SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

121ª SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

VENERDÌ 15 MAGGIO 1959

Presidenza del Vice Presidente CESCHI

INDICE

Disegni di legge:

Presentazione di relazioni . . . . . *Pag.* 5755

« Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1º luglio 1959 al 30 giugno 1960 » (396) (Seguito della discussione e approvazione):

ALBERTI 5770, 5772
BENEDETTI, *relatore di maggioranza* 5739 e *passim*
BOCCASSI, *relatore di minoranza* 5772
CALEFFI 5772
CERABONA 5771
CORNAGGIA MEDICI . . . . . *Pag.* 5773
CRISCUOLI 5774
DI GRAZIA 5771, 5772
GIARDINA, *Ministro della sanità* . . . 5755 e *passim*
LOMBARDI 5770
PALERMO 5772
PASQUALICCHIO, *relatore di minoranza* . . . 5748
SANTERO 5771, 5773

Interrogazioni:

Annunzio 5774

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1100)

Presidenza del Vice Presidente CESCHI

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 9,30*).

Si dia lettura del processo verbale della seduta antimeridiana di ieri.

RODA, *Segretario, dà lettura del processo verbale.*

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale s'intende approvato.

Seguito della discussione e approvazione del disegno di legge: « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1959 al 30 giugno 1960 » (396)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1959 al 30 giugno 1960 ».

Ha facoltà di parlare l'onorevole relatore di maggioranza.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza.* Onorevole Presidente, onorevoli senatori, onorevole Ministro, nell'accingermi a replicare, come vuole la prassi, agli onorevoli colleghi che così numerosi e così serenamente, vorrei dire, sono intervenuti in questo dibattito, mi corre anzitutto l'obbligo di ringraziarli per la benevolenza dimostrata nei miei riguardi e soprattutto per i consensi con i quali hanno voluto confortare, direi quasi rafforzare, l'impostazione data alla mia relazione. Questo mi fa piacere non tanto quale relatore, ma soprattutto quale Presidente dell'11ª Commissione, perchè dimostra che sostanzialmente su un problema così importante qual'è quello della salute pubblica c'è unanimità di consensi e unità di intenti.

È vero che, se dovessi giudicare dalla notevole presenza dei colleghi in questo momento in aula, dovrei arrivare alla conclusione che hanno veramente ragione i liguri quando asseriscono che si giudica quale possa essere nell'estimazione del pubblico oggi il medico, e la sanità in generale, da come veniva e da come viene chiamato adesso il medico in Liguria; una volta lo chiamavano il « magnifico », poi è diventato il « signor medico » e adesso è diventato « l'omino della mutua ». Scusate questa parentesi.

La stessa relazione di minoranza, in ultima analisi, ricalca la medesima impostazione ed esprime un'ansia di potenziare e migliorare sempre più questo vitale settore della vita sociale. Non vi nascondo però che la mia sorpresa per questa relazione di minoranza è stata grande, in quanto in sede di Commissione nessuna opposizione od obiezione era stata sollevata dai colleghi. Relazione comunque benvenuta perchè dà modo di fare altre considerazioni e di intervenire maggiormente nel dibattito.

Domando poi scusa ai colleghi se nella mia risposta dovessi dimenticare qualcuno o se mi sfuggisse qualche loro osservazione. Siccome però, in definitiva, essi si sono espressi favorevolmente e dimostrati concordi con la relazione, mi rimetto ad essa per la maggior parte degli aspetti che andrò a svolgere.

L'esercizio di tutela della salute pubblica da parte dello Stato si manifesta in due forme distinte: in un'azione preventiva che si concreta nelle due funzioni della vigilanza igienica e della profilassi e in un'azione riparatrice o curativa che si concreta nell'assistenza sanitaria. Per quanto riguarda la vigilanza igienica e la profilassi, esse si effettuano attraverso un complesso di limitazioni che vengono imposte legislativamente alla liber-

tà dei singoli e che vengono fatte osservare dagli appositi organi amministrativi; limitazioni imposte a coloro che esercitano la attività sanitaria affinchè la loro azione non sia di danno alla salute pubblica.

L'azione di vigilanza igienica riguarda: i medici, i farmacisti, i veterinari, gli ostetrici, gli infermieri, gli esercenti delle arti sanitarie ausiliarie eccetera. Inoltre disciplina le imprese a carattere industriale o commerciale di prodotti necessari all'assistenza sanitaria: imprese farmaceutiche, farmacie, stabilimenti per la produzione dei sieri, stabilimenti di cura come case di cura, balneari, acque minerali, ambulatori, centri di trasfusione del sangue eccetera. Essa investe anche il complesso dei requisiti e delle condizioni per l'esercizio professionale: diritti, doveri, responsabilità penali e disciplinari, concorsi, organizzazioni, autorizzazioni, atti dei diversi professionisti. Ma c'è un altro aspetto della vigilanza igienica che è rivolto verso coloro che non esercitano attività sanitarie; e ciò attraverso limitazioni della libertà e della proprietà privata, nell'interesse dell'igiene e della salute pubblica, con quel complesso di norme che noi conosciamo e chiamiamo polizia sanitaria, che tratta dell'igiene del suolo (opere idrauliche, bonifiche, manutenzione di cimiteri, eccetera), dell'igiene dell'abitato (abitati rurali, urbani, piani regolatori), delle opere igieniche (condutture di acqua, fognature, eccetera), dell'igiene delle abitazioni (case, alberghi, servizi igienici), della igiene dell'alimentazione intesa ad evitare sofisticazioni, adulterazioni, frodi, alterazioni degli alimenti. Naturalmente in una tale sfera di vigilanza entrano in campo competenze specifiche oltre la polizia sanitaria generica, come la polizia veterinaria, mortuaria, marittima, aerea, di frontiera, eccetera.

L'altro aspetto della parte cosiddetta preventiva riguarda la profilassi, che è, direi quasi, l'anello di congiunzione tra la parte limitativa e la parte curativa, in quanto ha un aspetto squisitamente sanitario, medico. La profilassi è quella parte dell'igiene che si occupa dei mezzi idonei a prevenire l'insorgere delle malattie infettive e sociali e a impedirne la propagazione. È ad essa che si deve il miglioramento dal 60 al 70 per cento per ciò che concerne la morbosità, la mortalità e le condizioni sanitarie della collettività.

Questo si è ottenuto grazie alle più recenti scoperte medico-scientifiche e servendosi dei seguenti mezzi: obbligo della denuncia in ogni caso sospetto, isolamento del malato, contumacia, quarantena del convalescente e di coloro che gli sono stati vicini, disinfezione degli ambienti, indumenti, biancheria, disinfestazione, vaccino-profilassi, eccetera. Questa è la parte sulla quale tutti sono d'accordo, sulla quale non c'è mai stata contestazione a proposito della competenza. Qui tutti sono persuasi che la competenza in materia sia esclusiva del Ministero della sanità. Ben differente la questione quando esaminiamo l'altra parte, quella curativa, la cosidetta assistenza sanitaria.

Questa prima parte però, per conto mio, è la maggiore, la più importante ed anche il corpo delle leggi che la regolano è più mastodontico. Se noi diamo un'occhiata al volume, vediamo che questa parte è regolata da un numero notevole di disposizioni, mentre per la seconda parte ci si limita a delle disposizioni di minor mole. (*Interruzione dal centro*). Appunto per questo: ha tanto valore che si è codificata con abbondanza di disposizioni, mentre per il resto più che altro è questione di applicazione pratica.

Ora qui con questa prima impostazione credo di rispondere ad una domanda del senatore Tibaldi, domanda che m'aveva lasciato perplesso, a meno di non volerla considerare come una *boutade*, così, tanto per dare adito ad una discussione. Parlando della relazione ed accennando al punto della necessità dell'aumento dell'organico, il collega Tibaldi aveva detto: ma perchè aumentare l'organico? Quali compiti avranno questi funzionari nuovi da assumere? Naturalmente non posso prendere questa domanda del senatore Tibaldi, che come anatomopatologo è un uomo abituato all'indagine ed all'esame serio e sereno dei processi, come un qualcosa di positivo, la devo proprio ritenere soltanto come un'esca buttata lì per dare materia di discussione e di osservazione. Infatti ab-

biamo sentito anche lagnanze che riguardavano, se non delle deficienze, perchè di deficienze vere e proprie non si è parlato, preoccupazioni attinenti a qualche settore meno funzionante di altri. Si è accennato alla necessità di un maggiore rigore e controllo.

Ecco allora giustificata, data la mole e la importanza del settore della profilassi, la richiesta che gli organici vengano adeguati alle necessità perchè quanto è stabilito dalle leggi nell'interesse della salute pubblica sia attuato. Logico che, per far questo, occorrono gli strumenti adatti, e questi sono dati dagli organici.

E vediamo ora l'azione riparatrice, cioè la assistenza sanitaria pubblica, perchè penso non sia il caso di parlare dell'assistenza privata, svolta da liberi professionisti e dalle case di cura a pagamento, che offre un rapporto giuridico di natura contrattuale tra chi assiste e chi è assistito, rapporto regolato dal diritto privato anche se in esso si inseriscono elementi pubblicistici costituiti dalla azione moderatrice di vigilanza dell'autorità sanitaria.

L'assistenza pubblica è stata quella maggiormente criticata qui dentro. Essa ripete la situazione delle sue origini: enti, istituti, associazioni, opere pie, Stato operano tutti in questo settore in un concorde disaccordo veramente notevole. Assistiamo all'assistenza legale, regolata dalle leggi generali, prestata dallo Stato, più comunemente che dallo Stato da enti autarchici, finanziati però da tributi generali. L'assistenza sanitaria istituzionale o statutaria autonoma è rimessa alle istituzioni di beneficenza e di assistenza che la erogano secondo i propri mezzi, i propri finanziamenti, i propri statuti. Poi assistiamo all'assistenza sanitaria previdenziale, che viene effettuata nell'ambito delle leggi di previdenza sociale ed in base a specifiche norme in queste contenute, dagli enti previdenziali ai loro assistiti. È a questo aspetto apparentemente confuso, meglio direi parecchio confuso, che si rivolgono le critiche e soprattutto le preoccupazioni espresse dai colleghi intervenuti nel dibattito. Leggi molteplici, nate dalla contingenza delle situazioni, attuate più o meno; qualcuna non attuata, perchè non attuabile. È soprattutto su questo aspetto dell'assistenza sanitaria che qui si è discusso.

Poco si è parlato dell'assistenza preventiva; se ne è fatto qualche accenno in tema di vaccinazione antipolio; ne hanno parlato i senatori Monni, Carelli e il senatore Solari con un ordine del giorno, relativo alla profilassi in sede zootecnica. In complesso bisogna riconoscere che le espressioni verso le prevenzioni sono state piuttosto benevole, e ciò è già un punto positivo per l'amministrazione sanitaria, che va messo in rilievo; e coloro che presiedono a questo settore possono essere soddisfatti di tali riconoscimenti del Senato.

Sull'assistenza sanitaria viceversa le critiche sono state molteplici. Qui è il caso di esaminarle una per una. Tutti hanno parlato del problema degli ospedali, problema grosso, che presenta notevoli difficoltà. Sono problemi di natura giuridica: rapporti degli ospedali con i comuni, rapporti con gli istituti mutualistici e assicurativi; problemi organizzativi, di personale sanitario, infermieristico, ausiliario; problemi finanziari, tanto assorbenti in questi ultimi tempi da diventare preponderanti per le amministrazioni ospedaliere; problemi tecnici ed altri; tutti aspetti di uno stesso imponente problema, che attende soluzioni. Situazione sempre più grave.

Si chiedono provvedimenti e riforme da parte di tutti, amministrazioni, medici, comuni; ma i provvedimenti non arrivano o, se arrivano, sono insufficienti a riordinare il groviglio che si è formato. Non è da stupirsi se i provvedimenti invocati ritardino: siamo di fronte ad un rivolgimento veramente radicale dell'assistenza ospedaliera ed alla necessità di rinnovare altrettanto radicalmente le vecchie strutture giuridiche ed amministrative, che pure hanno sostenuto ottimamente il vaglio di tanti anni di esperienza e di prove e che conservano ancora una certa loro validità. Esistono poi tradizioni, ispirazioni, concezioni che, pur esse antiche, anzi vetuste, sono state e sono ancora la linfa vitale di cui è permeata l'assistenza ospedaliera del nostro Paese.

Pianificazione e autonomia degli istituti ospedalieri, intervento statale, libertà di ciascun ospedale, innesto di tronchi nuovi sul vecchio ordinamento sono esigenze contrastanti, la cui composizione riesce estremamente delicata e difficile. Di qui le difficoltà notevoli e la complessità del problema, che però va affrontato decisamente. Per affrontarlo bisogna conoscerlo. Mi risulta che il Ministro della sanità precedente, il senatore Monaldi, aveva ordinato un'inchiesta rigorosa sulla situazione ospedaliera in Italia, inchiesta che dovrebbe essere terminata e credo che sia a disposizione del Ministero per l'esame e per le conclusioni definitive.

Esaminando questo problema non soltanto da noi ma nel resto d'Europa, mi sovviene un aspetto strano. In Francia in questo momento De Gaulle sta attuando una radicale riforma di tutta l'organizzazione ospedaliera. Ma noi abbiamo anche delle leggi che riguardano gli ospedali, le quali sono ancora valide, secondo me, in molti aspetti: per esempio, la legge Petragnani del 1938. Mi viene da chiedermi allora, di fronte a questi due aspetti e alle difficoltà che s'incontrano in queste continue discussioni a proposito della riforma ospedaliera, se occorra proprio la mano ferrea di un dittatore per arrivare a mettere finalmente un po' d'ordine in un settore così delicato.

B O C C A S S I , *relatore di minoranza.* Non li vogliamo più i dittatori.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* Ed allora, se non li vogliamo più, dobbiamo ad un dato momento democraticamente deciderci con serietà ed affrontare il problema onde risolverlo senza che nessuno ce lo imponga.

Ma non possiamo assolutamente continuare in questa situazione.

Z E L I O L I L A N Z I N I . Ci sono troppi interessi contrastanti.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* Appunto per questo dobbiamo cercare di superarli.

Comunque innanzi tutto da questa indagine deve scaturire un primo risultato: quello cioè di conoscere esattamente il numero dei posti-letto e la loro dislocazione per cui di conseguenza si conosceranno automaticamente le diverse necessità e le zone dove è necessario che sorgano i nuovi ospedali. È assolutamente necessario, perciò, che, per lo meno in questo settore, sia data e riconosciuta la priorità assoluta del Ministero della sanità circa la decisione in materia. Il Ministero dei lavori pubblici provveda eventualmente dal punto di vista tecnico alla costruzione, ma il piano delle diverse costruzioni e la priorità delle zone dove gli ospedali dovranno sorgere saranno compito esclusivo del Ministero della sanità.

Inoltre, se vogliamo radicalmente migliorare questa situazione, dobbiamo provvedere immediatamente in qualche modo a risanare le condizioni finanziarie degli ospedali, consentendo così un loro ulteriore sviluppo. A questo proposito vorrei richiamare la particolare attenzione dell'onorevole Ministro, invitandolo ad esaminare la possibilità di far dirottare dal bilancio del Ministero dell'interno, e particolarmente dal capitolo riguardante la pubblica assistenza, qualche miliardo a favore del risanamento delle finanze delle amministrazioni ospedaliere. Infatti, a quel che mi risulta, mentre in un primo momento la pubblica assistenza provvedeva anche alle amministrazioni ospedaliere, dopo la creazione del Ministero, per un malinteso orgoglio di casta o di difesa dei vari compartimenti stagni, avrebbe cessato qualsiasi erogazione nei confronti degli ospedali. Vorrei pregare pertanto l'onorevole Ministro di interessarsi di questo problema molto importante, anche perchè la salute pubblica può e deve riguardare il Ministero dell'interno sotto alcuni punti di vista, quanto meno dal punto di vista politico.

Allora, se gli elementi di giudizio circa la situazione ospedaliera sono a disposizione dell'onorevole Ministro, io vorrei pregarlo di voler seriamente ed immediatamente mettere allo studio un piano di costruzioni ospedaliere nelle zone dove esse manchino ed attuarlo il più presto possibile. Abbiamo sentito qui ricordare da vari colleghi come in certe zone d'Italia ci sia ancora un'incidenza

di posti-letto di appena lo 0,40 per mille nei confronti di una necessità media che va dal 7 al 10 per mille. Si tratta di una situazione veramente deplorevole nella quale non si possono lasciare ancora per molto tempo le nostre popolazioni; bisogna pertanto assolutamente provvedere a dar loro i posti-letto necessari.

A questo riguardo un'altra osservazione vorrei fare, anticipando quanto avrei intenzione di dire dopo sull'assistenza mutualistica: bisogna far sì che gli enti mutualistici non vadano a costruire ospedali o centri dove già ce ne sono, non vadano a costruire davanti agli ospedali pubblici magari un altro ospedale lasciando poi delle zone completamente scoperte. Anche questa è una questione di sapere spendere bene il denaro pubblico. È un ordine logico delle cose sul quale richiamo l'attenzione del Ministro pregandolo di richiamare a sua volta l'attenzione del Ministro del lavoro in materia. E già che parlo di ospedali, siccome qualcuno ha fatto dei paragoni con qualche Paese straniero, è meglio che liquidi immediatamente la partita. Anche nella relazione di minoranza si fa l'osservazione che i ricoveri ospedalieri in Inghilterra e in Cecoslovacchia avvengono in numero molto maggiore che in Italia. Questo è un bene o un male? Può essere un bene e può essere un male. Può denotare, per esempio, visto che, tutto sommato l'assistenza sanitaria in quei Paesi è gratuita, anche un specie di scarico di responsabilità del medico curante che manda in ospedale il paziente per non avere la responsabilità della cura. Per quanto riguarda però i Paesi nordici, in particolare l'Inghilterra, vi è un altro aspetto: quello della concezione che essi hanno del nucleo familiare. Nei Paesi nordidici i vecchi vengono allontanati dalla famiglia perchè i giovani vogliono attuare una loro famiglia ed una loro vita. Perciò si preoccupano di mandarli in ambienti o ricoveri per anziani cercando insomma di estrometterli. È un fatto del quale dobbiamo tener conto se vogliamo paragonare quello che avviene negli altri Paesi con quello che avviene nel nostro. Ma vi è un altro aspetto: leggevo giorni fa della lagnanza da parte dei medici inglesi di non aver posti-letto per ricoverare i giovani ammalati, gli ammalati acuti che potrebbero essere facilmente recuperati, perchè i posti degli ospedali sono occupati soprattutto da sub-acuti e da cronici. Naturalmente con la chemoterapia si è arrivati a diminuire la mortalità senza incidere in maniera notevole sulla morbosità e non incidendo sulla morbosità, per forza di cose, queste persone anziane si vengono a trovare nella condizione di essere quasi sempre sotto ricovero. Come ha detto qui il senatore Alberti, è la selezione naturale che non avviene. È un problema grosso questo che sta preoccupando seriamente le autorità sanitarie inglesi.

Si è parlato molto e si è criticata la mutualità non come fatto in se stesso, ma come fatto che possa sfuggire ad un controllo sanitario, e si è prospettata l'eventualità che possa venire a mancare da parte del Ministero della sanità l'indirizzo uniforme sui problemi di carattere sanitario.

A questo proposito è assolutamente necessario chiarire che se vogliamo che la mutualità consegua il suo scopo, ove non sia possibile unificarne le organizzazioni sotto un'unica direzione, è indispensabile per lo meno che, sotto il profilo tecnico-sanitario, sia esclusivamente e tassativamente il Ministero della sanità ad impartire direttive. Non è ammissibile, per esempio, che l'I.N.A.M. prescriva una lista di medicinali indicando ai medici quelli che essi debbono ordinare per gli ammalati, perchè questo significa violare il principio fondamentale della libertà di coscienza del medico, e soprattutto turlupinare l'assistito.

Sappiamo che è un problema molto grosso, è il problema dell'assistenza farmaceutica. Per cominciare, pubblichi rapidamente il Ministro la farmacopea ufficiale, che ho saputo essere già pronta per la stampa, affinchè le farmacie abbiano nuovamente gli strumenti in mano ed i medici la possibilità di prescrivere e di preparare prodotti galenici, che varranno a diminuire notevolmente le spese dell'assistenza farmaceutica agli ammalati.

E, facendo ora un passo indietro, desidero intrattenermi sul problema del personale presso gli ospedali. Sono perplesso — lo dico subito — sull'ordine del giorno del senatore Di Grazia che domanda ruoli stabili di tutto il personale sanitario ospedaliero. Lo ospedale deve servire anche come palestra di insegnamento del giovane medico, che, sotto la guida degli esperti primari, approfondisce ed affina le sue cognizioni, mettendosi in grado domani di esercitare adeguatamente la professione. Il numero chiuso provocherà fatalmente un declassamento della qualità dei sanitari italiani.

È vero che molto è cambiato dai tempi in cui fui assistente ospedaliero: allora non si poteva esserlo per più di 2 anni. Oggi l'organizzazione sanitaria è mutata. Allora, dopo questo periodo di pratica, si usciva dallo ospedale e si iniziava senz'altro il libero esercizio professionale.

Oggi invece dove va il medico uscito dallo ospedale? Nelle mutue? Ma nelle mutue si assumono i medici anche appena laureati! È un altro grosso problema che andrà esaminato e di cui prego il Ministro di volersi occupare seriamente, trattandolo con i dirigenti delle organizzazioni mutualistiche. Non si lasci sfuggire questo settore, signor Ministro! Si occupi di questo fondamentale problema, giacchè è il medico nei rapporti dello ammalato che risolve i problemi della salute pubblica e niente altro; e se noi avremo dei buoni medici, dei medici che sanno il fatto loro, anche la salute pubblica sarà buona. Se invece i medici non sapranno il fatto loro, sarà impossibile avere una buona salute pubblica.

Parlando della mutualità, ci sono state delle critiche da parte di vari oratori, Di Grazia, Lombari, Monni, Franzini, Boccassi, Bonadies, eccetera. Mi richiamo alle affermazioni fatte nella mia relazione, però non posso tacere un piccolo spunto polemico datomi dal collega Boccassi.

Caro senatore Boccassi, quando lei critica il Ministero della sanità, dimentica che esso è stato un parto distocico, molto difficoltoso. Comunque questo ci deve dare ancor più un senso di responsabilità e farci comprendere la necessità di cercare tutti assieme la soluzione migliore nell'interesse non del Ministero, ma di quella cosa cui il Ministero della sanità presiede, la salute pubblica. Se ci sono delle disfunzioni, se è necessario coordinare, se è necessario modificare siamo qui per questo, esaminiamo ed eventualmente presentiamo appositi disegni di legge, pur di far sì che questo bambino nato male si irrobustisca, diventi bello e forte nell'interesse di tutti i cittadini italiani.

Collegato alla mutualità, ritorna il problema dei medicinali, soprattutto delle specialità. Questo, caro collega Boccassi, è facile terreno di polemica non sempre serena. Lei sa che la Commissione ha esaminato questo problema per anni e c'è stata una sottocommissione che ha lavorato per tutta una legislatura. Bisognerà vedere di riaffrontarlo ed è già davanti alla Commissione un progetto di legge firmato da me e da molti colleghi, per arrivare alla definizione di una situazione che in questo momento è tutta fuori della legge.

Situazione però paradossale, perchè, pur essendo fuori della legge, nessuno, nè i produttori, nè le mutue, nè i clienti si lamentano. Noi andiamo avanti modificando ed adottanto disposizioni accettate più o meno da tutti e vediamo che la cosa cammina.

Una conferma l'abbiamo avuta 15 giorni fa qui a Roma, quando all'Istituto superiore di sanità si è riunito il Convegno sulla legislazione farmaceutica internazionale, con lo intervento dei rappresentanti dei sei Paesi della piccola Europa e dei rappresentanti della Svizzera e dell'Inghilterra. Ognuno ha svolto la relazione sulla legislazione del proprio Paese e, tutto sommato, abbiamo constatato che la nostra legislazione o per lo meno le norme che attuiamo noi in questo momento non sono certamente le peggiori. Tutto sommato, dobbiamo riconoscere che i nostri uffici con il loro buon senso e con un criterio sano hanno saputo conciliare le cose in maniera tale che noi ci siamo trovati in condizioni di non sfigurare, nel modo più assoluto. Naturalmente questo convegno aveva uno scopo specifico da parte degli organizzatori, quello della brevettabilità dei far-

maci, in rapporto soprattutto al Mercato comune europeo e alla situazione legislativa esistente negli altri Paesi in esso collegati. Non voglio entrare assolutamente in questa materia, perchè sarà oggetto di esame quando discuteremo il problema dei medicinali. Comunque è stato per me veramente consolante il constatare come le norme sanitarie che noi adottiamo non hanno niente da invidiare, assolutamente, alle norme degli altri Paesi.

B O C C A S S I , *relatore di minoranza.* La concentrazione dei capitali in vista del Mercato comune è già avvenuta, è un problema superato.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* C'è una cosa che mi rasserena, nella mia impostazione, che ora non sto a dirvi qui ma che discuteremo quando esamineremo il problema dei medicinali: che cioè, mentre lei e i suoi amici mi considerano un sostenitore dell'industria, l'industria mi considera un suo nemico.

Un'osservazione a proposito dei prezzi dei medicinali. Nella sua relazione di minoranza, senatore Boccassi, lei afferma che incidono nel bilancio dell'I.N.A.M. per il 40 per cento. No, incidono per il 25,8 per cento.

B O C C A S S I , *relatore di minoranza.* Per il 1957 l'incidenza è stata dal 35 al 40 per cento.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* Negli altri Paesi il prezzo dei medicinali incide meno. Ma va osservato, ad esempio, che l'Inghilterra ad un certo momento ha dovuto far macchina indietro. Comunque in Inghilterra ancor oggi non è esatto che incida soltanto per l'11 per cento, incide per molto di più, per lo meno dalle cifre riportate in quel convegno; incide almeno per il 30 per cento.

Inoltre vi è stata una sorpresa per me notevole, la quale ha fatto un pochino ridere tutti i presenti, che cioè il servizio di assistenza sanitaria inglese paga i medicinali il 25 per cento di più di quello che li paga il privato, quando va in farmacia a comprarli. È un assurdo, ma siccome mi pareva di aver compreso bene, ho posto tassativamente la domanda al delegato inglese. Quello naturalmente è diventato rosso come questo panno, perchè comprendeva l'assurdità nella quale sono caduti, e mi ha confessato che effettivamente è così. Infatti il servizio sanitario sociale si è impegnato a versare alla categoria dei farmacisti, non ai produttori, un 25 per cento in più per la distribuzione.

Quando noi andiamo a vedere che cosa sta succedendo all'estero e lo prendiamo per modello, spingiamoci a fondo ed esaminiamo come stanno effettivamente le cose prima di giudicare male le cose di casa nostra. Qualche volta le cose di casa nostra, fatte in una maniera che può sembrare magari semplicistica, sono fatte con quel buon senso che per fortuna ancora regna nel nostro Paese.

Un altro problema, che è stato sollevato da due ordini del giorno del collega Di Grazia, riguarda le istanze dei farmacisti. Ma quali? I proprietari o i collaboratori? Anche il problema della farmacia è un problema spinoso; lo abbiamo esaminato nella passata legislatura, con una sottocommissione che è stata sempre in contatto con gli uffici del Ministero. Si è proceduto ad un esame approfondito della situazione perchè, prima di decidere, bisogna conoscere la situazione. Tutto sommato, v'è da porsi il problema se la legge del 1913, tanto discussa, abbia o no praticamente fatto il suo tempo. Io, più esamino il problema, più sono perplesso, anche perchè un giudizio definitivo su questa legge non lo possiamo avere, dato che siamo ancora in fase di norme transitorie. Dal 1913 al 1943 dovevano passare i famosi trent'anni, dopo di che tutte le farmacie sarebbero state regolate dalla legge Giolitti. Viceversa, a seguito delle guerre, si sono avute delle proroghe e, fino al 1974 un gruppo di 190 farmacie, e fino al 1964 un altro gruppo di circa un migliaio di farmacie non subiranno l'applicazione della legge Giolitti. Allora mi domando: abbiamo un'esperienza completa? Come campione, forse sì, perchè, su 9.500 farmacie, più di 8.000 sono già sotto l'imperio della legge Giolitti, ma le altre sono ancora fuori. Abbiamo dunque gli elementi di giudizio per un esame sereno della situazione? Certo che la farma-

cia ha subito un'evoluzione notevole, con lo avvento delle specialità medicinali, perchè è cessata quasi la ricettazione galenica, dato che anche questi prodotti vengono oggi preparati in bottiglie sigillate da stabilimenti industriali di modo che il farmacista non fa che prendere dall'armadio e distribuire. Mi domando allora se sia ancora il caso di mantenere queste bardature, o se non sia piuttosto il caso di liberalizzare completamente la farmacia; essa cioè è un esercizio professionale, e come apre il medico, apra il farmacista.

Ci sarebbe però il problema dei farmacisti rurali che in questo momento dovrebbero avere (dico « dovrebbero » perchè, come avete letto nella mia relazione, non lo hanno) un contributo di 200-300 mila lire l'anno da parte dello Stato, dei Comuni e degli stessi farmacisti cittadini, per avere la possibilità di vivere alla periferia, nei piccoli paesi. Questi farmacisti verrebbero logicamente ad essere privati del contributo, ed allora si potrebbe assistere al fenomeno del passaggio di questi farmacisti dai piccoli paesi verso le città. Ritengo che il fenomeno sarebbe del tutto passeggero, perchè la concorrenza, se così si può chiamare, dato che il prezzo dei medicinali è stabilito dallo Stato e non c'è possibilità di concorrenza in senso strettamente commerciale, e l'alto numero di farmacie, che si verrebbe ad aprire nei grossi centri, finirebbero col consigliare qualche farmacista a tornarsene alla periferia, fenomeno che è capitato in Inghilterra con i medici quando hanno istituito il servizio sociale. Anche allora i medici dalla periferia sono affluiti verso i vari centri; però dopo appena un anno o due abbiamo assistito al riflusso dal centro verso la periferia, bilanciandosi così, equamente, di nuovo la distribuzione dei medici in tutto il Paese.

Credo che lo stesso fenomeno potrebbe capitare per le farmacie, per cui si tratta di un problema che andrà attentamente vagliato, ma comunque affrontato. Non c'è giorno che le categorie interessate non scrivano, non si agitino. La situazione è matura ed è tempo di affrontare questo problema. Certo, coloro che si oppongono decisamente alla liberalizzazione delle farmacie sono i proprietari, quelli che si trovano cioè in uno stato di privilegio; si oppongono perchè il loro patrimonio che oggi vale decine di milioni verrebbe automaticamente portato al prezzo normale di mercato, al giusto prezzo di un esercizio professionale.

Ancora qualche parola debbo dire per ringraziare in modo particolare i colleghi che sono intervenuti a trattare il problema dei servizi veterinari. Ho visto con piacere che sono intervenuti non tanto dei sanitari quanto degli uomini responsabili e competenti di problemi economici i quali hanno sottolineato l'interesse che ha destato questo particolare argomento svolto nella mia relazione, la quale ha posto in evidenza la particolare importanza economica della profilassi zootecnica.

È un settore questo sul quale richiamo vivamente l'attenzione dell'onorevole Ministro; è un settore di importanza notevole soprattutto in rapporto al Mercato comune europeo, in quanto i Paesi esteri rifiutano fino ad oggi la lavorazione delle nostre carni conservate e dei latticini per la presenza nel nostro Paese di malattie del bestiame di cui loro invece sono esenti. Secondo qualche competente questo ci porta ad una perdita annuale di circa 200 miliardi, mentre secondo altri sono molti di più. Proprio qui a Roma lunedì scorso si è tenuto un Convegno promosso dalla Federazione degli ordini dei veterinari unitamente agli allevatori zootecnici, nel quale è stato esaminato questo problema e si sono espresse delle preoccupazioni veramente gravi a carico del patrimonio zootecnico nazionale.

Si tratta di un settore nel quale occorre intervenire con grandi mezzi. Io stesso nella mia relazione e il collega Salari nel disegno di legge, che ha presentato a questo riguardo, abbiamo indicato chiaramente quali sono le reali necessità.

C'è però una legge del 1956 per l'agricoltura, la quale stanzia 2 miliardi all'anno fino al 1960-61, che parla di rinnovamento e risanamento del bestiame, mentre per la parte che riguarda il risanamento direi che la competenza è del Ministero della sanità. Comun-

que, non bisogna stare a sottilizzare e bisogna intenderci una buona volta per questi rapporti fra i vari Ministeri. Qui si tratta di affrontare dei problemi molto importanti in base a criteri e concetti di carattere sanitario che possono essere dati rigorosamente soltanto da chi a ciò è preparato.

Perciò bisogna che il Ministero dell'agricoltura, per lo meno uno di quei due miliardi lo metta a disposizione di un piano preciso preparato dalla direzione dei servizi veterinari della Sanità, perchè solo così faremo l'interesse del nostro Paese. Ma non sarà mica diventato il bilancio dello Stato un bilancio di compartimenti stagni. Secondo l'interpretazione della Corte dei conti sì, ma bisogna superare questa mentalità. Altrimenti succederà quello che succede qualche volta, che per alcuni capitoli di bilancio non si trovano i fondi necessari, mentre i fondi di altri vanno in economia.

Non posso essere d'accordo col senatore Santero e con qualche altro, i quali vogliono troppo precisamente stabilire per i singoli capitoli di bilancio le singole voci. Non si possono limitare rigorosamente nei capitoli dei bilanci tutte le voci. Bisogna permettere che vi sia una certa latitudine in modo che si possa provvedere a seconda delle esigenze. Come faremo per la polio se non ci sarà questa latitudine? Quando il Ministro si troverà nella necessità di dover ordinare quattro milioni di dosi di vaccino, ciò vorrà dire portar via non solo quel capitolo di bilancio, ma portar via tutto quanto il settore dei servizi preventivi; è assolutamente inconcepibile questa chiusura ermetica.

Un'ultima parola sull'Istituto superiore di sanità. Qui è stato detto che va potenziato nel modo più assoluto. Il pericolo grave, su cui ha richiamato l'attenzione il senatore Alberti, è proprio questo della possibilità che i migliori ingegni che lì dentro lavorano se ne vadano via, poichè vi è un interscambio tra l'Istituto superiore di sanità italiano e gli Istituti di altri Paesi. Esso gode di un prestigio in campo internazionale come nessun altro istituto in Europa. Noi assistiamo al fatto di illustri ricercatori e scienziati che vengono a lavorare per parecchio tempo nel nostro Istituto e assistiamo poi al fatto che allievi o personale dell'Istituto stesso vengono chiamati all'estero per collaborare per certi servizi e certi lavori per parecchi mesi; e a questo personale vengono fatte delle offerte allettantissime pur di portarcelo via.

Non possiamo anche qui dimenticarci che il personale scientifico non va trattato a norma di ruolo e di grado ma va considerato da un altro punto di vista, dal punto di vista della produzione, dal punto di vista di quanto dà al Paese. Dobbiamo superare questa mentalità ristretta, ad un dato momento, perchè altrimenti si ripeterà quello che dice il senatore Focaccia del Centro nucleare. Noi avremo gli strumenti ma non avremo chi farà funzionare questi strumenti.

Mi richiamo poi, onorevoli colleghi, per il resto, all'ultima parte della mia relazione in cui segnalo al Ministro l'importanza della geriatria e del servizio scolastico e degli altri aspetti che ho indicato, aspetti nuovi, per lo meno poco curati fino ad ora da parte del Ministero o lasciati curare da altri. E soprattutto raccomando il servizio sanitario scolastico. Dove troveremo ancora l'occasione di avere tutta la popolazione italiana, nelle età migliori, controllabile dalla mattina alla sera, ogni giorno? Si provveda ad avere un quadro della salute pubblica dei nostri ragazzi, che sono gli uomini di domani, curando questo settore.

Onorevoli colleghi, ho superato il tempo che mi ero ripromesso di rispettare. Posso dirvi concludendo che le osservazioni che qui abbiamo ascoltato non hanno in sostanza fatto altro che confermare la mia impostazione, sottolineando la necessità che il Governo provveda seriamente ad un ulteriore finanziamento del Ministero della sanità che non è in grado di assolvere ai suoi compiti con i fondi attualmente assegnati. Ecco perchè mi ha meravigliato l'amico Gatto quando l'altro giorno ha dichiarato di non essere in grado di approvare questo bilancio. Vorrei invece pregare gli amici socialisti di votare a favore del bilancio, per le stesse ragioni, capovolte, per cui vorrebbero non approvarlo. Si richiamino all'ultima parte della mia relazione, dove faccio accenno specifico alla necessità

di un immediato finanziamento per mezzo di una nota di variazione a proposito dei ruoli che dovranno entrare in funzione dopo la metà di agosto e per quanto riguarda il vaccino anti-polio, che combatte una malattia che ha sollevato tanti echi dolorosi in questa Aula che noi non possiamo non far nostri, non solo nell'interesse dei nostri bambini ma di tutta la Nazione.

Quindi prego tutti i colleghi di votare a favore di questo bilancio dando al voto proprio il significato di un conforto al Ministro perchè il Ministro, forte di questo voto, possa ottenere dal Ministero del bilancio i fondi necessari per la salute del popolo italiano. (*Vivi applausi dal centro. Molte congratulazioni*).

P R E S I D E N T E . Ha facoltà di parlare l'onorevole relatore di minoranza.

P A S Q U A L I C C H I O , *relatore di minoranza.* Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, il relatore di maggioranza, interrompendo ieri il collega Boccassi, ha parlato di patogenesi, ossia di ricerca delle origini e dello svolgimento del processo patologico che ha caratterizzato l'attuale assistenza sanitaria. L'attuale Ministero si trova perciò in una fase patologica. Anche nella relazione di maggioranza si è accennato che esso ha subito un parto distocico che, alle volte, può compromettere la vitalità e la esistenza di chi nasce.

Io non voglio accontentarmi di questa semplice constatazione e voglio andar oltre la patogenesi, risalendo all'eziologia dell'inefficienza della protezione sanitaria e del programma sanitario, impostato dal primo bilancio del Ministero della sanità. Posso far ciò speditamente, perchè molti argomenti sono stati ampiamente e scientificamente trattati non solo dagli onorevoli senatori della minoranza, ma anche dagli stessi colleghi della maggioranza, nonchè dall'onorevole Benedetti.

Sul lato tecnico e sull'organizzazione tecnica dell'assistenza non ci sono stati dissensi, perchè l'oggetto, che è il malato, richiede quella determinata tecnica, quella determinata terapia e su questo non ci può essere alcun dissenso. Tra le esposizioni fatte dai colleghi di maggioranza e quelle dei colleghi di minoranza non è che non vi sia però divergenza. Questa divergenza vi è, e verte non tanto sulla constatazione dell'insufficienza degli stanziamenti per le varie rubriche di bilancio, quanto sull'interpretazione degli stanziamenti in funzione del programma impostato dal Ministero della sanità, se pure si vuole attribuire ad esso un programma che veramente non esiste. Mentre per gli oratori della maggioranza si tratta di apportare variazioni indicative per i prossimi esercizi finanziari, come afferma alla fine della sua relazione il collega Benedetti (sono indicazioni che si danno per i prossimi esercizi ma quali modificazioni si voglia apportare al presente non si indica), noi affermiamo che bisogna non solo conoscere la situazione, ma trasformarla, cioè impostare un piano che soddisfi le esigenze dello sviluppo sociale, che sia parallelo e riflesso del processo sociale in tutti i suoi aspetti economici, tecnici ed umani.

L'esigenza fondamentale della protezione sanitaria moderna è che si proceda all'attuazione della medicina protettiva, che sarà di sommo vantaggio alla medicina curativa: e questo è stato accennato anche dal collega Bonadies. Ossia deve avere la prevalenza la medicina sociale protettiva di fronte a quella curativa; anzi noi sappiamo, per averlo constatato specialmente in alcune forme di malattie infettive, che la curativa è stata normalmente ridotta proprio perchè la preventiva ha annullato la necessità della curativa; e ne daremo qualche esempio in seguito.

Come non si è vista questa esigenza fondamentale? Ancora una volta le istituzioni ritardano a modificarsi e ad adattarsi allo sviluppo delle forze produttive umane e fisiche. Quale grandioso spettacolo abbiamo di fronte a noi quando osserviamo il cammino che ha compiuto l'umanità dall'800 ad oggi! Basti pensare, dice Petragnani, che nell'800, dopo circa un milione di anni di esistenza, l'umanità, pur progredita nelle filosofie, nelle arti e nelle lettere, che andava e si muoveva con la velocità dei suoi passi e del moto animale,

non sapeva quasi nulla sulle cause delle malattie, aveva una vita media di 20 anni e contava solo 800 milioni di anime. Ora, dopo soli 150 anni, la vita media si è elevata ovunque, sia pure in grado diverso: 64 anni di vita media invece di 20. La popolazione ecumenica si è triplicata e, per i progressi realizzati nella meccanica, nella scienza e nella medicina, l'umanità, dopo essersi espansa dall'equatore ai poli, si è sempre più addentrata nel suolo e nei mari, e ancora con velocità ultrasonica si è elevata nell'atmosfera, tanto che già sta scrutando gli spazi intersiderali.

Chi può rimanere cieco di fronte a questo espandersi dell'umanità? Il processo industriale moderno di produzione non ha forse modificato il vecchio rapporto di produzione artigiana, rapporto di produzione estremamente individuale, sostituendolo prima con la manifattura, in seguito con la grande industria meccanica, associando una grande massa di operai in un comune luogo di lavoro? Il processo non è diventato sociale e più produttivo di prima?

In questo dinamismo della società, che cosa ha fatto la medicina? Anch'essa ha subito una grande trasformazione, anch'essa è diventata sociale. Il rapporto individuale è stato trasformato, o meglio — poichè il travaglio della transizione continua — si trasforma in rapporto sociale. Il binomio malato-medico (e non dico niente di nuovo) viene progressivamente sostituito dal trinomio malato — istituto assicurativo — medico, dove il medico fa la parte della cenerentola. Mi si perdoni questa denominazione, che potrebbe ingenerare il sospetto di una difesa di parte, ma che invece è una realtà, come dimostrerò in un'altra parte della mia esposizione.

Numerosi istituti assistenziali aziendali e di categorie, dispersi, eterogenei, con diversi regolamenti, diverse forme di erogazione sanitaria per quantità e qualità, formano il panorama dell'assistenza sanitaria; un caos, un disagio degli assistibili, dei medici, degli stessi istituti assicurativi, degli ospedali. In questa disorganicità dell'assistenza della salute pubblica si fa strada l'esigenza del Ministero dell'igiene e sanità, che viene istituito con legge 13 marzo 1958, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 14 aprile 1958. Si apre così il cuore alla speranza di tutti e tre gli elementi costitutivi del rapporto sociale dell'assistenza sanitaria, gli assistibili, gli istituti assicurativi e i medici, e della Nazione intera.

Il Ministero della sanità deve affrontare tutta una situazione che esso ha ereditata. Qual'è tale situazione? Ospedali male attrezzati ed insufficienti. Non mi soffermo sulla loro organizzazione tecnica e sanitaria e sulla loro insufficienza numerica, in quanto tutto questo è stato messo in evidenza da tutti i colleghi che mi hanno preceduto e soprattutto così bene dallo stesso relatore di maggioranza. Passo invece alla considerazione dell'assistenza sociale.

Noi abbiamo oggi una massa enorme di lavoratori che ricevono un'assistenza parziale, non totale. Come ieri ha messo bene in evidenza il collega senatore Lombardi, noi abbiamo una quantità di lavoratori che non hanno assistenza sanitaria completa: 6 milioni 286 mila coltivatori diretti non ricevono assistenza farmaceutica; altri 4 milioni di lavoratori, fra braccianti eccezionali — con tutti i familiari di tutti i braccianti — compartecipanti e mezzadri, non ricevono l'assistenza farmaceutica; 1 milioni e 500 mila artigiani sono senza assistenza generica e farmaceutica. Come vedete, si afferma che si conferisce assistenza e protezione sanitaria ad oltre 35 milioni di lavoratori dipendenti e indipendenti ma se poi facciamo l'analisi della situazione, vediamo che una grande quantità, pur avendo l'assistenza nominale, è esclusa da un'assistenza concreta.

Vi è poi una grande corruzione e discriminazione nella stessa assistenza erogata dagli istituti assicuratori; una grande speculazione del capitalismo produttore di medicinali.

Come viene affrontata questa situazione dal Ministero della sanità? Esso ci presenta uno stato di previsione della spesa, il primo, nel quale sono trasferiti gli stanziamenti dal Ministero del tesoro, riprodotti soltanto con piccole variazioni in più. Niente altro che questo. Non so come con queste somme si possa far fronte alle pressanti esigenze della massa degli assistiti. È vero che quando voi, signor Ministro, siete entrato alla direzione del Ministero della sanità, avete già trovato in Senato questo bilancio, ma voi rappresen-

tate la continuità della funzione ministeriale e le sue insufficienze sono da voi ereditate e rappresentate.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Senza beneficio d'inventario, purtroppo.

PASQUALICCHIO, *relatore di minoranza*. A voi indirizziamo le nostre rimostranze, che sono le rimostranze del popolo e specialmente della massa dei lavoratori. Comprendiamo che le vostre disposizioni debbono rimanere nell'ambito del bilancio, anche se avete la volontà di andare oltre, comprendiamo che voi stesso siete prigioniero di quelle condizioni. Questo perchè non abbiamo da parte del Governo un piano di protezione sanitaria che rispetti le esigenze sociali.

Non farò che una breve, analitica esposizione del bilancio. Abbiamo una spesa complessiva di 43 miliardi e 882 milioni, dei quali, in cifre arrotondate, 5 miliardi per il personale e 37 miliardi per interventi nei riguardi degli enti vigilati e di quelli assistiti direttamente. Questo non è che lo scheletro numerico dello stato di previsione, non è che la fredda razionalità del numero. Il numero pitagorico è l'essenza dell'universo, e questo numero nel bilancio della Sanità è l'essenza dell'attività sua di fronte agli immani bisogni dell'assistenza e tutela della sanità pubblica.

Signor Ministro, voi che siete un cultore della scienza giuridica potete riscontrare come sia esatta l'affermazione teorica crociana della irrealtà della legge, che è atto volitivo, che ha per contenuto una serie di azioni, e della realtà dell'esecuzione. C'è un divario enorme tra l'oggetto prospettato dalla legge e la realtà della sua esecuzione, e noi ci spieghiamo anche questo grande divario, e potremmo fare molte considerazioni che tralascio.

Di fronte però a queste carenze abbiamo ritenuto necessario redigere, anche se precipitosamente, una relazione di minoranza. Il collega Benedetti ha detto di essere rimasto sorpreso di questo. Mi consentirà di fare qualche osservazione. Si doveva tenere una riunione della 11ª Commissione e si riteneva che la discussione di questo bilancio sarebbe avvenuta alla fine di maggio o ai primi di giugno. Lo stesso senatore Benedetti non aveva fatto che una parziale relazione di commento ai vari articoli e alle rubriche del bilancio, quando fu indetta la successiva riunione, che fu anzi anticipata telegraficamente perchè improvvisamente il Presidente aveva ricevuto notizia che si portava in discussione il bilancio della Sanità in questa Assemblea. Quindi è stato impossibile discutere in seno all'11ª Commissione e prospettare anche l'eventualità della presentazione di una relazione di minoranza. Purtroppo a soffrire maggiormente di questa fretta siamo stati proprio noi, in quanto abbiamo dovuto lavorare intensamente e in breve tempo per preparare una relazione che desse un quadro più o meno esatto della reale situazione della protezione sociale in Italia.

Abbiamo dunque ritenuto opportuno presentare questa relazione nei confronti del bilancio del Ministero della sanità e della stessa relazione di maggioranza; una nostra relazione che rispecchiasse i problemi urgenti della salute pubblica e suggerisse i nostri criteri di soluzione al Ministero della sanità il quale, con stanziamenti irrisori, vuole assolvere a compiti grandiosi, così come sono contemplati, con formula energica e perentoria, con dizione solenne e laconica, nel primo articolo della legge istitutiva del Ministero della sanità: « provvedere alla tutela della salute pubblica ».

La relazione di maggioranza, per la sua esposizione diligente, analitica e critica, va lodata, ma non è stata altro che un commentario, anche se particolareggiato, delle varie rubriche ed articoli. L'esposizione del relatore di maggioranza — mi si consenta la licenza — non è stata altro che un empirio-criticismo alla Mach, alla Avenarius, un puro empirismo critico, un *dictum simpliciter*, e non un *dictum secundum quid*; il che vuol dire che non ha affrontato la questione essenziale della protezione sanitaria in Italia, ma si è fermata semplicemente all'esame di ogni fenomeno, senza condurre ad alcuna

sintesi e senza prospettare la soluzione integrale dei vari problemi che travagliano tutte le coscienze, sia quelle degli assistiti sia quelle dei medici, e che preocupano sia gli istituti assicuratori sia tutta la Nazione.

Non mi dilungo oltre, anzi tralascio numerosi argomenti, che sono già stati sufficientemente trattati dagli onorevoli senatori che mi hanno preceduto. Tutti, anche il relatore di maggioranza, hanno riconosciuto la insufficienza degli stanziamenti; ma noi ci soffermiamo a considerare l'inerzia del Ministero della sanità, pur costituendo la spesa pubblica della assistenza sanitaria l'80 per cento della spesa totale.

Infatti per il 1957 noi abbiamo questa situazione riguardo all'assistenza: la spesa generale per l'assistenza è stata di 377 miliardi, di cui gli Istituti previdenziali hanno erogato 299 miliardi e i privati 78 miliardi. Come si vede, la spesa pubblica è dell'80 per cento mentre quella privata si aggira intorno al 20 per centò. Con una massa così imponente di spesa pubblica noi non ci possiamo rendere conto di come il Ministero della sanità possa rimanere inerte, possa non intervenire operosamente, specialmente quando noi consideriamo che in altri settori della attività produttiva nazionale, pur essendoci una sperequazione a tutto vantaggio della spesa e della produzione privata, il Governo interviene molto più energicamente. Infatti, se consideriamo l'attività economica, i valori aggiunti e il prodotto netto del settore privato per il 1958, secondo la relazione generale sulla situazione economica del Paese, danno un totale di 12.149 miliardi, mentre il valore aggiunto e il prodotto netto del settore della Pubblica Amministrazione è soltanto di 1.620 miliardi. Eppure lo Stato, il Governo esercitano una grande influenza nell'attività economica generale della Nazione, mentre il Ministero della sanità non esercita quasi nessuna attività nel campo della protezione sanitaria, pur coprendo la spesa pubblica l'80 per cento della intera spesa sanitaria nazionale.

E c'è da fare ancora un'altra osservazione riguardo alla spesa sanitaria stessa. La spesa sanitaria per il 1958 è stata di 397 miliardi; rappresenta il 3,6 per cento dei consumi. Ed è amaro constatare che questa percentuale viene superata dal consumo dei tabacchi, che è di 482 miliardi e rappresenta il 4,7 per cento; ed è superata dal consumo delle bevande alcoliche, che ci dà un totale di 713 miliardi ed una percentuale di 6,5 per cento sul totale dei consumi. Se noi volessimo fare dei commenti ad ogni cifra e trarre le conseguenze sociali, andremmo molto per le lunghe. Noi però vediamo come, anche in confronto al 1957, nel 1958 la spesa per l'assistenza sanitaria, per quanto sia aumentata, anche se di poco, in cifra assoluta, rappresenta una percentuale minore. Inoltre, se ci riferiamo al valore dei lavori eseguiti nelle opere pubbliche e di pubblica utilità, abbiamo nel 1957 un totale di 372 miliardi e 294 milioni, mentre i lavori per l'assistenza igienico-sanitaria sono del valore di 56 miliardi e 512 milioni, ossia rappresentano il 15,2 per cento in rapporto al valore di detti lavori; nel 1958 abbiamo un totale di 433 miliardi e 798 milioni, di cui 57 miliardi e 689 milioni ossia il 13,3 per cento, per lavori igienico-sanitari, con una forte diminuzione percentuale.

Quindi abbiamo un dato negativo, in quanto la percentuale delle opere pubbliche e di pubblica utilità che vanno incontro alla costruzione degli strumenti che servono per l'assistenza sanitaria, invece di avere un incremento, ha subìto una diminuzione.

Come può rimanere indifferente il Ministero della sanità di fronte a questa situazione caotica e dispersa della protezione sanitaria?

Ma allora non ci sono state iniziative? Sì, iniziative ve ne sono state e sono partite specialmente dai diversi strati della popolazione, spinti da bisogni sanitari urgenti. Abbiamo visto l'anno scorso, quando è scoppiata l'epidemia della poliomielite, come attraverso la stampa si sia determinato tale un appello al Ministro della sanità che questi ha dovuto correre ai ripari. Frammentari ripari, non organici, ma dei ripari si sono messi; e possiamo constatare effettivamente, signor Ministro, che adesso la situazione della poliomielite può dirsi in un certo qual modo dominata nel suo aspetto acuto. Però non sappiamo quale potrà essere lo sviluppo ulte-

riore (*quod Deus avertat*). Dobbiamo comunque tener presente che la patologia in generale sta subendo una modificazione sostanziale.

Mentre infatti per il passato si notavano alcuni casi di malattia di febbre mediterranea, di febbre di Malta, dopo abbiamo assistito a veri processi epidemici della brucellosi, tanto vero che un celebre patologo definì la brucellosi malattia dell'avvenire. Analogamente abbiamo visto il diffondersi del virus poliomielitico. Nel passato la cosiddetta paralisi infantile era un caso sporadico, quasi una curiosità; oggi è un problema sociale. Alla fine del secolo diciannovesimo constatiamo un rapporto di morbilità poliomielitica di 10, 20 casi su un milione di abitanti.

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Dove ha tratto questi dati?

PASQUALICCHIO, *relatore di minoranza*. Dall'agenzia « Kosmos ».

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. L'agenzia « Kosmos » pubblica un mondo di sciocchezze; non si fidi, non è degna di affidamento.

PASQUALICCHIO, *relatore di minoranza*. Si tratta di un confronto della situazione attuale con quella della fine del secolo. Certo, allora non si conosceva bene come oggi quel virus, e il medico si fermava alla sintomatologia della paralisi. Tuttavia oggi dobbiamo registrare rapporti di morbilità molto alti, come quella di 160 casi per milione di abitanti nel 1958.

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. È la prima volta che sento questi dati, per lo meno calcolati sul milione. Di solito si calcolano per 100 mila. Sono nuovi dati statistici. (*Commenti*).

PASQUALICCHIO, *relatore di minoranza*. I dati a cui lei si richiama sono quelli riferiti alla morbilità, che comunemente si calcola per 10 mila. Ciò non esclude che questo rapporto convenzionale possa essere sostituito da un altro rapporto anche convenzionale. In questo caso si è modificata solo la forma statistica. D'altronde l'aumento della morbilità è un fatto: in cifra assoluta noi abbiamo avuto infatti 8.188 casi ... (*interruzione del Sottosegretario di Stato per la sanità*) ... di poliomielite nel 1958, e solo a Napoli 778 casi, col 24 per cento di letalità. Senza scendere ai particolari, accenniamo all'ospedale « Cutugno » di Napoli, che ha ricoverato 1.440 poliomielitici senza avere neanche, non dico i mezzi per l'assistenza, ma neppure il riscaldamento, come ho constatato direttamente. Se questa è la situazione dell'assistenza preventiva, le cose non mutano per quanto riguarda la assistenza curativa, specialmente quella riferita ai medicinali e agli ospedali.

Non voglio discutere a lungo del problema dei medicinali, ma mi voglio soffermare su alcuni elementi. L'anno scorso la carenza del vaccino antipoliomielitico, mentre l'epidemia poliomielitica, grave fin dall'inizio, si andava intensificando, oltre a produrre una corrispondente carenza nella protezione sanitaria specifica, determinava una speculazione nei prezzi.

Ciò produceva una grave commozione nella popolazione, con manifestazioni di risentimento, che si ripercossero con profonda intensità nel Parlamento.

Il prezzo agli inizi era di 1.500 lire per dose, poi scese a 1.200, poi a 850, mentre il costo si aggirava sulle 250 lire. In pochi mesi le aziende farmaceutiche produttrici di vaccino hanno guadagnato un miliardo. Ciò significa che quando ci sono flagelli sociali, gli speculatori sono pronti a trarne vantaggio. È come nei periodi di guerra: mentre si versa il sangue dei soldati nelle trincee, gli speculatori si arricchiscono.

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Per la serietà di questa Assemblea dovrebbe corredare le sue notizie di qualche dato di fatto, perchè non si possono lanciare dati di fantasia.

PRESIDENTE. Onorevole Sottosegretario, il senatore Pasqualicchio ha cita-

to dei dati. Noi non abbiamo la possibilità di verificare se quei dati non sono esatti.

P A S Q U A L I C C H I O, *relatore di minoranza.* Noi domandiamo, onorevole Sottosegretario, che questa speculazione venga troncata e si agisca in modo decisivo per la protezione della società, come hanno agito in analoghe circostanze i Governi passati, ad esempio a proposito del chinino. Voi sapete che la produzione del chinino a scopo terapeutico fu nazionalizzata con legge 23 dicembre 1903, n. 55. In proposito vi è una pubblicazione del 1911 del Ministero delle finanze in cui si afferma: « Le leggi sull'igiene e la sanità pubblica sono senza dubbio il più bel risultato del progresso scientifico delle Nazioni civili e bene si può affermare che esse sono l'indice più sicuro della civiltà di un popolo ». Quali sono stati i risultati della nazionalizzazione del chinino? « Dal punto di vista tecnico — dice quella relazione — che l'industria statale produca meglio non vi è alcun dubbio, nonostante la feroce guerra di denigrazione fatta e non ancora cessata dalla privata industria, ferita nel suo interesse; per l'aspetto finanziario, l'analisi del costo industriale delle prime partite di chinino, preparato dalla Farmacia centrale, offre così felici risultati economici che sono serviti d'indice all'Amministrazione per fissare i prezzi di vendita in una misura talmente mite da sollevare persino il dubbio, da parte di persone interessate, che potesse essere insufficiente a coprire il costo ». Vedete cosa si faceva più di 50 anni fa! (*Interruzione dal centro*). Oggi dovrebbe essere più facile, se si considera che tali provvedimenti sono stati presi in un periodo in cui la produzione non era così sviluppata, non era diventata intensamente sociale come adesso. Oggi è richiesta questa trasformazione sociale anche nell'assistenza sanitaria, e a maggior ragione si dovrebbe prendere questo provvedimento.

B O N A D I E S. Ma per il chinino è stata fatta soltanto l'importazione.

P A S Q U A L I C C H I O, *relatore di minoranza.* Sì, l'importazione della materia prima, ma la confezione è stata fatta dalla Farmacia centrale e il prodotto è stato messo in commercio come chinino dello Stato.

B O N A D I E S. Era sempre chinino importato; lo Stato non ci faceva niente, non c'erano stabilimenti di produzione.

P A S Q U A L I C C H I O, *relatore di minoranza.* Certamente, non c'è la produzione di chinino in Italia. Qui invece per produzione s'intende la preparazione della materia prima nella sua confezione commerciale.

Come si è modificata la mortalità? Nel 1895 abbiamo avuto 16.464 morti, nel 1902-1903, quando si incominciò a distribuire il chinino dello Stato, i morti sono scesi a 9.000, nel 1954 a 8.000, nel 1907 a 4.000, nel 1910 a 3.000. Oggi la malaria può dirsi scomparsa. È vero che questo risultato non può attribuirsi soltanto al chinino, in quanto ad esso si è aggiunto un intervento ancora più energico, con cui, distruggendo l'anofele, si è distrutto il ciclo dell'infezione malarica. Ma è indubitato che la confezione del chinino di Stato ha apportato i grandi benefici che la mia succinta esposizione ha posto in rilievo.

Onorevoli colleghi, ci sarebbe molto da dire sulla gerontologia e sulla geriatria; non perchè si voglia proteggere noi vecchi, ma perchè è un problema sociale attuale che contempla l'umanità di domani. Noi sappiamo che l'umanità è minata da tre fattori patologici principali: le malattie infettive, le malattie da ricambio organico e le radiazioni ionizzanti.

Ieri avete ascoltato dal collega Focaccia quali sono gli aspetti della penetrazione di queste particelle e delle onde elettro-magnetiche nell'organismo. Noi abbiamo altri elementi ancora da considerare; e sembra strano come il compito di studiare non soltanto la salute ma anche le prospettive per l'umanità sia stato assunto, insieme ai patologi e ai clinici, anche da un grande fisico, Leo Szilard, collaboratore di Enrico Fermi e di Alberto Einstein, che ha dato un valido contributo alla produzione e allo sviluppo dell'energia atomica. Considerando gli sviluppi dell'energia atomica, egli si è dato anche allo studio dell'uomo e in un recente articolo

ha espresso una formula matematica, la cosiddetta formula della sopravvivenza dell'umanità, secondo cui l'uomo va soggetto continuamente ai cosiddetti urti d'invecchiamento. Un urto d'invecchiamento che potrebbe denominarsi continuo è rappresentato proprio dalle radiazioni ionizzanti.

Quando parlo di radiazioni ionizzanti non faccio naturalmente distinzione tra quelle naturali e quelle artificiali, ma la gravità del processo è dato proprio da quelle artificiali, che attualmente in America hanno raggiunto quasi lo stesso grado di quelle naturali.

Egli aggiunge che così si vanno accumulando continuamente difetti ereditari nell'umanità, che portano alla morte di numerose cellule; la sopravvivenza sarà determinata da residui di cellule viventi, e questo residuo non potrà andare al di sotto del sesto della costituzione cellulare dell'organismo. Sulla base di questi dati egli avanza l'ipotesi che tra cento anni un uomo cinquantenne avrà l'aspetto di un ottantenne. Possiamo discutere sulla validità di questa affermazione, che scaturisce da formulazioni matematiche, ma non dobbiamo dimenticare che Russel ha calcolato che un Roentgen equivalente fisico, cioè una determinata quantità di radiazioni ionizzanti, di qualsiasi natura, provoca un accorciamento della vita di tre giorni e un terzo. Noi andiamo soggetti continuamente a queste radiazioni, e, sommando questi continui urti di invecchiamento, possiamo comprendere la gravità della formula della sopravvivenza dettata da Szilard, formula che si basa su dati scientifici che dobbiamo considerare.

Prima di venire alla conclusione, non posso fare a meno di trattare un altro problema, quello che riguarda i medici. Noi parlamentari siamo oberati da una corrispondenza continua da parte dei medici e dell'organizzazione medica, e sappiamo che c'è anche la cosiddetta organizzazione di difesa del medico. Quando diamo uno sguardo al passato, come bene ha detto il collega Benedetti, vediamo che prima il medico era il « magnifico », poi è diventato il « signor medico », poi è diventato l'« omino ». Questa è la realtà. Parlare di difesa del medico è necessario, perchè questi soggiace ad un rapporto sociale differente da quello di prima. Ricordiamo che alcuni medici sono stati aggrediti e uccisi. Perchè? Perchè si è prodotta una tale corruzione nell'assistenza sanitaria, che si avanzano pretese illegali e irrazionali verso il medico, pretese che un medico coscienzioso non può soddisfare; in questa situazione egli va incontro alla umiliazione quotidiana e anche alla morte per aggressione.

Ma c'è ancora da esaminare un altro aspetto, quello del numero dei medici che è enormemente aumentato. Siamo oggi intorno ai 75.000. Mentre nel 1913 c'era un medico ogni 10.000 abitanti, adesso c'è un medico ogni 661 abitanti. Una sproporzione enorme; e, se si riduce l'importo di reddito del medico semplicemente alla cifra di 661 abitanti, il suo reddito risulta insufficiente per mantenere la famiglia. Ecco allora che il medico va incontro (dobbiamo riconoscerlo perchè anch'egli è responsabile di questa situazione assistenziale) alla corruzione. Così noi vediamo che dei medici appena laureati, avendo la pretesa di guadagnare subito come un medico che ha subìto un lungo tirocinio, vanno alla ricerca del cliente, dell'assistibile, del libretto. Si produce così una corruzione nell'erogazione dei medicinali, nell'erogazione dell'assistenza domiciliare ed ambulatoriale. Insomma è tutto un sistema da rivedere.

Ma vediamo per un momento quello che avviene nell'ospedale, nel quale si riscontrano delle posizioni di privilegio. Il giovane medico soffre nell'ospedale, non trova nessuna assistenza da parte di chi dovrebbe istruirlo e, nello stesso tempo, pur dando la sua opera, non riceve nessun compenso.

Voglio citare alcune cifre riguardanti il riparto del compenso sanitario che viene pagato dagli istituti assicuratori o dai privati all'ospedale, e, a mo' d'esempio, vi faccio il quadro dei compensi percepiti nell'Ospedale maternità ed infanzia di Foggia e ripartiti fra il personale sanitario.

Il 30 per cento del compenso sanitario viene versato all'amministrazione, il 50 per cento al direttore, l'8,5 per cento all'aiuto, il 7,5 per cento ai due assistenti e il 4 per cento a due ostetriche. Consideriamo bene

queste cifre: esse riguardano una distribuzione ingiusta del compenso. Il direttore soltanto riceve il 50 per cento, anche se non è presente nei vari interventi giornalieri diurni e notturni.

B O N A D I E S . Ma non può essere così!

P A S Q U A L I C C H I O , *relatore di minoranza.* Questa è l'esatta situazione dell'Ospedale di Foggia.

B O N A D I E S . La mia è una conoscenza personale.

P A S Q U A L I C C H I O , *relatore di minoranza.* Anche la mia è diretta e personale. Il direttore prende il 50 per cento e, badate, per tutti gli interventi, anche se lui non è in sala, facendo semplicemente una visita giornaliera all'Ospedale della maternità, mentre l'aiuto che opera di notte e di giorno da solo, che dà tutto il suo contributo all'assistenza continua nell'ospedale, riceve appena l'8,5 per cento.

Noi dobbiamo rivedere questa situazione e determinare una più equa distribuzione degli emolumenti che vengono percepiti negli ospedali.

Come vedete, dunque, egregi colleghi, la conclusione della nostra relazione di minoranza rispecchia appieno quella che è la situazione e quelli che sono i compiti del Ministero della sanità. Noi chiediamo che questi compiti vengano non solo assunti ma espletati.

E siccome il bilancio non contempla nessuna evoluzione nel campo dell'assistenza della salute pubblica, non possiamo che richiamarci alle nostre conclusioni. Quando parliamo d'igiene vogliamo contemplare tutti i settori che contribuiscono a stabilire una protezione igienica, senza prescindere dalla assistenza terapeutica e prevertiva. L'igiene è contemplata come la scienza della salute dell'uomo in generale; questa salute viene prodotta e conservata dall'abitazione, dal vestiario, dall'alimentazione. Perchè il bimbo (come è stato anche caratterizzato il neo Ministero della sanità) sia vegeto e venga su sano e normale con funzioni corrispondenti alla sua età, perchè cresca e formi domani una nuova società sana, è necessario integrare l'assistenza, la protezione sanitaria in senso lato, adducendo anche questi elementi. Solo così si crea una situazione, in cui l'articolo primo della legge istitutiva del Ministero della sanità abbia un valore reale. (*Applausi dalla sinistra*).

Annunzio di presentazione di relazione

P R E S I D E N T E . Comunico che il senatore Bosi ha presentato una relazione di minoranza sul seguente disegno di legge:

« Stato di previsione della spesa del Ministero dell'agricoltura e delle foreste per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1959 al 30 giugno 1960 » (391).

Questa relazione sarà stampata e distribuita ed il relativo disegno di legge sarà iscritto all'ordine del giorno della seduta di martedì prossimo venturo.

Ripresa della discussione

P R E S I D E N T E . Ha facoltà di parlare l'onorevole Ministro della sanità.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, credo che sia buono auspicio per il nostro Ministero il fatto che la discussione del suo primo bilancio sia avvenuta in quest'Aula di Palazzo Madama dove il disegno di legge che ne proponeva l'istituzione ha avuto, ora è un anno, il suffragio favorevole di quest'alto consesso; ed è anche di buon augurio la circostanza che relatore ne sia il senatore Benedetti che è stato tra i primi e più ardenti fautori del sorgere del nuovo organo statale. Mi sembra che l'atmosfera di quest'Aula, in cui gradualmente acquistò forma e contenuto il nuovo Ministero, abbia anche influito a dare alla presente discussione quella sincerità di tono e di calore umano che tutti voi senatori di certo, con intimo compiaci-

mento, avete ora per ora particolarmente avvertito. Ringrazio il senatore Benedetti per la sua completa, chiara, acuta relazione alla quale è da attribuire in gran parte l'interessamento vasto per la pubblica sanità suscitato in questa Assemblea, come anche sento di dover ringraziare, pur se in gran parte non posso condividerne il pensiero, i relatori di minoranza, senatori Pasqualicchio e Boccassi, che con le loro osservazioni hanno contribuito a mettere in luce alcune questioni degne di attenzione. Ed infine ringrazio gli onorevoli senatori intervenuti in questo dibattito per la collaborazione data con i loro interventi, ricchi di esperienza e profondi di dottrina, e con i loro ordini del giorno che lapidariamente pongono all'attenzione del Parlamento quesiti di non trascurabile importanza.

L'Italia ha il privilegio di essere stata una delle prime Nazioni ad avere una legislazione sanitaria efficiente. Ciò è dovuto alla lungimiranza di Francesco Crispi, autore della legge del 1886. È ovvio che col procedere degli anni le leggi vanno modificate ma quando esse sono solidamente costruite come quella di Crispi, si tratta di aggiornarle, e adattarle alle nuove esigenze. Le leggi si possono paragonare agli edifici; se solidamente costruiti, con buona manutenzione e opportuni adattamenti, sfidano i secoli, se mal costruiti rapidamente decadono, crollano, vanno demoliti. Il Parlamento e il Governo, ispirandosi alla tradizione del passato, vogliono attivamente occuparsi dei più urgenti problemi riguardanti la Sanità. Per questo la Sanità, da Direzione generale è passata ad Alto Commissariato prima, e ora a Ministero, dopo 9 anni circa di alterne vicende parlamentari.

L'istituzione del Ministero della sanità significa appunto che, in armonia e in osservanza della Costituzione, con consapevole impegno da parte del Parlamento e del Governo, bisogna risolvere i vari problemi connessi alla sanità pubblica, eseguendo anche i lavori diretti ad approfondire i problemi scientifici e pratici della medicina, onde trarne in sede amministrativa e legislativa le opportune conclusioni.

La struttura del Ministero è garantita dalla sua organizzazione, che comprende 5 direzioni generali ed un efficiente servizio ispettivo; si snoda nel vasto settore dei medici provinciali, dei veterinari, degli ufficiali sanitari, dei medici condotti, dei laboratori provinciali. Al centro, l'Istituto superiore di sanità dà massime garanzie per quanto riguarda la ricerca scientifica ed i controlli di Stato, i progetti di costruzione di opere igieniche, i corsi di addestramento per il personale sanitario, mentre rivede in sede di appello i controlli già eseguiti dai laboratori provinciali. Il Consiglio superiore di sanità è il massimo organo consultivo, e verrà posto in grado di occuparsi efficientemente dei più notevoli problemi sanitari del Paese, dando al Ministro il sostegno e il conforto della scienza e dell'esperienza dei suoi componenti.

Ho già presentato agli organi competenti (Presidenza del Consiglio, Ministero del tesoro, Ministero per la riforma burocratica), in virtù della delega contenuta nella legge istituzionale del Ministero della sanità, le proposte dei ruoli organici, sia per i servizi tecnici che per quelli amministrativi, centrali e periferici. Tali proposte di organici rispecchiano le reali esigenze del Ministero della sanità e consentiranno, tra l'altro, di dare una definitiva sistemazione al personale distaccato e a quello non in pianta stabile.

Il nuovo Ministero affronterà con sollecitudine e con diligenza i problemi più importanti ed urgenti, che possono riassumersi in due parole: prevenzione (o profilassi o igiene) e assistenza. Per prevenzione intendiamo il rispetto di quelle disposizioni che stabiliscono le condizioni nelle quali dovrebbero svolgersi le attività scolastiche e di lavoro, la sorveglianza delle installazioni sanitarie, la diffusione di quelle elementari esigenze senza le quali non possiamo sperare in un vero e civile progresso. La previdenza, nel campo sanitario, oggi di primaria importanza, comprende il capitolo delle vaccinazioni, di cui tanto si è parlato in questi ultimi mesi, la sorveglianza delle scuole, la creazione di centri di diagnosi e terapia precoci, di centri per la tubercolosi, di cen-

tri per i tumori, di centri di igiene psichiatrica, specialmente rivolti all'infanzia difficile e deficiente; la vigilanza sulla produzione dei farmaci e sulla loro immissione nel commercio, la sorveglianza delle condizioni di salubrità dei pubblici trasporti e ritrovi, che rappresentano spesso il veicolo più importante per la diffusione delle malattie; e, di concerto con gli enti specializzati, l'assistenza alle gestanti e alla prima infanzia.

Nel capitolo dell'assistenza (termine di per sè abbastanza chiaro) rientra il funzionamento e anche l'efficace organizzazione degli ospedali già esistenti, la loro specializzazione, oltre che la graduale creazione di nuovi e moderni complessi ospedalieri.

La prevenzione da un lato e l'assistenza dall'altro sono i due punti sui quali particolarmente sarà impegnata l'attività del nuovo Ministero. In particolare, in tema di igiene si detteranno norme rigorose per i pubblici ritrovi al fine di garantire la salubrità di essi, degli spacci di generi alimentari, dei ristoranti, dei tram, dei bar. Si guarderà ai pubblici trasporti nel senso che gli autoveicoli rispondano alle condizioni richieste e venga evitato l'affollamento che più favorisce il diffondersi delle malattie. Si avranno mezzi idonei per provvedere e combattere gli inquinamenti atmosferici dovuti a fumo, a vapore, a emanazioni radioattive. Si intensificherà la vigilanza sanitaria nelle scuole, si assicureranno i mezzi più opportuni per quelle vaccinazioni che saranno ritenute indispensabili per meglio garantire la salute dei cittadini.

Di concerto con il Ministero dei lavori pubblici e, se del caso, anche con la Presidenza della Cassa per il Mezzogiorno, si solleciterà l'istituzione di acquedotti e di fognature là dove occorre.

Soprattutto nel campo della profilassi e della prevenzione si procederà ad accertamenti ai fini delle diagnosi precoci delle malattie ed alla creazione di preventori per l'infanzia. Si attuerà la lotta contro le malattie infettive e diffusive e contro le epidemie, anche attraverso vaccinazioni gratuite, come del resto già è stato fatto.

Strumento fondamentale, idoneo ed agile per questa opera d'igiene nelle singole Provincie e quindi in tutto il territorio nazionale, sono i laboratori provinciali di igiene e profilassi, che sono appunto da considerarsi tra i più importanti istituti dell'attività igienico-sanitaria operanti nell'ambito di ciascuna Provincia. Essi costituiscono organi di indagine e di accertamento indispensabile per il medico provinciale, per il medico veterinario provinciale e per gli ufficiali sanitari, che si avvalgono continuamente dei laboratori stessi nell'espletamento delle loro funzioni di tutela della salute pubblica.

Ciascun laboratorio provinciale di igiene e profilassi è costituito da due reparti: uno medico che ha il compito dell'accertamento, della diagnostica e della profilassi delle malattie infettive, parassitarie e sociali; un altro chimico, soprattutto per l'accertamento della genuinità e salubrità di alimenti e bevande. Solo con una continua vigilanza igienico-sanitaria potremo controllare la cartella clinica — mi sia consentita questa frase — dei nostri quotidiani alimenti.

Posso assicurare il senatore Alberti che si metteranno allo studio, presso l'Istituto superiore di sanità, provvedimenti analitici circa una nuova disciplina per l'uso di sostanze proteiche, grasse e vitaminiche nell'industria della panificazione e della pastificazione. I continui progressi della scienza e purtroppo anche i continui perfezionamenti delle frodi rendono indispensabile che i laboratori siano progressivamente potenziati e perfezionati nella loro disponibilità di locali, di attrezzature e di personale.

In particolare, per quanto riguarda il reparto medico, si presenta attualmente la necessità che ne venga estesa l'attività diagnostica alle malattie da *virus*. che rappresentano oggi uno dei più gravi problemi profilattici. Per quanto riguarda il reparto chimico, speciale sviluppo va dato ai controlli dei grassi alimentari, vegetali ed animali, dei conservativi e delle sostanze coloranti aggiunte agli alimenti, delle sostanze disinfestanti, che spesso sono altamente tossiche per l'uomo e che possono essere presenti negli alimenti.

Molte amministrazioni provinciali hanno dato prova di perfetta comprensione della importanza dei compiti affidati ai laboratori e li hanno dotati di nuove sedi, come Salerno, Cuneo, Foggia, Enna, Sassari, Terni e Vicenza, oppure hanno ampliato le sedi esistenti — Trento e Udine — ed hanno inoltre sopportato notevoli spese per l'aggiornamento di attrezzature.

D'altra parte il Ministero della sanità non ha mancato di intervenire erogando adeguati contributi finanziari a favore delle amministrazioni provinciali stesse o fornendo direttamente attrezzature tecniche nei limiti delle modeste disponibilità di bilancio. Nell'ultimo triennio sono stati erogati circa 100 milioni di contributi e 30 milioni di apparecchiature.

Il Ministero inoltre ha organizzato corsi di aggiornamento per medici e per chimici e prossimamente inizierà un corso di virologia presso l'Istituto superiore di sanità. Ritengo che la data più opportuna sia quella del prossimo autunno.

Non bisogna però nascondersi che, per raggiungere un'efficienza completa ed uniforme dei laboratori, occorre ancora uno sforzo di notevole entità da parte di molte Provincie, specialmente le più piccole, che tuttora mantengono i propri laboratori in condizioni non rispondenti ai bisogni del servizio.

In tema di provvedimenti profilattici è doveroso fare un cenno particolare alla vaccinazione anti-poliomielitica. Già sull'argomento ho avuto occasione di parlare il mese scorso alla Camera dei deputati. Perciò qui riassumerò soltanto alcuni punti, rinviando appunto a quell'intervento. Anzitutto ricorderò alcuni fatti sintomatici, per interpretare in qualche modo lo stato d'animo dei cittadini prima che l'epidemia del 1958 si verificasse.

Nel febbraio del 1957 furono acquistate le prime 60 mila dosi di vaccino e furono distribuite agli uffici sanitari provinciali, dopo che con circolare del 27 marzo di quello anno erano state date le istruzioni per lo impiego, in conformità di un programma che aveva ottenuto l'adesione dei più illustri nostri studiosi. Gran parte di queste fiale rimasero inutilizzate, nonostante ogni attività di propaganda e di convinzione sia presso il pubblico sia presso i sanitari. Tuttavia si ripetè il tentativo l'anno successivo. Infatti il 19 dicembre 1957 si provvide all'acquisto di altre 100 mila dosi, che furono egualmente distribuite per la vaccinazione gratuita, dopo che con altra circolare erano state ribadite le istruzioni e le raccomandazioni per un rapido totale impiego. L'accoglienza a questa seconda iniziativa dell'Amministrazione sanitaria fu più favorevole e tutto faceva pensare che il trattamento vaccinale si sarebbe affermato con gradualità, del resto giustificata dall'applicazione di un nuovo vaccino.

Se non che nel luglio scorso cominciò a manifestarsi la recrudescenza in Napoli, alla quale seguì nell'agosto-settembre quella di Roma. Allora, sia in queste Provincie sia in altre, per il timore di un'eventuale diffusione della malattia, cominciò da parte del pubblico una ricerca ansiosa del vaccino. Tale situazione psicologica era generata dall'inesatta convinzione che il trattamento immunizzante avesse un effetto protettivo immediato e quindi un'efficienza contro la epidemia in atto. L'erronea valutazione dell'opportunità e del momento dell'esecuzione della vaccinazione pregiudicò enormemente l'organizzazione degli approvvigionamenti e l'esecuzione dell'immunizzazione; ne risentirono i prezzi e la reperibilità del vaccino. Esaurita rapidamente la produzione nazionale, che si aggirava sulle 120 mila dosi al mese, si dovette ricorrere all'importazione, che non poteva essere in un primo tempo nè facile nè sollecita nè regolare, dato che si tratta di un vaccino a breve scadenza e da assoggettare a complessi e lunghi controlli all'atto dell'importazione, per garantire la sua innocuità e la sua efficacia. Non potevano non passare alcune settimane per l'acquisto, il finanziamento, la richiesta, l'arrivo e la distribuzione del materiale; ma questo tempo fu più che sufficiente per esasperare gli animi e creare un generale senso di insoddisfazione e di sfiducia nelle autorità sanitarie.

L'Amministrazione aveva provveduto, in data 17 settembre 1958, all'acquisto di altre 200 mila fiale, con l'intendimento di concentrare la propria azione soprattutto in alcune Provincie che, negli anni precedenti, risultavano particolarmente colpite dall'endemia. Tale intendimento era motivato sia dalla convinzione dell'opportunità di dare un aiuto immediato a quelle Provincie sia dalla necessità di formarsi un'esperienza propria sull'efficacia del vaccino. Infatti i risultati disponibili dell'esperienza americana riguardano soprattutto bambini della età scolare, mentre l'applicazione italiana doveva essere diretta essenzialmente alla prima e alla seconda infanzia. Questo programma dell'Amministrazione sanitaria era stato confortato dal parere del Consiglio superiore di sanità.

L'epidemia del 1958 venne a sconvolgere ogni piano preordinato, ma, tra i tanti danni ed inconvenienti, ha creato una sola favorevole, insperata situazione. Nella maggior parte delle Provincie italiane, anche tra la popolazione abitualmente non disposta ad accettare interventi immunizzanti, si è vaccinato largamente, incessantemente, con una intensità ed un ritmo forse mai conosciuti nel nostro Paese. Oggi, a distanza di due anni da quel marzo 1957, in cui furono inutilmente distribuite 60 mila fiale di vaccino, noi possiamo registrare in Italia circa quattro milioni di soggetti che si sono volontariamente sottoposti al trattamento. Tenendo presenti le difficoltà di bilancio in cui versa la maggior parte delle amministrazioni locali e considerando che la spesa per la vaccinazione antipoliomielitica costituisce un notevole onere, per necessità insorta in maniera improvvisa e quindi non prevista negli ordinari stanziamenti di bilancio, si è posto in opera quanto possibile per venire incontro alle necessità dei Comuni particolarmente bisognosi. Pertanto si autorizzarono all'importazione e alla vendita del vaccino antipoliomielitico le ditte straniere che ne avevano fatto richiesta, e si provvide all'acquisto di altre 424.983 dosi di vaccino nel novembre 1958, e di 500 mila dosi nel dicembre. Tutti questi quantitativi furono distribuiti gratuitamente agli uffici dei medici provinciali.

Al tempo stesso dobbiamo pur riconoscere che gli enti locali hanno largamente risposto all'invito del Ministero della sanità, provvedendo con sollecita e fervida collaborazione all'acquisto di notevolissimi quantitativi di vaccino. In questa sede non si vuole ricordare nessuna amministrazione a preferenza di altre, perchè tutte hanno compiuto il massimo sforzo possibile, con piena consapevolezza dei propri doveri nel campo igienico-sanitario nei confronti della popolazione amministrata. Accanto alle predette amministrazioni locali, alcuni istituti mutualistici, come l'E.N.P.A.S. e l'O.N.M.I., hanno potuto mettere a disposizione del pubblico tutti i loro consultori e il proprio personale.

Inoltre il Ministero si è occupato anche del problema dei prezzi del vaccino che il C.I.P. aveva stabilito in 1.500 lire *pro dose;* un primo provvedimento, in data 11 ottobre 1958, portò alla diminuzione del prezzo a lire 1.200 *pro dose*, successivamente ridotto ancora a lire 850 *pro dose* con provvedimento del 21 novembre 1958. Infine, con altro atto del 31 gennaio 1959, il prezzo venne definitivamente stabilito in lire 750, lasciando invariato il prezzo solo per l'unico prodotto nazionale. È mio proposito, appena terminata questa discussione, di fare azione sul C.I.P. perchè riveda questo prezzo di lire 750 *pro dose,* per ulteriormente ridurlo. Questo — s'intende — è il prezzo di vendita del vaccino presso le farmacie.

Tale la situazione ai primi del corrente anno. Considerato che dall'ordinazione del vaccino all'industria alla distribuzione del medesimo al pubblico trascorrono quasi tre mesi — tempo necessario per la preparazione del vaccino e per i relativi controlli sanitari — mia prima preoccupazione, appena chiamato al Ministero della sanità, è stata quella di assicurare il fabbisogno mensile di vaccino per tutta la popolazione infantile. Nei primi del mese di marzo, al fine di aumentare la disponibilità di vaccino antipoliomielitico per la vendita al pubblico, ho disposto la completa liberalizzazione della distribuzione ai privati. È opportuno ricordare che il Ministero della sanità con-

trolla sempre le cessioni effettuate dalle ditte produttrici agli enti e alle farmacie. Nel mese decorso e nel corrente mese sono stati stipulati altri contratti per l'acquisto di 5.273.000 dosi di vaccino ed è imminente la distribuzione di un primo lotto di 900.000 fiale di cui è in corso la consegna. Altre dosi per 1.104.600 unità saranno consegnate entro maggio, 1.604.600 dosi in giugno, 1 milione e 450.600 dosi in luglio e nei mesi seguenti altre 209.000 dosi. Attualmente sono in corso trattative per l'acquisto di altre 264.000 dosi che si trovano sul mercato.

Il Ministero sta mettendo in distribuzione per i prossimi mesi, quindi, un totale di 5.533.000 dosi che, aggiunte alle dosi già distribuite l'anno precedente e nei primi di gennaio, portano ad un totale di 6.661.933 dosi fornite gratuitamente.

Questa seconda fase di intervento massiccio del Ministero della sanità nell'approvvigionamento di vaccino sarà certamente bene accetta e considerata tempestiva ed opportuna dalle amministrazioni locali, che fino ad ora hanno sostenuto in questo settore gravi oneri in rapporto alle loro limitate possibilità.

Ma non bisogna stupirsi di questa cifra, apparentemente ingente, di dosi di vaccino, perchè anzi bisognerà ricorrere all'ordinazione di altre dosi per completare su vasta scala i cicli di vaccinazione. Le dosi acquistate serviranno per la terza iniezione che in genere cade in questo mese e in quello di giugno e per la prima e seconda vaccinazione dei bimbi ancora non vaccinati. La fornitura del vaccino è periodica, dato che il vaccino stesso è a scadenza determinata.

L'ampia ordinazione di vaccino è anche conseguenza della decisione da me già pubblicamente annunziata nel mese di marzo, ed ufficialmente presa il 23 aprile con circolare n. 51, di estendere cioè la vaccinazione gratuita a tutti i bambini di età non superiore ai 6 anni i cui genitori ne facciano richiesta, mentre, come è noto, le precedenti disposizioni o disegni di legge giacenti in Parlamento prevedono tale trattamento per i bambini inferiori ai tre anni.

Riferendomi quindi alla relazione di minoranza sul disegno di legge che è attualmente in discussione, credo che le osservazioni fatte in merito all'approvvigionamento del vaccino antipoliomielitico si possano considerare superate.

È stata altresì organizzata per iniziativa nostra una propaganda in tutte le Provincie italiane per le giornate antipoliomielitiche. Gli oratori, i conferenzieri saranno i maggiori maestri delle nostre facoltà di medicina.

La stampa ha trattato ampiamente il problema della vaccinazione antipolio. Ritengo di interpretare il pensiero del Governo rivolgendo un vivo ringraziamento ai giornalisti italiani per la loro pronta, volontaria azione diretta a persuadere il pubblico alla vaccinazione, sì che il terribile morbo non si diffonda. Chi ha avuto la triste ventura di visitare i ricoveri dei poliomielitici, veramente ne esce molto attristato perchè si vedono giovani o bambini destinati quasi tutti a rimanere immobilizzati per tutta la vita. Se si proiettasse un film nelle sale cinematografiche italiane nessun padre o nessuna madre esiterebbe a far vaccinare i propri figli. Non rispondendo al richiamo degli organi responsabili di Governo e degli organi sanitari provinciali, molti assumono di fronte alla famiglia una grave responsabilità.

PASQUALICCHIO, *relatore di minoranza.* Ma a Napoli facevano apporre la firma dai genitori dei vaccinati. E questo mi sembra un ostacolo. (*Interruzione dal centro*).

GIARDINA, *Ministro della sanità.* Quanto ai prezzi del vaccino, noi ci siamo orientati verso il vaccino di minor prezzo, prezzo che non ha alcun rapporto con la bontà del vaccino stesso. I prezzi variano da industria ad industria, in rapporto al costo di produzione che a sua volta è in diretta relazione alle possibilità di produzione e di vendita; ora si delinea una marcata riduzione. Anche il forte quantitativo che ci siamo assicurati nel mese di marzo, per l'estensione della vaccinazione gratuita dei bimbi fino a sei

anni, agirà come elemento di freno nei prezzi di vendita al minuto.

Ritornando ai problemi della prevenzione delle malattie, certamente rientra in questo quadro il problema della maternità e della infanzia, su cui si sono rivolte le attenzioni e preoccupazioni di molti senatori che sono intervenuti in questo dibattito. Sono concorde con loro che bisogna fare in modo che il bilancio della Maternità e infanzia venga accresciuto. L'argomento è stato ampiamente trattato dai colleghi senatori e quindi rinuncio a leggere cifre e dati che potranno essere del resto portati a conoscenza di questa Assemblea in qualche altra occasione.

Per quanto riguarda il servizio schermografico, posso assicurare che il Ministero intende che esso sia gestito in funzione polivalente e non a compartimenti stagni. È noto quanto sia utile questo servizio: la schermografia, sorta da poco tempo come validissimo strumento di lotta anti-tubercolare, si è rivelata come elemento prezioso di indagine del torace e per la diagnosi soprattutto di forme ignorate di cardiopatie, di tumori, di affezioni mediastiniche e di anomalie varie. Grazie al perfezionamento tecnico, si sono conseguiti risultati anche nel settore extra-tubercolare contro malattie che possono definirsi sociali. Superata positivamente la fase sperimentale, sono state anche meglio definite le premesse per la applicazione sistematica della schermografia nelle diagnosi di molte affezioni dell'apparato scheletrico e digerente, considerate anche queste nel novero delle malattie sociali.

Si è registrato un notevole progresso anche nella produzione delle apparecchiature schermografiche, soprattutto in rapporto al perfezionamento delle metodologie tecniche e all'estensione della schermografia a nuovi campi di indagine. Sino alla data odierna risultano in funzione complessivamente 149 apparecchiature schermografiche, con esclusione di quelle alle dipendenze dei Ministeri della difesa, delle finanze, dei trasporti, dell'I.N.A.I.L., dell'I.N.A.M. e di qualche industria privata. Di tali unità, 69 sono di tipo fisso, 44 di tipo automontato e 36 autotrasportate. Inoltre, di queste 149 unità, 120 risultano appartenere ai consorzi provinciali antitubercolari. Faremo in modo di sollecitare gli enti locali perchè aumentino ancora il numero delle unità schermografiche, soprattutto in funzione di piani che noi ci proponiamo di attuare in tema di igiene scolastica, onde permettere quell'esame sulla salute dei nostri giovani studenti, che è da tante parti invocato.

Non è forse il caso di procedere alla schermografia degli scolari delle scuole elementari, secondo i pareri dei competenti, ma, dal ginnasio fino all'università, questa rilevazione schermografica potrà essere condotta su larga scala; e, se saranno scoperte malattie ignorate dagli stessi interessati, avremo il dovere di provvedere alla cura, ove l'ammalato sia indigente.

Debbo rivolgere ora un vivo elogio al Centro lombardo di educazione sanitaria, esistente da alcuni anni, e che ha creato vari centri in altre Provincie italiane. Certamente il compito degli organi responsabili nel campo sanitario, sia sul piano nazionale sia sul piano regionale o provinciale, non potrà non essere più fruttuoso quando si farà appello alla coscienza dei cittadini. Quindi, un Centro che ha il compito precipuo di educare sotto il profilo sanitario la coscienza popolare deve essere favorito e incoraggiato in ogni modo a proseguire la sua azione, che giungerà a costituire il substrato su cui gli organi responsabili sanitari potranno poi efficacemente costruire.

Del pari non mi stancherò di svolgere una azione presso i Ministeri competenti affinchè si realizzino nuove opere per mutare l'igiene ambientale di determinati quartieri cittadini e di molte case di abitazione. Nessuno può contestare il progresso compiuto in questo campo dalla Liberazione ad oggi ed anche i sacrifici che lo Stato ha sostenuto per l'edilizia popolare e sovvenzionata e per gli acquedotti. Però deve essere ancora risolto radicalmente il problema delle fognature, che mancano in più di due terzi dei centri abitati del nostro Paese.

In questo modo non solo si andrà incontro ad una delle primordiali esigenze della vita civile, ma si realizzerà una notevolissima economia per gli immancabili vantaggi che ne deriveranno alla lotta contro le feb-

bri tifoidi e paratifoidi, di cui abbiamo ogni anno oltre 20 mila casi, mentre, come ricordava ieri il senatore Alberti, un ammalato di tifo non fu prontamente diagnosticato dai medici di New York perchè quei sanitari avevano perduto la conoscenza di quelle febbri che da alcuni anni non si verificano in una città di ben 8 milioni di abitanti. Ora l'andamento della morbosità per febbri tifoidi rappresenta la pietra di paragone dell'educazione sanitaria di un popolo e dell'aspetto igienico-sanitario di un Paese.

Daremo anche inizio alla difesa sanitaria della popolazione contro i pericoli derivanti dalle radiazioni ionizzanti, di cui ieri si è parlato in questa Assemblea. Abbiamo anzi in corso riunioni sull'argomento, che è stato trattato anche stamattina dal senatore Benedetti. Il Governo si preoccupa del problema e lo affronterà seriamente. Sono da segnalarsi in questo campo le lodevoli iniziative dell'Amministrazione provinciale di Milano, che ha già reso noti pregevoli studi sull'inquinamento dell'atmosfera e del terreno.

L'adesione del nostro Paese all'Euratom, il sicuro avvenire preconizzato all'impiego dell'energia nucleare per scopi pacifici da una parte, e dall'altra la conoscenza dell'irreparabile danno che l'inquinamento radioattivo dell'aria, delle acque, del suolo e dei prodotti del suolo può provocare nello organismo umano (danno che si proietta geneticamente nelle generazioni future), richiedono una rigorosa disciplina non soltanto relativa alla costruzione ed al funzionamento degli impianti di produzione della energia nucleare, ma anche ai prodotti di rifiuto provenienti da detti impianti. Presso il Ministero della sanità è allo studio un provvedimento legislativo in merito.

Avrei ancora molto altro da aggiungere in tema di prevenzione, ma credo che basti quanto ho detto per dare a voi la sensazione che il Governo è consapevole dei suoi compiti, soprattutto nel campo della protezione dell'infanzia, che deve godere di buona salute nell'interesse della società futura.

Quello che ho delineato è un rapido quadro dell'attività da svolgere dal Ministero nel settore della profilassi e della prevenzione, settore d'importanza fondamentale, in cui ogni fatica ed attenzione è preliminare dovere dello Stato. Il vero segreto della salute, come è stato ricordato da tutti gli intervenuti, è nel prevenire le malattie. È pertanto necessario lo sviluppo della prevenzione sanitaria: per mantenersi sempre in buona salute occorre prevenire le malattie e rivedere periodicamente — il che purtroppo non si fa — il motore uomo. È superfluo porre in questa sede in rilievo l'importanza umana, sociale ed economica della diagnosi precoce. La diagnosi precoce è la prima arma contro le malattie e da quando essa si è affermata diminuisce sempre più il numero degli inguaribili.

Verso il cittadino, verso ogni uomo, parte integrante ancorchè infinitesimale della società, noi dobbiamo andare fraternamente con un'assistenza che, per essere completamente idonea, deve essere anche anticipatrice.

Della necessità della profilassi, della prevenzione, della diagnosi precoce ci rendiamo certamente più convinti dinanzi al quadro delle malattie sociali, che sono la competenza di una delle nostre direzioni generali, quella della medicina sociale. Tracomi, tubercolosi, tumori, malattie cardioreumatiche, malattie veneree, ed altre: molte di queste malattie sociali sono state oggetto della relazione del senatore Benedetti e degli interventi degli onorevoli colleghi. Non è il caso di ritornare sull'argomento. Soltanto per venire incontro ad esplicite richieste, accennerò all'opera o ai propositi del Ministero nei confronti di qualcuna di dette malattie sociali.

Il senatore Benedetti si è soffermato sul tracoma ed ha sottolineato la necessità dell'intervento profilattico assistenziale. Sul tracoma potrei dare alcuni dati: i dispensari pubblici scolastici o abbinati nel 1948 erano 395, nel 1958, 592; le classi per alunni tracomatosi nel 1948 erano 239, nel 1958, 375. Bastano questi cenni per mostrare lo sviluppo e il progresso in questo campo.

Sulla tubercolosi hanno tutti parlato. Alcuni dicono: cancelliamo le cifre dai capitoli del nostro bilancio. In realtà dobbiamo osservare, e del resto è stato già rilevato

dal relatore ed anche da alcuni colleghi, che l'attuale stanziamento di bilancio è appena sufficiente. Il problema bisogna porlo oggi in questi termini: quando ancora infieriva ed era veramente spaventosa la tubercolosi, le cifre poste in bilancio presso la Sanità pubblica non erano certamente sufficienti. Oggi è soltanto diminuita la mortalità da tubercolosi, ma non sono diminuiti i tubercolotici nè i predisposti, i quali, abbandonati a se stessi, potrebbero essere vittime della tubercolosi stessa successivamente. Quindi l'opera di curare i tubercolotici e di prevenire la tubercolosi ci costringe a riconoscere che neppure una lira è da togliersi dal bilancio della Sanità in questo settore.

Il senatore Oliva ha chiesto assicurazioni che i Consorzi provinciali antitubercolari continuino ad essere gli elementi basilari della lotta antitubercolare. Posso assicurare che l'attività dei Consorzi antitubercolari non cesserà e che, se sarà possibile realizzare qualche nuovo mezzo di lotta contro le malattie sociali, questo mezzo potrà essere attribuito agli stessi Consorzi antitubercolari. Noi abbiamo il dovere di non far morire determinate organizzazioni, le quali hanno dato sempre buona prova; abbiamo il dovere di utilizzare quegli organi e quegli istituti, che, essendosi dimostrati all'altezza dei compiti che hanno avuto in passato, danno sicuro affidamento che sapranno assolvere altri nuovi compiti in avvenire.

Il senatore Alberti — egli è ... molto colpevole, se è richiamato continuamente da me — ha ricordato l'Istituto vaccinogeno antitubercolare, esprimendo qualche dubbio sull'utilità del medesimo.

Posso dichiarare che questo ente morale non ha scopi di lucro e provvede, tra l'altro, alla preparazione e distribuzione gratuita del vaccino antitubercolare B.G.G. Ha un bilancio di poco più di lire 20 milioni; per il 1956 l'Alto Commissariato ha concesso un contributo di lire 3 milioni; per il 1957, 5 milioni e per il 1958 altri 5 milioni. L'Istituto dispone anche di un'attiva sezione veveterinaria per la lotta contro la tubercolosi del bestiame, argomento molto seriamente dibattuto da questa Assemblea.

Il senatore Santero ha richiamato l'attenzione sulla necessità che si provveda al più presto a predisporre una legislazione per la lotta contro i tumori. Il Ministero è già in possesso di molti elementi predisposti da varie Commissioni, nonchè dello schema di provvedimento predisposto dal Centro nazionale di prevenzione sociale presieduto dal senatore De Nicola. Il materiale è in corso di elaborazione e si spera di poter approntare al più presto un provvedimento che soddisfi le varie esigenze, nei loro molteplici aspetti. Il senatore Santero ha lamentato la difficoltà di ottenere sussidi per il funzionamento dei centri tumori e per l'acquisto di attrezzature per la terapia. Purtroppo tali formalità sono imposte dall'osservanza delle disposizioni di legge sui servizi della contabilità dello Stato. Gli uffici si adoperano per ottenere lo snellimento delle procedure. Posso dire al senatore Santero che in questi anni, prima l'Alto Commissariato e oggi il Ministero hanno provveduto a distribuire annualmente circa 900 milioni di lire appunto per i centri tumori e noi riteniamo che questi centri non debbano moltiplicarsi in una sola zona, ma essere distribuiti in tutta la penisola, perchè, per la diagnosi precoce e quindi per una cura preventiva di un male così terribile, essi sono quanto mai necessari.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* Purchè si assolva soprattutto al compito di studio, e non si trasformino in centri di cura, come purtroppo avviene per parecchi centri, perchè allora essi snaturano la loro funzione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* L'attività del Ministero in questo campo è giorno per giorno visibile e controllabile.

Relativamente al morbo di Cooley, cui si è richiamato un oratore il primo giorno della discussione, posso dichiarare che l'importante capitolo delle malattie microcitemiche si affaccia per ora timidamente nel bilancio, ma è già stato predisposto uno schema di provvedimento che riconosce la importanza che spetta a tali malattie costituzionali, che in alcune Provincie della Nazione sono

causa di un numero elevato di morti infantili.

L'attenzione di molti colleghi si è giustamente soffermata sulla lotta contro il reumatismo e le cardiopatie. È un problema scottante, perchè si tratta per molte categorie di cittadini di una malattia professionale; e quindi i servizi relativi saranno potenziati dal Ministero della sanità. Ci sarebbe da parlare anche su altre malattie come le veneree e la lebbra, ma credo che su questi argomenti bastino le osservazioni contenute nella relazione del senatore Benedetti che accolgo pienamente.

C'è invece un punto su cui occorre soffermarsi: quello relativo alla poliomielite, non come malattia da prevenire, ma come malattia sociale. Del resto è prevista dalla legislazione italiana, sin dalla legge 10 giugno 1940, una regolamentazione della questione. I problemi che la poliomielite pone in campo sociale sono enormi e gravi e quindi bisogna completamente mutare la politica in questo settore e avere i fondi necessari per la riabilitazione e per il reinserimento dei poliomielitici nel mondo del lavoro, cosicchè i bambini oggi colpiti da paralisi non siano un peso morto della società. Necessitano allo scopo apparecchiature speciali e personale specializzato, dalle infermiere ai medici. A tal fine è mio proposito chiedere al Governo — e sono sicuro che il Governo non rimarrà insensibile — la possibilità di costituire un piccolo esercito di infermieri e di medici specializzati, che si possono formare con un anno o più di studi e di pratica. Bisognerà pertanto istituire borse di studio per circa un migliaio di infermiere e 500 medici, come primo programma.

Vi è altresì un problema che non riguarda specificamente il Ministero della sanità ma che è stato sollevato in sede di discussione di questo bilancio dal senatore Valenzi. Non basta che noi rieduchiamo i poliomielitici e cerchiamo di adattarli a compiere determinati lavori; è anche necessario che essi un giorno trovino lavoro, per cui bisognerà pensare in quale modo e in quali termini si potrà far sì che industriali, commercianti o altri imprenditori non chiudano la porta a questi minorati fisici colpiti in tenera età da questo terribile male.

Cercheremo anche di potenziare il materiale relativo alla cura immediata della poliomielite, come, per esempio, i respiratori. A questo proposito non soltanto il Ministero cercherà di procurare tale materiale, ma farà opera di sollecitazione e di informazione presso gli enti locali sì da metterli al corrente del continuo progresso in questo campo.

Infine abbiamo il problema del diabete, che è stato sollevato ieri da molti oratori ed è stato toccato oggi dal senatore Benedetti. A questo problema si riferisce anche l'ordine del giorno proposto dai senatori Alberti, Tibaldi, Macaggi, Gatto e Sansone, con i quali noi siamo perfettamente d'accordo. In questo campo c'è da fare e tutto deve essere fatto. Quando noi pensiamo che i diabetici in Italia sono certo non meno di 600.000, mentre probabilmente molti di più ignorano di essere ammalati, e se consideriamo la frequenza sempre crescente della malattia, le sue caratteristiche, peraltro perfettamente compensabili con adatte cure, causa di gravi complicazioni e di invalidità, donde la scarsa capacità del diabetico non assistito di inserirsi nella normale vita di lavoro, possiamo ben comprendere come il diabete sia un'importante e tipica malattia sociale. È stato calcolato in Francia che il diabetico abbandonato a se stesso o mal curato costa alla collettività ben venti volte di più di quel che costi il diabetico bene assistito e controllato.

La creazione di centri antidiabetici nelle maggiori città non risolve a sufficienza il problema dell'assistenza antidiabetica. I diabetici dei piccoli centri e delle campagne rimangono per lo più abbandonati a se stessi o affidati alle cure di medici impreparati o insufficientemente aggiornati, con conseguenze spesso gravi ed alle volte irreparabili. L'impreparazione dei medici e dei medici pratici in genere è dimostrata tra l'altro da cifre come queste: negli Stati Uniti e in altri Paesi progrediti dal punto di vista sanitario la letalità per coma diabetico non arriva al 2 per cento, mentre in

Italia raggiunge il 28 per cento. Non solo, ma il grande diabetologo americano Joslin reputa ancora troppo alta la cifra dell'1,9 per cento di letalità che si riscontra negli Stati Uniti perchè egli dice che di coma diabetico, nel nostro tempo, non si deve morire.

La scarsa preparazione della maggior parte dei medici in tema di diabete ha varie cause: innanzitutto l'insufficienza delle nostre facoltà universitarie dove la biochimica ha un posto marginale negli studi di medicina e dove non si insegna la dietetica. Potrei continuare sull'argomento: preparazione dei medici, degli assistenti sanitari, istituzione dei centri anti-diabetici e di consulenze ambulanti, reparti ospedalieri. Sul problema dell'insulina anch'io mi unisco ai senatori che sono intervenuti a proposito delle tasse fiscali da cui è colpita.

Gli scopritori Banting e Best rinunziarono ad ogni compenso per la loro scoperta, non vollero prendere nessun brevetto affinchè l'insulina potesse giungere a tutti i malati alle condizioni più favorevoli possibili. È assurdo che si paghino diritti doganali pari a quelli dei liquori e profumi esteri. Quindi, unificazione dei criteri di assistenza da parte degli enti di previdenza e delle mutue; assistenza ai bambini e adolescenti diabetici, case di riposo per diabetici anziani, recupero dei minorati, eccetera.

Problema ospedali. È uno dei problemi principali di questa discussione, nel corso della quale, chiarendo una frase del collega Lombari, ho detto che si tratta in via preliminare di un problema giuridico. È pacifico che al Ministero della sanità, in attuazione delle attribuzioni e dei compiti previsti dalla legge n. 696 del 1958, competono tutte le potestà in materia di vigilanza e di disciplina attinenti all'organizzazione dei servizi sanitari ospedalieri, ed anche l'emanazione d'istruzioni obbligatorie in materia per il coordinamento di essi e il promuovere i relativi provvedimenti legislativi.

Ai sensi dell'articolo 2, secondo comma, della legge 13 marzo 1958, il Ministero della sanità, di concerto con quello dei lavori pubblici, sentito il Consiglio superiore di sanità, approva i progetti per la costruzione di ospedali da parte di pubbliche amministrazioni, dichiara la pubblica utilità e quando occorre l'indifferibilità e urgenza delle opere relative. Tale norma si riferisce a tutte le pubbliche amministrazioni, cioè, oltre che a quelle statali, agli enti parastatali e agli enti locali. Rientrano nell'ambito di tale norma tanto le opere assistite dal contributo finanziario dello Stato quanto quella ad intero carico degli enti che ne assumono l'iniziativa. E al detto procedimento sono infine soggette non solo le nuove opere ma anche la trasformazione e l'ampliamento di costruzioni preesistenti.

Mentre le enunciazioni di cui ai numeri 1 e 2 sono pacifiche, è invece controversa tra il Ministero dell'interno e il nostro Dicastero la competenza circa la disciplina istituzionale degli enti ospedalieri, cioè riconoscimento giuridico, proposte e riforme dei relativi statuti, mutamento nel fine eccetera. Il Ministero dell'interno ritiene che tale disciplina non abbia subìto modificazioni avendo detti enti conservato la natura di istituzioni pubbliche e di beneficenza che per la legge del 1890 e per il regolamento relativo sono soggette alla sorveglianza del Ministero dell'interno, salvo concerto col Ministero della sanità per l'adozione dei provvedimenti relativi, e la potestà di questi Dicasteri di segnalare le esigenze in materia per un'azione coordinata. Invece, secondo il punto di vista del Ministero della sanità, anche tale parte è stata devoluta in virtù della legge n. 296 del 1958 al nostro Dicastero, e ciò perchè la legge medesima ha inteso devolvere all'Amministrazione sanitaria tutte le attribuzioni già demandate all'Amministrazione dell'interno. Inoltre, sempre secondo la nostra tesi, la legge istitutiva del Ministero della sanità ha configurato *ex novo*, agli articoli 1 e 6, il concetto di enti che svolgono esclusivamente o prevalentemente assistenza sanitaria e, poichè gli ospedali rientrano in tale categoria, è da ritenere che la legge n. 296 del 1958 abbia inteso enucleare gli enti ospedalieri dagli istituti di assistenza e beneficenza, per assoggettarli esclusivamente al controllo della Amministrazione sanitaria.

Altra questione controversa si riferisce alla portata dei controlli spettanti specifi-

camente ai medici provinciali sugli enti ospedalieri, e a tutti gli altri problemi sui rapporti fra medici provinciali e medici veterinari e prefetti. Su questo argomento dirò che, appena assunto l'onere del Ministero della sanità, mi sono preoccupato della soluzione delle varie questioni, non già per ragioni di prestigio o di accaparramento di competenze, ma perchè si tratta di problemi che, se rimangono in sospeso, incidono sulla funzionalità degli ospedali, e sarebbe una colpa grave, da parte nostra, se non ne sollecitassimo la soluzione. (*Approvazioni*). Tali questioni sono ora deferite al Consiglio di Stato e al Presidente del Consiglio dei ministri, e siamo sicuri che, poichè il Ministero della sanità compie questa azione soltanto perchè intende porre gli enti sanitari alla altezza dei loro compiti, esse saranno al più presto risolte.

Su questo punto ritengo quindi che i senatori Gatto, Caleffi e Tibaldi, che hanno presentato sull'argomento un ordine del giorno, possano essere soddisfatti della mia dichiarazione.

È inutile poi scendere in particolari sugli inconvenienti della vita e della realtà ospedaliera odierna, perchè questi aspetti sono stati esaminati dai vari senatori intervenuti, ciascuno dei quali ha portato il proprio contributo per illuminare il complesso problema. Non accennerò quindi ad altre questioni. Mi limiterò a ribadire il concetto che il problema ospedaliero deve essere risolto in modo da mettere gli ospedali in condizioni di idoneità e funzionalità rispetto al servizio che debbono compiere. Non si può certo pretendere che ospedali nuovi e moderni sorgano di un colpo in tutta la Nazione; ciò avverrà gradualmente, ma intanto si dovrà assicurare l'efficienza di quelli esistenti.

Per quanto concerne la situazione del Mezzogiorno d'Italia, di cui ieri il senatore Cerabona ha parlato generalizzando un episodio particolare, concordo pienamente con le sue osservazioni e rinvio ai precisi e completi dati forniti da un ottimo studio comparso nel fascicolo di febbraio di « Prospettive meridionali ». Lo studio riguarda proprio la situazione ospedaliera dell'Italia meridionale e delle Isole e porta la firma di Pasquale Scarpitti.

CERABONA. L'Italia è già satura di studi. Noi chiediamo gli ospedali, e lasciamo a lei lo studio, se le piace. (*Commenti*).

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Non possiamo persuadere alcuno a stanziare fondi, senza avere questi studi! Sono d'accordo peraltro che i problemi della sanità pubblica sono sufficientemente studiati; tuttavia ora occorre prepararsi a quella particolare fase che riguarda il passaggio da una situazione di conoscenza a quella della preparazione legislativa. Lo studio per la conoscenza del problema è necessario quando questo è ignorato nei suoi particolari. Ma quando un problema è ben conosciuto, sono necessari altri studi che riguardino i metodi della sua risoluzione sul terreno della pratica e del diritto positivo. Per quanto riguarda le case di cura, lasciamo pure che fioriscano; del resto le case di cura hanno una lunga e gloriosa tradizione nel nostro Paese.

Concorsi a posti di sanitario ospedaliero. Non c'è violazione di legge per mancanza di concorso; è che molte volte si danno i posti per incarico. Questo è un abuso che deve essere eliminato e certamente lo sarà quando gli ospedali avranno una nuova disciplina giuridica. Per gli ospedali psichiatrici abbiamo già pronto un disegno di legge che darà una nuova formulazione alla funzione e al concetto di ospedale psichiatrico.

Sugli ospedali non c'è solo l'opuscolo indicato che fornisce dati utili e recenti, per convincere, se del caso, il Ministro del tesoro a venire incontro alle richieste del collega della Sanità, ma ci sono anche tutte le pubblicazioni annuali dell'Istituto centrale di statistica, e una ne sarà pronta in questi giorni, su tutte le attrezzature ospedaliere. Il lavoro è aggiornato alla fine del 1956.

BOCCASSI, *relatore di minoranza*. Il problema fondamentale degli ospedali è quello di una uniforme distribuzione dei posti-letto nelle varie regioni d'Italia.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Per i posti-letto ricordo questi dati: Italia settentrionale 5,40 posti-letto per 1000 abitanti; Italia centrale 4,52; Italia meridionale 1,92. La media nazionale è di 4,03 posti-letto per mille abitanti.

Avrei molto da dire sui problemi che riguardano la categoria dei medici, nei rapporti di questi con gli ospedali e con le mutue, ma per motivi di tempo mi limito a dichiarare che il Ministero della sanità, che in virtù dell'articolo 2 della legge istitutiva ha avuto attribuite tutte le competenze già del Ministero dell'interno nei riguardi del personale sanitario e degli esercenti le professioni ed arti sanitarie, ha il dovere ed il diritto di vigilare che i medici siano idonei al delicato compito professionale, anche se essi dipendono da altri Ministeri o enti. Il Ministero della sanità ha il dovere di intervenire là dove vede gravi lacune; sicchè, ove fosse necessario, non mancherà di svolgere prontamente tutta l'azione opportuna per l'esercizio di questo suo diritto e per l'adempimento di questo suo dovere. Con riferimento al tema particolare dei rapporti tra sindacati, medici e Ordine dei medici, credo che si possa con certezza dire che non devono essere violati e misconosciuti i postulati dell'Ordine, in quanto le norme e gli statuti degli ordini sanitari sono anche e soprattutto a garanzia dei cittadini, assicurando a questi l'assistenza di medici probi e capaci.

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

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

Sul problema delle competenze ci sarebbe molto altro da dire. Ad esempio, nessuno ha toccato un tema che credo di una certa importanza. Si è parlato d'igiene scolastica, di assistenza sanitaria nelle scuole. Ma forse si dovrà un giorno intervenire contro la pesantezza dei programmi e delle ore di studio, che gravano sui nostri fanciulli per colpa di un sistema che si perpetua da decenni e che non risponde più alla realtà. (*Vive approvazioni*). Si aumentano i programmi e le discipline, senza pensare che i nostri ragazzi non fanno otto ore di lavoro, ma molto di più. Quindi ritengo che in questo campo noi dovremo pronunciare una parola ferma, nell'interesse non soltanto della istruzione, ma della stessa salute pubblica. (*Applausi generali*). Il principio della produttività, che si applica nelle aziende, deve essere anche applicato nelle scuole. La meta deve essere raggiunta, il diploma conseguito, la maturità acquisita con il minimo di sforzo. Pare invece che a volte si vogliano attuare metodi, i quali non rispondono effettivamente allo scopo.

Sul problema dei prezzi dei medicinali, ritengo che si sia parlato abbastanza. È anche questo un problema complesso. Vi sono numerose iniziative legislative e noi quindi vi torneremo quando le questioni verranno sul tappeto per essere tradotte in norme concrete.

È intenzione del Ministero della sanità di istituire, come già in uso presso grandi Nazioni, il libretto sanitario obbligatorio, grazie a cui ogni cittadino avrà la cronistoria del suo stato di salute, evitando così lungaggini ed eventuali errori nelle cure. Relativamente alla proposta del senatore Bonadies, il quale, per gli ospedali, auspica l'istituzione di un Consiglio superiore degli ospedali, osservo che il Consiglio superiore della sanità comprende tutto. Al più si potrebbe fare una sezione dedicata esclusivamente ai problemi ospedalieri. Come non ci sono compartimenti stagni nell'organizzazione dello Stato, così nell'ambito di uno stesso Ministero non vi sono attività che possano completamente isolarsi dalle altre che si svolgono nella sfera del Ministero stesso.

Vi sono molti altri problemi particolari, a cui, data l'ora tarda, sono costretto e rinunziare. Avremo l'occasione di parlarne in seguito. Soltanto a proposito dei servizi veterinari, sia centrali che periferici, è opportuno ricordare che essi hanno una grande funzione nel campo della prevenzione e dell'igiene; vanno perciò tenuti in gran conto, curati e seguiti, perchè le malattie degli animali passano sulle persone, specialmente se si tiene conto dei nuovi criteri dietetici, in base ai quali si mangia più carne e se si pensa che non sempre il latte, anche in alcune città, viene pastorizzato.

I colleghi mi scuseranno se, per brevità di tempo, non tocco altre questioni particolari, se non parlo degli sgravi fiscali per le autoambulanze, problema trattato dal collega Cornaggia Medici, se non parlo dell'A.V.I.S., che merita ogni comprensione e incoraggiamento e di cui ha detto con molta nobiltà d'espressioni e di concetti il senatore Franzini, se non parlo della malaria, eccetera.

Eccoci ora al problema del bilancio. Naturalmente la nota dolente è quella relativa all'aspetto finanziario. Un punto comune alla maggioranza e alla minoranza è quello che si riferisce all'inadeguatezza degli stanziamenti. Il relatore sottolinea che gli stanziamenti sono molto scarsi e che occorrerebbe aggiungere una congrua somma, già richiesta dal mio predecessore. È difficile non concordare con tali rilievi, poichè l'entità degli stanziamenti a disposizione condiziona sostanzalmente l'efficienza dei servizi sanitari, sia sul piano della prevenzione che su quello dell'assistenza. Occorre tuttavia tener presente che l'attuale è ancora un bilancio di transizione, di attesa, condizionato, oltre che dalla manchevole legislazione in atto, dalla insuperabile realtà per cui non è possibile d'un tratto provvedere a massicci aumenti di mezzi, ove non lo consentano, tra l'altro, le disponibilità del Tesoro. Sono però convinto che, quando porteremo problemi urgenti e gravi, avremo tutta la comprensione dei colleghi del Governo, come ho già avuto la comprensione del Presidente del Consiglio e del Ministro del tesoro per i problemi della poliomielite, tanto è vero che abbiamo già a disposizione due miliardi e mezzo per il vaccino, somma da aggiungersi al bilancio in corso.

Soprattutto nel settore della prevenzione ed in quello delle malattie sociali si appalesa necessaria la revisione e l'integrazione della legislazione in vigore, per la sua scarsa adattabilità ai nuovi e più vasti indirizzi della medicina nei suoi diversi aspetti, legislazione che attualmente, per la sua rigidità, è poco favorevole alla realizzazione pratica dei programmi dell'Amministrazione sanitaria. Queste sono considerazioni che hanno portato alla costituzione del Ministero della sanità, cioè appunto la necessità di una revisione profonda della legislazione sanitaria particolarmente nel settore delle malattie sociali e della prevenzione. A mano a mano che i lineamenti della nuova organizzazione sanitaria prenderanno sostanza, con nostra iniziativa o per vostra iniziativa, o per l'incrocio armonico delle nostre due volontà, (Governo e Parlamento), si creeranno gli strumenti legislativi idonei, ed anche il bilancio potrà meglio articolarsi in un armonico complesso di stanziamenti, con obiettivi ben determinati, ai fini della tutela della salute individuale e collettiva.

Il senatore Tibaldi, che oggi è assente per indisposizione, ha detto ieri che niente di buono noi abbiamo fatto; però proprio riguardo agli ospedali ha ricordato un atto che certamente fa storia nella nostra attività di governo nel campo sanitario. Ha definito cioè provvide le norme della legge Tupini che hanno consentito un notevole sviluppo alla edilizia ospedaliera italiana, sviluppo che certamente sarebbe mancato senza l'iniziativa del nostro collega senatore Tupini, allora Ministro dei lavori pubblici.

Ieri il senatore Alberti ha parlato dell'Istituto superiore di sanità, ed oggi questo argomento è stato toccato anche dall'onorevole relatore di maggioranza. A questo proposito io debbo dire che è triste constatare che, mentre la fama dei nostri grandi scienziati, di certe nostre istituzioni scientifiche valica i confini dello Stato, valica gli oceani, gli stranieri debbono rileggere sui giornali o apprendere dalla radio le notizie delle varie epidemie che si verificano nel nostro Paese, epidemie che non dovrebbero più esservi, come quelle difteriche e tifoidee.

È necessario pertanto curare e armonizzare maggiormente lo sviluppo e l'organizzazione dei nostri Istituti scientifici e in particolare dell'Istituto superiore di sanità con un'azione correlativa nel campo della pratica attività sanitaria a favore delle nostre popolazioni.

Naturalmente ritengo superfluo fare appello alla vostra collaborazione nel lavoro che ci attende nel campo sanitario, onorevoli senatori; ma sarò ben lieto se ogni giorno troverò sul mio tavolo interrogazioni, interpellanze, mozioni, domande d'inchieste nel campo sanitario, tutti quegli strumenti insomma di cui il parlamentare può disporre per servire i cittadini che rappresenta. Tutto ciò avrà il preciso significato di sottolineare la importanza di determinati problemi e di sollecitare la loro soluzione. Tutto ciò consentirà altresì di conoscere le reali situazioni nelle varie provincie e nelle varie zone, soprattutto in quelle più remote che possono anche sfuggire ai medici provinciali. In tal modo l'azione del Ministero della sanità potrà ugualmente diffondersi in tutte le zone del nostro Paese. Mi auguro pertanto che la politica sanitaria che deve seguire il nuovo Ministero sia una politica consapevole, una politica sociale e fattiva, a vantaggio di tutti. Ma questa politica non deve essere soltanto quella del Governo, bensì anche quella del Parlamento. Auspico cioè che la politica del Governo e quella del Parlamento nel campo sanitario procedano di pari passo, poichè il settore sanitario è un campo che non si presta ad alcuna speculazione politica: di fronte alla salute dei cittadini tutti gli uomini sono e saranno sempre concordi ed uniti, così come questo primo dibattito sul bilancio del Ministero della sanità ha eloquemente dimostrato. (*Applausi dal centro*).

Mi auguro altresì che tra pochi mesi si possa giungere anche alla compilazione di quel bilancio della salute di cui ha parlato il senatore Mammucari, che sia un bilancio il quale, dietro alle cifre, lasci intravvedere la realtà sanitaria del Paese e che costituisca l'immagine fotografica di una realtà che si modifica e che si trasforma in senso evolutivo e non involutivo. In sintesi abbiamo esaminato solo alcuni dei principali compiti del Ministero della sanità, compiti che saranno affrontati dal personale del Ministero sia dei servizi centrali che periferici, con quello spirito di abnegazione di cui ha sempre dato prova in passato.

Un pensiero va rivolto a tutti coloro che in altri Ministeri o in altri settori operano con passione e amore e dedizione per l'assistenza degli ammalati e particolarmente poi agli studiosi che, con le loro ricerche, determinano il prolungamento della vita o ridonano ai sofferenti la salute. Pur avendo lo specifico dovere di garantire la tutela igienica e sanitaria della popolazione, il Ministero della sanità non può essere indifferente alla pura attività scientifica, molla e sorgente di ogni progresso della scienza che in campo medico si traduce in sicurezza per i cittadini.

Il Ministero della sanità intende non deludere coloro che in esso ripongono ogni fiducia ed ha il fermo proposito di affrontare i problemi di propria competenza con tenacia e dedizione, nella chiara consapevolezza che la salute del popolo è la base prima di ogni benessere sociale e solido fondamento

di ogni fortuna della Patria. (*Vivissimi applausi dal centro. Molte congratulazioni*).

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il proprio avviso sui vari ordini del giorno.

Il primo ordine del giorno è quello dei senatori Ristori, Scappini, Pasqualicchio e Valenzi.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* Quest'ordine del giorno dovrebbe riguardare praticamente il Ministero del lavoro e marginalmente il Ministero della sanità. Comunque penso che la Commissione lo possa accogliere come raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Lo accetto come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Segue un ordine del giorno dei senatori Lombardi, Boccassi ed altri.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* Lo accetto come raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Anche il Governo lo accetta come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Senatore Lombardi, mantiene il suo ordine del giorno?

L O M B A R D I . Desidererei solo sapere che cosa significa « lo accetto come raccomandazione ». L'onorevole Ministro ha fatto buone dichiarazioni, ma non dimentichiamo che vi sono cinque milioni di braccianti senza assistenza medica. Si vuol risolvere o no questo problema?

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* L'accetto coma raccomandazione. Mi farò portavoce di questo problema presso il collega del Lavoro e della Previdenza sociale.

P R E S I D E N T E . Segue un primo ordine del giorno dei senatori Alberti, Tibaldi ed altri.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* La Commissione l'accetta come raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Anche il Governo lo accetta come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Segue un secondo ordine del giorno dei senatori Alberti, Tibaldi ed altri.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* Lo accetto come raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Anche il Governo.

P R E S I D E N T E . Segue un terzo ordine del giorno dei senatori Alberti, Tibaldi ed altri.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* La Commissione lo accetta come raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* D'accordo con la Commissione.

P R E S I D E N T E . Segue un quarto ordine del giorno dei senatori Alberti, Tibaldi ed altri.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* La stessa relazione di maggioranza ha fatto queste proposte. Quindi la Commissione è d'accordo con gli onorevoli proponenti.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Anche il Governo concorda.

P R E S I D E N T E . Senatore Alberti, mantiene l'ordine del giorno?

A L B E R T I . Non sono d'accordo in *in re ipsa...* (*commenti, ilarità*) ma non insisto.

P R E S I D E N T E . Segue l'ordine del giorno del senatore Cerabona.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza.* Ho già risposto nel mio intervento.

GIARDINA, *Ministro della sanità.* Il Governo accetta l'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Senatore Cerabona, lo mantiene?

CERABONA. Lo mantengo e chiedo la votazione. (*Interruzione del senatore Oliva. Commenti*).

PRESIDENTE. Si dia lettura dell'ordine del giorno del senatore Cerabona.

CARELLI, *Segretario*:

« Il Senato, considerato che l'attuazione del piano predisposto per l'allestimento di 80.000 posti letto, non prevede la equa distribuzione su tutto il territorio nazionale, invita il Governo a tenere presenti le condizioni sanitarie ospedaliere carenti del Mezzogiorno in genere e della Basilicata in ispecie, perchè la percentuale di posti letto sia uniforme in tutte le regioni ».

PRESIDENTE. Lo metto ai voti. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(*È approvato*).

Seguono due ordini del giorno del senatore Di Grazia riguardanti le farmacie.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza.* Sui due ordini del giorno del senatore Di Grazia riguardanti le farmacie, vorrei comunicare al proponente che una sottocommissione dell'undicesima Commissione permanente sta lavorando intorno a questi problemi, e proprio in questi giorni dovrebbe presentare il risultato dei suoi studi. In sede di Commissione si discuteranno dunque le proposte da adottare per la soluzione del problema. Perciò pregherei il senatore Di Grazia di ritirare i suoi ordini del giorno, mentre lo invito a partecipare ai lavori della Commissione in quelle prossime riunioni, che si dovranno tenere in questo stesso mese di maggio, in cui si discuterà il problema, in ordine al quale potrà far sentire direttamente la sua voce.

DI GRAZIA. Ritiro i miei due ordini del giorno sulle farmacie.

PRESIDENTE. Segue un terzo ordine del giorno del senatore Di Grazia.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza.* Senatore Di Grazia, ho già espresso nel corso del mio intervento la mia personale perplessità sulle proposte che lei presenta nel suo ordine del giorno. Ho già detto che, a mio giudizio, adottando le sue richieste vi è il pericolo di snaturare la funzione che gli ospedali svolgono in materia di perfezionamento pratico dei giovani laureati. Comunque mi rimetterò a quanto vorrà decidere il Senato.

SANTERO. Stiamo predisponendo un disegno di legge da presentare al Parlamento su questo argomento.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza.* E quello che era stato presentato nella precedente legislatura?

SANTERO. Sono state aggiunte alcune modificazioni.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza.* Comunque, dopo aver espresso il mio personale parere contrario, dichiaro che la Commissione si rimette al Senato.

GIARDINA, *Ministro della sanità.* Senatore di Grazia, come ho già dichiarato, il problema degli ospedali è al centro dell'attenzione della Sanità. Ora io non posso accettare in questo momento il suo ordine del giorno che si occupa di un piccolo particolare di un più vasto problema. I suoi suggerimenti saranno quindi tenuti presenti in armonia alla soluzione generale di tutto il problema ospedaliero e del personale sanitario. La prego pertanto di ritirare il suo ordine del giorno, che terremo presente ugualmente nei nostri lavori.

P R E S I D E N T E . Senatore Di Grazia, mantiene l'ordine del giorno?

D I G R A Z I A . Lo ritiro.

P R E S I D E N T E . Segue l'ordine del giorno dei senatori Gatto e Palumbo Giuseppina.

A L B E R T I . Poichè nessuno dei due firmatari è presente, faccio mio l'ordine del giorno.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Accetto l'ordine del giorno come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Segue l'ordine del giorno dei senatori Gatto, Caleffi e Tibaldi.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* La maggioranza della Commissione lo accetta come raccomandazione; ma c'è un problema grosso, quello dell'istituzione della Regione, *quod est in votis.*

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* L'accetto come raccomandazione.

C A L E F F I . Nell'ordine del giorno si chiede che, in attesa dell'attuazione dell'Ente regione, si tenga presente, eccetera. Spero che non aspetteranno l'istituzione dell'Ente regione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Ho già dichiarato nel mio discorso che sono in corso le trattative.

P R E S I D E N T E . Segue l'ordine del giorno del senatore Boccassi.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* La maggioranza della Commissione è contraria.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Il Governo è contrario.

B O C C A S S I , *relatore di minoranza.* Insisto per la votazione.

P R E S I D E N T E . Si dia lettura dell'ordine del giorno del senatore Boccassi.

C A R E L L I , *Segretario*:

Il Senato, invita il Governo a predisporre misure anche legislative per la produzione ed il commercio di medicinali di più largo consumo.

P R E S I D E N T E . Lo metto ai voti. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(*Non è approvato*).

Segue l'ordine del giorno dei senatori Banfi e Gatto.

A L B E R T I . Poichè nessuno dei due firmatari è presente, faccio mio l'ordine del giorno.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* La Commissione lo accetta come raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* L'accetto come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Segue l'ordine del giorno dei senatori Scotti, Valenzi, Pastore e Boccassi.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* D'accordo, come raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Sono favorevole.

P R E S I D E N T E . Segue l'ordine del giorno dei senatori Valenzi, Palermo, Bertoli, Cerabona e Cecchi.

B E N E D E T T I , *relatore di maggioranza.* La Commissione lo accetta come calda raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* L'accetto come raccomandazione.

P A L E R M O . Ringrazio per l'accettazione come calda raccomandazione, però desidererei che essa non seguisse la sorte delle

raccomandazioni, ma che si procedesse con ogni urgenza alla sua realizzazione.

PRESIDENTE. Segue l'ordine del giorno dei senatori Cornaggia Medici e Monni.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza*. È competenza di un altro Ministero. Si accetta come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. L'accetto come raccomandazione.

CORNAGGIA MEDICI. Ringrazio l'onorevole Ministro e l'onorevole relatore.

PRESIDENTE. Segue il primo ordine del giorno del senatore Salari.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza*. D'accordo, come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. L'accetto come raccomandazione.

PRESIDENTE. I senatori Mammucari, De Leonardis, Scotti, Donini, Boccassi e Pasqualicchio hanno presentato un ordine del giorno analogo. Credo che anche questo ordine del giorno si possa intendere accettato come raccomandazione.

Segue un ordine del giorno del senatore Salari sulla tubercolosi bovina. Sullo stesso argomento sono stati presentati altri due ordini del giorno, dal senatore Carelli e dai senatori Monni, Lombardi e Criscuoli.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza*. La Commissione è favorevole ad accettare questi tre ordini del giorno come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Anche il Governo.

PRESIDENTE. Segue un ordine del giorno del senatore Santero sulle radiazioni ionizzanti.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza*. La Commissione lo accetta come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Anche il Governo lo accetta come raccomandazione.

SANTERO. Mi dichiaro soddisfatto, sperando di poterlo confermare tra un anno.

PRESIDENTE. Sullo stesso argomento è stato presentato un ordine del giorno da parte dei senatori Mammucari, Scotti, Boccassi ed altri.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza*. La Commissione accetta anche questo ordine del giorno come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Ugualmente il Governo.

PRESIDENTE. Segue l'ordine del giorno dei senatori Santero e Zelioli Lanzini.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza*. La Commissione lo accetta come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Anche il Governo.

PRESIDENTE. Segue l'ordine del giorno dei senatori Ottolenghi, Picchiotti ed altri.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza*. La Commissione lo accetta come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Anche il Governo lo accetta come raccomandazione.

PRESIDENTE. Segue l'ordine del giorno dei senatori Criscuoli, Lorenzi, Oliva ed altri.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza*. La Commissione è favorevole ad accettarlo come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Anche il Governo.

CRISCUOLI. Ringrazio il relatore ed il Ministro. Vorrei far presente che nel testo dell'ordine del giorno, laddove è scritto « 0,40 per cento » deve leggersi « 0,40 per mille ».

PRESIDENTE. Segue l'ordine del giorno del senatore Moneti.

BENEDETTI, *relatore di maggioranza*. La Commissione lo accetta come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Anche il Governo.

PRESIDENTE. Passiamo ora all'esame dei capitoli del bilancio, con l'intesa che la semplice lettura equivarrà ad approvazione, qualora nessuno chieda di parlare e non siano presentati emendamenti.

(*Senza discussione, sono approvati i capitoli dello stato di previsione con i relativi riassunti per titoli e per categorie*).

Passiamo infine all'esame degli articoli del disegno di legge. Se ne dia lettura.

CARELLI, *Segretario*:

Art. 1

È autorizzato il pagamento delle spese ordinarie e straordinarie del Ministero della Sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1959 al 30 giugno 1960, in conformità dello stato di previsione annesso alla presente legge.

(*È approvato*).

Art. 2.

Ai sensi dell'articolo 7, n. 1, del testo unico approvato col regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, è stabilito, per l'esercizio finanziario 1959-60, in lire 12.500.000.000 lo stanziamento relativo all'assegnazione a favore dell'Opera nazionale per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

(*È approvato*).

Art. 3.

L'onere a carico dello Stato per l'assistenza e la cura degli infermi poveri recuperabili affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta, di cui alla legge 10 giugno 1940, n. 932, è stabilito per l'esercizio finanziario 1959-60 in lire 1.300.000.000.

(*È approvato*).

PRESIDENTE. Metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(*È approvato*).

Annunzio di interrogazioni

PRESIDENTE. Si dia lettura delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

CARELLI, *Segretario*:

Al Ministro delle finanze, per conoscere se intenda estendere alle operaie stagionali della Direzione compartimentale coltivazioni tabacchi di Lecce il passaggio alla categoria delle operaie temporanee ed il successivo inquadramento come impiegate, conformemente a quanto disposto per alcuni operai stagionali dell'Agenzia coltivazioni tabacchi di Perugia in seguito ad accoglimento del ricorso prodotto dagli interessati al Consiglio di Stato (451).

RUSSO

Interrogazioni con richiesta di risposta scritta

Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni, per sapere quali provvedimenti intenda prendere per dotare il comune di Monte di Procida (Napoli) di un servizio telefonico notturno. Infatti in questo Comune di oltre dodicimila abitanti dopo le ore 22 non è più possibile stabilire contatti

telefonici con Napoli, neppure tramite il Comune e i Carabinieri. D'altra parte la maggioranza degli abitanti esercita la professione del marittimo e non vi è sul luogo neppure un pronto-soccorso. Se l'unico telefono, che possa funzionare dopo le 22, è il telefono privato di un noto armatore, non deve essere difficile dotare tutto il resto della popolazione di un altro telefono di interesse pubblico (856).

VALENZI

Al Ministro della pubblica istruzione, per conoscere quali misure intenda adottare per fare in modo che gli studenti dell'unico liceo-ginnasio statale d'Ischia non siano costretti a sostenere gli esami di maturità classica in un istituto di Napoli invece che nella loro scuola;

e per sapere se sia vero che lo spostamento della sede d'esami sia l'ultimo atto di una lenta liquidazione del liceo, il quale non riaprirebbe i battenti nel prossimo anno scolastico 1959-60;

e se non creda che sia assolutamente necessario garantire all'isola d'Ischia, che comprende sei comuni con una popolazione globale di oltre quarantamila anime, il funzionamento, in adeguate condizioni, di almeno un liceo statale (857).

VALENZI

Ai Ministri della marina mercantile e dei lavori pubblici, per conoscere quali sono i motivi per cui, benchè già regolarmente appaltati da oltre 6 mesi, i lavori per la costruzione del porto di Acquamorta a Monte di Procida (Napoli) non siano stati neppure iniziati. Si tratta di lavori da decenni promessi e più che mai urgenti sia per stabilire i contatti turistici tra le isole di Procida e di Ischia con il più vicino punto di approdo sulla costa, sia per dare un riparo alla importante flotta velica di Monte di Procida (858).

VALENZI

Al Ministro della pubblica istruzione, sulla adozione in talune scuole della Repubblica — per l'insegnamento della « educazione civica » — di un commento alla Costituzione del signor Giuseppe Sampietro, che si raccomanda per il pietoso semplicismo, le balorde falsificazioni, la preoccupazione vigile di non condannare il fascismo e, persino, per il vilipendio alle Forze armate della Liberazione (859).

CAPALOZZA

Ordine del giorno
per la seduta di martedì 19 maggio 1959

PRESIDENTE. Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica martedì 19 maggio, alle ore 17, con il seguente ordine del giorno:

I. Discussione del disegno di legge:

Istituzione del Ministero del turismo, dello spettacolo e dello sport (456-*Urgenza*).

II. Svolgimento dell'interpellanza:

DE LUCA Luca (PRIMERANO, SPEZZANO). - *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Per conoscere i motivi che avrebbero indotto il Ministero a confermare nella carica di Presidente dell'Opera valorizzazione Sila il marchese dottor Fabrizio Tranfo;

gli interpellanti ricordano, in proposito, che specialmente sotto l'amministrazione del predetto marchese dottor Tranfo la Opera Sila è stata oggetto di reiterate denunzie e di scandali;

gli interpellanti chiedono che ciò sia chiarito con la massima urgenza (62).

III. Discussione del disegno di legge:

Stato di previsione della spesa del Ministero dell'agricoltura e delle foreste per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1959 al 30 giugno 1960 (391).

La seduta è tolta (*ore 13,20*).

Dott. ALBERTO ALBERTI
Direttore dell'Ufficio dei resoconti parlamentari