

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

421^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 20 GIUGNO 1961

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente MERZAGORA,
indi del Vice Presidente ZELIOLI LANZINI

INDICE

Congedi Pag. 19543

Disegni di legge:

Deferimento alla deliberazione di Commissioni
permanenti 19543

Deferimento all'esame di Commissione perma-
nente 19543

Rimessione all'Assemblea 19544

Trasmissione e deferimento all'esame di Com-
missione permanente 19543

« Stato di previsione della spesa del Ministero
della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° lu-
glio 1961 al 30 giugno 1962 » (1420) (Di-
scussione) :

D'ALBOA 19573
LOENZI 19544
MANCINO 19567
MONALDI 19554
PASQUALICCHIO 19548
SAMEK LODOVICI 19562

Presidenza del Presidente MERZAGORA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 10).

Si dia lettura del processo verbale della seduta antimeridiana del 16 giugno.

C E M M I, Segretario, dà lettura del processo verbale.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale si intende approvato.

Congedi

PRESIDENTE. Hanno chiesto congedo i senatori Granzotto Basso per giorni 11 e Zampieri per giorni 10.

Non essendovi osservazioni, questi congedi si intendono concessi.

Annunzio di disegno di legge trasmesso dalla Camera dei deputati e di deferimento all'esame di Commissione permanente

PRESIDENTE. Comunico che il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso il seguente disegno di legge:

« Stato di previsione della spesa del Ministero della difesa per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962 » (1601).

Questo disegno di legge sarà stampato e distribuito.

Comunico altresì che, valendomi della facoltà conferitami dal Regolamento, ho deferito il suddetto disegno di legge all'esame della 4ª Commissione permanente (Difesa), previo parere della 5ª Commissione.

Annunzio di deferimento di disegni di legge alla deliberazione di Commissioni permanenti

PRESIDENTE. Comunico che, valendomi della facoltà conferitami dal Regolamento, ho deferito i seguenti disegni di legge alla deliberazione:

della 1ª Commissione permanente (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno):

« Provvedimenti a favore dei circhi equestri » (1587), d'iniziativa dei senatori Valenzi e Busoni, previ pareri della 5ª e della 7ª Commissione;

della 6ª Commissione permanente (Istruzione pubblica e belle arti):

« Definizione di speciali situazioni giuridiche di alcune categorie di insegnanti elementari delle provincie siciliane » (1579), di iniziativa del deputato Ermini, previ pareri della 1ª, della 2ª e della 5ª Commissione;

della 10ª Commissione permanente (Lavoro, emigrazione, previdenza sociale):

« Impiego della biacca nella pittura » (1586), previ pareri della 2ª, della 9ª e della 11ª Commissione.

Annunzio di deferimento di disegno di legge all'esame di Commissione permanente

PRESIDENTE. Comunico che, valendomi della facoltà conferitami dal Regolamento, ho deferito il seguente disegno di legge all'esame:

della 5ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Eliminazione di abitazioni malsane, interventi in dipendenza di alluvioni, provvidenze per l'incremento dell'occupazione, prov-

vedimenti per l'istruzione pubblica, altri provvedimenti diversi, nonché variazioni al bilancio dello Stato, ed a quelli di Amministrazioni autonome per l'esercizio finanziario 1960-61 » (1592), previ pareri della 1ª, della 2ª, della 3ª, della 4ª, della 6ª, della 7ª, della 8ª, della 9ª, della 10ª e della 11ª Commissione e della Giunta consultiva per il Mezzogiorno.

Annuncio di rimessione di disegno di legge all'Assemblea

P R E S I D E N T E . Comunico che un decimo dei componenti del Senato ha chiesto, ai sensi dell'articolo 26 del Regolamento, che il disegno di legge: « Ammissione dei diplomi degli Istituti tecnici alle Facoltà universitarie » (1076-B), d'iniziativa dei senatori Tirabassi ed altri, già deferito alla deliberazione della 6ª Commissione permanente (Istruzione pubblica e belle arti), sia invece discusso e votato dall'Assemblea.

Discussione del disegno di legge: « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1º luglio 1961 al 30 giugno 1962 » (1420)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1º luglio 1961 al 30 giugno 1962 ».

Gli oratori scritti a parlare sono 16; essi hanno a loro disposizione tempi prestabiliti che debbono essere rispettati, altrimenti i nostri programmi di lavoro non potranno essere mantenuti. Raccomando pertanto ad ogni oratore di mantenere il proprio intervento entro il limite di tempo assegnato, che non è possibile superare.

È iscritto a parlare il senatore Lorenzi, il quale nel corso del suo intervento svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato insieme al senatore Alberti. Si dia lettura dell'ordine del giorno.

C E M M I , Segretario :

« Il Senato,

considerando che le malattie artritico-reumatiche sono in continuo aumento e che le loro complicanze e conseguenti invalidità costituiscono un grave problema di medicina sociale,

invita il Governo ad articolare nei costituenti Centri medico-sociali da organizzarsi secondo il decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, " Centri di medicina sociale termalistica " ;

considerando altresì che le stazioni termali italiane, non seconde ad alcune nel mondo, potrebbero, con l'istituzione della " vacanza termale " per i lavoratori che abbiano bisogno a scopo profilattico o terapeutico di valersi delle risorse idrologiche, concorrere alla citata opera medico-sociale,

invita il Governo a far sì che i competenti organi dipendenti dal Ministero della sanità, nonché il testè insediato Ente termale di Stato, pongano subito allo studio l'ampliamento e l'istituzione, presso le stazioni termali, di Centri medico-sociali ».

P R E S I D E N T E . Il senatore Lorenzi ha facoltà di parlare.

L O R E N Z I . Signor Presidente, onorevoli senatori, onorevole Ministro, ho letto con molta attenzione la relazione del senatore Criscuoli sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1º luglio 1961-30 giugno 1962. Essa è pregevole sotto molti punti di vista, ma soprattutto per quel senso di critica ragionata e costruttiva che tutta la pervade.

Sono d'accordo con il relatore per l'esplicito riconoscimento all'opera del ministro Giardina, al quale certo non possiamo imputare la mancata risoluzione di tanti problemi che affliggono da anni la sanità pubblica nel nostro Paese. Il Ministero della sanità, così come è sorto, è un Ministero — dice bene il relatore — gravato di ipoteche, di enfiteusi, di censi, dai quali dovrebbe essere liberato per una conduzione più autonoma e razionale.

Noi pensavamo che le funzioni di coordinamento, di riordinamento e di vigilanza

tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti avrebbero trovato, attraverso il nuovo Ministero, uno strumento adatto al loro sviluppo, ma la loro dipendenza in parte da altri Ministeri, che vedono nelle iniziative di coordinamento prospettate dal Ministro della sanità forse una diminuzione di autorità e di prestigio, ha profondamente mortificato le nostre speranze. Ed intanto il sempre crescente sviluppo di servizi assistenziali e sociali, le sempre nuove attribuzioni dello Stato e di enti pubblici nel campo sanitario hanno creato e continuano a creare una tumultuosa e sparsa legislazione nel campo dell'assistenza sanitaria e un'organizzazione disordinata ed elefantica, che disperde le sue attività in molteplici e varie iniziative, le quali non sempre raggiungono lo scopo e danno luogo ad interferenze e duplicati con spreco di mezzi.

Detto questo, sembra utile a noi fissare alcuni problemi di capitale importanza, la cui soluzione non può essere ulteriormente differita, nella speranza che gli organi competenti vorranno, con sforzo unanime di volontà, rimuovere tante difficoltà palesi ed occulte che hanno finora ostacolato, sul piano politico e sociale, quelle realizzazioni che, individualmente, i nostri migliori maestri hanno da tempo conquistato nel campo della medicina e dell'igiene.

Le deficienze in campo ospedaliero sono a tutti note. Il relatore ha avuto la diligenza di metterci sott'occhio, con un numero rilevante di tabelle, le numerose manchevolezze. Oggi in Italia, esclusi, come al solito, quando si parla di questa classifica, i sanatori, i preventori e gli istituti psichiatrici, si può contare su un numero di posti-letto uguale a 4 per mille abitanti, molto lontano, come si vede, da quel 10 per mille indicato come conveniente dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Per rendersi conto di questa grave deficienza, basta visitare un qualsiasi ospedale delle nostre città, ove corridoi e stanze di sbrigo o di servizio sono, attraverso adattamenti più o meno razionali, trasformate per l'occorrenza in tante corsie. Pur non tenendo conto del fatto che molti vecchi ospedali non rispondenti più alle esigenze attuali del progresso della scienza medica devono essere

riordinati e altri, per esigenze statiche, per gravi deficienze igieniche, demoliti e ricostruiti, se si volesse raggiungere, come scrive il relatore, solo quel coefficiente del 6 per mille abitanti considerato appena tollerabile, sarebbe necessaria, tenuto conto dell'attuale popolazione italiana, la costruzione di oltre 100.000 posti-letto, corrispondenti, grosso modo a 300-400 nuovi ospedali, tenuto altresì presente che tali ospedali dovrebbero sorgere in zone periferiche. Se poi si volesse considerare il problema dei posti-letto in relazione alla loro distribuzione sul territorio nazionale, si potrebbe notare che, mentre nel Nord esiste un certo equilibrio per quanto instabile, esso equilibrio si diluisce verso il Centro, per divenire notevolmente carente nel Sud e nelle Isole ove si raggiunge a mala pena ed in condizioni di vera miseria il 2,8 per mille, anche se attraverso la spinta del ministro Giardina, con l'aiuto della Cassa del Mezzogiorno, si sono potute in parte colmare recentemente le più gravi lacune.

Dietro questo panorama di dati statistici si nasconde una realtà ancora più dura. Il problema non è solo quello dell'insufficienza numerica dei posti-letto, bensì anche quello dell'efficienza funzionale degli istituti ospedalieri in Italia.

L'assistenza ospedaliera guardata in senso generale è purtroppo ad un livello piuttosto basso, che appare in tutta la sua gravità se si fa il confronto con la situazione ospedaliera degli Stati più evoluti. E qui si presenta un altro problema, quello cioè della classificazione degli ospedali. Il vecchio criterio legato al numero di posti-letto non può più reggere; gli ospedali devono essere classificati soprattutto a seconda della loro attrezzatura.

Nel riordinamento ospedaliero bisogna pensare ad un sistema stellare che si muove attorno a centri provinciali e regionali e che vada da un minimo conveniente e sufficiente per le cose comuni — medicina generale, chirurgia generale, pronto soccorso, ostetricia — disseminato nel territorio delle singole provincie, ad un sistema provinciale operante nei centri maggiori, ove possano trovarsi tutte le specialità, per completarsi nel centro regionale, ove, per la presenza anche di istituti universitari, si può pensare ad ospedali

di alta specialità, centri di studio e di sperimentazione indispensabili per il progresso della scienza e per la preparazione del personale sanitario ed ausiliario.

Passiamo al personale sanitario. Dai Congressi della F.I.A.R.O e della C.I.M.O. ai vari Congressi di carattere medico-scientifico si leva ormai unanimemente una voce che denuncia la carenza, in campo sanitario, di provvedimenti e disposizioni legislative tali da dare tranquillità a questo settore importantissimo. Voglio solo accennare al problema dei concorsi, un problema annoso che si trascina dal 1940, in parte tamponato da un provvedimento d'iniziativa parlamentare rinnovato di anno in anno dal 1954, ma che non ha trovato ancora la sua soluzione definitiva. E voglio altresì accennare all'altro grande problema giuridico di tutto il personale degli assistenti ed aiuti, oggetto di infinite discussioni e progetti, non ancora risolto e legato alla stabilità o meno del personale. Qui mi preme riaffermare l'impossibilità, entro certi limiti, di concedere la stabilità agli assistenti ed aiuti. Il carattere di transitorietà attribuito finora agli aiuti ed assistenti ospedalieri balza netto quando si pensi che l'assistente in genere costituisce il mezzo per raggiungere quella preparazione e perfezione che sono proprie di una scuola; a parte il fatto che, ove si volesse abbandonare questa transitorietà, cesserebbe il desiderio, o meglio lo stimolo, alla perfezione e quindi, in definitiva, si porterebbe nel campo della medicina un elemento di appiattimento nel progresso della scienza e dell'individuo, che si ripercuoterebbe decisamente sulla salute pubblica. Si impedirebbe, certo si ridurrebbe notevolmente, quel continuo avvicinarsi di giovani e fresche energie, possibile solo in uno stato di transitorietà.

Ho avuto recentemente notizia, se le mie informazioni sono esatte, che una commissione per il riordinamento delle arti ausiliarie sanitarie avrebbe proposto per il personale infermieristico sei tipi di scuola, e precisamente: scuola per assistenti sanitarie, per infermiere ostetriche e per infermiere pediatriche, per le sole donne, e tre scuole a carattere misto, per uomini e donne, per il personale infermieristico professionale,

per il personale dietetistico e infine per il personale fisioterapico.

Sono perfettamente d'accordo che il personale infermieristico deve adeguarsi al progresso della scienza medica, ma non posso pensare che le categorie menzionate siano così distinte ed autonome.

L'infermiera deve avere un'istruzione di base comune dalla quale non si può assolutamente prescindere, cosicchè le assistenti sanitarie, comprese le capo sala, così come le dietetiste, le fisioterapiste, le infermiere pediatriche e le ostetriche, devono essere considerate come specializzate nelle rispettive branche, le cui specializzazioni possono essere conseguite solo dopo il diploma di infermiera professionale.

E vorrei aggiungere che l'assistenza infermieristica, tolti casi eccezionali (vedi manicomi), può con soddisfazione piena degli ammalati essere svolta solo dall'elemento femminile, sia esso religioso o laico, per ragioni che investono, oltre tutto, una situazione psicologica dell'ammalato stesso.

Passando al problema amministrativo, sarà forse necessario in prosieguo di tempo ammettere nei Consigli di amministrazione degli enti ospedalieri la rappresentanza delle Casse mutue, onde evitare il permanente dissidio fra queste e le amministrazioni ospedaliere nel fissare le rette e dare alle rette stesse una certa uniformità. A questo proposito, è necessario dare una regolamentazione agli istituti di cura privati che, se possono portare un certo vantaggio nell'aumento di posti-letto nell'attuale situazione sanitaria del Paese, non devono assolutamente costituire una concorrenza, a volte spietata, a danno degli ospedali. Gli ospedali sono enti secolari che rispondono in ogni Paese del mondo ai principi fondamentali della sanità pubblica e che sono regolamentati da una specifica legislazione sotto il controllo più o meno diretto dello Stato, il quale deve provvedere a coordinare la sanità pubblica. Essi ospedali danno la massima garanzia in ogni settore e non devono assolutamente essere spostati agli istituti privati.

Ho creduto necessario dire tutte queste cose perchè è evidente che, ove si voglia provvedere, come è dovere dello Stato, è indispensabile accertare preventivamente nel-

l'ordine di priorità e avere la programmazione minuta di quello che si dovrà fare nelle località e in quei settori nei quali bisogna operare.

È irrazionale e del tutto improduttivo andare innanzi senza una linea, senza un programma. Coordinamento e riordinamento, quindi, di tutto il settore, non per fare cose nuove, che non sono necessarie, ma per migliorare e potenziare la funzione, se si vuole che lo Stato italiano possa veramente adempiere ai suoi doveri costituzionali.

L'assistenza alla popolazione è andata perdendo il suo secolare carattere preminentemente caritativo e si è trasformata a mano a mano in assistenza di diritto; è radicalmente mutato il rapporto tra ospedale e assistiti, per effetto della prassi assicurativa e mutualistica ed anche per la moderna impostazione giuridica del lavoro, e conseguentemente si è trasformato il concetto etico-giuridico dell'assistenza ospedaliera.

Si sono determinate nuove esigenze, compiti nuovi e più estesi doveri per gli ospedali.

In alcuni Paesi l'assistenza ospedaliera ha assorbito qualsiasi altro ordine di assistenza non domiciliare, estesa a tutti i ceti. Da noi si è ancora lontani da una simile condizione di assistenza aperta a tutti. Ma, per molte ragioni, il movimento centripeto verso gli ospedali non può che lentamente progredire, ed esso impone agli ospedali di adeguarsi e risolvere i problemi che a mano a mano si prospettano con l'aumento quantitativo e qualitativo dei degenti.

Tutto questo comporterà non solamente lo aumento dei posti-letto, del quale abbiamo largamente parlato, ma altresì la necessità di aumentare gli effettivi del personale sanitario, la necessità di ammodernare i regolamenti dietetici, la necessità di adottare i farmaci secondo criteri aderenti al vertiginoso progredire della scienza farmacologica, la necessità di acquisire le tecniche e le apparecchiature diagnostiche e terapeutiche più progredite, la necessità infine, di una legislazione più aggiornata, corrispondente alle esigenze dei tempi nuovi.

Quest'ultima osservazione ci porta a dire poche cose per ciò che riguarda la condotta medica ed ostetrica nel nostro Paese. Essa condotta ha costituito il principio e la base

dell'assistenza sanitaria periferica, in Italia, prima dell'avvento dell'assistenza mutualistica. Ancor oggi deve essere mantenuta, ma deve essere trasformata ed adeguata ai tempi nuovi. Salvo il principio della residenza, tutto deve essere mutato, ed i Comuni che si lamentano per il gravame che ne deriva per l'assistenza gratuita ai pochi iscritti nell'elenco dei poveri devono avere la possibilità di « convenzionare » con uno dei numerosi enti mutualistici, mentre i compiti di ordine generale (vaccinazione, certificati, tessere sanitarie di lavoro, polizia mortuaria, sorveglianza igienica) devono essere devoluti all'ufficiale sanitario del Comune o dei Comuni riuniti, là dove le esigenze lo richiedono, in Consorzi obbligatori.

Un dato della relazione che ha prodotto in me una certa sofferenza è quello riguardante la mortalità infantile; abbiamo tuttora in Italia un indice di mortalità pari al 48,9 per mille. È veramente una cifra cospicua, superiore a quella di molte e molte altre Nazioni e tale che dovrebbe, per se stessa, impegnarci seriamente nel potenziamento di quell'organizzazione recente e pur tanto benemerita che è l'Opera nazionale maternità e infanzia.

Essa deve assumere veramente — come si esprime anche il relatore — un'organizzazione a carattere capillare, deve dilatarsi, deve diffondersi e deve penetrare ovunque. Una parola, un consiglio dati in tempo utile possono salvare tante di queste povere, piccole vittime. Naturalmente, anche in questo campo, che è tutto proprio del Ministero della sanità, bisogna pensare, tenuto conto del fine al quale l'organizzazione deve tendere, ad adeguare i mezzi per rendere possibile un più largo e proficuo lavoro, sia potenziando l'organizzazione, sia creando, al centro e alla periferia, organismi amministrativi convenienti.

Proprio a nome di tante mamme, vorrei qui rivolgere a questo punto al ministro Giardina un vivo e profondo ringraziamento per l'opera efficacemente da lui svolta nel debellare in Italia la terribile minaccia della poliomielite. Bisogna entrare nella casa di un bambino colpito da questa malattia per sentire l'amarezza della madre e dei parenti!

Quà e là ancora si notano dei casi sporadici di poliomielite, ma non dubito che il Ministro saprà, come ha dimostrato in passato, e le recenti disposizioni lo confermano, insistere nell'allargare sempre più quel concetto della vaccinazione preventiva che tanti successi ha conseguito in un recente passato, pur senza sbarrare la strada a quelle innovazioni che la scienza e l'esperienza, anche di altri Paesi, dimostreranno essere utili.

Recentemente si è tenuto a Torino il congresso del pronto soccorso. È un problema di grande attualità. Si è visto, attraverso le relazioni, che l'80 per cento degli infortunati della strada muoiono per emorragia o asfissia per un mancato pronto soccorso. È un problema che deve essere trattato, deve essere affrontato e risolto per la salute di tanti nostri cittadini.

Signor Presidente, onorevoli senatori, signor Ministro, queste poche osservazioni ho voluto fare sullo stato di previsione del Ministero della sanità, nella speranza che ella, signor Ministro, voglia tenerne conto nella preparazione di quel Piano bianco che lo stesso relatore auspica possa essere messo a fuoco in un prossimo avvenire, per il bene della salute pubblica dell'Italia nostra. *(Applausi dal centro. Congratulazioni)*

PRESIDENTE È iscritto a parlare il senatore Pasqualicchio, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche i quattro ordini del giorno da lui presentati, i primi tre insieme ai senatori Lombardi e Scotti e il quarto insieme ai senatori Zanardi e Scotti. Si dia lettura degli ordini del giorno.

C E M M I, *Segretario*:

« Il Senato,

riconosciuto che ormai il vaccino vivo antipoliomielitico Sabin ha superato la prova sperimentale, essendo stato somministrato a centinaia di milioni di bambini e di giovani nelle altre Nazioni, con ottimi risultati;

sapendo che il vaccino vivo attenuato ha un potere antigienico più alto e che di conseguenza con esso si ottiene una immunizzazione più completa,

invita il Ministro a farne iniziare l'uso »;

« Il Senato,

constatato che le attrezzature ospedaliere non sono adeguate ad una efficiente assistenza; che vi sono ospedali costruiti e non in funzione, perchè mancanti di qualsiasi attrezzatura,

invita il Ministro della sanità a provvedervi con un urgente e sostanziale intervento finanziario »;

« Il Senato,

constatato che la distribuzione del compenso sanitario, che viene pagato dagli Istituti assicuratori e dai privati agli ospedali, è ingiusto perchè riserva ad una sola persona (primario) il 50 per cento e all'Amministrazione ospedaliera, con l'aiuto, due assistenti e due infermiere, il resto,

invita il Ministro della sanità a formulare un Regolamento di ripartizione più equo »;

« Il Senato,

constatato che numerosi ospedali sono gestiti da commissari,

invita il Ministro della sanità a porre fine a tale sistema di gestione »

PRESIDENTE. Il senatore Pasqualicchio ha facoltà di parlare

PASQUALICCHIO. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, nella relazione di minoranza del 12 maggio 1959, redatta da me e dal collega Boccassi, sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1959 al 30 giugno 1960, così era espresso il nostro pensiero riguardo ai problemi sanitari: « Dopo la costituzione del Ministero della sanità è questo il suo primo bilancio di previsione che ci viene presentato, per esaminarlo e per discuterlo, non solamente nel suo aspetto organizzativo, nella validità o meno degli strumenti a disposizione del Ministero per provvedere alla tutela della salute pubblica, ma soprattutto per poter ricavare le linee programmatiche della politica sanitaria del nostro Paese, che affronti il problema di fondo di una suf-

ficiente protezione della salute pubblica. Di una nuova politica sanitaria vi è una impellente necessità, perchè il Paese si adegui agli sviluppi tecnici, scientifici, sociali, organizzativi richiesti dalle esigenze del nostro tempo, in cui la sanità non deve essere considerata una parte della sicurezza sociale, ma il suo fondamento stesso, così come deve essere in un Paese progredito ».

Onorevole Ministro, noi confidammo, tre anni fa, che al Ministero della sanità, sorto per una necessità di coordinamento di servizi sanitari dispersi e con la determinazione di raggiungere una loro unificazione entro un breve lasso di tempo e di procedere contemporaneamente al loro ampliamento e potenziamento, onde costituire un servizio sanitario nazionale organico, avrebbe corrisposto, con la sua opera, a questa aspettativa. Purtroppo dobbiamo constatare, senza alcun dissenso fra noi, che dopo tre anni siamo allo stesso punto di partenza. Questa constatazione amara ed angosciata viene espressa anche dal collega relatore, senatore Criscuoli, con queste parole: « Assai più volentieri, anche in ambienti responsabili, si discute e magari si provvede a tutt'altre necessità che non alla tutela dell'integrità fisica dei cittadini. L'esiguo stanziamento a disposizione del Ministero della sanità, quasi immutato per il prossimo anno (appena 1.693 milioni in più) non consente, purtroppo, alcun miglioramento o innovazione, e costringe all'immobilismo la politica sanitaria del Paese ».

Onorevole Ministro, permetta ora qualche domanda (e mi scusi sin d'ora se si tratta di domande poste alle volte con una certa durezza). Per prima cosa domando: vi è in voi una incapacità di concetto e di tecnica nell'affrontare il problema sanitario (e questo problema ormai postula una soluzione urgente), che rende poi stabile una situazione deprecata da tutti i settori politici del Parlamento e dall'intera opinione pubblica? O vi è in voi una volontà negata alla soluzione del problema? Vi rivolgiamo, onorevole Ministro, queste domande ora (noi non abbiamo pensato di rivolgervele in passato, perchè eravamo in fiduciosa attesa) perchè dopo tre anni constatiamo che non ci è venuta alcuna indicazione di un deciso orientamento

del Governo in rapporto ai problemi sanitari. Il Governo ha preso invece solo frammentarie disposizioni, e sempre sotto la pressione della volontà popolare, espressa in Parlamento dai rappresentanti della Nazione e nella società da movimenti spontanei ed organizzati di massa, come avvenne nella campagna per la vaccinazione antipoliomielitica, che demolì sul nascere le capacità di direzione ministeriale dell'onorevole Monaldi, il quale in verità aveva però ereditato una situazione sanitaria disorganizzata.

Onorevole Giardina, il collega Monaldi sembra tuttavia che si sia presa una rivincita nei vostri confronti dal momento che il bilancio che voi ci presentate, salve poche variazioni negli stanziamenti di alcuni capitoli, nella sua struttura e concreta entità, è lo stesso di quello di tre anni fa. Ciò ci induce a dichiarare che, non essendovi un solo elemento nuovo da discutere e da valutare, per noi non vi è invito serio alla discussione da parte del Governo e nessuna necessità, neppure quella formale (a cui avevamo pensato di rinunciare) di analizzare e di discutere il bilancio che avete offerto al nostro esame.

Tuttavia, se lo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio 1961-62 non offre materia nuova di discussione, noi non possiamo condannarci allo stesso immobilismo del Governo, e dobbiamo, ognuno di noi, anche a costo di ripeterci (*gutta cavat lapidem*) rapidamente riesaminare, nei limiti di tempo consentiti, alcuni problemi particolari, che poi nell'insieme costituiscono il problema sanitario nazionale

Ora, prima di affrontare il problema che mi sono proposto di discutere con una certa ampiezza, accenno brevemente ad alcuni dati statistici forniti dalla relazione del senatore Criscuoli. L'onorevole Criscuoli ha riprodotto le tabelle statistiche inerenti al problema della madre e del bambino da altre pubblicazioni ufficiali; tuttavia non ha sottoposto tali dati ad un esame critico, da cui avrebbe potuto trarre alcuni rilievi socialmente molto importanti. Infatti nelle sue tabelle espositive schematiche per il 1958, non elaborate, i dati delle nascite, della nati mortalità e della mortalità della prima infanzia, se elaborati

criticamente, ci fanno comprendere alcuni fenomeni importanti che vengono nascosti nelle pieghe di una statistica acritica. Infatti, sottoponendo a una revisione la prima tabella, che abbraccia tutta la natalità, abbiamo: nati 893.658; nati morti 23.190; nati vivi 870.468; morti nel primo anno di vita 41.969. Sicchè abbiamo una mortalità infantile che è quella che è stata indicata dal senatore Lorenzi, del 49 per mille circa.

Se sottoponiamo ad una rielaborazione la tabella seguente, dove si mette in evidenza la mortalità infantile degli illegittimi per i due gruppi distinti degli illegittimi riconosciuti e degli illegittimi non riconosciuti, si possono fare i seguenti rilievi. Per il gruppo degli illegittimi riconosciuti abbiamo: nati vivi 19.591; morti nel primo anno di vita 1.230; indice di mortalità infantile del primo anno di vita 63 per mille. Per il gruppo degli illegittimi non riconosciuti abbiamo: nati vivi 3.486; morti nel primo anno di vita 521; indice di mortalità infantile nel primo anno di vita 150 per mille.

Vedete bene che questi dati ci forniscono degli elementi di giudizio che sono a sfavore dell'attività sanitaria del Governo, perchè se c'è un settore in cui il Governo agisce direttamente, è proprio quello degli illegittimi, e qui si rileva l'insufficienza dell'azione governativa, perchè abbiamo un'elevata mortalità infantile, che arriva fino al 150 per mille.

Ed ora, utilizzando il rimanente tempo a mia disposizione, cerchiamo di renderci conto della lotta condotta dagli industriali monopolistici farmaceutici per la determinazione dei prezzi dei medicinali. Vediamo se è vero, come ebbe ad affermare il Presidente della Repubblica nel suo messaggio al Parlamento del marzo scorso in occasione del Centenario dell'Unità d'Italia, che il profitto individuale non tiene conto dell'interesse generale. Non ci nascondiamo le difficoltà; sappiamo che l'indagine analitica dei costi e dei prezzi dei prodotti industriali in genere, anche se da parte degli imprenditori nell'interno dell'azienda, è condotta con metodo rigoroso, riesce fortemente difficile agli studiosi di economia, i quali si devono accontentare dei dati forniti al pubblico dagli stessi industriali interessati ad alterarli per nascondere il profitto di impresa, che è

un ottimo per ottenere ottimi risultati i costi di produzione e i prezzi di vendita. Però, anche se non facciamo ricorso alla specificazione del costo e del prezzo della unità di prodotto, tanto osteggiata da una violenta campagna giornalistica dei grandi industriali farmaceutici, abbiamo nelle nostre mani i dati globali che riguardano i forti investimenti effettuati in un decennio dagli stessi industriali dell'industria farmaceutica.

La Farmitalia in un decennio, dal 1950 al 1960, ha sviluppato gli impianti industriali di Settimo Torinese passando da un investimento iniziale di 200 milioni a quello complessivo di 12 miliardi. Per la Carlo Erba abbiamo i seguenti dati, che riproduco dai grafici statistici di una sua pubblicazione e che dimostrano lo sviluppo intenso e accelerato degli indici dei due rami del capitale, fisso e monetario; mettendo 100 come indice base del 1945, abbiamo per i due gruppi di capitali queste cifre:

1) Immobili - impianti - macchinari	
anno	indice
1945	100
1950	4.375
1955	10.625
1960	17.500

2) Capitale monetario e obbligazioni	
anno	indice
1945	100
1950	2.500
1955	5.625
1960	10.000

Quale è la provenienza di questi alti investimenti? Abbiamo detto che si è partiti da un indice di 100 e si è arrivati ad un indice di 17.000. È notorio che questi investimenti sono stati effettuati attraverso autofinanziamenti ed in minor parte attraverso emissioni di azioni e di obbligazioni.

L'autofinanziamento presuppone l'accumulazione capitalistica, la quale, a sua volta, si attua attraverso una distribuzione, in cui i capitalisti, specialmente quelli monopolistici vi fanno la parte del leone, onde bassi salari ed alti prezzi. Abbiamo così alti profitti di impresa, risparmio coattivo, alto grado di sfruttamento della forza-lavoro nella produ-

zione ed alto grado di sfruttamento della società nel mercato. Questi fatti costituiscono una caratteristica comune a tutte le imprese capitalistiche, specialmente nei periodi di grande sviluppo industriale, caratteristica che è stata ben messa in evidenza dal senatore Pesenti con una tabella nella sua relazione di minoranza del 2 maggio 1961 allo stato di previsione della spesa del Ministero del bilancio per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962. Semplificando la tabella del collega Pesenti, inerente al grado di sfruttamento della forza-lavoro per l'anno 1960 nel settore industriale, abbiamo una produzione totale di 7.593 miliardi, di cui 1.119 miliardi per ammortamenti, 2.197 miliardi per salari, 4.277 miliardi il plus-valore. Sicchè, se noi rapportiamo il plus-valore al capitale variabile, abbiamo un saggio del plus-valore del 200 per cento. La tabella ci dice che i monopoli industriali si sono appropriati di 4.277 miliardi di lavoro non pagato e che il neo valore (prodotto netto vero o plus-valore e capitale variabile o fondo salari), aggiunto al capitale costante consumato e conservato, è appropriato per quasi due terzi dai capitalisti e per un terzo dai produttori (lavoratori). Così si forma il profitto di impresa che condiziona il processo di investimento che diventa autofinanziamento. Questo è un quadro di assieme per la produzione industriale che noi abbiamo voluto esporre in forma sintetica, ma esso può ben rappresentare anche il settore industriale farmaceutico. Infatti, se prendiamo in esame gli stessi dati statistici, forniti dalla *Lepetit* ai parlamentari in visita ai suoi impianti industriali di Torre Annunziata, riscontriamo le stesse caratteristiche della produzione industriale nella distribuzione, nel profitto di impresa e nel grado di sfruttamento della forza-lavoro. La *Lepetit* distribuì ai parlamentari uno schema di distribuzione percentuale del ricavo dell'impresa per il 1960. Questa distribuzione rielaborata ci ha permesso di calcolare l'incidenza percentuale dei vari elementi nel prezzo di mercato dei medicinali. Qui viene esaminata la produzione globale della *Lepetit*, da cui, volendo, si può calcolare il prezzo del singolo medicinale.

Ecco gli elementi costitutivi del prezzo: per il personale 21,84 per cento; materiali

per la produzione 11,44 per cento; spese di propaganda, 10,92 per cento; spese generali 3,85 per cento; tasse 1,42 per cento. Altre spese per ricerca, non di personale, 2,50 per cento; dividendi 2,57 per cento. In totale si tratta del 52,25 per cento del ricavo dell'impresa, a cui si debbono aggiungere le sconti ai grossisti, che è del 35,75 per cento, e lo sconto agli enti mutualistici, che è del 12 per cento.

Se valutiamo nella loro entità questi elementi, riscontriamo lo stesso fenomeno che abbiamo riscontrato quando abbiamo sottoposto ad analisi la tabella del collega Pesenti. Noi sappiamo infatti che i materiali usati per la produzione industriale vengono trasformati e conservati e costituiscono il cosiddetto capitale costante, il quale non incide minimamente sul neo valore del prodotto. Se noi calcoliamo le spese del personale, che rappresentano il valore della paga-lavoro, che costituisce il capitale variabile, immesso nel prodotto, e il plusvalore, parte del neo valore aggiunto, abbiamo queste cifre: materiali conservati 11,5 per cento, spese per il personale 21,50 per cento, plusvalore 67 per cento. Sicchè abbiamo qui un saggio di plusvalore che si aggira intorno al 300 per cento.

Certamente bisogna fare qui una tara, in quanto che altre spese, come quella inerente al lavoro di distribuzione, non sono contemplate. Abbiamo però sempre un'alto grado di sfruttamento della forza di lavoro, intorno al 250 per cento.

Come vedete, onorevoli colleghi, il grado di sfruttamento del lavoro operaio e intellettuale nell'industria farmaceutica è più elevato di quello osservato nella restante produzione industriale. Negli stabilimenti della Carlo Erba l'indice della produttività in un decennio è passato da 100 a 300, mentre quello dell'occupazione è passato da 100 a 125.

E i prezzi dei medicinali? Essi sono diminuiti per alcune categorie di medicinali, ma per la maggior parte delle specialità sono rimasti costanti, e sono rimasti costanti proprio per quelle più richieste, anche se le sostanze per la loro preparazione e confezione hanno subito una diminuzione di costo. Qualche esempio basta a dimostrarlo.

L'impiego terapeutico dei cortisoni da alcuni anni è andato sempre più intensificandosi per la loro spiccata azione generale, antiflogistica. In Italia esistono circa 200 specialità a base di cortisone, il quale viene associato anche ad altre sostanze, chimico-farmaceutiche sia per uso interno che esterno, come il cloramfenicolo. Nelle quotazioni correnti sul mercato italiano un grammo di idrocortisone acetato costa lire 1200, cioè 12 lire il centigrammo; ora, le confezioni di pomata da 5 grammi all'1 per cento di idrocortisone sono allineate al prezzo di lire 1200, più del doppio di quanto potrebbero costare applicando il noto parametro della Commissione dei prezzi del Ministero della sanità. Altrettanto può dirsi per il gruppo prednisone-prednisolone, il quale due anni fa aveva un prezzo di lire 20 il milligrammo, mentre ora ne ha uno di 5 lire; eppure le confezioni di specialità (come il *deltacortene Lepetit*) conservano lo stesso prezzo di prima. Il *deltacortene* infatti ha lo stesso prezzo di vendita di prima di lire 1500. Le stesse osservazioni possono farsi per gli antitubercolari (pas, idrazide dell'acido isonicotinico) e per i sulfamidici, che recentemente hanno risvegliato l'interesse della medicina. Ma è superfluo tediarsi con una lunga casistica. Occorre una vasta revisione dei prezzi dei medicinali; quest'opera di revisione, annunciata qualche volta con gran chiasso anche dal Ministro della sanità, è stata contenuta e poi dimenticata; anzi, è stata in seguito ostacolata dallo stesso Ministro della sanità, che sembra si sia allineato sulla stessa posizione degli industriali monopolisti farmaceutici. Questi monopolisti vanno sempre più accentuando la loro attività antisociale, sia nel mercato che nella produzione, perchè essi conseguono non solo il più alto profitto d'impresa, ma anche il più alto risparmio del lavoro.

Nei grandi complessi industriali farmaceutici si va accentuando lo squilibrio d'impiego fra il capitale costante e il capitale variabile: aumenta il primo e diminuisce il secondo.

Una illustrazione di questo fenomeno produttivo ci viene fornita dalla *Lepetit*. La *Lepetit* di Torre Annunziata, che ci tie-

ne ad affermare che essa è l'unica fabbrica italiana che lavora con procedimenti propri e non è legata a brevetti stranieri, è costituita da un complesso industriale che impiega 705 dipendenti, dei quali 564 sono operai qualificati e specializzati, 113 impiegati amministrativi e tecnici non laureati e 28 impiegati amministrativi e tecnici laureati.

Ora, nella stessa area dello stabilimento antibiotico, si sta costruendo, per iniziativa della *Fervet*, un nuovo impianto industriale per la produzione di nuovi antibiotici ed altri prodotti da fermentazione, destinati all'industria farmaceutica. La *Fervet* è una società per azioni, costituita alla fine del 1958 dalla *Lepetit* e dalla *Ciba A.G.* di Basilea, una delle massime industrie mondiali nel campo chimico e farmaceutico.

Gli impianti sono in fase di avanzata realizzazione e potranno essere ultimati e pronti per la produzione entro il secondo semestre del corrente anno. Il nuovo complesso industriale, essendo costruito secondo i più avanzati criteri scientifici, suggeriti dalle esperienze recenti di settore in Italia e all'estero, avrà una capacità produttiva quasi pari a quella attuale della *Antibiotici Lepetit*. E sapete, onorevoli senatori, con quanto personale? Con 120-150 dipendenti, fra operai qualificati e specializzati, impiegati amministrativi e tecnici laureati e non laureati; ossia, verrebbe occupato appena un quinto del personale ora impiegato nella *Antibiotici Lepetit* (705 unità). Le produttività dei due stabilimenti è pari, ma l'occupazione è ridotta di quattro quinti; la produttività lavorativa aumenta di 4 volte e si ritorce contro il lavoratore, negandogli l'accesso al lavoro, unica fonte di reddito per sé e la famiglia.

Ma alcune fabbriche milanesi sono andate oltre questo basso livello d'impiego di mano d'opera: l'hanno eliminata completamente.

Ho qui una lunga lista di imprese farmaceutiche, le quali non hanno alcun dipendente, come la *Farmaceutici APAF S.A.S.* di Milano, la quale produce 14 specialità e non ha alcun dipendente; la *ASTER* di Torino, la *Chemiofarm* di Torino, il *Laboratorio Gruner* di Torino ed altre.

Ed allora potrebbe anche essere opportuno ricordare che qui appare l'ombra di Riccardo, che sembra complimentarsi con gli imprenditori capitalisti moderni, perchè questi, in un breve periodo di tempo, hanno saputo mettere in esecuzione i suoi insegnamenti economici, che identificano gli interessi degli imprenditori con quelli della Nazione. Infatti, Riccardo, nei suoi « principi di economia », di quasi un secolo e mezzo fa, scriveva: « Sarebbe del tutto indifferente per una persona, la quale su un capitale di 20.000 sterline farà un profitto annuale netto di 2.000 sterline, che il suo capitale impieghi 100 o 1.000 uomini . . . L'interesse reale di una Nazione non è il medesimo? Presupponendo che la sua entrata netta e reale, e che le sue rendite e i suoi profitti siano i medesimi, che importa che essa sia composta di dieci o di dodici milioni di individui? ».

Si viene così a negare l'interesse sociale e l'importanza del numero degli abitanti di una Nazione, si viene a condannare la Nazione, ed è proprio questo che hanno fatto gli industriali farmaceutici italiani.

Già a quel tempo si ebbe una risposta. Il Sismondi, ne « I nuovi principi di economia », così scriveva: « Che dunque? La ricchezza è tutto e gli uomini sono assolutamente nulla? . . . In verità, non resta altro a desiderare che il re rimanga solo nell'isola e, girando costantemente la manovella, faccia compiere da automi meccanici tutto il lavoro dell'Inghilterra ».

P R E S I D E N T E . Senatore Pasquale, la prego di concludere.

P A S Q U A L I C C H I O . Sto venendo alla conclusione, e la ringrazio del suo richiamo, perchè così cercherò di sintetizzare la mia esposizione.

Noi dunque abbiamo la constatazione netta che l'interesse della impresa monopolistica è contrario all'interesse della Nazione.

E vengo alla conclusione. Onorevoli senatori, tutti i rilievi critici che abbiamo fatto danno una esatta indicazione per l'attività del Ministro della sanità. Onorevole Giardina, c'è una vasta materia da disciplinare, che va dalla produzione ed il commercio delle sostanze

medicinali e dai presidi medico-chirurgici all'organizzazione dell'assistenza sanitaria per la tutela della salute pubblica e al potenziamento dei suoi organi, dei suoi strumenti sanitari, fra cui principalmente gli ospedali e la loro attrezzatura.

In tre anni di attività ministeriale affannosa e caotica, niente di sostanziale è stato costruito. Giace negli archivi un disegno di legge che è stato presentato per tre legislature, il n. 413, di iniziativa dei senatori Benedetti ed altri, che riguarda la disciplina sulla produzione e il commercio delle sostanze medicinali e dei presidi medico-chirurgici; ci sono altri numerosi disegni di legge connessi al problema delle farmacie; c'è anche un'aggiornata proposta di legge di iniziativa dei deputati Novella ed altri (n. 2413, presentata il 26 luglio 1960) che riguarda la delega al Governo della Repubblica per l'attuazione di un sistema di sicurezza sociale.

Non mancano gli stimoli, ma il Governo si gode la calma e la comodità dell'immobilismo.

In tre anni di attività amministrativa del Dicastero della sanità un solo provvedimento legislativo è stato approvato dall'11ª Commissione permanente, provvedimento che poi è giustamente naufragato alla Camera dei deputati. Si tratta del disegno di legge n. 1312. « Concessione di contributi per l'acquisto e l'installazione di attrezzature ospedaliere », il cui articolo primo dispone che « Il Ministero è autorizzato a concedere contributi a favore delle amministrazioni ospedaliere . . . che intendono contrarre mutui per provvedere all'acquisto e alla installazione di attrezzature ospedaliere e tecniche, indispensabili per il funzionamento dei servizi istituzionali dell'ente ». Inoltre l'articolo 5 ci dice che « La somma di 30 miliardi occorrente per il pagamento delle annualità relative sarà iscritta nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità in ragione di 1 miliardo e mezzo di lire annue dal 1960-1961 al 1979-1980 ». Si stabilisce che: « All'onere dipendente dall'applicazione della presente legge sarà fatto fronte mediante riduzione annua di 1 miliardo e mezzo dello stanziamento del capitolo 64 dello stato di previsione della spesa

del Ministero della sanità per l'esercizio 1960-61 e per gli esercizi successivi». Ecco un piano sanitario, anzi l'unico piano sanitario del Governo, che poi dovrebbe essere attuato con la riduzione dello stanziamento del capitolo 64.

Il capitolo 64 riguarda i contributi ai comuni, alle province alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ai consorzi e ad altri enti per favorire il ricovero in speciali luoghi di cura degli infermi tubercolosi eccetera. Sicchè si riduce lo stanziamento di un capitolo dello stato di previsione del Ministero della sanità e si attribuisce l'importo di questa riduzione ad un nuovo capitolo da accendersi. I Consorzi antitubercolari sono deficitari e gli ospedali mancano di attrezzature. L'ospedale di Lucera è stato costruito da parecchi anni, ma non è ancora in funzione perchè non si è provveduto alle sue attrezzature sanitarie.

Onorevole Presidente, onorevole Ministro, il Governo ci ha messo davanti, per discuterli e approvarli, e in parte sono stati approvati di già, numerosi piani: il Piano della scuola, il Piano verde, il Piano delle autostrade ed altri programmi di contenuto economico produttivo, ma non ha ancora diretto la sua attenzione e la sua volontà alla preparazione e alla definizione di un piano di organizzazione e di sviluppo dei servizi sanitari nazionali. Eppure vi sono tutti gli elementi per procedere alacramente, non ultimi quelli da noi additati ripetutamente.

A me, a conclusione del mio intervento, si impone di ricordarvi che il problema della produzione e dei prezzi dei medicinali esige una soluzione indilazionabile. Un gruppo di alcuni monopolisti (la Farminindustria), associato ad un gruppo internazionale, conduce una lotta economica ed antisociale, per cui si richiede la trasformazione dei grandi complessi industriali farmaceutici in industria di Stato, poichè questa è l'unica soluzione razionale del problema che io ho trattato. *(Applausi dalla sinistra)*.

P R E S I D E N T E. È iscritto a parlare il senatore Monaldi. Ne ha facoltà.

M O N A L D I. Per motivi facilmente comprensibili mi asterrò da qualsiasi giu-

dizio sulle attuali direttive di politica sanitaria.

Il mio intervento è dettato dal dovere umano, scientifico e sociale di sottoporre alla attenzione del Governo e del Paese il problema dei tumori maligni.

I dati di cui mi avvarrò per dare caratterizzazione al problema sono tratti dalle elaborazioni dell'Istituto centrale di statistica, da un'inchiesta da me condotta nella seconda metà del 1958 e da rilevazioni cliniche di varie Scuole.

Nell'anno 1960 73.508 persone sono morte in Italia per tumori maligni.

Poichè nello stesso anno il totale dei morti è stato di 480.849, i tumori maligni incidono per oltre il 15 per cento sulla mortalità complessiva. Nel 1901 invece l'incidenza sul totale delle cause di morte fu del 2,4 per cento.

Il progressivo aumento dei tumori maligni e della loro incidenza sulla mortalità globale a partire dal 1901 è espresso dalle seguenti cifre:

Anno	Numero dei morti per cancro	Numero totale dei morti	Percentuale
—	—	—	—
1901	17.141	715.036	2,4
1911	23.172	742.811	3,1
1921	25.300	642.234	3,9
1931	30.342	609.405	4,4
1941	39.576	621.735	6,3
1951	50.753	481.911	10,5
1953	54.331	472.711	11,5
1955	58.458	446.689	13
1957	64.053	484.190	13,3
1959	69.953	455.176	15,3
1960	73.508	480.849	15,2

In sessanta anni i morti per cancro sono saliti in valori assoluti da 17.141 a 73.508. E si tratta di un aumento a ritmo progressivo e crescente: negli ultimi dieci anni il maggior numero dei morti — quasi 25.000 — è di poco inferiore a quello registrato nel precedente cinquantennio.

Di fronte a queste cifre è giusto obiettare che nel periodo considerato — gli ultimi 60 anni — la popolazione italiana ha subito un forte aumento, che la sua compo-

sizione è notevolmente variata per un maggior numero di anziani, e che, per quanto riguarda i rapporti con il numero totale dei morti, la mortalità complessiva ha subito una cospicua contrazione. Senonchè esiste un altro indice che chiarisce la reale posizione del cancro: l'indice di mortalità per 100.000 abitanti. Ecco alcuni dati:

Anno	Mortalità per cancro (indici per 100.000 abitanti)
—	—
1901	52
1911	66
1931	73,5
1951	108
1955	120
1958	133

Dai 52 morti per 100.000 abitanti nel 1901 si è arrivati nel 1958, con passaggi successivi via via accelerantisi, a 133 morti per 100.000 abitanti. Forse oggi si è già vicini

al triplo dell'indice registrato agli inizi del secolo.

I due sessi concorrono in modo diverso agli incrementi, come risulta dai seguenti dati:

Anno	Mortalità per cancro nei due sessi (indici per 100.000 abitanti)	
	Maschi	Femmine
—	—	—
1901	45	59
1911	59	73
1931	72	75
1951	112	105
1958	141	125

A far tempo dal 1901 la mortalità maschile risulta più che triplicata mentre quella femminile è aumentata poco più di due volte.

Nessuna età sfugge all'affezione, ma l'incidenza è estremamente diversa salendo dai primi anni alle epoche più avanzate della vita.

Indici di mortalità per 100.000 abitanti rapportati all'età e al sesso

(Dati tratti dalle statistiche dell'anno 1957)

Gruppi di età	Maschi		Femmine	
	Numero	Indice	Numero	Indice
—	—	—	—	—
1-5	259	12	232	11,5
5-10	188	8,6	131	6
10-15	156	7,9	94	5
15-20	159	7,4	121	8
20-25	220	10,9	157	7,9
25-30	243	11,7	260	12,8
30-35	371	19	482	24
35-40	446	32	671	45
40-45	903	55	1.288	74
45-50	1.919	117	2.078	122
50-55	3.150	231	2.552	175
55-60	4.298	385	3.154	246
60-65	4.837	556	4.047	361
65-70	5.356	735	4.629	488
70-75	5.254	951	4.761	669
75-80	4.034	1.133	3.797	855
80-85	2.214	1.236	2.210	948
85-90	638	1.160	802	1.002
oltre 90	105	807	192	750

Da indici aggirantisi intorno ai 10 morti per 100.000 abitanti nei primi trenta anni di vita si sale ad oltre 1.000 morti per 100.000 soggetti del quinquennio 80-85 anni. Fatto particolarmente saliente ai fini sociali è che oltre 40.000 vite vengono stroncate dai tumori maligni nelle età comprese tra i 40 e i 70 anni.

Tutti gli organi ed apparati possono essere colpiti.

La classificazione analitica internazionale delle cause di morte annovera 65 differenti localizzazioni neoplastiche. Però la grande maggioranza dei tumori maligni si concentra in un ristretto numero di organi.

In base ai dati sommari del 1960 e per l'insieme dei due sessi le principali localizzazioni risultano, in ordine di frequenza, le seguenti:

Organo	Numero assoluto dei morti	Incidenza percentuale su tutti i tumori
1. Stomaco	16.883	23 %
2. Organi sessuali femminili	10.655	14,6 %
3. Polmone	7.283	9,9 %
4. Fegato	7.263	9,8 %
5. Intestino	6.982	9,4 %
	49.066	66,7 %
Altre localizzazioni	24.508	33,3 %
TOTALE	73.508	100,0 %

Nelle 5 sedi menzionate si concentrano i due terzi di tutte le localizzazioni neoplastiche, mentre un terzo è ripartito fra tutte le altre sedi.

Gli indici relativi alle sedi sono sensibilmente differenti nei due sessi. Così ad esempio nel 1957 gli organi sessuali femminili erano presenti con un'incidenza del 28,7 per cento su tutti i morti per tumori maligni, mentre estremamente bassi sono gli indici relativi agli organi sessuali maschili.

Al contrario per il polmone si ebbe un indice del 13,9 per cento nell'uomo contro un indice del 3,5 per cento nella donna.

Di particolare interesse è un altro ordine di rilevazioni. Nell'incremento generale registrato nell'ultimo sessantennio fortemente diverso è il contributo dato dai singoli organi ad apparati.

Ecco alcuni dati comparativi della mortalità del 1931 e del 1957:

Organo	Mortalità 1931	Mortalità 1957	Percentuale d'incremento
1. Stomaco	26	32,9	23 %
2. Utero	6,5	8,6	32 %
3. Fegato	7,3	13,3	82 %
4. Mammella	4,5	9,1	102 %
5. Polmone	2,2	11,5	422 %

Il cancro del polmone è aumentato del 422 per cento contro un aumento del 23 per cento del cancro dello stomaco.

In breve sintesi:

i tumori maligni incidono oggi per oltre il 15 per cento sulla mortalità complessiva della popolazione italiana;

dal 1901 al 1958 la mortalità per tumori maligni si è pressochè triplicata: il ritmo di aumento è progressivo; nell'ultima decade l'aumento della mortalità in valori assoluti è stato pressochè pari a quello verificatosi nel precedente cinquantennio;

le epoche della vita più colpite sono quelle comprese tra i 40 e i 70 anni con circa due terzi in queste epoche di tutti i morti per tumori maligni;

l'apparato digerente, gli organi sessuali femminili, l'apparato respiratorio assommano i due terzi circa di tutte le localizzazioni.

In rapporto alle sedi si è registrato un incremento diverso: il massimo si è avuto nel cancro del polmone il cui aumento nello ultimo trentennio ha superato il 400 per cento.

Per tratteggiare le linee di questo pauroso capitolo di patologia mi sono riferito alla mortalità.

Ma prima dei morti, e in parte fortunatamente oltre i morti, vi sono i malati di cancro. Tenuto conto del decorso naturale del male, e sommando ai casi mortali quelli che guariscono e quelli nei quali il decorso è prolungato dalle terapie si può calcolare una massa non inferiore alle 200.000 unità. Questi 200.000 malati, via via rinnovantisi e sempre presenti nel corpo sociale, battono alle porte del medico, del sociologo del legislatore con le loro esigenze. È necessario averne chiara nozione.

Il cancro trae origine probabilmente da una sola cellula, al massimo da un piccolissimo numero di cellule. Esso si rende obiettivamente quando quelle prime cellule, moltiplicandosi, danno luogo ad una formazione di notevole volume e quando questa formazione per la sua presenza e per i riflessi sull'economia organica dà luogo ad uno stato di malattia e comunque a turbe che richiamino l'attenzione dell'individuo

colpito. Ed è così che tra inizio e prime manifestazioni obiettivamente decorre un periodo di tempo che è diverso a seconda delle sedi e della natura del male, e forse ancor più diverso in ragione delle differenti sensibilità e capacità di giudizio dei pazienti.

Si domandano i clinici se questo periodo di tempo possa essere abbreviato o, per meglio dire, se il momento della prima rilevazione possa essere anticipato.

Sorge così il problema di diagnosi, che esige innanzitutto la messa in opera di tutti gli accorgimenti per identificare il più precocemente possibile — anche in via indiziaria — il colpito dall'affezione neoplastica. A questa prima esigenza ne segue una seconda che sorge nel momento in cui il malato si presenta agli accertamenti. Si tratta di formulare la diagnosi effettiva con l'identificazione della natura, della sede, della fase di sviluppo, delle caratteristiche morfologiche del tumore.

Il soddisfacimento di questa esigenza richiede ovviamente, in ragione del settore organico colpito, strumenti, metodiche, indagini diverse e uomini orientati verso settori diversi della patologia, della clinica, dell'anatomia patologica, della radiologia, del laboratorio, della biologia.

Il problema diagnostico, come è agevole intuire, è problema di fondo essendo la sua soluzione il mezzo per entrare nel campo della terapia.

La terapia dei tumori maligni oggi si dirige su tre vie fondamentali variamente combinate tra loro: la chirurgia, la fisica, la terapia medica antimetabolica e ormonale.

Quest'ultima richiede conoscenze specifiche, ma di acquisizione relativamente facile. Di grande complessità sono gli altri due ordini di cure.

A parte le peculiarità degli interventi in rapporto alla natura e alla fase di sviluppo del tumore, la terapia chirurgica si deve adattare alle sedi e agli organi colpiti. Cosicché sussistono esigenze diverse per la sua applicazione al polmone, all'intestino, agli organi genito-urinari, agli arti, al sistema nervoso e via dicendo.

La terapia fisica — trattamento con radiazioni ionizzanti — è in piena evoluzione in rapporto al progresso delle tecniche, al-

l'introduzione via via crescente dei radioisotopi, e soprattutto in ragione di nuove e sempre più complesse apparecchiature. Larghi mezzi, personale altamente qualificato, istituzioni pienamente attrezzate sono oggi elementi indispensabili per dare alla terapia fisica il posto che le compete.

Ho detto dei tre ordini di presidi terapeutici: ma purtroppo per tanta parte dei cancerosi quei presidi o sono inapplicabili o i benefici che ne seguono sono del tutto effimeri. Per rendersi conto dei lati più drammatici di questa situazione valga un riferimento sulla terapia di exeresi del cancro del polmone. Le relazioni consegnate nella letteratura mondiale nell'ultimo decennio dicono che su ogni 100 tumori presi in esame non più del 20-25 per cento sono operabili: degli operati solo il 15-20 per cento sopravvivono dopo i tre anni: la sopravvivenza dopo i cinque anni scende a cifre estremamente basse.

Gli inoperabili costituiscono un'enorme schiera di esseri doloranti che trascinano il loro male senza speranza per tempi diversi, che in genere sono di molti mesi, talora di qualche anno. E a questa schiera si aggiungono i non pochi che, anche se trattati con vantaggio, restano mutilati o comunque minorati dalle terapie.

Si profila così il campo dell'assistenza ai cancerosi, campo nel quale debbono convergere in alto spirito di umana solidarietà provvidenze economiche, cure sintomatiche, ricovero in ambienti idonei, opera di personale qualificato.

Sull'origine delle prime cellule cancerogene sono state avanzate molteplici ipotesi; ma al di sopra del dibattito sulla validità di queste si pone da tutti gli studiosi la domanda se nel determinismo di quelle prime cellule possono intervenire fattori esterni — le cosiddette cause esogene dell'oncogenesi — e, nell'affermativa, come e dove potrebbero essere identificati quei fattori. Darò qui — in brevissima sintesi — alcuni tra gli elementi più idonei per formulare un giudizio di massima.

In meno di un secolo la mortalità per tumori nel mondo si è triplicata. Questo pauroso crescendo però non ha colpito con eguale intensità i vari popoli e le varie nazioni.

Chè anzi differenze esistono e ben manifeste nell'ambito degli aggruppamenti, dei settori di una stessa nazione.

Cito alcune situazioni a titolo esemplificativo.

In Inghilterra la mortalità per cancro del polmone è a Londra il doppio di quella che si ha nelle zone rurali.

A Copenaghen dal 1931 al 1950 l'indice di mortalità, sempre per il cancro del polmone, è passato da 5 a 36, mentre nei distretti rurali si è andati da 2 a 10.

Molto eloquenti ai fini di un giudizio complessivo sono i dati tratti dalle statistiche italiane per quanto attiene alla distribuzione geografica di tutti i morti per tumori maligni nel 1957.

Regione	N. assoluto dei morti per tumori	Indice per 100.000 abitanti
Piemonte	6.675	180
Val d'Aosta	138	139
Liguria	3.098	188
Lombardia	11.970	173
Trentino Alto Adige	1.187	155
Veneto	5.096	130
Friuli Ven. Giulia	2.147	172
Emilia-Romagna	6.168	169
Marche	1.721	125
Toscana	6.037	185
Umbria	903	110
Lazio	4.409	120
Campania	3.613	78
Abruzzi e Molise	1.446	85
Puglia	2.638	77
Basilicata	418	63
Calabria	1.227	57
Sicilia	3.968	84
Sardegna	1.208	86
Italia	64.067	129

L'indice nazionale nel 1957 fu dunque di 129 morti per 100.000 abitanti.

Le regioni dell'alta Italia e in parte anche quelle del centro furono presenti con indici fortemente superiori, mentre si registrarono indici fortemente inferiori in tutte le regioni dell'Italia meridionale e insulare.

L'elaborazione dei dati statistici avrebbe dimostrato l'esistenza di un parallelismo tra

epidemiologia del cancro e industrializzazione. E gli studiosi ne ipotizzano i motivi in sostanze cancerogene tra cui:

agenti da inquinamento atmosferico (certi derivati dell'arsenico, del berillio, del cromo, del nichel, e soprattutto i derivati degli idrocarburi policiclici, primo tra questi il 3-4 benzopirene);

additivi alimentari (certe sostanze ad azione antisettica, emulsionante, edulcorante, colorante);

residui di pesticidi in derrate alimentari (composti inorganici dell'arsenico, composti organici alogenati, di cui piccole quantità possono residuare nei prodotti alimentari finiti; certi ormoni vegetali o fitoormoni impiegati per stimolare o inibire la crescita di piante).

In posizione oncogena di particolare rilievo poi vengono considerati la radioattività e, per il cancro del polmone, il tabacco.

Si direbbe dunque che il cancro sia il compagno del progresso industriale e civile. Non è però compagno fatale e insopprimibile. È ben vero che il 50 per cento dei lavoratori delle miniere di Joachimsthal e di Schneeberg sino ad alcuni decenni fa morivano per cancro del polmone; è ben vero anche che il cammino della radiologia e dell'energia nucleare è seminato da martiri delle radiazioni ionizzanti; ma è pur vero che studi ed esperienza hanno già potuto apprestare mezzi protettivi e attuare metodiche di prevenzione.

L'identificazione di alcune fra le tante cause esogene e le possibilità di rimuoverle o neutralizzarne l'azione aprono il capitolo della prevenzione e della profilassi dei tumori. Le dimensioni di questo capitolo non sono oggi note: si dovrebbe tuttavia dire che entro certo limiti esse dovrebbe svilupparsi in parallelo con il progresso delle tecniche.

È un'esigenza questa che si impone come imperativo alla nostra generazione chiamata a predisporre l'ambiente di vita per le generazioni di domani.

Il legislatore italiano si introdusse nel campo dei tumori in un periodo che vorrei dire di « risveglio verso i problemi sanitari » e cioè nel 1927, anno nel quale la più

grave malattia sociale del tempo, la tubercolosi, veniva decisamente affrontata con l'assicurazione obbligatoria e con l'istituzione dei Consorzi provinciali antitubercolari. Purtroppo però le provvidenze nel campo dei tumori furono ben diverse da quelle concernenti la tubercolosi.

La prima legge è quella del 23 giugno 1927, n. 1116. Contemplava lo stanziamento di contributi per 1.800.000 lire a favore di Comuni, Province, Istituzioni di assistenza per favorire l'impianto di centri di accertamento diagnostico per il cancro e i tumori maligni in genere, e altro stanziamento di lire 200.000 per l'attuazione di corsi per l'addestramento di personale medico.

Prima di quella legge, con regio decreto 16 gennaio 1927, n. 114, era stato dato riconoscimento di ente morale alla Lega italiana per la lotta contro i tumori.

Susseguentemente si hanno: il regio decreto 4 agosto 1932, n. 1296, che regola la costituzione ed il funzionamento dell'Istituto Regina Elena in Roma per lo studio e la cura dei tumori; e la legge 6 marzo 1953, n. 99, che dà facoltà alla Lega di raccogliere ogni anno fondi per la lotta contro i tumori anche mediante sovrapprezzi obbligatori.

Per quanto mi consta tutta la legislazione si conclude qui.

La situazione di fatto, in quanto applicazione delle norme di legge, si concreta in tre ordini di istituzioni.

La Lega, con 45 sezioni provinciali, eroga contributi a ricercatori singoli e ad istituti universitari, interviene nell'assistenza e nella cura con partecipazione in 38 Consorzi provinciali e infine con ricovero dei cancerosi inoperabili nell'Ospedale S. Andrea in Roma gestito direttamente.

Ai sensi della ricordata legge del 1927 sono sorti 62 centri per la diagnosi e cura dei tumori, appoggiati o no a Consorzi.

All'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori sorto, ai sensi del menzionato regio decreto del 1932, in Roma, si sono affiancati l'Istituto Pascale di Napoli e l'Istituto per i tumori di Milano.

Le linee di questa organizzazione sono tanto meschine di fronte all'ampiezza, alla complessità ed alla drammaticità del problema

da gettare l'osservatore in angosciato stupore:

molte Provincie e persino qualche regione non dispongono di alcuna istituzione qualificata;

i 62 Centri in funzione non hanno un'ordinata distribuzione nel territorio nazionale, con paurose lacune in alcuni settori e affollamento in altri;

non è definito il loro campo di azione, nè esiste un piano finanziario, nè un ordinamento che ne configuri la posizione giuridica tra le altre istituzioni sanitarie;

tale situazione crea disomogeneità tra i vari Centri, non pochi dei quali si dibattono in gravi ristrettezze, non dispongono di adeguate attrezzature e svolgono funzioni estremamente limitate;

molti Centri non sono enti di fatto, risultando inclusi nell'ente Ospedaliero principale che li ospita;

la mancanza di una regolamentazione rende impossibile la coordinazione tra le sezioni del Centro e ancor più il collegamento con le altre Istituzioni ospedaliere o universitarie.

Presidenza del Vice Presidente ZELIOLI LANZINI

(Segue M O N A L D I). Di fronte a queste constatazioni si potrebbe forse pensare che il canceroso, quando non può ricorrere ad istituzioni qualificate, ha sempre la possibilità di accesso agli Ospedali generali. Senonchè l'angoscia di chi analizza la nostra attuale organizzazione si acuisce quando passa al tema dell'assistenza.

I poveri, come è noto, sono affidati ai Comuni le cui crescenti difficoltà finanziarie inducono a severe restrizioni assistenziali che, nel campo specifico dei tumori, si riflettono più particolarmente in quei primi stadi — scarsi di sintomatologia clinica — durante i quali sarebbe tanto spesso possibile una terapia efficace.

Per i mutuari il cancro ha trattamento pari a quello delle malattie generiche; i periodi di spedalizzazione sono limitati, cosicchè non poche volte i malati perdono il diritto all'assistenza quando toccano l'acme della gravità o quando passano nel desolante periodo dell'irrecuperabilità.

Sempre per il fatto che il cancro è considerato al pari delle altre malattie generali, gli Enti mutualistici non riconoscono i maggiori oneri che debbono essere sostenuti dalle amministrazioni ospedaliere o dai centri, derivandone così limitazione alle

provvidenze terapeutiche e all'effettuazione di particolari metodiche diagnostiche.

Il panorama infine si fa ancora più fosco quando si entra nella contemplazione dei problemi sociali e scientifici.

Nel 1932 — si è detto dianzi — sorse in Roma l'Istituto Regina Elena per lo studio — oltre che per la cura — dei tumori, e, a breve distanza di tempo, con analoghe finalità sorsero l'Istituto Pascale di Napoli e l'Istituto per tumori di Milano. Rendo omaggio agli uomini che operarono e che operano in detti Istituti, alcuni dei quali hanno segnato e stanno segnando il proprio nome tra gli apostoli dell'umanità sofferente. Ma questa visione di bene non può far velo ai miei occhi per non riconoscere che quegli Istituti non corrispondono per la loro organizzazione alle esigenze scientifiche ed alle esigenze di una didattica che dovrebbe creare nei medici la coscienza oncologica.

Frattanto le Università — in vista della esistenza di quegli Istituti costituiti con ben definite finalità — salvo lodevoli eccezioni — la riferirsi più a singoli studiosi che ad organismi, non hanno sentito la vocazione, e del resto non ne hanno avuto i mezzi, per impostare e svolgere studi e ricerche con quella

ampiezza e profondità che la situazione oncologica reclama.

E per tal modo l'Italia, nella grande battaglia ingaggiata dal mondo scientifico, si trova ad essere in posizione di inferiorità; e — danno ancora più attuale — non dispone di quella larga schiera di medici qualificati indispensabili per impegnare la Nazione, con piena coscienza dei problemi, in una lotta razionale contro il tremendo flagello.

Forse taluno a conclusione di questa rassegna potrebbe — e a giusto titolo — chiedermi quali provvidenze sia io per suggerire. Dico subito che non ritengo mio compito formulare proposte in questa sede.

Ho parlato per un impulso dello spirito che mi fa violenza. In parte è lo stesso impulso che ha indotto alcuni colleghi di questa Assemblea a farsi iniziatori di un disegno di legge tendente all'istituzione di un Comitato nazionale per la ricerca scientifica su i tumori.

Senonchè in me l'impulso non si è prodotto solo per il desiderio di ogni studioso di penetrare nei campi inesplorati della patologia umana, ma ancor più per l'imperativo di portare in quest'Aula le ansie, le angosce, i dolori dei colpiti dal male: ansie, angosce, dolori che ogni medico raccoglie sul suo cammino, e che io sono costretto ad accumulare in me stesso guardando ogni giorno tante vittime di uno dei cancri più tormentosi e ribelli, quello del polmone.

Il cancro è il flagello dell'umanità di oggi, lo può diventare ancor più per i nostri figli e per i nostri nipoti. L'Italia deve prendere la sua strada con fiducia. Io ho fede nella scienza e nel valore dei nostri ricercatori, ho fede nelle capacità organizzative delle nostre classi sanitarie, ho fede nei sentimenti di bontà, di comprensione, di umana solidarietà, di carità cristiana di tutti gli italiani.

Ne danno testimonianza le nostre conquiste nel campo della tubercolosi. Unendo tutte le energie, compiremo oggi un dovere e segneremo le premesse per le vittorie di domani. (*Vivi applausi dal centro. Congratulazioni.*)

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Samek Lodovici, il quale, nel corso del suo intervento svolgerà anche i quattro ordini del giorno da lui presentati. Si dia lettura degli ordini del giorno.

C E M M I , Segretario:

« Il Senato,

richiamando il dispositivo dell'ordine del giorno Samek Lodovici ed altri su l'urgenza e per l'attuazione di un piano organico di risanamento sanitario integrale del bestiame, approvato dal Senato il 24 maggio 1961 in sede di discussione del Piano quinquennale per lo sviluppo dell'agricoltura,

rinnova vivissime premure al Governo affinché, considerati i gravissimi, crescenti danni che lo stato sanitario attuale del bestiame ci apporta e minaccia, e anche l'esempio e i risultati realizzati in questo campo dagli altri Paesi europei, si faccia ogni sforzo per reperire i fondi all'uopo necessari, calcolati nell'ordine di 100 miliardi di lire in 10 anni;

invita il Ministro della sanità, quale responsabile dei servizi veterinari di Stato, a rendersi interprete, insieme al Ministro dell'agricoltura, della indispensabilità e convenienza economica dell'invocato finanziamento straordinario, anche sotto l'aspetto della difesa della sanità pubblica, oltre quello dell'avvenire della zootecnia »;

« Il Senato,

considerato che la situazione epidemiologica per la poliomielite, pur non essendo allarmante, richiede ed è oggetto della più vigile attenzione del Ministro della sanità,

fa vivi voti perchè una volenterosa collaborazione delle famiglie con le autorità sanitarie permetta di continuare e intensificare l'attuazione in modo regolare e sistematico della vaccinazione antipoliomielitica;

prendendo atto della predisposta estensione gratuita della vaccinazione sino al ventunesimo anno d'età, rileva tuttavia che, verificandosi l'incidenza massima della malattia, comprendente circa i due terzi dei casi, nei primi tre anni di vita, appare so-

prattutto necessario che la vaccinazione sia il più possibile precoce e globale a questo livello di vita;

considerato d'altra parte che la vaccinazione con virus vivo attenuato Sabin, in base all'esperienza condotta senza inconvenienti in altre nazioni su decine di milioni di soggetti di ogni età, si è dimostrata indubbiamente dotata di alta capacità immunizzante, è meno costosa e altresì di più facile impiego della vaccinazione con virus inattivato Salk, attuandosi per via orale, fatto che la rende particolarmente preziosa per la vaccinazione di massa dei bambini,

invita il Ministro della sanità ad introdurla anche nel nostro Paese, secondo le modalità più opportune e ciò tanto più che a giudizio dei competenti nessuna controindicazione esiste all'impiego simultaneo dei due metodi di vaccinazione ed è anzi da prevedere che la vaccinazione per via orale con virus vivo attenuato possa aumentare e rendere più completi gli effetti della vaccinazione con virus inattivato Salk »;

« Il Senato,

fa voti che, nel quadro dell'attesa riforma organica della legislazione ospedaliera, oggetto delle vigili cure del Ministro della sanità e del più vivo interessamento del Parlamento e dell'opinione pubblica, il Ministro della sanità voglia tener presente:

a) la necessità di assicurare la presenza e la vitalità in tutti gli Ospedali del medico patologo, quale fattore fondamentale per il soddisfacimento delle moderne esigenze tecniche e di prestigio culturale degli Ospedali;

b) la necessità, oltre che di infermieri generici e diplomati, anche di tecnici sanitari, non laureati, particolarmente preparati per le esigenze di laboratorio, delle sale di autopsia e istologia, delle sezioni roentgen e fisioterapiche, eccetera »;

« Il Senato,

convinto che la preparazione del personale di sanità pubblica è fra i fattori essenziali e fondamentali per l'adeguamento dell'organizzazione sanitaria italiana ai bisogni

attuali del Paese e al progresso della scienza e della pratica dell'igiene pubblica;

rilevato altresì che la disponibilità di personale specificamente preparato è notevolmente inferiore al fabbisogno,

mentre fa voti perchè venga incoraggiato con tutti gli opportuni provvedimenti l'avvio dei giovani laureati alla nobile carriera della sanità pubblica,

invita il Ministro della sanità a farsi promotore della ricostituzione, in veste moderna, della gloriosa Scuola di Sanità creata nel 1889 da L. Pagliani, dove tutti i funzionari di sanità pubblica, tecnici ed amministrativi, possano compiere la loro preparazione e formazione secondo un organico piano di studi ».

P R E S I D E N T E . Il senatore Samek Lodovici ha facoltà di parlare.

S A M E K L O D O V I C I . Signor Ministro, onorevoli colleghi, illustre Presidente, data l'estrema ristrettezza del tempo concessomi solo qualche colpo di scalpello qua e là, da buon carrarese, nell'immensa mole della materia sanitaria che vorremmo dominata da un'organizzazione sempre più efficiente, eventualmente anche decentrata, ma col massimo di unità nei criteri tecnici e nell'azione, col massimo di concordia, di *homonoja*, per usare la parola invocata da Alessandro in un periodo critico della storia, al banchetto di Ofri.

Ed incomincerò subito dalle malattie dei nostri grandi amici, *animal propter hominem*, degli animali. Devo ritornare su questo argomento per un motivo di correttezza, onorevole Ministro: infatti in sede di discussione del Piano quinquennale per lo sviluppo dell'agricoltura, ho più volte invocato, lei assente, il Ministro della sanità, e naturalmente per ragioni di competenza. Non mi ripeterò, onorevoli senatori. In quella sede ho messo in sufficiente evidenza gli enormi, insopportabili danni economici diretti ed indiretti, dell'ordine di centinaia di miliardi all'anno, che noi subiamo per le malattie del bestiame, ed ho sottolineato anche la gravità del pericolo che barriere sanitarie sempre più gravi si frap-

pongano all'esportazione già così difficile dei nostri prodotti carnei nei Paesi che hanno già largamente completato la bonifica sanitaria del bestiame. Un solo esempio: la Germania e l'Austria importerebbero volentieri da noi grassi di maiale, strutto e lardo, ma da sei anni non ritirano più tali prodotti per paura dell'afta, onde queste nostre preziose derrate si accumulano svilite in quantità enorme; così la Svizzera, per paura della maltese, non ritira più i nostri formaggi; e che dire delle forze della N.A.T.O. stanziante nel Veneto che per preoccupazioni sanitarie non usano i nostri prodotti animali?

Insomma, in quella sede ho dimostrato la assoluta inderogabile urgenza, per il successo di ogni iniziativa attuale in favore dell'agricoltura, e della zootecnia in particolare, di una bonifica sanitaria integrale del bestiame. Ai miei rilievi sulla grave deficienza del Piano Verde a questo proposito, il Ministro dell'agricoltura ha risposto adducendo una ragione di delicatezza, la competenza, cioè, del Ministero della sanità per la lotta contro le malattie del bestiame. E non potevo non convenirne, tanto più essendo al corrente dell'analoga posizione assunta da un altro Ministro dell'agricoltura, l'onorevole Ferrari Aggradi, essendo pontefice alla Sanità il senatore Monaldi.

Non vi è dunque dubbio che anche la difesa economica dell'agricoltura e l'avvenire della nostra zootecnia sono in gran parte nelle sue mani, onorevole Ministro. Ma io oggi qui, rivolgendomi al Ministro della sanità, intendo da medico sottolineare il fatto — che è poi l'unica giustificazione della riunione in un unico Dicastero dei due servizi — che la bonifica integrale del bestiame è necessaria e sommamente conveniente anche ai fini della salute umana. Bastino poche esemplificazioni.

Tubercolosi. Come è noto dalle statistiche, la mortalità per questa malattia è notevolmente diminuita; persiste però la morbilità (e giustamente il collega professor Monaldi tuona ogni volta che si minacciano riduzioni al bilancio in questo settore e ciò dimostra la difficoltà di ridurre ulteriormente i contagi). Ebbene, almeno per quel 5 per cento — ed io credo di più, quanto meno nel-

la Valle Padana — di casi di malattia che ripetono la loro origine dal microbatterio bovino, noi potremmo arrivare alla loro eliminazione totale o quasi mediante l'estinzione della sorgente dell'infezione, la tubercolosi bovina. La riprova della verità di questo asserto ci è data dai Paesi che hanno visto, con il completamento della bonifica, la progressiva riduzione, fino alla loro scomparsa, di tutte le forme tubercolari dell'uomo riferibili al bacillo tubercolare bovino.

Altro esempio: la brucellosi. Di questa malattia infettiva abbiamo il triste primato in Europa: 7 400 casi nel 1960, con un indice dell'1,57 per mille. Potremmo liberarcene con lo sradicamento della brucellosi negli animali, che rappresentano direttamente o indirettamente la sorgente dell'infezione umana. Ed ancora: quante tonsilliti acute da streptococco, quante forme paratifiche, quante delle talora gravi e ricorrenti tossinfezioni alimentari della stagione estiva, da uso di gelati, creme, formaggi, non trovano la loro origine nel latte proveniente da mastiti sostenute dallo streptococco, dallo stafilococco, da salmonelle? E come non ricordarle, onorevole Ministro, il problema dell'idatitosi (certo socialmente non così importante come i precedenti, ma umanamente rilevante) così frequente e grave nelle zone depresse ad allevamento brado bovino e ovino, come la Sardegna e la Sicilia? E il problema della leishmaniosi, di cui si trovano casi nelle zone costiere dell'Abruzzo e che trova la sua grande riserva di infezione nei cani, come l'infezione rabbica? E potrei continuare con le esemplificazioni se avessi tempo e non temessi di abusare della vostra pazienza, onorevoli colleghi.

Insomma, onorevole Ministro, non vi è dubbio che ogni soldo speso per una bonifica sanitaria integrale del bestiame è straordinariamente utile, altamente produttore, anche agli effetti della salute delle nostre popolazioni, e per un triplice motivo; l'eliminazione di fonti di contagio, la maggiore disponibilità di carne a minor prezzo e il miglioramento dell'economia, fattore importante di salute fisica.

Ebbene, onorevole Ministro, che cosa ha fatto fino ad oggi il Ministero della sanità

in questo settore? Anche la legge n. 1367, sia pure disorganica ma benemerita, per la lotta contro la tubercolosi bovina, è una gloria del Ministero dell'agricoltura. Certo, se considero lo stanziamento previsto nel bilancio della Sanità per il complesso dei servizi veterinari, appena sufficiente per i compiti ordinari, non posso darle alcuna colpa; ma è altrettanto evidente che, con questo bilancio, malgrado la buona volontà sua e degli egregi suoi collaboratori, non si potrà fare nulla. Occorre uno stanziamento straordinario da parte dello Stato, finanziamento che io, modesta eco, ma responsabile, ma cosciente, di tanti accorati e competenti appelli, ho l'onore di invitarla ancora una volta a chiedere in sede di Governo.

Il Ministro dell'agricoltura, evidentemente interessatissimo, l'affiancherà e nelle sue postulazioni le sarà di valido aiuto l'argomento del confronto con tutti i Paesi europei che la bonifica hanno già attuato con somme dello Stato, imponenti ma non rimpianti, perchè hanno dato interessi e frutti eccellenti.

Ma i denari da soli non bastano, onorevole Ministro; bisogna creare anche l'organizzazione per questa bonifica e, allo stato attuale, esiste solo uno scheletro di organizzazione. Che cosa potrebbe oggi fare, ad esempio, per questa bonifica, l'Ufficio veterinario provinciale di una grande città come Milano, con un veterinario capo e due aggiunti, tutti valorosi, sovraccarichi d'immenso lavoro, inerente all'obbligo di controllo di tutti i salumifici e dei macelli, alla sorveglianza dei veterinari comunali, alla disciplina degli spostamenti degli animali, delle stazioni di monta, della monticazione, alla responsabilità delle ordinanze e dei provvedimenti di emergenza? È evidente che occorrono nuove forze per i compiti nuovi del risanamento, o, almeno, è necessario affiancare al personale attuale tecnici ben collaboranti; e le università, i vari istituti zooprofilattici, possono fornire largamente elementi sicuramente preparati. Ma non basta: sono anche indispensabili leggi nuove per questa bonifica, le leggi attuali essendo insufficienti; leggi nuove che comportino degli incentivi per gli allevatori troppo spesso colpiti da fatalismo, ma anche adeguate sanzioni: in una parola, il bastone e la carota.

E tutto questo è di sua competenza, onorevole Ministro della sanità! Veda, a dimostrazione esemplificativa di queste affermazioni, quanto succede nella Val Camonica, dove, come mi diceva tempo fa l'illustre professor Ubertini direttore dell'Istituto zooprofilattico di Brescia, il 95 per cento degli agricoltori hanno aderito alla bonifica e la fanno adoperando i fondi derivanti dai bacini imbriferi, ma non c'è una legge che obblighi il 5 per cento renitente ad aderire, il che può rendere più difficili ed aleatori i risultati degli sforzi degli altri.

Altro esempio: chi abbatte un animale tubercolotico, portando la classica prova dello orecchio, riceve 50.000 lire; ma nessuna legge, nessuna provvidenza pratica esiste per impedirgli l'incauto acquisto di un altro animale egualmente ammalato.

C'è dunque carenza di denaro e, in complesso, anche di tecnici preparati e di leggi. Ma, aggiungo, è necessaria anche una razionale, economica, buona esecuzione dell'opera di bonifica, e a questo fine è evidente che, se niente più e meglio dell'azione della Sanità in questo campo varrebbe a far cessare definitivamente le ricorrenti quanto sterili diatribe sulla competenza della bonifica sanitaria e a procurarle, onorevole Ministro, il plauso di tutti, è evidente, ripeto, che, d'altra parte, dovendo l'azione dei servizi veterinari di Stato esercitarsi tra i campi, l'esigenza, e non solo l'opportunità, della più stretta collaborazione al centro e alla periferia tra tutti gli organi dei due Ministeri della sanità e dell'agricoltura si impone e costituisce un dovere verso il Paese.

E passo rapidamente ad un altro argomento di attualità scottante, oggetto del mio secondo ordine del giorno. Mi richiamo, onorevole Ministro, alle dichiarazioni da lei fatte in sede di 11ª Commissione sulla poliomielite. Nel primo trimestre del 1961 (non ho dati precisi) abbiamo avuto circa il doppio dei casi del periodo corrispondente del 1960. Non vi sono motivi di allarme, ma certo la situazione esige la massima vigilanza e non possiamo che rivolgerle un elogio a questo proposito. Si deve vaccinare intensamente, e la estensione della vaccinazione gratuita fino al 21º anno, da lei disposta, dimostra la sua passione e sensibilità. Ma non dobbiamo dimen-

ticare, onorevole Ministro, che l'incidenza maggiore, due terzi dei casi di malattia, si verifica nei primi tre anni di vita ed è a questa età che è necessario soprattutto e desiderabile una vaccinazione veramente di massa, globale e anticipata il più possibile. Ora, essa è un po' difficile con il vaccino Salk che richiede la somministrazione per iniezione e con più iniezioni: siamo partiti da due iniezioni, siamo ora alla quarta, forse arriveremo alla quinta. E allora, di fronte ai circa 3.500 casi annuali del nostro Paese, che rappresentano, oltre l'immenso carico di dolori e di preoccupazioni, anche un peso finanziario non indifferente, di fronte alla dispendiosità, alla mobilitazione sanitaria che richiede la vaccinazione con il Salk, non ci si può non preoccupare di considerare la possibilità di sistemi eventualmente migliori, se ve ne sono.

Ora indubbiamente le esperienze di vaccinazioni condotte senza inconvenienti su decine e decine di milioni di persone di ogni età con il virus attenuato di Sabin (dico senza inconvenienti, perchè i due soli casi mortali di Amburgo e di Cincinnati sono ragionevolmente dovuti all'aver vaccinato in periodo epidemico) hanno dimostrato l'alta efficienza immunizzante di questo vaccino, che si esercita non soltanto con una azione anti-paralisi, ma anche inducendo un aumento di resistenza al livello della porta di entrata, dell'intestino, per cui si ha come conseguenza, per una modificazione dell'*habitat* che diventa inadatto, a differenza del Salk, anche una diminuzione della circolazione del virus infettante nelle popolazioni vaccinate, e pertanto non soltanto un effetto individuale, ma epidemiologico. Questo è dimostrato: infatti nelle popolazioni vaccinate in questo modo la polio, come malattia, è pressochè scomparsa (Cecoslovacchia, Russia, Cincinnati negli Stati Uniti d'America) e si è pure verificata, ad una certa distanza dalla vaccinazione, una diminuzione della circolazione del virus.

Quando io considero, oltre il minor costo del vaccino Sabin, il fatto fondamentale della sua maggiore facilità di impiego per la sua somministrazione orale, che lo rende particolarmente idoneo a quella vaccinazione globale e di massa nelle prime età della vita cui accennavo, non posso non associarmi, sia pure come modesto medico, a quanti racco-

mandano, ad esempio il Giovannardi e il Caronia, che, sia pure con le modalità che il Ministero riterrà più opportune, questo tipo di vaccinazione venga introdotto sollecitamente anche nel nostro Paese, tanto più che ma si dice che il controllo del vaccino può farsi anche in Italia e che non vi è controindicazione alcuna all'impiego simultaneo dei due metodi di vaccinazione, mentre anzi è da attendersene un potenziamento degli effetti immunitari. Eviteremo anche così che certe famiglie portino a vaccinare in Svizzera i propri figli o acquistino il vaccino a prezzi da borsa nera, come già si verifica.

E passo agli ospedali: una parola sola, perchè il tempo stringe. Non preoccupiamoci soltanto del rapporto fra letti ed abitanti, ma anche e soprattutto del buon funzionamento e della specializzazione degli ospedali (vi ha accennato poco fa l'amico senatore Lorenzi) e preoccupiamoci anche dell'umanità degli ospedali, parola che dice tutto. Sul frontone dell'ospedale di provincia, ove sono da anni primario e che ella, onorevole Ministro, mi ha fatto il grande onore di visitare, si legge la scritta: « ospitale ». Io mi ribellavo in un primo tempo a questa dizione arcaica, ma confesso che oggi le do un particolare valore.

E qui, a proposito di ospedali, con tutta la stima e con la massima deferenza, ma con sincerità, non posso fare a meno di esprimere la speranza che ella, signor Ministro, vorrà dare almeno questa volta un qualche riscontro cortese ai temi importanti, e sui quali non ritornerò, da me lusingati intervenendo nel precedente bilancio: quelli inerenti alla necessità fondamentale di una revisione unitaria degli statuti ospedalieri, alla necessità sulla diffusione delle farmacie ospedaliere, e, inoltre, al problema insoluto dello stato giuridico e del potenziamento dell'ufficiale sanitario. Il Cramarossa, in una sua vecchia conferenza, lo definisce l'« elemento chiave del sistema tecnico amministrativo della sanità in ogni Paese civile ». Ma cosa è ancora nella realtà l'ufficiale sanitario se non il Cireneo dell'organizzazione sanitaria?

Oggi propongo alla sua attenzione altri argomenti: la necessità che, oltre ad incrementare la massa degli infermieri, generici

e diplomati (che difettano ancora nei nostri ospedali), si creino scuole per tecnici, ormai divenuti indispensabili per le varie branche della medicina e della chirurgia e per i servizi. Infine sottolineo vivamente la necessità di favorire, nei modi più opportuni, come auspico in un ordine del giorno, l'introduzione in tutti gli ospedali (assicurandone però le possibilità di vita) del medico patologo, che è fattore fondamentale oggi per sopperire ai compiti culturali e di prestigio, ma soprattutto alle esigenze moderne degli ospedali. Mi basti accennare, tra queste, agli indispensabili esami di laboratorio, senza i quali oggi non sono concepibili una diagnosi ed una terapia responsabili, e soprattutto ai riscontri biotici (e qui mi riaggancio alla magnifica lezione del senatore Monaldi sul cancro) che, per la tutela della serietà degli operatori, per la garanzia degli operati e quale contributo efficace alla lotta contro i tumori, dovrebbero diventare per legge obbligatori.

Avviandomi alla conclusione, permettete-mi un elogio alla relazione, sobria, chiara, onesta e permeata da una *vis* tonificante che auguro efficace. Se mi è permesso un piccolo rilievo, amico Criscuoli, è questo: mentre prendo atto plaudente che non vi è stata alcuna indulgenza verso il solito luogo comune, l'anatema contro la legge Merlin, nè si è fatto dell'ingiustificato allarmismo sulle malattie veneree, indirizzando invece molto concretamente e opportunamente la luce dei riflettori sul pauroso diffondersi delle malattie cardiovascolari e del cancro e sulla mortalità infantile, mi sarebbe piaciuto che lei avesse autorevolmente confermato che una profilassi efficace delle malattie veneree non può prescindere dal fattore educazione sessuale e dal contributo del senso di responsabilità individuale. Vano è farneticare di veneri di Stato, cioè garantite da una organizzazione di Stato, quando lo Stato non può garantirci, con le leggi attuali, neppure la genuinità, onorevole Scotti, degli alimenti fondamentali e di largo consumo! Senza l'apporto del senso di responsabilità consapevole dell'individuo, neppure la più perfetta opera di profilassi sanitaria legale potrebbe essere pienamente efficiente, dato l'enorme incremento del commercio sessuale irregolare e quindi delle occasioni di contagio. Personal-

mente invoco anche un'elevazione del costume.

Ed ora finendo sul serio — e rimango, così, onorevole Presidente, strettamente nei limiti di tempo concessimi — un accenno alla scuola di sanità, oggetto del mio ultimo ordine del giorno. È essa necessaria o superflua? Certo, onorevoli senatori, tutti i medici acquisiscono le conoscenze igieniche fondamentali dall'insegnamento ufficiale universitario e possono approfondirle, nel vastissimo campo dell'igiene moderna, presso gli istituti di alta cultura. Ma gli addetti alla sanità pubblica, tali cognizioni altamente specializzate, hanno bisogno di avvalorarle e renderle operative, esercitandosi a livello degli innumerevoli problemi concreti offerti dalla realtà quotidiana, e questo non può essere fatto dalla cattedra. D'altra parte, coloro che devono diventare funzionari di sanità pubblica hanno bisogno di una formazione speciale, di una *forma mentis* per la quale, onorevoli senatori, tutte le conoscenze e tutta l'azione pratica vengono proiettate dal funzionario di sanità ai fini non dell'individuale ma del sociale, del collettivo, il che rappresenta il suo massimo titolo di onore e la più grande garanzia per un popolo, che ha quindi interesse a onorare e a retribuire adeguatamente questi suoi difensori disinteressati.

Queste scuole sul tipo dei famosi *colleges* di Oxford e Cambridge fioriscono in America, ma sono, onorevole Ministro, come ella sa, nella nostra tradizione, come dimostra la storia del periodo più glorioso dell'organizzazione sanitaria italiana, quello in cui vennero poste le fondamenta di tale organizzazione.

La scuola di sanità creata da Luigi Pagliani nacque nel 1889 per volontà lungimirante di un suo grande corregionale, Francesco Crispi, e morì con Adua; ma ne è rimasto insopprimibile il ricordo, così come sono tuttora vive le esigenze a cui essa rispondeva, e la invocano maestri come il Puntoni, il Buonomini e lo stesso illustre direttore dei servizi medici, il professor Cramarossa. Ricostruirla, questa scuola, in veste moderna, onorevole ministro Giardina, potrebbe fare di per sé la gloria di un pontificato, naturalmente della Sanità, poichè l'esistenza di una scuola del genere, costituisce la premessa fondamentale per quella azione risolutiva nel

campo della sanità pubblica, che, in ossequio al dettato dell'articolo 32 della nostra Costituzione, onorevoli senatori, io auspico vivamente caratterizzi, per il bene supremo del popolo italiano, gli anni del secondo secolo dell'unità della Patria. (*Applausi dal centro. Congratulazioni*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Mancino. Ne ha facoltà.

M A N C I N O . Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Ministro, ritengo che la relazione al bilancio della Sanità, redatta dal senatore Criscuoli, sia da considerarsi soddisfacente ed interessante; soddisfacente perchè, sotto l'aspetto tecnico, il relatore ha esaminato, in modo ben coordinato e armonico, i problemi fondamentali che direttamente ed indirettamente riguardano la pubblica salute; interessante perchè, sia pure con garbo e con molta cautela, ma esplicitamente e chiaramente, il senatore Criscuoli ha messo in evidenza tutte le carenze e i contrasti, la confusione e il disordine che inevitabilmente seguono il necessario sviluppo e il normale funzionamento democratico di un settore così delicato per la vita del Paese come quello della pubblica salute. Gli irrisori stanziamenti destinati all'adempimento dei numerosi e delicati compiti del Ministero della sanità, le difficoltà e gli imbarazzi in cui si muovono ancora gli organi centrali e periferici, per quanto riguarda il controllo e la vigilanza degli innumerevoli Enti ed Istituti dai quali direttamente ed indirettamente dipende il bene principale dei cittadini, qual è appunto la salute, completano il sia pure velato ma angoscioso quadro, dipinto dal relatore, della situazione sanitaria del nostro Paese. Alla relazione, guardata e considerata sotto questo aspetto, in linea generale non si possono muovere critiche di rilievo. Ma il bilancio di un Ministero onorevole relatore, non rappresenta solo il contenuto e lo specchio di tutti i compiti di tale Ministero, considerati dal lato funzionale o strumentale su cui si esprime poi un giudizio più o meno negativo o positivo. Il bilancio di un Ministero esprime innanzitutto una politica, e quindi un programma, il quale trova la sua ragione e i suoi limiti negli stanziamenti. Al relatore

certamente questo fondamentale principio politico non poteva sfuggire e non è sfuggito e con molto garbo e circospezione egli ha perciò denunciato i miserevoli stanziamenti, ha denunciato il ridicolo aumento di un miliardo e 600 milioni, che purtroppo, come giustamente egli dice, non consente alcun miglioramento o innovazione e costringe all'immobilismo la politica sanitaria del Paese. Ha denunciato ancora che il Ministro aveva chiesto ai Ministri competenti un aumento di 25 miliardi per l'esercizio 1961-62, aumento che gli è stato negato. E così, molto abilmente, il relatore ha abbandonato il problema politico e ha detto che, più che discutere sulla distribuzione del poco denaro, avrebbe concentrato il suo lavoro nell'esame di qualche problema fondamentale ritenuto più urgente ed essenziale, facendo affidamento sugli onorevoli senatori studiosi di questioni sanitarie, affinché contribuissero con adeguati interventi ad evidenziare le varie carenze, onde ottenere quell'attenzione del Governo, del Parlamento e dell'opinione pubblica, necessaria per una conveniente ed attuale politica sanitaria.

Onorevole relatore, io non sono uno studioso di problemi sanitari, ma mi permetto ugualmente di aderire a questo suo invito per portare il mio modesto contributo, non scientifico nè tecnico, ma di esperienza in tema di politica sanitaria. E lo faccio ben volentieri, non soltanto per il valore che ho sempre attribuito ad una nuova politica sanitaria, la quale deve essere rispondente alle esigenze della vita moderna e ai dettami della nostra Costituzione, ma anche per il fatto che, in relazione a tali principi, credo di aver assunto la paternità dell'istituzione del Ministero della sanità, allorchè nella precedente legislatura il senatore Tessitori, allora Alto Commissario all'igiene e alla sanità, presentò un disegno di legge tendente a sistemare gli organi amministrativi dell'Opera nazionale maternità e infanzia, che erano quasi tutti a regime commissariale. In quell'occasione io proposi al Senato di respingere il disegno di legge e di impegnare il Governo a presentare subito un disegno di legge per l'istituzione del Ministero della sanità. Il Senato approvò la mia proposta e sorse il nuovo Ministero, che doveva avocare a sè tutti

i compiti e le funzioni comunque riguardanti l'igiene e la sanità pubblica, nonché il controllo e la vigilanza in tali settori, compiti che si trovavano e si trovano ancora distribuiti tra vari Ministeri, e in modo non del tutto e non sempre convincente: tra il Ministero dell'interno soprattutto, che controlla uno dei settori più delicati, quello degli ospedali, il Ministero del lavoro, il Ministero dell'agricoltura, il Ministero dell'industria, il Ministero dei lavori pubblici e via dicendo.

La legge, pur avendo riscosso il consenso del Senato, non fu gradita dai vari Ministeri interessati e soprattutto fu mal digerita dal Ministro dell'interno. Venne fuori il grosso problema dei limiti e delle competenze, in quanto i Prefetti avrebbero dovuto rinunciare a certi poteri, ed il Ministro dell'interno si oppose a che si realizzasse anche per questa via una parte della politica di decentramento; la maggioranza avversò ogni forma di democratizzazione, e sorse così, già nella legge istitutiva, uno dei principali ostacoli all'inizio di un'armonica attività centrale e periferica del Ministero della sanità, ostacolo che tuttora permane.

Veniva frustrato così il problema cardine del decentramento dal Ministero dell'interno a quello della sanità; e causa di ciò il grosso e grave problema degli ospedali rimane ancora oggi come un podere oggetto di contesa, per la forma di conduzione mezzadrile spuria, nella quale il Ministero dell'interno rappresenta il padrone che esercita tutti i diritti, e il Ministero della sanità il mezzadro, su cui incombono tutti i doveri, tutti gli obblighi e che, per giunta, non ha fondi.

Perciò la critica non colpisce mai il vero responsabile, e la salute dei cittadini intanto soffre per mancanza o per insufficienza di attrezzature, di apparecchiature e, soprattutto, per la mancanza di ospedali adeguati alle esigenze degli sviluppi che si sono avuti in questi anni nel nostro Paese nel campo dell'assistenza.

Questo primo aspetto di uno dei più importanti problemi della politica sanitaria del nostro Paese (quello ospedaliero) non ci deve far correre dietro al Ministro dell'interno o ad altri Ministri per accertare di chi sia la responsabilità di quella o di questa carenza, deficienza o lacuna. Di fronte al Parlamento

è responsabile l'intero Esecutivo per la sua politica generale, per il suo programma, nel quale si inquadra la politica di ciascun Ministero. Pertanto la critica va rivolta al Governo, come responsabile dell'orientamento politico e del programma generale in tema di politica sanitaria, e anche a lei, onorevole Ministro, perchè, quale Ministro della sanità, fa parte del Governo e ne condivide, e ne accetta la politica e il programma e, per così dire, quasi francescanamente subisce e si rassegna quando le vengono negati i 25 miliardi da lei richiesti e quando viene ostacolata ogni iniziativa che il Parlamento vuol prendere per cominciare a sistemare...

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*
Il Parlamento è sempre libero e sovrano, quindi il Governo non impedisce mai alcuna azione del Parlamento.

M A N C I N O . Comunque, questi tentativi che il Parlamento di tanto in tanto fa per spingere avanti, per modificare l'attuale politica sanitaria, vengono frustrati.

In queste condizioni non è da meravigliarsi se oggi esiste un vero caos nel campo dell'igiene e della sanità, del controllo e della vigilanza sugli innumerevoli enti che un cento maniere diverse esercitano le più importanti e delicate funzioni di cura, previdenza e assistenza, (igiene e sanità in genere), e che oggi interessano oltre 40 milioni di cittadini.

Di questa lunga serie di enti mi intratterò brevemente a trattare soltanto di uno dei più delicati, che riguarda l'infanzia e la maternità. Secondo me, non vi è alcun dubbio che nella moderna società il grado di civiltà di un popolo si misura, tra l'altro, dalla legislazione sociale di tutela e di assistenza all'infanzia e alla donna. In Italia ci troviamo in una situazione paradossale!

L'Italia, che nel passato è stata all'avanguardia della civiltà, in fatto di legislazione sociale è uno dei Paesi più conservatori; da decenni siamo stati superati da molti Paesi civili del mondo, e il paradosso d'oggi raggiunge il culmine allorchè si consideri che, mentre abbiamo una Costituzione che è tra le più progressive e democratiche del mondo capitalista e nella quale i principi relativi alla legislazione sociale sono tra i più avanzati,

nella pratica attuazione, poi, essa viene trascurata dal Governo. E quando il Parlamento cerca di prendere qualche iniziativa, urta contro resistenze conservatrici, nel piano politico, e contro situazioni e stati di fatto non sempre chiari e convincenti, che impediscono di attuare la Costituzione e di facilitare l'azione del Ministero della sanità per organizzare democraticamente la nuova politica sanitaria.

Bene ha fatto il relatore a denunciare alcune tra le più grosse assurdità esistenti nel campo dei conflitti di competenza tra il Ministero della sanità e gli altri Ministeri, fra cui in primo luogo quello dell'interno. La lotta sorda che si conduce contro il Ministero della sanità per inconfessabili, ma d'altro lato troppo noti appetiti, è tale che è dovuto intervenire il Consiglio di Stato per determinare un gruppo di competenze pertinenti al Ministero della sanità.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*
Sono stati interpellati ad un tempo il Ministero dell'interno e quello della sanità.

M A N C I N O . Ma il Ministero della sanità è stato obbligato a intervenire per le resistenze del Ministero dell'interno.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*
La legge era un po' troppo generica ed occorreva un'interpretazione.

M A N C I N O . Ho avuto modo di accennare alla questione, e non posso discutere tutti i termini di questo complesso problema perchè il tempo a mia disposizione è limitato.

La decisione del Consiglio di Stato comunque non ha risolto il problema. Esso rimane ancora aperto. E lei, onorevole Ministro, è responsabile di questa caotica situazione in tanto in quanto condivide la politica del Governo di cui fa parte, che si ispira a determinati obiettivi, a un preciso programma del suo Partito, poichè si trova conveniente mantenere una situazione caotica nel vasto settore della sanità e dell'assistenza, in cui si spendono decine e centinaia di miliardi, tra i vari Ministeri, che per mille rivoli diversi alimentano settori che sfuggono ad ogni con-

trollo. E la salute dei cittadini soffre per mille ragioni diverse.

Tralascio di esaminare l'influenza di alcuni potentissimi enti privati che esercitano la assistenza con decine di miliardi dello Stato. Voglio esaminare uno dei trentanove enti di assistenza varia, alcuni dei quali sottoposti alla vigilanza e alla tutela, altri alla vigilanza tecnica del Ministero della sanità, mentre su altri ancora, e tra i più importanti, il Ministero della sanità non ha alcun potere.

Voglio riferirmi all'O.N.M.I. I compiti che sarebbe chiamato ad assolvere tale importante ente sono tra i più fondamentali, delicati e importanti nell'ambito della società, perchè riguardano l'infanzia e l'assistenza della madre prima e dopo la nascita del bambino. Potete voi indicarmi, onorevoli colleghi e onorevole Ministro, un altro problema, fra quelli che investono i doveri dello Stato e della collettività, che possa essere anteposto al problema della cura, dell'assistenza, delle premure verso l'infanzia e la maternità?

Io ritengo che un popolo civile non possa anteporre alcun altro problema alla cura e all'assistenza dell'infanzia e della maternità. Lo Stato deve fare tutto quanto è necessario per avere bambini sani, giacchè ciò significa avere un popolo sano e si traduce in un beneficio economico per la Nazione.

E qui non possiamo fare a meno di mettere in evidenza i soliti paradossi. Lo Stato in quanto tale, la Repubblica italiana ha adempiuto al suo dovere di pensare anche all'infanzia e alla maternità?

La risposta non può essere negativa. La Costituzione italiana stabilisce norme e precetti che vanno dalle agevolazioni alla tutela, alla protezione, alla cura, all'assistenza, all'assicurazione sociale, all'educazione eccetera, e non si può dire che ci sia carenza legislativa, anche se vi sono ancora moltissime lacune e deficienze.

Quello che regna in questo settore è prevalentemente il disordine, il quale, con le lacune e le deficienze, fa sì che anche quello che vi è di buono finisce con l'essere neutralizzato, per cui gli effetti pratici dell'azione svolta risultano pressochè insignificanti in certi settori. Tale situazione, d'altra parte, impedisce sia il progressivo perfezionamento di quanto già esiste, sia l'attuazione di quelle

nuove iniziative che appaiono necessarie. E dove impera il disordine, onorevole Ministro, il danaro non si spende mai tutto utilmente.

La ristrettezza del tempo non consente di spaziare nel vasto campo delle nostre norme costituzionali e di fare un analitico confronto con l'odierna realtà politica e sociale, in ordine a questo problema, per cui sono obbligato a contenere il mio esame, per quanto riguarda l'O.N.M.I. nei limiti degli articoli 31, 32 e 38 della nostra Costituzione. Non vi è tempo di approfondire il primo capoverso dell'articolo 31; tratteremo invece il secondo comma, che ci interessa direttamente, il quale stabilisce che la Repubblica « protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo »

La Repubblica non è venuta meno al suo dovere di stabilire una norma fondamentale e non equivoca, ed ha imposto alla collettività l'obbligo di proteggere la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo, il che non significa fornire aiuti blandi o comunque insufficienti ed inefficaci, ma al contrario, come precisa l'articolo in modo chiaro, provvedere con gli istituti necessari, cioè non limitati nè comunque insufficienti.

Ebbene, che cosa ha fatto il Governo per attuare questa norma costituzionale? Un ente esisteva già, istituito con la legge 24 dicembre 1934, n. 2316, che approvava il testo unico delle leggi del 10 dicembre 1925, 21 ottobre 1926 e 5 gennaio 1928, riferentisi alle disposizioni legislative sulla maternità e l'infanzia. Nonostante le numerose variazioni e modifiche apportate alla legge del 1934, non mi risulta che la parte sostanziale dei poteri o delle competenze dell'O.N.M.I. sia stata trasferita dal Ministero dell'interno a quello della sanità, per cui permangono ancora, nell'ambito delle funzioni e dell'organizzazione assistenziale dell'O.N.M.I., una sconcertante confusione di organi e di compiti, che dà luogo a interferenze, dispersioni, sovrapposizioni e conflitti fra poteri pubblici e enti privati a orientamento corporativistico.

È un caos estremamente dannoso, per cui importanti servizi sfuggono al necessario controllo sia tecnico che finanziario. L'eccessiva burocratizzazione è uno degli elementi

di confusione e di dispersione di fondi. Uffici e organi statali ministeriali, provinciali e comunali, fiancheggiati da simili organi di enti pubblici e privati costituiti da federazioni nazionali, provinciali e comitati o sezioni o organi comunali di denominazioni varie, ne sono la prova inconfutabile. Per limitare l'esame alla sola strutturazione della O.N.M.I. basta dare uno sguardo ai dati riportati dal relatore, da cui risulta che in Italia esistono ben 11.304 organi di 13 denominazioni diverse, tra centri assistenziali, consultori, asili nido, refettori, case della madre e del bambino, istituti educativi eccetera, i quali assistono, secondo gli ultimi dati, 1 milione 430.000 bambini e poco più di 286.000 madri.

Il numero degli organi a prima vista sembrerebbe eccessivo, ma in realtà essi sono insufficienti, ed enorme è la sproporzione rispetto allo scarso numero degli assistiti. Se a questi organi aggiungiamo quelli degli enti pubblici e privati che si occupano dell'assistenza, e ci fosse il tempo di vedere come essa viene svolta, risulterebbero ancor più evidenti non solo il caos, ma anche l'inazione, l'inattività, il disinteresse dimostrati dal Governo, il quale non affronta il problema, non attua la Costituzione e lascia un istituto di così grande importanza ancora con struttura e criteri di azione in stridente contrasto con la Costituzione.

Non intendo indugiare, tanto più che il tempo a mia disposizione è limitato sulla molteplicità e varietà di compiti che il testo unico del 1934 affida all'O.N.M.I. per esprimere un giudizio in ordine al problema tecnico del riordinamento di tale organismo, ma intendo soffermarmi sull'articolo 4 della legge n. 2316 per giungere ad alcune conclusioni di carattere politico.

Secondo l'articolo 4 del testo unico citato, l'Opera nazionale provvede, attraverso i suoi organi provinciali e comunali, alla protezione e all'assistenza delle gestanti e delle madri bisognose o abbandonate, dei bambini lattanti e divezzi, fino al quinto anno, appartenenti a famiglie che non possono prestar loro tutte le necessarie cure, per un razionale allevamento dei fanciulli di qualsiasi età, appartenenti a famiglie bisognose, e dei minorenni

fisicamente o psichicamente anormali, oppure materialmente o moralmente abbandonati, travolti o delinquenti, fino all'età di 18 anni.

Questo primo comma dell'articolo 4, onorevole Ministro, fa a pugna con il secondo comma dell'articolo 30, con il secondo comma dell'articolo 31, con il primo comma dell'articolo 32 e con l'intero articolo 38 della nostra Costituzione, nei quali non si trova traccia di discriminazioni tra gestanti, lattanti, divezzi e fanciulli abbandonati o appartenenti a famiglie che non possono prestar loro le cure necessarie, eccetera, ma si parla chiarissimamente di « fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività » e si dice che « la Repubblica tutela la salute e garantisce cure gratuite agli indigenti » (articolo 32). E così dicasi per la assistenza sociale e igienica, prenatale e infantile; non si tratta più, infatti di favorire o agevolare tale assistenza nei limiti e nelle forme caritatevoli e avvilenti previste dall'articolo 2 del testo unico fascista, ma di garantirla come diritto del cittadino, secondo quanto prescrive la nostra Costituzione.

Molte cose si dovrebbero ancora mettere in evidenza a proposito della mancata attuazione della Costituzione e dell'aver mantenuto in vita, valida e operante, una legge fascista, basata su strutture corporativistiche, su criteri di casta e su forme di assistenza avvilenti e degradanti; ma il tempo non lo consente e io devo affrettarmi a concludere richiamando la sua attenzione, onorevole Ministro, sul fatto che questo stato di cose è intollerabile e non deve più oltre essere consentito, perchè la mortalità infantile in Italia, della quale sono costretto rinunciare a trattare, è ancora molto elevata: essa raggiunge infatti la percentuale del 44,9 per mille.

L O R E N Z I . Si tratta, anzi, del 48,9.

M A N C I N O . Onorevole Lorenzi, il fatto grave non è solo nell'alta percentuale, ma in quello che si rileva dall'analisi fatta dal relatore, da cui risulta che, su 22 Nazioni, ben 16 hanno un indice di mortalità infantile più basso di quello dell'Italia.

L O R E N Z I . Sono d'accordo anche su questo punto.

M A N C I N O . Ci sarebbe molto da dire su questo punto, ma non c'è tempo, perciò dobbiamo sorvolare.

Tutto il problema dell'assistenza deve essere riesaminato, riordinato, snellito e rendendo più efficiente l'assistenza stessa e affidandone il compito esclusivo al Ministro della sanità. Agli altri Ministri si attribuiranno le competenze di ordine tecnico, eliminando tutte le interferenze, i conflitti, le sovrapposizioni e le infiltrazioni che attualmente penetrano da tutti i buchi.

Poco fa il collega Samek Lodovici parlava del Ministero dell'agricoltura, che è importantissimo. Noi dobbiamo fare in modo che i compiti attualmente affidati agli altri Ministeri in materia di assistenza, di vigilanza, di tutela, di cura, eccetera, vengano affidati di diritto al Ministero della sanità. Gli altri Ministeri, con i quali esistono sempre legami per varie ragioni, debbono essere chiamati a dare solo il loro contributo; per cui si deve rovesciare l'attuale situazione, poichè non deve essere il Ministero della sanità a dare il suo contributo agli altri Ministeri.

Per la maternità e l'infanzia, in special modo, bisogna eliminare ogni ingerenza diretta, normale o speciale, del Ministero dell'interno, inserendo tale settore con apposita regolamentazione nel quadro generale della assistenza articolandolo poi in modo opportuno e sistemando la materia anche con il Ministero della pubblica istruzione, sulla base indicata dal relatore, con il quale, in linea generale e di principio, sono d'accordo; eventuali rettifiche su alcuni punti non possono costituire ragione di preclusione alle linee generali e ai principi fondamentali.

Del resto, quando con la legge che ella, onorevole Ministro, deve presentare subito al Parlamento (e se non la presenta lei, la presenterà il mio Gruppo), si stabilirà in linea di principio che l'assistenza sanitaria e sociale, ivi compresa quella per la maternità e l'infanzia dovrà essere svolta dal Ministero della sanità, dalle Regioni, dalle Provincie e dai Comuni, tutta l'attuale selva di organi e di enti che hanno creato uno sconcertante

apparato burocratico, senza o con scarso rendimento, verrà travolta, e si farà luogo ad un assetto che attui e rispecchi la Costituzione e salvaguardi i diritti dei cittadini nel campo della salute, che è il bene supremo dell'uomo che lo Stato deve garantire. (*Applausi dalla sinistra*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore D'Albora, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche i sei ordini del giorno da lui presentati insieme al senatore Indelli. Si dia lettura degli ordini del giorno.

C E M M I , Segretario :

« Il Senato,

considerato che l'educazione fisica e le attività sportive, per l'incremento sempre maggiore cui sono destinate, richiamano verso le palestre, le piscine, gli stadi un sempre maggior numero di giovani;

considerato ancora che la legge 28 dicembre 1950, n. 1055 — che affida alla Federazione medico-sportiva italiana affiliata al C.O.N.I., la tutela sanitaria dell'attività sportiva, sotto la vigilanza del Ministero della sanità — non è più attuale nè rispondente all'evoluzione raggiunta da tale settore della vita nazionale,

invita il Governo ad emanare un nuovo e più completo disegno di legge per assicurare, attraverso medici specializzati, l'assistenza ed il controllo necessario perchè i giovani praticanti conseguano, senza danni e senza errori di impostazione, il fine di raggiungere una perfetta efficienza fisica »;

« Il Senato,

a conoscenza che nel campo della medicina preventiva l'azione dello Stato è pressochè assente, tanto da non tutelare affatto la gran massa dei fanciulli e degli adolescenti che frequentano la scuola d'obbligo;

con lo scopo di evitare sperequazioni tra le varie categorie di cittadini e di assicurare alla Nazione, per il raggiungimento dei suoi fini economici e sociali, una gioventù sana e vigorosa,

invita il Governo, nel rispetto della Costituzione, ad attuare un completo programma di medicina scolastica esclusivamente a cura ed a carico dello Stato »;

« Il Senato,

vista l'esiguità dei mezzi assegnati al Ministero della sanità per l'assolvimento dei compiti che gli sono affidati;

visto che ancora oggi si discute sull'interpretazione della legge istitutiva di tale Dicastero e che molte specifiche competenze tuttora non gli sono state riconosciute;

considerato che è necessario ed indispensabile dare alla Nazione una razionale organizzazione nel campo della tutela e difesa della salute pubblica,

invita il Governo ad adottare, con la dovuta urgenza, i provvedimenti necessari per eliminare tale stato di fatto dando al Ministero, di nuova formazione, tutti i mezzi e tutti i poteri che ad esso competono »;

« Il Senato,

apprese le condizioni d'insufficienza dell'Istituto "Pascale" di Napoli, unico nell'Italia meridionale per la cura dei tumori e dove, pertanto, affluisce gran numero di ammalati che, solo per l'abnegazione del Direttore e dei suoi collaboratori di ogni rango, trova ricovero spesso in condizioni precarie e difficili,

invita il Governo a voler prontamente porre riparo alla difficile situazione di questo importante Istituto, approntando i mezzi necessari per il suo ampliamento e completamento »;

« Il Senato,

a conoscenza della situazione ospedaliera italiana che si presenta soddisfacente al Nord, prossima al raggiungimento della normalità al Centro e assolutamente insufficiente nel Mezzogiorno e nelle Isole,

raccomanda, anzitutto, che nella progettazione ed esecuzione delle nuove opere si tenga conto delle moderne concezioni che ispirano la tecnica di tali opere la cui perfezione è sempre corrispondente alla loro funzionalità;

ritiene che sia necessario, per la quiete ed il pronto recupero della salute degli infermi, che tali costruzioni siano eseguite nelle zone ad esse destinate dai piani regolatori comunali, evitando, quando è possibile, rifacimenti od ampliamenti di vecchi ospedali che, ormai, a causa dell'ampliamento delle città, vengono a trovarsi in zone centrali e quindi rumorose e poco salutari,

invita, infine, il Governo a sottoporre con la massima sollecitudine, all'approvazione delle Camere, il disegno di legge per le nuove costruzioni ospedaliere »;

« Il Senato,

constatato come gli inquinamenti dell'atmosfera causati dall'aumento della motorizzazione, dal fumo proveniente dagli impianti di riscaldamento, dall'industria, dalle irradiazioni dovute all'impiego dell'energia nucleare eccetera, sono nocivi alla salute ed incrementano il diffondersi di malattie cancerogene specie dell'apparato respiratorio;

considerato che arrestare il progresso dell'industria, della motorizzazione e della tecnica sarebbe controproducente e richiederebbe l'eliminazione o la limitazione di importanti fonti di lavoro con il conseguente danno economico e sociale della Nazione;

considerato ancora che le disposizioni di legge vigenti in materia sono limitate ed insufficienti e tali da non dare all'Autorità sanitaria preposta i mezzi ed i poteri necessari per intervenire in maniera efficace, quando occorre garantire la salubrità dell'aria,

invita il Governo ad emanare le leggi ed i provvedimenti necessari ed urgenti per la tutela e la difesa della salute pubblica ».

P R E S I D E N T E. Il senatore D'Albona ha facoltà di parlare.

D'ALBORA. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, debbo prima di tutto compiacermi con il relatore. Mancherei ad un mio preciso dovere se non rilevassi che egli ha fatto bene a non illustrare come è stato ripartito il modesto incremento apportato agli stanziamenti per la sanità pubblica, met-

tendo, invece, nella giusta luce le manchevolezze del bilancio stesso e la carenza di poteri del nuovo Ministero.

È auspicabile che il Governo trovi presto la via per eliminare gli inconvenienti lamentati, tanto più che ne va di mezzo la salute pubblica, con effetti sia sociali che economici di vasta ed imprevedibile portata. Il relatore ci dice che la spesa per la perdita di giornate lavorative e per i ricoveri ospedalieri dovuti ai due milioni circa di cittadini italiani affetti da vasculopatia può calcolarsi intorno ai 60 miliardi. Otto miliardi di lire in più dell'intero bilancio del Ministero! E poi vorrei chiedere a me stesso, lasciando per un momento da parte la perdita economica dovuta ai vari malanni che affliggono l'umanità: che cosa ci starebbero a fare il Ministero della difesa e quello del lavoro se non si disponesse dei mezzi occorrenti per ridurre la grande schiera degli invalidi che, come dice il relatore, è purtroppo in aumento? Egli dice che la medicina preventiva costa meno di quella curativa e di recupero. E lo dimostra, affermando che una vaccinazione costa meno del recupero di un tubercolotico o di un poliomielitico e bisogna dargli atto che la sua osservazione è valida ed inoppugnabile.

Da parte mia, il riconoscimento del buon lavoro fatto dal collega Criscioli sarebbe incondizionato se egli non avesse dimenticato di dirci qualcosa sull'educazione fisica, là dove parla di medicina sociale e scolastica, e sugli inquinamenti dell'atmosfera, nella parte della relazione dedicata ai tumori.

Ma prima di addentrarmi in questi particolari settori che, a mio avviso, non vanno trascurati, desidero dire qualcosa su quanto riguarda la situazione ospedaliera italiana.

Qui la relazione è completa, chiara e non ha bisogno di speciali illustrazioni. È giustamente messa in rilievo l'enorme sprecazione che esiste tra Nord e Sud, situazione aggravata dalla differenza delle condizioni economico-sociali che ancora dividono il Mezzogiorno dal resto della Nazione. Dobbiamo augurarci che, con i mezzi di cui alla legge predisposta dal ministro Giardina, integrati dai provvedimenti finanziari che il

Presidente del Comitato dei ministri per la Cassa del Mezzogiorno si propone di adottare per eliminare questa dolorosa e pericolosa carenza — 3 posti-letto per mille contro 6, minimo occorrente e di cui già dispongono il centro ed il nord d'Italia — si possa finalmente risolvere quest'altro problema meridionale.

Ma una cosa mi sembra opportuno aggiungere in materia di ospedali.

C'è una tendenza a migliorare o ad ampliare vecchi impianti esistenti. La tecnica ospedaliera ha fatto nel mondo progressi notevoli, così come li hanno fatti la medicina e, particolarmente, la chirurgia. Tra un edificio adibito ad ospedale moderno ed uno di vecchia data esistono differenze enormi.

Attualmente si discute se vanno bene gli ospedali-torre, costruiti in elevazione, o quelli a padiglione, soprattutto per l'economia e la rapidità dei servizi. È stato dimostrato — per esempio — che il cibo trasportato a lunghe distanze, quando arriva a destinazione non è gradito agli ammalati e se ne perde circa la metà.

Per la ricezione degli ammalati, per il loro controllo e smistamento, per la loro degenza, per le sale operatorie esistono delle necessità tecnico-costruttive che difficilmente trovano la possibilità di essere soddisfatte in vecchi locali. L'architettura funzionale ha fatto in questo campo studi particolari ed ottenuto risultati notevoli.

Oggi — per esempio — un ospedale psichiatrico si orienta decisamente verso il recupero alla società dell'ammalato, e quindi non assume più né l'aspetto né il carattere di un luogo di segregazione, ma di un luogo dove l'ammalato possa trovare, al massimo, possibilità ambientali tali da rendergli meno penoso il ricovero e più probabile il ritorno alla vita normale.

Per queste considerazioni, facendo mie le parole del relatore che, allorché parla della situazione sanitaria italiana, dice: « rifare pezzo per pezzo un edificio sbagliato, volendo adottare criteri nuovi, è certo più difficile che costruirlo daccapo », vorrei raccomandare, per le nuove costruzioni ospedaliere, di evitare al massimo gli ampliamenti e gli ammodernamenti di vecchi ospedali. Questi, di solito, si trovano in zone che una volta rap-

presentavano la periferia delle città, ma che in seguito all'incremento urbano, oggi, sono al centro e, comunque, sono stati costruiti in epoche in cui l'ammalato o l'infortunato era trasportato a braccia o con una spesso sgangherata carrozza, per cui era necessario che gli ospedali non fossero eccessivamente lontani dai luoghi dove più intensa si svolgeva la vita cittadina.

Questa preoccupazione non trova ora alcuna giustificazione, perché disponiamo, per trasporti del genere, di mezzi oltremodo comodi e veloci. Se tali impianti si demoliscono o si trasformano, riducendoli, dove occorre, in più modesti centri di pronto soccorso, è possibile recuperare aree fabbricabili di alto valore commerciale e, con il ricavo della vendita, si possono, alcune volte, ottenere i mezzi per costruire un nuovo e moderno edificio. Sarà bene che questi impianti, anche per essere in regola con le prescrizioni di distanza dall'abitato, siano eseguiti nelle zone che i piani regolatori destinano alle costruzioni ospedaliere. Di solito tali zone hanno un'area di rispetto che li tiene lontani da qualsiasi altra costruzione per circa 400 metri e sono in mezzo al verde. Qui, come dicevamo, gli ammalati possono giungere rapidamente ed essendo lontani dal traffico e dai rumori cittadini, trovano, con l'aria salubre e nella quiete, elementi tanto necessari, la possibilità di recuperare presto la salute perduta.

Ma veniamo alle dimenticanze del relatore.

Allorché egli ci parla dei tumori che tante vite umane mietono ogni anno e contro cui la scienza è ancora inerme, avrei gradito che avesse fatto un cenno, sia pure breve, a quanto in Italia non si è fatto, e non mi pare si pensi di fare, per combattere le gravi conseguenze dell'inquinamento dell'aria che respiriamo. Ma prima vorrei associarmi al giusto rilievo che il senatore Criscuoli fa, a seguito delle sue personali constatazioni, nell'assoluta insufficienza dell'Istituto per i tumori di Napoli.

Il chiarissimo professor Verga ed i suoi collaboratori, ai quali vanno la nostra riconoscenza e la nostra gratitudine, si adoperano per superare, con mezzi di circostanza, le immense difficoltà che, per l'insufficienza di posti-letto, incontrano nell'esplicazione della

loro difficile opera — chiamiamola meglio missione — spesa per alleviare le sofferenze di quanti — e dolorosamente sono molti — provenienti da tutte le località del Sud, cercano ricovero. È ormai tempo che il Governo si occupi e preoccupi di questa situazione adottando i provvedimenti urgenti necessari per eliminare lo stato di disagio in cui si trovano attualmente sanitari e pazienti. Chiedo scusa per questa breve ma necessaria parentesi e torno all'inquinamento dell'aria.

Ho letto uno studio del professor Carlo Sirtori, direttore della divisione anatomo-patologica dell'Istituto del cancro di Milano, pubblicato della « Minerva Medica », nel quale egli prospetta questo problema soprattutto in relazione ai fattori che favoriscono la cancerogenesi dei vari organi. Egli cita tutte le fonti che facilitano la comparsa dei vari tipi di cancro professionale. Le radiazioni, ad esempio, favoriscono la comparsa di tumori polmonari e cutanei e di leucemie.

I cromati, l'arsenico, gli oli lubrificanti, l'olio isopropilico, i vapori metallici, le polveri di legno, di nickel, di asbesto favoriscono l'insorgenza di tumori polmonari. I raggi ultravioletti, l'antracene, l'asfalto, la pece, l'arsenico, il catrame, costituiscono altrettanti agenti cancerogeni per la pelle, e così via di seguito.

A queste cause agenti si aggiunge il grosso problema degli inquinamenti atmosferici. In proposito egli si riferisce ad un recente lavoro di due studiosi della materia, Stocks e Campbell, i quali hanno messo in luce che la differente mortalità per il cancro polmonare tra la città di Liverpool e il Contado è in diretta dipendenza con la quantità di benzopirene presente nell'aria. Questi due autori, dopo il controllo della quantità di benzopirene presente nell'atmosfera, pervengono alle seguenti conclusioni: « La concentrazione del fumo, del 3-4 benzopirene, di altri idrocarburi policiclici e dell'anidride solforica nell'aria cresce con il crescere dell'urbanizzazione. La concentrazione del benzopirene nella città di Liverpool è da 8 a 11 volte più grande rispetto alle aree rurali esaminate; questo rapporto corrisponde a quello esistente — riguardo alla mortalità per cancro polmonare — tra gli abitanti nella città e quelli viventi nel Contado ».

La ricerca di questi due scienziati stranieri è certamente la più convincente tra quante sono state eseguite sugli inquinamenti atmosferici e giustifica appieno l'allarme che da più parti si è levato per sollevare l'adozione di provvedimenti atti a ridurre l'entità e la tossicità degli inquinamenti stessi, i quali sono rappresentati da fumi, fuliggine, polvere, gas da scappamento.

Nel 1952 a New York fu creato il « Reparto di controllo degli inquinamenti » e fu accertato che la sorgente più rilevante degli inquinamenti è costituita dai combustibili che vengono bruciati per il riscaldamento, la luce, la forza motrice ed i trasporti. Anche a Londra è stata creata una « Commissione degli inquinamenti atmosferici », e tutte le organizzazioni preposte al controllo dell'aria hanno a loro disposizione mezzi vari per valutare le quantità anche infinitesimali di sostanze presenti in un dato volume di aria, oppure presenti nella fuliggine o nelle polveri. In questa città si stanno sostituendo gli autobus con i filobus al fine di migliorare l'aria cittadina, mentre in alcune città tedesche si è diviso di forare il pavimento stradale in corrispondenza dei crocevia, dove sostano le vetture con motore acceso; sotto il pavimento stradale verrebbero installati degli aspiratori in modo da evitare la dispersione nell'aria dei gas da scappamento.

E non è improbabile che, in una città modello dell'avvenire, sia consentita la circolazione automobilistica soltanto con propulsione elettrica. Ma a parte la soluzione di alcuni problemi che esigono uno studio meditato — dice il professor Sirtori — esiste una fonte di inquinamenti atmosferici che potrebbe essere largamente dominata: è quella dei fumi delle caldaie di impianti di riscaldamento.

Basterà applicare direttamente alla caldaia, anziché al termine del camino, un tipo di depuratore di recente costruzione. Dai controlli eseguiti, per accertare la quantità e la qualità del materiale che risulta da questa depurazione, si è potuto constatare che 400 chilogrammi di nafta danno luogo a 4 chilogrammi di materiale di rifiuto proveniente da fumo. E siccome da ricerche fatte pare che a Milano si consumino un milione di tonnellate di nafta e di carbone in un anno, ne consegue che i depuratori, se ap-

plicati, eliminerebbero 10 tonnellate di materiale di rifiuto nel quale sono contenuti — lo dicono le esperienze eseguite — 2 chilogrammi di 3-4 benzopirene.

Ho voluto citare questo interessante studio per concludere che il problema degli inquinamenti atmosferici è eminentemente sociale e siccome non è possibile impedire l'evolversi della vita ed il conseguente progresso in tutti i campi, compreso quello dei trasporti e dell'industria, occorre allestire i mezzi per diminuire, o meglio, se è possibile, eliminare i danni che ne derivano alla salute pubblica. È in costruzione al Garigliano una centrale termoneucleare; chi ci assicura che i materiali di scarico di questa centrale contenenti certamente sostanze radioattive non vadano poi ad inquinare i terreni e le acque delle zone circostanti e non possano, attraverso i prodotti della terra o del mare, diffondersi a considerevoli distanze?

Di fronte alla completa legislazione in materia degli altri Paesi, noi non abbiamo che l'articolo 217 del testo unico sulle leggi sanitarie del 27 luglio 1935, n. 1265, il quale demanda tutto al giudizio dell'autorità sanitaria locale, condizionando il suo intervento, non a ragioni intrinseche di salubrità obiettivamente considerate, ma solamente all'accertamento preliminare di un danno o di una molestia lamentati da qualcuno.

A tale deficienza si aggiunge che l'autorità che avrebbe la possibilità di intervenire, sia pure per applicare un articolo tanto generico, non ha ancora l'attrezzatura necessaria per esercitare con competenza i poteri che le derivano dalla legge.

Occorre perciò, onorevole signor Ministro, provvedere con urgenza: c'è in Commissione un disegno di legge del senatore Scotti; convengo che non è completo: lo si completi, oppure lei ne presenti un altro, ad iniziativa del Governo. Convengo ancora che il problema si presenta molto complesso, sia sul piano legislativo che su quello tecnico-applicativo, ma credo che tutti, industriali compresi, saranno lieti di venirle incontro per la giusta ed indispensabile difesa della salute pubblica.

E veniamo all'ultima dimenticanza della relazione. Il senatore Criscuoli si diffonde con appassionata competenza sulla medicina

sociale e scolastica. Condivido completamente tutta l'impostazione che egli dà a questo importantissimo problema e sono con lui nel richiedere l'istituzione del libretto sanitario, la visita prematrimoniale e che lo Stato, nel rispetto della Costituzione, assuma direttamente l'assistenza sanitaria della gioventù e dell'infanzia. Ma appunto perchè egli dice che questa assistenza deve esplicarsi in ogni campo, e specie in quello della salute, avrei gradito che si fosse spesa qualche parola per l'educazione fisica.

In molti Paesi del mondo l'educazione fisica e lo sport sono affidati al Ministero della sanità pubblica, e tra essi l'Unione sovietica. Malauguratamente, in questo settore in Italia, c'è grande confusione, perchè tra l'altro si identifica l'educazione fisica con la ginnastica ed il tutto con lo sport.

Sono invece attività molto diverse e mentre lo sport, che comprende la ginnastica, è affidato al C.O.N.I., l'educazione fisica, che dovrebbe preparare i giovani anche all'agonismo sportivo, è alla mercè di tutti e di nessuno.

Alcuni recenti avvenimenti, come la morte di un pugile ventenne a Bologna, hanno messo il campo a rumore, ed io stesso ho presentato un'interrogazione alla quale non è stato ancora risposto. Ora, il Governo, e soprattutto il Ministero della sanità, non può disinteressarsi di tali problemi, perchè è necessario formare uomini saldi e sani nel fisico. In questo campo regna notevole disordine, con l'aggravante che, per ottenere dei risultati nelle competizioni agonistiche, talvolta non si esita a ricorrere al drogaggio degli atleti, con dannose e pericolose conseguenze per la loro salute. Abbiamo visto cosa è successo ad alcuni atleti: posso citare lo esempio di Baldini, che dopo aver vinto un campionato del mondo, oggi appare un atleta finito, e di Nencini che l'anno scorso ha vinto il giro di Francia e che quest'anno non è in condizioni di andarci e non si ritrova più.

Ebbene, a questo punto debbo ricordare a me stesso che, come per la parte economica lo sport è soggetto al controllo del Ministero dello spettacolo e del turismo, così, per la parte sanitaria, è soggetto per legge, e giustamente, al controllo del Ministero della sanità. Infatti esiste la legge n. 1055 del 28 di-

cembre 1950, che all'articolo 1 dice: « La tutela sanitaria delle attività sportive è affidata alla Federazione medico sportiva italiana, affiliata al C.O.N.I., ed è sottoposta alle direttive ed alla vigilanza dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica », oggi Ministero. E all'articolo 5: « L'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica può, a giudizio insindacabile, affidare la tutela sanitaria di cui all'articolo 1 e i poteri riservati alla Federazione medico sportiva italiana dalla presente legge anche ad altra organizzazione medico sportiva ».

Cosa ha fatto il Ministero in questo campo? Credo nulla, anzi ha lasciato che la Federazione dei medici sportivi sia tuttora retta da un ... ragioniere, ottimo ex atleta, ma assolutamente incompetente in cose di medicina. È tempo di non lasciare più correre, se vogliamo fare sul serio, garantendo ai giovani una efficiente tutela della loro salute in queste manifestazioni che di giorno in giorno vanno assumendo sempre maggiore importanza.

Occorre anzitutto rifare la legge, che ormai appare incompleta e largamente superata, e prevedere la repressione dell'uso di eccitanti dannosi, istituendo, anche per l'educazione fisica, un cartellino di valutazione, che abiliti i giovani alla pratica di quegli esercizi che sono più indicati alle possibilità di ciascuno. Occorre infine regolarizzare e coordinare il lavoro dei medici sportivi, che dovrebbero essere presenti in ogni palestra, in ogni piscina, in ogni velodromo, in ogni campo e locale dove i giovani si esercitano o partecipano a competizioni agonistiche.

Integrando così le proposte del relatore avremo, a mio avviso, saggiamente operato per il presente e l'avvenire delle nostre giovani generazioni.

Prima di concludere desidero anch'io associarmi al grido d'allarme con il quale il senatore Criscuoli inizia il suo lavoro veramente notevole. E qui cade acconcio riconoscere onestamente l'opera attiva e fattiva che, pure fra tante difficoltà, svolge il ministro Giardina. È tempo che la confusione e la dispersione di poteri per tutto quanto riguarda la sanità pubblica abbia a cessare.

Su questo punto è ormai necessario ed indispensabile che il Governo chiarisca le sue idee ed adotti con urgenza i provvedimenti che la situazione, disorganica e confusa, richiede, se non vogliamo che si ritenga che in Italia esiste un Ministero della sanità al quale però mancano i mezzi ed i poteri indispensabili per tutelare, come è suo dovere e come prescritto dalla Costituzione, la salute pubblica. (*Applausi*).

P R E S I D E N T E . Rinvio il seguito della discussione alla seduta pomeridiana.

Il Senato tornerà a riunirsi, in seduta pubblica oggi alle ore 17, con lo stesso ordine del giorno.

La seduta è tolta (*ore 13*).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari