

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

422^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 20 GIUGNO 1961

(Pomeridiana)

Presidenza del Presidente MERZAGORA,
indi del Vice Presidente TIBALDI
e del Vice Presidente SCOCCIMARRO

INDICE

| | |
|---|------------|
| Autorizzazioni a procedere in giudizio: | |
| Presentazione di relazione | Pag. 19583 |
| Congedi | 19583 |
| Disegni di legge: | |
| Trasmissione | 19583 |
| « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962 » (1420) (Seguito della discussione): | |
| ALBERTI | 19590 |
| BENEDETTI | 19627 |
| DI GRAZIA | 19609 |
| FRANZINI | 19599 |
| GATTO | 19624 |
| INDELLI | 19635 |
| LOMBARDI | 19606 |
| LOMBARDI | 19628 |
| MACAGGI | 19602 |
| SCOTTI | Pag. 19619 |
| TIBALDI | 19586 |
| ZANARDI | 19596 |
| Interpellanze: | 19639 |
| Annunzio | 19639 |
| Interrogazioni: | |
| Annunzio | 19639 |
| Per la morte dell'onorevole Ludovico D'Aragona: | |
| PRESIDENTE | 19586 |
| BARBARESCHI | 19584 |
| LAMI STARNUTI | 19583 |
| LOMBARDI | 19585 |
| SPALLINO, <i>Ministro delle poste e delle telecomunicazioni</i> | 19585 |
| ZELIOLI LANZINI | 19585 |

Presidenza del Presidente MERZAGORA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 17').

Si dia lettura del processo verbale della seduta pomeridiana del 15 giugno 1961.

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

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

Congedi

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il senatore Bonadies per giorni 2.

Non essendovi osservazioni, questo congedo s'intende concesso.

Annunzio di disegni di legge trasmessi dalla Camera dei deputati

PRESIDENTE. Comunico che il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso i seguenti disegni di legge:

«Ratifica ed esecuzione dell'Accordo internazionale sullo zucchero aperto alla firma in Londra il 1° dicembre 1958» (1602);

«Modifiche al regime tributario dei contratti di appalto e delle concessioni di pubblico servizio agli effetti dell'imposta di registro» (1603);

«Modifica dell'articolo 10 del decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1956, n. 648, recante norme modificatrici della legge 12 aprile 1943, n. 455, sulla assicurazione obbligatoria contro la silicosi e l'asbestosi» (1604).

Questi disegni di legge saranno stampati distribuiti ed assegnati alle Commissioni competenti.

Annunzio di presentazione di relazione

PRESIDENTE. Comunico che, a nome della 2^a Commissione permanente (Giustizia e autorizzazioni a procedere), il senatore Azara ha presentato la relazione sulla domanda di autorizzazione a procedere in giudizio:

contro il senatore Cervellati (*Doc. 12*).

Questa relazione sarà stampata e distribuita ed il relativo disegno di legge sarà iscritto all'ordine del giorno di una delle prossime sedute.

Per la morte dell'onorevole Ludovico D'Aragona

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare il senatore Lami Starnuti. Ne ha facoltà.

LAMI STARNUTI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, sabato scorso, in Roma, dopo non breve malattia si è spento Ludovico D'Aragona, che fu membro del Senato nella prima legislatura. Ieri ebbero luogo le esequie, cui ha partecipato una larga rappresentanza del Governo ed un folto stuolo di amici, compagni e stimatori, e da stamane Ludovico D'Aragona dorme il suo sonno eterno nella città che lo ebbe consigliere comunale e provinciale e deputato al Parlamento nel 1919 e nel 1921, e dove egli svolse tanta parte della sua attività.

Non sia discaro agli onorevoli colleghi ch'io rievochi qui il ricordo dell'amico, del compagno e del collega che ci ha lasciato, dopo una vita operosa, a 85 anni, non pochi per la durata della vita umana, un attimo nella grandezza immensa dell'eterno. Ma se ufficio e destino di ogni creatura umana è di versare nel rapido transito un suo contributo alle vicende degli uomini e di portare

ai suoi simili opere di fraterna bontà, Ludovico D'Aragona ha adempiuto nobilmente e largamente al suo ufficio. Ora scompare con lui l'ultimo autorevole rappresentante di una generazione cui la classe lavoratrice deve gran parte della sua ascesa. Nato da famiglia di lontane origini nobiliari Ludovico D'Aragona a 16 anni è già preso dalla passione politica e d'allora inizia quello che diventerà, attraverso un lungo, aspro cammino, un vero aspostolato. La sua adesione al Partito socialista avviene come un fatto naturale e da allora egli manterrà sempre fede nella buona e nella cattiva sorte agli ideali della sua giovinezza.

Il suo vero mondo è il mondo del lavoro e a questo consacra subito, senza più abbandonarlo, i suoi entusiasmi e le sue opere giovanili. Sono gli anni, quelli, del socialismo evangelico ed eroico nei quali l'azione è tutta rivolta a sollevare gli operai e i contadini dalla miseria e dall'abbruttimento in cui versavano e a dar loro coscienza di essere, anche essi, artefici di ricchezza e creatori di storia. Quanto progresso da quegli anni lontani! A poco più di 20 anni D'Aragona è segretario in Milano di una lega di categoria e passa poi a dirigere la Camera del lavoro di Pavia. Le sue doti di laboriosità, di equilibrio di saggezza, di chiara intelligenza, si impongono rapidamente e D'Aragona ascende di grado in grado al posto eminente di Segretario generale della Confederazione generale del lavoro e vi rimarrà per lunghi anni, finchè le libere organizzazioni operaie non saranno dal fascismo distrutte. Egli porterà nell'ufficio il meglio delle sue doti e il senso di moderazione e di equilibrio rimarrà vigile anche quando le organizzazioni operaie si accendono di speranze e di impazienze premature; e più tardi quando gli eventi precipitano, nei giorni dell'occupazione delle fabbriche, egli non muterà atteggiamento e affronterà consapevole e sereno il drammatico contrasto con la direzione del suo Partito.

Poi la reazione, la violenza, la distruzione di tutta l'organizzazione operaia. Non resta allora a D'Aragona che il riparo della famiglia ma al dolore per il crollo del suo mondo la sorte aggiungerà il dolore più crudo della morte di una delle due figlie, perita

in tragiche, fortuite circostanze, e l'allucinante tragedia (la figlia bruciata viva nell'abitazione, invano contesa dalla madre urlante alle fiamme e alla morte) lascerà nella sua anima una ferita che non si rimarginerà mai più.

Dopo la Liberazione, l'affetto e la stima dei compagni lo richiameranno e lo riporteranno alle civili battaglie e Ludovico D'Aragona assurgerà subito ai più alti uffici. Deputato all'Assemblea costituente, senatore della Repubblica, tre volte ministro, Ludovico D'Aragona porta sempre negli uffici che ricopre, con le sue doti naturali, la grande esperienza della sua vita. E in nuove giornate drammatiche, quando la frattura delle forze socialiste italiane si preannuncia e rinnova, egli, come nel 1919, nel 1921, nel 1924, senza esitazione alcuna, sarà con l'ala democratica del Partito ben sapendo che senza libertà il socialismo nè si adagia, nè dura, o perde il suo volto di redentore umano.

E del Partito socialista democratico egli, membro della Direzione nazionale e Segretario politico, sarà una delle personalità più eminenti.

Ora, di lui ci resta il ricordo e l'esempio. Nella solennità di questa Aula e di questo momento io mi inchino alla sua memoria e rivolgo preghiera al nostro illustre Presidente perchè voglia esprimere alla famiglia D'Aragona, e in particolar modo alla figlia che gli fu affettuosa compagna fino all'ultimo giorno, le condoglianze del Senato; e sono certo che tutti voi, onorevoli colleghi, al di sopra di ogni divisione di parte, vorrete unirvi alla richiesta e al cordoglio.

P R E S I D E N T E . Ha chiesto di parlare il senatore Barbareschi. Ne ha facoltà.

B A R B A R E S C H I . Signor Presidente, il Gruppo dei senatori del Partito socialista italiano ricorda che Ludovico D'Aragona fu per lunghi anni membro del nostro Partito, combattendo dure lotte per l'idea socialista e per le rivendicazioni della classe lavoratrice.

Iniziò presto le sue dure esperienze e, giovanissimo, fu perseguitato ed esule. Chi ha l'onore di parlarvi lo conobbe nel lontano

1906, Segretario della Camera del lavoro della mia Sampierdarena, considerata allora per la sua intensa attività industriale, la Manchester d'Italia.

Passò poi ispettore alla Confederazione del lavoro, sotto la guida di Rinaldo Rigola, e successivamente, quando la completa cecità afflisse Rigola, ne assunse la Segreteria. In tale qualità lo trovò l'agitato periodo del primo dopoguerra, quando i bisogni e i diritti della classe lavoratrice erano molti, molte erano le impazienze, enormi le difficoltà.

Sopraggiunse il fascismo e tempi tristi sopravvennero per gli uomini liberi e per le loro organizzazioni. Sempre con il nostro Partito, Ludovico D'Aragona ritornò al Parlamento, alla Costituente, e nel 1946 gli feci le consegne di quel Ministero del lavoro verso il quale guardano con tanta speranza le classi lavoratrici italiane. Ma vi rimase pochi mesi. Poi la secessione ci divise. Del lavoro di quest'ultimo tempo rimane, a mio parere, una cosa che servirà ancora per l'avvenire: l'opera che Ludovico D'Aragona svolse nella Commissione per la riforma della Previdenza sociale, e quella relazione che, stesa nel 1948, attende ancora di essere realizzata.

La storia parlerà certamente di questo socialista che per molti anni rappresentò i lavoratori italiani. Noi oggi ci inchiniamo reverenti alla sua memoria esprimendo alla sua famiglia e al suo Partito i sensi del nostro dolore.

P R E S I D E N T E . Ha chiesto di parlare il senatore Lombardi. Ne ha facoltà.

L O M B A R D I . A nome del Gruppo comunista, mi associo al lutto che ha colpito il Partito socialista democratico italiano per la morte di Ludovico D'Aragona. Esprimiamo pure alla famiglia il nostro più sentito cordoglio.

P R E S I D E N T E . Ha chiesto di parlare il senatore Zelioli Lanzini. Ne ha facoltà.

Z E L I O L I L A N Z I N I . Signor Presidente, onorevoli colleghi, vanno ad uno

ad uno questi grandi della nostra piccola e grande storia italiana, i quali hanno rappresentato un'epoca che così bene è stata vivificata dalle parole del primo collega che mi ha preceduto.

Ludovico D'Aragona è stato chiamato un apostolo del socialismo evangelico. Le parole « apostolato » ed « Evangelo » assommano in loro le espressioni più alte del sacrificio e della dedizione a vantaggio dei fratelli; ben può dirsi quindi che esse possano applicarsi per Ludovico D'Aragona, che anche in questo Senato ha rappresentato così bene le idee di libertà e di giustizia sociale, le quali nella prima legislatura hanno avuto qui eco non soltanto di discorsi ma anche di fatti, quei fatti che Ludovico D'Aragona ha compiuto nella sua gioventù e nella sua maturità, e che ancora oggi parlano di lui come apostolo di redenzione sociale. Fu egli assertore dell'ideale di libertà, che anche qui noi colleghi del Gruppo democristiano abbiamo difeso fin dal 1948 e che ancor oggi affermiamo nel ricordo dello scomparso.

Alla sua venerata memoria ci inchiniamo partecipando al lutto della famiglia, del suo Partito e della Nazione.

P R E S I D E N T E . Ha chiesto di parlare l'onorevole Ministro delle poste e delle telecomunicazioni. Ne ha facoltà.

S P A L L I N O , *Ministro delle poste e delle telecomunicazioni.* Il Governo si associa commosso all'unanime cordoglio per la morte di un grande combattente, della libertà e di un grande difensore dei diritti delle classi lavoratrici, Ludovico D'Aragona. Il Governo ricorda di quest'uomo l'opera di sindacalista, di costituente, di senatore, di ministro, di democratico intento alla realizzazione di un suo grande impegno, quello che la classe lavoratrice avesse consacrati e riconosciuti anche legislativamente i propri diritti ed il proprio avvenire, nel nostro Paese. Il Governo lo ricorda — e particolarmente chi vi parla — come Ministro del lavoro (era forse la sua fondamentale aspirazione, era forse la sua natura, la sua conformazione), come Ministro dei trasporti, come Ministro delle poste e delle telecomunicazioni, dove ha lasciato l'impronta della sua

anima generosa, del suo desiderio di creare per la classe dei postelegrafici, tutti indistintamente, uno *status* che potesse essere di soddisfazione per tutti gli appartenenti a quel dicastero. Lo ricorda come ministro innovatore, egli che, specialmente all'azienda dei telefoni, dedicò il suo grande cuore e la sua grande intelligenza.

D'Aragona appartenne — e noi tutti della prima legislatura ne siamo testimoni — al tempo eroico del socialismo. D'Aragona conobbe Pelloux e le sue persecuzioni, e dopo Pelloux conobbe il tormento e le persecuzioni del fascismo. Egli fu, nel suo rifugio in Francia ed in Svizzera, e poi qui, a dare esempio di probità, di onestà, di disinteresse e di dirittura politica.

Egli seguì la sua aspirazione di socialista democratico, la seguì, sempre, anche quando la realizzazione di questa aspirazione lo portò al distacco del Partito socialista italiano. Egli riteneva che l'avvenire delle classi popolari poteva svolgersi soltanto nell'affermazione e nella difesa di un socialismo democratico.

Fu un combattente, un combattente silenzioso ed eroico, fu uomo probo. A questo uomo, che ancora oggi insegna a tutti noi che cosa debba essere la vita politica nel servizio, nella probità, nell'onestà, nel disinteresse, alla memoria di quest'uomo il Governo si inchina reverente, e fa gli stessi voti che il senatore Lami Starnuti esprimeva a quest'alta Assemblea perchè alla famiglia e allo stesso Partito social-democratico fossero espresse le condoglianze del Senato.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, sono sicuro di interpretare il pensiero di tutti i Gruppi del Senato inviando alla memoria di Ludovico D'Aragona l'espressione del nostro vivo e mesto cordoglio.

Egli ebbe una vita, come è stato qui ricordato, veramente intensa. A 22 anni conobbe l'esilio, fu fra i fondatori della F.I.O.M., fu Segretario generale della Confederazione del lavoro, deputato in tre Legislature, deputato alla Costituente, Ministro nel secondo, nel quarto e nel sesto Gabinetto De Gasperi e, infine, senatore di diritto — appunto per le tre legislature cui aveva appartenuto — in questa Assemblea.

Noi lo ricordiamo tutti con grande affetto e con pari rimpianto.

Alla timorosa, più che timorata borghesia lombarda e ligure, nell'epoca così ben definita e ricordata dal senatore Lami Starnuti, di un socialismo eroico ed evangelico, D'Aragona apparve come uno spauracchio e non era, in fondo, che un patriarca saggio, avanti lettera.

E noi lo vedemmo, qui, veramente divenuto patriarca nel fisico, nel modo di pensare, nella bonarietà abituale delle sue espressioni, sempre caute, sempre generose. Questo il D'Aragona che noi ricordiamo in quest'Aula, questo il D'Aragona che rimarrà sempre impresso nei nostri cuori.

Assicuro il senatore Lami Starnuti, il Governo e tutto il Senato, che la Presidenza si è già resa interprete dell'accorato dolore per questa grave perdita che la social-democrazia subisce oggi in Italia. Rinnoviamo qui alla famiglia e al Partito socialista democratico italiano questo nostro sentimento di vivo rimpianto.

LAMI STARNUTI. La ringraziamo, signor Presidente.

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962 ».

È iscritto a parlare il senatore Tibaldi. Ne ha facoltà.

TIBALDI. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, sarò breve perchè intendo contenere questo mio intervento ad un capitolo determinato del bilancio del Ministero della sanità, il capitolo che riguarda gli ospedali. Non è compito gradito parlare in questa Assemblea di questo argomento, in quanto necessariamente io dovrò

qui ripetere le stesse cose dette nella prima legislatura e ridette nella seconda, presenti gli alti Commissari della sanità e poi con i Ministri che si sono succeduti. È un argomento posto sul tappeto da tempo e che, come altri problemi insoluti, appesantisce la nostra vita nazionale.

La riforma sanitaria e la questione ospitaliera erano problemi già discussi e posti sul tappeto subito dopo la Liberazione, e sino da allora era chiaro che i nostri ospedali non rispondevano più alle esigenze moderne, in un mondo in cui l'organizzazione sanitaria si andava sempre più orientando verso l'assistenza mutualistica, dando agli ospedali funzioni e compiti nuovi, mentre questi erano rimasti ancorati alla vecchia legge del 1890 sull'ordinamento delle Opere pie.

Io accennerò solo, come del resto ha già fatto il relatore nell'ottima relazione che accompagna il bilancio, alle carenze, del resto a tutti note, per quanto riguarda i posti letto dei nostri ospedali, e mi soffermerò particolarmente sul problema del riordino degli ospedali e della loro funzionalità, in rapporto alla odierna assistenza mutualistica. Purtroppo siamo ancora, come ho detto, in fatto di organizzazione ospitaliera, ad un ordinamento che regola gli ospedali al superato concetto della carità e della beneficenza. Sorti, regolati come enti di carità e beneficenza gli ospedali hanno onorevolmente compiuta nel tempo la loro funzione di carità e beneficenza ricoverando ed assistendo gli ammalati poveri e gli indigenti che costituivano, fino all'avvento della medicina mutualistica, la quasi totalità dei ricoverati ospitalieri.

Oggi, la fisionomia e la funzione dell'ospedale è totalmente mutata, in quanto l'ospedale non accoglie più l'indigente, o lo accoglie in percentuale minima, la maggioranza degli ammalati essendo ormai costituita da lavoratori iscritti regolarmente negli enti mutualistici, cosicché la percentuale degli iscritti all'elenco dei poveri va sempre più riducendosi in tutto il Paese e diventa addirittura trascurabile nell'Italia del nord. Oggi l'ospedale esplica una sua specifica e preminente funzione sanitaria nel Paese, in quanto è diventato il centro curativo della generalità della popolazione, costituita in gran parte di lavoratori, ed è per questo che

l'ospedale ha mutato fisionomia. Finché lo ospedale era un istituto di carità, completato nell'organizzazione delle Opere pie adempiva al proprio compito con i mezzi di cui poteva disporre, che gli provenivano dalla pubblica beneficenza; oggi l'ospedale è diventato un servizio a disposizione del pubblico ed è fornito di mezzi che non provengono più dalla beneficenza, ma da regolari versamenti, dagli istituti assicurativi, per cui l'ammalato non è più un beneficiario dell'ente, ma è da considerarsi un pagante in proprio, essendo ormai la generalità dei ricoverati in ospedali, a carico dell'assistenza mutualistica.

Orientandosi attualmente verso un rapporto di 10-12 posti letto per mille abitanti, occorrerebbero circa 300 miliardi, ed allora viene fatto di domandarsi come si potrà provvedere al fabbisogno minimo. A questo proposito vorrei richiamare la vostra attenzione su alcune sperequazioni e le deficienze per le varie regioni del nostro Paese. Anche da un esame statistico superficiale balza evidente che in quanto ogni mutuato versa una parte del proprio salario o stipendio all'ente mutualistico, che gli assicura l'assistenza ospedaliera, l'ammalato ha dunque acquistato un diritto nuovo, e l'assistenza cui deve provvedere l'ospedale deve adeguarsi al nuovo stato giuridico che viene ad intercorrere fra ammalato, ospedale ed ente mutualistico.

Una tale impostazione del problema ospedaliero, prospettata da me e da altri colleghi ormai da anni, era stata accolta, sin dai tempi in cui l'onorevole Tessitori reggeva l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità. Egli infatti affermava allora che i suoi uffici erano pronti a varare una riforma ospedaliera che si ispirava a questi nuovi orientamenti. Da quell'epoca di tale riforma si parla in tutti i congressi medici, sulla stampa, sulle riviste, ed è sembrata ad un dato momento di così imminente attuazione, che sono sorte persino agitazioni fra categorie che temevano che la nuova legge ledesse i loro diritti quesiti. Ma alla fine questa attesa riforma si è rivelata come l'araba fenice: tutti dicono che c'è, ma non si sa dove sia.

Nell'ottima relazione del senatore Criscuoli è messo bene in evidenza come le somme erogate per gli ospedali, come del resto l'intera somma destinata al Ministero della sanità, sono rimaste al livello dei 55 miliardi.

Ora si tenga presente che se si dovesse assicurare agli ospedali il numero minimo di 6 posti letto ogni mille abitanti, richiesti dall'Organizzazione mondiale della sanità, si vedrebbe se in alta Italia esiste, nell'organizzazione ospedaliera, una certa insufficienza per quanto riguarda le attrezzature, l'assistenza infermieristica e la funzionalità, purtuttavia il numero di ospedali e la ubicazione è tale da costituire una inquadratura sufficiente alla assistenza delle popolazioni di quelle regioni. Nel Mezzogiorno d'Italia il problema muta radicalmente, in quanto se nel nord per gli ospedali si tratta di potenziamento ed ampliamento, nel Mezzogiorno si tratta di strutturazione e creazione di ospedali. Ricordo, l'ultima volta che intervenni su questo argomento, di avere citato le clamorose deficienze degli ospedali di Palermo e di Salerno, e di aver suscitato da parte di alcuni colleghi delle riserve, e da altri denunce molto più gravi di quelle da me prospettate. Cito oggi soltanto come esempio di deficienza ospitaliera nel Mezzogiorno la situazione della provincia di Taranto. A Taranto vi sono 200.000 abitanti e (mi rivolgo ai parlamentari della zona) per 200.000 abitanti esiste un solo ospedale di 360 letti e in tutta la provincia si raggiungono a mala pena i 600 letti. E ciò che dico di Taranto potrei ripeterlo per la provincia di Brindisi, di Lecce ed altre.

Ora, in queste provincie, e fatte poche e debite eccezioni in tutto il Mezzogiorno di Italia, la mancanza di ospedali non pone solo un problema di civiltà, di esigenze elementari d'igiene, di umani doveri per quanto riguarda la cura degli infermi, ma pone anche problemi non trascurabili dal punto di vista morale. La mancanza degli ospedali ha fatto sorgere in tutto il Mezzogiorno d'Italia una fungaia di pseudo case di salute; case di salute, che, in mancanza di istituti pubblici di cura, ad essi si sostituiscono, ma con caratteri privatistici e speculativi, con contratti con gli istituti mutualistici, che si risolvono a tutto svantaggio degli ammalati. In queste case di cura l'ammalato viene ricoverato per il solo intervento chirurgico, senza vitto, senza cambio di biancheria, per cui nelle corsie di degenza di queste case di cura è un continuo andirivieni di gente che

deve portare, all'ora dei due pasti giornalieri, il vitto al proprio ammalato, deve portar via la biancheria sudicia per poterla lavare a casa e poi riportargliela. In queste condizioni vivono gli ammalati non in un paese od una città soltanto, ma in intere regioni del nostro Paese.

È innegabile che in questi anni opere importati hanno avuto esecuzione in Italia. Problemi che erano rimasti per anni ed anni insoluti sono stati affrontati ed in parte avviati a soluzione; si è cercato di dare l'avvio ad altri, si è fatto un Piano Verde, un Piano della scuola, un Piano per le autostrade, ma cosa si è fatto per sanare la grave disastrosa situazione degli ospedali? Il problema degli ospedali, intendiamoci bene, è il problema centrale di tutta l'assistenza medica in Italia, come del resto in gran parte del mondo civile. In questi ultimi vent'anni la medicina ha fatto tali progressi per cui ha completamente trasformata la terapia e di conseguenza l'assistenza. Quaranta anni fa, trenta anni fa, la medicina, basata in gran parte sulla terapia galenica, faceva sì che l'assistenza fosse essenzialmente basata sulla organizzazione medica familiare, che si basava e si svolgeva attraverso il medico di famiglia. Ora non più, ora per esigenze diverse che è inutile elencare e conseguenti ai progressi della medicina, per la serietà degli esami di laboratorio e delle indagini fisico-elettriche l'ammalato non funzionale ha quasi sempre bisogno di consultazione o degenza ospedaliera. La mentalità del pubblico si è aggiornata al progresso della medicina e vuole l'ammalato, in caso di malattia, essere razionalmente curato e ricorre all'ospedale o alla casa di cura o cosciente di un diritto acquisito, attraverso un progresso sociale come è quello della legislazione mutualistica, giustamente esige essere curato in base ai diritti che ha acquisito. Ma l'ospedale, così come è oggi o meglio come è rimasto, non risponde affatto a queste esigenze. Necessario quindi affrontarne il problema nel duplice aspetto di progresso tecnico-sanitario e giuridico in base ai nuovi diritti derivanti dalla medicina sociale e mutualistica. Pacifico che il problema non può essere risolto dall'oggi al domani, ma se non lo si imposta e non si inizia l'avvio a soluzione, noi saremmo qui, il

prossimo anno e negli anni venturi, a ripetere malinconicamente e senza costruito le stesse cose, magari con parole diverse, ma sempre con lo stesso risultato negativo

Qualche collega ricorderà che quando è sorto il Ministero della sanità, soprattutto da parte dei colleghi medici, si era manifestato uno stato di euforia: si erano aperte tutte le cateratte delle speranze, le più ottimistiche, e si era valutata la costituzione del nuovo Ministero come una grande conquista dell'organizzazione sanitaria nel Paese. Ebbene, io ricordo, come sia da allora, in considerazione del modo come era sorto, della sua impostazione amministrativa ed in base alle limitate sue funzioni, io prevedevo che qualora l'area delle attribuzioni che erano state assegnate al suo sorgere fossero rimaste tali, le speranze che esso aveva suscitate erano destinate tutte ad essere deluse. Il Ministero della sanità così come è oggi, così come è nato nella ristrettezza e nella incertezza delle attribuzioni, non ha nessuna possibilità. Io penso qui di svolgere una proficua opera di ordinamento e di rinnovamento di un problema che, per quanto importante, è limitato ad un unico settore del Ministero della sanità: il problema degli ospedali. Ebbene, onorevoli colleghi, sapete che il Ministero della sanità, nel limite delle sue competenze attuali non ha nessuna facoltà per quanto riguarda la strutturazione, creazione e finanziamenti di opere ospedaliere di sola competenza del Ministero dei lavori pubblici. E passi per quanto riguarda la strutturazione, ma per quanto riguarda la funzionalità e la amministrazione si raggiunge l'inverosimile quando si pensa che gli ospedali dipendono non dal Ministero della sanità, ma dal Ministero dell'interno, per cui noi assistiamo a questo assurdo che anche quel minimo di legislazione che si è fatta per gli ospedali, la legge Petrignani prima e la legge Santero dopo, sono rimaste lettera morta perchè le Prefetture si sono guardate bene dal richiamare le amministrazioni ospedaliere al rispetto della legge. Così nella carenza della legge, noi oggi ci troviamo nella situazione per cui anche la nuova legge che abbiamo varato recentemente, per i concorsi per assistenti, non trova e non troverà applicazione, perchè si sono create in questi anni di inosservanza

della legge, delle situazioni di fatto che ormai non sarà possibile smuovere. Quale è infatti quell'amministrazione che può bandire un concorso per mandar via un certo numero di medici che prestano servizio in ospedale, in deroga alla legge sui concorsi, da 8-10 anni? Tutto ciò è possibile per l'enorme disordine che regna nei nostri ospedali. Ora questa situazione creatasi per carenza legislativa, permane e si aggrava ogni giorno di più, proprio perchè non si è voluto (non si è osato) affrontare quello che è il problema cardine degli ospedali: la riforma in base ad un piano organico rispondente alle nuove esigenze dell'assistenza.

Per gli ospedali non si tratta solo di una questione di ubicazione e di posti letto, si tratta anche di funzionalità degli ospedali stessi. Ho parlato degli ospedali del Nord, ed ho espresso un giudizio positivo sulla attrezzatura e l'organizzazione ospitaliera in questa parte del nostro Paese, inteso sempre il giudizio in linea generale, perchè in linea particolare anche qui abbiamo deficienze notevoli per quanto riguarda la funzionalità, e in realtà, quanti nelle statistiche figurano come ospedali, molte volte sono delle semplici infermerie o case di salute, mancanti di laboratori, di personale qualificato e di ogni indispensabile attrezzatura.

Signor Ministro io mi rivolgo a lei: sarebbe necessario che ella effettivamente promuovesse una inchiesta, o meglio mobilitasse i suoi funzionari periferici per una vera e propria inchiesta sugli ospedali. Qualche cosa in questo senso si era tentata molti anni fa quando alto Commissario all'igiene e alla sanità era il professor Petrignani che aveva cercato di mettere un po' di ordine, almeno dal punto di vista statistico, in modo da potere distinguere gli ospedali dalle infermerie; ma durante il fascismo, in quell'epoca, le cose si annunciavano più per far vedere che si facevano che per precisa volontà di farle, ed infatti anche l'inchiesta Petrignani finì nel nulla. Ma ancora oggi, signor Ministro, neppure sappiamo effettivamente quanti siano in Italia gli ospedali veri e quanti invece siano gli istituti di cura che si fregiano della qualifica di ospedali venendo così a chiedere — e questo è l'importante — di attingere a quel fondo di 30 mi-

liardi della legge, che ella ha presentato e che l'11ª Commissione del Senato ha approvato, e che si trova ora all'esame dell'altro ramo del Parlamento, sulle attrezzature ospitaliere.

Questi saranno denari che andranno dispersi, se andranno a beneficio di pseudo ospedali che, per ubicazione e costituzione, non saranno mai suscettibili di sviluppo e di vita autonoma. Di qui la necessità di affrontare globalmente il problema degli ospedali, mettendo a nudo deficienze, manchevolezze, carenze, con volontà di vincerle e superarle, al fine di veramente adeguare la assistenza alle moderne esigenze sanitarie ed alle nuove norme di diritto derivanti dalla nuova legislazione sanitaria, impedendo ed evitando che un problema di interesse nazionale, di esigenza civile, di necessità sociale finisca per esaurirsi in questioni di categorie, di medici, di concorsi, di funzioni e di interessi di categoria.

PRESIDENTE. Senatore Tibaldi, la prego di concludere, anche perchè poi dovrà sostituirmi qui al banco della Presidenza, e sarà quindi lei, a sua volta, a rivolgere lo stesso invito agli altri colleghi.

TIBALDI. Signor Presidente concludo subito. Che ci sia un disordine nel settore ospitaliero è un fatto acquisito; che ci sia necessità di affrontare questo disordine è un altro fatto acquisito, ed anche i dolorosi episodi che si sono svolti recentemente negli ospedali, di cui la cronaca sui giornali, e che hanno commosso l'opinione pubblica, anche se estranei alla buona o cattiva volontà degli uomini, sono da mettere in rapporto al disordine ospitaliero. Vorrei che a questo proposito l'onorevole Ministro dicesse una parola rassicurante, per l'opinione pubblica e anche per il Parlamento che è veramente in ansia per le notizie divulgate dalla stampa ed oggetto di generale preoccupazione.

Signor Ministro, l'altra volta io l'esortavo a legare il suo nome alla riforma ospitaliera. Lei per ora ci ha deluso un po' tutti. Spero ancora in lei, che voglia effettivamente affrontare il problema con la serietà necessaria e sulle larghe basi che sono indispensabili per

predisporre un piano il quale risolve finalmente la questione ospitaliera in Italia. (*Applausi dalla sinistra. Congratulazioni*)

PRESIDENTE. È iscritto a parlare, il senatore Alberti. Ne ha facoltà.

ALBERTI. Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Ministro, trattando il bilancio, in quest'Aula, nel 1960, ebbi a dire che avevamo di fronte il primo vero bilancio del Ministero della sanità, poichè, in effetti, quello del 1959 risentiva troppo dell'intelaiatura del bilancio del soppresso Alto Commissariato: aggiungevo con intenzione, dopo la parola «soppresso», l'aggettivo «modesto» Alto Commissariato. Mi doleva che ancora modesti fossero i mezzi finanziari riservati al primo vero bilancio e mi lusingavo che il secondo bilancio sarebbe stato all'altezza dei tempi e delle esigenze. Mi son dovuto disilludere: appena poco oltre un miliardo e mezzo, ed esattamente 1.693 milioni, assai refratti peraltro, sono concessi in più a questo settore così importante della via associata che è costituito dalla sanità pubblica.

Lo riconosce, come il relatore, del resto, del 1959, che è stato il nostro presidente Benedetti, il relatore di oggi collega Criscuoli, e le sue certo meditate parole rinserrano alcunchè di amaro; esse autorizzano a formulare sin d'ora un giudizio sfavorevole insieme col riconoscimento di una certa buona volontà da parte del Ministro.

Dopo l'esordio, circostanziato e preciso, in ordine ad alcuni problemi medico-sociali di primaria importanza, come quello dei tumori, delle malattie cardiocircolatorie, e delle malattie mentali, il collega Criscuoli riconosce che lo stanziamento è esiguo e quasi immutato rispetto a quello dell'anno prima, pur insufficiente, e non comporta (ripeto le testuali sue parole) «alcun miglioramento o innovazione e costringe all'immobilismo la politica sanitaria del Paese».

Per non rifarmi alle riserve (e facendole, s'intende, salve) nonchè alle critiche dei primi bilanci della Sanità, critiche tuttora, e a buona ragione, proponibili, per non oltrepassare il tempo che mi è concesso, mi limiterò alle materie che hanno mo-

tivato l'aumento dei 1.693 milioni, così insufficienti, e, fra esse materie, mi limiterò a quelle che assumono valore di priorità metodologica: a quella cioè che attiene alle malattie sociali e alla propaganda ed educazione sanitaria; aggiungerò poche parole sul termalismo sociale e sulla vaccinazione contro la poliomielite, restando nell'argomento, come dimostrerò tra poco.

Oggi, e non si sa da tutti, si impartisce in alcune facoltà mediche, da liberi docenti, non essendovi ancora cattedre, come si dice, ufficiali, — e sia la benvenuta — quella disciplina che è definita medicina sociale, di cui chi vi parla è cultore e docente minimo. È una realtà questa che bisogna accettare e non solo sul piano universitario, ma, e ne sono ben sicuro, secondo lo spirito della nostra Costituzione, sul piano operante delle implicazioni tutte inerenti all'igiene e sanità pubblica. Rimarrebbero, altrimenti, sterili discettazioni quelle che non oltrepassassero il confine della precettistica teorica. Superati i termini di istituto fissati della legge Pagliani — il collega Samek Lodovici ben a ragione ha evocato la figura di Luigi Pagliani, che doveva essere evocata, nel quadro dell'operosità nel campo dell'igiene post-risorgimentale nelle Assise mediche di Torino, di Luigi Pagliani che fu il primo ideatore e fondatore, sotto Francesco Crispi, della prima Direzione generale della sanità pubblica — superati quei termini, onde la stessa Direzione, progenitrice dell'attuale Ministero, si assumeva le funzioni di tutela e controllo della sanità pubblica, superati, dico, quei termini, mi pare giunta l'ora davvero di completare quelle funzioni, secondo la lettera e lo spirito della nostra Carta costituzionale, con quelle conseguenti, anzi essenziali, di propulsione igienico-sanitaria e sociale nella quale ha tanta parte l'opera di prevenzione.

A fare ciò occorrono mezzi, se non proprio ingentissimi, certo ingenti, ma che non possono andare, dati i progressi incessanti della scienza e della tecnica, tenuto conto dei progressi già stabilizzati, al disotto del livello al quale i poteri pubblici non si sono posti nè possono andare al disotto di un certo minimo.

Nuovi e nuovissimi doveri incombono oggi ai governanti in fatto di politica sanitaria, e ce ne spieghiamo agevolmente il perchè. Mentre i mezzi terapeutici e profilattici delle malattie comuni confidano nei vari presidi che ci sono offerti dalla trattatistica, nella sufficienza delle cure familiari e nei riguardi che l'infermo può usare da sé, personalmente a se stesso (come si direbbe con frase burocratica), le malattie sociali trovano i loro mezzi profilattici nell'intervento obbligato della collettività, cui viene chiesta un'azione risultante dal quotidiano e ben cospirante concorso dei sanitari, degli amministratori, dei politici.

L'azione demandata agli organismi responsabili della salute pubblica nel campo delle malattie sociali è molteplice; per essere efficace deve seguire un programma sistematico, da applicarsi secondo le tre direttive fondamentali: profilassi, assistenza e recupero.

Qualche tentativo è stato fatto nella buona direzione, finora, ma non devono essere lesinati i mezzi necessari, almeno per un inizio coordinato di certe attività. Bisogna dare lealmente atto al Ministro di avere tentato di avviare a soluzione, mediante una precisa impostazione legislativa, un fondamentale problema di medicina sociale. Ma i mezzi previsti già risultano, ad un primo esame, gravemente insufficienti. Ho parlato di tentativo; il Ministro, che è buon giurista e storico del giure e della terminologia giuridica, aveva occasione, all'Accademia che egli onora, a Palermo, di parlare della differenza, nel doppio significato, di *tentamen*: tentativo e tentazione. Mi dia atto, signor Ministro, che in questo momento, circa il suo nobile tentativo, ricorrono tutte e due le accezioni; ella ha tentato e ha la nobile tentazione, di fare di più e di fare qualcosa in ordine a quanto additano i trattati di medicina sociale, ma il suo rimane un tentativo fra le strettoie dei mezzi finanziari. Intendo riferirmi, come iniziativa di medicina sociale che il Ministro ha fatto sua, ai « Centri di lotta contro le malattie sociali », che in un recente decreto del Presidente della Repubblica (in data 2 febbraio 1961, n. 249, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 20 aprile 1961, n. 48) hanno avuto il lo-

ro riconoscimento e sono stati affidati al controllo del Ministero della sanità, cui spetta anche di intervenire con regolari sovvenzioni economiche, nei limiti fissati da apposite convenzioni. Il tentativo è lodevole; speriamo per l'avvenire che non facciamo difetto i mezzi adeguati.

La medicina moderna si è, come abbiamo accennato, gradatamente orientata verso le attività preventive, verso l'accertamento precoce e la superspecializzazione tecnica; or bene, proprio in armonia a queste tendenze, sono stati ideati molteplici centri specializzati nelle più diverse competenze medico-chirurgiche. Tal sorta di prepotente generazione, diremo così spontanea, ha portato al sorgere, talora incoordinato, di centri nati non vitali o destinati a sopravvivere tra crescenti difficoltà economiche cui il Ministero della sanità poteva e può soltanto eccezionalmente porre tempestivo rimedio.

Il Ministero della sanità dovrà formulare ora un programma specifico per contribuire regolarmente alle necessità economiche di queste istituzioni e, al tempo stesso, per uniformarne gli indirizzi nel quadro di un più vasto e costruttivo programma. L'opinione pubblica in proposito si è fatta recettiva e l'opinione media medica è assai favorevole. Dirò di più: quanti di noi, per appartenenza politica, sono più vicini alle masse popolari, si rendono garanti che non mancherà di queste il concorso, come dimostrano le attività, ad esempio, nel campo della trasfusione del sangue e delle cosiddette pubbliche assistenze, allo scopo di propagandare i principi operanti della educazione sanitaria. Ciò per favorire in primo luogo l'azione pubblica intesa a far controllare periodicamente malati e predisposti.

È anzitutto l'attività sociale di prevenzione e nel settore della diagnosi precoce, a qualificar le benemerite dei centri medico-sociali e ne giustifica l'esistenza come entità ben distinte dai grandi complessi ospitalieri che, in genere, totalmente assorbiti dagli impegni terapeutici, non possono ancora estendere la loro opera sul piano della medicina preventiva.

Il merito del tentativo esperito con le disposizioni cui ho accennato sta nell'aver affidato al Ministero della sanità un più di-

retto controllo dei centri al fine di meglio organizzarne il programma di lotta su scala nazionale.

Chiarita la fisionomia e, le finalità dei «centri», spetterà opportunamente al Consiglio superiore della sanità definire, via via, le forme morbose che, per ragioni di sanità pubblica, devono essere considerate come malattie sociali, sia pure, per ora, in modo empirico ma operante. Dico in modo per ora empirico perchè, nel campo della sanità pubblica, la perfezione razionalistica arriva troppo tardi, quando arriva.

Nel momento attuale è certo che l'attribuzione dovrebbe essere estesa, per esempio, almeno ai tumori, alle malattie reumatiche e cardiovascolari, al diabete e, come è stato proposto anche in recentissimi congressi medici, alle microcitemie, e al morbo di Cooley.

Penso altresì che anche la moderna attrezzatura specialistica per il trattamento degli immaturi dovrebbe rientrare, per il valore del problema assistenziale e terapeutico, nel campo d'azione degli specifici centri, organizzati nello spirito che la legge ha previsto in linea generale per i centri di lotta contro le malattie sociali, un quanto centri per la lotta contro la mortalità perinatale, di cui si occuperà il collega senatore Gatto, pediatra.

Per altre tipiche malattie sociali, come la tubercolosi, la lebbra, il tracoma, le paralisiastiche infantili e la poliomielite, già esistono disposizioni di legge che consentono al Ministero della sanità di controllare le singole affezioni avvalendosi di un'attrezzata organizzazione e di opportune norme legislative, da perfezionare, talune al più presto, come nel caso della poliomielite.

Purtroppo bisogna osservare che al progresso assistenziale conseguito qualitativamente sul piano tecnico organizzativo, non fa ancora riscontro un proporzionato impegno economico globale, da parte del Governo, tale da garantire una sicura vitalità alle nuove istituzioni.

Come affermavo da ultimo, parlando del passato bilancio della Sanità, nessun impegno, di nessun Presidente del Consiglio, abbiamo avuto sinora in fatto di pianificazione di sanità pubblica. L'attuale impostazione di cui riconosciamo la validità teorica, di mas-

sima, richiede uno sforzo finanziario che evidentemente non è stato possibile neanche progettare efficacemente. In definitiva, sono stati soltanto spostati dei fondi, in base ad una diversa articolazione delle singole voci del bilancio, senza reperire nuovi stanziamenti per le importantissime attività sanitarie che il Ministero intenderebbe potenziare.

È questo l'appunto che si deve muovere alla intrinsecamente meritoria iniziativa che ha portato al riconoscimento dei centri per le malattie sociali, talchè nella proposta conclusionale dell'accurata relazione del collega Criscuolo, di escogitare un piano quinquennale con stanziamenti adeguati, vorrei vedere al primo posto, in un piano poliennale — al minimo, credo, di un settennio — gli stanziamenti per i centri medico-sociali, coordinati, s'intende, a dovere, provvisti di mezzi maggiori o minori, ma non al disotto di un certo minimo, facile a esser formulato dai tecnici, a seconda delle regioni.

Bisognerà all'uopo studiare attentamente di che tipo debbano essere gli accennati centri di medicina sociale; così dovranno aver di mira le tecnopatie o malattie del lavoro in modo speciale nei comprensori industriali e naturalmente alcune malattie legate all'arretratezza delle popolazioni nelle zone sottosviluppate. Raccomando una sapiente distribuzione dei pochi mezzi nei vari comprensori, in essi compresi quelle zone del Nord ove si insediano immigrati del Sud, o dal Centro, i quali trovano condizioni ambientali non congrue, per clima, abitazione, disadattamento alimentare, prime, e più gravi difficoltà economiche, che favoriscono determinate forme morbose di malattie, senz'altro sociali.

Così raccomanderei maggiori mezzi, nel Sud, a quei centri che hanno eletto a loro argomento di studio il *deficit* alimentare quantitativo e qualitativo in ordine all'incidenza di malattie infettive: cito in proposito a cagion d'onore, la Clinica medica universitaria di Bari, che da anni si dedica a inchieste e studi sulla materia; quel centro ha bisogno di maggiori mezzi. Ivi si intrapresero a studiare le cause prossime di defedamento organico che favoriscono lo scatenarsi della malattia. Occorre in proposito

non attenersi troppo alle rigide formulazioni di legge e di regolamento e proseguire nell'impresa.

Medicina sociale è espressione che permette interpretazioni dottrinali e autentiche con largo oscillare a seconda dei luoghi e dei tempi. Quel che importa è che prevalga in medici, funzionari centrali e periferici, l'*animus* idoneo. Riconosciamo che non tutte le malattie in sostanza sociali sono suscettibili, ai fini amministrativi, di catalogazione effettiva tra le malattie sociali, anche quando la mole di assistenza proporzionata alla loro incidenza, appaia di stretto dovere e competenza dell'Amministrazione centrale. Anche qui bisognerà far luogo a un criterio di priorità, di indifferibilità, di esemplarità. Malattia sociale, ad esempio, si è detto, è il diabete, e si è fatto bene a riconoscerla tale, in quanto anzitutto affezione che colpisce certamente più categorie che non si creda e che va estendendosi fra le masse popolari, così da meritare speciali pubbliche provvidenze. Qui l'azione preventiva razionalmente organizzata attraverso adeguati centri può far molto. Io auguro al Ministro che l'applicazione pratica dei decreti legislativi sui centri di medicina sociale possa essere subito a lui sottoposta in ordine a questa malattia, per la quale non si debbono lesinare assistenze, diligenze e, naturalmente mezzi adeguati, dato che è in effettivo aumento. Tanto più che le risorse curative modernissime possono in modo nuovo potenziare le cure ambulatoriali, le quali debbono essere corroborate, però, obbligatoriamente da una data e collegata opera di educazione sanitaria.

Anche a questo riguardo i mezzi da fornire agli organi che si occupano dell'educazione sanitaria non dovranno essere lesinati, sul modello delle organizzazioni che all'estero hanno dato buoni risultati. In Italia abbiamo uomini preparati e adatti alla bisogna; si tratta di immetterli in comitati di studio che potranno affiancare, in periferia e al centro, l'attività della Direzione generale dei servizi medico-sociali: si tratta di utilizzare meglio i centri che adempiono già a compiti di educazione sanitaria essenziale per una siffatta malattia cronicissima.

Nell'organizzazione dei nuovi centri di medicina sociale bisognerà trarre partito adeguato, dunque, da coloro che già esplicano un'attività apprezzata anche internazionalmente nel campo dell'assistenza e dell'educazione igienico-sanitaria dei diabetici. Bisognerà assistere tangibilmente le associazioni che tutelano la vita e la salute dei diabetici e incoraggiare quelle istituzioni che, effettivamente, con lezioni pratiche e dimostrative, insegnano ai malati a seguire un regime di vita adatto. Così saranno ridotte al minimo le complicazioni invalidanti del diabete, che aggravano i compiti di assistenza mutualistica e ospitaliera.

Il denaro speso per gli incoraggiamenti vari e sussidi ai centri antidiabetici, si tradurrà in maggior risparmio per l'assistenza pubblica e per gli enti mutualistici. Altro scopo da segnalare, come possibile campo di applicazione della medicina sociale, è quello comprendente i centri medico-sociali termalistici, oggi che il termalismo sociale ha dato sue ottime prove; le cure termali si possono e si debbono estendere a tutte le classi sociali, e sarà conquista di domani, in tutte le Nazioni civili, quella vacanza annuale termale dei lavoratori, dalla salute minacciata o fatiscente, che è implicita e additata nei vari articoli dal 32 al 35 al 37 al 38 della nostra Costituzione, ad esempio.

Perchè non istituire centri termalistici medico-sociali nelle principali stazioni di acque? Possono bene essi sorgere sulle varie opere già ordinate allo scopo da enti di beneficenza e assistenza, o dalle stesse terme oggi di gestione statale.

Fui preso per visionario quando parlai in una rivista specializzata « Acque e Terme » della vacanza termale annuale dei lavoratori di ogni specie, anche per la purificazione annuale dalle scorie tossiche d'origine ambientale o alimentare che ci regala ogni giorno più, con le sue emanazioni e i suoi alimenti sofisticati o peggio, la civiltà meccanica. La vacanza termale è ormai in auge in Cecoslovacchia, ricca, come si sa, di patrimonio idrologico, ottimamente studiato ai fini profilattici e terapeutici sociali.

Nella relazione Criscuoli, che ho definito accurata, trova luogo anche un paragrafo riservato alla medicina scolastica che è, per

definizione, medicina sociale. Motivo di speranza è anche nelle disposizioni che regolamentano, con buona intenzione, il delicato settore della medicina scolastica (decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 22 aprile 1961, n. 100).

In questo campo, mediante l'intervento diretto del Ministero della sanità sarà possibile raggiungere, sempre che non facciano difetto i mezzi, ulteriori progressi, traendo partito dai preziosi insegnamenti della profilassi e della medicina preventiva, al fine di un più meticoloso e costante controllo delle giovani leve scolastiche.

Sarà possibile ampliare, così, la già notevole gamma di attività di controllo e si potranno attingere, proprio nel terreno fertile e sempre redditizio, ai fini dell'indagine medico-sociale, della scuola, le vere finalità preventivo-educative della medicina sociale appunto della prima età, come si fa in alcune Nazioni più progredite.

La necessità di assicurare una continua vigilanza sanitaria sulla popolazione scolastica è stata dovuta avvertire dal Ministero della sanità. Lo dimostra, pur nella sua evidenza dolorosa, il recente episodio di contagio collettivo nella scuola elementare di Gonnoscodina in Sardegna, episodio purtroppo istruttivo, che non si dovrebbe ripetere. L'organizzazione di difesa e di prevenzione ha risposto in quell'occasione. Si risalì, attraverso un vaglio radiologico sistematico, all'individuazione di numerose forme primarie tubercolari fra gli alunni. L'episodio ammonitore conferma una volta di più la necessità di una sorveglianza sistematica su tutto il personale scolastico, ed è un monito ad intensificare e a perfezionare i controlli periodici nelle scuole di ogni ordine e grado.

Non sarebbe male destinare alla medicina scolastica, in sede periferica e centrale, altro personale direttivo.

Nell'articolazione delle Direzioni generali del Ministero della sanità ha dato le sue prime buone prove la Direzione generale dei servizi medico-sociali, affidata a persona in tutto degna degli alti nuovi compiti: gli si pongano accanto esecutori in maggior numero. Oggi che la medicina individuale, abbiamo detto, si va trasformando, come og-

getto di sforzi da parte di un Dicastero della sanità, sempre più e per forza di cose in medicina sociale, anche l'organizzazione amministrativa deve corrispondere ai nuovi, talora formidabili, compiti.

Mi sono soffermato, toccando dell'argomento speciale diabete, sull'educazione sanitaria. Sono tratto a richiamare l'attenzione sull'argomento in generale; sono stati, sì, aumentati i fondi destinati allo scopo, ma ancora siamo lontani da quanto si fa in alcune Nazioni. Si adoperi, in proposito, anche quel nuovissimo mezzo di propaganda che è la televisione.

Non starò a ripetere qui la necessità di incitare alla vaccinazione contro il tetano, la difterite e la pertosse attraverso i mezzi più acconci di persuasione. Credo che sia necessario ritornare a quel mezzo di propaganda sanitaria che fu sapientemente usato, ma per poco tempo, a fin di spinger la cittadinanza alla vaccinazione antipoliomielitica.

Per la poliomielite occorrerebbe un discorso intessuto di troppi argomenti tecnici e un tempo sufficiente per trattarne in quest'Aula, ma ne varrebbe la pena data la ripresa qua e là di riaccensioni epidemiche. Mi limiterò ad affermare, richiamandomi ad un punto del mio discorso sul bilancio 1960, che è ora di procedere ai passi necessari per l'eventuale adozione della vaccinazione per via orale.

Intanto potremmo far attrezzare gli istituti in grado di produrre il vaccino *per os* in modo che tutto sia pronto quando si deciderà di adottarlo. E non bisogna lesinare i mezzi all'Istituto superiore di sanità che, nella piena e ammirata idoneità, riconosciutagli internazionalmente, può assicurarci sulla tecnica della preparazione e adozione del vaccino.

L'adozione su larga scala del vaccino per via orale deve essere operazione di tutta sicurezza, operazione di grande stile, statale, su milioni di soggetti, e ciò per tante e tante ragioni tecniche, tanto più che la vaccinazione di massa con vaccino orale non è poi così agevole come a tutta prima può apparire. Siamo proprio al giusto grado di preparazione in Italia per una vaccinazione massiva con vaccino orale? Occorreranno ancora controlli molteplici, anche perchè il

genio epidemico, vorrei dire il genio paralitogeno, (mi si perdoni la parola ostica e da evitarsi, certo se possibile) nei diversi Paesi è diverso. Certamente, come è chiaro, il poter riprodurre un'infezione poliomielitica, praticamente limitandone l'evoluzione a quelle fasi che sono le più utili ai fini dell'instaurazione di uno stato immunitario, si presenta come una mèta avvincente. Ma perchè disorientare intanto l'opinione pubblica dato che i medici continuano a vaccinare con il vaccino Salk, che ha dato i suoi risultati? Qualche osservatore ben degno di ogni considerazione ha proposto di procedere a vaccinazioni miste, variamente distribuite nel tempo, e teoricamente nulla si può eccepire. Che cosa pensa nel merito applicativo il Consiglio superiore di sanità? Intanto si continui a studiare e a provare sul vaccino per via orale: si completino le vaccinazioni col vaccino Salk, procedendo anche ad accurati controlli sul vaccino Salk in commercio o nei depositi (e così sono portato a spiegarmi certe comprensibili impazienze della stampa quotidiana), specie ora che il Ministro, passandoci al di sopra delle teste (ma questi sono dispiaceri che noi desideriamo!) ha esteso la vaccinazione gratuita fino al 21° anno.

S A M E K L O D O V I C I . Ma l'età più colpita è quella dei primi 3 anni di vita. È a questa che dobbiamo dedicare maggiori cure.

A L B E R T I . Però in America ci si occupa degli esiti paralitici proprio al di sopra dei 3 anni di vita e direi che, in ordine all'assunzione ed azione del vaccino orale, per certe condizioni particolari del bambino lattante, non si è sicuri se due, o tre o quattro somministrazioni, come è raccomandato dal russo Ciunacow che presiede a questa attività nell'Unione Sovietica, siano sufficienti. Ci sono gravi difficoltà ancora da affrontare e da accertare.

Onorevoli colleghi, io ho finito e sono stato nei limiti previsti.

Poche parole conclusive: si è detto, sulla stampa quotidiana specialmente, che finalmente i mezzi destinati all'Istruzione pubblica hanno superato quelli riservati alla Di-

fesa. Gli onorevoli colleghi sanno come per noi deve essere interpretato, alla luce, ad esempio, della consolidata tradizione socialista, il fenomeno: ma uguale soddisfazione potrebbe essere protestata legittima se i mezzi concessi al bilancio della Sanità (bilancio che oggi abbiamo visto trascende i limiti della tutela e controllo per attingere il superiore campo della propulsione sociale e ciò in armonia perfetta coi progressi delle scienze mediche e sociologiche) se questi

mezzi fossero adeguati ai nobili inderogabili scopi che incombono a un Dicastero di questo nome, degno di stare all'altezza dei tempi. (*Applausi dalla sinistra*).

P R E S I D E N T E . Faccio presente che vi sono ancora otto senatori iscritti a parlare. Poichè la discussione generale deve avere termine in serata, prego ancora una volta gli oratori di attenersi rigorosamente ai limiti di tempo prestabiliti.

Presidenza del Vice Presidente TIBALDI

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

Z A N A R D I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, anche io vorrei sottolineare alcuni aspetti che riguardano i problemi ospedalieri che, secondo me, impongono un'indilazionabile soluzione. Desidero richiamare l'attenzione su alcuni di essi: si tratta di questioni economiche, finanziarie. Per quanto riguarda il problema economico, motivo di grande preoccupazione per gli amministratori, bisogna constatare che con l'attuale legislazione è possibile far quadrare il bilancio effettivo quasi esclusivamente mediante l'adeguamento delle rette alle spese, tanto trascurabili sono divenuti i redditi patrimoniali e i proventi di pubblica beneficenza.

E siccome la retta ospedaliera deve rappresentare, secondo lo spirito e la lettera della legge, il rimborso delle spese di cura vera e propria del malato, dove reperire i mezzi finanziari per far fronte ai compiti che, pur non essendo di stretta pertinenza di istituto, l'ospedale deve parimenti assolvere? L'ospedale infatti se davvero vuole essere, come deve essere — per non condannare tutta l'attività sanitaria ad un inevitabile indebolimento — ambiente di sperimentazione di nuovi metodi e di nuovi ritrovati, centro di formazione, di specializ-

zazione e di perfezionamento del personale medico e di assistenza, deve poter disporre di mezzi idonei, i quali comportano tali oneri che finiscono necessariamente per gravare sulla retta, con la conseguenza di elevarla senza sosta; e le ripercussioni di tale stato di fatto si manifesteranno rapidamente, ponendo gli ospedali nelle condizioni di dover subire la concorrenza da parte delle case di cura.

Se l'ospedale, come perno della vita sanitaria, deve essere dotato di installazioni tecniche che permettano di stabilire, le diagnosi anche più difficili, di applicare le terapie anche più moderne e perfezionate, esso deve essere messo in grado anche di fronteggiare gli impegni finanziari che dette installazioni comportano, senza creare difficoltà di bilancio e di gestione.

Infiniti sono i servizi che l'ospedale deve assicurare: servizio di isolamento, di pronto soccorso, di poliambulatorio, di scuole-convitto, e a questo proposito è inutile lamentarsi se poi il personale più qualificato deve fuggire dall'ospedale, come si è già manifestata la tendenza per le crocerossine che hanno fatto la scuola per potersi qualificare, perchè, date le condizioni in cui vengono a trovarsi nell'ospedale preferiscono trovar lavoro presso gli enti mutualistici per avere un salario più elevato e per avere anche la possibilità di dedicare qualche ora del gior-

no ai propri bisogni e alle proprie aspirazioni personali.

Oltre a tutto questo, l'ospedale deve, far fronte alla guardia medica, ai dispensari celatici, ai dispensari antirabbici, al trasporto degli infermi, alla ricerca ed all'accertamento per le diagnosi precoci di tumori maligni. Tutti questi oneri devono trovare finanziamento nella retta.

La situazione deve essere rapidamente modificata, anche perchè gli enti mutualistici, e più precisamente l'I.N.A.M., si rifiutano di riconoscere l'aumento delle rette e continuano a corrispondere sulla base delle precedenti, nonostante che le rette siano state decise dal Prefetto e dal Comitato provinciale di assistenza e beneficenza. E qui si creano altre difficoltà e ulteriori gravami finanziari derivati dagli interessi passivi dovuti agli enti finanziatori per ottenere le anticipazioni di cassa indispensabili al funzionamento dell'ospedale. Per superare tale stato di cose vi è una sola possibilità: che lo Stato concorra con speciali finanziamenti al potenziamento tecnico e scientifico e che assicuri una più efficiente funzionalità.

Nei giorni scorsi si è svolto il XII° Congresso internazionale degli ospedali, al quale credo sia intervenuto anche lei, signor Ministro. Ebbene, dai verbali congressuali si è potuto apprendere che la questione dei rapporti tra lo Stato e gli ospedali è stata efficacemente risolta in quasi tutti gli Stati di qua e di là dalla cosiddetta « cortina ».

Ecco, per esempio, che cosa dice il vice-Ministro della sanità polacca: « I mezzi richiesti per le spese comprese in bilancio sono forniti dalle autorità statali, cosicché le rendite proprie degli ospedali, che non costituiscono generalmente che una parte poco importante delle spese degli ospedali, sono rimesse all'ospedale come rendita di Stato a disposizione dell'autorità locale ».

Il direttore generale dell'Associazione danese degli ospedali dice tra l'altro: « Inoltre l'esperienza ha dimostrato che gli ospedali non possono essere interamente finanziati dalle assicurazioni volontarie. Al fine di bene equilibrare l'utilizzazione delle diverse forme di cura disponibili è d'uopo aggiungere ai sistemi di assicurazione volontaria altri metodi di finanziamento, quali le contribuzioni

fiscali. In Danimarca si è constatato che un sistema così composto costituisce la miglior soluzione del problema posto dal finanziamento delle cure ospedaliere ».

Quali prospettive ci offre il bilancio che ci è stato presentato?

Nessuna assicurazione in tal senso. Mi pare che anche il collega relatore sia dello stesso parere. Si legge infatti nella premessa, già citata dal collega che mi ha preceduto, che « lo stanziamento a disposizione del Ministero della sanità, quasi immutato per il prossimo anno — appena 1.693 milioni in più, di cui 670 a favore degli ospedali — non consente, purtroppo, alcun miglioramento o innovazione e costringe all'immobilismo la politica sanitaria del Paese ». E ancora: « 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. Stato d'animo, questo, assai dannoso alla politica sanitaria del Paese, tanto bisognosa, per contro, di essere potenziata ».

Prendiamo atto di queste obiettive ma gravi affermazioni da parte di un collega di maggioranza, che ha la responsabilità della relazione sul bilancio. Vorremmo però che alla fine del dibattito si provvedesse ad assicurare l'opinione pubblica con una decisione adeguata e concreta. E lei, signor Ministro, dovrebbe rivelarci le ragioni del diniego da parte dei suoi colleghi di Governo alla sua richiesta di incrementare il bilancio di 25 miliardi e portare le spese a 75 miliardi.

Si sente dire in giro che ciò avviene perchè si tratta di spese improduttive: gli ospedali non rendono, gli ammalati non rendono. Questa affermazione, che deve essere recisamente respinta, non può trovare nessuna giustificazione. Di tale parere, infatti, non è il dottor Btesch, funzionario medico capo del servizio dell'organizzazione delle cure sanitarie dell'Organizzazione mondiale della sanità di Ginevra, il quale, nel Congresso internazionale degli ospedali tenuto a Venezia, ha fatto queste importanti dichiarazioni: « Ci siamo resi conto che la malattia e la miseria sono gli effetti della nostra struttura sociale piuttosto che colpa dell'individuo? Abbiamo finito per capire che tutta la specie umana è minacciata dagli stessi pericoli e che la sola

azione collettiva e coordinata può proteggerci contro questi pericoli? Si trova la risposta a queste domande studiando la Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, il cui preambolo dichiara che "il possesso del miglior stato di salute che l'individuo è capace di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque siano la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica o sociale". Questo testo afferma inoltre che i Governi "hanno la responsabilità della salute dei loro popoli" ».

« Il ministro Giardina — dice ancora il relatore — molto si è adoperato per liberare il suo Ministero dalle strettoie in cui si dibatte, ma, avendo trovato ben scarsa comprensione, ha ottenuto qualche risultato da considerare solo una tappa e non la meta che appare, anzi, ancora molto lontana ». Una tappa? I 1.698 milioni sono una cosa ridicola; è un brutto scherzo giocato a lei, onorevole Ministro, ma, quello che è più grave, è che viene a danno della salute pubblica. Lo Stato trova i miliardi per investirli in tutte le altre direzioni: si sono trovati miliardi per le scuole, per le autostrade, per gli aiuti all'industria. Fino a questo momento però lo Stato non ha saputo trovare i miliardi per risolvere il problema finanziario ed economico degli ospedali.

Come si vede, non sono necessari ulteriori rilievi per concludere che con gli attuali stanziamenti di bilancio non è possibile contribuire a risollevare la grave situazione in cui versano gli ospedali del nostro Paese. Questi necessitano con grande urgenza di posti letto. Lei, onorevole Ministro, se non erro, si era proposto di raggiungere il rapporto di 10 su mille, mentre attualmente, secondo la tabella presentata dal relatore, sul piano nazionale siamo al 3,564 per mille con punte massime del 6,533 nel Friuli-Venezia Giulia e con percentuali minime dello 0,826 nella Calabria. Gli ospedali necessitano di un organico piano di investimenti che assicuri il potenziamento delle attrezzature, per porre fine alla situazione in cui essi si trovano oggi, con corsie comuni, in cui sono anche 40 malati; e quando i familiari devono andare all'ospedale a trovare qualcuno, certo, oltre che disturbare l'ammalato, spesso disturbano

tutti gli altri. Occorre modificare questa struttura organizzativa superata ed elevare le condizioni di vita del personale sanitario e assistenziale, se si vuole evitare la fuga degli elementi qualificati. Occorre sgravare gli ospedali dei servizi che, senza togliere nulla della loro importanza, sovraccaricano questi enti di oneri a tal punto da minacciare la stessa funzionalità ed esistenza. Ma lei, signor Ministro, nulla può fare, nemmeno per iniziare, poichè dispone, col suo bilancio, di 5.534 milioni, suddivisi tra le spese per l'igiene pubblica e per gli ospedali, cifra che rappresenta grosso modo il 2,5 per cento della somma complessiva dei bilanci di tutti gli ospedali d'Italia. Contributo, quindi, del tutto insufficiente e che per molti aspetti rappresenta una beffa, perchè non offre nessuna possibilità nemmeno per iniziare alcuna opera seria.

Noi siamo certi che solo una riforma sanitaria generale, che consenta la possibilità di una accurata indagine sulle condizioni quantitative e qualitative della rete ospedaliera italiana, preferibilmente in sede regionale, può far superare tale stato di cose.

Tale riforma deve prevedere il potenziamento della rete già esistente e la costruzione di nuovi ospedali nelle zone che ne risultano prive o non sufficientemente attrezzate. Aumentare, quindi, la capacità ricettiva e le attrezzature tecnico-scientifiche indispensabili. Tutto questo, si intende, dovrà avvenire seguendo un criterio di priorità a favore delle zone più bisognose; il piano dovrà essere interamente finanziato dallo Stato.

Il coordinamento nell'ambito della Regione assicurerebbe una organica ripartizione dei variatissimi compiti dell'assistenza sanitaria; nei grandi e medi ospedali dovrebbero curarsi quelle forme cui gli ospedali minori non possono provvedere per mancanza di attrezzature e di reparti specializzati. Intorno al grande ospedale si raggrupparebbero i più piccoli che con esso formerebbero un unico complesso funzionale, disponendo di tutti i mezzi diagnostici e terapeutici.

I piccoli ospedali dovrebbero provvedere, senza osservanza di norme speciali o svolgimento di pratiche particolari, al trasferimento nell'ospedale pilota di tutti gli ammalati che non sono in grado di curare, mentre

L'ospedale pilota dovrebbe, con altrettanta facilità, smistare nei piccoli ospedali gli infermi eccedenti, affetti da normali forme morbose. In altre parole gli ospedali dovrebbero essere inquadrati in un sistema generale, entro il quale ciascuno di essi abbia funzioni coordinate con quelle degli altri. Si darebbe l'avvio alla soluzione anche del problema dei cronicari.

Un capitolo a parte meriterebbe poi la questione delle case di cura.

È nota a tutti la concorrenza che gli ospedali devono subire ad opera di molte case di cura. Concorrenza molte volte, speculativa, per la piccola chirurgia, che non comporta molte spese e invece procura molti utili. Anche qui bisogna porre un rimedio; certo, non sono sufficienti le norme eccessivamente blande e generiche contenute nelle circolari dell'A.C.I.S. come nell'ultima del 28 dicembre 1948. Troppe autorizzazioni sono state concesse: in 7 anni, dal 1950 al 1957, ben 280 concessioni. Caso mai, in via del tutto eccezionale, l'autorizzazione all'apertura dovrebbe essere concessa per quelle località ove non esistono attrezzati ospedali, e l'apertura dovrebbe comunque essere subordinata alla condizione che le case di cura siano attrezzate di apparecchiature di tipo ospedaliero.

Le case di cura dovrebbero poi essere sottoposte, dal punto di vista sanitario, agli stessi controlli cui devono sottostare gli ospedali. Se così sarà fatto, le case di cura private non potranno più praticare rette di concorrenza ai fini speculativi perchè, obbligatoriamente attrezzate, dovranno accogliere quegli ammalati non lucrativi, che oggi non ricevono. Saranno tenute ad avere propri medici fissi ed a non ricorrere, come nella maggioranza dei casi oggi avviene, all'opera dei sanitari ospedalieri. Così sarà possibile portare un po' di disciplina in un settore tanto importante, facendo intendere che l'assistenza al malato non deve essere motivo di speculazione.

Voglio sperare che nelle sue conclusioni il Ministro possa darci alcune assicurazioni, tali da tranquillizzarci; ma di questo dubito molto. La scarsa fiducia deriva dall'andamento del Dicastero di cui stiamo discutendo il bilancio, il quale non prevede nessuna delle importanti ed inderogabili iniziative per avviare a soluzione il problema degli ospedali

italiani. Saranno le categorie interessate che con la loro pressione (lo sciopero, dice il relatore) imporranno un mutamento dell'indirizzo dell'attuale situazione nell'interesse della salute pubblica. Da parte nostra faremo ogni sforzo perchè le cose cambino il più presto possibile. (*Applausi dalla sinistra*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Franzini. Ne ha facoltà.

F R A N Z I N I. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, darò voto favorevole al bilancio di previsione del Ministero della sanità. Nulla ho da eccepire sulle proporzioni secondo le quali è stata suddivisa la somma stanziata dal Ministero del tesoro; mi associo però a quanto autorevolmente è stato sostenuto e dimostrato dal relatore e da altri colleghi i quali hanno giustamente lamentato l'esiguità della spesa prevista: poco più di 52 miliardi e mezzo, con un aumento di neppure due miliardi sul bilancio di previsione dello scorso anno.

È evidente che poco potrà fare questo Ministero nel campo dell'igiene e della sanità, dove invece tanti e importanti problemi attendono da anni una soluzione adeguata allo sviluppo della scienza e ai bisogni del popolo italiano.

C'è però un problema della cui carenza tutti, consapevolmente o inconsapevolmente, avvertono le conseguenze, e la cui impostazione non costa nulla: una chiara politica sanitaria. Questo, onorevoli senatori, è oggi il vero, il reale punto nevralgico della situazione sanitaria nel nostro Paese: il modo con il quale viene tutelata la salute pubblica. E ritengo, mi perdoni l'onorevole Ministro, che ci sia in questo settore importantissimo un non sufficiente interessamento da parte sua, nonostante che la legge istitutiva del suo Dicastero, pur così imperfetta e a volte nebulosa, in questo campo parli chiaro.

Infatti agli articoli 1 e 2 della legge è detto che il Ministro della sanità provvede alla vigilanza tecnica su tutti gli enti, organizzazioni ed istituti che svolgono attività sanitaria; che gli sono devolute tutte le attribuzioni già del Ministero dell'interno nei riguardi del personale sanitario e degli esercenti professioni e arti sanitarie; che concorre, assieme

al Ministero del lavoro e della previdenza sociale, alla vigilanza degli enti ed istituti di carattere previdenziale ed assistenziale.

Si dice inoltre chiaramente che « i provvedimenti del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, nell'esercizio dei suoi poteri di controllo sugli enti aventi carattere assistenziale e previdenziale, sono adottati, in materia di organizzazione ed attività sanitaria, di concerto con il Ministro della sanità ».

Orbene, onorevole Ministro, lei si è mai veramente preoccupato del modo con il quale, dal punto di vista sanitario, sono trattati gli assistiti da enti mutualistici, che pure oggi costituiscono l'85 per cento della popolazione del nostro Paese, di come si comportano i medici e come gli stessi sono trattati da questi enti mutualistici previdenziali, ed in quale modo questi enti esplicano l'assistenza loro devoluta? Io spero di no. Rimane così almeno la speranza che quando lei finalmente se ne occuperà dirà una parola chiara, bandirà qualsiasi principio demagogico, affronterà il problema nella sua realtà, darà precisi indirizzi, porrà dei limiti a certi strapoteri, tratterà una linea, indicherà il fine che si vuole ottenere e con quali mezzi può essere raggiunto. Sapremo qual è la politica sanitaria del nostro Ministero e potremo discuterla, e, una volta che sia approvata, dovranno uniformarsi ad essa medici, cittadini, enti.

Troppe volte, e inutilmente, in quest'Aula sono stati esposti gli inconvenienti dell'attuale caos, e troppo lungo sarebbe qui enumerarli e ricordarli. Da un lato abbiamo alcune categorie di assistibili veramente bisognose che debbono ancora di tasca propria acquistare medicinali anche costosi e retribuire direttamente medici e specialisti, con un rimborso insufficiente e tardivo; dall'altra assistiamo alla truffa esercitata, nei confronti non solo dei medici e degli istituti sanitari ma anche dello Stato che corrisponde per loro un contributo, da pseudo coltivatori diretti, cioè ricchi commercianti, ricchi industriali ricchi possidenti che, pur non avendone diritto, vengono iscritti compiacentemente, per un atto disonesto che va perseguito di alcuni uffici provinciali dei contributi unificati, nell'elenco dei coltivatori diretti. E' questo, a volte per favorire l'amico, il compare o l'ami-

co del compare, ma spesso per motivi elettorali e quindi politici.

Onorevole Ministro, questa che io ho denunciato è una disonestà alla quale ella deve provvedere.

Ha lei, onorevole Ministro, la impressione che il livello medio intellettuale dei medici italiani sia paragonabile a quello che comporterebbe la loro tradizione e allo sviluppo della scienza medica? Sappia che oggi, per imporsi nella professione, il medico non è costretto a studiare, a prepararsi, a sacrificarsi nel necessario tirocinio; spesso è sufficiente che faccia il galoppino, lo smistatore, sapendo accontentare il mutuato e non scontentare il dirigente o l'ente mutualistico, superando certi parametri. Onorevoli colleghi, voi sapete come si svolge l'attività sanitaria in alcuni ambulatori mutualistici: un passare rapidissimo di innumerevoli individui davanti al medico o allo specialista che in pochi minuti, spesso meno di quante siano le dita di una mano, dovrebbe raccogliere l'anamnesi, fare un esame obiettivo, elaborare la diagnosi, prescrivere la terapia, certificare e registrare con scrupolosità e precisione ai fini statistici e contabili.

Tutti ormai conoscono le manchevolezze degli enti mutualistici assistenziali (anche dei maggiori). Ora sta sorgendo la nuova mutua dei commercianti; si sperava che questa nuova mutua potesse far tesoro delle esperienze altrui e impostasse la propria attività su basi moderne e razionali. Nossignori, ricalca le precedenti e cerca di strappare dai vari istituti di cura convenzioni con rette ed onorari fra i più bassi oggi corrisposti dagli enti mutualistici. Onorevole Ministro, la prego di credere che questa situazione è insostenibile.

L'assistenza sanitaria sociale va potenziata, disciplinata, adattata alle possibilità economiche del Paese, alle esigenze della medicina, ai reali bisogni del popolo italiano. Ciò richiede uno studio critico e un piano che si sviluppi gradualmente nel tempo. E lei, onorevole Ministro, uomo di scienza ed uomo politico, deve tracciare le linee della politica sanitaria del nostro Paese.

Si è parlato qui di ospedali e di istituti privati di cura: ci sono ospedali ottimi ed ospedali pessimi, case di cure ottime e case

di cure pessime. La concorrenza fra gli uni e le altre dovrebbe migliorare il servizio. D'accordo sulla necessità di valorizzare gli ospedali, migliorandone il livello culturale e tecnico, ma sottolineo anche la necessità di una precisa disciplina degli istituti di cura fissandone caratteristiche e requisiti minimi per gli ambienti e le attrezzature e per personale medico ed ausiliario. Su tale argomento ho avuto l'onore di presentare un disegno di legge.

Onorevoli senatori, concordo con le osservazioni e i rilievi dei vari oratori, come anche con la dotta ed esauriente esposizione del relatore, senatore Criscuoli. Permettetemi perciò di richiamarmi a quanto egli ha esposto a proposito degli incidenti automobilistici. Risulta statisticamente che nell'anno 1960 si sono avuti quasi 300 mila incidenti stradali, con ben 8.344 morti, con un aumento progressivo e vastissimo nei confronti degli anni precedenti. Ora l'onorevole relatore accenna alla prevenzione di questi incidenti automobilistici: concordo, però ritengo necessario ed urgente che il nostro Ministero incrementi, o favorisca l'incremento, di tutti i provvedimenti atti a portare alle vittime di incidenti stradali un adeguato soccorso di urgenza.

Recenti congressi e simposi tenutisi allo estero ed anche in Italia, ultimo quello di Torino nel mese in corso da parte delle Associazioni di pubblica assistenza e soccorso, hanno dimostrato che molte di queste morti sono dovute ad asfissia, a *shock*, ad emorragia, e che un soccorso inadeguato e intempestivo, anche se animato dalla migliore intenzione, a volte determina quel disastro che provvedimenti più cauti, precisi e decisi nella loro indicazione e nella loro finalità, avrebbero facilmente potuto evitare.

Noi tutti abbiamo ammirato, sull'Autostrada del Sole, le perfette attrezzature sanitarie della Croce rossa italiana, atte a fornire un'adeguato soccorso agli infortunati; moderne autolettighe provviste di autorespiratori, di tutto il necessario per sgombrare le vie aeree, per trasfondere plasma, con un personale medico e infermieristico particolarmente attrezzato, certamente contribuiranno a far diminuire il numero dei morti per incidenti stradali,

Bisogna incrementare, e favorire queste iniziative, bisogna meglio addestrare il personale di pubblica assistenza e soccorso, bisogna aumentare il numero di queste autolettighe, e possibilmente disporre di qualche elicottero per il trasporto rapido in centri traumatologici particolarmente attrezzati per il soccorso delle vittime di incidenti stradali. Bisogna infine che anche il pronto soccorso stradale sia adeguato alle necessità ed agli inconvenienti della vita moderna.

Onorevoli senatori, molte sono le osservazioni che possono essere rivolte al nostro Ministero della sanità, e i nostri interventi critici debbono servire a stimolarne l'attività.

In riconoscimento, però, della molteplicità dei problemi che si sono presentati e si presentano a questo giovane Dicastero, delle difficoltà che ostacolano la loro soluzione, della intelligente comprensione di questi problemi da parte dell'onorevole Ministro, nella speranza che il suo Ministero saprà rispondere alle nuove esigenze della medicina e del popolo italiano, con un ringraziamento al ministro Giardina per la sua attività e a tutti i suoi collaboratori del Ministero per la dedizione al non facile lavoro che sono chiamati ad esplicare, esprimo voto favorevole al bilancio di previsione del Ministero della sanità. (*Applausi dal centro*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Macaggi, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato insieme ai senatori Alberti e Barbareschi. Si dia lettura dell'ordine del giorno.

C E M M I , *Segretario:*

«Il Senato,

invita il Governo a prendere in considerazione — nel suo programma di incremento della diffusione fra le popolazioni della educazione e della tutela sanitaria mediante la istituzione di "centri" periferici di "medicina sociale", la cui azione possa tener conto anche di specifiche esigenze locali — la istituzione di almeno due di tali "centri" in Liguria, deputati alla tutela igienico-sanitaria delle popolazioni di quella regione, diffe-

rentemente minacciate da malattie e da condizioni antigieniche dipendenti particolarmente da condizioni e attività di lavoro e specialmente da larga diffusione di pneumococcosi e tubercolosi polmonare nella Liguria di levante e da gravi intossicazioni professionali degli agricoltori (specie da antiparassitari di sintesi) e da condizioni ambientali antigieniche per la diffusione di fumi e gas nocivi nei centri industriali della zona di ponente;

segnala l'opportunità che tali "centri" vengano collegati sia alle già esistenti istituzioni periferiche, nella zona di Levante, del Consorzio provinciale antitubercolare, sia all'Istituto universitario di medicina del lavoro per quanto riguarda l'azione medico sociale nell'ambito del Porto e della zona industriale genovese ».

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

M A C A G G I . Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, debbo anzitutto chiedere venia a voi che mi ascoltate, se prendo la parola nella discussione di un bilancio che non riguarda la Commissione della quale faccio parte; come sapete, io appartengo alla Commissione della pubblica istruzione, ma non dimentico di essere un medico, non dimentico di far parte di una facoltà medica, non dimentico di essermi occupato, anche per la specifica materia che coltivo, di molte delle questioni che vengono discusse in tema di bilancio della Sanità.

Il mio intervento è determinato anche dal fatto che ho presentato un ordine del giorno, sul quale mi fermerò un po' più diffusamente, sorvolando, o per lo meno limitandomi a qualche accenno, su argomenti che avevo fatto oggetto, naturalmente anche per riguardo a voi, di una relazione più particolareggiata e più ordinata, relazione che non ho tempo di esporvi, ma che cercherò di riassumere. Vi prego quindi di scusare il disordine che probabilmente non potrò evitare toccando qua e là qualcuno degli argomenti che ritengo di maggiore interesse.

Vorrei innanzitutto rivolgere una lode al relatore, collega Crisculi, per la franchez-

za delle sue osservazioni, per il richiamo molto opportuno a quelle che sono le reali esigenze di un bilancio della Sanità, pur essendosi adattato, direi anzi rassegnato — come difatti emerge dalla sua stessa relazione — al dato di fatto di finanziamenti insufficienti, rinunciando quindi a prospettare indicazioni risolutive dei problemi di fondo della politica sanitaria nel nostro Paese, per affrontare invece argomenti di impegno minore dal punto di vista economico ma certo non per la loro attualità com'è di fatto della parte medico-sociale dell'attività sanitaria del nostro Paese, che è quella cui il relatore appunto si è sostanzialmente dedicato. Non voglio quindi, per seguire l'onorevole relatore, entrare a fondo nella questione degli ospedali che è già stata trattata ampiamente da chi mi ha preceduto in questa discussione, ma vorrei soltanto anch'io sottolineare la necessità di provvedere non solo a quelle che sono le incombenze numeriche degli ospedali, ma specialmente alle loro incombenze qualitative; e ciò non solo per quella che dovrebbe essere l'organizzazione comune degli ospedali, che lascia a desiderare nella maggior parte degli ospedali italiani, ma anche per quelle che sono le specializzazioni ospedaliere, che oggi sono una necessità quotidiana, e per quella che è l'organizzazione ospedaliera nei confronti di determinate categoria di cittadini che oggi impongono un'assistenza specifica, com'è ad esempio dei vecchi. L'incremento che vi è stato nella vita media in quest'ultimo mezzo secolo ha dato luogo a quel profondo strato della società umana in cui viviamo, costituito da elementi anziani, molti dei quali hanno bisogno di un'assistenza da parte della società, che purtroppo, al riguardo, è ancora basata su criteri caritatevoli di vecchio stampo, i quali comportano gravi inconvenienti nella realtà pratica, nell'assistenza dei vecchi lavoratori, dei vecchi cittadini che hanno invece delle esigenze particolari di ordine morale, che hanno bisogno di trovare un conforto nella società in cui vengono a trovarsi e che, talvolta anche espulsi per ragioni che non è il caso che sottolinei in questo momento, dal loro ambiente familiare, dovrebbero trovare in queste istituzioni

l'ambiente più confortevole che purtroppo oggi non esiste.

Un altro rilievo grave, che del resto è stato fatto molto efficacemente anche dal relatore, è quello che riguarda la mortalità infantile. Io credo che questo sia un punto da sottolineare nelle nostre osservazioni a bilancio perchè l'onorevole Ministro possa provvedere. E forse non è difficile trovare un rimedio. Si tratta semplicemente di curare l'infanzia nel nostro Paese specialmente in quelle regioni dove esistono le condizioni che portano a questa alta mortalità, per cui, come vediamo dai coefficienti che l'onorevole relatore ci ha riportato nella sua relazione, il nostro Paese si trova in una situazione che veramente ci mortifica restando al di sopra di noi la Grecia, e la Spagna che non hanno certamente le tradizioni di civiltà che ha l'Italia. Io credo che il primo dovere di una Nazione sia proprio quello di coltivare i virgulti umani che sono quelli che assicurano il progresso di domani di ogni Nazione.

Sono quindi questi dei richiami ovvi che del resto anche altri hanno fatto e sui quali vorrei si fermasse l'attenzione di chi guida questo Dicastero, che a mio modo di vedere è di essenziale importanza. Io credo che i Dicasteri della sanità e dell'istruzione siano i Dicasteri base della vita di una Nazione, poichè bisogna assicurare innanzitutto ai cittadini la sanità perchè possano lavorare e rendere e poi bisogna naturalmente provvedere alla loro istruzione, perchè essi possano rispondere alle necessità culturali e di lavoro del nostro Paese.

Quindi, senza soffermarmi su altri punti, mi limito a questi rilievi, aggiungendone uno solo che è quello della necessità di affrontare una buona volta la riforma dell'assistenza sociale in Italia. Se ne parla da tanti anni ma purtroppo siamo sempre nelle medesime condizioni.

Sì, riconosco che non siamo arrivati primi in fatto di assistenza sociale. Dall'epoca di Bismarck abbiamo atteso ancora molti anni per realizzarla in Italia ed i nostri passi sono stati piuttosto faticosi al riguardo; però l'assistenza sociale ha avuto uno sviluppo tale, fra noi, da preparare veramente delle basi solide alla previdenza sociale. Se-

nonchè è l'organizzazione nel suo complesso che lascia a desiderare. Chi esercita nell'ambito assicurativo sociale ha avuto certamente modo di constatare questi difetti fondamentali, che derivano soprattutto dal distacco che esiste tra istituto e istituto, in questa assistenza con tanti divari, rispetto alle varie qualità di rischio previsto dagli istituti assicurativi, per cui si giunge persino a misconoscere quello che è un elemento fondamentale nell'assistenza ai lavoratori, che cioè il rischio essenziale che li riguarda è il rischio economico, quando si tratta, naturalmente, di prestazioni economiche. È il salario che non viene guadagnato dal lavoratore per un infortunio o per una malattia che dovrebbe essere indennizzato allo stesso livello; ma purtroppo vediamo ancor oggi come l'essere incapace al lavoro per un infortunio ponga il lavoratore in una situazione diversa da quella del lavoratore che è costretto a restare a casa in quanto semplicemente malato e non infortunato, come se il mancato guadagno incidesse in maniera diversa nell'un caso o nell'altro.

Questo avviene perchè gli istituti previsti dalla legge, e deputati a fornire le prestazioni, sono più d'uno. Non solo, ma noi medici siamo costretti nello svolgimento della nostra professione ad attenerci alle disposizioni di diverse leggi, ed è questo il difetto fondamentale della nostra organizzazione. Altro difetto deriva anche dal fatto che, mentre, si può dire, tutte le forme di assistenza sociale sono fondate su basi mediche, una quantità di attività assicurative sfugge al Ministero della sanità. Anzi il Ministero forse non ne ha nemmeno una nelle sue mani, mentre tutta l'organizzazione sanitaria dovrebbe essere affidata al Ministero della sanità per essere messa in condizioni di corrispondere adeguatamente alle esigenze dell'assistenza sociale. Se così fosse, onorevoli colleghi, credo che veramente moltissimi degli inconvenienti che voi medici lamentate anche in quest'Aula, e che tutti i medici lamentano al di fuori del Parlamento, per quella che è la funzionalità assistenziale italiana in questo momento, potrebbero essere evitati con il coordinamento dell'assistenza sanitaria.

Noi ci troviamo di fronte a questi problemi che sono gravi per le resistenze opposte dagli interessi dell'uno o dell'altro istituto; e a tale proposito vorrei richiamare l'attenzione del Ministro sulla necessità di usare una certa energia, che in certi momenti occorre, per affrontare questi problemi. E vorrei che proprio il ministro Giardina si attribuisse il grande merito di iniziare, per lo meno, la riforma dell'assistenza sociale italiana, che, ripeto, potrebbe guarirci di molte malattie, compresa la malattia del mutualismo.

A questo riguardo vorrei dire che ancora oggi gravi difetti esistono nell'esercizio mutualistico nel nostro Paese, essenzialmente perchè manca in Italia una educazione mutualistica, e negli assicurati e — mi sia concesso dirlo, tanto siamo quasi in *camera caritatis* — anche e soprattutto nei medici, perchè la maggior parte dei medici ha ancora un indirizzo mentale legato alla medicina, per così dire, medioevale, di rapporti singoli tra cliente e medico, mentre è chiaro che nell'organizzazione sanitaria moderna questo principio non può più essere difeso.

Io capisco però che le necessità stesse della professione sanitaria impongano dei rapporti diversi nell'esercizio mutualistico della medicina; impongono innanzitutto la difesa della libertà di scelta del malato, della libertà di prescrizione del medico, del segreto professionale del medico, che costituiscono il tripode di un solido esercizio professionale della medicina, anche in campo mutualistico.

Io ho letto tante cose interessanti nella relazione del collega Criscuoli; non ho tempo di fermarmi su tutti i punti che egli ha sviluppato. Poco fa si parlava degli incidenti stradali. Reduce da due congressi della medicina del traffico, potrei portare qui quello che è stato il lungo contributo della medicina legale e il mio modesto contributo nei confronti dei temi medico-legali. Non lo faccio. Desidero però richiamare l'attenzione degli uomini responsabili sulla necessità almeno di rendere realizzabile il Codice della strada.

Il Codice della strada è indubbiamente fatto molto bene e potrebbe rendere altrettanto bene. Ma i risultati sono quelli che

sono. Abbiamo visto il continuo aumento degli incidenti stradali. A mio giudizio, nel Codice della strada le disposizioni sanitarie o sono insufficienti o addirittura mancanti. Lo stesso controllo delle attitudini della guida è fatto molto *pro forma*. Lo sappiamo tutti: io stesso sono andato un bel momento in un'agenzia a rinnovare la patente, ma nessuno ha guardato se avessi perduto la vista da un occhio o se fossi divenuto sordo: mi hanno dato la patente e me la terrò vita natural durante. E molti altri più giovani di me rappresentano un pericolo anche maggiore del mio, perchè con l'andare del tempo si va incontro a menomazioni naturali.

Perchè dunque non disporre revisioni obbligatorie? Questo è uno dei temi che potrebbero essere trattati rispetto al bilancio che noi stiamo discutendo. Si legge, per esempio, nel Codice della strada, che è proibito guidare in stato di ebbrezza alcolica o da stupefacenti. Chi è sorpreso, viene punito con sei mesi di arresto e con una data multa. Ebbene, chi accerta l'ebbrezza alcolica in questi casi? Molti ritengono che questo sia un problema un po' *démodé*, in quanto si pensa che l'alcoolismo sia molto ridotto in Italia e che il pericolo non esista. Non è vero: le constatazioni medico-legali, specialmente in determinate regioni del Nord come il Veneto, dimostrano che si tratta di un problema tuttora di attualità. Le constatazioni pratiche medico-legali dimostrano inoltre che la determinazione dello stato d'ebbrezza non viene fatta fra noi come in tutti i Paesi civili. Occorre che nel regolamento venga precisato l'obbligo del prelievo del sangue per la determinazione del tasso alcoolimetrico. Si potrà poi discutere sui limiti minimi di tale tasso, non su certi limiti intollerabili. Nè va dimenticato che costituisce un dolo di pericolo il fatto di guidare con dell'alcool in corpo in quantità tale da dar luogo ad una concentrazione nel sangue molto elevata, anche se si tratta di un soggetto resistente.

Sono constatazioni che devono essere fatte su basi serie, scientifiche, da istituti preparati. Non ci si deve fidare, come avviene oggi, della constatazione dello stato d'ebbrezza da parte dei militi della strada, i quali si contentano magari, in difetto di mez-

zi migliori, di sentire se l'aria espirata abbia o no odore alcoolico... Si comprende che è sufficiente che taluno abbia bevuto una goccia di cognac per avere alito alcoolico, pur non essendo affatto in stato di ebbrezza (a meno che non si tratti di ebbrezza di altro grado, ed allora non c'è bisogno del medico).

Ma non è questo un argomento sul quale mi voglia ancora soffermare, e del resto sono cose già trattate; desidero accennare invece ai delinquenti della strada, poichè c'entra anche qui il medico, onorevole Ministro, ma forse più del medico c'entra il giurista. Sono cose che forse riguardano più il Ministro della giustizia, onde poter dare disposizioni codificative che puniscano coloro che non sono dei delinquenti nel puro senso giuridico della parola, in quanto, magari, non sono mai andati incontro a incidenti tali da incappare nel Codice, essere puniti ed essere, quindi, considerati come delinquenti; ma sono, in sostanza, veri delinquenti coloro che espongono gli altri e se stessi a dei gravi incidenti, con una condotta che sia definibile gravemente pericolosa e che dovrebbe essere punita, a mio modo di vedere, anche senza che si realizzi l'incidente, con sanzioni più gravi delle attuali contravvenzioni.

Un altro punto interessantissimo, almeno a mio avviso, fra i molti toccati dall'onorevole relatore, è quello del controllo medico prematrimoniale. Brevissimamente voglio dire che l'opportunità di questi controlli medici prematrimoniali è stata segnalata una cinquantina di anni fa, proprio dal mio maestro, il professor Perrando, il quale ha scritto anche dei bei lavori in argomento ed è arrivato fin da allora alla conclusione che vediamo ora realizzata con quei consultori matrimoniali, oggi in mano all'autorità ecclesiastica che ne ha fatto monopolio e ne indirizza l'attività sui tradizionali metodi canonici. Il che non sempre risponde alle esigenze reali, in quanto, nei rapporti matrimoniali, sorgono molte questioni che dovrebbero essere affrontate con criteri diversi da quelli con cui sono affrontati oggi. I consultori dovrebbero mirare — naturalmente il lato morale del matrimonio ha tutta la sua importanza — non soltanto alle questioni di ordine morale e religiosa, ma pure alle molte questioni d'ordine medico e giuridico, talvolta molto delicate, e che posso-

no forse essere meglio risolte da medici laici che non da ecclesiastici.

Chiudo anche questa parentesi e vengo alla parte finale del mio intervento. Ho presentato un ordine del giorno che tende alla realizzazione di una lodevole iniziativa programmatica del Governo; intendo dire della diffusione nel Paese di quei centri periferici di medicina sociale ai quali ha già accennato il collega Alberti, che saranno certamente utili all'educazione igienica popolare genericamente intesa, ai fini di un controllo sanitario per il tempestivo riscontro dei sintomi delle più gravi malattie sociali, come i tumori, per i quali è da ricordare che soltanto precoci rilievi diagnostici permettono interventi terapeutici efficaci. Ma i centri periferici di medicina sociale potranno anche rispondere a specifiche esigenze regionali e locali che potrebbero sfuggire all'indagine eseguita da enti centralizzati.

Non voglio dilungarmi oltre, ma ricordo comunque che nel mio ordine del giorno ho accennato alla necessità di costituzione di questi centri periferici nella regione ligure, in due punti opposti della regione stessa. Quanto ho detto poc'anzi spiega la ragione essenziale della mia proposta; se noi accentriamo quante istituzioni di medicina sociale, in breve, andiamo incontro all'inconveniente di non giungere alla necessaria conoscenza dei problemi regionali, dei problemi locali, la sola che possa permettere utili provvedimenti.

Ora, l'istituzione di questi centri periferici, lodevolissimi, ripeto, può veramente risolvere il problema: ma ciò quando questi centri siano istituiti in zone nelle quali si prospettino delle questioni medico-sociali.

In Liguria, per esempio, (e scusate se parlo di una regione che m'interessa direttamente, ma credo che dobbiamo approfittare anche di queste occasioni per ottenere ciò che possa rendersi utile alle popolazioni) nella zona di Levante esiste una vasta plaga in cui si lavora all'estrazione dell'ardesia. In molti centri abitati è diffusissima la silicosi in una forma particolare, perchè la polvere ardesiaca è ricca più che di ossido di silicio, di silicati che danno tuttavia luogo ad alterazioni silicotiche polmonari. Ora, centinaia, migliaia di abitanti che lavorano sal-

tuariamente o continuativamente, in quanto sono agricoltori, operai, ma anche proprietari di piccole cave di ardesia, sono malati di silicosi e sono abbandonati a se stessi perchè, come già ho segnalato in altro momento con un mio ordine del giorno nel quale chiedevo al Ministro del lavoro e della previdenza sociale una modificazione della legge sulla silicosi, appunto la legge che riguarda l'assicurazione contro la silicosi richiede, perchè vengano concesse le prestazioni, una forma radiologica particolare, cioè la diffusione micronodulare caratteristica della silicosi che viceversa non si trova, se non in minima misura, in questi lavoratori, come ho visto io stesso; cosicchè costoro trascinano la malattia per anni e se ne vanno all'altro mondo a 45-50 anni di età. La mortalità in quella zona è certo spaventosa, in rapporto all'elevazione della vita media in questo momento; in tale zona, in cui esiste la silicosi associata alla tubercolosi (infezione frequente anche nei giovani) il Consorzio antitubercolare provinciale di Genova ha costituito un dispensario che dovrebbe, a mio modo di vedere, costituire base del centro di questa zona per la medicina sociale. Nella regione di Ponente abbiamo poi altri pericoli. Abbiamo letto ripetutamente, ad esempio, di intossicazioni professionali da antiparassitari di sintesi, di morti frequenti per intossicazioni professionali (suicidi, morti accidentali). Si tratta di lavoratori che usano questi antiparassitari senza avere conoscenza della pericolosità di tali mezzi che, purtroppo, se non erro, si vendono ancora liberamente in Italia. In quella zona dovrebbero essere pertanto costituiti uno o più centri periferici di medicina sociale, che fra l'altro avrebbero già un finanziamento pre-costituito: c'è un decreto del Presidente della Repubblica infatti, dell'11 febbraio 1961, n. 249, che prevede la costituzione di questi centri e attribuisce al Ministero della sanità, già per l'esercizio, in corso, mi pare, 1 miliardo 900 milioni. Quindi i fondi non dovrebbero mancare.

Questa è la raccomandazione che faccio al Governo perchè possibilmente venga accettato il mio ordine del giorno, il quale permetterebbe già la pratica costituzione di due di questi centri che potrebbero essere attua-

ti con l'assistenza non solo del Consorzio antitubercolare, ma anche degli istituti universitari di medicina del lavoro, di igiene o di medicina legale, nei quali si conducono queste indagini, anche relativamente agli inquinamenti atmosferici cittadini, che hanno oggi notevole importanza nella larga zona industriale genovese di Ponente e nella stessa zona portuale, ove altri problemi medico-sociali potrebbero essere studiati da questi «centri», la cui istituzione affido quindi alla comprensione dell'onorevole Ministro e della Commissione per la Sanità. Essi mirano ad una spinta verso nuovi indirizzi di politica sanitaria che, se realizzati, sarebbero la migliore conferma delle direttive che nelle nostre scuole universitarie andiamo propagando da decenni. Sono le direttive della moderna medicina politica, figlia di quella medicina pubblica che circa un secolo e mezzo addietro un grande medico legale italiano, l'urbinate Francesco Puccinotti, preconizzava dalla sua cattedra pisana.

Possa il vaticinio di quel grande Maestro essere ascoltato e ripreso da noi tutti nella comune volontà, al disopra di ogni indirizzo di parte, che la salute fisica e morale del popolo italiano sia garanzia del suo progresso e della sua prosperità (*Applausi. Congratulazioni*).

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

L O M B A R D I . Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, credo che sia ormai largamente riconosciuto da tutti i settori dell'opinione pubblica che lo stato attuale nel campo dell'assistenza sanitaria e della previdenza malattie è insoddisfacente, e sotto certi aspetti anche caotico. A tre anni dall'istituzione del Ministero della sanità manchiamo ancora di una politica sanitaria efficace, nonostante il notevole livello della spesa sanitaria pubblica, che non ha fatto però constatare un apprezzabile miglioramento nelle condizioni complessive della salute del nostro popolo e dei lavoratori in particolare.

Con amarezza dobbiamo constatare che l'ordinamento sanitario è ancora basato su

disposizioni frammentarie, disorganiche, che si sovrappongono le une alle altre, da quelle sulla protezione sanitaria pubblica e di previdenza malattie, al vecchio ordinamento ispirato prevalentemente ad indirizzi caritativi. Ora, l'ordinamento sanitario è basato sul diritto del lavoratore e del cittadino alla tutela in caso di bisogno. Ma, nonostante il suo carattere pubblicistico, l'ordinamento vigente resta caratterizzato e dominato da principi privatistici ed assicurativi, che privano l'organizzazione sanitaria e previdenziale pubblica della capacità di iniziative per la difesa e il miglioramento della salute dei lavoratori e dei cittadini in generale. Oltre a questo, l'ordinamento è ancora basato su criteri di direzione fortemente centralizzata, da cui deriva quel pesante burocratismo che soffoca anche le attività degli istituti periferici, insoddisfacenti ancora di per se stesse.

Questo non è certamente il compito del Ministero della sanità, che deve invece ispirarsi al principio fondamentale che la salute dei lavoratori e dei loro familiari, nonché dei cittadini, costituisce un bene che lo Stato deve tutelare, nell'interesse del singolo e dell'intera collettività nazionale. Da questo principio scaturisce l'esigenza che tutti i cittadini, e in particolare i lavoratori e i familiari a carico, debbano avere il diritto di essere protetti contro tutte le cause che possano menomare il loro stato di salute e di integrità fisica. In particolare i lavoratori debbono godere del diritto all'assistenza completa, preventiva e curativa.

Lo stesso relatore senatore Criscuoli riconosce che il diritto alla tutela della salute è uguale per tutti i cittadini, donde il dovere di evitare le disparità di trattamento attualmente esistenti. Dice il relatore: basta leggere l'articolo 32 della Costituzione per convincersene; inoltre riconosce che vi sono circa 4 milioni di poveri esclusi dall'assistenza sanitaria, appunto a causa di questa struttura disuguale e frammentaria, inadeguata e inaccettabile (sono parole sue) che scontenta tutti, medici e ammalati. Non sono un medico, ma come ammalato potenzialmente concordo con il relatore, perchè la realtà è proprio questa.

Noi riteniamo quindi che, per perseguire concretamente ed efficacemente l'alto obiettivo della difesa della salute dei lavoratori, l'azione protettiva debba essere svolta sulla base di una chiara e moderna politica sanitaria, la quale, per essere tale, deve: primo, garantire a tutti i cittadini la profilassi e la prevenzione, la terapia e il riadattamento, attraverso l'impiego, da parte del servizio sanitario nazionale, degli strumenti e delle tecniche sanitarie più moderne, poste tempestivamente a disposizione in forma diretta e senza limiti di tempo; secondo, assicurare l'intervento sanitario ogni qualvolta il cittadino ne faccia richiesta, garantendo anche il pieno assolvimento dei compiti di profilassi e di prevenzione ad iniziativa del Ministero della sanità; terzo, realizzare lo sviluppo delle attrezzature sanitarie per garantire la corrispondenza dei servizi sanitari alle esigenze di una completa protezione. Ma, affinché tale indirizzo di politica sanitaria trovi la piena applicazione, è necessaria ed urgente superare l'attuale stato di incertezza sul diritto alle prestazioni sanitarie mediante una chiara determinazione della protezione sanitaria che deve essere, a nostro parere, di esclusiva competenza del Ministero della sanità.

Bisogna quindi realizzare con urgenza gli strumenti necessari. Il reperimento dei mezzi occorrenti al soddisfacimento di questi diritti impegna tutta la collettività nazionale chiamata ad assolvere a uno dei fondamentali doveri di solidarietà umana. Ecco perchè riteniamo che compito fondamentale del Ministero della sanità sia quello di attuare la massima unità di indirizzi di politica sociale e sanitaria, e perciò la totale direzione di tutti i servizi sanitari, per superare le notevoli disparità di trattamento esistenti nel Paese e dovute alle diverse condizioni economico-sociali, al vario grado di sviluppo dei servizi sanitari e sociali tra il Nord e il Sud, tra la città (operai) e la campagna (braccianti), alla diversità di protezione tra le categorie di lavoratori e tra i lavoratori e i loro familiari. Occorre, in breve, che il Ministro della sanità tenga presente la Carta costituzionale.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* È quello che faccio.

L O M B A R D I . Mi rivolgo proprio a lei, onorevole Ministro. A mio parere, lei dovrebbe tenere sul suo scrittoio un piccolo quadretto con l'articolo 32 della Costituzione, che dice: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività».

M A Z Z A , *Sottosegretario di stato per la sanità*. Ce l'ha...

S C O T T I . Il quadretto non basta; tanto vale che faccia una preghiera ogni mattina...

L O M B A R D I . Se vuole rimanere Ministro della sanità deve trovare la soluzione di questo problema.

Quindi, uguaglianza di prestazioni per tutti i soggetti che ne hanno bisogno, diritto alle prestazioni per tutti. Ed io in questo momento, onorevole Ministro, vorrei sollevare un problema grave che, secondo me, urge, che interessa un largo strato della popolazione italiana; è un problema che non può essere dilazionato, che deve essere risolto dal suo Ministero perchè, a mio parere, lei come Ministro della sanità è l'unico competente in materia.

In questi ultimi anni l'assistenza è stata estesa ad altre notevoli categorie produttive e commerciali, con contributi integrativi da parte dello Stato, e questo sta bene. Lo Stato avrebbe potuto fare di più, ma non l'ha fatto. Il relatore ha sottolineato che vi sono circa 4 milioni di poveri privi di assistenza, che, certamente il relatore non l'ha detto, gravano sui bilanci comunali. Comunque non sono sotto la tutela del Ministero della sanità. Vi sono altri milioni di cittadini nullatenenti che sono privi di assistenza e questi sono i familiari dei braccianti. Quanti sono, signor Ministro? Il relatore non li menziona; consultando gli elenchi anagrafici del 1959 ricaviamo che si hanno 711.750 braccianti, con familiari a carico, in numero di 3.611.536, tutti privi di assistenza farmaceutica ed ospedaliera. In tutto 4.323.286 persone.

Se avessi tempo a disposizione potrei approfondire l'argomento, ma ho solo 15 minuti di tempo e bisogna che mi sbrighi.

Basta dire che nella Repubblica « fondata sul lavoro » si verifica questo assurdo: una larga categoria di lavoratori è costretta a tenere immobilizzata la sua forza-lavoro, guadagna uno scarso salario, vive nelle privazioni più comuni e quindi è più soggetta alle malattie ed è proprio questa che è totalmente priva di assistenza. Ora, a quali conclusioni si dovrebbe arrivare? Non hanno l'assistenza I.N.A.M. per ragioni di bilancio! Però non è togliendo l'assistenza a questi braccianti e ai loro familiari che l'I.N.A.M. pareggi il bilancio, perchè se si dà uno sguardo al bilancio dell'I.N.A.M. degli ultimi 7 anni, dal 1953 al 1959, si vedono delle cose veramente curiose e drammatiche. Nel 1953, per il settore agricolo, l'I.N.A.M. aveva 13.617.000.000 di lire di entrate contro 13.913.000.000 di lire di uscite. Arriviamo, per non tediarvi, al 1959 con 9.067.000.000 di lire di entrate. Non capisco perchè da 13 si sia passati a 9, mentre la spesa sale a 25.442.000.000 di lire nel 1959. Vi è stata quindi una progressiva diminuzione dell'entrata negli ultimi anni, come si può rilevare dai dati degli ultimi 7 anni; mentre la spesa è salita progressivamente, ogni anno, fino ad arrivare al triplo quasi di quelle che sono le entrate. Si vede che i grandi agrari non pagano o non volete trovare le forme per farli pagare. Quindi, costante aumento della spesa e aggravio del deficit. Fino a quando l'I.N.A.M. potrà sostenere questa situazione fallimentare? E allora, fallimento per fallimento, perchè non si dà l'assistenza a queste 4.300.000 unità, costituite dai braccianti agricoli e dai loro familiari? Sono italiani anche loro, fanno parte della comunità italiana, hanno il diritto di essere assistiti dallo Stato, dalla Repubblica italiana, in base appunto all'articolo 32 della Costituzione. Eppure non hanno l'assistenza da parte del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, non hanno l'assistenza da parte del Ministero della sanità, e quando i Comuni fanno le relative delibere, intervengono i Prefetti a ordinare di farsi pagare, magari da qualche congiunto che lavora, magari con delle rate minime, di mille lire al mese, ma farsi comunque pagare.

Ecco perchè, signor Ministro, ho posto questo problema, che non è nuovo, che è grave, e che investe non solo la politica del Ministero della sanità, ma tutta la politica del Governo e, direi, l'orientamento di tutta la politica sanitaria nazionale.

Vi sono quattro milioni di braccianti e loro familiari privi di assistenza sanitaria e farmaceutica, sebbene abbiamo da tre anni un Ministero della sanità, una Direzione generale della sanità con tutti i relativi servizi, e l'articolo 32 della Costituzione che tutti conosciamo. Questi cittadini non sono protetti da regime assicurativo perchè, non per colpa loro, hanno poco lavoro, mentre lo stesso regime assicurativo dell'I.N.A.M. è fallimentare. Infatti, dal 1953 fino al 1959 l'I.N.A.M. nel campo agricolo ha accumulato un passivo di 58 miliardi e 537 milioni.

Comunque riconosco che il problema è grosso. Però vi è un Ministero della sanità, e la parola stessa « sanità » vuol dire che il Ministero deve preoccuparsi della salute pubblica cioè di tutti i cittadini. Non c'è regime assicurativo che possa provvedere alle diverse esigenze di questi cittadini; dovrebbe provvedervi un adeguato bilancio del Ministero della sanità. Ma è evidente che non è con questo bilancio che si può provvedere a tutti i servizi: occorrerebbe che il bilancio del Ministero della sanità disponesse di uno stanziamento uguale a quello del Ministero della difesa. Ma mentre questo serve per uccidere la gente, ed allora ha a disposizione i denari, il nostro serve per risanarla, ed allora non li ha. Questo è un problema di orientamento politico.

Per concludere, quando il Ministro della sanità riterrà che sia giunto il momento di far applicare l'articolo 32 della Costituzione, cioè di garantire l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, sono convinto che troverà nel Senato l'appoggio sufficiente per sostenere la sua politica. *(Applausi dalla sinistra)*.

P R E S I D E N T E. È iscritto a parlare il senatore Di Grazia, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche i due ordini del giorno da lui presentati,

Si dia lettura degli ordini del giorno.

C E M M I, Segretario:

« Il Senato,

considerato lo stato edilizio in cui versa l'ospedale Vittorio Emanuele di Catania per la insalubrità dell'area in cui è alloggiato,

fa voti acciocchè nei programmi per la costruzione di nuovi ospedali ad integrazione dei posti letto necessari per raggiungere la quota minima del 6 per mille e di ammodernamento di quelli preesistenti, venga inclusa la costruzione di un nuovo grande ospedale in Catania di almeno 2.000 posti letto, in sostituzione del Vittorio Emanuele ormai poco funzionale e racchiuso in un'area troppo ristretta e troppo circoscritta dalla edilizia privata »;

« Il Senato,

tenuto conto delle giustificate lagnanze dei dirigenti delle case di cura private,

fa voti acciocchè il Governo voglia riconoscere la funzione sociale delle case private di cura e voglia accedere alle giuste richieste dei dirigenti affinché gli Enti mutualistici pongano sullo stesso piano, nei riguardi del trattamento economico, gli ospedali e le case private di cura ».

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

D I G R A Z I A. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, la relazione del collega Criscuoli non è soltanto chiara ed esauriente ma, direi, coraggiosa.

Egli infatti fa risaltare la reale situazione del Ministero della sanità come essa è, con tutte le sue eventuali manchevolezze, i suoi lati deficitari, le sue carenze. In verità, il Ministero della sanità, tanto atteso e tanto ostentato, nato per ultimo, si sta sviluppando stentatamente e lentamente; per colpa di chi? Non certo per colpa del Governo o del Ministro. È chiaro che molte delle difficoltà incontrate nel suo sviluppo non sono soltanto comprensibili, ma spiegabili, anzi ce le attendevamo.

Non possiamo, ad esempio, considerare una carenza quella del mancato inquadramento nei ruoli del Ministero della sanità dei servizi sanitari delle Ferrovie dello Stato e dell'Azienda delle poste e delle telecomunicazioni, in quanto tali servizi hanno avuto sempre, anche sotto l'Alto Commissariato, un'autonomia particolare, e si sono distinti per la loro notevolissima efficienza. Se tali servizi continuano a mantenersi autonomi ancora per qualche tempo, data la loro perfetta funzionalità, ciò non comporta alcun danno all'inquadramento, fino a quando tutti gli altri servizi ministeriali andranno sistemandosi e regolarizzandosi alle dipendenze del nostro Ministero: allora, è ben chiaro che anche questi servizi delle Ferrovie e delle Poste e delle telecomunicazioni dovranno passare alle dipendenze dell'unico organismo sanitario centrale, che potrà, attraverso una visione più armonica, renderli maggiormente efficienti e funzionalmente coordinati con tutti gli altri.

Non posso concordare con l'onorevole relatore quando egli asserisce che « anche in ambienti responsabili si discute e magari si provvede a tutt'altre necessità che non alla tutela dell'integrità fisica dei cittadini » perchè mai come oggi il problema della salute pubblica è stato tanto compreso e tanto valutato, sia in campo collettivo che individuale.

L'assistenza sanitaria sociale elargita oggi con tanta larghezza di mezzi, sia diagnostici che terapeutici, ha dato e dà la possibilità a larghissimi strati della popolazione di curare anche quelle forme morbose di lieve entità, ciò di cui mai, nel passato, ebbe la possibilità, affidandosi alla natura e al tempo per superarle. Oggi queste possibilità terapeutiche, largamente impiegate, hanno dato i primi effetti non soltanto migliorando le condizioni fisiche dei singoli, ma svolgendo un'azione profilattica di notevole importanza, con riflessi sociali chiaramente comprensibili ed intuibili, sia nel campo economico per le diminuite assenze lavorative, sia nel campo genetico con evidente miglioramento fisico delle nuove generazioni. Convegno che esistono malattie assai gravi specie nel campo delle disfunzioni metaboliche e del ricambio, molte delle quali ereditarie,

a carattere degenerativo, per cui necessitano mezzi economici validi per fronteggiare studi e ricerche scientifiche su di esse. Ma su questo campo desidero ricordare al collega Criscuoli che il cammino scientifico, come del resto egli stesso afferma, procede con carattere universale e quindi ogni scoperta diventa patrimonio comune, ed al nostro Governo non si può certamente addebitare alcuna riluttanza o indifferenza ad accogliere ed approntare, dopo i controlli dei nostri laboratori scientifici, i nuovi ritrovati terapeutici e profilattici. Ricordo l'esempio dell'utilizzazione del vaccino antipolio, oggi gratuitamente somministrato, a scopo profilattico, fino a 21 anni compresi.

Certamente le ristrettezze economiche del bilancio non consentono al Ministero della sanità una più ampia ed adeguata organizzazione ed espansione dei servizi sanitari e convengo col relatore che l'aumento di 1.693 milioni in rapporto al bilancio precedente è ben poca cosa, di fronte ai gravi compiti che si prospettano al Ministero in parola. Ciò non giustificherebbe però alcuno stato di immobilismo perchè le riforme, sentite, valutate, richieste, necessarie, negli ambienti sanitari possono fin d'ora essere studiate ed affrontate: le leggi relative, anche col bilancio attuale, possono essere preparate e sono certo che il Senato e la Camera dei deputati le approveranno, se rispondono, come sono certo, alla soluzione intelligente ed adeguata dei problemi sanitari.

Quali sono i problemi che più urgono nel Ministero della sanità, onde si possa raggiungere quell'armonia direttiva tanto necessaria per la funzionalità dei servizi sanitari stessi? 1) Riforma ospedaliera, carriera medici ospedalieri; 2) riforma della condotta medica; 3) sganciamento di servizi attualmente detenuti ancora da altri Ministeri, in maniera ormai ingiustificata; 4) nuovi servizi diagnostici, profilattici ed a scopo educativo nelle popolazioni scolastiche; 5) riforma delle attribuzioni dell'ufficiale sanitario basata su controlli e vigilanza; 6) riforma della legge sull'esercizio delle farmacie; 7) studi e piani che preparino, in campo sanitario, la sicurezza sociale in modo da trovare pronti ai nuovi eventi che possono avere carattere incalzante; 8) una revisione

della legislazione rigorosa sull'edilizia che per ragioni economiche e di spazio crea abitazioni sempre più antigieniche; 9) controllo sull'igiene delle città e dei mercati; 10) controllo sulle vivande, specie pesce e carne; 11) riforma degli organi periferici di controllo sulle prevenzioni delle frodi alimentari.

Il problema ospedaliero è uno dei più importanti che l'onorevole Ministro deve affrontare con metodo di larga visione e non con leggi provvisorie che non soddisfano e lasciano insoluto il problema dell'assistenza ospedaliera. Il relatore in modo encomiabile ci dimostra con dati obiettivi, e cioè statistici, le deficienze numeriche dei posti letto sia in sede nazionale, sia in sede regionale. Le differenze sono notevoli e dimostrano ancora una volta che il Sud e le Isole, anche in questo settore, mostrano i segni evidenti di quell'abbandono che frequentemente molti di noi abbiamo fatto e facciamo rilevare e non ci stancheremo di far rilevare, mentre all'inverso sentiamo il doveroso bisogno di avvertire come dalla nuova democrazia, e dai Governi da questa espressi, i problemi vengano esaminati e risolti a carattere nazionale e creando a tale scopo strumenti adeguati e funzionali solo per le regioni depresse onde queste possano raggiungere la parità nazionale.

Il fatto, che il relatore ci ha fatto rilevare, per cui, mentre nel Nord si ha una percentuale di posti letto del 6,1 per mille ed al Centro del 5,5 per mille, nelle Isole la percentuale è del 3,5 per mille e nel Sud ancora più bassa, cioè del 2,8 per mille, sta a dimostrare quanto detto sopra, cioè che il problema viene riguardato sotto il profilo nazionale. È da sperare perciò che si vorrà in primo luogo colmare la lacuna così rilevante nel Sud e nelle Isole. Il relatore ci prospetta il sistema che l'onorevole Ministro vuole seguire a tale scopo, quello cioè di costruire nel Meridione degli ospedali secondo un piano dello stesso Ministro ma con fondi della Cassa per il Mezzogiorno. In tal senso il ministro Pastore ha espresso il suo parere favorevole.

A questo punto desidererei aggiungere una raccomandazione che credo sia importante premettere. È la seguente. Molti ospe-

dali ormai vecchi e non più rispondenti dal lato edilizio alle odierne esigenze di funzionalità, molto spesso allogati in vecchi edifici nati per altre attività, come gli edifici religiosi, espropriati dal '60 in poi e rabberciati per adattarli ad ospedali, nei successivi periodi di tempo in parte ampliati, sempre malamente e senza un vero criterio funzionale, dobbiamo considerarli già superati e conviene pertanto del tutto abbandonarli, demolendoli od utilizzandoli per altre funzioni. Se non adotteremo questo sistema di larga visione panoramica, onorevole Ministro, noi resteremo sempre dei postulanti attaccati ogni anno al suo Ministero per chiedere altre somme onde dar riparo, sempre a carattere provvisorio, alle disfunzioni crescenti dovute ai locali inadatti. Nella mia città di Catania, ad esempio, esiste un grande ospedale di circa 2.000 letti allogato in una zona bassa, una vera e propria fossa, in cui gli edifici dei vari reparti e delle cliniche universitarie sono venuti su, uno a fianco all'altro, per ristrettezza di spazio, ed in ambiente umido, la cui umidità invade ormai le corsie non solo dei pianoterra, ma anche dei primi piani.

Orbene, questo glorioso e vetusto ospedale, che ha dato un contributo tanto notevole nell'ambito sanitario in ogni tempo, non solo nella provincia di Catania, ma anche nelle provincie viciniori, oggi non è più possibile mantenerlo nello stato in cui trovasi, per le ragioni sopra dette, per cui rivolgo a lei, onorevole Ministro, l'appello caloroso acciocchè l'ospedale Vittorio Emanuele di Catania venga incluso nel programma degli ospedali da costruire *ex novo* e faccio appello affinché esso venga costruito nell'area della Cittadella Universitaria o nelle sue vicinanze. A tale scopo ho presentato il seguente ordine del giorno: « Il Senato, considerato lo stato edilizio in cui versa l'ospedale Vittorio Emanuele di Catania per la insalubrità dell'area in cui è allogato, fa voti acciocchè nei programmi per la costruzione di nuovi ospedali, ad integrazione dei posti letto necessari per raggiungere la quota minima prevista del 6 per mille e di ammodernamento di quelli preesistenti, venga inclusa la costruzione di un nuovo grande ospedale in Catania di almeno 2.000 posti-letto, in sostitu-

zione del "Vittorio Emanuele" ormai poco funzionale e racchiuso in un'area troppo ristretta e troppo circoscritta dalla edilizia privata».

Non consento col relatore quando egli asserisce che l'attrezzatura dei nostri ospedali è inadeguata al progresso scientifico odierno, in quanto ciò non è del tutto e sempre esatto, anche se vi sono, è vero, ospedali e reparti che non sono riusciti a migliorare le loro attrezzature (che poi non hanno nulla di soprannaturale o di supercostoso) molto spesso per incuria dei dirigenti sanitari o degli amministratori che non si sono resi diligenti nel chiedere ai Ministeri di competenza o agli Assessorati delle Regioni a Statuto speciale, gli aiuti finanziari che non sono mai stati rifiutati.

Non so spiegare perchè si debba essere, nelle nostre considerazioni, eccessivamente pessimisti ed anche demolitori. Non nascondiamo che molti nostri ospedali presentano degli attriti funzionali per cause diverse e molteplici, che vanno dall'edilizia, già superata, alle attrezzature antiquate o deficitarie; ma dobbiamo ammettere che i nostri ospedali in linea di massima non hanno nulla da demeritare nei riguardi di quelli delle altre Nazioni civili europee.

Non voglio poi parlare dei sanitari, i quali sono stati e sono all'altezza dei compiti che devono svolgere; sanitari cresciuti alla scuola del sacrificio, della scienza, dell'abnegazione, venuti fuori da quella scuola medica che nel nostro Paese è stata sempre all'altezza competitiva delle migliori scuole mediche del mondo.

Nè possiamo accusare il nostro ministro Giardina di avere peccato di immobilismo, dato che, per sopperire alla ristrettezza del bilancio, che non consente alla sua Amministrazione di intervenire per le attrezzature dei vari ospedali, ha proposto il disegno di legge, già approvato dalla 11ª Commissione del Senato, col quale vengono stanziati 30 miliardi per tale obiettivo.

Ma l'ospedale noi dobbiamo guardarlo sotto il profilo della sua nuova funzione e cioè quella inerente all'assistenza sanitaria sociale. È ben chiaro, ormai, che la funzione degli ospedali, così come si è svolta nel passato, non può permanere, perchè anacro-

nistica ed antitetica rispetto ai bisogni odierni. Lo confermano gli adattamenti a cui si vanno sottoponendo gli ospedali e gli sforzi economici compiuti per ammodernarli secondo le nuove esigenze e le nuove funzioni. Questo continuo evolversi verso tale adattamento già in parte raggiunto, per quanto non sempre evidenziabile in modo appariscente, giustifica la denominazione di «ospedale nuovo» che oggi si vuol dare all'ospedale moderno.

Gli studi che in questi ultimi recenti anni si stanno compiendo per cercare di prevedere quali saranno il riassetto, la funzione ed i compiti dell'ospedale nella evolvente assistenza sociale sanitaria, hanno un obiettivo squisitamente orientativo nel campo tecnico, scientifico ed organizzativo. Questi studi tendono cioè ad accorciare i tempi, onde evitare di soffermarsi lungo il cammino più o meno lento della gradualità, gradualità che, se è molto spesso espressione di garanzia, spesso è anche metodo larvato di ostacolo o di remora alla spinta progressista che si vuole, come in questo caso, imprimere. Non credo che possa, l'assistenza sanitaria sociale, vivere del tutto avulsa dall'ospedale, cioè indipendente da quest'ultimo. È ormai certo che presto si raggiungerà la quota massima, cioè l'assistenza sociale totale e l'ospedale dovrà, da parte sua, seguire i nuovi indirizzi e adottare le nuove forme organizzative che si renderanno necessarie per il suo funzionale assetto, come già accennato prima.

È a questo punto che nascono gli interrogativi che dovremo porci per studiare e trovare assieme la strada migliore per raggiungere l'obiettivo prefisso. Gli ospedali sono organizzati sempre in maniera economicamente equilibrata o lo sono invece in modo irrazionale, empirico, di accomodamento? Il sistema di amministrazione a lento andazzo ed a visione corta purtroppo pervade molte amministrazioni ospedaliere, senza con ciò che se ne adontino gli amministratori perchè, come vedremo, non sempre la colpa è conseguente ad insufficienza amministrativa.

Parlo non nascondendo la verità, così come si ha il dovere di parlare se si ama il proprio Paese e se si vuole ottenere il correttivo agli errori di oggi.

La direzione di un ospedale deve essere affidata ad elementi capaci e dotati di amore e dedizione verso l'istituto; non si diventa in pochi mesi amministratori di un grande ente che deve pulsare di vita funzionale nel modo più egregio ed a cui è affidata la parte più mobile di tutte le attività umane. L'esperienza si acquisisce, è vero, ma in un tempo non sempre breve ed uniforme.

Sono necessari, in questa attività, dei veri fattori attitudinali che non mi prolungo a spiegare per brevità di tempo, che non sono sempre collegati a particolare intelligenza, bensì a determinate tendenze di carattere, volitivo, deciso, armonico e contemporaneamente paterno.

Se queste qualità intrinseche attitudinali mancano, si finisce col diventare sì gli amministratori ufficiali, ma non di fatto; in questo caso i veri amministratori saranno i segretari amministrativi che imprimeranno all'ospedale la loro impronta, naturalmente non sempre obiettiva e disinteressata, creando incresciose incomprensioni fra le amministrazioni e gli artefici della funzionalità dell'istituto (personale sanitario ed ausiliario).

Certe spese, verso direzioni che non potenziano la funzionalità dell'ospedale, esprimono queste incapacità amministrative e sono espressioni di errate valutazioni spesso consigliate dal personale impiegatizio amministrativo, che vede attraverso il proprio angolo visuale l'attività dell'ospedale indipendentemente dalla sua vera e propria funzionalità. « Disarmonia economica » io la chiamo, che vede spesso, attraverso la lente del lusso, un arredamento, per esempio, del reparto amministrativo a scapito di attrezzature spesso di prima necessità nelle corsie. Tale disarmonia economica comporta conseguenzialmente una eccedenza di spese che, non sempre necessarie, a lungo andare, creano passività. Mi si può obiettare che la disarmonia amministrativa, che a volte dà manifestazioni di incomprensione, per esempio in rapporto al trattamento dei sanitari, per eccessivo, illogico, particolaristico pignolismo economico, non è sempre conseguenziale alle incapacità degli amministratori, ma al sistema finanziario a cui è sottoposto ancora oggi l'ospedale. Quante economie si potreb-

bero realizzare se i pagamenti ai fornitori si potessero effettuare rapidamente e regolarmente; quanto ne guadagnerebbe la qualità del vitto; quanto più prestigio potrebbero avere gli amministratori verso i fornitori; quanto più ne beneficerebbero gli infermi e la funzionalità stessa dell'ospedale!

Con questo andazzo si è giunti lentamente, spingendo innanzi le rette, a quote veramente alte che comportano un costosissimo carico nei bilanci della economia del nostro Paese, con riflessi assai dannosi sulla bontà dell'assistenza e sullo sviluppo ed il cammino verso la sicurezza sociale. La diversità delle rette nei diversi ospedali, anche della stessa città o della stessa provincia, denota questa disarmonia amministrativa. Nè si cerchi di attenuare tali carenze amministrative col riportarsi ai diversi costi di vita nei vari centri ospedalieri, perchè il rapporto differenziale non è sempre tale da giustificare rette superiori a quelle di altri nosocomi anche vicini. Nè vale la giustificazione che ospedali di prima classe hanno maggiori oneri, ad esempio derivanti da un maggior costo del personale che gode di un trattamento superiore, perchè maggiori sono le possibilità di entrate di tali ospedali in rapporto agli ospedali di seconda o terza categoria, apporti che quasi sempre equiparano tali differenze di costo.

Da quanto detto consegue che è necessaria, pertanto, in primo luogo, una selezione nell'ambito amministrativo ospedaliero, onde evitare, per quanto possibile, tale disarmonia. L'ospedale deve mantenere la propria attuale autonomia amministrativa ed economica, oppure deve inquadrarsi nel grande organismo che costituisce l'insieme degli enti mutualistici? Questo è già un quesito che ci rende ineluttabilmente pensosi in quanto le due tesi comportano validi motivi di scelta. La preferenza, a mio avviso, è da ricercarsi soltanto nell'ambito di un migliore servizio agli assistibili.

È innegabile che, ad un primo esame, sembra molto evidente che la scelta possa cadere sulla seconda tesi, cioè quella del passaggio alle dirette dipendenze degli enti mutualistici, enti monopolizzatori dell'assistenza sociale. Io desidero però, prima di dare il mio parere, far notare alcuni dati,

non certamente trascurabili, che si possono dedurre da una attenta disamina del sistema di funzionalità raggiunto da questi enti, dati che mi permettono di dedurre esaminando i lati negativi di tale sistema, senza peraltro volere, a nessun titolo, intaccare la bontà e la necessità di tale conquista sociale. L'assistenza sanitaria sociale è una delle tante attività a carattere collettivo, con i conseguenziali e immancabili disagi insiti in ogni sistema collettivo, che comporta la eguaglianza di trattamento, che, per ragioni economiche, è sempre allogata nei gradini più bassi: la non totale soddisfazione di conforto agli assistibili; il conseguente, lento annullamento della personalità umana, per cui l'assistibile rappresenta, e rappresenterà ancor più in avanti, un numero.

Con ciò, non avrei finito di accennare agli innumerevoli inconvenienti dell'assistenza sanitaria sociale, sussistendone molti e molti altri, in quanto ho voluto accennarne solo qualcuno, a titolo di esempio.

L'ospedale nuovo, entrando nel grande ingranaggio degli enti in parola, perderebbe non solo la sua autonomia economica e funzionale, ma perderebbe anche la sua struttura che vogliamo basata su presupposti clinici, sì, ma anche e soprattutto scientifici. Gli enti utilizzerebbero l'ospedale nuovo, per la loro stessa natura costituzionale, solo dal lato clinico, protesi come sono verso lo sforzo di sempre più rigorosa economia. Ciò spiega perchè, a base di ogni loro innovazione o tentativo di modifica, parlano o impongono la loro forza che è data dalle statistiche e per nulla affatto dal sentimento di umanità. L'ospedale è già privo di questo senso di spiccata umanità, prevalendovi sempre più il concetto di collettivizzazione, e lo diverrà ancora più con la dipendenza degli enti in parola.

Questa ondata di collettivistica funzionalità degli enti invaderà la vita degli ospedali, i quali torneranno, sono certo, ad essere ancora una volta non preferiti dagli assistibili, oggi, per questa lenta e graduale scomparsa di paterno amore, ieri per la sfiducia e la forma caritativa espletata, di per se stessa offensiva.

Scaturisce chiaro allora, per quanto detto sopra, che l'ospedale nuovo debba restare

del tutto indipendente dagli enti mutualistici a cui presterà i servizi richiesti per i loro assistibili, ma dovrà mantenere la sua autonomia amministrativa se vorrà sopravvivere al nuovo compito sociale a cui è chiamato.

Ma ciò non basta; sarà necessario, a mio avviso, che esso modifichi certe vecchie usanze e certi metodi non più confacenti alla assistenza a carattere sociale. Di essi diremo con chiarezza, ma prima mi sembra più interessante rispondere ad altri quesiti più importanti, tutti in relazione alla visione futura che, con la riforma ospedaliera, noi ci prospettiamo dell'ospedale nuovo.

Deve, l'ospedale nuovo, mantenere l'attuale differenziazione in 3 categorie? A me pare più coerente una differenziazione basata sui dati di maggiore o minore funzionalità e capacità tecnica. Infatti, per quanto si vorrà tenere lo stesso piano di attrezzature per tutti gli ospedali, indipendentemente dalla loro capacità ricettiva, vi sono dei fattori che distinguono l'ospedale in rapporto al personale sanitario più o meno specializzato, che non sarà sempre possibile ottenere se non negli ospedali sede di capoluogo, per ragioni ovvie. Pertanto io sono dell'avviso che gli ospedali debbano distinguersi in ospedali di prima assistenza ed ospedali specializzati. Quelli di prima assistenza, in genere, si addicono alla provincia e dovrebbero avere il compito di ricezione e cura di infermi affetti da malattie generiche ad andamento normale. Quelli specializzati, con sede nel capoluogo, riceverebbero oltre i casi generici dello stesso capoluogo, tutti i casi che comportano cure specialistiche.

Gli ospedali di capoluogo dovrebbero essere potenziati nella attrezzatura specializzata e nel personale sanitario sceltissimo e specializzato attraverso severe selezioni.

Raggiungeremo con questo intendimento un doppio effetto, quello cioè di scaricare gli ospedali specializzati di capoluogo di quel numero di infermi comuni che, per la loro stessa semplice morbilità, possono essere tratti negli ospedali di prima assistenza, e daremo così agli ospedali specializzati maggiore possibilità ricettiva e curativa.

Gli ospedali di prima assistenza debbono essere controllati nel loro sviluppo e nella loro nascita, evitandosi il pullulare indiscriminato di tanti piccoli o modesti ospedali di cittadine vicine fra loro, a breve distanza dal capoluogo, ospedali che molto spesso sorgono *ex novo* o si ingrandiscono per il prestigio di uomini politici del Paese che li hanno imposti nel momento aureo della loro carriera, quando anche non vi era una vera e propria necessità. Le agevoli comunicazioni e i trasporti sempre più facilitati rendono non più necessario frazionare somme ingenti per costruire ed attrezzare tanti piccoli ospedali periferici, a scapito dell'incremento non solo ricettivo ma anche delle attrezzature degli ospedali specializzati.

Si potrebbe obiettare chiedendo se sia vero che i nostri ospedali di capoluogo abbiano già raggiunto i cennati requisiti. Rispondo subito che, se in molti dei nostri ospedali di capoluogo non si è ancora raggiunta l'attrezzatura necessaria, quanto invece alla scelta di sanitari possiamo con giustificato orgoglio affermare che siamo sulla giusta strada. I nostri primari, aiuti, assistenti, sono all'altezza del loro compito oggi, e lo saranno ancor più domani, quando l'ospedale avrà quella perfezione amministrativa e quell'indirizzo scientifico-clinico moderno che daranno maggiore stimolo ai nostri sanitari per accentuare il loro spirito di sacrificio e di umana carità verso i sofferenti.

Mi pare molto utile esaminare poi le abitudini antieconomiche di certi ospedali e studiare le cause di sperperi di tempo, di lentezze ed incertezze terapeutiche, per trovare i mezzi con cui correggere tali andazzi e segnatamente certi sistemi da superare. Molto brevemente dirò che tale intento potrà ottenersi analizzando i metodi funzionali adottati ancora oggi in molti reparti ospedalieri, dall'ingresso dell'infermo al momento delle sue dimissioni. L'infermo viene assegnato, al suo ingresso, in un dato reparto, dal medico di guardia, a seconda della diagnosi del medico proponente il ricovero, dopo averla accertata e, se del caso, modificata. Nel reparto l'infermo subisce una pri-

ma visita sommaria del sanitario di turno, quasi sempre rivolta alla scelta di una terapia sintomatica e di sostenimento, e alla preparazione della parte burocratica (allestimento della cartella clinica), in attesa che l'aiuto o il primario decidano su diagnosi e terapia.

Qui può avere inizio una prima perdita di tempo per le ricerche ematologiche e controlli e indagini radiologiche o strumentali, non sempre eseguiti con la rapidità necessaria; peggio ancora, quando si vuole praticare una terapia d'attesa, nella speranza che la sintomatologia si chiarisca rendendo più evidenti i dati diagnostici. In quest'ultimo caso si provocano due danni: uno sull'infermo cui, in mancanza di una rapida diagnosi, non si propinano mezzi terapeutici adatti a superare l'urto morboso, con conseguente prolungamento del periodo cruento della malattia; l'altro danno, economico, sta nello spreco di medicinali somministrati secondo la terapia d'attesa o *ex iuvantibus* e nel maggior costo dell'assistito, costretto ad un ricovero più lungo, che, su un calcolo approssimativo, può essere di 5 o 6 giorni in più del necessario.

Nell'ambito delle divisioni chirurgiche, in alcuni ospedali, è invalsa la cattiva abitudine di operare in giorni prestabiliti, e molti pazienti già preparati preoperatoriamente sono costretti ad un turno che può essere anche lungo. Tale metodo può avere diverse origini: una può provenire dal primario, il quale adibisce solo alcuni giorni della sua attività operatoria in ospedale, mentre gli altri li adibisce ad interventi privati; un'altra, specie nei piccoli ospedali, è dovuta a presunta economia di materiale che si otterrebbe utilizzando il materiale dei cestelli per i diversi interventi raggruppati. Si ottiene in questo caso, è vero, una modesta economia di materia da operazione, ma si accentua la spesa, prolungando la degenza senza vera necessità.

Un'altra causa di remora di degenza, specie nei reparti di chirurgia, è dovuta alle complicanze post-operatorie e, fra queste, quelle più frequenti e meno giustificabili, le suppurazioni delle ferite. Purtroppo, ciò av-

viene con una certa frequenza ed io credo che, se chiamiamo in causa la statistica, di questi casi ne riscontreremo un numero piuttosto elevato. Oggi, tranne i pochissimi casi giustificabili e molto spesso prevedibili, le

infezioni post-operatorie delle ferite dovrebbero essere quasi del tutto annullate, sia per le maggiori possibilità raggiunte di una più perfetta sepsi, sia per l'ausilio tanto valido degli antibiotici.

Presidenza del Vice Presidente SCOCCIMARRO

(Segue D I G R A Z I A). Non dovrebbero pertanto persistere tali remore per complicità evitabili, sol che si voglia essere più accorti, più attivi, più pensosi e più volitivi. Non desidero poi parlare di certe amministrazioni di piccoli ospedali che ricorrono a sistemi poco apprezzabili, e che desidero non accennare, pur di mantenere pieno il reparto; altrimenti le spese di esercizio non possono in alcun modo essere coperte. Ho nei miei ricordi il caso di un infermo il cui ricovero si prolungò oltre due anni; da studente in medicina lo ritrovai dopo la laurea, conseguita in altra sede, ancora degente in uno dei nostri ospedali. Quanta differenza da allora ad oggi, ma quant'altra strada dobbiamo percorrere per superare molte cattive usanze non più aderenti ai tempi nuovi, quante energie dovremo spendere per far sposare queste ragioni di ammodernamento funzionale a molti dirigenti di amministrazioni ospedaliere!

È però il cammino è già intrapreso: quello della riforma dell'ospedale. L'ospedale nuovo cominciamo a prospettarcelo nella nuova veste economica e funzionale; aiutiamo l'onorevole Ministro in questa sua fatica non lieve!

Onorevole Ministro, mi permetta che adesso affronti, con molta sincerità e chiarezza, il problema delle case di cura private, problema già sul tappeto e che bisogna risolvere al più presto, o per lo meno contemporaneamente a quello ospedaliero.

Le case di cura private hanno assolto un importantissimo compito sociale specialmente nei periodi di libero esercizio della professione medica, prima che facesse il suo ingresso l'assistenza sanitaria sociale. Quando

l'ospedale era considerato il luogo di necessità per le classi povere e l'assistenza veniva corrisposta a tipo caritativo, così come si poteva, ed in rapporto alle attrezzature ed alle possibilità economiche dei singoli nosocomi, in quell'epoca, le case di cura private, molte delle quali seriamente attrezzate e dirette da tecnici di alto valore clinico e scientifico, rappresentavano l'unico asilo per coloro che disponevano di adeguate condizioni economiche che consentissero di sopportare le spese di degenza e di cure mediche o specialistiche.

Si è detto, da parte di qualche collega di questa Assemblea, in altre occasioni, che le case di cura private rappresentano, sì, un luogo di ricovero e di cura veramente confortevole e di scelta per l'attrezzatura particolare e soprattutto per il clinico che le dirige, ma che esse sono basate su una ingiustificata speculazione. Rispondo che questa asserzione troppo generica non ha oggi alcun senso, poichè le condizioni di vita delle case di cura private sono assai diverse da quelle di un tempo. Oggi dobbiamo distinguere le case di cura in due categorie; una prima è diretta dai clinici universitari, i quali riescono ancora a mantenere una clientela pagante facente parte di quella quota che non è assistita dall'assistenza sociale, e riescono ad imporre onorari molto spesso alti, tali da giustificare l'azzardata opinione di speculazione o di illecito guadagno. A prescindere dal fatto che questo giudizio è assai discutibile, quando si pensi che per arrivare a diventare direttore di una clinica universitaria occorrono lunghi e numerosi anni di sacrificio senza guadagni professionali, protesi, come si deve essere, allo stu-

dio clinico e scientifico, che rappresenta la base culturale preparatoria alla carica di grande responsabilità sociale a cui si aspira, quella cioè di maestro dell'arte medica, che giustifica gli eventuali alti onorari, è da fare presente che si tratta di una professione libera e che le stesse prestazioni di consulenza o di terapia possono, d'altra parte, essere apprestate dagli stessi maestri alle persone non economicamente valide, attraverso il sistema sociale odierno. Chi vuole le prestazioni di lusso deve, evidentemente, pagarne gli equivalenti pesi. Le altre case di cura, che rappresentano il 95 per cento di tutto il complesso, vivono, dico meglio, vivacchiano — e molto spesso sono costrette a chiudere i battenti per passività di bilancio — con le prestazioni chirurgiche o specialistiche agli assistibili degli enti mutualistici, enti che pagano una retta onnicomprensiva di gran lunga al di sotto di quella ospedaliera ed un compenso medico anche esso di gran lunga inferiore a quello corrisposto agli ospedali. Un esempio varrà a chiarire ogni mia asserzione. L'I.N.A.M. ha convenzionato alcune case di cura private di chirurgia e di altre specialità imponendo le seguenti convenzioni: retta giornaliera onnicomprensiva di degenza, vitto, intervento chirurgico, medicine, materiale operatorio, trasfusione di sangue, analisi, accertamenti radiologici, esami istologici, eccetera, la quale oscilla dalle 1.500 alle 1.900 lire. A questa si aggiunge una sommetta di lire 6.000 per compenso medico da distribuire agli aiuti e agli assistenti. Poichè la degenza media per ogni ricoverato si aggira sui 10 giorni, un intervento chirurgico di media chirurgia viene compensato con lire 19.000 di degenza, più 6.000 di compenso medico, per un totale di lire 25.000, considerando la retta più elevata; ma vi sono rette onnicomprensive, che si aggirano, specie in provincia, sulle 1.300 lire. In questo caso, il compenso per un intervento di media chirurgia si aggira sulle 18-20 mila lire. In ospedale, invece, la retta è di 3.300 lire, in media, e di 9.000 è il compenso medico, per cui un intervento di media chirurgia si aggira, qualora la media di degenza si mantenga sulle 10 giornate, sulle 33.000 lire di degenza e 9.000 di compenso, per un totale

di 42.000 lire. In genere la media di degenza in ospedale non è quasi mai contenuta nei limiti dei 10 giorni, ma sui 15 giorni; conseguenzialmente la spesa per un intervento che in una casa privata si aggira dalle 19.000 alle 25.000 lire, in ospedale invece si aggira dalle 42.000 alle 50.000 lire.

Esaminando i dati suddetti, si possono fare due considerazioni di notevole importanza. Una prima riguarda la inesatta valutazione che si vuole artatamente dare delle case di cura private, parlando di speculazione, di illecito guadagno e arricchimento. A sfatare questa opinione errata valgono le cifre sopradette; cifre che posso in qualsiasi momento dimostrare presentando i rendiconti mensili che le case di cura private inviano agli enti mutualistici. Una seconda considerazione consiste nel diverso trattamento economico ingiustificato corrisposto alle case di cura private; infatti, come sopra dimostrato, agli ospedali, che non hanno e non debbono avere fine di lucro, vengono corrisposti compensi economici quasi doppi di quelli corrisposti alle case di cura private. Tale stato di cose dimostra inspiegabili avversioni per le case di cura private e nello stesso tempo, ciò che è ancor più ingiustificato e direi anche deplorabile, dimostra che si vuole mettere l'ente nelle peggiori condizioni amministrative, di vera e propria disfunzione amministrativa, in quanto si preferisce spendere il doppio per un servizio che nelle case private di cura viene a costare la metà.

Nessun pretesto in questo campo può giustificare una simile leggerezza amministrativa e tanto meno può continuare a giustificare la pretesa di richiedere un servizio compensandolo al disotto delle sole spese di costo, senza pertanto corrispondere al medico che appresta il servizio terapeutico alcun compenso, alcun modesto guadagno. Lo ente monopolizzatore degli infermi impone l'aut-aut approfittando della sua azione monopolistica.

Questa è, onorevoli senatori, la situazione economica delle case di cura private, tanto malfamate e tanto vilipese. Le pretestuose giustificazioni per una tale imposizione economica così poco dignitosa apportata da parte dei dirigenti degli enti mutualistici, e

cioè di minori costi, di insufficienza di attrezzature, eccetera, sono del tutto facilmente confutabili e non danno alcun fondamento al mantenimento di un trattamento amorale verso le case di cura private che hanno avuto, hanno, e spero continueranno ad avere, la loro funzione sociale, per lo meno di confronto, di equilibrio economico, di spiccato senso umanitario!

Se una casa privata di cura non risponde ai requisiti di funzionalità, a prescindere dal controllo previsto dagli ordinamenti sanitari che non ne permettono la gestione, sono gli stessi infermi, gli stessi assistibili, in virtù della libera scelta, che disertano l'istituto privato, che sarà costretto a chiudere i battenti. Lei, onorevole Ministro, deve tenere conto delle case private di cura, non può ignorarle, nè può distruggerle o costringerle in passività; a meno che non si voglia ostacolare l'attività privatistica e si voglia pervenire alla piena collettivizzazione anche in questo campo. Lei, onorevole Ministro, chiederà, se lo vorrà, le maggiori e giustificate garanzie di funzionalità delle case di cura, ma non potrà continuare a fare perpetrare un trattamento di così evidente contrasto fra gli ospedali e le case private di cura. Non potrà permettere che gli enti mutualistici agiscano da assoluti padroni, da monopolizzatori della salute pubblica e continuino a minimizzare la funzione delle case di cura private. Sono certo, onorevole Ministro, che lei si adopererà per rimediare a queste irregolarità inspiegabili e vorrà dare alle case di cura private quel giusto riconoscimento della funzione sociale che hanno sempre espletato.

E per questo obiettivo, e perchè lei, onorevole Ministro, possa tener conto delle giuste richieste dei dirigenti di case di cura private, che ho presentato un ordine del giorno che spero vorrà accettare. Esso suona così: « Il Senato, tenuto conto delle giustificate lagnanze dei dirigenti delle case di cura private, fa voti acciocchè il Governo voglia riconoscere la funzione sociale delle case private di cura e voglia accedere alle giuste richieste dei dirigenti affinchè gli Enti mutualistici pongano sullo stesso piano, nei riguardi del trattamento economico, gli ospedali e le case private di cura ».

Come può dedurre dal contenuto dell'ordine del giorno, lei, onorevole Ministro, non può restare sordo ad un simile appello fondato su base di giustizia e di obiettività.

Onorevole Ministro, molti, moltissimi altri problemi urgono nel suo Dicastero e su di essi vorrei trattenermi, ma l'impegno di limitarmi al tempo assegnatomi non mi consente di farlo.

Altri colleghi li hanno affrontati, o li affronteranno, certamente di gran lunga meglio di me. Onorevole Ministro, noi poniamo piena fiducia nella sua illuminata capacità ed attività, ormai da tutti apprezzata e riconosciuta, e siamo certi che il Ministero della sanità da lei guidato raggiungerà al più presto quella organicità che, con tanto calore, ha auspicato l'onorevole Criscuoli nella sua brillante relazione. (*Applausi dal centro*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Scotti, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato. Si dia lettura dell'ordine del giorno.

C E M M I , *Segretario:*

« Il Senato,

rilevato che il Ministro della sanità, con decreto pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 78 del 28 marzo 1961, ha autorizzato la additivazione delle benzine con tetrametile di piombo;

ritenuto che alcune aziende petrolifere hanno già provveduto a porre in vendita benzina miscelata con il predetto additivo;

considerato che l'uso di tale sostanza, a causa della sua elevata tossicità, è estremamente pericoloso, in quanto libera nell'atmosfera, a contatto con la benzina additivata, un quantitativo di piombo superiore da 70 a 100 volte rispetto a quello del piombo tetraetile attualmente usato, con corrispondente inevitabile aumento del pericolo di inalazioni tossiche;

ritenuto che particolarmente notevoli sono i rischi insiti nell'impiego del tetraetile di piombo, a causa della inesistenza di efficaci mezzi di controllo diretti ad arre-

stare il manifestarsi di intossicazioni ai danni di coloro che, come gli addetti alla lavorazione delle benzine, ai distributori e gli utenti dei veicoli, sono esposti all'azione nociva delle sostanze contenute nei vapori di benzina;

tenuto conto, in particolare, che i composti organici di piombo, quando vengono sorpassati determinati limiti di tossicità, producono, se assorbiti anche per via polmonare, gravi lesioni ai reni, al fegato, alle gonadi maschili, al sistema nervoso, ai vasi sanguigni e ad altri tessuti;

rilevato che la esistenza dei pericoli enunciati è tanto vera che, ad esempio, la Autorità sanitaria della Repubblica Elvetica ha vietato l'uso del piombo tetrametile quale additivo della benzina proprio in considerazione dell'elevato potere tossico di tale prodotto aggiunto,

impegna il Governo, nel preminente interesse della salute pubblica, a disporre la revoca immediata del provvedimento con il quale è stata autorizzata la additivazione delle benzine con tetrametile di piombo ».

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

S C O T T I. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Ministro, lasciate che anch'io sacrifichi alcuni minuti del rito — lo chiamerò così e non è irriverenza la mia — della discussione generale sullo stato di previsione del bilancio in esame. Dovrei protestare per il poco tempo assegnato? Non lo farò, tanto più che ancora oggi, *more solito*, anche se avessimo molte ore a nostra disposizione, non una virgola, anche se erroneamente collocata, riusciremmo a spostare nel disegno di legge n. 1420 che stiamo discutendo. Inutile fatica quindi la nostra? Dipende, a mio avviso, da ciò che si dice, se si è conformisti o franchi nel dire pane al pane e vino al vino, come, mi pare, si è fatto finora e come normalmente facciamo, colleghi dell'11ª Commissione, nella non austera Aula della nostra Commissione, non austera dal punto di vista esteriore, ma nella quale si svolge il vero lavoro legislativo. Ritengo, comunque, che anche da questa corsa di un

giorno e mezzo può uscire qualcosa di benefico per la pubblica salute.

Nella divisione dei compiti non mi è toccato quello di trattare questioni generali: impostazione di bilancio, legge istitutiva del Ministero, ospedali, ospedalieri, medicinali ed altre, su cui il parere è già stato espresso da colleghi del mio Gruppo e di altri Gruppi. Mi si consenta tuttavia di motivare l'impossibilità di dare il nostro voto favorevole al bilancio proprio facendo mie alcune pregevoli osservazioni critiche del senatore Criscuoli, diligente relatore al quale va il merito di avere egregiamente condotto a termine un lavoro non certo facile e quasi sempre ingrato.

Orbene sono d'accordo con lei, senatore Criscuoli, che non ha dimenticato, anche se relatore in sede politica di un bilancio, di essere medico coscienzioso e stimato, quando dice, dopo aver elencato le più gravi malattie, all'inizio della sua relazione, che l'esiguo stanziamento a disposizione del Ministero della sanità, quasi immutato per il prossimo anno — appena un miliardo e 692 milioni in più — non consente, purtroppo, alcun miglioramento o innovazione, e costringe all'immobilismo la politica sanitaria del Paese. È già un'affermazione che ci spiega tutto quello che finora è stato detto e la situazione imbarazzante nella quale tutti noi ci troviamo nell'intervenire. Ed ancora sono d'accordo con lei quando dice che il Ministro della sanità prevedeva nella sua domanda un incremento al bilancio per l'esercizio 1961-62 di 25 miliardi, ma che l'aumento concesso è stato quasi nullo, ed i buoni e validi progetti formulati sono destinati a non essere realizzati per ora, perchè non è possibile, dati gli ostacoli, agire con prontezza e decisione per rimuoverli.

E ancora — mi scusi se la cito troppo, ma è inutile ripetere con le mie parole quello che è consacrato nella relazione di maggioranza — lei dice che è da constatare che l'attrezzatura ospedaliera italiana è inadeguata al progresso scientifico e non è ancora in grado di fronteggiare le esigenze sanitarie. Su questo argomento a lungo e con competenza ha parlato il nostro collega Tibaldi. È interessante rilevare come lei, appellandosi a quell'articolo 32 della Costitu-

zione che il ministro Giardina ha asserito di tenere sempre sul suo tavolo in un quadretto, non so se per accendervi un moccolo ogni mattina o per tradurlo in realtà, affermi che circa 4 milioni di poveri restano nel nostro Paese ancora esclusi da ogni forma di assistenza perchè affidati ai comuni, i cui bilanci deficitari non consentono, nella massima parte dei casi, di assolvere a tale compito. Struttura, dunque, disuguale, frammentaria, inadeguata e inaccettabile, che è riuscita oltretutto a scontentare in ugual misura medici e ammalati. « La medicina è malata », è il titolo di un interessantissimo libro del dottor Giovanni Berlinguer, e ne conviene anche lei, onorevole relatore. Non citerò altre sue osservazioni critiche che condividerò pienamente. Pensavo perciò di arrivare alla fine della relazione e trovarvi il suo invito al Senato a votare contro il bilancio della Sanità. So benissimo che queste sue osservazioni e critiche non volevano restare un pianto greco, perchè conosco il suo spirito di innovazione e di progresso; eppure lei ha dovuto pregare comunque, alla fine, molto sommestamente, per la verità, di approvare il bilancio.

Ebbene, onorevoli colleghi, non è con i pannicelli caldi che si guarirà questa medicina malata. Non è con poco più di 1 miliardo e 600 milioni di aumento, su quell'esiguo bilancio di 50 miliardi, che noi potremo fare i passi che sono necessari, per i quali occorrono invece, come si suol dire, gli stivali delle sette leghe.

Io ricordo che il Presidente della 11ª Commissione, senatore Benedetti, relatore per il bilancio 1959-60, chiedeva già allora nella sua relazione un aumento di 26 miliardi, « il minimo necessario — scriveva — per un serio programma minimo di politica sanitaria ». Invece l'aumento, se non erro, — la matematica non è il mio forte — in questi tre anni ammonta a circa quattro miliardi in tutto.

Siamo dunque ben lontani dai 26 miliardi richiesti allora dal presidente Benedetti come il minimo indispensabile per poter procedere alla soluzione dei più importanti problemi.

Potremmo anche essere tutti d'accordo sulla necessità, a mio parere urgente, di rive-

dere i limiti ed i compiti del Ministero del lavoro e della previdenza sociale e quelli del Ministero della sanità, e di propendere per esempio per l'attribuzione al Dicastero della sanità di quei compiti che abbiano attinenza con la medicina, l'igiene, la sicurezza sociale, e di impiegare in modo più razionale, più organico, i circa 900 miliardi che si spendono in Italia per l'assistenza agli ammalati: tale infatti è la cifra fornita dal ministro Giardina otto mesi or sono a conclusione della discussione del bilancio. Ma, onorevoli colleghi di ogni parte, e voi specialmente colleghi dell'11ª Commissione — buona, affiatata famiglia, con Benedetti in qualità di *pater familias* — in questi tempi di complicate convergenze, convergete un momento con me denunciando come responsabili primi di tale insostenibile situazione nel campo sanitario i Governi che da anni si susseguono a quel banco e la loro politica generale. E non è vero che i miliardi non ci sono, perchè quando si vuole si trovano: il collega Lombardi ha accennato alla guerra; si potrebbe accennare anche alla Polizia.

Io, che, naturalmente, sono ben d'accordo sulla necessità di celebrare il centenario delle nostre lotte del Risorgimento per l'Unità d'Italia, posso dire che decine di miliardi si sono trovati rapidamente per le manifestazioni « Italia '61 », e non sempre questi miliardi sono stati utilmente spesi.

Continueremo allora ogni anno a recriminare, dal relatore ai colleghi di ogni parte, fino al Ministro che vuole che il suo Dicastero possa fare qualcosa? Onorevole ministro Giardina, mi consenta di dirlo: lei è sempre tanto signorilmente cortese da disarmare talvolta anche il suo più severo critico, ma nel Consiglio dei ministri sia meno cortese, si batta come un mastino per il suo Dicastero, che deve essere davvero l'attivo garante della salute degli italiani.

Non siamo mai stati, noi comunisti, non siamo e non saremo mai per il tanto peggio tanto meglio. Lo sapete bene, onorevoli colleghi, e sanno di mentire coloro che osano affermare il contrario. Lei ha chiesto 25 miliardi, le hanno dato una briciola che non consente, come scrive il relatore, alcun miglioramento od innovazione e costringe all'immobilismo la politica sanitaria del Paese.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Io non ho chiesto i 25 miliardi. Non so come questa cifra sia uscita fuori.

S C O T T I . Io leggo quello che è stampato nella relazione del senatore Criscuoli, non invento nulla. Male, allora: doveva battersi per chiedere anche di più e poi venire qui a dimostrare che non glielo avevano dato.

Comunque, si accorge, signor Ministro, proprio da quello che sta dichiarando, che anche lei è responsabile di questa situazione, essendo membro di questo Governo, responsabile, come minimo, di grave incuria nei riguardi della politica sanitaria del Paese? Di qui non si scappa.

È proprio giusto continuare nel nostro faticoso lavoro di rammendatori, di rappezzatori? Continuiamo pure, ma al tempo stesso prepariamoci ad affrontare con serietà, senza prevenzioni e preclusioni, l'esame, che presto farà anche il Senato, di vari progetti di legge, e tra essi di quello recentemente presentato alla Camera dagli onorevoli Novella, Santi ed altri dirigenti della Confederazione generale del lavoro, per l'istituzione in Italia di un sistema di sicurezza sociale, che propone un servizio sanitario nazionale, universale e gratuito, il quale, a mio avviso, potrà risolvere il difficile rebus che da anni è il nostro rompicapo. Non posso, per non superare i tempi stabiliti, soffermarmi sull'argomento; avremo occasione di dibatterlo fra non molto.

Desidererei dire specificamente qualcosa su due problemi, quello dell'inquinamento atmosferico e quello dei tumori maligni. L'eminente collega Monaldi e l'onorevole D'Albora mi hanno preceduto, mi hanno tagliato un po' l'erba sotto i piedi, ma gliene sono sinceramente grato.

Sono lieto che il collega D'Albora abbia ripreso il grave problema dell'inquinamento atmosferico, con precisazioni tecniche, da ingegnere competente. Otto mesi fa in quest'Aula, in sede di discussione del bilancio della Sanità, ho avuto l'onore di esaminare ampiamente il problema dal lato sociale, sanitario, tecnico e legislativo. Ho denunciato l'anomalia di una discussione troncata in Commissione in sede deliberante, il 16 luglio 1959 — sono passati due anni ormai — di

un disegno di legge presentato il 20 novembre 1958, e ciò, nonostante che la stragrande maggioranza dei colleghi fosse d'accordo nella sostanza, come anche l'onorevole Ministro, pur manifestando ovviamente l'intenzione di completare quel disegno di legge e di perfezionarlo. Ma io non chiedevo e non chiedo di meglio, e con me tutti coloro che si occupano della materia. Altro non domando che un attivo intervento del Ministero della sanità per aggiornare e completare la legislazione carente in modo preoccupante in tale campo.

La situazione, è doveroso dirlo, si è oggi aggravata. Gli sforzi di alcune municipalità, con la collaborazione degli uffici d'igiene comunali, dei laboratori provinciali e degli istituti universitari, non sono stati o sono stati ben poco aiutati dal potere centrale. Me ne dolgo. Anche lei, senatore Criscuoli, se n'è dimenticato, non ne ha fatto alcun cenno nella relazione. Eppure grida d'allarme ci provengono da ogni parte e particolarmente da recentissimi congressi, convegni e simposi tenutisi a Milano, Bologna, Torino ed in altre città d'Italia.

Nel marzo scorso, ad esempio, il Consiglio provinciale di Venezia, riferendosi alla preoccupante situazione di Porto Marghera, ha approvato un ordine del giorno in cui, rilevato che lo stato di inquinamento dell'aria risulta grave e tale da destare vivissime preoccupazioni di ordine igienico e sanitario anche per il centro di Venezia, invitava le autorità competenti ad intervenire per accertare l'esistenza o imporre l'adozione di mezzi preventivi nell'interno degli stabilimenti. Nel maggio scorso, a Salsomaggiore, nel simposio sull'aspetto medico dell'incidente stradale — voglio accennarne in riferimento a quanto ha detto poco fa il senatore Macaggi in materia — il professor Puntoni non ha escluso che gli inquinamenti atmosferici possano incidere nella provocazione degli incidenti stradali. «È assai probabile — sono parole del professor Puntoni — che all'occorrenza vi giochino la loro parte, attraverso una menomazione delle normali attività fisico-psichiche e, in particolare, dei riflessi dei conducenti».

Senza parlare poi — e non lo farò stasera — dell'inquinamento atmosferico causato dalla radioattività crescente.

Desidero risparmiarvi, onorevoli colleghi, l'elencazione dei gravi danni causati alla salute ed al benessere dei cittadini dall'inquinamento atmosferico. Mi rimetto, come ho premesso, al mio intervento dell'ottobre scorso e vi invito a riflettere su quanto ha detto stamane il collega Monaldi a proposito dei tumori maligni. Che fare? Anche qui non ripeterò quanto ho esposto in passato e quanto ha indicato stamane il collega D'Albora; ci sono gli atti che parlano chiaramente.

Ho letto sulla stampa che il 19 maggio il Governo francese ha fatto approvare dalla Camera una legge che impone vari provvedimenti per limitare ed evitare la contaminazione dell'atmosfera; purtroppo non sono ancora riuscito a venire in possesso di questo corpo di leggi.

Ma che abbiamo fatto noi, al centro, signor Ministro? Che fanno gli uffici del suo Dicastero? Desidero saperlo, so che qualcosa si è fatto, ma purtroppo non se ne vedono i risultati. Mi spiace dirlo, ma talvolta ho l'impressione che si faccia l'opposto di quello che si dovrebbe fare, e mi spiego subito. Vediamo, ad esempio, il decreto ministeriale da lei firmato, onorevole Ministro, e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 28 marzo scorso, che ha autorizzato l'additivazione (neologismo un po' cacofonico, ma così si dice) delle benzine con tetrametile di piombo.

Il collega Montagnani ed io abbiamo presentato in proposito un'interpellanza ai primi di maggio, ed una interrogazione è stata presentata all'altro ramo del Parlamento. Non avendo ancora avuto risposta, ho presentato ora un ordine del giorno che illustrerò brevemente.

Signor Ministro, ella è un valente giurista, ma so che conosce anche bene — proviene da una famiglia di illustri medici — la nocività dei composti di piombo organico; sa benissimo che cosa è il saturnismo, cioè l'avvelenamento da piombo.

L'illustre clinico Ceconi, nel suo « Trattato di medicina interna », dice tra l'altro, a proposito del saturnismo: « Negli avvelenamenti cronici il piombo è distribuito negli organi e tessuti di elezione, fra i quali il primo è il fegato, quindi vengono i reni, la sostanza grigia del cervello, il midollo spinale, le ossa, i polmoni, i muscoli, i denti, la placenta ».

I colleghi medici — e sono qui in maggioranza — sanno che da circa 40 anni si impiegano i composti organici di piombo nelle benzine, come agenti antidetonanti e per aumentarne il numero di ottani. Il tetraetile di piombo ha avuto il primo posto tra gli agenti antidetonanti per la sua efficacia e le sue caratteristiche fisiche. Negli ultimi tempi alcune società petrolifere hanno studiato la possibilità di additivare benzine con tetrametile di piombo, sfruttando in tal modo un vecchio brevetto. Si tratta di un altro composto piombo-organico da impiegare in sostituzione o in miscela col piombo tetraetile. La ragione di questa scelta è data: primo, dalla particolare natura del composto piombo-organico tetrametile, che presenta una altissima volatilità; secondo, dalla particolare qualità delle benzine con le quali tale composto dovrebbe essere additivato.

Orbene, in proposito si può rilevare che esiste una notevole differenza per la stessa benzina e con lo stesso composto piombo-organico, tra il numero ottano-*research* (quello scritto sulle pompe) ed il numero ottano-strada, quello effettivo realizzato nel motore. Generalmente quest'ultimo è inferiore al primo. La differenza si chiama declassamento.

L'additivazione di tetrametile di piombo dovrebbe servire ad aumentare il numero di ottano-strada, e quindi a diminuire il declassamento delle benzine, proprio di quelle benzine che presentano questo fenomeno in misura più elevata, e cioè delle benzine meno pregiate.

Dirò subito, per non farvi attendere troppo, che interessate all'impiego del tetrametile di piombo sono particolarmente la Esso e la Mobil. È significativo il fatto che la Esso abbia rinunciato, dopo un iniziale annuncio, a propagandare il nuovo additivo sotto il suo vero nome. La pubblicità della Esso fa riferimento infatti ad una nuova benzina super « plus 61 », che, da analisi fatte in alcune città italiane, da Palermo a Milano, da Cagliari a Genova, da Napoli a Torino, sembra contenga egualmente tetrametile di piombo in dosi notevoli. La Mobil, che fa invece la pubblicità al « tetramel », non ha avuto timori di sorta.

L'omissione di un chiaro riferimento al tetrametile di piombo nella recente pubbli-

cità della Esso è assai significativa. Non è escluso sia dovuto all'interpellanza parlamentare e all'interrogazione contro l'adozione del nuovo additivo.

Chiedo venia ai colleghi, data anche l'ora tarda, se mi addentro ancora per alcuni minuti in dati tecnici. Ritengo doveroso e necessario farlo per ovvie ragioni, perchè sollevi una questione grave. Il Presidente della nostra Commissione, l'egregio collega Benedetti, il collega Samek Lodovici, e altri colleghi della Commissione di cui ho l'onore di far parte, e anche lei, onorevole Ministro, sono certo mi comprenderanno meglio specialmente dopo la conclusione recente del faticoso, non vano lavoro fatto insieme per modificare articoli antiquati del testo unico delle leggi sanitarie del 1934 circa la disciplina igienica della produzione e vendita delle sostanze alimentari.

Non è vero, onorevoli Benedetti e Samek Lodovici, che gli additivi erano diventati un vero incubo per noi? E ora eccoci offerto un bell'aerosol di tetrametile di piombo. Sono certo che i colleghi, e spero anche il Ministro, approveranno pienamente il mio ordine del giorno perchè è bene ricordare che la massima proporzione di piombo tetraetile consentita dalle norme finora in vigore era di 0,5 centimetri cubi per 1000 centimetri cubi di benzina normale, e di 0,6 centimetri cubi per 1000 centimetri cubi di super carburante. Il decreto ministeriale 14 marzo 1961 ha elevato tale proporzione a centimetri cubi 0,8 per mille per benzina normale e « super », aggravando quindi la potenziale velenosità della benzina. Inoltre ha consentito, su richiesta di alcune ditte distributrici che ho nominato, l'uso di una proporzione limite di 0,55 centimetri cubi di piombo tetrametile per mille centimetri cubi di benzina normale e « super ». Nel fissare tali limiti non si sa fino a che punto si sia tenuto conto del fatto che il composto organico piombo tetrametile presenta, rispetto a quello attualmente in uso — cioè il piombo tetraetile — un grado di volatilità enormemente più elevato, liberando perciò nell'atmosfera, a contatto con la benzina additivata, un quantitativo di piombo superiore da 70 a 100 volte rispetto a quello del piombo tetraetile.

A titolo di esempio, basterà considerare che, quando la benzina contiene grammi 0,53 di piombo per litro (quantità massima consentita per la benzina normale dalle norme C.U.N.A. — la C.U.N.A. è la commissione tecnica di unificazione dell'autoveicolo — che ha fissato il limite di 0,53, inferiore al limite minimo ammesso dal decreto del Ministero in oggetto, che è dello 0,80), dicevo che, quando la benzina contiene grammi 0,53 di piombo per litro, la quantità di piombo contenuta in un metro cubo d'aria satura di vapori di benzina additivata, ad una temperatura di 20 gradi, è di un milligrammo di piombo nel caso del tetraetile e di 100 milligrammi di piombo nel caso del tetrametile. Questo dimostra che la quantità di piombo che si respira con i vapori di benzina additivata è molte volte superiore quando l'additivo usato è il tetrametile anzichè il tetraetile.

A titolo di informazione si può ricordare che, secondo quanto scritto in un celebre trattato di tossicologia chimica del dottor Hervey B. Elkins, per evitare un'azione tossica del piombo per inalazione di aria inquinata, la sua concentrazione non deve superare milligrammi 0,10 di piombo metallo-organico per metro cubo.

Da notare che, per questa grave tossicità, alcuni Paesi europei, nei quali è stata avanzata domanda da parte delle società petrolifere per la additivazione di benzina con piombo tetrametile, hanno negato tale autorizzazione, iniziando un'accurata indagine per accertare il grado effettivo di nocività del nuovo composto e predisporre eventualmente i più opportuni mezzi di salvaguardia e protezione. Come esempio si può citare la Svizzera, dove una commissione federale, esperite le doverose indagini, ha respinto, in base a considerazioni attinenti la sanità pubblica, la proposta di modificare le disposizioni preesistenti, ed ha impedito così l'additivazione del tetrametile di piombo alla benzina.

Signor Ministro, spero che qui « le sette sorelle » non c'entrino affatto: nel premiente interesse della salute pubblica dia le opportune disposizioni per l'immediata revoca del provvedimento, del quale ho forse parlato anche troppo a lungo.

Onorevoli colleghi, signor Ministro, era mio intendimento trattare un altro problema che preoccupa, angoschia, spaventa sempre più la nostra popolazione: quello dei tumori. Non lo farò, dopo quanto ha detto stamane, con scienza e coscienza, il collega Monaldi. Signor Ministro, dobbiamo affrontare con ogni mezzo questo flagello dell'umanità di oggi, che, come diceva Monaldi, può divenire ancor più tremendo per i nostri figli e i nostri nipoti. Soprattutto ci vogliono più mezzi ed una loro migliore utilizzazione. Oggi gli scarsi fondi non sono sempre bene utilizzati: non c'è infatti organicità nell'organizzazione della lotta contro i tumori. Urge aumentare i corsi di oncologia per i medici, e bisogna sovvenzionare i medici che frequentano tali corsi, affinché siano in maggior numero e possano, come per esempio avviene nell'Istituto del cancro di Milano (dove il corso dura 30 giorni), frequentarli senza preoccupazione di carattere finanziario.

Il Paese attende misure concrete ed efficaci in materia. Urge un generoso e coordinato impegno, sia nel campo della ricerca fondamentale che in quello della profilassi, della terapia e dell'assistenza ai cronici. Il disegno di legge che è stato presentato dai colleghi Montagnani, Mammucari e da chi vi parla, per l'istituzione di un Comitato nazionale per la ricerca scientifica sui tumori, vuole occuparsi specialmente della ricerca fondamentale, della ricerca più elettivamente scientifica sui tumori, la quale costituisce, a nostro avviso, uno strumento essenziale della complessa attrezzatura anticancerosa di un Paese civile.

So che si sono già manifestati dei pareri discordi: ne discuteremo in sede più opportuna. L'importante è agire con mezzi adeguati contro il flagello dei tumori. Noi abbiamo fiducia nella scienza e nei ricercatori e fiducia e rispetto per i medici e per il personale sanitario che, salvo le solite eccezioni che confermano la regola, adempiono tra mille difficoltà la loro nobile missione. Ma tocca a noi legislatori, senza eccessiva diplomazia, con franchezza e decisione, sostenuti da una grande passione e da viva sensibilità umana, denunciare peccati, errori, storture dei governanti, quando si tratta di tutelare la salute

e la vita dei cittadini. (*Applausi dalla sinistra*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Gatto, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato. Si dia lettura dell'ordine del giorno.

C E M M I , Segretario:

« Il Senato,

considerato che sul fenomeno della mortalità infantile, ancora notevolmente elevato in Italia in confronto ad altre Nazioni, incide prevalentemente la mortalità perinatale;

considerato che quest'ultima è dovuta quasi totalmente a cause materne, ad accidenti del parto, ad immaturità ed a malformazioni congenite,

invita il Governo a predisporre un piano organico di prevenzione della mortalità perinatale che si articoli nei seguenti punti:

a) istituzione della visita prematrimoniale obbligatoria;

b) istituzione dei consultori di genetica, iniziando dalle città attualmente in possesso di sufficienti attrezzature;

c) massima estensione dei centri di preparazione al parto fisiologico o indolore;

d) adeguamento delle possibilità, anche finanziarie, dell'O.N.M.I. nel campo dell'assistenza medico-preventiva alla madre ed al neonato;

e) pratica attuazione del diritto di ogni madre, da qualsiasi ente assistita, ad espletare il parto in reparti ospedalieri ostetrici;

f) massima estensione dell'assistenza all'immaturo con i mezzi più progrediti;

g) rigorosa applicazione della legge per la tutela della madre lavoratrice ».

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

G A T T O . Va rilevato come positivo il fatto che la relazione di maggioranza abbia dato largo posto ad un'analisi della situazione sanitaria della prima infanzia, e in particolare ai dati concernenti la mortalità in-

fantile. La relazione non ha potuto fare a meno di far notare che la nostra posizione, nei confronti di quella di altre Nazioni, rispetto ai quozienti di mortalità infantile, non appare proporzionata allo sviluppo civile ed economico che si è verificato in Italia in questo ultimo decennio.

Ma se andiamo ad approfondire questi dati, se ci serviamo anche di altre statistiche ufficiali, all'infuori di quelle riportate nella relazione di maggioranza, noteremo aspetti ancora più interessanti del fenomeno della mortalità infantile che, nell'anno precedente il secondo conflitto mondiale, in Italia superava di poco il 100 per 1000, mentre oggi è discesa al 45 per 1000 circa. Mentre negli anni anteguerra erano in migliori condizioni delle nostre soltanto i Paesi del Nord-Europa, l'Australia, la Nuova Zelanda (beninteso la popolazione bianca), ed anche alcuni Stati dell'Europa centrale, oggi noi ci troviamo in condizioni peggiori rispetto a Nazioni come la Spagna e la Grecia (sia detto senza intenzione offensiva verso tali Stati), il che ci indica come altri siano andati avanti rispetto a noi, superando dislivelli che erano maggiori di quelli che oggi ci separano dalle Nazioni più avanzate nel campo sanitario.

Queste distanze internazionali sono diventate oggi veramente enormi, se, di fronte al nostro 45 per mille come quoziente di mortalità infantile, stanno dati come quelli concernenti la Svezia e l'Olanda, intorno al 16 per mille, quello concernente la Svizzera e l'Inghilterra, del 22 per 1000, e quello concernente la Francia e la Cecoslovacchia, nazioni piuttosto assimilabili alla nostra come condizione complessiva, del 29 per mille.

Quali le ragioni? Anzitutto, se andiamo a guardare all'interno del nostro Paese dividendolo per zone, vediamo che, mentre alcune zone economicamente sviluppate si sono notevolmente avvicinate ai quozienti di mortalità infantile, diciamo così, medio-europei, altre zone ne sono rimaste enormemente distanti. Di fronte a un quoziente di mortalità infantile, per il 1957, del 32 per mille in Toscana, abbiamo l'89 per mille nella Basilicata, e segniamo quozienti anche discretamente elevati in alcune regioni settentrionali come la Val d'Aosta e il Trentino, che superano entrambi il 45 per mille. Se poi andiamo a guar-

dare alcuni aspetti particolari della situazione della prima infanzia, o, diciamo meglio, della mortalità infantile nel periodo che sta a cavallo dell'affacciarsi alla vita, se guardiamo, per esempio, i dati concernenti la mortalità neonatale e la natimortalità, ci accorgiamo che essi hanno un parallelismo che ci fa considerare i due fenomeni quali soggetti agli stessi fattori, quali dipendenti dalle stesse cause. La mortalità infantile nel primo decennio del secolo era del 160 per mille e oggi è arrivata al di sotto del 50 per mille. La natimortalità all'inizio del secolo era del 43 per mille; oggi è superiore ancora al 25 per mille. Lo scarto che separa la mortalità infantile nel decorso tra il primo decennio del secolo e gli anni che viviamo è molto più grande di quello che separa gli stessi dati per la natimortalità; e la distanza internazionale che separa i nostri coefficienti di mortalità infantile è meno ampia di quella che separa i dati nostri della natimortalità da quelli di altre Nazioni. Basti pensare che di fronte al 25,7 per mille riscontrato in Italia, abbiamo l'11,9 per mille in Olanda; il che ci dà uno scarto di circa due terzi da quello di altre Nazioni europee. E per la mortalità neonatale dobbiamo verificare lo stesso fenomeno. Se guardiamo al nostro Paese ed analizziamo la distribuzione per età dei 45 mila morti prima che avessero compiuto un anno di vita, per il 1957 vediamo che più di 8 mila sono morti nel primo giorno di vita (dobbiamo considerarli probabilmente come nati non vitali); più di 16 mila sono morti nella prima settimana; quasi 23 mila al primo mese.

Il che ci dice senz'altro che, se noi vogliamo portare il coefficiente di mortalità nel nostro Paese al livello di quelli di Nazioni che hanno lo stesso sviluppo economico e civile, la nostra attenzione dovrà rivolgersi verso le condizioni della primissima infanzia, verso le condizioni dell'infanzia nella prima settimana e nel primo mese di vita e, come ci dicono i dati concernenti la natimortalità, verso le condizioni dell'infanzia quando è ancora allo stato embrionale, quando è ancora nel grembo materno. Il rischio di morte negli ultimi 10 anni, per riferirci a un periodo molto vicino a noi, si è ridotto di due terzi per il quarto trimestre di vita, della metà per il periodo che va dalla seconda settimana a tut-

to il nono mese, di appena un decimo nella prima settimana. La distanza internazionale che ci separa da altre Nazioni in materia di mortalità neonatale è espressa ancora una volta dal dato riscontrato in Olanda, dell'11,9 per mille in confronto a quello italiano del 25,7 per mille. Tale distanza non accenna a diminuire nel tempo. Ed infatti nei Paesi più avanzati, in Olanda e in Svezia, tra il 1940 e il 1955, abbiamo avuto una diminuzione della mortalità neonatale che va intorno al 40 per cento, tra i singoli dati dei rispettivi anni; mentre in Italia questa diminuzione è del 30 per cento. La distanza che separa i dati concernenti la condizione sanitaria della prima infanzia in Italia da quella delle Nazioni più avanzate, invece di raccorciarsi, aumenta. Se andiamo a guardare più specificatamente nell'indagine statistica quali siano i fattori che agiscono negativamente in Italia nella condizione della primissima infanzia, nella condizione quindi anche della madre gestante negli ultimi mesi, vediamo — e mi spiace di non poter citare questi dati per mancanza di tempo — che sono sì di ordine sanitario ma anche di ordine ambientale, sociale e costituzionale. Un elenco delle malattie che danno luogo a mortalità perinatale in Italia ci dice che esse sono presso a poco interamente costituite da anomalie della gravidanza e del parto, da malformazioni congenite o da immaturità.

Dobbiamo quindi attribuire la forte diminuzione verificatasi nella mortalità infantile generale, ossia nel primo anno di vita, quasi esclusivamente ai progressi terapeutici: all'introduzione della terapia sulfamidica e antibiotica, alla maggiore possibilità di usufruire di questi mezzi che si è avuta con la maggiore diffusione dell'assistenza sanitaria in questi ultimi anni; mentre assai poco questi progressi terapeutici hanno influito sulle sorti del neonato, del bambino appena venuto alla luce.

Ora, poichè non solamente io, ma quanti si occupano di statistica sanitaria e sociale in genere considerano la mortalità infantile come un indice tra i più sensibili delle condizioni di vita e del progresso sociale di un Paese, se noi vogliamo condurre l'Italia almeno a quella media europea in cui troppo spesso ci si dice che rientriamo, dobbiamo far

sì che l'azione di prevenzione sociale e di prevenzione medica nei riguardi dell'infanzia sia, oggi più che mai, diretta ed intenta allo sviluppo dell'organismo infantile nei primi giorni, nel primo mese di vita. Dobbiamo rivolgere di più la nostra attenzione alle condizioni della gestante e far sì che sia il parto, sia le condizioni in cui la gestante si presenta al parto siano sorvegliati strettamente e non diano luogo a quegli incidenti casuali che vengono spesso attribuiti a cause che non sono quelle reali, ma che sono cause costituzionali proprie della madre stessa, e che mantengono così alte le statistiche della mortalità perinatale e della mortalità neonatale in Italia.

Questo è il senso dell'ordine del giorno che ho presentato all'Assemblea, e che intende richiamare l'attenzione del Governo sulla necessità di predisporre un piano organico per affrontare il problema della mortalità perinatale in Italia come va affrontato. E se in questo ordine del giorno è elencato, come punto di articolazione di un piano di tale natura, anche l'obbligo della visita prematrimoniale che molti Stati europei hanno già introdotto, devo concordare in ciò con il relatore di maggioranza che ha ravvisato in questo mezzo di prevenzione uno strumento efficace per il fine che ci proponiamo di raggiungere.

Naturalmente, se questo mezzo, che noi suggeriamo al Ministero, nell'elaborazione di un piano rimanesse isolato e non venisse accompagnato da una corrispondente azione nel campo della genetica applicata, a mezzo della istituzione di consultori pubblici di genetica (istituzione che potrebbe cominciare almeno nelle città universitarie che sono sufficientemente attrezzate per farlo), la visita prematrimoniale rimarrebbe un puro espediente di carattere formale, senza seria incidenza sulla prevenzione della mortalità nella prima infanzia. Così pure se noi indicassimo ed attuassimo una più estesa assistenza alla madre gestante dal punto di vista medico preventivo, se anche estendessimo maggiormente quella pratica della preparazione al parto fisiologico indolore, ma trascurassimo una rigorosa applicazione della legge di tutela per la madre lavoratrice, che dopo dieci anni, in buona parte, a causa dell'inadempienza da parte degli industriali, ri-

mane lettera morta, noi non faremmo niente di positivo al riguardo. Così pure potremmo avere, da parte dei medici, un bel predicare e consigliare alla madre una più frequente ospedalizzazione per il parto, se non agissimo sugli istituti previdenziali che riservano il parto in ospedale unicamente ai casi che presentano preventivamente un certo pericolo per il nascituro o per la madre. La madre assistita dagli istituti previdenziali ha diritto di espletare il parto in istituto ospedaliero, e l'ospedalizzazione precoce è il mezzo più efficace per diminuire la mortalità per accidente da parto o per anomalie degli organi genitali.

È quindi attraverso una serie di punti articolati che un piano di tale natura può essere elaborato, con un adeguamento degli stanziamenti destinati agli organismi come l'O.N.M.I., che tuttora possiamo considerare quasi i soli ad esplicare una vera funzione di medicina preventiva per l'infanzia (*Applausi dalla sinistra. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Benedetti. Ne ha facoltà.

BENEDETTI. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, devo far subito una prima constatazione. Gli interventi avvenuti finora sono legittimamente orientati verso una critica costruttiva, riguardante il funzionamento del Ministero della sanità, critica costruttiva che non è diretta al Ministro, ma al Governo. Noi dobbiamo dare atto che il Ministro fa quanto può affinché si attui finalmente in Italia una politica sanitaria veramente organica e razionale. La concordanza di rilievi da tutti i banchi dimostra la serenità e la passione con la quale questo problema è visto e sentito da tutti noi.

Il problema fondamentale — ripeto quello che hanno già detto altri colleghi — è quello degli ospedali, il quale va assolutamente risolto. Sono ormai tre anni che ne discutiamo e che qui si annuncia continuamente l'imminente sua soluzione. Noi comprendiamo, onorevole Ministro, che non è un problema che può risolvere lei, ma che va risolto dal Governo collegialmente e soprattutto dai Ministri del bilancio e del tesoro, perchè sono necessari fondi adeguati per risolvere l'an-

nosa questione dei posti-letto. Attraverso questa soluzione, noi risolveremo anche il problema del rapporto tra medici ed amministrazioni ospedaliere, facilitando enormemente i compiti del Ministero e contemporaneamente compiendo un passo notevole verso l'attuazione pratica dell'assistenza sanitaria in Italia.

Un altro problema, toccato dal senatore Macaggi, riguarda le mutue. Egli ha fatto un'osservazione veramente sensata: si tratta di educazione mutualistica mancata. È un dato di fatto: noi ci troviamo di fronte ad una constatazione che non possiamo nel modo più assoluto ignorare. L'assistenza sanitaria implica l'assistenza per tutte le malattie, tutte o quasi tutte simulabili. Calco l'accento sulla parola « simulazione » perchè ci troviamo moltissime volte di fronte ad una situazione grave, che finisce col danneggiare l'istituto mutualistico, il nome della mutualità e lo stesso buon nome dei sanitari. Bisogna assolutamente rimediare.

Altro problema, aperto da molto tempo e che occorre affrontare, è quello delle farmacie. Esso è divenuto annoso e non riusciamo a sbloccarlo per la cattiva volontà dei proprietari di farmacie, che si oppongono ad ogni modesta riforma, che permetta la capillarizzazione dei servizi farmaceutici fra le popolazioni. Noi abbiamo un bel preparare leggi, un bel dire di portare avanti il problema! Dobbiamo constatare che i signori farmacisti titolari ricorrono al Consiglio di Stato continuamente e sappiamo che a Roma vi sono 180 farmacie nuove, che devono essere aperte, che non sono aperte da anni appunto per questa carenza e per questa situazione di opposizione da parte dei farmacisti proprietari.

Allora, in questa situazione, ripeto quello che è un mio chiodo fisso, cari colleghi: bisogna avere il coraggio di prendere il toro per le corna ed arrivare alla liberalizzazione delle farmacie. Allora vedrete che i signori farmacisti si dovranno piegare per forza di fronte alla concorrenza dei collaboratori che potranno aprire le loro farmacie! Naturalmente questo metodo sarà corretto con farmacie di condotta, dove questo sarà necessario, magari stipendiate dallo Stato; siamo perfettamente d'accordo.

Un altro aspetto è quello concernente gli incidenti automobilistici. In quest'Aula si è parlato di diverse cose e direi, magari, di esulare dal nostro campo e vedere se il Ministro della sanità non voglia farsi promotore di una legge che riguardi la limitazione della velocità anche su strada, perchè questo è uno dei sistemi per prevenire gli incidenti. Noi ne abbiamo il diritto. È anche questo un mezzo terapeutico, è prevenzione anche questa; perciò dobbiamo esaminare concretamente anche questo aspetto della questione.

Un altro accenno è stato fatto per gli anticrittogamici, cioè per quei prodotti che vengono utilizzati contro gli insetti delle piante e che finiscono con l'alterare la struttura stessa degli alimenti che noi mangiamo. Leggiamo tutte le settimane, sui giornali, di contadini, di bambini che muoiono perchè hanno mangiato questi prodotti senza lavarli; e abbiamo dei casi anche nella mia provincia di Trento dove una famiglia intera è morta perchè, dopo quindici giorni di pioggia, quando si poteva pensare che l'insalata innaffiata con questi anticrittogamici fosse lavata sufficientemente dalla pioggia, ha mangiato quell'insalata senza lavarla in modo particolare; sono morti avvelenati! È un aspetto, questo, che dobbiamo assolutamente esaminare; è inutile pensare a proteggere le piante con gli insetticidi quando, con quegli insetticidi, finiamo per ammazzare gli uomini.

Non mi dilungo sulla questione dell'inquinamento atmosferico, toccata dall'amico Scotti. Desidero ricordare al senatore Scotti che se la Commissione non è andata avanti col ricordato disegno di legge è stato perchè vi è l'opposizione della 5ª Commissione e di fronte, se non al veto, per lo meno ad un rilievo preciso della Commissione finanze e tesoro, noi abbiamo mani e braccia legate, a meno di non portare quel provvedimento all'esame dell'Assemblea.

Signor Ministro, le critiche che lei ha sentito da parte dei membri di tutta la Commissione e di tutti i settori della Commissione, lo creda, sono critiche dettate dalla volontà di essere al suo fianco per vedere di realizzare finalmente in Italia un'assistenza sanitaria completa, totale, estesa a tutta la popolazione.

Le vorrei dire anche che mi richiamo a quanto avevo detto nella prima relazione al

primo bilancio del Ministero della sanità: bisogna assolutamente che il Governo si persuada, se non vuole « sganciare » i 25 miliardi in una volta, a erogarli per lo meno in tre o quattro anni, ma deve arrivare finalmente a comprendere che non si fanno le nozze con i fichi secchi; e, soprattutto, in un settore così delicato come è quello della Sanità, la spesa che si fa non è mai una spesa inutile, anzi è un risparmio per lo Stato perchè salvaguardando la salute dei cittadini si risparmiano molte altre cose e molte spiacevoli sorprese.

Finisco con l'invocazione medesima di tre anni fa: riconosciamo che il Ministero della sanità è nato zoppo! Noi la preghiamo, onorevole Ministro, di mettersi finalmente e decisamente a fare l'ortopedico; noi saremo a suo fianco perchè finalmente si raddrizzi questo Ministero! (*Applausi dal centro. Congratulazioni*).

P R E S I D E N T E. È iscritto a parlare il senatore Lombardi, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato. Si dia lettura dell'ordine del giorno.

C E M M I, Segretario:

« Il Senato,

invita il Ministro della sanità a farsi promotore di leggi necessarie atte a riordinare gli Ospedali, le case di cura private, gli Enti mutualistici ed infine a promuovere anche a mezzo di leggi speciali l'organizzazione veterinaria che deve salvaguardare il patrimonio zootecnico nazionale ».

P R E S I D E N T E. Il Senatore Lombardi ha facoltà di parlare.

L O M B A R D I. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori; anche quest'anno il bilancio (1961-62) del Ministero della sanità presenta i medesimi capitoli, come negli anni precedenti e come quando c'era l'alto Commissariato per l'igiene e la sanità, con il solito abituale lievissimo aumento di spese di circa, per quest'anno, di 1 miliardo e 693 milioni.

Dopo questa sostanziale considerazione di ordine generale ci conviene domandarci, onorevole Ministro e onorevoli senatori: quale è

stata la necessità inderogabile ed il valore effettivo dell'istituzione del Ministero della sanità da anni tanto tenacemente propugnato e da circa 3 anni costituito? Le opinioni sono discordi: molti lo vedono come un ulteriore appesantimento burocratico dell'attuale sistema assistenziale imposto dalla medicina sociale, sempre più orientata verso la completa socializzazione e statalizzazione. Secondo altri, il nuovo Dicastero non è quello che gli studiosi di questioni sanitarie e i medici in particolar modo desideravano e desiderano; perchè ancora oggi molti istituti di igiene e di assistenza sanitaria sfuggono al suo controllo per competenza. Altri ancora, forse i più benevoli, pensano che il nuovo Ministero, essendo troppo giovane, non può affrontare una riorganizzazione completa della sanità pubblica, che, per l'enorme confusione che regna sempre di più su questa complessa materia, è sprovvista di quei provvedimenti necessari per dare i frutti benefici tanto desiderati e attesi.

Onorevoli senatori, sono queste fondamentali considerazioni di ordine generale che mi hanno costretto a leggere attentamente la relazione del senatore Criscuoli, la quale mette abbastanza bene in evidenza una buona parte delle deficienze organizzative e tecniche della sanità pubblica del nostro Paese, che ha bisogno di maggiore attenzione e collaborazione da parte del Parlamento, del Governo e dell'opinione pubblica, per migliorarla, coordinarla sufficientemente e nelle sue strutture e nelle sue funzioni.

Per la brevità del tempo concessomi in questa discussione, non mi è possibile ripetere ciò che ho detto e scritto sul problema sanitario italiano in questi ultimi tre anni; consentitemi, però, onorevole Ministro ed onorevoli senatori, di citare i miei tre interventi, che hanno avuto ed hanno ancora oggi la sola finalità di richiamare l'attenzione degli organi governativi e del Parlamento sul grave e inderogabile problema della sanità pubblica, in modo che si provveda con urgenza, come opportunamente dice nella relazione di maggioranza il senatore Criscuoli, a disciplinare la complessa materia nella sua naturale competenza, riordinandola ed unificandola nelle sue strutture e nelle sue funzioni. Onorevole Ministro, onorevoli senatori, sono costretto ad abusare della vostra infinita bon-

tà e pazienza, permettendomi di citare i miei tre interventi e di invitarvi a leggerli; essi sono: intervento sulle comunicazioni del Governo Segni pronunciato al Senato della Repubblica nella seduta del 4 marzo 1959; intervento sul disegno di legge « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1959-60 » (seduta del 13 maggio 1959); intervento ed ordine del giorno del senatore Lombardi sul disegno di legge « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1960-61 » (seduta del 12 ottobre 1960)

Onorevoli senatori, per documentare ampiamente quante deficienze presenta il problema sanitario italiano, basta leggere il discorso del Ministro, senatore Giardina, alla Camera dei deputati a conclusione della discussione sul bilancio del Ministero della sanità dell'anno 1961-62; gradirei leggerlo, commentarlo e trarne le conseguenze, ma il tempo non me lo consente, anche perchè, dopo la premessa di carattere generale, sono costretto ad accettare il gentile invito del relatore di maggioranza, senatore Criscuoli, che con la sua abituale e squisita cortesia, ci esorta a contribuire con adeguati interventi ed evidenziare le numerose carenze del Ministero della sanità, in modo da richiamare l'attenzione del Governo, del Parlamento e dell'opinione pubblica, necessaria per una conveniente ed aggiornata politica sanitaria. Così possiamo ben chiaramente constatare, onorevole Ministro ed onorevoli senatori, che la nostra sanità pubblica è oggi un problema politico che merita urgenti e vasti provvedimenti legislativi per la estensione alla quasi totalità dei cittadini dell'assistenza sanitaria contro le malattie; tale problema tende sempre più ad aggravarsi perchè il Ministro della sanità trovasi oggi ancora sprovvisto di adeguate leggi e delle competenze di cui in passato si sono impadroniti altri Ministeri, che tuttora non sentono la responsabilità di collaborare con il Ministro, senatore Giardina, il quale si sforza con i suoi collaboratori di concentrare nel suo potere tutta la politica sanitaria del nostro Paese.

Basta citare lo sciopero dei medici per documentare l'aggravarsi della crisi sanitaria. A questo punto ritengo opportuno domandarci, onorevoli senatori e onorevole Ministro

della sanità: perchè i medici, in data 8 aprile 1961, hanno scioperato? Per questioni fiscali? Per il segreto professionale? La vera motivazione dello sciopero, in verità, ci è data dal manifesto della Federazione nazionale degli ordini dei medici, che appellandosi a tutti i cittadini della Repubblica, si propone di far conoscere le giuste e sacrosante ragioni dell'astensione dalle prestazioni da parte dei medici. Come ben vedete, lo sciopero è stato organizzato e proclamato dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici, che è un ente giuridico e morale; per questo le ragioni dell'agitazione citate nel manifesto meritano di essere prese in seria considerazione.

Esse sono le seguenti:

Ai lavoratori si nega:

— il diritto di scegliere liberamente il medico, generico e specialista, di propria fiducia;

— il diritto di scegliere l'ospedale e la casa di cura di propria fiducia;

— il diritto di ottenere le prestazioni e cure necessarie alla salute e non quelle imposte da preconette direttive burocratiche;

— il diritto di determinare, alla pari con i medici, la vita della mutualità e di essere quindi arbitri e non schiavi del sistema;

ai medici si nega:

— la libertà di lavoro professionale nei settori mutualistici;

— il diritto di ottenere retribuzioni equiparate al decoro professionale;

— la libertà di prescrizioni sia dei farmaci che delle cure;

— la libertà da assurdi vincolismi — moduli cifrati, carta carbone, elenchi di farmaci consentiti, eccetera — e da « timbrologia », unica specialità non professionale e perciò prediletta dalle Mutue!

Queste sono, onorevoli senatori, le vere cause dello sciopero. Tra le considerazioni fatte sullo sciopero dei medici meritano essere citate e illustrate sommariamente le seguenti: la prima riguarda gli ospedali, i quali attendono una definitiva sistemazione amministrativa, che dovrà preoccuparsi urgente-

mente della posizione economica e giuridica del personale sanitario; è opportuno cominciare a prendere questi provvedimenti fin da adesso, in vista della costruzione di nuovi ospedali e di attrezzature moderne nei vecchi (stando a quanto riferisce il Ministro della sanità, senatore Giardina). La seconda considerazione è la vecchia questione del diritto alla libera scelta dell'ospedale o della casa di cura di propria fiducia, per cui è necessario oggi disciplinare questi istituti di cura privati, per il bene di tutti, a mezzo di leggi aggiornate; a proposito colgo l'occasione per sollecitare presso la Presidenza del Senato ed il Ministero della sanità la presa in considerazione della proposta di legge del senatore Franzini ed altri, n. 1563, comunicata alla Presidenza il 18 maggio 1961 (disciplina degli istituti di cura privati). La terza considerazione, la più importante, è questa: in Italia si spende poco e male per l'igiene e per la sanità di ciascun cittadino; per questo mi permetto di citare un raffronto tra il reddito nazionale lordo e la spesa per l'igiene e la salute di ciascun cittadino nel 1958, nei Paesi del M.E.C.

| | Reddito medio <i>pro-capite</i> di ciascun cittadino | Spesa per l'igiene e la salute di ciascun cittadino |
|--------------|---|---|
| Belgio | 773.981 | 29.710 |
| Francia | 782.424 | 37.843 |
| Lussemburgo | 851.272 | 27.906 |
| Germ. (R.F.) | 649.248 | (1) |
| Olanda | 536.942 | 17.766 |
| Italia | 341.787 | 8.146 |

(1) Mancano i dati della Repubblica Federale di Bonn

Infine, accogliendo, come sempre con piacere, perchè utile ed opportuno, l'invito del relatore senatore Criscuoli, passo a parlare dei servizi veterinari, di competenza del Ministero della sanità, che sono privi di mezzi per assolvere gli enormi impegni, che hanno nella economia nazionale e propriamente dell'agricoltura, la quale oggi attraversa una gravissima crisi in contrasto con lo stato euforico dell'industria. Infatti, dall'inizio della grave crisi dell'agricoltura, che risale ad ol-

tre decimetri anni, si è verificata la distruzione del capitale finanziario degli agricoltori per circa mille miliardi di lire, si è avuto un onere debitorio per 900 miliardi di lire, e, compreso il logoramento del capitale fondiario, l'agricoltura nel decennio ultimo ha perso complessivamente circa 5.000 miliardi di lire. Con questo intendo dire che l'impoverimento degli agricoltori, che oggi rappresentano approssimativamente il 34 per cento della popolazione attiva, che vive della agricoltura, è la causa dell'esodo dalla terra e dello spopolamento delle campagne (un milione di ettari incolti!) per cui mai come oggi è sentita la necessità della riconversione delle colture e del potenziamento delle foraggere, perchè è assoluta ed inderogabile l'urgenza dell'incremento della produzione zootecnica che potrà in parte salvare l'agricoltura italiana.

Il miglioramento ed il potenziamento dell'industria zootecnica è possibile anche nel Mezzogiorno, dove esistono ovunque le premesse per realizzare una sana politica zootecnica.

La salvezza dell'agricoltura del Mezzogiorno è basata esclusivamente sull'industria zootecnica, oltretutto sull'industria meccanica od altre industrie.

Ecco, onorevole Ministro ed onorevoli senatori, la necessità dell'incremento della produzione zootecnica, anche per sopperire alle continue e pressanti richieste di proteine nobili, in rapporto alle migliorate condizioni di vita e di nutrizione dei cittadini.

A dimostrazione delle favorevoli prospettive che sono aperte nel settore zootecnico in questo particolare momento, ricordo i dati statistici riferentisi alle importazioni di carni e di animali vivi dall'estero per colmare il fabbisogno nazionale; infatti nel 1958 si sono importati 1.693 000 quintali di carni fresche, congelate e preparate, n. 128.000 bovini, 88.600 suini, 79.500 equini da macello, contro un consumo interno di 10.799.000 quintali di carni, calcolato al dicembre 1957

Limitatamente al settore della pollicoltura, possediamo dati ancora più significativi per evidenziare la nostra dipendenza dall'estero; infatti nel 1957 l'importazione è stata di 87.118 quintali di pollame morto e di 84.893 quintali di pollame vivo. Per ciò che si riferisce alle uova, in tale anno se ne sono im-

portate per 17.315.886.000 lire, mentre in tutto il settore avicolo le importazioni hanno richiesto un esborso di valuta di oltre 26 miliardi di lire.

Se si considera il consumo di carne medio annuo *pro capite*, che si aggirò negli anni 1956-1958 sui 23,3 kg., in confronto dei 54,5 kg. dei cittadini degli altri Paesi della Comunità Europea negli stessi anni (Belgio Lussemburgo kg. 56,3; Francia kg. 70, Germania Ovest kg. 52; Olanda kg. 42,8), quota minima che si dovrebbe raggiungere anche nel nostro Paese, si deduce quali siano gli immensi compiti che deve assolvere la zootecnica italiana per assicurare ad ogni cittadino congrue razioni di carne, attualmente tra le più basse di Europa (Grecia kg. 20, Portogallo kg. 16,3, Spagna kg. 15,2).

In queste condizioni si aprono all'agricoltura italiana favorevoli possibilità economiche, in quanto, per oltre un decennio, potrà trovare uno sbocco sicuro alla sua produzione zootecnica.

Così emerge l'impossibilità di fare della buona zootecnica con bestiame tarato o, peggio ancora, ammalato; e la necessità di allevare animali migliorati geneticamente ed animali sani.

Per conseguire questo secondo importantissimo scopo emerge il preciso dovere dello Stato e per esso del Ministero della sanità di intraprendere senza indugio la lotta contro le malattie infettive acute e l'eradicazione delle malattie infettive e parassitarie ad andamento cronico, malattie che minano alla base il patrimonio zootecnico nazionale: finalità non previste dal Piano Verde, perchè di competenza del Ministero della sanità.

Si calcola che le malattie infettive arrecano annualmente danni per 250 miliardi di lire (dati ricavati nel 1947, cioè 14 anni fa), ai quali però si devono aggiungere danni per circa 50 miliardi di lire causati dalle malattie parassitarie (rilievi fatti nel corrente anno) e danni per altri 100 miliardi di lire dovuti alla sterilità ed infertilità bovina.

Questi enormi ed insospettati danni gravano su di un'agricoltura impoverita e su di un patrimonio zootecnico, valutato, al 1959, in 1.550 miliardi di lire, che dà un valore globale della produzione, sempre riferito all'anno 1959, di 1.229 miliardi di lire!

Molti Paesi europei hanno speso cifre enormi per risanare il loro bestiame da una sola malattia infettiva, la tubercolosi bovina (Danimarca, 6,5 miliardi; Finlandia, 4 miliardi; Inghilterra, 20 miliardi annui dal 1950 in poi; Svezia, 4,250 miliardi; Olanda, 8,2 miliardi; Svizzera 60 miliardi; Germania Federale, 60 miliardi annui, eccetera).

In Italia poco o quasi nulla si è fatto per le deficienze di fondi erogati dal Ministero della sanità, sia per le necessità ordinarie dei servizi veterinari, sia per intraprendere piani organici di profilassi contro le più importanti malattie infettive e parassitarie del bestiame.

È da porre in particolare rilievo che alcune di esse, quali zoonosi e malattie sociali, rivestono una particolare importanza medica. Sarà sufficiente citare, ad esempio, la tubercolosi bovina, la brucellosi, la idatidosi, la rabbia, il carbonchio ematico, eccetera.

Si consideri il caso della tubercolosi bovina: è noto che questa infezione può trasmettersi con estrema facilità agli individui della nostra specie e particolarmente ai bambini ed agli individui defedati che vivono a contatto con animali infetti e che si nutrono con latte e latticini provenienti da stalle infette.

Infatti si calcola che il 10,2 per cento dei casi di tubercolosi umana sia di origine bovina!

Uno dei problemi più scottanti è quello dell'afta epizootica, che negli ultimi mesi dello scorso anno e nei primi mesi del corrente anno flagellò tutte le regioni italiane, nessuna esclusa, arrecando danni non facilmente valutabili, ma certamente dell'ordine di molte decine di miliardi di lire.

È bene che il Paese conosca questa triste condizione della zootecnia italiana, in un mondo rurale impoverito!

I mezzi per combattere questa terribile infezione sono basati sull'applicazione, in campo nazionale, delle vigenti norme di polizia veterinaria ed in quello internazionale, delle convenzioni esistenti fra i vari Paesi.

Le norme di polizia veterinaria generalmente non riescono ad arginare l'estendersi dell'infezione; poichè in Italia non è applicabile il metodo dell'abbattimento obbligatorio degli animali infetti o « stamping out »,

stante lo intensissimo traffico commerciale fra le varie regioni, si sono escogitati altri metodi di profilassi.

In tali situazioni la più potente arma profilattica è costituita dalla vaccinazione anti-aftosa, pur con tutti gli inconvenienti che essa comporta.

Però, durante la recente epizootia aftosa si è assistito al fatto increscioso che nei momenti di maggiore bisogno di vaccino, esso è mancato in vaste zone, specialmente del Mezzogiorno, con grave pregiudizio sull'esito della profilassi.

Per questo motivo la profilassi è andata a rilento, e molti focolai infettivi non sono stati soffocati con quella tempestività che il caso richiedeva.

Per la profilassi dell'afta epizootica sarebbe di grande vantaggio l'attuazione di programmi profilattici basati sulla vaccinazione annuale dei bovini, ovini e caprini contro i tre tipi di virus, come è richiesto da molte organizzazioni agrarie e da numerosi tecnici ed allevatori e come si fa in altri Paesi, ad esempio in Olanda.

Per realizzare però questa iniziativa si chiede al Governo e per esso al Ministero della sanità uno sforzo economico, che si riconosce di notevole entità; però i vantaggi che deriverebbero all'industria zootecnica compenserebbero largamente il sacrificio compiuto.

La vaccinazione anti-aftosa obbligatoria dovrebbe essere estesa in tutta Italia, e non limitatamente nelle provincie della Valle padana, come vorrebbe qualche organo tecnico del Ministero della sanità.

Per ottenere ciò e per evitare la mancanza di vaccino anti-aftoso proprio nei momenti di emergenza, è necessario disciplinare la produzione e la distribuzione di virus aftoso ai vari istituti produttori di vaccino anti-aftoso e nel contempo aumentare la produzione di virus aftoso da coltura di tessuti, allo scopo di sostituire in breve tempo la produzione di virus dal bovino, che tuttora si fa nei macelli pubblici ed in quelli industriali.

In queste condizioni i centri di produzione di virus aftoso dal bovino rappresentano altrettanti centri di diffusione dell'infezione aftosa.

Per il Mezzogiorno occorre attrezzare la benemerita Stazione zooprofilattica del Mezzogiorno di Portici per la produzione di vaccino con virus ottenuto su coltura di tessuti, per sopperire ai bisogni di almeno 10 province della sua giurisdizione.

Altro problema scottante è quello della profilassi della rabbia, che purtroppo rappresenta un triste privilegio del Mezzogiorno.

È interessante riportare i dati riguardanti gli accertamenti diagnostici eseguiti dalla sola Stazione zooprofilattica di Portici durante l'anno 1959. Infatti nel 1960 si sono accertati 57 casi di rabbia nel cane, 7 nel gatto, 6 nel bovino, per un totale di 70 casi.

Risulta quindi che la situazione è assai grave nelle province campane e calabresi, dove tuttora persiste il pericolo per l'uomo stesso; durante il 1959 in provincia di Catanzaro è morta una persona per infezione rabica contratta in seguito a morsicatura di un cane rabido, e 3 ne sono morte in provincia di Reggio Calabria, senza contare il notevole numero di individui morsicati che si presentano giornalmente agli ambulatori antirabici per sottoporsi alla cura antirabica post-contagio.

Tanto per citare tristi esempi: nel 1959 in provincia di Reggio Calabria si sottoposero alla vaccinazione antirabica 645 persone ed in provincia di Napoli, sempre nel 1959, su 1.539 individui morsicati, 980 si sottoposero alla vaccinazione post-contagio.

Occorre pertanto incrementare la profilassi diretta di competenza dei comuni e la profilassi indiretta, basata sulla vaccinazione obbligatoria pre-contagio dei cani, che spesso non viene applicata con la dovuta serietà.

La vaccinazione antirabica obbligatoria dovrebbe essere mantenuta per almeno 5 anni dopo la constatazione dell'ultimo caso di rabbia accertato o sospetto e non lasciata in balia di qualche funzionario.

Anche la profilassi contro il carbonchio ematico deve essere potenziata; infatti questa infezione rappresenta tuttora una delle vergogne del Mezzogiorno, che vanta il triste primato di contare il maggior numero di casi di pustola maligna nell'uomo, nonché di subire i più gravi danni economici per la mortalità del bestiame.

Per dimostrare l'importanza dell'infezione carbonchiosa nel Mezzogiorno è sufficiente riportare il numero dei focolai di carbonchio ematico denunciati nel 1960: Italia meridionale, n. 158; Italia centrale, n. 84; Italia settentrionale, n. 64; per un totale di n. 306 focolai.

Il numero dei casi di pustola maligna nell'uomo denunciati nel 1960 è stato il seguente: Italia meridionale, n. 216; Italia centrale, n. 98; Italia settentrionale, n. 6; per un totale di 320 casi. La scarsa attendibilità dei dati ufficiali è dimostrata dal maggior numero di casi di pustola maligna dell'uomo in confronto del numero dei focolai di carbonchio ematico degli animali.

Comunque il Mezzogiorno è sempre all'avanguardia per la frequenza delle malattie sociali: si hanno 2.847 casi di idatidosi nell'uomo segnalati nell'Italia meridionale dal 1941 al 1952 contro i 420 casi di idatidosi nell'uomo constatati nell'Italia settentrionale nello stesso periodo di tempo.

Per la carenza di provvedimenti di polizia veterinaria, spiegabile con i noti motivi ambientali, è necessario intensificare l'applicazione della profilassi vaccinale obbligatoria contro il carbonchio ematico in tutto il Mezzogiorno, come unica arma idonea per combattere l'infezione.

Poiché il carbonchio ematico, come la rabbia, è considerato una malattia sociale, lo Stato e per esso il Ministero della sanità dovrebbe accollarsi l'onere della profilassi obbligatoria, come avviene in altre Nazioni, in cui l'infezione carbonchiosa rappresenta, come in Italia, un pericolo per la salute dell'uomo e degli animali.

È necessario attirare l'alta attenzione del Ministero della sanità sulla urgente necessità di dare un definitivo assetto giuridico ai benemeriti 10 istituti zooprofilattici, che direttamente e con la loro rete di sezioni sparse in quasi tutte le province, compiono una preziosissima e diuturna opera di assistenza agli uffici di Stato ed agli allevatori, di imponenti proporzioni.

Occorre finalmente dare a questi istituti, che svolgono privatamente ed a titolo gratuito opera di interesse pubblico, ammessa universalmente, anche dal Ministero della sanità, che si avvale della loro opera, il ri-

conoscimento delle loro funzioni di organi collaterali dell'Amministrazione della sanità.

Nel bilancio di previsione del Ministero della sanità è previsto per il servizio veterinario uno stanziamento di lire 1.150.000.000, assolutamente inadeguato per il normale funzionamento dei servizi; occorre pertanto che esso sia portato almeno a lire 15-20 miliardi, onde incrementare nuove iniziative, potenziare ed organizzare i vari servizi ed istituti, favorire la profilassi e lo studio delle malattie infettive ed infestive, eccetera.

Si devono escludere dal finanziamento normale di competenza le iniziative per la bonifica sanitaria del bestiame, come sono state escluse dalla legge del cosiddetto Piano Verde, per le quali il Ministero della sanità dovrebbe presentare ai due rami del Parlamento un disegno di legge, che ha già preannunziato ufficialmente anche di recente

Il problema del risanamento zootecnico deve risolversi celermente in vista degli sviluppi del M.E.C., onde evitare che ai nostri prodotti di origine animale venga preclusa la possibilità di esportazione nei Paesi aderenti a questa organizzazione internazionale.

Attualmente i prodotti italiani non possono competere sui mercati europei ed extra-europei con quelli garantiti con marchio di sanità, cioè comprovanti che tali alimenti provengono da allevamenti di zone indenni da malattie trasmissibili all'uomo, quali la tubercolosi e la brucellosi. Per queste considerazioni mi associo in pieno all'ordine del giorno del senatore Samek Lodovici che chiede un'impegno di 100 miliardi di lire in 10 anni per la zootecnia. Onorevoli senatori, onorevole Ministro, avviandomi alla fine del mio intervento, mi permetto affermare che gli studiosi delle questioni sanitarie, in questi ultimi anni, e in sede parlamentare ed in altre sedi, hanno messo abbastanza chiaramente in evidenza le carenze della nostra politica sanitaria, per cui, onorevoli senatori, vi prego di consentirmi di suggerire al Governo di fare un'indagine approfondita ed esauriente, globale e non settoriale, sullo stato attuale dell'igiene e dell'assistenza sanitaria in Italia, per poter così presentare al Parlamento quei provvedimenti atti a promuovere le opportune

e necessarie riforme legislative dirette a coordinare unitariamente ed organicamente gli aspetti economici e sociali dell'igiene e dell'assistenza sanitaria ed i valori etici e tecnici-professionali dell'arte medica, in modo da migliorare e perfezionare il sistema protettivo e curativo della sanità pubblica del nostro Paese, rimuovendo così le serie preoccupazioni dei cittadini pensosi dell'avvenire della sanità pubblica della nostra collettività nazionale. (*Applausi*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Indelli, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche i due ordini del giorno da lui presentati insieme al senatore Schiavone.

Si dia lettura dei due ordini del giorno.

C E M M I , *Segretario :*

« Il Senato,

constatato che l'insufficiente organizzazione ospedaliera non risponde alle reali necessità assistenziali della collettività nazionale;

considerato altresì che un'efficace politica di assistenza medico-scolastica non può realizzarsi senza un diretto intervento dello Stato e senza la creazione di medici scolastici,

fa voti affinché il Governo :

1) studi le modalità e reperisca i mezzi necessari per attuare, nel più breve tempo possibile, un'efficiente organizzazione ospedaliera;

2) istituisca, almeno nei capoluoghi di provincia, Centri di assistenza medico-psicosomatici per la gioventù scolastica con personale specializzato, dipendente dallo Stato »;

« Il Senato,

constatata l'importanza che l'odontoiatria riveste nel campo sociale,

invita il Governo a istituire dei Centri odontoiatrici, articolati nei seguenti servizi e attribuzioni :

1) igiene e profilassi odontoiatrica in ogni plesso scolastico;

2) istituzione della vigilatrice dentaria scolastica ».

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

I N D E L L I. Onorevole signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, il Ministero della sanità, lungamente auspicato dalla classe medica italiana e da tutti coloro che attribuiscono l'esatta importanza ad una politica sanitaria organica, nell'interesse della collettività, superato il periodo di crisi iniziale — fenomeno naturale e direi necessario in ogni organismo in fase di sviluppo — si avvia, mano a mano, verso la strutturazione e la funzionalità che debbono costituirne la vera figura giuridica.

Il merito del felice superamento del periodo critico va attribuito non solo ai Ministri che hanno retto il Dicastero in questi anni ma anche al personale tutto, che, con vera vocazione, ha contribuito e contribuisce a superare le non lievi difficoltà.

Sento pertanto la necessità di esprimere i sensi della gratitudine all'onorevole ministro Giardina e a tutti i collaboratori del Dicastero, nonché al relatore del bilancio in discussione, senatore Gabriele Criscuoli, per l'acume e la sensibilità con le quali le loro coscienze di medici e di politici hanno inquadrato tutta la problematica, che si pone al Dicastero della sanità per un suo assetto definitivo, al lume e nello spirito dell'articolo 32 della Costituzione, che suona: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ».

Considero mio preciso dovere di recare alla discussione il contributo che l'esperienza di una vita vissuta tra l'umanità sofferente consente, in una visione prospettica dei problemi nella quale le esigenze politiche e sanitarie si armonizzino.

M'intratterrò su tre problemi, che mi sembrano di fondamentale importanza: ospedali, assistenza scolastica, unificazione dei servizi. Per un'esigenza di ordine espositivo, distinguerò la trattazione del problema degli ospedali in una parte specifica, riguardante il meridione, e in una parte generale.

Impropriamente, ora come altre volte, so gliamo considerare particolari le questioni concernenti il sud del nostro Paese, ma un insegnamento, che deriva dalla natura ed è

conforme ai dettami della morale, dovrebbe indurci a considerare problemi di interesse generale quelli che sembrerebbero limitati al Mezzogiorno d'Italia: se infatti una parte dell'organismo è sofferente, lo stato patologico si estende all'intero corpo e lo stato di naturale difesa che ne consegue è sintomo del solidale intervento di tutte le cellule in aiuto di quelle malate.

Consentitemi, quindi, di parlare del Meridione in nome dell'Italia, di sostenere gli interessi di questi nostri fratelli, che la geografia, la storia e la politica hanno malauguratamente destinato a rappresentare la parte malata nel corpo sociale italiano, pur nel possesso di grandi doti spirituali, con la coscienza serena di difendere una causa umana e giusta e scevra da ogni deterioro regionalismo. La condizione del Mezzogiorno, circa l'organizzazione ospedaliera, presenta una depressione forse meno appariscente ma certamente più grave e preoccupante di ogni altro problema.

Per esigenze di tempo tralascio l'aspetto qualitativo per soffermarmi su quello quantitativo. Qui le statistiche sono eloquenti: la percentuale dei posti-letto nel Meridione è non solo molto lontana dalla percentuale ideale di 10 su mille abitanti ma di gran lunga inferiore al 4 per mille del centro e al 5 del settentrione.

Ma vi è di più. L'arida eloquenza delle cifre e delle statistiche non esprime, in tutta la sua gravità e drammaticità, l'insufficienza dell'organizzazione ospedaliera del Meridione. Al di là delle statistiche, è opportuno considerare alcuni dati di fatto per comprendere appieno il disagio delle popolazioni nella attuale carente assistenza sanitaria:

1) gli ospedali esistenti nel Sud sono dislocati, o meglio, accentrati in un ristretto numero di grandi e medi centri i quali, nella maggior parte dei casi, sono distanti o irraggiungibili. Conseguentemente la percentuale dell'1,7 per mille, di per se stessa bassissima, diviene nulla per determinate ed estese zone;

2) la configurazione geografica e la deficienza delle vie e dei mezzi di comunicazione rendono problematici, se non impossibili i ricoveri ospedalieri, soprattutto nei casi gravi ed urgenti, ai pazienti abitanti in zone iso-

late o accidentate. Se pertanto si considera la bassa percentuale di posti-letto attuale, anche in relazione al maggior bisogno derivante dalla conformazione orografica, influente su quella etnografica nel determinare densità minime di abitanti per chilometro quadro, lo sfasamento tra esigenze e disponibilità appare veramente impressionante. Sarebbe pertanto auspicabile che, in sede di una eventuale programmazione della organizzazione ospedaliera, si tenesse presente il bisogno della percentuale maggiore di posti-letto degli abitanti di zone accidentate e scarsamente popolate in relazione alla estensione, così da rendere possibile il godimento di un essenziale diritto a creature umane degne di tutta la nostra solidarietà per lo stato di disagio nel quale trascorrono la vita quotidiana, tra difficoltà di ogni specie;

3) le condizioni sanitarie e igieniche generali, lo stato di bisogno derivante dai bassi redditi, le deficienze nell'edilizia popolare rendono più urgente e necessario il ricovero ospedaliero anche per casi che, in condizioni di vita diverse, potrebbero risolversi con le cure domiciliari. Questa necessità assume aspetti drammatici allorchè si manifestano forme morbose epidemiche. Il maggior bisogno di un'organizzazione ospedaliera capillare appare manifesto anche se posto in relazione allo stato generale delle popolazioni meridionali

La succinta indagine sullo stato e sulle necessità del Mezzogiorno induce ad una richiesta di carattere generale: quella, cioè, di procedere all'elaborazione di un piano per creare nel nostro Paese, entro un certo numero di anni, una razionale organizzazione ospedaliera. E non sembra esagerata o fuori luogo una tale richiesta, che comporta un onere finanziario non indifferente all'Erario, se si tiene presente che il diritto alla vita è inalienabile, sia sotto l'aspetto etico-religioso che giuridico. E la società ha il dovere di tutelare questo diritto anche quando è minacciato da agenti estranei. È il caso dell'ammalato in pericolo al quale bisogna offrire, senza esitazione, mezzi e scienza, che possono trovare la loro armonica sintesi proprio nell'organizzazione ospedaliera, articolantesi sul trinomio « ambiente, attrezzatura, personale ».

Un piano, elaborato in base a tutti gli elementi utili ad orientare le modalità, l'intensità e la distribuzione degli interventi, come lo stato igienico sanitario delle popolazioni, le condizioni geografiche delle zone, la densità delle popolazioni, l'esistenza di altri luoghi di cura, eccetera, eviterebbe tutti gli interventi inutili, quelli superflui e i ritardi nel provvedere per le zone a maggior bisogno; consentirebbe altresì una più equa, razionale e tempestiva distribuzione delle somme disponibili

Sarebbe inoltre possibile procedere con criteri precisi e selettivi nel determinare i tipi di ospedali da costruire: dai rurali con qualche centinaio di posti-letto, ai comuni con 5-600 posti, a quelli con carattere di specializzazione con limitato numero di posti per le esigenze e le difficoltà che i casi difficili comportano, ai centri ospedalieri funzionanti nei centri universitari con la duplice funzione curativa e formativa degli studenti.

Ma un piano organico non deve limitarsi all'aspetto strutturale esteriore — considerato dal punto di vista igienico sociale — ma risolvere anche tutti i problemi che riguardano da una parte la scienza medica e i suoi mezzi e dall'altra il personale sanitario. Infatti, la medicina — come ogni altra scienza — è in continua evoluzione: la diagnostica e la terapia, sia medica che chirurgica, subiscono continue e profonde trasformazioni ed evoluzioni, estendendo, con ritmo costante, la sfera del loro intervento. All'evoluzione della scienza corrisponde un crescente bisogno di nuovi mezzi e di nuove attrezzature per rendere possibile il trasferimento della teoria sul piano dell'intervento concreto. Così che, mentre si può provvedere alle esigenze degli ospedali minori con un'attrezzatura normale, sebbene scelta con criteri non disgiunti dalla prospettiva delle necessità indispensabili alla medicina odierna e a quella dell'immediato futuro, si dovrebbero dotare gli ospedali a carattere specialistico e i centri ospedalieri di tutti i mezzi e le attrezzature dei quali la scienza abbisogna per soccorrere il paziente nei limiti delle umane possibilità, perchè il caso della morte non inevitabile ma determinata dalla incuria, rat-

trista ed avvilisce, oltre ogni misura, chi attribuisce il giusto valore alla persona.

Non meno importante e preoccupante dovrà apparire il problema del personale ospedaliero, che costituisce il fattore essenziale per ogni forma assistenziale. Allo stato attuale, soprattutto per quanto concerne i giovani, la carriera ospedaliera esercita scarso fascino perchè non offre sufficienti garanzie di stabilità priva com'è di un ordinamento idoneo a risolvere, in modo radicale e confortevole, lo stato giuridico ed economico del personale sanitario.

Non si deve e non si può parlare di mancanza di una sana coscienza medico-sanitaria, bensì di una carenza determinata da condizioni obiettive, che solo il legislatore può eliminare. Infatti, non è avventato affermare che la missione medica trovi nell'ospedale la sede idonea ed ideale al suo espletamento così che il binomio medico-ospedale costituisca la più spontanea e naturale aspirazione del giovane laureato, e non solo del giovane.

Ma, per evitare che questa vocazione comune alla coscienza del medico non sia stroncata dalle imprescindibili esigenze della vita, il legislatore deve operare in modo da riconoscere sul piano giuridico-economico e morale la preminente funzione del medico ospedaliero.

È doveroso ricordare che è già in esame una proposta di legge che riguarda la carriera di detto personale ma, nell'augurarne la sollecita approvazione, credo sia necessario far presente che, in una prospettiva di organizzazione ospedaliera sempre più completa e perfetta, l'atto legislativo in parola debba essere considerato un punto di partenza e non di arrivo.

La trattazione, in questa sede, del problema dell'assistenza medico-psicologica alla gioventù scolastica potrebbe apparire quasi un abusato luogo comune, tanto ricca è la letteratura relativa all'argomento. Se, però, lo sguardo del medico e del politico approfondisce l'indagine, emerge un enorme divario tra teoria e applicazione, tra le meravigliose pagine scritte e le concrete realizzazioni.

La tutela della sanità fisio-psicologica della nostra gioventù per la sua importanza, che trascende i tempi nei quali operiamo, de-

ve costituire una preoccupazione viva e costante dell'uomo politico, che ha il compito di trasformare in provvidenze concrete ed efficaci tutte le indicazioni, i suggerimenti, gli ammonimenti che provengono dalla medicina, dalla psicologia e dalla sociologia. L'infanzia, la fanciullezza e la giovinezza costituiscono di per se stesse un periodo critico per l'uomo, in quanto l'organismo è esposto, in uno stato di minore resistenza, agli agenti esogeni ed endogeni, che possono minarlo profondamente ed in modo irreparabile, con riflessi immediati, di ordine psicologico, per l'innegabile relazione esistente tra lo spirito e l'organismo fisico, che rappresenta il mezzo di espressione degli stati dell'animo, e mediati, di ordine sociale, per lo evidente danno che il minorato arreca alla collettività.

Le predette età evolutive della vita del fanciullo non sono meno critiche, se si osservano dal punto di vista psicologico, perchè coincidono con la formazione del carattere e della personalità. Pertanto, gli errati o poco avveduti comportamenti degli adulti e la scarsa cura, nel diagnosticare e prevenire le anomalie psichiche, rendono non solo impossibile l'eliminazione delle forme patologiche dello spirito ma, spesso, contribuiscono ad accentuarle o peggio, a generarle. I riflessi di un'insufficiente o inadeguata assistenza psichica alla gioventù non sono meno gravi di quelle dell'ordine fisiologico, sia rispetto al soggetto che nei riguardi della collettività.

Al lume della scienza medica e psicologica e dei risultati sperimentati, si può senz'altro affermare che la salute del fisico e dello spirito non è immodificabile: opportuni, tempestivi ed idonei interventi possono migliorarla o perfezionarla; mentre, al contrario, il male non prevenuto e non curato può minarla, anche se integra. Se, pertanto, è nelle possibilità della scienza l'intervento, con la prospettiva di risultati positivi nella cura e nella prevenzione delle forme patologiche psicosomatiche della gioventù, la collettività, più che l'interesse, deve sentire l'imperioso dovere morale di creare tutte le condizioni ed apprestare i mezzi necessari, perchè l'intervento vi sia sempre e in ogni caso.

Dopo aver accennato ai fondamenti etico-sociali e alla giustificazione scientifica della medicina preventiva, delineaandone le finalità che deve perseguire, è opportuno chiedersi se la nostra politica, in questo settore, ha operato con tutti i mezzi possibili e secondo le reali necessità della nostra gioventù.

Abbiamo fatto poco o nulla, in passato, e siamo solo nella fase di avvio, oggi. Proprio per evitare gli errori di impostazione iniziale, che costringono a dolorosi e costosi rifacimenti, si rende necessario un sereno giudizio critico. Si deve, purtroppo, osservare che tutte le iniziative tese a creare una medicina preventiva psico-fisiologica non presentano un carattere di organicità e i risultati non sono tali da indurre all'ottimismo, soprattutto se considerati nella prospettiva di un futuro intervento a favore della totalità della popolazione scolastica. Gli Enti locali, ai quali è devoluto l'onere e il compito dell'istituzione dei centri medico-psicologici e di orientamento scolastico e professionale per la diagnosi e la cura preventiva di tutte le forme patologiche, lo studio del livello intellettuale, caratterologico ed attitudinale ed, infine, per la individuazione delle anomalie psichiche e l'assistenza medica scolastica, in senso lato, non sempre hanno la disponibilità economica per far fronte alla spesa, senza voler considerare che, spesso, non attribuiscono l'esatta importanza a questo enorme compito, riducendolo ad un atto formale e di ordinaria amministrazione.

Si deve, quindi, convenire che se s'intende, come è doveroso, realizzare nel nostro Paese un effettivo progresso nel campo della medicina scolastica e dell'assistenza psico-fisiologica, con un'attrezzatura ed un'organizzazione rispondenti all'importanza del problema e alle crescenti esigenze della vita moderna, è necessario, almeno all'inizio, l'intervento organico, razionale ed uniforme dello Stato, che attraverso il Ministero della sanità — di concerto con quello della pubblica istruzione — dovrà istituire centri medico-psicologici per la diagnosi precoce e l'assistenza scolastica, in tutti i capoluoghi di provincia, in un primo momento, e nei centri minori, con graduale progressione, successivamente. Ma il risultato di una tale iniziativa non è legato soltanto alla disponibilità dei mezzi ma anche, e soprattutto, alla de-

finizione giuridica della figura del medico scolastico, in quanto che, le improvvisazioni, la molteplicità dei compiti e la multilateralità degli interessi si risolvono in un inutile spreco di energie e di danaro, in modo particolare oggi che la medicina si orienta sempre più e sempre meglio verso la specificazione e la specializzazione.

Evito, per ovvie ragioni, la trattazione analitica della strutturazione e delle sezioni di studio, nelle quali i centri citati potrebbero articolarsi, ma ritengo opportuno accennare almeno ad alcuni compiti, che debbono considerarsi essenziali all'integrità dei nostri giovani: la diagnosi precoce della tubercolosi, che miete un numero ancora troppo elevato di vite, e la profilassi contro le forme morbose a carattere sociale, senza trascurare la profilassi odontoiatrica obbligatoria, a proposito della quale non è fuori luogo ricordare che la carie dentale, per la elevata percentuale di soggetti affetti, costituisce una malattia a carattere chiaramente sociale, anche perchè è causa determinante di un numero elevatissimo di forme patologiche e di danni economici, dell'ordine di circa 500 miliardi.

Nell'intenzione e nel concetto di coloro che, per anni, sostennero la necessità della istituzione del Ministero della sanità, l'unificazione dei servizi sanitari ed assistenziali doveva costituire la giustificazione fondamentale, se non l'unica ragion d'essere, del nuovo organismo non solo per evitare i conflitti di competenza tra istituti assistenziali che, spesso, si riducono in un danno reale per l'assistito, ma anche per attuare una razionale organizzazione della medicina preventiva, curativa e di recupero, come opportunamente afferma l'onorevole relatore. Se l'attività assistenziale potesse seguire criteri uniformi, in virtù dell'unicità dell'organo preposto, si eliminerebbero, altresì, le ingiustificate sperequazioni che, attualmente, si verificano in materia, talchè spesso, paradossalmente, capita che le prestazioni sono inversamente proporzionali al contributo versato. Va inoltre notato che l'unificazione dei servizi, consentendo una distribuzione più razionale delle disponibilità, renderebbe possibile l'assistenza medica, basata su criteri sanitari e non regolata da esigenze amministrative che, dolorosamente, recano danni e lutti ingiustificati.

Concludo con un vivo e sentito auspicio che l'opera appassionata del Ministro e di tutti coloro che vivono intimamente il dramma dei fratelli che soffrono possa sempre più e sempre meglio contribuire a lenire, nei limiti delle umane possibilità, la sofferenza e la tristezza che investono le famiglie colpite dal mal fisico, raramente disgiunto da quello dello spirito. (*Applausi dal centro*).

PRESIDENTE. Non essendovi altri iscritti a parlare dichiaro chiusa la discussione generale.

Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

Annunzio di interpellanze

PRESIDENTE. Si dia lettura della interpellanza pervenuta alla Presidenza.

C E M M I , Segretario :

Al Ministro dell'interno, sulle ordinanze che vengono emesse dai questori tendenti a discriminare l'attività dei circoli culturali del cinema e ad influire negativamente sul funzionamento di associazioni libere e volontarie, per lo sviluppo della cultura democratica, in netto contrasto con le norme costituzionali e di legge. Tale è infatti la grave ordinanza emessa dal Questore di Reggio Emilia, il 7 giugno 1960, a danno del « Circolo amici del cinema di Fabbri » le cui motivazioni sono alla base della denuncia a carico del signor Marani James, Presidente del suddetto Circolo, il quale, però, veniva assolto con la formula: « visti l'articolo 378 del Codice di procedura penale e le norme di legge rubricate dichiara non doversi procedere contro il Marani » secondo la sentenza del 27 maggio 1961 emessa dal Pretore di Correggio Emilia, depositata e controfirmata dal Procuratore della Repubblica.

Per sapere se non ritenga doversi intervenire per porre fine alle azioni di vera persecuzione nei confronti dei circoli democratici « amici del cinema » (462).

SACCHETTI, DONINI, GOMBI, ZANARDI,
GAIANI, BOSI

Annunzio di interrogazioni

PRESIDENTE. Si dia lettura delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

C E M M I , Segretario :

Al Ministro della sanità, per sapere se sia stato subito informato dei decessi dei ragazzi Raffaele Galli di anni 11 e Vittorio Autieri di anni 13, accaduti nell'Ospedale San Giovanni di Roma il giorno 9 giugno 1961 e per conoscere ancora se risponda a verità quanto è stato pubblicato dai giornali, secondo i quali la morte sarebbe stata determinata da inalazioni anestetiche in camera operatoria (1188).

PASQUALICCHIO

Al Ministro della pubblica istruzione, per sapere se è a conoscenza della straordinaria decisione presa dalle Autorità scolastiche della provincia di Reggio Emilia di fissare giornata di vacanza per i maestri delle scuole elementari sabato 17 giugno, allo scopo di permettere una riunione sindacale promossa dal S.I.N.A.S.C.E.L.-C.I.S.L.; se non ritenga tale decisione in aperto contrasto con le valutazioni fatte dal Ministro in merito alla decretata durata dell'anno scolastico al 30 giugno; per sapere, inoltre, se analoga decisione le autorità scolastiche provinciali siano disposte ad adottare nei riguardi di altre organizzazioni sindacali, qualora lo richiedessero;

infine, per conoscere i provvedimenti che intende adottare per rispondere alle legittime proteste dei genitori e di larghissimi strati di insegnanti, che di fatto si vengono a trovare in una situazione umiliante (1189).

SACCHETTI

Ai Ministri dell'industria e del commercio e del lavoro e della previdenza sociale, per conoscere quali misure intendano prendere, con tutta l'urgenza che il caso richiede, per portare a soluzione la nota vertenza in atto fra i cementieri;

come, infatti, risulta, allo stato attuale soltanto il gruppo della Italcementi e qual-

che altra fabbrica insistono a non voler trattare ed accogliere le giuste richieste dei lavoratori, già accettate dalla Calcecementi di Segni e da altri stabilimenti minori, dove lo sciopero è cessato ed il lavoro è stato ripreso;

si sottolinea, a tal proposito, che lo sciopero ha già determinato la paralisi di altre decine e decine di fabbriche, di centinaia di cantieri edili, di centinaia di piccole imprese autotrasportatrici, mentre la prospettiva di un mercato nero del cemento, già in atto in alcune zone, si delinea minacciosa in forme molto più vaste.

A Catanzaro Sala, inoltre, il fermento fra le maestranze della Italcementi è ancora più vivo perchè quei lavoratori, oltre tutto e a differenza degli altri, sono anche costretti a subire la decurtazione dei loro salari in conseguenza dell'assurda e purtroppo ancora in atto divisione delle zone, problema questo di pertinenza interconfederale, ma che comunque non può non incidere con tutto il suo peso sull'animo eccitato dei lavoratori in lotta da sei settimane, con l'astensione completa dal lavoro, assistiti dalla generale ed entusiastica solidarietà cittadina;

per i motivi su esposti l'interrogante è del parere che l'intervento degli organi di governo sia quanto mai necessario ed indispensabile se si vuole sanare tale drammatica situazione e condurre alla normalità un settore così importante della nostra produzione nazionale e se si vuole impedire a tempo che la lotta si inasprisca con conseguenze ancora più drammatiche e dolorose (1190).

DE LUCA Luca

Ai Ministri dell'industria e del commercio e del lavoro e della previdenza sociale, per conoscere quali misure intendano prendere, con l'urgenza che il caso richiede, per portare a soluzione la nota vertenza in atto fra i cementieri, vertenza che determina con il suo prolungarsi la paralisi di decine e decine di fabbriche, di centinaia di cantieri edili e di centinaia di piccole imprese autotrasportatrici, mentre determina il fiorire del mercato nero del cemento, con ripercussioni che già si esprimono in forme assai gravi.

Agli interroganti tali misure sembrano particolarmente necessarie ed urgenti nel

momento in cui l'Italcementi, la principale responsabile della situazione di profondo disagio in cui si trova il settore cementiero, in forma tracotante rifiuta di facilitare e rendere possibili i necessari incontri delle parti per una giusta composizione della vertenza e, d'altra parte, sempre più difficile e angosciosa diventa la situazione delle maestranze, che legittimamente difendono il loro salario e il loro lavoro, costrette come sono ad una prolungata astensione dal lavoro (1191).

PELLEGRINI, BOCCASSI

Al Ministro di grazia e giustizia, per sapere se intenda concedere la richiesta autorizzazione a procedere contro funzionari di polizia in servizio a Reggio Emilia il 7 luglio 1960, onde permettere che la giustizia abbia corso, allo scopo di accertare le responsabilità di coloro che hanno causato la morte di 5 cittadini (1192).

SACCHETTI, GOMBI

Al Ministro della sanità, per conoscere se siano state disposte indagini sulle cause dei decessi di pazienti verificatisi recentemente nell'Ospedale di S. Giovanni in Roma nel corso di interventi terapeutici e quali siano state le risultanze delle indagini stesse in ordine ad eventuali responsabilità e alla necessità di tranquillizzare la cittadinanza sulla organizzazione tecnica dell'Ospedale in parola (1193).

TIBALDI, GATTO, ALBERTI, MACAGGI

*Interrogazioni
con richiesta di risposta scritta*

Al Ministro dei lavori pubblici, per sapere come giustifica il fatto che la Divisione generale opere igieniche ed acquedotti non ha provveduto ancora a stipulare il contratto di appalto dell'acquedotto della città di Ancona, i cui lavori sono stati aggiudicati alla impresa Montubi di Milano fin dal dicembre 1960, provocando così un allarmante ritardo nell'inizio dei lavori e, conseguentemente, un prolungamento delle sofferenze degli abitanti di questa città duramente pro-

vata dalla guerra e che da 16 anni attende inutilmente che questo primario servizio venga normalizzato (2449).

RUGGERI

Ai Ministri dell'interno e del lavoro e della previdenza sociale, per conoscere in base a quali direttive ha agito il brigadiere dei carabinieri che in località Vento di S. Massimo di Verona nella giornata di sabato 17 giugno 1961, verso le ore 12,30, è intervenuto con misure e metodi che violano i diritti fondamentali di libertà singola e sindacale nei confronti di un attivista della Camera del lavoro che si accingeva a distribuire volantini dell'organizzazione sindacale annunciando uno sciopero delle lavoratrici del magazzino ortofrutticolo Mazzi.

In particolare si chiede chi, e in base a quale disposizione, abbia autorizzato il brigadiere a sequestrare il motorino dell'attivista, condurre quest'ultimo in caserma, trattenerlo per una quarantina di minuti, malgrado lo stesso si sia fatto riconoscere con regolare carta di identità, e minacciarlo di schiaffi.

L'interrogante ritiene che la libertà di iniziativa e propaganda sindacale non possa minimamente venire conculcata quando avviene nel pieno rispetto della legislazione vigente, da assurdi e illegali comportamenti e iniziative delle forze di polizia, pertanto attende di conoscere quali provvedimenti verranno adottati nei confronti del brigadiere dei carabinieri colpevole di queste violazioni (2450).

DI PRISCO

Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro della pubblica istruzione, per conoscere, nel quadro delle provvidenze particolari che si attendono per la regione calabrese, se e con quali provvedimenti intendano intervenire per assicurare in maniera organica ed efficiente la vita e il funzionamento delle biblioteche e dei musei nei Comuni minori, avendo le tre città capoluogo (Reggio, Catanzaro e Cosenza) provveduto da tempo alla sistemazione e conservazione del loro patrimonio in idonei locali.

Premesso il dovere dello Stato di salvare tali istituzioni dalla definitiva rovina che le minaccia, stante la assoluta impossibilità degli enti locali a provvedere alla costruzione di sedi idonee, onde consentire anche lo sviluppo culturale della regione calabrese, chiede di conoscere se non si ravvisi la necessità di estendere in favore delle biblioteche e dei musei comunali la particolare legislazione sulla edilizia scolastica di cui alla legge 9 agosto 1954, n. 645, con un contributo trentacinquennale del 6 per cento, misura questa fissata per le costruzioni delle scuole elementari e di avviamento nell'Italia meridionale ed insulare.

Chiede pure di sapere se non ritengano di adottare norme legislative che rendano obbligatoria l'istituzione di pubbliche biblioteche in tutti i Comuni dove esistono scuole d'istruzione media, e l'istituzione di « centri di lettura » negli altri dove esistono solo scuole elementari, assicurandone la vitalità e il funzionamento con norme apposite, quali ad esempio l'imposizione ai Comuni di versare annualmente delle somme in ragione della popolazione.

In particolare, infine, chiede di sapere se e come intendasi risolvere il caso del comune di Palmi il quale possiede una biblioteca di circa 22.000 volumi prevalentemente a carattere meridionale, nonché la biblioteca musicale ed i cimeli del grande maestro Francesco Cilea, un interessantissimo *antiquarium* ed un museo calabrese di etnografia e di folklore di notevole importanza nazionale, il tutto di inestimabile valore, che però rimane alloggiato in ambienti di fortuna, assolutamente inadeguati, insufficienti e non funzionali (2451).

MARAZZITA

Al Ministro di grazia e giustizia, per sapere se gli risulta che le carceri mandamentali della provincia di Reggio Calabria, specialmente quelle di Oppido Mamertina sono alloggiate in vecchi edifici, decrepiti, pericolanti e malsani, nei quali è impossibile la vita perfino per animali.

Le dette carceri di Oppido, che l'interrogante ha avuto occasione di visitare recentemente, sono costituite da due specie di spelonche, umide, prive di aria e di luce, inter-

rate, sfornite delle porte d'ingresso; il tutto in un vecchio rudere cadente che pone in serio e continuo pericolo la vita dei detenuti e quella degli stessi custodi.

Se non ritiene che, per modificare queste condizioni disumane di vita carceraria, sia il caso di dare inizio alla costruzione di un nuovo carcere mandamentale, con criteri più moderni e più civili, dando corso ad un antico progetto che pare sia stato avanzato da quella Amministrazione comunale (2452).

MARAZZITA

Al Ministro della pubblica istruzione, per conoscere i motivi che ritardano la ricostruzione della carriera al personale insegnante e direttivo della scuola in forza della legge 13 marzo 1958, n. 155. Molti degli aventi diritto attendono da anni l'auspicata ricostruzione da cui potrebbero trarre i dovuti aumenti di stipendio e gli arretrati accumulati da anni.

È questo il caso del professor Giovanni Destri, insegnante di lettere italiane e latine nel liceo scientifico « G. Marconi » di Parma, il quale, unico del personale insegnante della sua scuola, attende da ben tre anni la ricostruzione della carriera per la quale dal coefficiente 325, scatto periodico 4°, dovrebbe passare al coefficiente 450 e ottenere tutti gli arretrati dal 1° gennaio 1958.

L'interrogante nel chiedere, come sopra detto, che si chiariscano i motivi dell'inconcepibile ritardo che danneggia ed umilia valorosi elementi del corpo insegnante italiano, insiste perchè il caso indicato, indice di una situazione stagnante, venga sollecitamente risolto (2453).

ZANONI

Al Ministro dei lavori pubblici, per conoscere quali provvedimenti siano in corso per consentire un veloce ed ordinato afflusso e deflusso, in Milano, sul complesso di autostrade che ivi si dipartono e giungono.

È infatti noto che nella zona nord-occidentale della città arrivano le autostrade dei laghi quella per Torino e quella per Brescia e Verona, destinata alla prosecuzione diretta fino a Venezia. Non essendovi ivi nè sotto-

passi, nè sovrappassi e mancando il sistema di coordinamento delle varie autostrade detto a quadrifoglio, ne deriva una continua inserzione longitudinale o per attraversamento delle correnti di traffico.

Ciò comporta, specie nelle ore di punta dei giorni precedenti i festivi e dei festivi, una riduzione tale della velocità da creare continui arresti e riprese. Ciò produce surriscaldamento ai motori delle vetture che si fermano per questa ragione ai lati dell'autostrada riducendone così il calibro.

In attesa che provvedimenti radicali possano essere presi, realizzandosi in pieno la non interferenza dei veicoli provenienti o destinati a località diverse, si prospetta l'opportunità che almeno nelle giornate di maggior traffico vengano prese iniziative di emergenza, conservando l'attuale punto terminale all'autostrada detta dei Laghi e facendo affluire e defluire in altre località il traffico delle altre autostrade (2454).

CORNAGGIA MEDICI

Al Ministro dei trasporti, per conoscere se corrisponda al vero quanto è stato pubblicato dalla stampa relativamente ad un progetto di soppressione di alcune linee ferroviarie ricorrenti in provincia di Ravenna ed in particolare dei tronchi Faenza-Pontassieve-Firenze; Faenza-Russi; Faenza-Lavezzola.

Considerato che tale ventilato provvedimento verrebbe a colpire gravemente le località a cui fanno capo e in cui passano le linee predette e che, ancor più, verrebbe ad incidere sull'economia delle zone interessate, portando all'isolamento di vaste ed importanti zone produttive della Bassa Romagna e ad un ulteriore impoverimento delle aree depresse dell'Appennino Tosco-Romagnolo;

rilevando inoltre che la soppressione di dette linee ferroviarie porterebbe ad un completo isolamento degli altri centri della provincia col capoluogo, proprio nel momento in cui si tende allo sviluppo delle attività industriali e commerciali;

si chiede, in relazione e in appoggio alle richieste inoltrate dagli Enti locali della provincia, se il Governo non intenda abbandonare il progetto di soppressione delle linee

ferroviarie predette, ridando così tranquillità alle popolazioni del ravennate (2455).

CERVELLATI

Al Ministro dei lavori pubblici, per conoscere se, in considerazione della delibera adottata dal Consiglio comunale di Alfonsine il 30 dicembre 1960 e della relativa richiesta trasmessa al Ministero dei lavori pubblici il 20 gennaio 1961, tendente ad ottenere, ai sensi delle leggi 10 agosto 1950, n. 647 e 29 luglio 1957, n. 605, il riconoscimento di zona depressa, non ritenga necessario interporre i suoi buoni uffici onde far ottenere al suindicato Comune la dichiarazione di zona depressa al fine di dare a un così importante centro urbano e al territorio comunale la possibilità di realizzare un più largo sviluppo della vita agricola e industriale e soddisfare così una locale pubblica esigenza (2456).

CERVELLATI

Ordine del giorno

per le sedute di mercoledì 21 giugno 1961

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi mercoledì 21 giugno in due sedute pubbliche, la prima alle ore 10 e la seconda alle ore 17, con il seguente ordine del giorno:

I. Seguito della discussione del disegno di legge:

Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962 (1420).

III. Discussione dei disegni di legge:

1. Istituzione di un Fondo per l'assicurazione di invalidità e vecchiaia al clero

(1576) (Approvato dalla Camera dei deputati).

2. Istituzione di un Fondo per l'assicurazione di invalidità e vecchiaia dei ministri di culti diversi dalla religione cattolica (1583) (Approvato dalla Camera dei deputati).

III. Seguito della discussione del disegno di legge:

Aumento del concorso finanziario dello Stato alla gestione per l'assicurazione di invalidità e vecchiaia dei coltivatori diretti, mezzadri e coloni (1270).

IV. Discussione dei disegni di legge:

1. Aumento del contributo a carico dello Stato per l'assistenza di malattia ai coltivatori diretti (1501) (Approvato dalla Camera dei deputati).

2. Stato di previsione della spesa del Ministero del turismo e dello spettacolo per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962 (1421).

3. PARRI. — Scioglimento del Movimento Sociale Italiano in applicazione della norma contenuta nel primo comma della XII disposizione transitoria e finale della Costituzione (1125).

V. Seguito della discussione del disegno di legge:

(PARRI ed altri. — Istituzione di una Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno « mafia » (280).

La seduta è tolta (ore 21,30).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari