani generazioni e della prole.

L'onorevole Bartole ha opportunamente sottolineato i danni registrati dall'uso frequente ed eccessivo di tranquillanti, ed in particolare i danni che possono venire alla prole per l'uso di ftalidomide da parte delle madri, specialmente nel primo periodo della gravidanza. Verosimilmente il danno non è circoscritto ai tranquillanti a base di ftalidomide: nell'istituto pediatrico di Messina i miei collaboratori da alcuni anni vanno svolgendo, di concerto con l'istituto di malattie infettive di medicina veterinaria, delle ricerche ematologiche, immunologiche, istologiche in vari lotti di conigli: queste ricerche hanno permesso di concludere che il meprobamato, somministrato per lungo periodo di tempo, anche a dosi terapeutiche, può determinare effetti indesiderabili, mostrati da una azione diretta sulle cellule del surrene, da turbe del metabolismo colesterolico, da compromissione dei dispositivi di reattività difensiva.

Senza volere per questo cedere ad eccessivi allarmismi e coinvolgere l'intera gamma dei tranquillanti, che tanto vantaggio recano ad un gran numero di sofferenti, riconosco che bene ha fatto il ministro a richiamare in proposito l'attenzione del Consiglio superiore di sanità, e a sospendere intanto la produzione e la vendita dei preparati a base di ftalidomide, per evitare ulteriori gravi danni, specialmente alla prole. Si tratta comunque di preparati che devono essere prescritti e controllati dal medico.

Assai opportuno del pari il richiamo dell'onorevole Bartole sui danni che possono derivare all'uomo, anche dal punto di vista genetico, dalle radiazioni ionizzanti: l'energia nucleare, fonte già di tante risorse, sia nel campo della medicina sia in quello dell'industria e dell'agricoltura, e che attraverso le sempre nuove scoperte altri grandi progressi offrirà certamente alla civiltà contemporanea, può, attraverso le sue scorie di provenienza varia e da fonti sempre più numerose, apportare seri danni all'uomo, danni che bisogna conoscere, per opportunamente difendersi.

Anche il settore delle frodi alimentari è stato oggetto di attento esame da parte dell'onorevole Bartole, e in precedenza anche del Parlamento. È da auspicare (ed io mi associo alle istanze dell'onorevole Bartole) che i laboratori provinciali di igiene e sanità, organi periferici del Ministero della sanità, siano convenientemente potenziati nelle attrezzature e nel personale per colpire tempestivamente i fraudolenti. Per fortuna, le più frequenti frodi alimentari sono da considerare soltanto frodi commerciali, senza danni o con danni limitati per il consumatore. Questo ha voluto sottolineare di recente il professor Visco, direttore dell'Istituto nazionale della nutrizione, in un congresso di medicina dell'alimentazione.

L'appello dell'onorevole Colitto circa la diffusione sempre crescente delle malattie cardiovascolari e delle malattie nervose, su cui anch'io avevo richiamato l'attenzione nella relazione, non resterà certamente senza eco profonda negli organi ministeriali. Ed io faccio eco anche alle sue accurate istanze, che coincidono perfettamente con il pensiero che avevo espresso nella relazione, affinché sia rapidamente ordinato il settore delle farmacie e quello dei medicinali.

Per quanto riguarda le farmacie, il problema è già da tempo all'esame del Parlamento non soltanto attraverso varie proposte di legge, ma particolarmente attraverso due strumenti che hanno già iniziato il loro iter legislativo. Mi riferisco alla riduzione del *quorum* da 5 mila a 4 mila unità, già approvata dal Senato, e all'altra legge già approvata dalla Camera circa le farmacie rurali.

È necessario che questi progetti di legge camminino di pari passo. Se dovesse essere approvato il provvedimento relativo alla riduzione del *quorum* senza che vengano contemporaneamente adottate provvidenze per le farmacie rurali, vedremmo ancora aggravarsi le condizioni delle farmacie rurali: ben 2.633 comuni sono senza farmacia e senza assistenza farmaceutica, mentre altri 108 comuni sono serviti soltanto da armadi farmaceutici, della cui efficienza ognuno deve dubitare.

Per le specialità medicinali il Ministero ha già iniziato un'attenta opera di revisione e in Commissione l'onorevole ministro ci ha dato il quadro dell'azione finora svolta. Questo settore, però, non è di esclusiva pertinenza della sanità, ma è anche sotto il controllo del Ministero dell'industria e, per esso, del Comitato interministeriale prezzi. Ci auguriamo che le pressanti sollecitazioni del Ministero

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

della sanità possano contribuire a far completare rapidamente l'opera proficuamente iniziata. Su questo punto sono certo che l'onorevole ministro non mancherà di fornire ulteriori notizie alla Camera.

Non credo che l'istituzione del nuovo ruolo dei farmacisti provinciali possa migliorare l'efficienza del settore: un simile provvedimento potrebbe andare incontro alle esigenze della categoria, non al pubblico interesse. Anche questo settore ha bisogno di aggiornati provvedimenti legislativi e regolamentari, ma temo che l'istituzione del ruolo dei farmacisti provinciali aggraverebbe la situazione, per le inevitabili interferenze che si verrebbero a creare con i medici provinciali.

Concordo perfettamente con l'onorevole Colitto sulla necessità di organizzare e potenziare il settore dell'odontotecnica, a condizione che questa categoria eserciti e operi esclusivamente sotto la guida e la responsabilità dei medici odontoiatrici. È, anche questo, un settore che va guardato con simpatia, potenziato e garantito; ma gli odontotecnici non possono sostituirsi ai medici, nell'interesse non della categoria, ma della salute pubblica.

La prevenzione delle malattie dentarie dei bambini rappresenta certamente uno dei settori più importanti della medicina scolastica e molti capoluoghi di provincia hanno già raggiunto in questo campo un'efficiente organizzazione; mi auguro che, attraverso il preannunciato potenziamento di tutti i servizi di medicina scolastica, anche questo settore possa trovare uno sviluppo capillare, sì da raggiungere tutti i comuni d'Italia.

Concordo perfettamente con l'onorevole Erisia Gennai Tonietti quando sottolinea la grave crisi degli ospedali; crisi che, come la collega ha osservato e piace anche a me qui ribadire, non è soltanto nel numero di posti letto, ma riguarda anche la qualificazione e la riqualificazione degli ospedali; necessita una migliore distribuzione tra le varie regioni e le singole province; occorre provvedere con urgenza alle attrezzature sanitarie indispensabili per la diagnosi precoce e per la cura degli infermi ospedalizzati, riorganizzare i servizi e provvedere alla sistemazione del personale sia sanitario (e non soltanto i primari, gli aiuti e gli assistenti, ma anche il personale infermieristico) sia ausiliario di ambo i sessi, come pure dei tecnici di laboratorio.

La crisi degli ospedali è certamente aggravata dai contrasti, finora non sanati, tra le amministrazioni ospedaliere e gli enti mu-

tualistici ed assistenziali a proposito delle rette di degenza.

Se è vero che la misura delle rette di degenza, per quello che riguarda gli enti mutui assistenziali ed in base all'articolo 82 della legge 30 settembre 1938, deve scaturire da apposita convenzione tra l'amministrazione ospedaliera e l'ente mutuo assistenziale, se è vero che l'ospedale moderno è chiamato ad affrontare spese nel pubblico interesse, spese che, in senso stretto, sono estranee all'assistenza ed alla cura del ricoverato, è pur vero che la stragrande maggioranza degli ospedali d'Italia non si occupa oggi di medicina preventiva, ma soltanto di assistenza e di cura degli ammalati speditizzati.

È un fatto incontestabile che le rette in Italia sono tra le più basse, se non le più basse in tutto il mondo civile. Non trova quindi giustificazione il rifiuto dell'ente mutuo assistenziale di corrispondere le rette approvate dall'autorità tutoria degli ospedali di Italia e che oggi, salvo pochissime eccezioni, rappresentano il puro costo dell'ammalato ricoverato.

Anche ragioni di carattere morale non consentono che queste rette diventino obbligatorie soltanto per i poveri assistiti dai comuni, di cui sappiamo quanto siano dissestati i bilanci. Quindi, ragioni di equità e di giustizia distributiva, nonché ragioni di merito, in quanto le rette fissate sulla base dei consuntivi controllati rappresentano il mero costo, consigliano che questa partita vada sanata. I riflessi, infatti, sono gravissimi: gli ospedali sono nella più gran parte in una situazione fallimentare, con debiti onerosissimi, con scoperti di cassa che in qualche momento non consentono di andare incontro neanche alle esigenze più urgenti.

Lo Stato non può disinteressarsi di questo problema, come non può disinteressarsi dell'altro connesso delle case di cura. Non sono per l'abolizione delle case di cura; esse, specialmente nell'Italia meridionale, hanno rappresentato e rappresentano un valido ausilio all'assistenza degli infermi abbienti e non abbienti, ma è necessario che siano regolamentate nei servizi e nella scelta del personale.

CAPONI. Anche nel trattamento.

BARBERI, *Relatore*. Certamente. Mi risulta che varie case di cura hanno del personale che presta 24 ore di servizio continuativo: questo non è umano, e soprattutto non è consono all'interesse del ricoverato.

Quando il Ministero della sanità potrà assumere veramente una funzione di coor-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

dinamento, di controllo, di tutela di tutti gli enti e di tutte le istituzioni che operano in qualche modo nel campo dell'assistenza ospedaliera, sarà in condizione di poter risolvere il problema delle rette ospedaliere, anche in relazione a quelle che sono le possibilità di bilancio degli enti assicuratori: potrà esaminare, su dati concreti, quali sono i settori nei quali si possono realizzare delle economie, senza danno per l'ammalato, e potrà dire la sua autorevole parola sul costo di una assistenza che corrisponda alle reali esigenze del lavoratore, ed indicare eventualmente quali sono le vie più opportune per adeguare le entrate alle spese necessarie, che sono sempre produttive quando servono a risanare, il più rapidamente possibile, un lavoratore. Non si può non rimanere perplessi, per esempio, sulle notevoli differenze che esistono da una provincia all'altra in materia di spese farmaceutiche, e ciò senza che si possa invocare una diversa morbosità nei vari settori.

Comunque, la crisi finanziaria degli ospedali, e il loro progressivo indebitamento si tradurranno presto in una crisi dell'assistenza ospedaliera, con danno del lavoratore; e lo Stato, che ne ha la suprema tutela, non può assistere passivamente al maturarsi di questa assai incresciosa situazione. Il problema non è qui circoscritto alle competenze del Ministero della sanità, ma il Ministero della sanità potrà pur sempre farsi iniziatore di provvidenze concordate con gli altri ministeri interessati.

Mi trovo perfettamente d'accordo con l'onorevole Erisia Gennai Tonietti nell'auspicio di una sempre maggiore diffusione della vaccinazione antipoliomielitica. Ne avevo fatto cenno nella relazione scritta. I risultati registrati al riguardo in Italia e in quasi tutti i paesi civili sono quanto mai eloquenti. Circa la vaccinazione con il metodo di Sabin, sono state espresse perplessità in merito alla sua assoluta innocuità. Il problema merita, anche per nostro conto, di essere approfondito. Il vaccino Sabin avrebbe il grande vantaggio di potere essere somministrato per via orale, richiede una sola somministrazione e costa molto meno del vaccino Salk. Occorre arrivare sollecitamente a decisioni concrete.

Sono d'accordo sulla necessità di una lotta più serrata contro le malattie sociali, e il collega Lattanzio mi trova pienamente consenziente sulla necessità di affinare gli strumenti legislativi e regolamentari nel campo della medicina preventiva, campo per il quale (lo avevo sottolineato nella relazione) assai esigui sono i fondi stanziati. Mi auguro

che venga emanato al più presto quel regolamento che possa dare pratica e concreta attuazione alla legge del 1961 sui centri per le malattie sociali, poiché la legge, così come è formulata, non ha concreta possibilità di applicazione pratica estensiva, anche in relazione agli organi competenti all'organizzazione e al coordinamento delle varie attività. Non possiamo certamente affidare ai benemeriti consorzi provinciali antitubercolari, che pur hanno condotto brillantemente in porto la lotta contro la tubercolosi, tutto il campo delle malattie sociali. Il compito, nella visione delle finalità che gli ospedali sono chiamati a perseguire, potrebbe essere affidato agli ospedali stessi, come, del resto, suggerisce l'Organizzazione mondiale della sanità. L'ospedale è l'organo tecnico che, a mezzo dei suoi vari strumenti, può esercitare in questo settore, o comunque coordinare, le varie attività.

Un potenziamento degli uffici provinciali sanitari, sia in fatto di attrezzature sia di personale, permetterà certamente una più costante opera di controllo sanitario nelle fabbriche, come è stato auspicato dall'onorevole Sulotto. È augurabile che il controllo non sia più limitato — come oggi vuole la legge — al momento in cui la fabbrica viene istituita (idoneità dei locali, ecc.), ma possa essere continuato nel tempo e con costanza, in modo da avere la sicurezza che l'attività industriale si svolga senza danno per i lavoratori che in essa sono impiegati.

Pienamente d'accordo mi trova l'onorevole Cotellessa nell'auspicare che le varie iniziative in cantiere relative al finanziamento dell'edilizia per gli ospedali (ve ne sono almeno tre) trovino chiara, concreta, rapida soluzione, attraverso un piano organico che non può essere fissato che dal Ministero della sanità; un piano (senza attenderci soluzioni miracolistiche!) che deve essere svolto con gradualità, nel tempo, ma che deve essere strutturato in rapporto ai più urgenti bisogni di zona e di settore.

Concordo con l'onorevole Cotellessa, e ribadisco quanto ho scritto nella relazione, anche sulla necessità di effettuare una costante, organica collaborazione ostetrico-pediatrica. Però trovo l'onorevole Cotellessa molto ottimista, allorché afferma che questo problema ha trovato già una soluzione nelle cliniche universitarie. In tutte le cliniche universitarie vi è in atto una collaborazione tra ostetrico e pediatra, collaborazione dettata dal senso di responsabilità e dai rapporti di buon vicinato tra i dirigenti, e in

questo senso non mancano lodevoli esempi anche in campo ospedaliero. Ma si tratta, pur sempre, di una attività saltuaria che si svolge a richiesta dell'ostetrico, e non del controllo sistematico e costante di tutti i neonati normali o immaturi, dei neonati con malformazioni congenite o con malattie precoci, come si pratica, in atto, nella clinica ostetrica di Milano. Soltanto allora potremo parlare veramente di collaborazione ostetrico-pediatria, soltanto allora si potranno avere risultati concreti che possano incidere sulla ancora elevata mortalità neonatale, che non ha seguito nella sua discesa la mortalità del primo anno di vita: in questo settore potremo utilmente operare e metterci al livello di altri paesi europei ed extraeuropei.

Avevo già sottolineato nella mia relazione che è necessaria e urgente la bonifica sanitaria del patrimonio zootecnico. Questo settore non è solo di competenza del Ministero della sanità. Al Ministero della sanità dobbiamo chiedere che si renda interprete di queste esigenze in seno al Consiglio dei ministri e, soprattutto, presso il Ministero dell'agricoltura e delle foreste. È un settore, questo, che richiede indubbiamente mezzi ingenti, come ha anche rilevato l'onorevole Ceravolo, ma le spese saranno sicuramente produttive, come è dimostrato dall'esperienza degli altri paesi che prima di noi hanno affrontato questo problema.

L'onorevole Bucalossi ha sollecitato la discussione del disegno di legge sul riordinamento degli ospedali. Ciò coincide perfettamente con il mio pensiero: noi dobbiamo affrontare il problema nel suo complesso, e non settorialmente.

L'onorevole Ceravolo ha spezzato una lancia a favore della riorganizzazione del Ministero della sanità e della tutela del patrimonio zootecnico, anche in relazione alle malattie trasmissibili dall'animale all'uomo, che sono in sensibile aumento. La tubercolosi bovina rappresenta quasi il 20 per cento della morbosità per tubercolosi, sia nei bambini sia negli adulti. Concordo altresì con l'onorevole Ceravolo sulla necessità di riorganizzare le case di cura e di creare appositi reparti specializzati per la cura degli alienati affetti da tubercolosi. Questi malati non possono rimanere, senza danno personale e per gli altri degenti, negli istituti psichiatrici; devono essere ricoverati in reparti specializzati per la cura contemporanea della tubercolosi e della malattia mentale. L'onorevole Ceravolo ha parlato anche dell'unificazione degli enti mutui-assistenziali e non trovo

sia eccessivamente ottimista quando afferma che i tempi sono maturi per provvedervi.

L'onorevole Ricca ha affermato che il disegno di legge Giardina non risponde alle esigenze del paese. Il disegno di legge è allo esame del Parlamento e vi è un impegno del presidente della Commissione, onorevole De Maria, di iniziarne subito la discussione: in quella sede, tutti potranno portare il contributo della loro esperienza. L'onorevole Ricca auspica altresì che siano regolati i rapporti tra università ed ospedali. Faccio mio questo auspicio, ma si tratta di situazioni assolutamente marginali: si tratta di un numero esiguo di ospedali che ospitano cliniche universitarie, e i rapporti sono sempre regolati sulla base di convenzioni locali, quando non si tratta di ospedali clinicizzati; in tutti questi casi, per quello che mi risulta, assai valido è il contributo dell'università, che serve a rendere più efficienti i servizi. Comunque, potrebbe essere utile che questa materia sia regolarizzata, di concerto col Ministero della pubblica istruzione, in campo nazionale. L'onorevole Ricca credo ci trovi tutti concordi quando vuole sia riconosciuta la funzione sociale dell'ospedale; il concetto caritativo dell'assistenza è ormai largamente superato dai fatti.

L'assistenza sanitaria dell'« Inam » presenta indubbiamente delle sfasature, che non sono però soltanto di questo istituto, che ritengo anzi sia tra quelli meglio organizzati. Le sfasature potranno essere più facilmente corrette quando il Ministero della sanità avrà veramente potere di controllo e di tutela su tutti gli enti a carattere sanitario.

Concordo sulla richiesta di una riforma di struttura dell'O. N. M. I.; ma, finché non vi sarà una legge che modifica la struttura di questo ente, è assolutamente necessario che lo Stato fornisca ad esso i mezzi sufficienti per soddisfare i compiti di istituto. Fra pochi mesi l'O. N. M. I. sarà costretta a chiudere i battenti delle maggiori sue istituzioni, non potendo licenziare il personale, che ha pure stipendi e salari tra i più modesti al confronto delle altre categorie analoghe di lavoratori. Non vogliamo né possiamo disconoscere i diritti del personale; trovo che siano legittime le rivendicazioni salariali, ma non possiamo chiedere all'amministrazione dell'O. N. M. I. di decidere per suo conto se chiudere le case della madre e del bambino, che sono costate parecchie miliardi, e quindi togliere assistenza ai bisognosi, oppure accedere alle rivendicazioni salariali. È necessario pertan-

to che adeguati mezzi finanziari siano forniti all'O. N. M. I. Non possiamo chiedere impegni in questo senso al ministro della sanità, che non potrebbe assumerli; ma sono sicuro che egli si farà portavoce in seno al Consiglio dei ministri di queste urgenti necessità.

CAPONI. Il personale dell'O. N. M. I. è in sciopero. Perciò il ministro se ne dovrà preoccupare.

BARBERI, *Relatore*. Sono convinto che l'onorevole ministro, nella sua sensibilità, si occuperà a fondo della questione.

Concordo con l'onorevole Ricca sulla necessità di controllare l'attività propagandistica dei medici e dei farmacisti, trattandosi di una vera e propria attività professionale.

Sono lieto che l'onorevole Angela Gotelli abbia ribadito e lamentato la inadeguatezza degli stanziamenti e dei poteri del Ministero della sanità. Sono d'accordo con l'onorevole collega nell'auspicio che venga potenziata l'attività sanitaria dell'ente regione. Ma intendiamoci: io vedo l'attività della regione come organo esecutivo e integrativo dell'attività dello Stato, e non come organo sostitutivo: alla tutela della salute pubblica deve provvedere, con visione unitaria, lo Stato. Sono anche con l'onorevole Gotelli nell'auspicare una migliore assistenza scolastica.

Qui debbo però precisare il mio dissenso con l'onorevole Cruciani, il quale ha parlato, a proposito del servizio medico scolastico, di interferenze del medico provinciale. Io sono medico, ma sono soprattutto e particolarmente legato alla scuola. Per la scuola sono vissuto, nella scuola sono invecchiato. Ma sono fermamente convinto che un servizio sanitario, come quello della medicina scolastica, non può che essere affidato al Ministero della sanità, e per esso agli organi dipendenti. Non possiamo quindi parlare di interferenze del medico provinciale. L'iniziativa dello scorso anno della pubblica istruzione mi ha trovato non soltanto consenziente, ma collaboratore convinto, fervido nella mia zona. Sono stato sicuramente il primo ad aderire a questa iniziativa: l'80 per cento dell'attività medico-scolastica per le scuole secondarie della provincia di Messina venne affidato, con il mio consenso ed il mio incoraggiamento, ai miei collaboratori, senza promessa di retribuzione. Ho fatto anche una conferenza-radio per esaltare l'iniziativa e sottolineare i risultati raggiunti. Ma dissi l'anno scorso, e ripeto quest'anno, che in questo settore la competenza primaria non può essere che del Ministero della sanità, che deve naturalmente

concertare i servizi con il Ministero della pubblica istruzione. Non si può svolgere un servizio sanitario efficiente nella scuola se non attraverso gli organi sanitari e non si può operare efficacemente nella scuola senza la collaborazione piena, convinta delle autorità scolastiche. Quando sarà riordinato il settore della medicina scolastica si potrà mettere ordine anche nell'attività, che quasi timidamente si inizia qua e là, delle scuole differenziate e delle scuole speciali per minorati fisici e psichici.

Sono d'accordo con l'onorevole Angela Gotelli sulla necessità di dare un nuovo volto alla condotta ostetrica che, per le mutate condizioni di assistenza sanitaria del paese, deve occuparsi anche dell'assistenza al bambino lattante.

Sono consenziente sulla necessità e l'urgenza di incrementare i ruoli delle infermiere professionali, che devono essere adeguatamente compensate in rapporto ai sacrifici che sono chiamate ad affrontare, per poter bene operare. In questo settore, mi trovano perfettamente d'accordo quei colleghi che chiedono siano organizzate adatte scuole di preparazione professionale anche per gli uomini: alle esigenze del servizio sanitario, ed in particolare del servizio ospedaliero, non possono provvedere soltanto le donne.

L'onorevole Ludovico Angelini mi trova consenziente sulla necessità di adeguare la politica sanitaria alla situazione reale del paese: una nazione come l'Italia, decisamente protesa verso una politica di solidarietà sociale, deve svolgere una politica sanitaria conseguente. Voglio anch'io, come l'onorevole collega, sottolineare l'ingente spesa che grava sul cittadino italiano, con risultati che non sono pari agli stanziamenti. Oggi lo Stato e gli enti pubblici spendono 20.000 lire circa per abitante, somma notevole se guardiamo a quello che spendono gli altri paesi; non mi pare che i risultati siano proporzionati a questa spesa. Convegno anch'io, e l'ho già detto, sul fatto che la crisi ospedaliera non va risolta soltanto aumentando il numero dei posti-letto, bensì attraverso un piano organico che tenga conto delle esigenze delle singole province e regioni, che qualifichi gli ospedali e soprattutto li metta in condizioni di adeguarsi alle esigenze moderne.

Il settore mutualistico merita una particolare revisione. È di ieri la protesta degli artigiani che vanno in pensione a 65 anni e non sono, da pensionati, assistiti dagli enti mutuo-assistenziali. Come gli altri

pensionati, anch'essi mi pare abbiano diritto all'assistenza sanitaria.

Anche il campo delle malattie infettive merita un riordinamento e un chiarimento definitivo. La legge esonera gli istituti mutuo-assistenziali dall'assistenza al lavoratore in quei settori nei quali egli è garantito da altre provvidenze. (*Interruzione del deputato Angelini Ludovico*). Ma nel campo delle malattie infettive il comune è obbligato alle spese di degenza per gli ammalati che vengono ricoverati per esigenze di profilassi sociale, e non per quelli che vengono ricoverati per esigenze di cura. Allo stato attuale, il comune, per gli ammalati ricoverati per ragioni di cura, chiede il rimborso all'assicurato, quando non ricorra il caso, limitato per altro a pochi comuni, in cui l'ente mutuo-assistenziale abbia stipulato con i comuni stessi accordi particolari. In questo conflitto di competenze amministrative, non può rimanere soccombente l'assicurato.

L'onorevole Spadazzi chiede anch'egli un coordinamento delle varie attività mutualistiche — e sono con lui — e invoca particolari provvidenze per la sua Lucania, che non soltanto è la regione d'Italia più povera di posti-letto di ospedale, ma anche quella che ha minor numero di medici (uno su 1.100 abitanti, mentre a Roma ve ne è uno su 230).

Apprezzo, e non da ora, quello che dice l'onorevole Angelina Merlin, in particolare l'auspicio che il bilancio della sanità rappresenti un avanzamento sulle vie del progresso. La stessa onorevole Merlin mi trova consenziente quando afferma che soprattutto la prima infanzia deve essere tutelata. In questo settore l'Italia ha fatti grandi progressi: il tasso di mortalità è sceso da 124 nel 1925-26 a 40 nel 1961, con una riduzione, pertanto, di un terzo dei decessi; ma siamo ancora in condizioni di grande svantaggio di fronte alla Svizzera, all'Olanda, alla Svezia, ove la mortalità è discesa in questi ultimi anni a quote di 17, 19, 21 su ogni mille nati.

Il regime commissariale nelle federazioni dell'O.N.M.I. è, a mio avviso, assolutamente controproducente, ai fini di una adeguata attività assistenziale: esso priva l'O.N.M.I. della collaborazione di quanti, in sede locale, potrebbero svolgere proficua attività, e giustifica le resistenze delle amministrazioni provinciali e comunali a mantenere il loro contributo relativo all'onere di fitto dei locali all'onere del personale amministrativo, cui sono chiamate in virtù della legge del 1934, che affida però ai capi delle amministrazioni stesse la presidenza, rispettivamente, delle

federazioni provinciali e dei comitati comunali. Nel riordinamento dei compiti dell'O.N.M.I. potrebbe anche essere inserita l'assistenza alle donne al momento del parto e nel puerperio. Oggi tale assistenza non viene di norma praticata dall'O.N.M.I., ma è demandata, per gli assicurati, agli enti mutualistici ed assistenziali che tutelano, come ho detto, l'83,17 per cento della popolazione italiana. Sarebbe opportuno che fosse inserita tra i compiti d'istituto dell'O.N.M.I. l'assistenza a quelle madri che non beneficiano di alcuna forma assicurativa.

Non vi è dubbio che anche l'immoralità si riconduce in parte a cause biopsichiche. Ne sono convinto anche per la mia esperienza di pediatra. È necessario pertanto potenziare i centri medicopsicopedagogici, che vanno sorgendo sempre più numerosi in questi ultimi anni. Cercando di correggere le anomalie nei primi anni di vita si porterà un contributo, sia pure indiretto, alla lotta contro l'immoralità.

L'onorevole Colleselli ha auspicato che siano rapidamente approvate le proposte di legge relative ai ruoli organici del Ministero della sanità. Non mi soffermo sui conflitti di competenza che come egli lamenta, finiscono con l'impedire un regolare funzionamento delle amministrazioni ospedaliere, e sono con lui nel chiedere che alla soluzione del problema ospedaliero presieda il criterio della unificazione delle competenze. Per lo meno come piano organico, il problema deve essere affrontato dal Ministero della sanità.

All'onorevole Cortese non posso che esprimere tutto il mio consenso circa l'impostazione che egli ha dato al problema ospedaliero. Si tratta di un settore che va affidato alla tutela tecnica del Ministero della sanità, pur lasciando agli ospedali la loro piena autonomia amministrativa.

La necessità di misure intese a diminuire il numero e le conseguenze degli incidenti stradali mi trova questa volta d'accordo con l'onorevole Cruciani. Indubbiamente il numero dei morti e feriti per incidenti stradali in Italia è ingente: 8 mila morti annui registrano le ultime statistiche, un numero quasi doppio di quello che si ha in Inghilterra, ove vi è un numero doppio di macchine in circolazione.

MERLIN ANGELINA. In Inghilterra le strade sono più larghe.

BARBERI, *Relatore*. Non v'ha dubbio! Ma ritengo che non vi sia ancora in Italia una adeguata protezione.

Quale potrebbe essere questa protezione? Posti di controllo stradale, dove le prime cure siano tempestive: qualche volta il ritardo di una sola ora può decidere della vita o della invalidità permanente di chi subisce l'incidente. E poi una rete ospedaliera convenientemente attrezzata e dislocata, in modo che si sappia a quale ospedale dirigersi. Conosco delle situazioni per cui dei poveri infortunati migrano da un ospedale all'altro, perché non conoscono con precisione la qualificazione dell'ospedale. Se in questo settore assumeremo qualche utile iniziativa certamente ci metteremo subito al livello dell'Inghilterra, che ha strade più ampie e meglio organizzate delle nostre, e potremo ridurre questa alta mortalità e il numero notevole di feriti per incidenti stradali.

BARTOLE. Vi è una mia proposta di legge che riguarda il rilevamento del gruppo sanguigno.

BARBERI, *Relatore*. È stato sollevato in Commissione, e mi ha trovato consenziente, il problema dell'opportunità che almeno tutti coloro che chiedono la patente siano controllati per il gruppo sanguigno, e ne sia fatta menzione nella patente. È un primo passo soltanto, ma sono certo che anche questo primo passo potrà portare ad utili risultati.

Dopo questa disamina — e spero di avere risposto a tutti i colleghi, che ringrazio per i lumi che ci hanno fornito, per la passione che hanno dimostrato sui vari problemi sanitari — devo concludere, in piena coscienza, che noi dobbiamo dare il nostro voto favorevole al bilancio della sanità pur rilevando l'inadeguatezza dei mezzi stanziati; ma, ripeto, il discorso va posto in altra sede, quando si tratta di affrontare la politica della spesa. Qui la distribuzione degli scarsi mezzi finanziari mi pare che sia stata fatta, in linea di massima, su basi razionali. Si affaccia per la prima volta, nel bilancio, la necessità di potenziare la medicina preventiva. Questo è un passo avanti. Il ministro della sanità ci ha dato molte prove, intervenendo costantemente in Commissione, della sua grande passione, che non è fatta soltanto di parole: egli stesso afferma che la salute pubblica è il patrimonio più prezioso del nostro paese. Il ministro, dunque, ci ha dato prove di comprensione e di interessamento nei confronti dei problemi sanitari. Ebbene, offriamogli questo strumento perché possa convenientemente lavorare in profondità, nell'interesse del paese e soprattutto delle classi

meno abbienti. (*Applausi al centro — Congratulazioni*).

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

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli deputati, è stata sempre mia abitudine, tutte le volte che ho avuto responsabilità di Governo, esaminare attentamente le richieste fatte negli interventi in sede di discussione di bilanci dei precedenti esercizi finanziari e le promesse fatte dal Governo: e ciò allo scopo di costatare quali lacune si fossero colmate, quali progressi si fossero fatti, quali e quanti problemi fossero rimasti ancora insoluti. Avrei voluto fare lo stesso in questa circostanza in modo compiuto. Devo confessare che l'incalzante ed indilazionabile lavoro del Ministero della sanità, che non lascia tempo sufficiente al suo titolare di approfondire tutte le numerose e assai difficili questioni che gli si presentano, mi ha negato tale possibilità.

Se avessi potuto leggere con la doverosa attenzione i verbali delle sedute in Commissione e in Assemblea per la discussione dei bilanci del Ministero della sanità per i tre esercizi finanziari dal 1959-60 in poi, avrei potuto meglio valutare lo sforzo compiuto dal mio predecessore, senatore Giardina, che ritengo doveroso ricordare. Tale lettura mi avrebbe consentito, inoltre, di testimoniare la mia riconoscenza agli onorevoli parlamentari che, anche a mezzo delle critiche, hanno dato un notevole contributo perché il Ministero della sanità, istituito da soli quattro anni, assolvesse la sua funzione estremamente delicata ed importante in modo da soddisfare alle maggiori esigenze della vita sanitaria del nostro paese.

Voglio soggiungere però che, pur non avendo potuto esaminare particolarmente tutti gli interventi del bilancio della sanità che si sono avuti dal 1959 ad oggi, ho potuto tuttavia soffermarmi sulle relazioni che accompagnano lo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità dall'esercizio finanziario 1959-60 in poi, e sulle risposte date dal mio predecessore senatore Giardina.

La relazione degli onorevoli Giovanni Ferrari e Quintieri, quella degli onorevoli Colleselli, Ludovico Angelini e Otello Montanari, e quella dell'onorevole Sorgi, offrono un vasto campo di studi, e testimoniano che tutti i parlamentari — superando le ideologie politiche che, naturalmente, dividono i rappresentanti del popolo — mirano allo stesso fine, all'attuazione del precetto costituzionale che affida allo Stato la tutela della

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

salute come il diritto fondamentale dell'individuo e come interesse essenziale della collettività.

Questa stessa finalità con eguale passione, hanno dimostrato di voler perseguire l'onorevole Barberi — relatore per l'esercizio finanziario che avrà inizio con il 1° luglio prossimo — ed i numerosi deputati intervenuti in Commissione ed in Assemblea. Gli interventi sono stati ampi, sempre appassionati, anche se non sempre sereni ed obiettivi. Li ho seguiti con la massima attenzione e ho preso nota delle osservazioni, delle richieste, dei suggerimenti, delle critiche, così convincendomi sempre più che esistono argomenti di vita sociale di fronte a cui l'accesa passione di parte deve attenuarsi, per far prevalere il sentimento umano che tutti ci accomuna e per garantire a tutti i consociati quel *bonum commune* che è condizione e garanzia di pace vera e duratura.

Tale sentimento, che ci consente di raggiungere e di mantenere una necessaria concordanza, è stato invocato da un'altissima cattedra alla quale possono tendere l'orecchio tutti gli uomini di buona volontà. Oggi non è più questione di lettura rispettosa di documenti sociali della Chiesa — ha ricordato il Sommo Pontefice —; oggi i cattolici sono impegnati a tradurli nella realtà della vita moderna ed a farli penetrare nella legislazione sociale, a beneficio di tutta l'umanità.

Considerati gli interventi in questa luce, mi è più facile esternare la mia sincera gratitudine — anche a nome del mio valoroso collaboratore senatore Santero e di tutti i funzionari del Ministero della sanità che con me condividono la responsabilità di così impegnativo settore della nostra vita nazionale — a quanti hanno dato suggerimenti o hanno formulato proposte per perfezionare e potenziare le attuali strutture organizzative del Ministero e per intensificarne tutti i servizi, sia profilattici sia assistenziali.

Un particolare ringraziamento rinnovo al presidente della Commissione, onorevole De Maria, che, con pazienza, obiettività, saggezza, ha diretto le diverse sedute in Commissione ed ha permesso un dibattito ampio, esauriente, soprattutto costruttivo.

Desidero poi, non per ragioni formali ma concrete, porgere l'espressione del mio animo riconoscente all'onorevole Barberi. La relazione da lui stesa — sobria, concisa, chiara, non scevra di critiche — si armonizza pregevolmente a quelle precedenti ed è, se non integrazione dello studio fatto dall'onorevole Sorgi, spesso citato come appassionato stu-

dioso dei problemi sanitari, certo un nuovo ed autorevole richiamo, a nome di tutti i componenti la Commissione, a considerare il problema sanitario come il più importante della vita sociale.

È pertanto necessario che ad esso tutti, ad incominciare dal Governo, dedichino maggiore attenzione; per esso occorre si sostengano più generosi sacrifici economici; urge più di tutto che delle spese sanitarie si faccia un uso razionalmente economico. Il che presuppone l'unificazione o, quanto meno, il coordinamento di tutte le attività sanitarie nel competente Ministero proprio per questo istituito.

Il Presidente del Consiglio dei ministri, onorevole Fanfani, nel discorso tenuto il 2 marzo 1962 alla Camera, presentando il nuovo Governo, precisava i compiti principali che il titolare del Ministero della sanità deve assolvere: 1°) il Governo promuoverà la revisione delle varie competenze in materia, tuttora persistenti, accentrandole o almeno coordinandole alla competenza principale del Ministero della sanità; 2°) il piano per la costruzione dei nuovi ospedali con le entrate derivanti dalla mobilitazione del demanio immobiliare sarà avviato almeno a parziale concretizzazione; 3°) il riordinamento di tutta la disciplina ospedaliera, contenuto già in un disegno di legge, sarà sottoposto ad utile revisione.

Convinto come sono che una saggia politica sanitaria richiede un organismo che abbia unica ed assoluta responsabilità d'iniziativa, di direzione, di controllo, senza interferenze di altri ministeri, appena ho iniziato la mia attività mi sono dedicato immediatamente allo studio del problema di coordinare tutta l'attività sanitaria nel Ministero della sanità. Ciò facendo, adempivo l'impegno solenne assunto dal Governo e realizzavo i suggerimenti dati da tutti i parlamentari e da quanti s'interessano con competenza del problema.

Posso comunicare alla Camera che il disegno di legge elaborato dal mio Ministero è all'esame dei dicasteri competenti. Se le mie proposte saranno approvate — come ardentemente mi auguro — dal Consiglio dei ministri e dal Parlamento, avrò anch'io una parte di merito nell'aver fatto sì che la legge istitutiva 13 marzo 1958, n. 296, corretta, integrata, perfezionata, consenta al Ministero della sanità di assolvere ai suoi compiti organicamente ed efficacemente. Saranno così eliminati i non pochi inconvenienti denunciati e si potrà — nella disciplina unitaria

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

anche dei mezzi economici, che sono importanti ma non del tutto utilizzati in modo efficace — potenziare ed estendere i presidi igienici necessari all'intera popolazione.

Gli italiani devono sapere che, mentre lo Stato destina al Ministero che ho l'onore di presiedere 52 miliardi e mezzo circa (somma che io per primo riconosco non adeguata ai bisogni veri dei servizi sanitari), vengono spesi, nel complesso, quasi mille miliardi da enti vari che operano nei diversi settori sanitari. Pur ammettendo che vi sono lacune ed imperfezioni da colmare e da correggere, bisogna dunque riconoscere che in rapporto al problema sanitario lo Stato compie, nel suo insieme, il massimo sforzo consentito dal suo bilancio.

Con ciò, onorevoli deputati, non intendo giustificare la limitatezza dei mezzi economici messi a disposizione di questo Ministero. Anzi devo rilevare, ancora una volta, che tale limitatezza non ha permesso di impostare un organico piano di potenziamento dei laboratori provinciali di igiene e profilassi. Queste istituzioni — com'è noto — hanno un posto fondamentale nell'organizzazione sanitaria nazionale e hanno il compito di assicurare nell'ambito di ciascuna provincia i servizi tecnici indispensabili: 1°) per accertare diagnosticamente le malattie infettive; 2°) per vigilare sulla genuinità e sulla salubrità degli alimenti e delle bevande; 3°) per vigilare sull'igiene del suolo e dell'abitato.

Il potenziamento dei laboratori provinciali si pone in termini di urgenza, data la complessità dei procedimenti analitici nel campo dell'accertamento diagnostico delle infezioni, specialmente di quelle virali, e per l'identificazione delle frodi perpetrate nel settore alimentare. Questi laboratori non potranno adeguarsi alle effettive esigenze dei settori in cui esplicano la loro attività senza un maggiore sforzo economico da parte dello Stato.

Il Ministero della sanità — che nulla tralascerà per rendere efficienti i laboratori provinciali — non ha trascurato di rivolgere la sua particolare attenzione al personale sanitario. Difatti, ha tenuto corsi presso l'Istituto superiore di sanità e presso gli istituti di igiene delle università di Genova e di Salerno per addestrare il personale nella diagnosi delle malattie virali; ha promosso corsi specializzati presso gli istituti di igiene delle università di Padova, Bari e Catania per un aggiornamento degli ufficiali sanitari; ha tenuto corsi presso il centro nazionale della trasfusione del sangue in Roma, facen-

dovi partecipare i medici ed i tecnici addetti ai centri trasfusionali nelle province; nel settore della protezione contro le radiazioni ionizzanti ha promosso speciali corsi di aggiornamento, cui hanno partecipato numerosi medici provinciali ed ufficiali sanitari, nonché una larga schiera di laboratoristi.

Per quanto riguarda l'igiene alimentare — a parte l'attività legislativa ben nota e le circolari per dare direttive agli organi sanitari periferici — nei due esercizi finanziari 1960-1961 e 1961-1962 sono stati prelevati ed esaminati oltre un milione di campioni, nei quali per circa il 13 per cento dei casi sono state riscontrate irregolarità.

L'amministrazione sanitaria ha anche rivolto la sua particolare attenzione alla dietologia, finanziando i corsi di Roma (pio istituto Santo Spirito) e di Milano (Ospedale maggiore), ai quali hanno partecipato le infermiere professionali, le assistenti sanitarie volontarie e le vigilatrici sanitarie di infanzia. Come pure ha contribuito finanziariamente al corso biennale in dietologia organizzato per le diplomate di scuola media superiore dal pio istituto Santo Spirito.

Il Ministero della sanità, preoccupato vivamente delle conseguenze derivanti, sotto il profilo igienico-sanitario, dall'uso sempre più diffuso di sostanze tossiche in agricoltura per la protezione delle piante e per la conservazione dei prodotti agricoli immagazzinati, ha organizzato, presso l'Istituto superiore di sanità, corsi di aggiornamento per il personale chimico dei laboratori provinciali di igiene e profilassi.

Come pure sta elaborando le norme per la disciplina sanitaria della produzione, del commercio, dell'impiego dei cosiddetti « pesticidi ».

Le malattie infettive — a parte quelle soggette ad andamento ciclico, come la pertosse, il morbillo, l'influenza — continuano a presentare, nel loro complesso, una diminuzione progressiva della loro incidenza.

Notevole è il regresso delle infezioni tifo-paratifiche: esso è dovuto al migliorato approvvigionamento idrico della popolazione, ad un più rigoroso smaltimento dei rifiuti, ad una più severa vigilanza sulla produzione e sul commercio degli alimenti e delle bevande, nonché alla estensione della immuno-profilassi attiva specifica.

La difterite, che nell'anno 1961 registra una riduzione del 46 per cento rispetto al 1958, deve il suo regresso alla vaccinazione preventiva specifica.

La vaccinazione antipoliomielitica, della quale hanno beneficiato oltre nove milioni di soggetti (tale vaccinazione ha trovato maggiore rispondenza nella popolazione) lascia vivamente sperare sugli effetti protettivi del vaccino. È noto che i casi di poliomielite, verificatisi in Italia, sono dovuti — per il 90 per cento — a soggetti non vaccinati o insufficientemente vaccinati.

Il Ministero della sanità, con una spesa di circa cinque miliardi e mezzo, ha provveduto all'acquisto di oltre 25 milioni di dosi, distribuite gratuitamente, in aggiunta ai quantitativi acquistati dagli enti locali o da altre istituzioni sanitarie.

Sull'uso del vaccino antipolio si è molto disputato nell'ultimo anno (specie da fonti non sempre disinteressate) se sia meglio usare ceppi uccisi (metodo Salk) oppure ceppi vivi (metodo Sabin). Data la estrema importanza dell'argomento, ho voluto che una commissione di esperti — sotto la presidenza del sottosegretario di Stato per la sanità, senatore Santero, assistito dal direttore generale dell'igiene pubblica, professor Cramarossa — esprimesse il proprio parere sullo stato attuale della proflassi specifica antipolio, con particolare riguardo all'impiego dei vaccini viventi attenuati.

La commissione, che ha lavorato con alacrità e serietà assoluta, senza mai perdere di vista le esperienze controllate in Italia ed all'estero (e per questo le rinnovo l'attestato della mia gratitudine), ha concluso i suoi lavori.

Naturalmente, la questione sarà sottoposta, come di dovere, al Consiglio superiore di sanità: e ciò avverrà nel più breve termine possibile.

I casi di tetano hanno presentato, in questi ultimi tempi, lievi oscillazioni. Il Ministero della sanità, che aveva posto allo studio la vaccinazione preventiva specifica, non si opporrà all'approvazione della proposta parlamentare presentata dal senatore Alberti, che vuole rendere obbligatoria la vaccinazione antitetanica. Attendo al riguardo il parere del Consiglio superiore di sanità, da me interessato con procedura di urgenza.

In una tabella, che sarà allegata al mio discorso, ho fatto riportare i casi delle principali malattie infettive registrati in Italia nell'anno 1961, paragonati a quelli del triennio precedente.

Prima di trattare degli argomenti della « medicina sociale », credo necessario soffermarmi, sia pure brevemente, sui servizi di medicina scolastica.

La popolazione scolastica ha maggiormente bisogno di aiuto sanitario, in quanto più esposta a vari fattori morbigeni.

I servizi di medicina scolastica — tranne che nei grandi centri urbani — non hanno tuttavia ancora raggiunto lo sviluppo necessario. Da ciò il doveroso interessamento del Ministero per stimolare le amministrazioni locali ed incoraggiarle con adeguati contributi, per istituire o migliorare appositi ambulatori generici e specialistici.

Conforta il constatare che, nonostante la modestia dei mezzi che si sono potuti dedicare a questo settore, i risultati sono soddisfacenti. Difatti, ai 447 ambulatori generici ed ai 138 ambulatori odontoiatrici impiantati nel decennio precedente l'istituzione del Ministero della sanità, dall'anno 1958 sono stati aggiunti 135 nuovi ambulatori medico-scolastici generici e 150 nuovi ambulatori odontoiatrici per le scuole.

Il Ministero della sanità, che ha dato una nuova disciplina legislativa ai servizi di medicina scolastica con il decreto presidenziale n. 264 dell'11 febbraio 1961, nulla trascurerà, nei limiti consentitigli, per svilupparli e perfezionarli organicamente e, soprattutto, per destinare ad essi un personale sanitario dotato di speciale qualificazione.

L'interesse più vivo e reale di ogni nazione è per la prevenzione del male, ancora prima che per la sua cura.

Il Ministero della sanità, dal momento della sua istituzione, ha assunto questo concetto a base della sua complessa attività: così esso traduce — nella più coerente espressione — il principio consacrato nella Costituzione, che affida allo Stato la tutela della salute di tutti i cittadini. La conferma di tale affermazione è data dal progresso realizzato nei settori in cui le conoscenze mediche biologiche hanno consentito ampi interventi preventivi.

La prevenzione non riguarda soltanto la insorgenza della malattia, ma abbraccia, in senso più ampio, anche le complicità che possono verificarsi nel decorso, manifesto o ignorato, dei fenomeni morbosi.

L'attuazione pratica di queste direttive sanitarie, che, se eseguite con oculatezza e tempestività, rispondono anche ad una effettiva economia di spese, trova valore nel decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249. Tale provvidenza legislativa permetterà nel prossimo esercizio finanziario di istituire e sostenere, in modo più organico e continuativo, appositi centri specializzati, i cui compiti, fissati dalla legge richiamata,

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

sono garanzia di sicuro progresso nel controllo delle malattie sociali.

È bene precisare che la espressione « malattia sociale » in termini amministrativi, è condizionata dalla maturità sanitaria e dalla sensibilità sociale di un paese, ed è subordinata alle disponibilità economiche per l'organizzazione e per il funzionamento dei servizi. Interventi particolari sono stati predisposti per le più importanti malattie sociali, cioè per quelle rappresentanti un maggiore pericolo o danno per la collettività e per quelle che impegnano la società in un'azione complessa ed organizzata.

Per avere la possibilità di trattare altri argomenti nei limiti consentiti dalla vostra benevola attenzione, onorevoli deputati, sarò costretto a procedere in forma sintetica, anche perché gli importanti interventi in Commissione ed in Assemblea e la elaborata relazione dell'onorevole Barberi devono considerarsi come parte integrante di questo mio discorso.

Malattie veneree: queste, da qualche anno, ridestano l'attenzione ed i commenti della classe medica, della stampa specializzata, di una vasta parte dell'opinione pubblica.

Le misure sanitarie per il controllo delle infezioni veneree, com'è noto, sono basate soltanto su una generica ricerca delle fonti di infezioni e sulla bonifica dei casi manifesti. Questo indirizzo non garantisce ed in particolare non è adeguato a quelle situazioni in cui il soggetto contagiante sfugge a qualsiasi ricerca sanitaria. E questo bisogna affermare con senso di vera responsabilità, nonostante che — dal luglio 1960 al dicembre 1961 — siano stati eseguiti 767.672 esami sierologici e siano stati presi accordi con l'O.N.M.I. e con l'« Inam » per una pronta e larga assistenza ai malati venerei.

Mentre comunico che sono in corso di emanazione provvedimenti per aggiornare le norme relative alla nomina degli ispettori dermosifilografici e per la vigilanza sui servizi di profilassi e cura di dette malattie, ho il dovere di rilevare che rimangono insoluti alcuni problemi di fondo quali la difficoltà di ottenere le denunce di malattia da parte dei medici, l'impossibilità pratica di raggiungere fonti di contagio particolarmente sospette, il ritardo con cui si arriva ad imporre le cure a malati che, nel frattempo, continueranno a diffondere il male.

Per ovviare a questa situazione di pericoloso disagio è stato presentato al Senato un disegno di legge su iniziativa del Mini-

stero dell'interno, che tende a modificare alcuni aspetti negativi della legge 26 febbraio 1958, n. 75.

Per quanto riguarda la lebbra, ancora oggi esistono in Italia dei casi: quelli registrati, alla data del 31 dicembre 1961, ammontano a 545 e sono accentrati per la metà nella Calabria, nelle Puglie, nella Sicilia. Bisogna ricordare che la lebbra fino a pochi anni fa, era ancora più diffusa, specie fra le popolazioni povere e meno istruite. Ciò dipendeva dall'occultamento dei casi dovuto a pregiudizi, alla totale sfiducia nelle cure, al timore della segregazione.

L'amministrazione sanitaria, per superare queste difficoltà molto gravi, ha disposto la corresponsione di un sussidio a favore dei lebbrosi ricoverati e di quelli in osservazione nonché di un sussidio ai congiunti degli ammalati che siano a loro carico. Molti lebbrosi, che avevano eluso ogni ricerca sanitaria, si sono decisi ad autodenunciarsi, per godere dei benefici economici disposti dalle leggi vigenti.

Mi piace ricordare — ai fini della profilassi antilebbrosa rivolta in modo particolare ai bambini ed agli adolescenti — che sono stati presi accordi con l'O.N.M.I. per facilitare fin dalla nascita l'allontanamento dei figli dei lebbrosi dall'ambiente familiare. Come pure ritengo necessario fare presente che è in corso l'istituzione di uno speciale preventivo, dove verranno raccolti i figli dei lebbrosi ed i minori che, per condizione di ambiente, sono esposti al pericolo del contagio.

Nelle zone endemiche viene diffusamente praticata ai minori la vaccinazione con D.C.G. che è stata considerata nell'ultimo congresso internazionale del novembre 1958 come particolarmente utile per la profilassi antilebbrosa nell'infanzia.

Tubercolosi: questa malattia — nonostante la contrazione della morbosità e della mortalità — rappresenta ancora, a concorde avviso degli studiosi di medicina sociale, un problema rilevante di sanità pubblica. Pertanto è necessario proseguire con tenacia nell'opera, che si svolge da anni per conseguire una ulteriore riduzione dei nuovi casi di malattia, per prevenire le recidive, per ottenere che la mortalità registri un sempre maggiore regresso.

Il programma di lavoro, nell'anno finanziario in corso, si è svolto secondo tre indirizzi principali: 1°) mantenere l'attività assistenziale al livello soddisfacente raggiunto da tempo; 2°) migliorare i servizi di accertamento della malattia ed intensificare la ricerca delle fonti di contagio; 3°) potenziare,

soprattutto, l'attività della prevenzione, specie nelle scuole.

A tale riguardo ritengo quanto mai utile la istituzione dei servizi di medicina scolastica, disposto con decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264. Detto provvedimento, che attribuisce al Ministero della sanità compiti di somma importanza per la prevenzione delle malattie infettive nelle scuole, pone le premesse necessarie per il potenziamento, indispensabile ed indilazionabile, dei servizi negli istituti di istruzione pubblici e privati di ogni ordine e grado.

La tutela della salute e la vigilanza sull'igiene delle scuole devono essere rivolte non solo agli alunni ma anche al personale che, a qualunque titolo, ne faccia parte.

I servizi di prevenzione della tubercolosi sono affidati ai consorzi provinciali antitubercolari.

Le istituzioni antitubercolari — che, nel complesso, sono 606 — hanno svolto una attività degna di rilievo nell'anno 1961.

Le cifre seguenti ne testimoniano in sintesi, la alacrità; *a*) persone visitate per la prima volta presso i dispensari: 2 milioni 441 mila 223; *b*) presenze ai dispensari: 3 milioni 884 mila 396; *c*) schermogrammi effettuati: 2 milioni 735 mila; *d*) giornate di degenza consumate negli istituti di cura: 22 milioni 418 mila 590; *e*) giornate di degenza nei preventori e nelle colonie: 5 milioni 873 mila 563.

Nel campo dell'assistenza sociale ai tubercolotici è stata incrementata l'azione di reinserimento dei dimessi dai sanatori nella vita lavorativa: essi sono stati avviati ai corsi di qualificazione professionale in appositi istituti sorti a questo scopo.

Credo inoltre opportuno ricordare che il Ministero della sanità ha dato un concreto apporto alla organizzazione del secondo corso internazionale teorico-pratico di epidemiologia e controllo della tubercolosi, collaborando fattivamente con la Previdenza sociale ed il consorzio provinciale antitubercolare di Roma. Il corso — che si è svolto presso la clinica fisiologica dell'università di Roma — ha avuto il riconoscimento della Organizzazione mondiale della sanità.

Tracoma: è la malattia endemica diffusa dove il livello igienico della popolazione è molto trascurato.

Come ebbi a dire in occasione della giornata mondiale della sanità, che, quest'anno, ha trattato come argomento le malattie dell'occhio, il Ministero della sanità ha svolto

una concreta azione sanitaria contro il tracoma, specie in quelle regioni, come la Sardegna, dove l'endemia tracomatosa era più diffusa.

I risultati conseguiti sono confortanti: ciò è stato confermato dall'autorevole parola del professor Bietti, ordinario di oculistica nell'università di Roma. La iniziativa intrapresa dal Ministero sarà continuata e perfezionata fino a quando il male sarà debellato.

Mi piace ricordare che, per la lotta contro il tracoma, esistono 26 enti provinciali anti-tracomatosi, che si avvalgono delle seguenti istituzioni: *a*) dispensari pubblici, scolastici o misti: 511; *b*) centri chirurgici: 36; *c*) colonie permanenti, che dispongono di 1650 posti-letto per bambini; *d*) colonie temporanee estive, sempre per bambini.

Presso ogni ente provinciale, un ispettore oculista e medici specialisti, coadiuvati da assistenti sanitarie visitatrici, prestano la loro attività nei dispensari e nelle altre istituzioni.

La lotta contro il tracoma richiede anzitutto gli interventi sanitari, ma anche il miglioramento del tenore di vita, specie delle classi più disagiate. Inoltre, per la sradicazione totale della malattia — cosa che, sul piano sanitario, appare realizzabile — si richiede una migliore e più organica propaganda igienico-culturale.

Pertanto il Ministero della sanità deve fare affidamento, oltre che sulla necessaria attività dei suoi organi periferici, anche sulla invocata, costante, intelligente collaborazione di tutti gli enti che si interessano alla educazione religiosa, morale, sociale dei fanciulli e dei giovani, e soprattutto dei maestri elementare e degli insegnanti nelle scuole materne, che, quotidianamente attendono, con ammirata generosità, alla formazione completa del futuro cittadino.

L'argomento dei fanciulli mi induce — prima di trattare di altre malattie sociali — a riferire brevemente su un altro aspetto della attività del Ministero a favore dell'infanzia.

L'articolo 311 del testo unico delle leggi sanitarie autorizza l'amministrazione sanitaria a concedere speciali sussidi o premi agli istituti di puericoltura, ai dispensari per lattanti, alle istituzioni aventi scopi analoghi, quando ne risultino meritevoli per favorevoli risultati conseguiti nelle condizioni sanitarie dei bambini ad essi affidati.

La somma stanziata nel bilancio (200 milioni) non è vistosa, e speriamo che, nel bilancio prossimo, possa essere notevolmente au-

mentata. Essa, però, consente di dare aiuti per acquisto di attrezzature o per il loro funzionamento ad ospedali dotati di reparto pediatrico, ai centri per l'assistenza ai neonati immaturi, ai brefotrofi, a quegli asili infantili che abbiano dato alla loro attività una impronta di puericoltura.

Quanto al problema del recupero dei minorati fisici (cioè degli infermi affetti da malformazioni congenite o da paralisi spastiche infantili), esso impegna il Ministero della sanità in virtù della legge 10 aprile 1954, n. 218.

I fondi per tale assistenza (aumentati da 720 milioni ad un miliardo e 165 milioni) sono destinati a quei centri di recupero che, oltre a curare gli ammalati, li rieducano.

Bisogna rilevare al riguardo che per i lussati di anca, l'assistenza è di più facile attuazione. Tali infermi, ricoverati nelle cliniche ortopediche o nei reparti ospedalieri specializzati, nella quasi totalità sono recuperati e nuovamente inseriti nelle forze produttive della nazione. Per i discinetici, invece, si sono avuti risultati soddisfacenti ma meno rilevabili.

A parte la infermità più grave, occorre aumentare i centri di recupero; occorre provvedere, con maggiore larghezza, alle molteplici attrezzature; occorre, soprattutto, un personale medico ed infermieristico specializzato, che conosca bene le moderne tecniche terapeutiche e rieducative.

Il Ministero della sanità, che mira a rendere efficiente l'assistenza a tutti i discinetici, sta studiando con i Ministeri finanziari di reperire i fondi necessari per:

1°) istituire i centri nelle province dove ancora mancano, ed aumentare così i posti letto;

2°) creare, in ogni provincia, centri diurni per l'assistenza ambulatoriale.

L'amministrazione sanitaria ha anche posto allo studio la possibilità di estendere l'assistenza ed il recupero ad altre categorie di minorati; e, a tale scopo, sta svolgendo indagini per un rilevamento statistico.

Desidero anche comunicare che si sta elaborando un disegno di legge per la rieducazione fonetica e per il recupero dei laringectomizzati.

Tumori. Per ammissione generale degli studiosi esiste, purtroppo, un incremento reale della incidenza dei tumori.

Le statistiche, però, stanno a testimoniare che le malattie neoplastiche — pure occupando il secondo posto tra le cause di morte in Italia — in percentuale sono in numero

minore che in altre nazioni di comparabile livello economico e sanitario.

Credo bene precisare che, mentre esiste un aumento delle forme a localizzazione broncopolmonari, le altre localizzazioni tumorali (specie quelle maligne della cute, del labbro, della lingua) appaiono più controllate in virtù di una profilassi già estesa.

I centri specializzati si occupano del problema svolgendo la loro attività su due direzioni: in primo luogo con una profilassi individuale, che si concreta nell'accertamento diagnostico precoce; in secondo luogo con una profilassi sociale, basata sul controllo di numerosi elementi esogeni — oggi sempre più diffusi — che sembrano assumere un valore determinante nella cancerizzazione della collettività.

Il numero delle sostanze ritenute cancerogene aumenta di giorno in giorno. Presso il comitato di sanità pubblica dell'U.E.O., al quale la nostra amministrazione contribuisce attivamente, anche sulla scorta di esperienze tratte dalla rilevazione sulla morbosità, sono allo studio sistemi di rilevamento che permettono di comparare la morbosità per tumori nei paesi europei: vengono così chiarite le relazioni che alcuni fattori professionali, alimentari, localistici possono assumere nell'insorgere delle malattie neoplastiche.

Il Ministero della sanità sostiene largamente l'attività dei tre istituti nazionali di Milano, Roma e Napoli per lo studio e la cura dei tumori e ne potenzierà, nei limiti consentiti dal proprio bilancio, le attrezzature scientifiche e cliniche.

Inoltre il Ministero della sanità promuove nelle varie circoscrizioni servizi sanitari rispondenti alle necessità diagnostico-terapeutiche della moderna oncologia. Detti servizi sanitari, denominati « centri », operano, sia pure con diverso grado di efficienza, presso gli ospedali e gli istituti clinicizzati di 82 province.

Sento il dovere di precisare che lo sforzo del Ministero della sanità per dotare il paese di una rete di centri modernamente attrezzati per la diagnosi e la cura dei tumori deve essere integrato, sul piano funzionale, dalla attiva collaborazione degli enti assistenziali. In questo modo sarà assicurata a tutti i malati di tumore una assistenza sollecita e tempestiva nei casi certi e nelle forme iniziali o soltanto sospette e sarà garantito un trattamento completo durante tutto il decorso della malattia.

Al raggiungimento di detta finalità farò convergere tutti i miei sforzi. Intanto rivolgo,

da questa Assemblea, un pressante invito a tutti gli enti assistenziali, perché vogliano dare il loro contributo di azione per il potenziamento della lotta contro i tumori in tutta Italia.

Nel novero delle malattie sociali devono considerarsi le anomalie ematologiche costituzionali ed ereditarie denominate « microcitemie » ed il « morbo di Cooley », che è la espressione patologica più grave di questo gruppo di affezioni ematiche a base genetica.

Il Centro nazionale di studi per la lotta contro le microcitemie ed il morbo di Cooley — sorto, nel 1954, sotto gli auspici dell'Alto Commissariato — svolge una intensissima attività. Esso è affiancato dalle sezioni di Ferrara, Cagliari, Napoli, Lecce, Cosenza, Reggio Calabria, Palermo. È stata così predisposta una organizzazione che, nonostante la mancanza di un apposito stanziamento, ha consentito di realizzare una notevole rete di istituzioni assistenziali e sociali, di cui non vi è esempio in altri paesi.

Il primo compito assolto dagli enti anzidetti è stato quello dei rilevamenti statistici mediante l'esame del sangue, ed è stato constatato che l'anomalia microcitemica è particolarmente elevata nel delta padano, in Sardegna, nella Calabria, in Sicilia.

Tale censimento dei microcitemici è il presupposto per una vasta opera di propaganda eugenica e di divulgazione fra la popolazione dei concetti di profilassi prematrimoniale del morbo di Cooley.

Questa opera igienico-educativa — che deve porre gli interessati in condizioni di piena responsabilità di fronte ai pericoli del matrimonio con altro soggetto microcitemico — è il solo mezzo per prevenire una malattia grave, che, fino ad oggi, è incurabile.

Le malattie cardiovascolari occupano il primo posto fra tutte le cause di morte rappresentando il 43 per cento della mortalità.

Da una tabella, che allegherò al testo, risulta che le dette malattie sono venute progressivamente aumentando nell'ultimo ventennio: esse passano — rispetto alla mortalità generale — dal 25,7 per cento nell'anno 1939 al 43,4 per cento nel 1960. Nel decorso anno — come risulta dalle pubblicazioni dell'Istituto centrale di statistica — su 467.942 decessi per tutte le cause 203.046, cioè il 43,1 per cento sono stati provocati dalle malattie cardiovascolari. Tali malattie non colpiscono solo i vecchi, ma anche i bambini e soggetti in età giovanissima.

Le malattie cardiovascolari hanno in genere, una evoluzione cronica che si protrae

per anni e per decenni determinando uno stato di invalidità. L'affezione porta, spesso, a periodi di scompenso durante i quali i malati devono ricorrere a lunghe degenze ospedaliere. Anche le malattie reumatiche hanno una eguale evoluzione cronica.

La lotta contro le suddette malattie reumatiche e cardiovascolari viene condotta principalmente attraverso appositi centri. L'azione dei centri è diretta all'accertamento diagnostico di queste malattie ed alla divulgazione delle cause che le provocano e dei mezzi di profilassi e di prevenzione per combatterle. I centri attualmente in funzione in Italia sono 90, distribuiti in 73 province. In quelli più qualificati vengono eseguiti anche studi ed indagini scientifiche e vengono svolti corsi di addestramento per medici nel campo della cardiologia e della reumatologia.

Particolarmente da rilevare è l'azione di *dépistage* (ricerca) che viene eseguita soprattutto nelle scuole, per ricercare tra gli alunni i casi di cardiopatia reumatica che — come ho ricordato — è assai frequente nei bambini e nei soggetti giovanissimi.

Altra iniziativa da ricordare è quella delle colonie permanenti a tipo sanatoriale per i bambini.

Una entrerà in funzione, prossimamente, a Borghetto di Grottaferrata; le altre quattro (Ancona, Fano, Santa Marinella, Oria in provincia di Brindisi) sono in corso di costruzione o di adattamento.

Il Ministero della sanità, sempre nei limiti imposti dal suo bilancio, continuerà a svolgere la sua opera vigilante perché gli enti ai quali verranno assegnati i contributi realizzino, con consapevole responsabilità, le finalità specifiche di loro competenza.

Il diabete è aumentato negli ultimi decenni. Tale aumento dipende: 1) dalle migliorate condizioni economico-sociali che, elevando il tenore di vita, hanno influito anche sul regime dietetico, favorendo gli eccessi alimentari e le perturbazioni metaboliche, che predispongono al diabete; 2) dall'allungamento della vita media, per cui una maggior percentuale di individui raggiunge l'età (da 50 a 60 anni) in cui il diabete compare più facilmente; 3) dalle migliorate possibilità dei diabetici e, quindi, dalla procreazione di un maggior numero di soggetti con disposizioni eredo-familiari alla malattia in parola.

L'importanza sociale di questa malattia sta nel fatto che il diabetico — curato e metodicamente controllato — conserva pressoché intatta la sua capacità lavorativa mentre, nei soggetti male assistiti, si instaurano precoce-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

mente delle complicanze che comportano come aggravanti: perdita di giornate lavorative; spese di degenza ospedaliera; invalidità, molte volte, irreversibili.

Anche per la malattia in esame esistono centri antidiabetici che hanno una funzione sociale di educazione sanitaria che — attraverso l'istruzione dietetica del malato — si riflette sullo stesso ambiente familiare.

Le iniziative nel settore sanitario sociale sono molte ed il Ministero, come è suo dovere, le incoraggerà fin dal prossimo esercizio finanziario, anche in virtù delle norme del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, che dà facoltà (articolo 4) al ministro della sanità di determinare, con proprio decreto, quali forme morbose possono essere qualificate come malattie sociali.

Passando a trattare dei servizi farmaceutici, è noto che il Ministero della sanità esercita la vigilanza sulla produzione e sul commercio dei medicinali. Inoltre presiede alla disciplina giuridica delle farmacie.

L'attività esplicata nell'esercizio in corso è quella che ora illustrerò.

Con legge 9 novembre 1961, n. 1242, è stata istituita la commissione permanente per la revisione e la pubblicazione della Farmacopea ufficiale. Tale legge consente la periodica revisione della Farmacopea ufficiale la cui ultima edizione, come è risaputo, risale all'anno 1940. La nuova edizione, anche per il mio diretto interessamento presso il Poligrafico dello Stato, è in corso di stampa.

Quanto alla produzione ed al commercio dei medicinali, è all'esame di questo ramo del Parlamento un disegno di legge col quale si dovranno aggiornare talune disposizioni, colmare le lacune rilevate, eliminare inconvenienti che sono stati denunziati da più parti.

Il Ministero della sanità ha espresso il proprio parere su diverse proposte di legge in materia e particolarmente su quella che disciplina la professione di propagandista scientifico di specialità farmaceutiche ed affini.

L'amministrazione sanitaria ha emanato numerose circolari sul confezionamento dei medicinali, sulla custodia dei prodotti finiti, sull'accertamento dei requisiti tecnici delle specialità medicinali, sulla necessità di apporre speciale contrassegno sui medicinali per uso veterinario.

In questo esercizio finanziario — mentre sono stati rilasciati 1151 decreti di autorizzazione alla messa in commercio di specialità

medicinali — è stata negata la registrazione a 1184 altre specialità.

Nello stesso periodo è stata revocata la registrazione di 969 specialità medicinali, anche su richiesta delle ditte interessate.

Sono stati disposti 22 sequestri di specialità medicinali per abusivo commercio o perché non corrispondenti alla composizione dichiarata.

Nell'esercizio in corso sono stati fissati i prezzi di vendita al pubblico di 2085 specialità medicinali per un complesso di 3484 confezioni.

Sono state proposte al Comitato interministeriale prezzi revisioni di prezzi per un totale di 1414 confezioni.

Il Ministero della sanità è stato sempre presente ai convegni internazionali per lo studio dei problemi riguardanti la legislazione farmaceutica dei paesi della Comunità economica europea e della Organizzazione cooperazione sviluppo economico (O.C.S.E.).

Il Ministero, inoltre, ha curato l'assistenza farmaceutica ed il rimborso ai comuni dell'indennità di residenza spettante alle farmacie rurali in conformità dello stanziamento di cui al capitolo 78 del bilancio di previsione.

Quanto ai servizi veterinari, i principali compiti assolti in questo settore sono: *a*) profilassi delle antropozoonosi; *b*) controllo e profilassi delle altre malattie infettive ed infestive degli animali; *c*) vigilanza sanitaria sulle carni, sulla produzione delle carni e sugli altri alimenti di origine animale; *d*) vigilanza veterinaria permanente ai confini.

L'azione svolta da questo Ministero — per quanto concerne il servizio di diagnosi delle malattie infettive e diffuse degli animali — è rivolta anche a favorire l'attività degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle loro sezioni, che costituiscono una moderna ed efficace organizzazione capace di provvedere tempestivamente a collaborare con i servizi veterinari dello Stato e dei comuni; a prestare opera di assistenza gratuita agli allevatori; ad approntare presidi immunizzanti e terapeutici per la lotta contro le malattie infettive degli animali; ad attuare studi e ricerche scientifiche applicate.

Questa attività, che si riasume in oltre un milione e duecentomila esami di laboratorio e migliaia di sopralluoghi nelle aziende, è stata positivamente incoraggiata dal Ministero, che ha rimborsato solo parzialmente le spese sostenute.

Per quanto concerne il settore degli alimenti di origine animale, è stata rivolta la massima cura dagli organi periferici di con-

trollo, tanto più meritevoli di particolare considerazione in quanto — come ho già accennato all'inizio del mio discorso — hanno limitati mezzi a disposizione sia dal punto di vista umano sia per ciò che si riferisce alle attrezzature. Pertanto la necessità di avvalersi ancora della collaborazione del personale dei Ministeri dell'interno e delle finanze, che hanno svolta un'attività imponente della quale il Ministero della sanità rileva la grande efficienza, specie nel momento in cui è entrata in vigore la nuova disciplina sulla produzione e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande (legge 30 aprile 1962, n. 283).

L'amministrazione sanitaria ha intensamente partecipato all'attività degli organismi internazionali che operano nel settore della sanità pubblica. In seno all'Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) l'Italia è stata eletta per la terza volta nel consiglio esecutivo, nell'assemblea mondiale svoltasi a Nuova Delhi nel febbraio del 1961. In una recente riunione, poi, del consiglio esecutivo dell'organizzazione — che ha fatto seguito all'assemblea mondiale di quest'anno — il delegato italiano è stato chiamato alla prima vicepresidenza, a riconoscimento dell'attivo contributo che l'Italia ha sempre portato nella impostazione dei programmi dell'O.M.S. sia in sede mondiale sia sul piano regionale europeo, con particolare riguardo alla politica di aiuti ai paesi sottosviluppati.

Particolarmente attiva è poi la presenza dell'Italia in seno al Consiglio d'Europa, che si interessa dei problemi relativi alla sanità attraverso i suoi due comitati di esperti in sanità pubblica, il primo dei quali è esteso ai 16 paesi che fanno parte del Consiglio, mentre il secondo raggruppa i delegati dei sette paesi dell'Unione europea occidentale.

Attraverso tale forma di collaborazione, si realizza uno scambio permanente di informazioni e di vedute fra le amministrazioni sanitarie europee, inteso ad armonizzare le differenti legislazioni e a stipulare appropriati accordi.

Anche questi organismi — come l'Organizzazione mondiale della sanità — hanno un programma di base di studi al quale l'amministrazione sanitaria collabora, stabilendo i programmi e selezionando i candidati. Nel 1961-62, 14 medici italiani hanno usufruito di borse di studio del Consiglio d'Europa e 5 di borse di studio del Centro internazionale per l'infanzia di Parigi.

In seno al M.E.C., la partecipazione ai lavori dei gruppi di esperti della Commissione della C.E.E. si sviluppa sia nel campo del

progressivo riavvicinamento delle legislazioni — veterinaria, sui prodotti farmaceutici, sui prodotti alimentari — sia in quello del diritto di stabilimento per le professioni sanitarie. Quanto al primo punto, sono state già predisposte direttive comunitarie nel settore del commercio del bestiame e in quello degli additivi alimentari.

L'attività di educazione sanitaria all'interno del paese ha costantemente ottenuto, da parte dell'amministrazione sanitaria, il rilievo che le compete.

Tra le iniziative mi piace ricordare:

1°) la diretta partecipazione — con funzionari tecnici che svolgono conferenze — ai corsi di educazione sanitaria organizzati dal centro sperimentale di Perugia e da altre istituzioni. Per tali corsi sono stati erogati appositi contributi;

2°) l'organizzazione delle manifestazioni per la « giornata mondiale della sanità » con iniziative concrete di educazione sanitaria specie nell'ambiente scolastico;

3°) la concessione di contributi per la produzione e la diffusione di documentari sull'educazione sanitaria;

4°) la programmazione per lo sviluppo dei comitati provinciali di educazione sanitaria, che si intende far sorgere gradualmente in tutte le province;

5°) la diffusione, attraverso le riviste pubblicate dal Ministero, di informazioni, notizie ed aggiornamenti nel campo dell'igiene e della medicina preventiva.

L'amministrazione si interessa anche attivamente di agevolare l'emigrazione qualificata dei medici italiani all'estero, attività che viene inquadrata nei piani di assistenza tecnica ai paesi sottosviluppati. Medici italiani sono già stati inviati, nel 1961-62, in Somalia, Tripolitania, Nigeria, Yemen e Rhodesia.

Passando a trattare dell'Istituto superiore di sanità, è noto che esso trae le sue origini dai laboratori scientifici della sanità istituiti presso l'ufficio sanitario del Ministero dell'interno da Francesco Crispi fin dal 1887, su proposta di Luigi Pagliani.

Le leggi istitutive attribuiscono all'istituto compiti: *a)* di controllo e di accertamento igienico-sanitario a tutela della salute pubblica in tutti i campi; *b)* di ricerca scientifica nei campi connessi con le sue funzioni ed attività; *c)* di aggiornamento per il personale sanitario delle amministrazioni dello Stato e delle organizzazioni internazionali; *d)* di consulenza tecnico-scientifica alle amministrazioni dello Stato ed alle organizzazioni internazionali.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

L'istituto è costituito da dieci gruppi di laboratori (biologia, chimica, chimica biologica, chimica terapeutica, elettronica, fisica, ingegneria sanitaria, microbiologia, parassitologia, veterinaria) e di un complesso di servizi che ne fanno un insieme organico sotto ogni punto di vista, nel quale può essere intrapresa qualsiasi ricerca e curato l'addestramento di tutti coloro che comunque si dedicano a problemi igienico-sanitari.

Non può sfuggire infatti che, per la simultanea presenza di laboratori chimici, biologici, microbiologici, veterinari e tecnologico-sanitari, l'istituto costituisce un potente complesso atto a risolvere, tra gli altri, tutti i problemi igienico-sanitari riguardanti l'alimentazione. Vi trovano quindi in particolare la loro soluzione i problemi derivanti dal potenziamento dell'attività agricola e zootecnica nel campo della profilassi delle malattie infettive del bestiame e degli uomini; nel campo della protezione e controllo dei mangimi, degli alimenti e dei medicinali. Viene altresì curato l'esame dei progetti comunque attinenti all'ingegneria sanitaria (acquedotti, mercati, mattatoi, ospedali, scuole, piani regolatori, fognature, ecc.) e alla tecnologia della conservazione e della trasformazione dei prodotti alimentari ed in genere di quei prodotti che interessano direttamente la salute dell'uomo.

Nell'istituto sono stati da tempo studiati metodi per migliorare dal punto di vista igienico-sanitario la produzione e conservazione degli alimenti e per elaborare le norme sui controlli di genuinità e stabilire i requisiti che tali prodotti debbono avere per essere immessi in commercio nel nostro paese.

La maggiore richiesta, da parte del mercato, di carne e dei suoi derivati ha contribuito ad estendere l'uso illecito ed incontrollato di ormoni (estrogeni ed antitiroidei) e di antibiotici. Anche in questi casi, i vari laboratori dell'Istituto superiore di sanità hanno contribuito ad elaborare metodi di controllo ed a suggerire idonee norme di prevenzione e repressione.

Nel campo della chimica agraria ed industriale si studia la tossicologia degli additivi e degli insetticidi usati in agricoltura in modo da poterne stabilire le norme d'impiego, e da evitare che detti prodotti possano permanere negli alimenti in quantità nociva alla salute.

A tale fine, esistono nell'istituto gruppi di studio che lavorano a contatto con le organizzazioni internazionali competenti e che eseguono un giorno di ricerche farmacologiche e tossicologiche sugli additivi chimici impiegati

per la conservazione degli alimenti. Questi studi hanno lo scopo di fissare requisiti e criteri di purezza e di unificare i metodi di analisi.

Per quanto riguarda la dietologia, sono allo studio le diete povere e ricche in proteine ed in lipidi, per stabilire in quale misura dette carenze od eccessi possano influire sulla crescita, sullo sviluppo psichico e sulle cosiddette « malattie della civiltà ».

Naturalmente nello stesso modo vengono attentamente seguiti gli effetti dei chemioterapici, degli antibiotici, delle radiazioni ionizzanti, queste ultime impiegate e scopo diagnostico o terapeutico o accidentalmente assorbite.

In quest'ultimo campo da sei mesi, in collaborazione col C.N.E.N., sono state gettate le basi per un controllo su scala nazionale del *fall out* nella catena alimentare e nell'atmosfera. In modo specifico ci si propone di mettere in evidenza, nel territorio nazionale, eventuali variazioni locali di radioattività interessanti, per esempio, stazioni climatiche, centri di produzione alimentare, località ove esistano impianti nucleari.

Una particolare attività tecnica è svolta da alcuni reparti dell'istituto nel campo degli stupefacenti, attività che ha notevolmente contribuito a facilitare le operazioni di polizia per la repressione del commercio abusivo di queste sostanze. Inoltre sono stati studiati nuovi farmaci di sintesi coadiuvanti l'anestesia chirurgica ed altri interessanti il sistema nervoso centrale.

I tecnici dell'Istituto di sanità sono in continuo contatto con quelli degli altri paesi e partecipano periodicamente alle riunioni internazionali su argomenti e problemi tecnico-scientifici riguardanti la sanità pubblica. Reparti specializzati nelle analisi dei diversi gruppi di sostanze alimentari eseguono migliaia di controlli su prodotti per i quali è già stato emesso giudizio di non genuinità o di non rispondenza alle vigenti disposizioni legislative da parte dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi, che sono gli organi cui è affidata la vigilanza sanitaria sulle sostanze alimentari e sulle bevande. Le acque potabili, le acque minerali ed i materiali impiegati per il convogliamento delle medesime costituiscono oggetto di studio e di ricerche. I problemi inerenti alla contaminazione degli alimenti da residui di pesticidi costituiscono un'altra ponderosa ed impegnativa attività dei laboratori di chimica e di altri laboratori dell'istituto. I problemi riflettenti la carica batterica dei vari prodotti alimentari e le even-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

tuali tossicità di questi costituiscono uno dei campi di indagine dei laboratori di microbiologia.

I controlli effettuati al riguardo assommano complessivamente a molte migliaia.

A queste attività si aggiungono quelle di aggiornamento tecnico-scientifico del personale nei vari campi della sanità pubblica.

Per quanto riguarda i laboratori provinciali d'igiene e profilassi, l'istituto ha rafforzato in questi ultimi tempi i legami che tradizionalmente già sussistevano, e che si vanno intensificando, con i congressi che le associazioni nazionali dei chimici e dei microbiologi di tali laboratori hanno tenuto e terranno nei prossimi mesi presso l'istituto.

Tutte queste attività non sono certo derivate da improvvisazione, né dettate solo dall'immediata attualità dei problemi sollevati dalle recenti frodi alimentari. Questo è stato solamente un episodio atto a dimostrare le necessità di ulteriori provvedimenti che, fra l'altro, erano già stati messi allo studio nei mesi scorsi e che sono stati tenuti presenti nella formulazione, da parte degli organi responsabili di governo, del bilancio di previsione dell'Istituto superiore di sanità.

In questo nuovo programma di lavoro è stata in particolare prevista la temporanea permanenza, per brevi periodi, di personale particolarmente qualificato dell'istituto presso i laboratori provinciali d'igiene e profilassi che ne facciano richiesta. Si prevede altresì la temporanea permanenza di personale dei predetti laboratori presso l'Istituto superiore di sanità al fine di seguire corsi pratici di aggiornamento e perfezionamento.

Sono stati anche elevati gli stanziamenti per il funzionamento e la manutenzione dell'Istituto superiore di sanità. Si tratta di un aumento che dovrà essere investito anche in attrezzature ed ampliamenti di impianti che vanno al di là della normale manutenzione. Si tratta di ampliare i laboratori di controllo, di rendere più efficienti quelli esistenti e di completare le attrezzature in maniera tale da consentire di ospitare un congruo numero di borsisti, reclutati in ogni parte d'Italia, che dovranno compiere presso l'Istituto superiore di sanità un periodo di addestramento nei vari campi interessanti la difesa della salute pubblica.

Parte di queste opere sono già in corso di esecuzione, sicché l'istituto è già praticamente pronto ad affrontare i suoi nuovi compiti.

L'attività dell'Istituto superiore di sanità nel campo della tutela della salute pubblica

e dell'alimentazione non deluderà quindi quelle che sono le speranze ed i diritti del cittadino: un'alimentazione sana ed equilibrata, un controllo più accurato delle condizioni igieniche di vita.

Prima di rispondere, e spero di farlo in modo soddisfacente, a tutte le osservazioni e le critiche degli intervenuti, mi sia consentita una opportuna dichiarazione, che faccio senza acrimonia alcuna ma con piena serenità d'animo. Gli interventi degli onorevoli Ludovico Angelini e Delfino sono dominati da una pregiudiziale politica assolutamente negativa, che li ha indotti a misconoscere anche cose evidenti come la luce solare. Ella, onorevole Angelini, ha parlato, ripetute volte, di mancanza di volontà da parte del Governo di attuare un qualsiasi programma che permetta di fare dei passi in avanti. (*Interruzione del deputato Angelini Ludovico*). Abbia la cortesia di ascoltarmi, onorevole Angelini. La sua affermazione mi ha sorpreso perché ella non ha tenuto presente che io in Commissione accettai il suo ordine del giorno relativo al piano di costruzioni ospedaliere. Ricordi che allora soggiunsi che la sua proposta rispondeva al programma predisposto dal Governo.

CAPONI. Anche il ministro Giardina rese, nel 1959, la stessa dichiarazione!

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Ella, onorevole Caponi, ripete sempre lo stesso motivo: farebbe meglio ad ascoltare, anziché ripetere le stesse cose.

CAPONI. Anch'ella, onorevole ministro, ripete quello che hanno detto i suoi predecessori!

PRESIDENTE. Vi è da augurarsi che, una volta tanto, le cose ripetute si attuino: almeno su questo dovrebbe esservi consenso.

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Precisai in Commissione che la richiesta di far esaminare entro il presente anno il piano di costruzioni ospedaliere era da me accolta come augurio. Ella, onorevole Angelini, rispose: « Sono soddisfatto e ringrazio il ministro » (vedi documento n. 2602, pagina 60). (*Commenti all'estrema sinistra*).

Inoltre ella, onorevole Angelini, ha citato la relazione dell'onorevole Sorgi come manifestazione di volontà di realizzare qualcosa di nuovo e di meglio e l'ha messa in contrapposizione con l'atteggiamento del Governo che, a suo parere, non ha la volontà di attuare neppure quello che fanno le nazioni conservatrici dell'occidente. Ma ella ha ommesso di considerare che nella pregevole relazione dell'onorevole Sorgi vi sono, insieme con le neces-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

sarie critiche e apprezzabili proposte, testimonianze indubbie dell'attività positiva svolta dal Ministero della sanità.

ANGELINI LUDOVICO. Io non ho approvato la relazione Sorgi.

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Ella, onorevole Angelini, ha affermato inoltre che il voto contrario al bilancio dei comunisti intende esprimere l'opposizione dei lavoratori ad una politica sanitaria incapace di tutelare la salute dei cittadini. Ora, se questa affermazione estremamente grave fosse vera, le condizioni sanitarie dei singoli e della collettività dovrebbero essere peggiorate, e non notevolmente migliorate, come ho esposto nella parte precedente del mio discorso.

ANGELINI LUDOVICO. Il suo ragionamento, onorevole ministro, è troppo semplicistico.

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Ella, onorevole Angelini, può anche negare che oggi è martedì 19, sebbene ciò sia scritto sul calendario... (*Proteste all'estrema sinistra*).

Evidentemente la posizione politica fa negare l'evidenza dei fatti anche a un valoroso medico come lei, che più degli altri può valutare i progressi conseguiti nel campo sanitario. (*Commenti*).

L'onorevole Delfino ha fatto della relazione Barberi un commento, per così dire, *ad usum diaboli*, come fa il cosiddetto « avvocato del diavolo » nei processi canonici per il riconoscimento delle virtù in grado eroico...

PRESIDENTE. Si sente, in questo riferimento, la cultura dell'antico avvocato rotale.

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Non vorrei tuttavia dare l'impressione di trattare... diabolicamente l'onorevole Delfino. Mi limiterò dunque ad osservare che, quanto meno, egli ha interpretato la relazione dell'onorevole Barberi come fanno i protestanti nella lettura delle sacre scritture. L'onorevole Delfino ha cioè staccato gli incisi critici della relazione e li ha inanellati, volutamente, in una vera e propria catena di maldicenze. Ora non è con una premeditata visione negativa che si esamina il bilancio, bensì con una critica anche forte ma spassionata e obiettiva, così come hanno fatto gli altri due oratori del Movimento sociale, gli onorevoli Cruciani e Giuseppe Gonella.

Si può non votare a favore del Governo, e tuttavia, pur nel lavoro di una costruttiva opposizione si deve portare un contributo inteso a stimolare l'attività di chi ha la responsabilità del potere esecutivo, per superare con pazienza, con costanza, anche con coraggio le non lievi difficoltà che fermerebbero il passo an-

che a uomini più decisi a raggiungere la meta a costo anche di sacrifici.

Ciò premesso (ripeto: senza che nel mio animo vi sia risentimento di sorta verso parlamentari che, pur essendo all'opposizione, meritano rispetto), inizio le mie risposte.

Desidero indirizzare la prima all'onorevole Sulotto che, nel denunciare la situazione in atto nel campo delle malattie professionali dei lavoratori, ha messo in evidenza gravissimi fatti verificatisi, fra cui quelli di Vigevano, dove si impiegano collanti a base di benzolo. Appena informato del tristissimo evento ho voluto, benché la competenza al riguardo fosse del Ministero del lavoro, che un ispettore generale del Ministero della sanità, il dottor Muccio, si recasse sul posto e mi riferisse circa i casi di intossicazione verificatisi nei calzaturifici di Vigevano.

Posso perciò comunicare quanto segue all'onorevole Sulotto.

Il medico provinciale di Pavia ebbe notizia della segnalazione fatta dalla clinica neuropatologica dell'università di Pavia, dall'ispettorato provinciale del lavoro di quella città. Immediatamente quel medico provinciale prese contatto con il competente ispettorato del lavoro di Pavia, che a sua volta richiese l'intervento del servizio medico dell'ispettorato del lavoro di Milano. Quest'ultimo, sollecitato dal medico provinciale, comunicava in data 14 giugno 1962 di avere denunciato all'autorità giudiziaria la ditta Montalba per essere stata riscontrata carenza di tutela igienica dei lavoratori. Essendosi verificati ulteriori casi di intossicazione, anche in operai che lavoravano a domicilio per conto dei calzaturifici, il medico provinciale in data 28 maggio 1962 disponeva l'intervento diretto nella questione dell'ufficio sanitario di Vigevano, al fine di censire i lavoratori a domicilio e controllarne le condizioni di lavoro e lo stato di salute.

L'intossicazione, come è noto, è stata messa in rapporto all'uso di collanti che contengono benzolo e derivati. I collanti sono stati reperiti dall'autorità giudiziaria. Frattanto il medico provinciale ha promosso, d'intesa con il sindaco e l'ufficiale sanitario di Vigevano, tutta una serie di provvedimenti per garantire l'incolumità di circa 36 mila lavoratori, dei quali qualche migliaio a domicilio. Credo doveroso informare ancora l'onorevole Sulotto che la clinica del lavoro dell'università di Pavia (d'intesa con il comune, con l'associazione degli industriali e con l'associazione artigiani di Vigevano), ha predisposto in quella città un centro di medicina del lavoro che fornirà indicazioni sulla migliore imposts-

zione tecnologica ed ambientale delle lavorazioni. Detto centro potrà anche curare un metodico controllo delle attrezzature, degli adesivi impiegati e soprattutto il controllo sanitario delle maestranze. Il Ministero della sanità non mancherà di adottare i provvedimenti di sua competenza per disciplinare l'uso dei collanti, appena avrà conoscenza dei risultati delle analisi eseguite dall'Istituto superiore di sanità.

L'onorevole Bartole, nel suo intervento, ha ricordato le vittorie riportate contro alcuni morbi di particolare incidenza sociale ed ha richiamato l'attenzione del Ministero della sanità sugli aspetti negativi delle situazioni rappresentate dalle cosiddette « malattie della civilizzazione ».

Assicuro l'onorevole Bartole che, per quanto concerne il problema dei tranquillanti, il laboratorio di chimica terapeutica dell'Istituto superiore di sanità si occupa dello studio dei psicofarmaci. La competente direzione del Ministero della sanità si attiene rigorosamente ai risultati di tali studi per la registrazione di specialità medicinali.

In merito alla talidomide, di cui la letteratura medica ha segnalato i gravi inconvenienti, il Ministero della sanità ha deciso di sospendere la vendita delle specialità medicinali a base della suddetta sostanza.

BARTOLE. Ma ve ne sono in Italia?

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Purtroppo sì. Il Ministero ha, inoltre, prospettato la questione al Consiglio superiore di sanità per le determinazioni definitive da adottarsi al riguardo.

In materia di stupefacenti, onorevole Bartole, esiste la documentazione degli organi di polizia e della magistratura per dimostrare l'attività del Ministero e dell'Istituto superiore di sanità nell'opera di repressione del commercio abusivo di tali sostanze.

MERLIN ANGELINA. Ma in questo settore non è interessato anche il Ministero dell'interno?

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Ne parleremo dopo.

Per quanto riguarda l'impiego dei fitofarmaci e degli additivi nei mangimi, posso assicurare, onorevole Bartole, che nell'Istituto superiore di sanità funzionano gruppi di studio in stretto collegamento con analoghe organizzazioni internazionali e con i laboratori provinciali d'igiene, al fine di approfondire i vari problemi nei singoli dettagli e pervenire alla formulazione di proposte concrete.

L'onorevole Bartole, e con lui gli onorevoli Ludovico Angelini, Delfino e Cruciani, hanno

trattato dei problemi inerenti alla genuinità e alla salubrità degli alimenti; come pure gli onorevoli Angelini Ludovico e Delfino si sono soffermati sull'efficienza della rete dei servizi di vigilanza esistente sul territorio nazionale, ritenuta insufficiente al fabbisogno, in fatto di attrezzature e di personale.

È necessaria innanzi tutto una precisazione circa l'intervento in questo settore dell'Istituto superiore di sanità. La vigilanza igienica sugli alimenti non rientra nella competenza degli organi centrali dell'amministrazione sanitaria: essa è demandata agli uffici sanitari provinciali e comunali, con l'ausilio dei laboratori provinciali, che sono la più preziosa guida tecnica nell'accertamento. All'Istituto superiore di sanità spetta la messa a punto dei metodi analitici sul piano nazionale, e l'adeguamento dei metodi stessi sul piano internazionale. Il detto istituto ha inoltre il compito, non meno delicato e non meno impegnativo, della revisione delle analisi effettuate dai laboratori periferici, a garanzia degli interessi sia del consumatore sia del produttore.

L'onorevole Delfino ha affermato che da quando l'Istituto superiore di sanità non è in grado di provvedervi, il Ministero è diventato cliente di alcuni laboratori provinciali di igiene e di profilassi. (*Interruzione del deputato Delfino*).

È necessario precisare che l'Istituto superiore di sanità (ed esso solo) esegue il controllo di specialità di nuova registrazione e dei prodotti farmaceutici in genere. L'amministrazione sanitaria ha incaricato alcuni laboratori provinciali, gestiti dalle amministrazioni provinciali a spese delle province e dei comuni, di eseguire il lavoro di controllo sui prodotti già autorizzati e sui prodotti immessi sul mercato, e ciò per l'ovvio motivo che tale vigilanza non potrebbe essere accentrata presso l'Istituto superiore di sanità. Per tali prestazioni viene corrisposto un premio, richiedendo tale attività un lavoro straordinario e il consumo di reattivi e di materiale di laboratorio.

Questa precisazione è necessaria dopo la inesatta affermazione dell'onorevole Delfino e sta anche a testimoniare che non è giustificata la sfiducia espressa dallo stesso onorevole Delfino e dall'onorevole Ludovico Angelini sull'efficienza dell'azione svolta dagli organi di vigilanza periferica... (*Interruzione del deputato Angelini Ludovico*). Non le faccio degli addebiti, le do delle risposte.

ANGELINI LUDOVICO. Non mi faccia dire quello che non ho detto.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Legga attentamente quello che ella ha detto in Assemblea: io rispondo alle sue richieste e non invento nulla. Ella ha dimenticato quello che ha detto in Commissione; niente di straordinario se si è dimenticato anche quello che ha detto in Assemblea.

Mentre convengo che l'entrata in vigore della legge 30 aprile 1962, n. 283, sulla disciplina igienica della produzione e vendita delle sostanze alimentari, richiederà un potenziamento dei laboratori provinciali e degli organi di vigilanza attiva, credo necessario ricordare che l'Italia è l'unico paese che dispone, in ogni provincia, di laboratori chimico-medicomicografici a disposizione dei servizi di vigilanza igienica e di profilassi.

Esiste, quindi, un'organica e razionale struttura che la provincia non mancherà di consolidare con l'aiuto dell'amministrazione sanitaria. Tale aiuto è stato dato fin ad oggi e continuerà ad essere concesso in avvenire sia sotto forma di contributi per l'acquisto di specifiche attrezzature, sia con l'organizzazione di corsi per l'aggiornamento del personale, svolti con la preziosa collaborazione dell'Istituto superiore di sanità e di alcuni istituti universitari.

Gli onorevoli Bartole, Colitto, Angelini Ludovico hanno toccato il problema della protezione contro le radiazioni ionizzanti lamentando l'insufficienza dell'azione di controllo. Faccio presente al riguardo che esiste in Italia un'efficiente rete di stazioni di controllo che fanno capo all'Istituto superiore di sanità, all'autorità militare aeronautica, al centro di applicazione militare energia nucleare, ad istituti universitari di fisica nucleare e di geodesia, ad osservatori astronomici e al Consiglio nazionale dell'energia nucleare.

Detta rete — la cui attività è coordinata dal Centro nazionale dell'energia nucleare e dal Ministero della sanità — è costituita complessivamente da 30 stazioni opportunamente distribuite nel territorio nazionale. Le stazioni, oltre a provvedere a sistematiche misurazioni della radioattività dell'atmosfera, controllano anche i valori della radioattività dei principali fiumi e di alcuni laghi nei centri più importanti di produzione alimentare e nelle località ove esistono impianti nucleari, nonché presso le stazioni climatiche e termali.

I relativi dati sono raccolti nei bollettini mensili editi dal C.N.E.N. Sempre in collaborazione con il C.N.E.N. particolare atten-

zione è stata rivolta alla determinazione della radioattività nella catena alimentare per controllare su scala nazionale le eventuali variazioni della radioattività negli alimenti di maggiore consumo e particolarmente esposti alle contaminazioni di ricadute radioattive.

L'amministrazione sanitaria, inoltre, ha preso l'iniziativa, sia pure con le limitate disponibilità del proprio bilancio, di integrare le attrezzature delle stazioni già in esercizio e di promuovere l'istituzione di nuove stazioni per rendere la rete sempre più efficiente nel settore alimentare. Nel corrente esercizio finanziario sono stati concessi contributi per un totale di 35 milioni per l'istituzione e per l'integrazione di centri presso i laboratori di igiene e profilassi di Genova, Pescara, Messina e presso gli istituti universitari di Padova, Modena, Firenze e Cagliari. Né va dimenticato che negli ultimi due esercizi finanziari il Ministero della sanità ha provveduto a dotare tutti i propri uffici periferici a livello provinciale delle attrezzature strumentali necessarie alle commissioni provinciali incaricate di controllare la corretta installazione delle apparecchiature radiologiche e dei centri di isoterapia, sempre ai fini della protezione contro le radiazioni ionizzanti.

BARTOLE. E per la dispersione delle scorie?

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Dia tempo al tempo. Credo che mai come questa volta il ministro stia rispondendo esaurientemente. Dia il tempo necessario per potere rispondere a tutte le richieste. Se ci sono delle omissioni, nessuna difficoltà di integrare con ulteriori risposte alla fine del mio discorso. Potrei intrattenere la Camera per quattro o cinque ore, sugli svariati argomenti, ma profiterei troppo della sua benevola considerazione.

Prima di rispondere alle altre osservazioni, voglio ricordare ciò che dissi in Commissione a proposito dei dietetici e degli alimenti della prima infanzia. Ho avuto la fortuna, appena nominato ministro della sanità, di insediare una commissione della quale fanno parte altissimi funzionari dell'amministrazione sanitaria, illustri pediatri, valorosi igienisti. Tale commissione — per evitare l'abuso e, spesse volte, la speculazione che si fa nel settore dei dietetici e degli alimenti della prima infanzia — dedica a tale problema tutta la sua doverosa attenzione. L'amministrazione inoltre non trascura di diffondere una coscienza dietetica, specie negli strati meno abbienti della popolazione, a mezzo dell'opera di dietiste istruite presso apposite scuole.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

All'onorevole Cotellessa, che si è interessato dell'attività dei centri per le malattie sociali, desidero precisare che le attribuzioni e le finalità dei centri per le malattie sociali sono state definite dal decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, che ha permesso al Ministero della sanità, sulla base di un preciso riconoscimento giuridico, di inserirsi attivamente nella lotta contro alcune forme morbose di più largo e temibile riflesso sociale.

Con decreto ministeriale 20 dicembre 1961 fu formulato un primo elenco delle forme morbose da considerare sociali ai fini dell'applicazione del decreto del Presidente della Repubblica da me ricordato. L'elenco è stato formulato, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità, in base a una contingente gerarchia di problemi sanitari. Esso comprende i tumori, le malattie reumatiche, le malattie cardiovascolari, gli stati discendocrini, e dismetabolici, le microcitemie, il morbo di Cooley, l'anemia, le tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive. È in corso di emanazione un successivo decreto ministeriale che include tra le malattie sociali anche i traumatismi da incidenti stradali.

BUCALOSSI. E la tubercolosi non è una malattia sociale?

JERVOLINO, Ministro della sanità. Il decreto aggiunge alle malattie sociali precedenti nuove malattie riconosciute sociali.

BUCALOSSI. Ma nel primo decreto non era menzionata la tubercolosi.

JERVOLINO, Ministro della sanità. Abbia la cortesia di seguirmi. Con i centri per le malattie sociali, il Ministero intende mettere a disposizione della popolazione una rete di servizi specialistici opportunamente distribuiti su tutto il territorio nazionale. Presso tali centri si potrà attuare una organica azione sanitaria intesa non soltanto a sostenere le complesse esigenze delle moderne terapie specialistiche, ma rivolta anche a precise finalità di medicina preventiva, mediante visite precoci e controlli periodici. In questo senso sarà possibile promuovere sempre più validamente, come hanno suggerito gli onorevoli Lattanzio e Colitto, quelle iniziative di medicina preventiva che, mediante l'accertamento di segni ancora iniziali, ci permettono migliori possibilità di lotta specie contro le malattie degenerative.

Per l'attuazione di questo programma il Ministero ha già approntato uno schema per le convenzioni da stipulare con i vari enti gestori dei centri. A questo proposito, è bene precisare che il Ministero affiderà la sua pre-

ferenza agli enti che, nelle singole province, danno maggiore affidamento. Sotto questo aspetto gli ospedali rappresenteranno certamente l'ente più idoneo, anche in relazione ai compiti di prevenzione e di educazione sanitaria che essi sono chiamati ad assolvere più largamente, come è stato auspicato anche negli interventi di molti parlamentari.

Gli onorevoli Bartole e Cruciani hanno menzionato rispettivamente le tossicosi da farmaci e i traumatismi da incidente stradale. L'inclusione di tali forme morbose tra le malattie sociali cui si estende la disciplina del decreto del Presidente della Repubblica consente, anche in questo settore, un più organico sviluppo dell'azione sanitaria.

L'onorevole Cotellessa mi ha prospettato la necessità di una più stretta collaborazione ostetrico-pediatrica. Il problema — come ha anche accennato il relatore — è di grande attualità e affonda le radici in un terreno particolare, quello della formazione culturale dei giovani medici e della loro attitudine a trattare i casi clinici in collaborazione. Il Ministero della sanità segue con interesse i risultati e gli orientamenti che scaturiscono dai convegni di studio su tale materia ed auspica la diffusione di simili indirizzi nel campo scientifico e pratico. Posso assicurare l'onorevole Cotellessa che l'amministrazione sanitaria farà quanto in suo potere perché gli istituti di cura aumentino i propri organici e assicurino la presenza del pediatra presso ogni reparto di ostetricia, a somiglianza di quanto avviene, come affermava lo stesso onorevole Cotellessa (e non è d'accordo il relatore), negli istituti universitari.

Gli onorevoli Cotellessa, Gennai Tonietti, Bucalossi, Ricca, Ludovico Angelini, Spadazzi, Colleselli, Delfino e Giuseppe Cortese si sono occupati del problema ospedaliero. Per la conoscenza che gli onorevoli deputati hanno di tutti i termini della complessa questione e di quanto ha fatto il Ministero della sanità per migliorare la situazione, molte delle critiche mosse risultano ingiustificate. La Camera dei deputati non ignora che da mesi attendono di essere esaminati il disegno di legge n. 2773, che prevede la concessione di contributi agli ospedali per l'acquisto di attrezzature sanitarie, e il disegno di legge n. 3069 che autorizza il Comitato dei ministri per il mezzogiorno a disporre interventi nel settore ospedaliero, ed è a conoscenza che, per quanto riguarda l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali, il Ministero della sanità ha predisposto il disegno di legge n. 3396 che ha già ottenuto l'appro-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

vazione del Consiglio dei ministri. Debbo aggiungere — per coloro che non hanno letto i comunicati che il Ministero ha diramato attraverso la stampa — che il Governo ha preso formale impegno con le categorie interessate di sottoporre all'esame della Camera detto progetto perché sia esaminato, tenute presenti le proposte di iniziativa parlamentare, con priorità assoluta dall'apposita Commissione.

È stato lamentato che il progetto di iniziativa governativa lascia immutata la struttura istituzionale ed amministrativa degli ospedali; che non dà il necessario risalto alla moderna funzione sociale degli ospedali; che non risolve l'annoso problema delle rette ospedaliere; che non attribuisce in modo chiaro la competenza primaria nella risoluzione delle controversie tra ospedali ed istituti di assistenza malattia; che non ha tenuto nella dovuta considerazione le esigenze della preparazione culturale dei giovani medici.

Per quanto riguarda il primo rilievo (degli onorevole Ricca, Angelini ed altri), evidentemente è stato dimenticato che gli aspetti amministrativi ed economico-finanziari dell'assistenza investono competenze delle altre amministrazioni statali. Ogni eventuale riforma sotto questo profilo presuppone una delimitazione delle sfere di competenza delle varie amministrazioni interessate che l'attuale Governo vuole determinare sulla scorta anche delle indicazioni fornite in materia dal Consiglio di Stato, così come il Presidente del Consiglio dei ministri onorevole Fanfani ha preannunciato nel discorso programmatico.

Ciò premesso, il Ministero della sanità non poteva disciplinare, con il suo progetto, che la materia di sua specifica competenza.

Circa le gravi lacune di ordine tecnico, invito gli onorevoli deputati a leggere con attenzione il testo del disegno di legge governativo. Da una attenta lettura risulterà che la funzione sociale degli ospedali è stata posta in tutta evidenza; che la preparazione delle nuove generazioni dei medici e quella del personale ausiliario è stata tenuta ben presente, inserendo per la prima volta, nella legislazione ospedaliera, i servizi sociali in seno agli ospedali centrali e principali; consentendo agli enti gestori dell'assistenza malattia la facoltà di stipulare convenzioni con le amministrazioni ospedaliere per assicurare l'assistenza ambulatoriale ai propri assistiti; ampliando e potenziando il funzionamento del servizio di pronto soccorso e di raccolta e smistamento degli ammalati, servizio che dovrà essere dotato di un adeguato numero di autoambulanze e di mezzi idonei a fronteggiare anche le esi-

genze derivanti da infortuni sul lavoro, del traffico, da pubbliche calamità, da eventi bellici; istituendo per la prima volta obbligatoriamente negli ospedali centrali e principali i servizi di recupero e di rieducazione funzionale per i minorati; istituendo negli istituti ospedalieri centri per la lotta contro le infermità di particolare interesse sociale, affermando in tal modo la indissolubilità dell'azione preventiva da quella curativa;...

ANGELINI LUDOVICO. Ed il finanziamento?

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. ...incrementando la preparazione e l'istruzione del personale di assistenza infermieristica, rendendo obbligatoria l'istituzione di scuole-convitto, sia generali sia specializzate, presso gli ospedali centrali e principali (nella sede competente, onorevole Angela Gotelli, terrò presente le sue richieste per le infermiere professionali, richieste che ritengo giuste e perciò meritevoli di essere accolte); istituendo in ogni ospedale un cospicuo numero di posti, (il doppio dei posti già esistenti, previsti dal piano organico dei singoli ospedali) di medico interno, ai quali possono accedere tutti i laureati che desiderano completare la propria preparazione.

Si è fatto carico al Ministero della sanità della mancata risoluzione del problema edilizio degli ospedali. L'integrazione e il potenziamento della rete ospedaliera nazionale devono essere attuati con urgenza, ma non si dimentichi che occorre prima formulare il piano di finanziamento e di gestione razionale compatibilmente con le risorse economiche del paese. Occorrono non meno di 100 mila posti-letto ed il costo di ogni posto-letto, a seconda della disponibilità e del costo delle aree e della specializzazione, oscilla da 3 a 5 milioni.

MONTANARI OTELLO. Se ne parla da tre anni.

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Si tratta di un problema che impegna il bilancio dello Stato per più centinaia di miliardi e alla cui risoluzione, per ragioni evidenti, l'amministrazione sanitaria può dare solo il suo contributo tecnico; dovere questo al quale non si è mai sottratta. Comunque, se il ricordato disegno di legge sarà rapidamente approvato, l'intervento della Cassa per il mezzogiorno in questo settore, sia pure nel modesto limite dello stanziamento previsto (30 miliardi), risulterà benefico per molte zone dell'Italia meridionale ed insulare.

Desidero inoltre precisare un fatto quasi sempre trascurato dai critici. In base all'attuale legislazione, lo Stato non ha facoltà di

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

costruire gli ospedali, salvo quelli militari. Tale facoltà spetta soltanto agli enti pubblici che esercitano l'assistenza ospedaliera, cioè a province, comuni, consorzi, enti previdenziali. (*Interruzione del deputato Caponi*).

Con il disegno di legge da me predisposto (se gli onorevoli colleghi avranno la pazienza di seguirmi, saranno edotti di notizie che potranno sodisfarli) per integrare le norme della legge 13 marzo 1958, n. 226, sulla costituzione del Ministero della sanità, quest'ultimo avrà anche la facoltà di disporre la costruzione degli ospedali. Affrettatevi ad approvare il disegno di legge ed avremo per lo meno avviato a soluzione il problema!

Per quanto riguarda, infine, il coordinamento dell'assistenza ospedaliera nelle singole province, il Ministero ritiene che, tenute presenti le autonomie degli enti locali e degli enti ospedalieri, il progetto di iniziativa governativa realizzi in questo settore un decisivo passo innanzi. Esso sancisce che in ogni provincia dovrà essere elaborato un piano dell'assistenza ospedaliera, tenuti presenti l'andamento della morbilità e le condizioni ambientali, fisiche e sociali locali; e che l'intervento finanziario dello Stato potrà essere sollecitato solo in favore degli ospedali previsti nel detto piano: duplicazione di servizi, dispersione di mezzi, cattiva utilizzazione di personale e di attrezzature saranno così efficacemente evitati.

Gli onorevoli Erisia Gennai Tonietti e Cotellessa hanno parlato della lotta contro la poliomielite rispettivamente sotto gli aspetti finanziario, medico-sociale ed immuno-profilattico. La situazione debitoria del Ministero della sanità nei confronti dei centri di recupero per poliomielitici — determinatasi soprattutto in dipendenza della grave epidemia del 1958 e del fenomeno di cumulo dei malati — è di 5 miliardi 682 milioni 910 mila 139 lire, calcolate a chiusura dell'attuale esercizio. Essa, come ha anche assicurato l'onorevole Erisia Gennai Tonietti, è ben nota al Ministero della sanità, il quale ritiene di poter gradualmente sanare tale situazione debitoria utilizzando 600 milioni ancora disponibili sull'integrazione dei due miliardi recentemente concessi e con la presentazione di un provvedimento legislativo che prevede l'assegnazione al Ministero della sanità, in tre rate annuali, della somma ancora necessaria.

All'onorevole Cotellessa posso dare assicurazione che il Ministero ha sempre seguito con la maggiore attenzione gli studi e l'applicazione del vaccino Salk ed ha anche seguito le indagini — di portata necessariamente li-

mitata, data la grande complessità degli studi — che in Italia sono stati condotti in questo campo.

Recentemente sono state esaminate le questioni relative all'impiego pratico del predetto vaccino ed è stato compiuto un esame da una commissione di esperti, appositamente riunita dal mio Ministero e presieduta dal sottosegretario di Stato senatore Santero. I risultati di tale esame sono stati poi passati alla segreteria del Consiglio superiore di sanità per essere discussi dall'alto consesso in una delle sue prossime sedute.

Si è assodato che la morbosità, nei vaccinati in maniera completa, si mantiene assai più bassa che non nei non vaccinati; e colgo a questo riguardo l'occasione per rivolgere un caldo appello alle famiglie perché non attendano, prima di vaccinare i loro figlioli, che la micidiale malattia si presenti in modo epidemico, giacché occorrono alcuni mesi perché l'efficacia del vaccino si manifesti, per cui mai come in questo caso si rivela giusto il vecchio adagio « chi ha tempo non aspetti tempo ».

Gli onorevoli Ceravolo, Merlin e Gotelli hanno toccato il problema degli istituti psichiatrici e dell'igiene mentale. Anche qui esiste il problema della capacità ricettiva di questi istituti. Si è calcolato che occorrerebbero infatti altri 40 mila posti-letto in aggiunta ai 92 mila circa esistenti. Soprattutto si avverte poi l'esigenza di aggiornare la vigente legislazione sull'assistenza psichiatrica e sulla sanità mentale in ordine ai nuovi programmi della scienza ed alle nuove istanze sociali. L'amministrazione sanitaria ha già predisposto un disegno di legge che sarà tra breve presentato alle Camere. In esso è prevista anche l'istituzione, auspicata dall'onorevole Ceravolo, di appositi reparti per gli alienati affetti da tubercolosi.

Secondo i dati forniti da una rilevazione a carattere nazionale svolta recentemente dal Ministero, risulta che negli istituti psichiatrici esiste per alienati tubercolotici una disponibilità complessiva di 2.371 posti-letto.

Gli onorevoli Angelina Merlin, Gotelli, Colitto e Cruciani hanno trattato diversi interessanti aspetti dell'assistenza medica scolastica. Come è noto, un'apposita e moderna legge 11 febbraio 1961, n. 264, disciplina i servizi relativi. È necessario attendere che questa provvida legge — che ha raccolto l'adesione di tutti gli studiosi della materia, medici e pedagogisti — dia i suoi frutti. Essa prevede lo stanziamento di soli 500 milioni (ben poca cosa rispetto alle esigenze), suffi-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

ciente però per incominciare, se non ci mancherà la collaborazione di tutte le amministrazioni interessate, e se alcune iniziative in corso troveranno il loro giusto posto nel quadro dell'azione che il Ministero della sanità è chiamato a svolgere per il benessere fisico e psichico della popolazione scolastica, in stretta collaborazione, beninteso, col Ministero della pubblica istruzione.

Gli onorevoli Ceravolo, Cotellessa e Spadazzi hanno sottolineato la necessità di una regolamentazione delle case private di cura. In merito faccio presente che è stato già approntato, fin dal 1952, uno schema di disegno di legge per la disciplina di detto importante settore e che su di esso il Consiglio superiore di sanità ha anche espresso il suo parere.

All'onorevole Ezio Santarelli, che si è interessato della profilassi zootecnica contro la tubercolosi e la brucellosi, desidero dare una onesta risposta che in parte non discosta dalle sue critiche. Il Ministero della sanità — sulla base delle proposte avanzate dalla conferenza nazionale del mondo rurale e dell'agricoltura — ha predisposto nel decorso anno due provvedimenti legislativi, concernenti il primo la bonifica sanitaria degli allevamenti dalla tubercolosi bovina e dalla brucellosi; il secondo la tutela sanitaria del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive degli animali a carattere epizootico. Tali provvedimenti, che sono stati concertati col Ministero dell'agricoltura e delle foreste, prevedono rispettivamente una spesa di 40 miliardi in un decennio e di 19 miliardi in un quinquennio. Lo schema di disegno di legge per la tubercolosi e la brucellosi è stato inviato all'esame dei vari dicasteri per il parere, che in linea di massima è stato favorevole, ad eccezione di quello del Ministero del tesoro, al quale abbiamo insistentemente fornito ulteriori elementi perché approfondisca il suo esame. Il secondo schema di disegno di legge, dopo il recente parere espresso dal Ministero dell'agricoltura e delle foreste, verrà quanto prima inviato all'esame dei vari dicasteri.

Tuttavia — nonostante i modesti mezzi di bilancio — il problema del risanamento degli allevamenti è stato affrontato in quasi tutte le province, attuando quella che è la fase preliminare dell'organizzazione d'un programma nazionale che dovrà essere impostato su basi più ampie e su norme a carattere obbligatorio. Per il risanamento dalla tubercolosi bovina e dalla brucellosi sono stati impiegati durante il trascorso quinquennio anche due miliardi e mezzo messi a disposizione sulla legge straordinaria n. 1367 dal Ministero del-

l'agricoltura e delle foreste. Però i relativi interventi sono stati limitati ad una piccola aliquota del nostro patrimonio zootecnico che comprende gli animali appartenenti ai libri genealogici, ai nuclei di selezione, ai centri di allevamento, restando quasi esclusa dalla bonifica la maggior parte degli effettivi. (*Commenti all'estrema sinistra*).

Si tratta del 5 per cento. Vi do una risposta onesta. E ho detto che in parte sono giuste le vostre osservazioni.

Inoltre con lo stanziamento nel bilancio ordinario del Ministero della sanità è stata svolta con notevole successo un'azione di risanamento nelle zone di allevamento dell'arco alpino (Valtellina, Valcamonica, Trentino-Alto Adige) presso le quali si riforniscono le aziende di pianura per la rimonta delle stalle. I risultati sono stati oltremodo favorevoli, ove si consideri che l'indice di morbilità per quanto riguarda la tubercolosi bovina è sceso dal 10,15 per cento all'1,1 per cento.

Analoghe azioni, se pur limitate, sono in corso già da tempo in quasi tutte le province dell'Italia settentrionale, nelle quali — data la forte incidenza della tubercolosi bovina e della brucellosi — occorre intervenire con notevoli stanziamenti per la bonifica integrale sia degli organismi animali sia dell'ambiente.

Più concreti risultati si sono ottenuti in alcune province, quali Udine, Treviso, Mantova, mercè il vivo interessamento degli enti locali, che hanno provveduto a stanziare per tale scopo cospicui fondi, integrati da quelli del Ministero della sanità.

Nell'Italia centrale (Marche e Umbria) sono state risanate ampie zone di allevamento di animali a duplice attitudine (carne e lavoro) e il compito è stato facilitato da una bassa incidenza della tubercolosi bovina e della brucellosi e dal massimo sforzo del Ministero della sanità che ha disposto finanziamenti che, in alcuni casi, si susseguono da oltre un decennio.

L'onorevole Angelini Ludovico mi ha invitato a chiarire se corrisponde a verità che il Governo intenda limitarsi a discutere solamente la parte delle carriere sanitarie e rinviare alla nuova legislatura il complesso del problema sanitario, e che il Ministero con propria circolare abbia sospeso tutti i concorsi ospedalieri, compresi quelli per i posti di primario.

Rispondo con la mia abituale franchezza. Il professor Palermo, presidente del C.I.M., accompagnato dall'onorevole professor Chiarolanza, venne al Ministero, informandomi

che intendeva far presentare dal predetto onorevole Chiarolanza una proposta di legge che doveva considerarsi uno stralcio del disegno di legge governativo riflettente l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario. Sconsigliai la presentazione di tale proposta, che avrebbe fatto ritardare l'*iter* parlamentare e suggerii di tradurla in emendamenti al disegno di legge governativo. Quanto alla richiesta di uno stralcio dal disegno di legge, feci presente che la competenza in materia è del Parlamento, soggiungendo che se l'organo competente lo avesse voluto, io non mi sarei opposto. (*Interruzione del deputato Bucalossi*). Certo, onorevole Bucalossi, sarebbe mio vivo desiderio che la discussione avvenisse su tutta la materia, che, come ho già affermato precedentemente, apporta notevoli innovazioni sia in merito al personale sanitario sia per quanto riflette i servizi sanitari.

In merito alla pretesa sospensione dei concorsi ospedalieri (e rispondo agli onorevoli Angelini e Bucalossi) comunico che, quando fu minacciato lo sciopero dei medici ospedalieri, mi fu chiesto che — a simiglianza di quanto era stato fatto per gli aiuti e per gli assistenti degli ospedali — venisse disposto anche a favore dei primari il non collocamento a riposo di coloro che avevano superato il sessantacinquesimo anno di età.

BUCALOSSÌ. E coloro che attendevano di concorrere?

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Poiché assunsi formalmente l'impegno di sollecitare la Commissione competente ad esaminare con priorità assoluta il disegno di legge di cui sopra, anche per il brevissimo tempo (20 giorni appena, onorevole Bucalossi) intercorrente fra quell'epoca e i prossimi giorni, inviai una circolare di cui do lettura:

« Ai signori medici provinciali e, per conoscenza, ai signori prefetti. Con richiamo alla circolare telegrafica 6 luglio 1961, n. 47596, e per ultimo a modifica della circolare telegrafica del 13 settembre 1961, n. 62843. Si prega di richiamare le amministrazioni ospedaliere sull'opportunità di soprassedere nell'adozione di provvedimenti di collocamento a riposo di sovrintendenti, direttori e primari ospedalieri che non abbiano raggiunto il settantesimo anno di età, e ciò in attesa dell'approvazione del disegno di legge recante il nuovo ordinamento del personale sanitario ospedaliero ».

Come si vede, il Ministero non ha sospeso alcun concorso, ma si è limitato ad esprimere un voto. La circolare non è un ordine,

ma un invito a valutare il problema, restando libere le amministrazioni di regolarsi come credono. E in effetti molte amministrazioni non hanno tenuto alcuno conto della circolare.

BUCALOSSÌ. Resta il fatto che la circolare rappresenta un invito dell'esecutivo rivolto a pubbliche amministrazioni perché non applichino la legge. Questo è il principio sul quale non posso consentire.

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Il Governo deve tuttavia tener conto della situazione che si è venuta a determinare in seguito alla minaccia di sciopero dei sindacati dei medici. Non vorrei dire cose gravi che potrebbero offendere la categoria dei medici. Mi limiterò a osservare che, in determinate situazioni, il ministro deve anche preoccuparsi delle conseguenze di uno sciopero.

Come risulta dal testo della circolare, comunque, la mia è stata una esortazione a non collocare a riposo i primari in questo breve lasso di tempo. Non mi consta che negli ultimi venti giorni siano stati sospesi concorsi già banditi.

Con questa seconda precisazione credo di avere anche risposto all'onorevole Bucalossi. Devo ribadire, per altro, che, con la mia circolare, non ho inteso andare al di là di un semplice richiamo alle norme che il Parlamento sta per emanare. Comunque è evidente che ho lasciato alla discrezione delle singole amministrazioni l'opportunità di adottare o meno eventuali provvedimenti prudenziali, nelle more dell'*iter* parlamentare della riforma.

L'onorevole Ricca mi ha interessato al settore della produzione e del commercio dei medicinali. Egli sa che il Ministero della sanità svolge da tempo un'intensa ed efficace azione per il controllo dei prezzi. Particolarmente, nell'ultimo anno, una più attiva politica è stata seguita dal Ministero, con la riduzione dei prezzi di alcune migliaia di specialità medicinali, scelte fra quelle di maggior consumo ed importanza terapeutica.

Da ultimo è stata proposta al C.I.P. la riduzione del prezzo di 723 specialità medicinali appartenenti alle categorie degli antidiabetici, antitubercolari, ormonici e così via. Le riduzioni proposte oscillano fra il 15 e il 25 per cento per gli antidiabetici, fra il 15 e il 35 per cento per gli antitubercolari, fra il 20 e il 33 per cento per gli ormonici, fra il 10 e il 60 per cento per le specialità medicinali varie.

Nella formulazione delle proposte è stata tenuta presente l'esigenza di portare ad

uno stesso livello i prezzi dei prodotti analoghi.

Per quanto riguarda gli uffici del Ministero della sanità preposti al particolare settore dei prezzi dei medicinali, devo fare osservare all'onorevole Ricca che gli uffici sono in condizione di vagliare attentamente le indicazioni dei costi delle materie prime fornite dalle ditte interessate, riportandole alla reale quotazione di mercato.

In mancanza di specifici termini di riferimento al mercato interno ed estero, i costi vengono controllati da esperti del Ministero sulla base del metodo di preparazione. Bisogna ricordare che il Ministero si giova in quest'opera di qualificati esperti facenti parte dell'apposita commissione consultiva, cui vengono sottoposte tutte le richieste di determinazione di prezzi.

Allo scopo di perfezionare il particolare servizio si sta inoltre predisponendo l'istituzione di uno schedario meccanografico delle specialità medicinali, che consentirà un più rapido e preciso lavoro di ricerca e di classificazione di prodotti soggetti alla revisione dei prezzi. Quanto, infine, all'eventuale revisione del metodo di determinazione dei prezzi delle specialità medicinali ai fini di una organica revisione dei prezzi dei prodotti di commercio, faccio osservare all'onorevole Ricca che la questione rientra nella competenza del Comitato interministeriale dei prezzi, come recentemente ha deciso il Consiglio di Stato.

Per quanto riguarda il mutamento della legislazione sulle farmacie, onorevole Ricca, faccio presente che esiste un progetto di legge n. 2982, di iniziativa governativa, già approvato dal Senato ed attualmente all'esame della Camera, con il quale viene, fra l'altro, ridotto a 4 mila l'attuale rapporto-limite di una farmacia per 5 mila abitanti. L'attrezzatura delle farmacie consente attualmente di far fronte alla distribuzione ed alla vendita delle specialità medicinali anche se queste ultime si siano moltiplicate.

In merito alla riforma della legge sulle farmacie circa i diritti di successione ricordo che — ad eccezione di una ridottissima categoria di farmacie di diritto transitorio istituite anteriormente alla legge 28 maggio 1915, n. 468, per le quali dal testo unico sulle leggi sanitarie è consentito un solo trapasso a favore del farmacista iscritto all'albo professionale — esiste attualmente soltanto la preferenza assoluta nei concorsi per l'assegnazione di farmacie prevista dall'articolo 107

del testo unico sulle leggi sanitarie a favore del figlio o del coniuge farmacista del titolare deceduto. La norma risale alla legge del 1913.

A proposito delle farmacie comunali, è noto che è consentita dall'articolo 17 della legge 9 giugno 1947, n. 530, la possibilità di istituire farmacie municipalizzate, di cui si avvalgono numerosi comuni. Il diritto di preliezione dei comuni per le sedi di nuova istituzione e per gli esercizi che si rendono vacanti, è previsto da vari progetti di legge tuttora all'esame del Parlamento.

Circa il finanziamento delle farmacie rurali, esso è assicurato dall'indennità di residenza prevista dall'articolo 155 del testo unico leggi sanitarie modificato dalla legge 22 novembre 1954, n. 1107, in una misura che arriva fino a 300 mila lire annue da corrispondersi dal comune, salvo il rimborso fino al massimo di due terzi da parte del Ministero. Nel progetto di legge n. 2982 — attualmente all'esame della Camera dei deputati — è conferito anche un particolare punteggio nei concorsi per farmacie rurali che, in molti casi, vanno deserti.

All'onorevole Cruciani, che si è anche interessato dei fisioterapisti o tecnici della riabilitazione, posso dare la risposta che segue. Gli attuali orientamenti in tema di riabilitazione dei minorati fisici postulano la necessità di avere personale altamente specializzato per la applicazione delle moderne tecniche di fisioterapia paramedica. Si è venuta così delineando una nuova figura di professionista sanitario ausiliario che si designa come fisioterapista o tecnico della riabilitazione.

Questo personale paramedico non è attualmente contemplato dalle nostre leggi, ma il problema è allo studio delle commissioni per l'aggiornamento della legislazione concernente le professioni e le arti sanitarie ausiliarie. Secondo le moderne vedute, anche in campo internazionale, si è orientati a progettare l'istituzione di due tipi di scuole: una scuola superiore ad ordinamento speciale di « terapisti di riabilitazione », analoga a quelle degli istituti superiori per gli educatori fisici o a quelle per assistenti sociali, che consentirebbe, sempre in collaborazione con il medico specialista, l'esercizio della fisioterapia paramedica sia con funzioni direttive in istituti od enti sanitari, sia con l'esercizio della professione in gabinetti propri; una scuola a livello inferiore analoga alle scuole per odontotecnici, meccanici ortopedici, ottici, ecc., che consentirebbe le varie pratiche fisioterapetiche nell'ambito di istituti ed enti sanitari alle dipendenze del

terapista della riabilitazione o del medico specialista.

La istituzione di queste nuove figure di professionisti sanitari ausiliari appare certamente vantaggiosa, ma la delimitazione dei rispettivi campi di attività tra medico e terapista della riabilitazione è materia da sottoporre ad attento studio, perché si possa con uno schema di legge soddisfare la generalità del corpo medico italiano.

All'onorevole Giuseppe Gonella, che si è interessato del delicatissimo e preoccupante problema delle malattie veneree, desidero ricordare che, in tema di modifica della legislazione antivenerica, si sono succedute, negli ultimi anni, numerose proposte di legge e interrogazioni che — prendendo lo spunto dall'incremento statistico dei contagi venerei in Italia — tendevano, con iniziative diverse ma con identica finalità, a restituire all'autorità sanitaria i mezzi per un efficace controllo di tali malattie.

GOTELLI ANGELA. Il fatto è che in sei anni non è stato ancora emanato il regolamento della legge sanitaria !

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Al riguardo devo segnalare che il Ministero della sanità si è sempre dichiarato favorevole ad un parziale riesame della legislazione antivenerica che, senza negare le conquiste sociali della legge 20 febbraio 1958 e senza alterarne lo spirito, consentisse all'amministrazione sanitaria di adottare per le malattie veneree determinazioni analoghe a quelle che il testo unico delle leggi sanitarie prevede per altre malattie infettive.

Questo atteggiamento — come ha ricordato lo stesso onorevole Giuseppe Gonella — fu ribadito dal mio predecessore discutendosi il bilancio del precedente esercizio. Credo di dover comunicare ancora all'onorevole Giuseppe Gonella, nonché all'onorevole Angela Gotelli che mi ha ora interrotto e che poco fa ne faceva richiesta, che appena assunti la direzione del Ministero della sanità, mi volli rendere conto delle ragioni per le quali non ancora è stato emanato il regolamento di esecuzione della legge concernente la profilassi delle malattie veneree. Ho saputo che, anche dopo il parere del Consiglio di Stato, alcuni dicasteri interessati hanno sollevato obiezioni, costringendo il Ministero della sanità a rielaborare ancora una volta il provvedimento.

Posso assicurare il Parlamento e la pubblica opinione che tale adempimento sarà osservato con sollecitudine, come pure sarà fatta premura al Senato per una sollecita discus-

sione del disegno di legge d'iniziativa del Ministero dell'interno...

GOTELLI ANGELA. Per lo meno ci si dica quali sono le ragioni per le quali non si esamina il provvedimento: ne potremo tener conto nel rielaborare la legge.

MERLIN ANGELINA. Il fatto è che si vogliono le « case » !

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Agli onorevoli deputati che si sono particolarmente interessati all'Opera nazionale maternità ed infanzia posso dare assicurazione che — oltre le premure fatte a viva voce — con lettera diretta al dicastero del tesoro, è stata ribadita la necessità che lo stanziamento a favore dell'O.N.M.I. per l'esercizio 1962-63 sia elevato a 20 miliardi (nell'esercizio 1961-62 tale contributo era di 15 miliardi), in conformità alla proposta formulata in sede di progetto dello stato di previsione della spesa di questo Ministero per detto esercizio. Inoltre è stato richiesto che sia concessa una sovvenzione straordinaria di altri 3 miliardi a ripiano dei disavanzi degli esercizi 1960-61 e 1961-62.

Con la stessa nota è stato inoltre posto in evidenza che l'amministrazione sanitaria, anche negli anni decorsi, non ha mancato di richiedere aumenti adeguati per detto servizio, aumenti che o non sono stati concessi o sono stati accordati in misura insufficiente tanto da provocare rilevanti disavanzi e la necessità continua di ripiani finanziari.

Agli onorevoli Angela Gotelli, Angelini ed altri, che hanno trattato il problema del personale sanitario, posso assicurare che l'amministrazione sanitaria da tempo segue con viva apprensione il fenomeno della scarsa attrazione che le carriere sanitarie burocratiche esercitano sui giovani laureati, per cui risultano scoperti non pochi dei posti previsti dagli attuali organici, che pure sono modestissimi rispetto al fabbisogno determinato dalle nuove e complesse attribuzioni assegnate al Ministero della sanità.

Oltre che al reperimento, si rende necessario provvedere senza indugio anche alla preparazione del personale di sanità pubblica e, a somiglianza di quanto hanno già realizzato altre amministrazioni statali (si pensi alla scuola di polizia scientifica, alla scuola centrale tributaria, all'istituto superiore delle telecomunicazioni, ecc.), bisognerà ricostruire la gloriosa scuola superiore di sanità pubblica, creata nel 1889 ed inopinatamente soppressa nel 1896, con incommensurabile danno per la sanità pubblica.

L'amministrazione sanitaria si propone naturalmente di dar vita ad un organismo autonomo per quanto riguarda l'insegnamento delle materie di sua esclusiva pertinenza, ma strettamente collegato con l'Istituto superiore di sanità e con le cliniche ed istituti universitari per lo svolgimento dei programmi di cultura medica propriamente detta.

L'onorevole Gotelli ha accennato alla necessità di ammodernare l'istituto del medico condotto e dell'ostetrica condotta. Non è la prima volta che questo argomento affiora nelle discussioni dei bilanci della sanità, sia in questo che nell'altro ramo del Parlamento, e la sua importanza meriterebbe una larga trattazione.

Come tutti sanno, la condotta medica è un'istituzione tutta propria del nostro paese che, fin dalla sua unificazione, ha considerato obbligatoria per i comuni la spesa per l'assistenza medica, ostetrica e farmaceutica dei poveri. In tal modo a tutta la popolazione italiana — anche a quella dei piccoli comuni, che sono la stragrande maggioranza (su 8007, 7174, pari al 90 per cento, non superano i 10 mila abitanti) — è stato assicurato un minimo di assistenza, perché i sanitari condotti, per legge, hanno l'obbligo di prestare la loro opera anche agli abbienti, in base a speciali tariffe.

A mano a mano che la medicina preventiva ha affermato la sua indubbia superiorità su quella curativa e individuale, la legislazione sanitaria ha fatto anche obbligo al medico condotto di collaborare all'esecuzione dei provvedimenti d'igiene e profilassi ordinati dalle autorità sanitarie. Pertanto il medico condotto deve essere considerato il più diretto collaboratore dell'ufficiale sanitario e il primo elemento del dispositivo profilattico assistenziale predisposto a difesa della salute pubblica. Quindi è mio fermo convincimento che l'istituto del sanitario condotto debba essere adeguato alle attuali esigenze della popolazione e all'attuale assetto giuridico dell'assistenza malattia. Penso però che debba essere salvaguardato con il massimo scrupolo il suo contenuto originario, che è quello di assicurare, anche nel più remoto angolo della penisola, la presenza di un sanitario che partecipi — non con saltuarie visite, ma in modo continuativo — alla vita della popolazione affidata alle sue cure e ne conosca e ne valuti correttamente i bisogni e le aspirazioni. Solo il quotidiano apostolato di chi risiede sul posto, onorevole Gotelli, può garantire all'occorrenza il tempestivo intervento di provvedimenti adeguati, sradicare gli infiniti pre-

giudizi che ostacolano il processo igienico-sanitario, attuare con adatta opera di propaganda e, soprattutto, con l'esempio, sane abitudini di vita e di lavoro. La progressiva riduzione degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita e l'estensione dell'assistenza malattia a numerose categorie di cittadini, nonché l'aspirazione ad un completo servizio assistenziale in regime di sicurezza sociale, postulano non la soppressione dei sanitari condotti, ma il potenziamento dei mezzi strumentali di cui essi dispongono, perché, fuori dai grandi centri non solo l'assistenza legale ma, soprattutto, l'assistenza malattia, da chiunque erogata, ha bisogno di sanitari residenziali.

Quello del medico condotto, dunque, non è un istituto superato, come si sente ripetere, ma è un istituto vivo e vitale che ha, semmai, bisogno di essere adeguato all'assetto giuridico ed economico conferito all'assistenza malattia dalla legislazione di quest'ultimo trentennio.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE BUCCIARELLI DUCCI

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Mi è caro, anzi, rivolgere da questa tribuna a tutti i medici condotti una parola di vivo apprezzamento per l'opera efficacissima che essi silenziosamente svolgono, al fianco degli ufficiali sanitari e sotto la guida dei nostri valorosi medici provinciali, per la difesa della salute. E mi sia consentito ancora di interpretare il vostro pensiero, onorevoli deputati, nel far giungere l'espressione di viva riconoscenza a tutti i funzionari del Ministero della sanità e dell'Istituto superiore di sanità, dai più elevati in grado ai più umili, che assolvono il loro dovere — non sempre rilevato e valorizzato — fra difficoltà non conosciute. Il ministro è orgoglioso di rivolgere il suo elogio da quest'aula, anche a nome del suo primo collaboratore, il sottosegretario senatore Santero, specie a quelli che, quotidianamente, nei diversi uffici, ne condividono le gravi e pesanti responsabilità.

Onorevoli deputati, nel concludere questo mio discorso, mi è caro rinnovare il mio ringraziamento soprattutto a quegli onorevoli colleghi che, con interventi costruttivi, hanno svolto osservazioni e avanzato suggerimenti validi a perfezionare l'organizzazione sanitaria nazionale, per adeguarla nelle sue strutture ai continui progressi delle tecniche mediche ed alle necessità di un moderno sistema di sicurezza sociale. Fra i beni umani lo stato

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

di salute riveste senza dubbio un valore preminente ed è doveroso, quindi, che il Parlamento, interpretando le attese della popolazione, si faccia portavoce di questa continua ricerca di progresso e prospetti iniziative e soluzioni che possano meglio qualificare la azione di tutela della salute.

Allo stato attuale della legislazione, il Ministero della sanità appare più che altro come il moderatore della azione sanitaria, svolgendo soprattutto il ruolo di coordinatore e propulsore nei confronti di iniziative e competenze attribuite ad enti vari, operanti a diverso livello: comuni, province, regioni, consorzi sanitari, istituzioni di assistenza e beneficenza, enti nazionali di assistenza e di assicurazione di malattia. Soltanto allo scopo di ovviare ad alcune carenze di più grave riflesso sociale, il Ministero della sanità assume compiti integrativi e surrogatori, avendo a disposizione quei mezzi finanziari che sono previsti nel bilancio sottoposto al vostro esame, mezzi finanziari che alla comprensibile ansia di progresso di tutti coloro che lavorano per la salute umana, appaiono ed appariranno sempre inadeguati.

In tale stato di fatto, il Ministero non ha mancato di curare il coordinamento e l'azione di stimolo verso gli enti cui spettano precise incombenze e specifici interventi nel campo sanitario. L'utilità di questa univoca guida è evidente, come, del resto, ha confermato la maggior parte degli interventi, ma è altrettanto vero che una tale azione non può restare limitata negli schemi della legislazione attuale.

È pertanto auspicabile che il Parlamento concreti quanto prima una legislazione che affidi al Ministero della sanità strumenti e mezzi tali da poter corrispondere ai suoi naturali compiti — dalla prevenzione di malattia al coordinamento dell'assistenza — in modo da esaudire adeguatamente le aspettative delle nostre popolazioni.

Ma bisogna anche riconoscere che il Ministero della sanità, pur nella sua breve e non facile vita, ha già affrontato compiti importanti ed ha preso iniziative che trovano una eco soddisfacente in molti settori dell'organizzazione sanitaria nazionale.

Né va dimenticato che la professione medica, sulla quale si basano sia l'azione igienico-sanitaria sia l'organizzazione mutuo-assistenziale, è una professione libera che non sempre si adatta ad essere inquadrata in schemi precostituiti e nelle precise direttive dei moderni programmi preventivo-assistenziali. Le riforme ed i progressi igienici di un

paese non si realizzano nel volgere di pochi anni, ma già nelle stesse critiche, che molti si pongono, vi è un'esortazione a completare ed a perfezionare quelle iniziative che hanno preso forma ed importanza proprio sotto l'egida del Ministero della sanità. Anche se il programma del Ministero non ha potuto dispiegarsi uniformemente su tutto l'arco delle iniziative sanitarie nazionali, i risultati finora raggiunti non sono certo pochi e possiamo dire che i compiti fondamentali sono stati svolti con impegno e con profitto. La validità di questa asserzione trova conferma nei quozienti che sintetizzano lo stato sanitario di una collettività: quoziente di mortalità tra i più bassi d'Europa, vita media in aumento, quoziente di mortalità infantile e di nati morti in diminuzione.

Questo impegno di progresso e di ricerca corrisponde ad una delle più nobili traiettorie di sviluppo della civiltà al servizio della persona umana, riscoperta, si può dire, nei nostri giorni nella sua grandezza psico-somatica proprio per merito convergente della moderna medicina, psicologia, sociologia.

L'Italia ha visto nella storia della sua civiltà i primi ospedali: da quello fondato in Roma da una discendente dei Fabi a quelli del complesso di Santo Spirito che crearono i primi grandi centri ospedalieri europei; dalle ricerche della scuola medica salernitana e delle nostre università, come Padova e Bologna, alle geniali osservazioni di Leonardo e di Galileo dinanzi alle meraviglie del corpo umano, fino alle scoperte di un Morgagni o di uno Spallanzani che indicarono nuovi orizzonti alla moderna medicina.

Questa ansia di ricerca, che fa dei nostri moderni studiosi dei degni continuatori delle nostre tradizioni scientifiche e dei nostri istituti ospedalieri ed assistenziali fa dei moderni centri di prevenzione e di lotta contro il male, trova nell'amministrazione dello Stato, ed in modo particolare nel Ministero della sanità, che è il più direttamente responsabile, un impegno di attuazione e di realizzazione.

Onorevoli deputati, questo impegno, che ha fondamento su una norma morale prima ancora che sul precetto costituzionale e su ragioni politiche, costituisce il perno su cui si svolge la nostra dura, doverosa, quotidiana fatica. (*Vivi applausi - Congratulazioni*).

PRESIDENTE. Si dia lettura dei capitoli dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1962-63, che, se non vi sono osservazioni od emendamenti, si intenderanno approvati con la semplice lettura.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

FRANZO, *Segretario*, legge. (V. stampato n. 3602).

(Sono approvati i capitoli da 1 a 11, sui quali non vi sono iscritti a parlare e non sono stati presentati emendamenti).

PRESIDENTE. Gli onorevoli De Maria e Lattanzio hanno proposto i seguenti emendamenti:

« Al capitolo n. 12: aumentare lo stanziamento da lire 9.000.000 a lire 11.000.000.

Al capitolo n. 13: aumentare lo stanziamento da lire 60.000.000 a lire 110.000.000.

Al capitolo n. 22: aumentare lo stanziamento da lire 12.000.000 a lire 30.000.000.

Al capitolo n. 85: aumentare lo stanziamento da lire 45.000.000 a lire 85.000.000.

Consequentemente, al capitolo n. 68 diminuire lo stanziamento da lire 225.000.000 a lire 115.000.000 ».

I capitoli che si propone di modificare sono così formulati nel bilancio:

Capitolo 12: « Compensi per lavoro straordinario al personale operaio (articoli 18 e 19 della legge 5 marzo 1961, n. 90) ».

Capitolo 13: « Compensi speciali in eccedenza ai limiti stabiliti per il lavoro straordinario da corrispondersi, in relazione a particolari esigenze di servizio, al personale del Ministero ed a quello di altre amministrazioni dello Stato per prestazioni rese nell'interesse del Ministero medesimo (articolo 6 del decreto legislativo presidenziale 27 giugno 1946, n. 19) ».

Capitolo 22: « Interventi assistenziali a favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie ».

Capitolo 85: « Contributi e spese per la propaganda sanitaria e l'educazione igienica e per la partecipazione a mostre, fiere e congressi nazionali ed internazionali ».

Capitolo 68: « Contributi per il funzionamento dei dispensari antitubercolari istituiti da parte dei consorzi (articolo 282, lettera a) del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265) ».

L'onorevole De Maria ha facoltà di svolgere questi emendamenti.

DE MARIA, *Presidente della Commissione*. Colgo l'occasione per ringraziare anzitutto l'onorevole ministro per quanto ha detto nei riguardi del lavoro svolto in Commissione. Come presidente della Commissione stessa, a nome dei colleghi, sono lieto di sottolineare lo costante personale presenza dell'onorevole ministro ai nostri lavori.

Gli emendamenti che ho avuto l'onore di presentare insieme con il collega Lattanzio si riferiscono a due argomenti che hanno richiamato l'interesse di vari colleghi. Molti, infatti, hanno sottolineato l'importanza degli uffici periferici del Ministero della sanità e ne hanno auspicato un potenziamento. Gli emendamenti che propongo sono intesi a concedere un aumento dei fondi che sono stanziati al capitolo 12, al capitolo 13 ed al capitolo 85. L'attuale assegnazione, infatti, è inadeguata, soprattutto in vista dell'espletamento dei concorsi in base alla legge 5 marzo 1961, n. 90. Basti notare che non vi saranno fondi sufficienti per pagare il personale che entrerà in servizio, se non aumenteremo gli stanziamenti nel senso da noi proposto.

Per quanto riguarda l'emendamento al capitolo 85, mi limito a far notare che esso tende a dare un contributo alla auspicata creazione di una coscienza igienico-sanitaria nel paese. Una volta in Svizzera capitai in un cinema e durante la proiezione di un documentario vidi una sequenza che serviva proprio a creare una coscienza igienico-sanitaria riguardo al grave problema dei tumori maligni ed alla necessità di una diagnosi precoce. Anche in Italia bisogna creare una tale coscienza. E poiché in materia siamo ancora molto indietro, occorre aumentare i fondi stanziati a tale scopo, attualmente troppo esigui.

Io propongo siano stornati 110 milioni dal capitolo 68, che riguarda i contributi per il funzionamento dei dispensari antitubercolari. Nella sua lucida relazione l'onorevole Barberi ha ricordato che oggi, per quello che riguarda la lotta contro la tubercolosi, possiamo permetterci il lusso di stornare a favore di altre finalità molto urgenti, parte dei contributi previsti per i dispensari. Una di tali urgenti necessità è, appunto, la creazione di una coscienza igienico-sanitaria.

PRESIDENTE. Qual è il parere della Commissione?

BARBERI, *Relatore*. La Commissione è favorevole agli emendamenti. Nel mio intervento ho già avuto occasione di indicarne le ragioni.

PRESIDENTE. Il Governo?

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Il Governo è pure favorevole.

DELFINO. Chiedo di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DELFINO. Dichiaro di astenermi dalla votazione su questi emendamenti a proposito dei quali nutro molte perplessità. Io non vo-

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

glio fare l'avvocato del diavolo; come il ministro della sanità ha voluto accusarmi...

JERVOLINO, *Ministro della sanità*. Esiste anche nella Chiesa l'avvocato del diavolo ed è un prelado di fiocchetto. Non si dispiaccia, quindi.

DELFINO. La sua competenza e la sua esperienza di avvocato rotale sono state già ricordate dal Presidente della Camera, quindi mi esimo dal ripetere quanto è stato detto.

Desidero osservare che nel mio intervento, anche se era mezzanotte ed avevo la sollecitazione del Presidente di non allungare troppo il discorso, ho cercato solamente di dimostrare le necessità finanziarie del Ministero della sanità, messe in evidenza dal relatore. Di conseguenza, non potevo leggere tutta la relazione, ma dovevo dimostrare che in ogni capitolo vi era richiesta di nuovi fondi. Questa richiesta vale anche per la lotta antitubercolare, a proposito della quale si parla di recrudescenza e si dice che i fondi sono insufficienti.

Pertanto, signor Presidente, dichiaro di astenermi, pur riconoscendo le necessità degli uffici centrali e periferici. Certo non è togliendo fondi da un capitolo per ingrossarne un altro che si può far quadrare il circolo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il capitolo 12, con l'emendamento De Maria, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione il capitolo 13, con l'emendamento De Maria, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Si prosegue la lettura dei capitoli.

FRANZO, *Segretario*, legge. (*V. stampato n. 3602*).

(Sono approvati i capitoli da 14 a 21, sui quali non vi sono iscritti a parlare e non sono stati presentati emendamenti).

PRESIDENTE. Pongo in votazione il capitolo 22 con l'emendamento De Maria, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Si prosegue la lettura dei capitoli.

FRANZO, *Segretario*, legge. (*V. stampato n. 3602*).

(Sono approvati i capitoli dal 23 al 67, sui quali non vi sono iscritti a parlare e non sono stati presentati emendamenti).

PRESIDENTE. Pongo in votazione il capitolo 68 con l'emendamento De Maria, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Si prosegue la lettura dei capitoli.

FRANZO, *Segretario*, legge. (*V. stampato n. 3602*).

(Sono approvati i capitoli dal 69 all'84, sui quali non vi sono iscritti a parlare e non sono stati presentati emendamenti).

PRESIDENTE. Pongo in votazione il capitolo 85 con l'emendamento De Maria, accettato dalla Commissione e dal Governo.

(È approvato).

Si prosegue la lettura dei capitoli.

FRANZO, *Segretario*, legge. (*V. stampato n. 3602*).

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

PRESIDENTE. Si dia lettura del riassunto per titoli e del riassunto per categorie dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, nonché degli articoli del disegno di legge che, se non vi sono osservazioni, si intenderanno approvati con la semplice lettura.

FRANZO, *Segretario*, legge. (*V. stampato n. 3602*).

(La Camera approva i riassunti per titoli e per categorie e gli articoli del disegno di legge).

PRESIDENTE. Il disegno di legge sarà votato a scrutinio segreto nella seduta pomeridiana.

La seduta termina alle 13,25.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO DEI RESOCONTI
Dott. VITTORIO FALZONE

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

**TABELLE ALLEGATE AL DISCORSO DEL MINISTRO JERVOLINO
SUL BILANCIO DELLA SANITÀ**

ALLEGATO N. 1

**MORTALITÀ' GENERALE
PER LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI, LA TUBERCOLOSI E I TUMORI**

Anni	Morti in totale	Cifre assolute			Su 100 morti dell'anno		
		Malattie cardio- vascolari	Tubercolosi	Tumori	Malattie cardio- vascolari	Tubercolosi	Tumori
1939	590.530	151.839	33.643	43.577	25,7	5,5	7,4
1949	482.097	157.173	22.800	54.175	32,6	4,7	11,2
1950	452.088	155.700	19.696	57.083	34,4	4,4	12,6
1951	481.911	173.072	19.810	57.007	35,9	4,1	11,8
1952	474.526	176.755	13.017	59.520	37,2	2,7	12,5
1953	472.711	187.140	11.125	60.560	39,6	2,4	12,8
1954	441.897	179.117	10.961	62.220	40,5	2,5	14,1
1955	446.689	182.366	10.921	64.654	40,8	2,4	14,5
1956	497.550	214.254	10.710	67.586	43,1	2,2	13,6
1957	484.727	205.998	9.965	68.840	42,5	2,1	14,2
1958	457.915	195.399	9.526	69.770	42,7	2,1	15,2
1959	455.176	194.827	8.804	72.659	42,8	1,9	15,9
1960	480.849	208.775	8.546	76.182	43,40	1,7	15,6
1961	467.942	203.046	7.866	77.496	43,1	1,6	16,6

Tra i decessi per malattie cardiovascolari sono inclusi anche quelli causati da lesioni vascolari del sistema nervoso centrale.

III LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 19 GIUGNO 1962

ALLEGATO N. 2.

CASI DELLE PRINCIPALI MALATTIE INFETTIVE
DENUNCIATI IN ITALIA

Malattie	Numero	Per 100 mila abitanti	Numero	Per 100 mila abitanti	Numero	Per 100 mila abitanti	Numero	Per 100 mila abitanti
Febbre tifoide	19.144	38,6	18.892	37,4	14.953	29,5	12.362	24,2
Paratifi	3.666	7,06	2.932	5,8	2.448	4,8	2.058	4,0
Brucellosi	7.477	15,0	6.633	13,1	7.670	15,1	7.619	14,9
Scarlattina	10.491	21,1	10.057	19,9	7.683	15,2	8.581	16,8
Difterite	9.893	19,5	9.612	19,0	6.614	13,0	4.660	9,1
Pertosse	31.828	63,9	30.779	61,0	21.718	42,8	38.388	75,0
Meningite c.s.c.	703	1,3	593	1,2	602	1,2	525	1,0
Tetano	703	1,5	671	1,3	680	1,3	715	1,4
Pustola maligna	475	0,9	310	0,6	313	0,6	257	0,5
Poliomielite a.a.	8.377	16,7	4.110	8,4	3.518	6,9	3.467	6,8
Morbillo	11.233	82,4	73.422	145,4	85.294	168,2	65.320	127,7
Varicella	35.582	69,2	36.152	71,5	40.045	79,0	40.880	79,9
Parotite ep.	32.074	63,7	33.238	65,8	28.262	55,7	35.715	69,8
Epatopatie ac.	2.147	4,4	3.011	6,0	5.082	10,0	6.873	13,4
Leismaniosi vis.	35	0,1	25	..	19	..	15	..
» cut.	269	0,5	176	0,3	125	0,2	89	0,2
Anchilostomiasi	2.671	5,0	1.782	3,5	1.074	2,1	619	1,2
Influenza	102.953	155,7	46.049	91,2	148.290	292,4	6.001	11,7
Rabbia	3	..	5	..	2	..	4	..
Febbre quartana	59	0,1	13	..	4	..	19	..