

# SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

## 423<sup>a</sup> SEDUTA PUBBLICA

### RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 21 GIUGNO 1961

(Antimeridiana)

Presidenza del Vice Presidente TIBALDI,

indi del Presidente MERZAGORA

#### INDICE

Congedi . . . . .	Pag. 19647	CORNAGGIA MEDICI . . . . .	Pag. 19650, 19685
Disegni di legge:		CRISCUOLI, <i>relatore</i> . . . . .	19653
« Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962 » (1420) (Se- guito della discussione e approvazione):		DI GRAZIA . . . . .	19684
ALBERTI . . . . .	19683	GIARDINA, <i>Ministro della sanità</i> . . . . .	19654 e <i>passim</i>
BENEDETTI . . . . .	19678 e <i>passim</i>	GRECO . . . . .	19686
BOCCASSI . . . . .	19647, 19684	INDELLI . . . . .	19681
		PASQUALICCHIO . . . . .	19682
		SACCHETTI . . . . .	19684
		SAMEK LODOVICI . . . . .	19679, 19680
		SCOTTI . . . . .	19680
		TERRACINI . . . . .	19649



## Presidenza del Vice Presidente TIBALDI

**P R E S I D E N T E .** La seduta è aperta (ore 10)

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

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

**P R E S I D E N T E .** Non essendovi osservazioni, il processo verbale si intende approvato.

### Congedi

**P R E S I D E N T E .** Ha chiesto congedo il senatore D'Albora per giorni 3.

Non essendovi osservazioni, questo congedo si intende concesso

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

**P R E S I D E N T E .** 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 ».

La discussione generale è stata chiusa ieri. Debbono ancora essere svolti alcuni ordini del giorno.

Si dia lettura dell'ordine del giorno del senatore Boccassi, Scotti e Pasqualicchio.

**C E M M I , Segretario :**

« Il Senato,

considerato che l'attuale legislazione farmaceutica è anacronistica e non risponde più alle necessità delle popolazioni;

constatato che la situazione farmaceutica italiana è tutta un paradosso che si compendia nella mancanza di farmacie, pure essendoci i farmacisti idonei e pronti ad esercitare;

preoccupato dei gravi inconvenienti che danno origine a proteste e sollecitazioni della popolazione;

rilevato che dal precedente esercizio all'attuale non si è ancora provveduto in merito in modo concreto, con grave nocimento per l'assistenza farmaceutica delle popolazioni,

invita il Governo a predisporre strumenti legislativi che consentano di estendere questo importante servizio a tutti i Comuni d'Italia ».

**P R E S I D E N T E .** Il senatore Boccassi ha facoltà di svolgere questo ordine del giorno.

**B O C C A S S I .** Onorevole Presidente, l'ordine del giorno, analogo ad un altro da me presentato già nella discussione del precedente esercizio finanziario e accettato dal Governo, chiede un provvedimento che è stato peraltro adottato soltanto parzialmente in questo periodo di tempo: la modifica del rapporto fra il numero delle farmacie e popolazione, che deve essere portato ad una farmacia ogni 4 mila abitanti, anzichè ad una farmacia ogni 5 mila. Il provvedimento è soltanto un palliativo e rimarrà tale fino a quando si manterrà integra la legge del 1913, cioè la legge Giolitti, con le sue successive modificazioni per quanto riguarda il conferimento delle nuove sedi, modificazioni che sono poi state tradotte negli articoli 105 e 107 del testo unico delle leggi sanitarie.

È vero, sono state presentate diverse proposte nei due rami del Parlamento, ma tali proposte necessitano di un coordinamento, ed è appunto su tale necessità che io richia-

mo, con l'ordine del giorno presentato, l'attenzione del Governo e la solerzia del Ministro.

D'altra parte, l'onorevole Ministro della sanità, nel suo discorso alla Camera pronunciato nel luglio del 1959 su questo argomento, così si esprimeva: « È indispensabile modificare l'attuale disciplina delle farmacie affinché questo pubblico servizio d'interesse sanitario-sociale risponda meglio alle esigenze della collettività e alle aspirazioni dei laureati in farmacia non titolari. In particolare — continuava il Ministro — è opportuno mutare il sistema dei concorsi, rivedere i principi posti a base delle piante organiche, garantire il servizio farmaceutico in ogni Comune sprovvisto di farmacia. La distribuzione regionale delle concessioni, peraltro, non è strettamente proporzionale alla popolazione delle regioni stesse — ammetteva il Ministro — come è agevole constatare facendo un raffronto fra i dati della popolazione e delle farmacie ».

Ebbene, onorevoli colleghi, la situazione da allora non è per nulla mutata, la situazione odierna è la medesima. Il numero delle farmacie non si adegua allo sviluppo della popolazione. Abbiamo 2500 comuni privi di farmacia, abbiamo 20 mila farmacisti laureati che non possono esercitare. All'interno stesso dell'Ordine dei farmacisti è in corso un'aspra battaglia fra proprietari di farmacia e non proprietari di farmacia; c'è un contrasto profondo anche fra i proprietari di farmacia rurale e i proprietari di farmacia urbana.

Inoltre ha ancora fondamento, nonostante l'approvazione del rapporto da 1 a 4000, anziché da 1 a 5000, il rapporto stabilito dalla legge, rapporto che i proprietari di farmacia rurale e i non proprietari chiedono venga abolito.

Per quanto riguarda i concorsi, io mi domando come mai sia possibile tenere in piedi ancora una legislazione così contraddittoria come il testo unico delle leggi sanitarie, con i suoi articoli 105 e 107. L'articolo 105 afferma che le farmacie vanno assegnate soltanto al vincitore, in seguito a pubblico concorso per titoli bandito dal Prefetto, mentre all'articolo 107 si prevede la precedenza assoluta (non la parità di titoli, ma la pre-

cedenza assoluta) nei concorsi stessi per il figlio o il coniuge del farmacista la cui farmacia sia stata messa a concorso. Si assiste così ad una farsa, in certi concorsi, per cui centinaia di concorrenti forniti di titoli accademici migliori, di titoli scientifici, di titoli di servizio, sono scavalcati dall'ultimo in graduatoria che riesce vincitore esclusivamente per titoli familiari.

L'articolo 107, onorevole Sottosegretario, deve essere modificato nel senso che la precedenza ai figli e al coniuge sia concessa a parità di titoli; altrimenti è inutile fare il concorso, che si riduce ad essere una beffa.

Mantengo la promessa, che avevo fatto al signor Presidente, e mi avvio a concludere, facendo presente che la farraginoso legislazione farmaceutica italiana è un vero coacervo di contraddizioni, un vero coacervo di assurdità giuridiche e indica la necessità, come ho detto all'inizio, di un provvedimento che sia veramente riformatore, cioè il provvedimento della liberalizzazione del servizio farmaceutico e dell'istituzione della condotta farmaceutica nei molti comuni italiani che ne sono privi.

Io mi auguro, signori del Governo, che nel prossimo esercizio questo argomento non debba venire ancora un'altra volta ripetuto.

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

**C E M M I , Segretario :**

« Il Senato,

considerata la gravità dei danni conseguenti alla salute dei cittadini dalla civica indisciplinazione imperante nella vita associata in relazione a consumi attinenti precipuamente allo svago e alle superfluità voluttuarie,

invita il Governo a studiare rapide misure che, a tutela della salute dei cittadini e a somiglianza di quanto per legge già avviene nel maggior numero dei Paesi civili, proibiscano di fumare nei locali chiusi di spettacolo di ogni ordine e specie, quanto meno nel corso delle rappresentazioni, proiezioni e esibizioni pomeridiane, frequentate a preferenza dai bambini e dagli anziani i cui deboli organismi sono paurosamente insi-

diati dall'atmosfera sovraccarica di miasmi e dalle esalazioni velenose del tabacco, e intese altresì ad interdire nei luoghi aperti al pubblico l'uso delle radio-transistors che ogni giorno di più vanno aggiungendo i loro vari e non sempre gradevoli suoni agli assordanti rumori che già tramutano gli agglomerati urbani in gironi quasi infernali »

**P R E S I D E N T E** Il senatore Terracini ha facoltà di svolgere questo ordine del giorno

**T E R R A C I N I**. Signor Presidente, presentando quest'ordine del giorno nel corso della discussione di un bilancio nel quale lo riconosco, non ho alcuna competenza particolare che mi autorizzi a prendere la parola, ho voluto soltanto farmi portavoce di una lamentela assai diffusa, anzi di una viva protesta che giornalmente si leva da larghi strati della popolazione e dell'opinione pubblica. E se anche non si tratti di grandi questioni non vorrei che si pensasse da qualcuno che si tratta di questioni trascurabili. Semmai soltanto di questioni trascurate, metodicamente trascurate. E se lo posso, desidero esprimere la mia meraviglia che, neanche per incidenza, i numerosi colleghi esperti nell'arte medica e sanitaria che hanno preso qui la parola, vi abbiano fatto un richiamo. Tanto più, dunque, col mio ordine del giorno richiamo su di esse l'attenzione del Ministro e del Senato. Io faccio presente l'esigenza di prendere adeguate misure al fine di proibire che si fumi nei locali destinati a pubblici spettacoli, e per interdire l'impiego nei luoghi aperti al pubblico, oltre che nei luoghi pubblici, delle piccole radio trasportabili a transistors, veri strumenti di tortura sciaguratamente donati all'umanità dall'inventiva inesauribile degli scienziati. Appare evidente che la maggiore importanza spetta alla prima richiesta relativa al divieto di fumare nei pubblici locali; col chè si verrebbe semplicemente a sottoporre la vita pubblica ed associata del nostro Paese ad una norma universalmente applicata ed imposta in tutti i Paesi civili dell'occidente e dell'oriente, del mondo capitalista e del mondo socialista. Non raramente ognuno di noi ha l'occasione di con-

statare quale sia l'indignazione e lo stupore dei turisti nell'accorgersi come nel nostro Paese, che eccelle tuttavia in tante manifestazioni di gentil vivere, a questo proposito domini non solo una assoluta indifferenza ma addirittura il disprezzo delle pubbliche autorità, quasi stimolo a violare una norma elementare di educazione e rispetto altrui. So che, per ciò che si riferisce alla proibizione del fumo nei pubblici locali, da parte dello Stato vi è una resistenza determinata dalla convinzione di tutelare così l'erario, e ciò perchè esistendo in Italia il monopolio del tabacco ogni più limitata riduzione nella vendita, conseguente alla proibizione, comporterebbe una minore entrata. In realtà, facendo un bilancio non strettamente commerciale, si può affermare che questa proibizione arrecherebbe all'erario un notevole vantaggio. Non vi è dubbio infatti che la frequenza nei locali di pubblico spettacolo, ammorbati dall'atmosfera intensamente permeata dalle esalazioni del tabacco, arreca molti danni alla pubblica salute, dal che la necessità di una più impegnata assistenza sanitaria a carico di mutue, ospedali, eccetera.

In quanto all'uso delle piccole radio portatili, credo di potere affermare che esso ha superato il limite della sopportabilità. Non contesto a chiunque lo voglia, di rallegrarsi con musiche o canti affidati alle onde; lo svago dei singoli non deve tradursi in un danno per la salute pubblica. Si dichiara guerra ai rumori, o quanto meno si asserisce di volerla fare; io chiedo non di ingaggiare una nuova lotta, ma di prevenire un male crescente, impedendo che rumori aggiuntivi si sommino all'enorme valanga di quelli già dilaganti.

Nè mi dilungo ulteriormente. Sottolineo soltanto che, fra le tante giuste, benefiche, necessarie misure, riforme e leggi che sono state chieste al Governo nel corso di questa interessante discussione, i provvedimenti che io sollecito sono i più facili da attuare, poichè non esigono spese. Basterà una ordinanza ministeriale, e poi naturalmente un lavoro di educazione dell'opinione pubblica. Ma sono convinto che i cittadini, in maggioranza, si inchineranno a queste misure tanto utili e necessarie. (*Applausi*).

**P R E S I D E N T E**. Si dia lettura dell'ordine del giorno del senatore Banfi, Alberti, Gatti, Franzini e Samek Lodovici:

**C E M M I**, *Segretario*:

« Il Senato,

considerato che sempre più la scienza medica ed i metodi didattici riescono a porre i motulesi in condizioni di apprendere un mestiere e quindi di inserirsi nella vita associata,

sollecita il Governo perchè voglia, con urgenza, sviluppare le iniziative dirette a recuperare alla vita civile i menomati negli arti ed a prendere iniziative, anche di carattere legislativo, perchè ai motulesi siano assicurate provvidenze di ordine assistenziale e sociale idonee a garantire loro lavoro proficuo ed adatto ».

**P R E S I D E N T E**. Poichè il senatore Banfi non è presente, si intende che abbia rinunciato a svolgere questo ordine del giorno.

Si dia lettura dell'ordine del giorno del senatore Cornaggia Medici.

**C E M M I**, *Segretario*:

« Il Senato,

tenuta presente l'opera benefica svolta dalle Associazioni volontarie di pronto soccorso e di assistenza facenti capo alla omonima Federazione nazionale, operante in cordiale accordo con la Croce rossa italiana e la Confederazione delle Misericordie,

invita il Governo a studiare la possibilità di andare incontro ai desideri della Federazione nazionale delle Associazioni di pronto soccorso e pubblica assistenza, sia con un contributo, sia con la riduzione del prezzo della benzina da impiegarsi rigorosamente ed esclusivamente per le autolettighe delle Associazioni facenti parte della Federazione predetta, come di quelle della Croce rossa e della Confederazione delle Misericordie.

Coi provvedimenti auspicati si consentirebbe la presenza soprattutto nell'Italia centro meridionale ed insulare di un maggior numero di autolettighe attrezzate, il che consentirebbe la spedalizzazione degli

infortunati della strada con metodi non dannosi agli stessi. È risaputo, infatti — ed un recente convegno a Torino lo ha confermato — che talvolta, specie per i traumatizzati del cranio e della colonna vertebrale, un trasporto, eseguito malamente senza l'osservanza di precise norme, può causare danni irreparabili e letali ».

**P R E S I D E N T E** Il senatore Cornaggia Medici ha facoltà di svolgere questo ordine del giorno.

**C O R N A G G I A M E D I C I**. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Ministro, in questo anno centenario dell'Unità italiana ritengo che il Senato, memore di quello che il volontarismo ha apportato all'Unità, possa ricordare con compiacenza e con gratitudine l'opera di tutti quei volontari delle varie associazioni di pronto soccorso e di assistenza pubblica che, gratuitamente e senza esservi spinti dall'imperio della legge, prestano la loro opera a favore del popolo sofferente.

Per questa Federazione delle pubbliche assistenze, la quale opera, come dico nel mio ordine del giorno, in cordiale armonia con la Croce Rossa Italiana e con la Confederazione delle Misericordie, noi invochiamo, onorevole Ministro, dal suo Ministero, un contributo. E non saranno tanto il valore finanziario e la portata economica del contributo che avranno una rilevanza per questi volontari e per le infermiere volontarie, quanto piuttosto l'attestazione che lo Stato italiano ha presenti questi operai, questi impiegati, questi professionisti, questi studenti — e lo dico per il genere maschile, ma anche per quello femminile — i quali lavorano la notte, e di giorno prestano la loro opera a favore del prossimo, oppure, dopo aver lavorato di giorno, passano la notte insonni.

In un'epoca — e il Senato è sempre così attento a tutto quello che riguarda l'etica — in cui spesso ci si muove o spinti soltanto dalla speranza di guadagno, o anche da un basso orgoglio, questi poveri, questi disinteressati, questi ignoti operatori della carità cristiana debbono qui essere ricordati, ed è quello che io rispettosamente faccio.

Credo, onorevole Presidente, che anche un altro problema, che, lo so, non è di competenza dell'onorevole ministro professor Giardina, quello cioè di una riduzione del prezzo del carburante da impiegarsi rigorosamente ed esclusivamente con controlli ben sicuri e seri per le autolettighe, possa essere studiato dal Governo.

Mi sia consentito, con coscienza pacatezza, di osservare che io non capisco perchè noi dobbiamo essere così generosi con tutti i turisti che vengono in Italia, giustamente generosi verso coloro che esercitano il trasporto con autovetture, i cosiddetti tassi di piazza, e non dobbiamo far niente per queste organizzazioni, delle quali ho avuto un momento fa ragione di dire le benemerienze, e che si collocano nel ciclo nazionale che stiamo celebrando.

Mi consenta, onorevole Presidente che, davanti a lei che mi ricorda la nostra Università di Pavia, la gloriosissima facoltà di medicina, io, avvocato di provincia, ardisca trattare un tema che riguarda i traumatologi, i medici, e non me. Intendo il tema dei gravissimi incidenti e dei traumi conseguenti alla circolazione automobilistica. L'onorevole senatore Benedetti ha voluto ieri sera, con la sua *verve* trentina tanto cara a noi, con la sua competenza ricordarci uno dei metodi secondo cui questi incidenti potrebbero essere ridotti di numero. Egli ha posto l'accento sull'elemento velocità. È molto facile affermare che sia la velocità eccessiva a causare gli incidenti. Io, che purtroppo in questa materia ho anche in *corpore meo* *vilissimo* un poco di esperienza, ricorderò a me stesso che due veicoli i quali vengono a collisione a 50 chilometri all'ora hanno una velocità di impatto di 100 chilometri.

Io sono di un parere diverso, sono per la velocità modulata, perchè una riduzione della velocità crea in definitiva la stanchezza psichica, la disattenzione, la sonnolenza, crea la concentrazione dei veicoli sulle strade, il persistere per un maggior numero di ore delle automobili sulle strade. Ma questa non è la sede per trattare questo argomento.

Ci sarà invece da domandarci cosa si possa fare, non dico per l'accertamento del grado di alcoolismo, argomento trattato ieri sera dal senatore Macaggi, non dico per le

distrazioni prodotte da certe persone a bordo — è un tema che ho già trattato: gente che guida avvinghiata, distratta —; ci sarà da domandarci se non sia il caso di applicare le bretelle agli occupanti, in modo che in caso di urto non si vada a colpire le parti più ledenti dell'automobile; occorrerà studiare affinché le così dette difese passive siano maggiori. È chiaro che quanto più l'automobile ha strutture resistenti, tanto più in caso di urto i danni sono minori. Ci sarà da vedere che le parti interne abbiano una minore idoneità a ferire. Ma forse anche qui siamo un po' fuori tema.

In un recente congresso tenuto a Torino e promosso dalla Federazione delle pubbliche assistenze si è un'altra volta rilevato, con stupore per alcuni, non per chi abbia la ventura di essere non dico un cultore delle discipline mediche e chirurgiche, ma semplicemente un rispettoso ed attento lettore, che per i traumatizzati è quasi sempre la testa che va di mezzo in queste cose, o la colonna vertebrale. Accade che, dopo l'incidente, il primo che passa, spinto forse non solo da un impeto di carità, da un impeto di solidarietà verso queste vittime, ma impaurito forse anche che un mancato immediato soccorso lo possa fare ritenere reo di violazione di una norma di legge, in base alla quale colui che omette il soccorso è punito, raccoglie l'infortunato e, come dice l'onorevole senatore professor Angelo Lorenzi, lo raccoglie malamente. E tante volte leggiamo con malinconia che nel breve tratto tra il luogo dove l'infortunio si è verificato ed il più vicino presidio chirurgico, ospedaliero, o la più vicina clinica universitaria, l'infortunato è deceduto. È chiaro quali emorragie possono derivare per i traumatizzati del cranio, ed è chiaro anche quali compressioni del bulbo, se mi si permette, con immediata perdita anche della capacità respiratoria, possono derivare per i colpiti alla colonna vertebrale.

Ho voluto ricordare questo, onorevole Presidente, perchè io che sono un amante dell'Italia insulare, centrale, meridionale, devo dire che se noi del Nord abbiamo, in complesso, un certo numero di autolettighe a disposizione per questi interventi di urgenza — e, ad esempio, sull'autostrada del Sole vi è una specie di pattugliamento continuo della

polizia ed una presenza di presidi della Croce Rossa e le autolettighe sono per radio immediatamente invocabili sul luogo del disastro — in alcune zone, invece, dell'Italia centrale, meridionale, insulare, di autolettighe ve ne sono meno, ed allora il trasporto non viene fatto a regola d'arte, ma con quei mezzi di fortuna che mi sono permesso di indicare e che qualche volta hanno anche un effetto letale.

Con le provvidenze, onorevole Ministro, di ordine fiscale — so che siamo fuori tema ma lei potrà riportare al suo collega senatore Trabucchi, ministro delle finanze questo nostro desiderio — con le provvidenze fiscali che ho invocato, con questi contributi, noi pensiamo che la Federazione nazionale delle pubbliche assistenze potrà far sorgere anche in altre parti d'Italia delle associazioni di pronto soccorso le quali, in piena armonia di cooperazione con la Croce Rossa italiana e le benemerite Misericordie, potranno provvedere a quel servizio, che renderà molto meno tragici gli effetti di quell'insieme di collisioni che noi deprechiamo.

Ho parlato, onorevole Presidente, senza che mi facesse velo il fatto di essere, nell'indegnità della mia persona, Presidente onorario della Federazione italiana delle Associazioni di pronto soccorso e delle pubbliche assistenze, e neppure di essere Presidente della Croce Bianca di Milano, cui sono tanto legato e che oggi, con la sua nuova sede di Milano e con i suoi distaccamenti, si avvia a dilatarsi. Non mi ha fatto velo questo, perchè ho pensato, onorevoli senatori, prendendo la parola, di portare un piccolo contributo affinché le conseguenze degli incidenti autostradali e stradali siano minori, a salvaguardia di quell'umanità sulla quale vigila, con tutti i provvedimenti di profilassi e di igiene, il Ministero della sanità, che ha per anima e per supremo moderatore il nostro caro collega, onorevole senatore professore Camillo Giardina.

P R E S I D E N T E . Si dia lettura dell'ordine del giorno dei senatori Sacchetti e Mammucari.

C E M M I , *Segretario* :

« Il Senato,

constatato che alle disposizioni impartite dal Ministro della sanità, con la circolare n. 85 del 21 giugno 1960 e la successiva n. 129 del 18 ottobre 1960, alcuni Consigli di Amministrazione di Istituti neuropsichiatrici non si sono adeguati, cioè mantengono le delibere con le quali si istituisce il "nubilato", in aperto contrasto con le norme costituzionali;

considerato inoltre che il parere richiesto al Consiglio superiore di sanità non potrà essere considerato vincolante in materia di diritto alla conservazione del posto di lavoro del personale infermieristico di assistenza presso gli Istituti.

impegna il Ministro ad intervenire affinché divengano esecutive le disposizioni ministeriali ai medici provinciali contenute nella sopracitata circolare n. 129 ».

P R E S I D E N T E . I senatori Sacchetti e Mammucari hanno rinunciato a svolgere questo ordine del giorno.

Si dia lettura dell'ordine del giorno dei senatori Mammucari, Donini e Minio.

C E M M I , *Segretario* :

« Il Senato,

considerata la inadeguatezza dell'attrezzatura ospedaliera in rapporto sia alla popolazione di Roma, della Provincia di Roma e del Lazio sia, ancor più, al numero degli assicurati (operai, braccianti, dipendenti delle pubbliche e private amministrazioni, artigiani, coltivatori diretti, e così via);

constatato che tale inadeguatezza dà luogo sia alla difficoltà di garantire l'assistenza ospedaliera agli aventi diritto, sia allo sviluppo speculativo delle cliniche private;

tenuta presente la urgente necessità di porre termine a uno stato di cose ulteriormente intollerabile, come dimostrano i numerosi casi verificatisi a Roma a seguito della crescente confusione esistente nel settore ospedaliero, dovuta anche a cumulo di incarichi di attività di una parte almeno del corpo medico dirigente e al pessimo trattamen-



to economico e giuridico del personale medico di base, impegna il Governo a prendere tutti quei provvedimenti — a cominciare da un piano organico di costruzioni e attrezzature ospedaliere a Roma, nella provincia di Roma e nel Lazio, adeguato alle esigenze degli assicurati e della popolazione, sia per la capienza, che per l'assistenza — assicurando anche un trattamento al personale medico e infermieristico degno della delicata funzione cui debbono assolvere ».

**P R E S I D E N T E .** I senatore Mamucari, Donini e Minio hanno rinunciato a svolgere questo ordine del giorno.

Lo svolgimento degli ordini del giorno è così esaurito. Ha facoltà di parlare l'onorevole relatore.

**C R I S C U O L I , relatore.** Nell'iniziare la mia relazione al bilancio della Sanità, mi rivolgevo agli onorevoli colleghi senatori, studiosi di materia sanitaria, pregandoli di intervenire nel corso della discussione in Aula, per apportare alla mia modesta fatica il prezioso contributo del loro pensiero e della loro esperienza.

Gli interventi, infatti, non sono mancati, nonostante la limitazione di tempo imposta dall'esigenza dei lavori parlamentari; ed io ho veramente ragione di ringraziare, cosa che faccio, gli onorevoli senatori Lorenzi, Pasqualicchio, Monaldi, Samek Lodovici, Mancino, D'Albora, Tibaldi, Alberti, Zanardi, Franzini, Macaggi, Lombardi, Gatto, Di Grazia, Scotti, Benedetti, Lombardi, Indelli, Boccassi, Terracini e Cornaggia Medici che, attraverso una critica costruttiva e pur sempre obiettiva e cortese, prescindendo da posizioni politiche, e con argomenti dotti e brillanti hanno tanto bene completata, sviluppata e migliorata la mia esposizione.

Pertanto a me poco rimane da aggiungere e mi dispenso dall'addentrarmi in una replica sostanziale poichè ormai tutti gli argomenti, ed anche alcuni da me omessi, sono stati tanto bene trattati dagli onorevoli colleghi, come io certamente non potrei fare meglio. Lo spirito della mia relazione, d'altronde, non era tanto di sollevare critiche o polemiche, per quanto si sarebbe dovuto fare e non si è fatto, o per quanto si sarebbe

dovuto fare in maniera diversa, voleva essere soprattutto un appello, una invocazione accorata al Parlamento e al Governo per un onesto, concorde, unanime sforzo inteso a realizzare una più equa, moderna ed efficiente organizzazione sanitaria in Italia, attraverso la direzione unitaria del Ministero della sanità, comprendendosi benissimo la enorme difficoltà giuridica, tecnica, organizzativa ed economica dell'assunto e non pretendendo pertanto che il problema si risolvesse con un colpo di bacchetta magica; ma desiderando che venisse affrontato, posto sul tappeto con decisione e serietà di intenti e con alacrità di opera, per arrivare ad una soluzione sia pure, se necessario, graduale, auspicando soprattutto che il problema fosse compreso, fosse veramente sentito in tutta la sua gravità, fatto proprio e sposato come un impegno sacro da Parlamento e Governo, e specialmente dal Presidente del Consiglio, per il grande peso dell'atteggiamento suo e della sua influenza orientativa determinante nell'indirizzo politico. Più che un problema economico intendevo sollevare un problema politico.

Non invocavamo in particolare il Ministro della sanità poichè lo sappiamo, lo sentiamo già al nostro fianco in questo spirito e in queste rivendicazioni. Accettato il nostro assunto sul piano politico, accettato con passione, con adesione piena, il problema sanitario sarebbe stato avviato a sicura e felice soluzione. Operando in tale clima di appassionata decisione, i mezzi finanziari realizzatori dovranno pure venire da qualche parte, oltre quelli che si economizzeranno attraverso una migliore organizzazione e amministrazione, così come sono venuti fuori per la soluzione di altri problemi, anche meno importanti di quello sanitario: dovranno venire fuori, sia pure frazionati nel tempo, sia pure con sacrificio, sia pure, lo abbiamo detto nella relazione, distogliendoli in parte, ove necessario, da altri settori meno importanti. Se è vero che infinite sono le esigenze del Paese, (e tutte, ben ce ne rendiamo conto, hanno il loro peso) è pur vero che esiste una gradualità dei problemi. E quale problema può collocarsi al di sopra della pubblica salute, al disopra del dovere di assistere chi è malato, e povero per di più?

L'assistenza ai sofferenti, specie se poveri, è vocazione precipua del cristianesimo e noi cattolici dobbiamo rivendicarla a noi come una gloria, sentirla come una religione e soprattutto realizzarla e renderla operante nella società moderna; ogni sforzo deve mettersi in atto per impedire che migliaia di individui, bambini e adulti, perdano la salute o la vita, nel nostro civilissimo Paese, per mancanza di cure adeguate. Non è retorica purtroppo. Io, che vengo da una delle zone più depresse d'Italia, dove ho esercitato per circa 30 anni la chirurgia, so per dolorosa esperienza cosa significa veder arrivare malati moribondi, per i quali più nulla si può tentare, solo perchè è mancato un soccorso tempestivo per la lontananza di un centro sanitario, o per altre disgraziate circostanze ambientali; o veder morire d'emorragia giovani madri che una trasfusione di sangue, praticata in tempo, avrebbe salvato.

Sono queste le schiere di morti che pesano sulla società, anche se non fanno clamore e se sono ignorate dalla cronaca. In nome di questi morti oscuri, che sono i più, di questi umili e muti, io levavo nella relazione e levo ora la mia piccola voce ad invocare quella unanime decisione, quella concorde ed appassionata azione intesa a realizzare nella nostra società democratica una maggiore giustizia sociale, anche e soprattutto in campo sanitario. I numerosi, interessanti, e quello che più conta sentiti e sinceri tutti, interventi di ieri, mi hanno confortato a sperare, dimostrando che un clima favorevole si va formando in Parlamento intorno alla questione sanitaria, la quale finalmente è penetrata nella coscienza e compresa nella sua altissima importanza. Sono questi discorsi che mi hanno rassicurato che combattenti numerosi e valorosi non mancheranno alla nostra battaglia, vorrei dire alla nostra crociata.

Nè io voglio dubitare, onorevole Ministro e onorevoli colleghi, che una uguale comprensione troverà, per la sua evidenza e la sua necessità, il problema presso il Governo. Sono anzi sicuro che verrà finalmente affrontato in pieno, per una felice soluzione. (*Applausi*).

**PRESIDENTE.** Ha facoltà di parlare l'onorevole Ministro della sanità.

**G I A R D I N A ,** *Ministro della sanità.* Onorevole Presidente, onorevoli colleghi sono veramente commosso per quanto hanno detto gli oratori intervenuti nel dibattito, i quali, se hanno avanzato qualche volta delle critiche, con i loro discorsi hanno dato il migliore riconoscimento per quanto è stato fatto e il più bell'incitamento alle opere future del Ministero della sanità. Mi tocca quindi, e ne sono lieto, ringraziare tutti gli oratori e in particolare il relatore, senatore Criscuoli.

Alla relazione del senatore Criscuoli (ed entro subito così nel vivo del nostro dibattito) sono stati dati due tipi di adesione: quella che, pur convenendo con la tesi del relatore che molto ancora è da fare e che i fondi sono inadeguati, ha però riconosciuto che molto è stato fatto nei limiti delle possibilità; e l'altra interamente pessimista che ritiene che tutto è ancora da fare e che ben poco finora si sia fatto.

Fate dire ora anche a me quello che penso della relazione del senatore Criscuoli. Debo riconoscere che essa ci ha presentato un quadro completo del Ministero della sanità, non solo nelle sue strutture, ma anche nei suoi problemi e soprattutto nella dura realtà dei suoi limiti. Il senatore Criscuoli, a mio avviso, non ha torto; egli ha infatti visto (come noi tutti), dopo lunghe vicissitudini parlamentari, nascere il tanto auspicato Ministero della sanità che, come segnato da un non benigno destino, appena dischiusi gli occhi alla luce ha visto nel proprio atto di nascita (14 agosto 1958), indicato, senza possibilità di scelta e di discussione, il campo da battere notevolmente circoscritto. Entrato subito nelle sue funzioni, ecco il Ministero della sanità che si dibatte in difficoltà di bilancio e per difendere competenze appena acquisite.

Mi sembra che questi siano i problemi di fondo sollevati con vera passione dal senatore Criscuoli, sui quali vi è stato il consenso unanime dell'11ª Commissione di questa Assemblea ed in particolare dei senatori Maggagi, Lombardi, Mancino, D'Albora, Franzini, Lombardi, Di Grazia, Scotti e Lorenzi. Io sono convinto che il nostro relatore non poteva scrivere ed esprimersi in modo diverso. Un medico, infatti, (ed ora ciò abbiamo sentito ripetere dalle sue vive parole a conclusione del dibattito) un medico

che concepisce la pratica o l'esercizio professionale come assolvimento di una vera missione, sente tutto l'impegno che esige la lotta contro i nemici della salute; un medico e non solo il medico, ma ognuno di noi che giornalmente viene posto dinanzi ai dolori e alle umane sofferenze, e che ogni giorno vede attorno agli ammalati l'eterno quadro dei parenti tormentati dal dubbio ed aperti ad ogni speranza, un tale medico non potrebbe sottoscrivere una relazione diversa da quella che il collega Criscuoli ha sottoposto al vostro illuminato giudizio. Chiunque (io, voi, tutti), si accosti e soccorra gli ammalati, non può infatti concepire una politica di lesina per le spese destinate alla tutela della salute.

Come non essere sorpresi che nel settore ospedaliero ci sia tuttora largo condominio di più Amministrazioni, condominio che naturalmente rallenta ogni azione promossa per la rinascita ospedaliera e che incide negativamente sulla disciplina del personale e sulla funzionalità dei servizi? Come non essere sorpresi che si perpetui un sistema che preclude al Ministero della sanità tempestivi e diretti interventi, e non riconosce a questo Dicastero il diritto di scelta e di nomina dei Commissari nei casi in cui speciali situazioni, e ne abbiamo viste tante, possano imporre lo scioglimento delle ordinarie amministrazioni ospedaliere? Come non essere sorpresi che si riconosca ancora, vivo e vitale, un sistema che, ignorando ogni progresso, continua ad assoggettare gli enti ospedalieri alla stessa disciplina, pesante e anacronistica, di tutte le opere pie e di beneficenza? Come non avvertire l'urgenza e la necessità di provvedere ad adeguare gli ospedali, sia generali che specializzati, alla nuova realtà dell'evoluzione tecnico-scientifica, quando ogni lacuna ed ogni ritardo significano la morte di bimbi, o di uomini maturi ancora validi sostenitori delle famiglie? Come giustificare che una società organizzata non voglia o non si premuri di accelerare i tempi per stendere un tessuto capillare, vivo e fecondo, in ogni luogo abitato, a soccorso e cura della madre e del fanciullo? Come comprendere l'indifferenza o l'incomprensione di molti sull'importanza dei problemi delle malattie sociali, nella cui ampia

gamma vi sono morbi, come i tumori e le malattie cardiovascolari, che, con ritmo ognor crescente, (e lo hanno in quest'Aula ricordato molti illustri colleghi) mietono vittime quasi sempre colpite nel fiore della loro operosa attività? Come tollerare che, se non dal lato umano, almeno per considerazioni economiche, non si provveda al potenziamento dei servizi preordinati per la lotta contro le malattie reumatiche, alla diffusione dei centri di recupero per i fanciulli irregolari psichici, motulesi, spastici, discinetici, poliomielitici? Come un medico può rassegnarsi a prendere atto di un'organizzazione sanitaria che non sia integralmente e perfettamente adeguata alle esigenze dell'ora e ai prevedibili sviluppi del prossimo domani? Può un medico, degno veramente di tal nome, rassegnarsi a piani futuri quando sa che un programma di immediata attuazione significherebbe risparmiare lutti alle famiglie e dare garanzie per una comunità sana, presupposto primo di sicuro e civile progresso della Nazione? Non solo un medico ma qualsiasi saggio cittadino non può non restare, infine, colpito dal contrasto tra alcune norme di una stessa legge che attribuisce la responsabilità della tutela e difesa della pubblica salute ad un organo ben determinato e poi sottrae a questo il controllo e la direzione effettiva di tutta l'assistenza sanitaria.

S C O T T I . Allora votiamo tutti contro il bilancio.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Abbiamo appena cominciato, onorevoli colleghi: non vorrei che aveste delle delusioni. Mentre si affida, dicevo, al Ministero della sanità la tutela e la difesa della salute di 50 milioni di italiani, gli viene sottratta la cura di quasi 40 milioni di essi come se vi fossero confini netti tra la prevenzione delle malattie e l'assistenza e cura degli ammalati e come se fosse praticamente impossibile separare e scindere l'amministrazione delle quote assicurative dalla diretta cura degli ammalati. Come, ragionando in senso inverso, è mai concepibile che gli enti assicuratori contro le malattie si disinteressino completamente della prevenzione delle malattie dei lavoratori

di oggi e anche dei lavoratori di domani al fine di evitare in avvenire spese di gran lunga maggiori di quelle connesse ad ogni tipo di assistenza? (*Interruzioni dalla sinistra*). E non è questa una disarmonia che incide sull'economia di qualsiasi esercizio mutualistico compromettendo peraltro il patrimonio umano della Nazione? Questi sono gli interrogativi angosciosi che il senatore Criscuoli ha posto a noi tutti e sui quali non si può che essere pienamente d'accordo.

Grazie quindi, senatore Criscuoli, per il notevole contributo che ella ha recato all'esame del bilancio della Sanità. Comprendo il suo stato d'animo e quello dei senatori che hanno partecipato alla discussione, mossi tutti dal desiderio di cooperare perchè l'Amministrazione sanitaria italiana sia pari al suo compito, corrisponda appieno alle attese del popolo e sia organismo di tale efficienza da riscuotere sempre e dovunque il plauso e la fiducia dei cittadini.

Ma qual è la via da percorrere perchè quanto il senatore Criscuoli ha delineato, con tanta passione e competenza, non rimanga nel limbo delle incertezze, nel regno delle chimere? Perchè ognuno di noi non rinunci alla lotta, non si rassegni ad un Ministero della sanità gravemente mutilato di alcuni suoi compiti naturali e mortificato di non potere armonicamente comporre, nel doveroso rispetto delle leggi, una sintesi dello sforzo quotidiano compiuto dallo Stato, sia nel campo della prevenzione, sia nel campo dell'assistenza? Qual è la via da percorrere perchè la politica sanitaria del nostro Paese sia veramente una come uno solo deve essere l'organismo che di quella politica sia il diretto e riconosciuto responsabile? (*Approvazioni dal centro*). La via, debbo riconoscerlo, ce la indica lo stesso relatore nella premessa alla relazione. Ed è (fatemi dire) la via democratica del persuadere opinione pubblica e Parlamento. In un regime democratico è infatti assurdo che si pensi a uomini taumaturgici, i quali con la bacchetta magica abbiano il potere di mutare tutto nel giro di 24 ore... (*commenti dalla sinistra*)... dando alla Sanità tutte quelle naturali competenze e quei fondi che invece vogliamo raggiungere nel rispetto della legge e del costume democratico. Me lo consenta il senato-

re Scotti che lo ha chiesto ieri in quest'Aula: non si può pretendere da un Ministro responsabile che compia atti di forza ed elevi minacce di qualsiasi tipo. Questa per me, senatore Scotti, non sarebbe una politica responsabile. (*Cenni di diniego del senatore Scotti*).

Z A N A R D I . Il relatore ha detto che bisogna fare lo sciopero, perciò è stato più aggressivo di noi.

S C O T T I . Io ho detto che lei è sempre così gentile e cortese tanto da disarmare talvolta i suoi amici e i suoi avversari, mentre invece in Consiglio dei ministri sarebbe opportuno che agisse con più fermezza.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Questa non sarebbe una politica responsabile. Piuttosto conveniamo che un dibattito come quello che si è svolto in quest'Aula agguincerà motivi per convincere gli altri responsabili del Governo del Paese ad affrontare, nel senso da noi desiderato, i problemi sanitari. La meta sarà raggiunta quel giorno: auguriamoci che tale giorno non sia lontano. A quella meta — e io ne sono convinto — si perverrà, lo ripeto insieme al relatore, solo quando l'opinione pubblica sarà consapevole che l'interesse vero dei cittadini corrisponde alle nostre aspirazioni.

Il fervore e la passione di tutti gli onorevoli senatori intervenuti nella discussione mi saranno, siatene certi, di valido aiuto per la azione che intendo svolgere e per il programma che intendo continuare. Non è infatti una adesione da nulla quella del Senato alla soluzione dei problemi sanitari per chi ha la responsabilità della politica sanitaria.

Senatore Criscuoli, ho apprezzato le sue parole; e tanto più vi aderisco perchè, partecipando in questi anni a molte manifestazioni sanitarie, io stesso ho detto e ripetuto più volte gli stessi argomenti, al fine di contribuire, anche dal mio posto di Ministro, alla formazione di una coscienza dei problemi sanitari del nostro Paese. Sono più che mai convinto che i problemi stessi troveranno la soluzione da noi auspicata solo quando si sarà formata una pubblica opinione del-

la quale si farà interprete la stampa quotidiana e fervidi ed attivi esecutori i rappresentanti del popolo al Parlamento nazionale.

Fatemi però aggiungere, onorevoli senatori, che quanto ha scritto il senatore Criscuoli sulle competenze di cui il Ministero della sanità è privo, potrebbe suonare quasi atto di accusa al Governo che tollera un sistema illogico ed assurdo. Ora credo che sia superfluo ricordare che la legge istitutiva del Ministero della sanità, ossia la legge 13 marzo 1958, n. 269, non è una legge imposta da una dittatura, ma una legge discussa ed approvata dal Parlamento. Se pertanto il Parlamento non è soddisfatto di quanto ha compiuto 3 anni or sono, può, nella pienezza della propria sovranità, modificare la legge n. 269. Mi sia però consentito di osservare che, appena a 3 anni di distanza dalla sua istituzione, nel rivendicare altre competenze al Ministero della sanità, non dobbiamo minimamente svalutarne l'importanza e l'utilità. Anche se sorto con alcuni limiti, l'istituzione del Ministero della sanità rappresenta un fatto storico nella vita dello Stato italiano, in quanto si è data piena autonomia ad un organo già esistente, autonomia che è stata già feconda di risultati ed ancora di più lo sarà in avvenire, consolidando i servizi diretti alla tutela e alla difesa della pubblica salute.

Vi è infatti una differenza fra ieri ed oggi. La Sanità italiana fu per molti decenni soltanto una direzione del Ministero dell'interno, e mai in prima linea, perchè i servizi di ordine pubblico accentravano ogni attenzione del Parlamento e del Paese. Fu poi alle dipendenze, come Alto Commissariato, della Presidenza del Consiglio, ma, nonostante la promozione, ancor più dimenticata, perchè l'enorme attività del Presidente del Consiglio era l'effettivo punto di attrazione di ogni attacco, di ogni critica ed anche di ogni elogio. Oggi invece con il Ministero della sanità si offre a bersaglio un Ministro responsabile, un bilancio da criticare con larghezza di tempo. (*Commenti*). E con comodità di ricerca, perchè non più nascosto nelle pieghe abbondanti del bilancio del Tesoro, il Ministero della sanità offre all'analisi più spietata ogni suo atto e ogni suo respiro.

Onorevoli colleghi, riconosciamolo tutti: l'istituzione del Ministero della sanità è stato un fatto altamente positivo, ha reso possibile finalmente al Parlamento di discutere la politica sanitaria del Governo, il che ha avuto larga risonanza in ogni angolo del nostro Paese, contribuendo in modo eccezionale al formarsi di una pubblica opinione, sempre più interessata ai problemi sanitari, quella pubblica opinione sulla quale almeno il Governo fa largo affidamento per compiere altri notevoli passi verso una maggiore sicurezza sanitaria dei cittadini.

E tutto ciò è da vedere come sicura premessa alla realizzazione di quelle mete che tutti in quest'Aula, gli oratori, il relatore ed anche il Ministro, fervidamente auspichiamo.

E veniamo ora al problema del bilancio.

Devo rispondere ad una critica avanzata da più parti, secondo cui il bilancio della Sanità sarebbe press'appoco quello dello scorso anno. A tale proposito ricordo che sono già in corso d'esame da parte del Parlamento due provvedimenti del Governo, l'uno che autorizza — abbiamo già avuto il consenso del Senato — l'immediato impiego di 30 miliardi per il rinnovo delle attrezzature ospedaliere e l'altro di 20 miliardi per nuove costruzioni ospedaliere da compiersi dalla Cassa per il Mezzogiorno. (*Commenti e interruzioni dalla sinistra*). È una situazione di fatto, anche se non formale, che ha pure il suo peso, perchè noi potremo disporre nello esercizio 1961-62 complessivamente di mezzi finanziari più che raddoppiati rispetto al bilancio che noi stiamo oggi discutendo.

S C O T T I . Il bilancio è questo.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità*. Il Ministero della sanità, naturalmente, non può non valutare anche quei provvedimenti finanziari che, se pure d'iniziativa di altri Dicasteri, interessano la sua sfera. Infine nell'ultimo Consiglio dei ministri, quello di lunedì scorso, sono stati approvati due altri disegni di legge, il primo che aumenta di 3 miliardi le spese attuali per la maternità e la infanzia e il secondo che concede un miliardo per l'assistenza ulteriore ai poliomielitici.

All'atto dell'approvazione di queste leggi da parte del Parlamento il bilancio della Sanità risulterà di fatto, come ho già detto, più che raddoppiato per l'anno 1961-62.

Prima di entrare nel merito dei singoli settori dell'attività sanitaria, devo premettere che la spesa complessiva pubblica sanitaria si aggira, in Italia, sui 1000 miliardi all'incirca. Questa cifra, naturalmente, comprende non soltanto la spesa prevista per il bilancio vero e proprio del Ministero della sanità, ma tutto quanto erogano le varie Amministrazioni dello Stato e gli innumerevoli Enti pubblici e mutualistici. Questa è la cifra che si spende annualmente.

**B E N E D E T T I**. Manca il coordinamento e un sano criterio; questo non c'è ed è nei compiti del Ministro provvedere in merito.

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*. Posso allora aggiungere che purtroppo bisogna anche diffidare dei coordinamenti. Il coordinamento, infatti, non conduce ad imporre una politica sanitaria responsabile e unitaria.

**S C O T T I**. Anche ieri si è parlato di 900 miliardi, ma non metta in mostra, signor Ministro, quei miliardi che non ha! Dica, invece: i 25 miliardi che ha chiesto glieli hanno dati?

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*. Ma chi l'ha detto? Io non ho mai detto di avere chiesto 25 miliardi.

*Voce dalla sinistra*. Sta scritto nella relazione.

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*. Mi auguro che la somma che sarà spesa per gli ospedali delle zone depresse, che rientrano nella competenza territoriale della Cassa per il Mezzogiorno, abbia il consenso sollecito del Parlamento, come pure il disegno di legge per le attrezzature, che in questo istante è invece fermo, proprio perchè alcuni colleghi di estrema sinistra...

**S C O T T I**. Dove è fermo?

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*. Alla Camera dei deputati, e proprio perchè alcuni colleghi di estrema sinistra l'hanno fermato in quanto vorrebbero trovare un altro tipo di copertura, pur essendo favorevoli al provvedimento stesso.

**G R E C O**. E già, manca anche il coordinamento tra Camera dei deputati e Senato!

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*. Onorevoli colleghi, quando si fanno rilievi e critiche bisogna pensare alle proprie responsabilità ed alla propria condotta in sede di lavori parlamentari!

**B E N E D E T T I**. Ma noi siamo d'accordo col Ministro.

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*. Tengo anche a dichiarare che, dal momento in cui è stato istituito il Ministero della sanità in poi, c'è stato sempre un aumento del bilancio della Sanità, che lo ha ben distinto, soprattutto nell'esercizio finanziario 1959-60, da quelli precedenti. L'aumento, l'anno scorso, è stato di circa 10 miliardi complessivi; quest'anno, a parte i disegni di legge già approvati in sede di Consiglio dei ministri ed ormai trasmessi al Parlamento, che ci fanno prevedere altre possibilità di intervento sanitario nel nostro Paese, devo dire che l'aumento non è soltanto di 1 miliardo e 693 milioni, perchè bisogna tener conto anche dei 2 miliardi e 500 milioni del Fondo globale. Si va quindi a 4 miliardi e 120 milioni circa.

La panoramica sanitaria del nostro Paese si presenta positiva; la salute e la sanità pubblica mostrano un buon andamento generale.

Il quoziente di mortalità infantile — argomento cui si sono richiamati i senatori Macaggi e Lorenzi — è il termometro più sensibile del livello igienico di un Paese. Senza istituire facili paragoni con gli anni anteguerra, dirò che la intensa attività del Ministero, in questo primo triennio, ha coinciso con una sensibile accentuazione della tendenza alla riduzione del quoziente suddetto, che è stato infatti del 48,2 per mille nel 1958; del 45,4 per mille nel 1959; del 43,8

per mille nel 1960. Ciò sembra confermare che l'azione sanitaria dello Stato ha saputo inserirsi proficuamente nella tendenza favorevole della congiuntura economica, per accentuarne i benefici risultati anche nel campo medico-sociale. Il rapporto generale di mortalità, nel primo trimestre dell'anno, presenta, di norma, una severità maggiore che negli altri trimestri. Lo scorso anno, dal primo gennaio al 31 marzo, si registrarono, ad esempio, 148.947 decessi, pari all'11,8 per 1.000, quoziente che, per l'intero anno, è risultato del 9,4 per 1.000, per il più favorevole andamento della mortalità nei successivi nove mesi. Quest'anno, nel primo trimestre, si sono avuti non 148.947 decessi, bensì 135.192, pari al 10,6 per 1.000, con un risparmio quindi di circa 14.000 vite.

Questo soddisfacente inizio trova pieno riscontro nel decorso estremamente benigno di quelle affezioni morbose che, nella stagione invernale, trovano le condizioni più adatte alla loro diffusione. La difterite, in questo primo trimestre, ha presentato una diminuzione di 1.000 casi rispetto al corrispondente periodo del 1960, e di 1.800 casi rispetto al 1959. L'influenza, che nell'inverno del 1960 fece registrare 146.000 denunce (i casi furono un numero assai superiore) ha destato, nell'inverno scorso, scarsa preoccupazione, essendo stati denunciati solo 4.661 casi. Nei limiti normali si è mantenuta la incidenza delle comuni malattie esantematiche (morbillo, scarlattina, varicella) mentre un lieve aumento hanno presentato, nei primi mesi di quest'anno, la pertosse e la parotite epidemica.

Passando alle malattie che hanno decorso stagionale, invece, nell'estate e nell'autunno, è interessante rilevare il loro andamento invernale perchè esso rappresenta, entro certi limiti, un indizio della gravità che dette recrudescenze potranno assumere. La decisa remissione invernale della febbre tifoidea (primo gennaio-dieci maggio 1961, 3.522 casi contro 4.217 nel 1960 e 4.318 nel 1959) e paratifoidea (512 casi nel 1961, contro 610 nel 1960 e 838 nel 1959) induce a ben sperare sulla benignità dell'incidenza stagionale di questo gruppo di malattie che, sono sicuro, saranno sradicate anche da noi con l'intensificarsi della lotta contro le mosche, col

miglioramento dei servizi locali di sanità pubblica e con lo sviluppo di una salda coscienza igienica.

Non altrettanto può dirsi per la poliomielite, di cui già a fine maggio si sono registrati 1.140 casi, smentendo coloro i quali hanno sostenuto che l'avvento del trattamento vaccinale ha coinciso nel mondo con una spontanea remissione di questa invalidante malattia. Da noi purtroppo la poliomielite, a partire dal 1956, manifesta una insolita asprezza che deve far riflettere quanti ancora si assumono la responsabilità di non vaccinare i loro figliuoli, di non completare il ciclo delle indispensabili iniezioni e di non praticare, a distanza di un anno, la quarta di richiamo. Ogni caso di poliomielite viene sottoposto, dalle autorità sanitarie locali, ad accurata indagine epidemiologica e dal complesso di tali accertamenti risulta che oltre il 90 per cento dei soggetti colpiti da paralisi non erano stati vaccinati o non avevano completato il trattamento.

In complesso, il bilancio sanitario dell'inverno testè decorso può considerarsi soddisfacente. Il provato senso di responsabilità della classe medica italiana mi dà sicuro affidamento che ogni cura sarà posta per vincere le resistenze che ostacolano la pratica vaccinale, l'unica arma di difesa di cui oggi si dispone contro le paralisi da virus che oggi rappresentano la maggiore preoccupazione per l'incipiente stagione estivo-autunnale.

Passando ad una rapida sintesi delle attività svolte dal Ministero della sanità, vi sottoporro, onorevoli colleghi, dati ed elementi di giudizio che, a mio avviso, varranno a dimostrare come, nonostante la perdurante esiguità degli stanziamenti, potrà essere smentita l'amara previsione della pur pregevole relazione del senatore Criscuoli, secondo cui la politica sanitaria del Paese sarebbe condannata all'immobilismo. Comincerò da un settore che riassume le esigenze igienico-sanitarie fondamentali di ogni collettività civile e la premessa di ogni stabile progresso: quello dell'igiene pubblica, che dispone di un finanziamento di poco superiore ai 5 miliardi e mezzo, nel quale tuttavia la volontà di ben fare (posso affermarlo

con sicura coscienza) ha consentito di raggiungere risultati apprezzabili.

Il consuntivo di questo primo triennio è decisamente positivo; e basterebbe da sola a giustificare tale affermazione la sradicazione della malaria. Su questo punto è bene dire ancora una parola. Degli insetticidi da contatto ad azione residua, come il DDT, tutti i Paesi si sono giovati, ma solo l'Italia — nonostante che l'epidemia vi avesse preso da secoli stabile dimora compromettendo le attività economiche e la salute della popolazione colpita — è riuscita, attraverso la ricerca sistematica e la cura scrupolosa dei malarici, la bonifica dei portatori e l'attenta difesa contro l'importazione dall'estero di nuove fonti di infezione, a contenere efficacemente e durevolmente la malattia, come risulta dai seguenti dati: 15 casi nel 1958, 26 nel 1959, 27 nel 1960, compresi (motisi bene) quelli importati e le recidive. Il controllo per il mantenimento di questa fortunata situazione richiede, per comprensibile ragione, interventi tecnici altamente qualificati e più costosi che non nel passato. Infatti, all'operaio irroratore e al disinfestatore comune, occorre ora sostituire l'entomologo e il microscopista.

Nel 1960 si sono avuti in tutto il territorio nazionale, come ho detto, 27 casi, di cui 5 soltanto contratti in Italia e 19 recidivi. Ma non si deve perdere di vista il fatto che l'impiego dei nuovi insetticidi aveva consentito di intervenire efficacemente anche contro le mosche, che da noi sono fra i vettori più attivi delle micidiali gastroenteriti infantili estive, come già ricordato, delle febbri tifoidi e para-tifoidi, della poliomielite, eccetera.

Sarebbe veramente deprecabile che tali interventi, per l'esiguità dello stanziamento, ormai ridotto a mezzo miliardo, dovessero essere sospesi, tanto più che essi venivano praticati nelle zone più depresse del Paese, ove i problemi igienico-sanitari rappresentano preminenti aspetti politico-sociali. Sono questi i motivi per i quali conto di presentare al vostro esame un disegno di legge che rende obbligatoria la lotta, oltre che contro le zanzare malarigene, contro le mosche e altri artropodi vettori di malattia. Il lieve sacrificio economico che richiederà

tale estensione sarà ricompensato ad usura, fra l'altro, dalla favorevole influenza che esso eserciterà sul movimento turistico.

Ma il quadro nosologico della morbosità per malattie infettive presenta note assai favorevoli in tutte le voci, oltre che in quella della malaria. Per esempio la difterite nel 1960 presenta una diminuzione del 45 per cento rispetto al 1948. Questa riduzione delle morbosità da malattia infettiva è dovuta alla tempestività degli interventi ed alla sicura preparazione del personale sanitario centrale e periferico, compreso in quest'ultimo quello comunale; ai progressi registrati nei settori delle opere igieniche, acquedotti e fognature in particolare, della vigilanza igienica sugli alimenti e sulle bevande e delle vaccinazioni obbligatorie e volontarie; al potenziamento dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi, che rappresentano la sicura e insostituibile guida dei funzionari di sanità pubblica, sia nel campo della profilassi e della vigilanza igienica, che in quello della stessa assistenza legale medico-chirurgica ed ostetrica.

Nell'ultimo decennio, per migliorarne la efficienza, il Ministero della sanità ha erogato contributi alla rete di Centri diagnostici, integrativi dell'azione dell'Istituto superiore di sanità, istituiti presso le Università e gli ospedali, quali ad esempio quelli di Milano, Pisa e Palermo per lo studio degli enterobatteri patogeni, e di Firenze e Pisa per lo studio della brucellosi; di Pesaro, Teramo, Napoli, Reggio Calabria, Messina, Chieti per la lotta contro l'anchilostomiasi; di Milano, Torino, Padova, Parma, Firenze, Roma, Napoli, Catania, Palermo per lo studio e la lotta contro le malattie virali, malattie la cui grande importanza si palesa man mano che si affinano i mezzi di diagnosi e si prepara, mediante appositi corsi di addestramento e di aggiornamento, il personale necessario.

Fra le malattie infettive, un cenno a parte richiede la poliomielite, argomento toccato ieri dai colleghi Samek Lodovici e Alberti. Ho avuto occasione, il 31 maggio scorso, di esporre ampiamente il punto di vista dell'Amministrazione sanitaria sulla *vezata quaestio* dell'immuno-profilassi specifica contro questa malattia, in seno alla



Commissione d'igiene e sanità. Mi basterà pertanto ricordare che i risultati delle vaccinazioni, seguiti a partire dal 1958 su circa 8 milioni di soggetti, hanno dimostrato la piena validità delle ragioni che ne determinarono l'inizio, nel senso appunto che, se si osservano tutte le cautele, si assicura la protezione di circa l'85 per cento dei soggetti così trattati. Questa è una percentuale media, perchè si raggiungono anche cifre maggiori, secondo alcuni anche il 93 per cento.

Una regressione dell'epidemia si è manifestata nell'ultimo biennio, per quel che concerne l'età da zero a 4 anni, periodo che è più interessato dal trattamento immunitario perchè è quello che da noi paga il maggior tributo all'invalidante malattia.

Le manifestazioni paralitiche nei vaccinati presentano, di norma, una maggiore benignità, sia per quel che riguarda i postumi che per quel che riguarda la letalità. I casi denunciati riguardano, per il 90 per cento, soggetti non vaccinati o insufficientemente trattati. Nella già ricordata mia relazione in sede di Commissione igiene e sanità, esposi anche dettagliatamente, sulla scorta di una aggiornata documentazione bibliografica, i motivi per cui l'Amministrazione sanitaria non ha ritenuto finora di consentire l'impiego dei vaccini vivi attenuati di cui tanto si parla a ragione e a sproposito. L'Amministrazione sanitaria segue l'interessante problema con l'attenzione che esso merita e non mancherà, con la stessa consapevole prudenza con la quale ha operato nei confronti del vaccino Salk (non si dimentichi che il controllatissimo esperimento americano Salk che accreditò questo vaccino risale al 1954 mentre il suo impiego di massa in Italia si iniziò nell'autunno del 1958), di adottare provvedimenti di sua competenza non appena gli interrogativi che i vaccini vivi attenuati hanno suscitato tra gli esperti per quanto riguarda la loro innocuità, la loro efficacia e praticità, avranno ottenuto le tranquillizzanti risposte necessarie per la loro introduzione.

Il più grave aspetto negativo della intempestiva polemica che si è accesa intorno al vaccino di Salk (che ha ormai una settennale esperienza), e sull'impiego dei vaccini vivi attenuati è rappresentato dalle perples-

sità e dai dubbi che ha generato nelle famiglie con la conseguenza denunciata da tutti i medici provinciali, con i quali ho tenuto la quarta riunione di questo biennio il giorno 5 giugno, di un minore afflusso di bambini ai posti di vaccinazione proprio nel momento in cui le autorità responsabili facevano lo sforzo massimo per estendere le vaccinazioni prima dell'inizio della stagione estiva che, come è noto, da noi segna la ripresa della micidiale malattia.

Non prevedo quale potrà essere l'epoca della introduzione del vaccino vivo in Italia. Devo dire che sono molto dolente che ancora non si conoscano particolari utili relativi ai dati che ci comunicano l'Unione delle Repubbliche Sovietiche e i Paesi satelliti. *(Interruzioni dalla sinistra).*

S C O T T I . Anche negli Stati Uniti d'America si impiega il vaccino Sabin.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Negli U.S.A il vaccino vivo non è ancora adoperato.

M A N C I N O . È in fase di sperimentazione dall'anno scorso.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Ed è tuttora in esperimento, mentre è incoraggiato l'uso del vaccino Salk.

S A M E K L O D O V I C I . E nella Svizzera?

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.* Ma come si fa a guardare solo la Svizzera che ha 45.000 bambini da vaccinare, quando né Francia, né Spagna, né Germania, né Canada e tante altre Nazioni non usano vaccino vivo?

*Voce dalla sinistra.* Ma perchè dobbiamo aspettare gli altri Stati prima di prendere una iniziativa noi?

S A M E K L O D O V I C I . Vi sono decine di milioni di bambini che sono stati vaccinati con vaccino vivo e non si sono avuti inconvenienti. *(Interruzioni dalla sinistra).*

G I A R D I N A, *Ministro della sanità.*  
È chiaro che in tema di sanità non vi sono nè patti atlantici nè patti di Varsavia.

S C O T T I. E lei invece ha tentato di introdurre divisioni politiche, come ha già fatto in Commissione, e questo non è serio.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità.*  
Dico che in tema di sanità non vi sono nè blocchi occidentali nè blocchi orientali; quindi, appena il nuovo farmaco sarà considerato innocuo ed efficace, entrerà nell'uso. Sarebbe una pazzia che un Governo non si dichiarasse pronto ad aprire le porte a nuovi farmaci che siano più efficaci dei precedenti. Ritengo che anche le Repubbliche sovietiche seguirebbero lo stesso ragionamento se trovassero in Occidente un farmaco miracoloso.

S C O T T I. D'accordo, ma ci sono speculazioni, in questo campo, che noi dobbiamo smascherare.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità.*  
Non bisogna dimenticare poi un disegno di legge presentato dal senatore Terracini nel 1958, relativo alla nazionalizzazione di una industria la quale in quel momento deteneva in Italia il monopolio della produzione del vaccino Salk. Dichiaro che monopoli in campo sanitario non avranno mai diritto a cittadinanza. Non si illudano quindi determinati ambienti che noi, eventualmente, in caso di necessità di nuovo vaccino, accetteremo situazioni di monopolio. Noi invece, per i tipi di vaccino vivo, qualora li potessimo adottare anche in Italia (e auguriamoci che ciò avvenga presto e che i nostri dubbi e le nostre incertezze abbiano in breve tempo a scomparire) apriremo le frontiere alla produzione internazionale.

A L B E R T I. Con i controlli più rigorosi, però, onorevole Ministro.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità.*  
I controlli sono sempre seri.

Nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità figura una voce nuova, che è stata appunto sottolineata dal re-

latore, modesta nella sua entità ma importante nella sostanza. Intendo riferirmi alla spesa autorizzata dal provvedimento del Presidente della Repubblica dell'11 febbraio 1961, n. 264, per l'incremento e per l'aggiornamento delle attività medico-scolastiche, sui quali temi ci hanno richiamato con sagge osservazioni i senatori Indelli e D'Albora. Finora l'Amministrazione sanitaria, per mancanza di fondi, aveva dovuto limitare la propria azione alla profilassi delle malattie infettive proprie dell'età scolare, nonchè a stimolare gli Enti locali con la concessione di contributi e ad istituire ambulatori scolastici. Dal 1948 ad oggi sono stati faticosamente posti in esercizio 597 nuovi ambulatori generali e 491 ambulatori odontoiatrici mercè la concessione di contributi (circa un miliardo di lire). Il nuovo stanziamento permetterà di aiutare completamente i Comuni con popolazione inferiore a 25 mila abitanti e di creare organici servizi di assistenza e vigilanza scolastica che non solo assicurino la protezione delle nuove generazioni contro le malattie diffuse, ma provvedano anche all'accertamento e al trattamento precoce di tutte quelle manifestazioni morbose e deviazioni ed imperfezioni psico-somatiche così frequenti nel periodo dello sviluppo. La nuova legge consentirà un utile coordinamento tra tutte le iniziative e tutti i servizi centrali e locali di carattere assistenziale operanti nel campo delle scuole di ogni ordine e grado. Essa contribuirà anche ad un migliore assetto e al buon funzionamento delle colonie estive, di tutte le altre opere parascolastiche, sotto il profilo sanitario, essendo demandata dall'articolo 11 di detto provvedimento ai servizi medico-scolastici la vigilanza su dette istituzioni. Il provvedimento fissa e precisa in tutti i particolari l'intervento in questo settore da parte dello Stato...

C R I S C U O L I, *relatore.* Non evita le sperequazioni, le differenze fra Comune e Comune e Provincia e Provincia.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità.*  
Fatemi aggiungere un argomento che, a me che provengo dalla scuola e ad essa appartengo, sta molto a cuore: quello della sanità scolastica, nel suo più ampio signifi-

cato. Se non fossi stato Ministro, lo avrei trattato come senatore in sede di discussione generale.

Una delle mète raggiunte è la collaborazione in atto tra il Dicastero della sanità e quello dell'istruzione pubblica, collaborazione che ha avviato a soluzione problemi su cui tanti medici da una parte e tanti insegnanti dall'altra avevano prima insistito. Se non fosse stato raggiunto questo tipo di collaborazione, si sarebbe avuta una situazione assurda, nella quale un Ministero, quello della sanità, avrebbe seguito a premere a difesa della salute degli scolari, mentre l'altro, quello dell'istruzione pubblica, avrebbe continuato a richiedere agli stessi scolari il maggiore sforzo possibile nel campo degli studi, anche a deperimento della loro salute.

Che cosa infatti si propone questa collaborazione tra le due Amministrazioni interessate e che riguarda milioni di fanciulli? Il primo motivo, che giustifica da solo tale collaborazione, è quello di armonizzare la necessità di portare avanti il programma di studi con la difesa della salute di coloro che devono studiare. Ne viene di conseguenza che i due Ministeri dovranno necessariamente consultarsi per fissare le vacanze, che siano vere vacanze, e per distribuire le ore di studio durante il periodo scolastico. Le tesi in materia sono varie; due sopra tutte: l'una di coloro che affermano che il medico non deve entrare nelle aule scolastiche e per i quali più si studia e meglio è; l'altra, di coloro che affermano che uno sforzo troppo prolungato danneggia prima la salute fisica e poi diminuisce lo stesso rendimento scolastico. Chi ha ragione? Per me che, ripeto, ho passato tutta la vita nella scuola — e sono d'accordo anche gli organi tecnici del Dicastero della sanità — il programma scolastico in senso tradizionale, quello che carica per tutti i sei giorni i fanciulli di lezioni e di compiti, è un errore. Penso che in avvenire si dovrà per forza di cose, se vogliamo creare una scuola moderna, che non badi soltanto all'istruzione per l'istruzione, ma soprattutto alla formazione completa del fanciullo, rivedere questa situazione.

Ciò potrà avvenire nello spirito di collaborazione tra il Dicastero dell'istruzione pubblica e quello della sanità, attraverso gli scambi frequenti che, su questo e su altri argomenti vicini, vi saranno tra il titolare della Sanità e il collega Bosco, Ministro dell'istruzione.

Agli onorevoli senatori che hanno fatto voti per l'istituzione di un libretto sanitario obbligatorio, sono lieto di comunicare che il disegno di legge relativo è già pronto per essere diramato. A tale libretto, che accompagnerà ogni cittadino fin dalla prima infanzia, sarà unita una tessera della salute, che riassumerà i dati necessari per eventuali interventi di pronto soccorso.

Un ulteriore passo avanti verso l'assistenza integrale della popolazione scolastica sarà compiuto, a mio parere, con la necessaria correlazione dei servizi medico-scolastici con quelli di medicina sportiva, di cui ieri ci ha parlato l'onorevole senatore D'Albora e di cui ci ha parlato ampiamente anche il relatore nella sua relazione, perseguendo entrambi la stessa finalità, quella cioè di formare, secondo le moderne vedute auxologiche, la personalità psico-fisica dei giovani, e di avviarli verso un regime di vita e di lavoro che li renda atti a fronteggiare le difficoltà offerte dall'ambiente fisico e sociale.

Le attività sportive rappresentano una efficace scuola del carattere e d'igiene individuale e costituiscono il migliore antidoto contro quelle forme di deterioramento fisico e psichico cui fatalmente soggiacciamo i giovani quando manchi un interesse che ne sorregga le forze spirituali. Esse però debbono essere guidate, controllate e sorrette dal consiglio medico continuativamente, specie nella delicatissima età dello sviluppo, per evitare che l'esercizio fisico, invece di prevenire e di correggere eventuali minozioni e deviazioni di forma e di struttura di singoli organi e sistemi, determini invece situazioni talora irreparabili.

Ritengo che nell'età prepubere tale compito debba essere affidato esclusivamente al medico scolastico, che è il solo in grado di conoscere, con la collaborazione dell'insegnante, le reali possibilità del biotipo individuale e soprattutto di svelare tempestivamente quelle condizioni patologiche che

spesso, nei giovani, decorrono asintomatiche e si accordano perfino con uno stato di completo benessere.

Sugli incidenti stradali ci hanno richiamato opportunamente gli onorevoli senatori Franzini, Macaggi, Benedetti e il relatore Criscuoli.

È da ricordare che l'Organizzazione mondiale della sanità ha stabilito come tema di discussione e di studio per il 1961 « Gli incidenti e la loro prevenzione », tema della massima attualità perchè, purtroppo, in molti Paesi, compreso il nostro, la mortalità per cause accidentali risulta ai primi posti nelle graduatorie di cause di morte nell'età giovanile ed infantile.

In Italia il numero di morti per incidenti d'ogni natura ha superato quello di morti per malattie infettive; il numero delle vittime degli incidenti del traffico ha eguagliato quello dei morti per tubercolosi polmonare.

Lo sviluppo della motorizzazione costituisce certamente uno degli aspetti più salienti e meglio caratterizzati della nostra moderna civiltà, ma al sempre crescente aumento della circolazione stradale, per tanti aspetti fonte di prosperità e di benessere, si accompagna un impressionante dilagare degli incidenti ed un considerevole incremento del numero delle vittime. Ogni riferimento a dati statistici è superfluo in questa sede, tanto il fenomeno è noto!

Non è, invece, superfluo porre in risalto che nella misura in cui la circolazione stradale è causa di situazioni di pericolo per quel sommo bene che è la salute dell'uomo, la circolazione stessa è un fatto che impone l'intervento statale anche attraverso l'organo qualificato a tutelare la salute dei cittadini, cioè il Ministero della sanità.

Il Ministero della sanità ha, dunque, il dovere, giuridicamente sanzionato fin da norme costituzionali, di partecipare all'azione per garantire il massimo possibile di condizioni di sicurezza sulle nostre strade; una azione che è, al fondo, una vera e propria lotta per la prevenzione degli incidenti.

Pertanto stiamo predisponendo il materiale e stiamo completando alcuni studi affinché i servizi di pronto soccorso stradale siano potenziati per diminuire gli effetti degli inci-

denti della strada, ma l'azione del Ministero della sanità non si potrà limitare soltanto al terreno del pronto soccorso, deve, bensì, necessariamente allargarsi a tutta la vasta gamma delle misure che possono ridurre al minimo il numero degli incidenti dovuti al progresso e allo sviluppo del traffico stradale.

Abbiamo diramato, nel mese di aprile, una circolare a tutti i medici provinciali per dare l'avvio allo studio e alla realizzazione di iniziative volte a sviluppare localmente un interessamento vivo nel campo dell'educazione antinfortunistica.

E passo ora all'argomento dell'assistenza e a quello dell'edilizia ospedaliera. Quasi tutti i colleghi che sono intervenuti in sede di discussione generale hanno trattato l'argomento; ne hanno parlato infatti gli onorevoli senatori Lorenzi, Tibaldi, Samek Lodovici, D'Albora, Macaggi, Zanardi, Indelli, Benedetti, Di Grazia, e tutti hanno toccato più aspetti del complesso e vasto problema.

Voi sapete, onorevoli senatori, che dei tre parametri interessanti questo importante settore, vale a dire l'assetto giuridico, amministrativo e finanziario degli ospedali, l'ordinamento dei servizi e del personale, le costruzioni ospedaliere, soltanto il secondo, cioè lo ordinamento dei servizi e del personale, allo stato della vigente legislazione, rientra nella competenza del Ministero della sanità. Viene escluso, quindi, l'assetto giuridico, amministrativo e finanziario degli ospedali e viene pure escluso il settore concernente le costruzioni ospedaliere. Le costruzioni, di per sé, riguardano il Ministero dei lavori pubblici o la Cassa per il Mezzogiorno, ma, ovviamente, i programmi sono sempre fatti di concerto con il Ministero della sanità, il che è già disposto nel provvedimento legislativo relativo alla Cassa per il Mezzogiorno, già all'esame della Camera dei deputati. Ma nessuno stanziamento è mai figurato nel bilancio del Ministero della sanità, per attrezzature, per nuove costruzioni e integrazioni di bilanci ospedalieri; tuttavia, in questo primo triennio, attingendo ai fondi destinati alla profilassi delle malattie infettive, sono stati concessi, per venire incontro a necessità più impellenti, contributi notevoli. Così abbiamo potuto collaborare a tutte le iniziative dirette a miglio-

rare comunque le difficili situazioni esistenti, specie nell'Italia meridionale e insulare.

Abbiamo già ricordato il provvedimento legislativo approvato giorni or sono dal Consiglio dei ministri, relativo alle zone di competenza territoriale della Cassa per il Mezzogiorno, ed è, come è noto, sempre viva e vitale la legge Tupini. Auspichiamo che vengano altri provvedimenti affinché si possa dare maggiore impulso alle costruzioni.

L O R E N Z I . Ci vuole un piano.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. I piani sono pronti, ma occorrono i finanziamenti. Alcune delle iniziative proprie del Ministero della sanità, onorevoli senatori, voi già le conoscete, avendo di recente approvato la legge che pone a disposizione dell'Amministrazione sanitaria un fondo di 30 miliardi per aiutare gli ospedali a risolvere il problema delle attrezzature tecnico-sanitarie. La legge trovasi ora all'esame della Camera dei deputati ed io confido in una sollecita approvazione anche da parte di quella Assemblea, perchè in tanta penuria di posti-letto non è ammissibile che manufatti da tempo ultimati restino vuoti per la impossibilità di reperire i fondi richiesti per l'acquisto delle suppellettili e delle apparecchiature di prima necessità, mentre implicano già, per il non uso, spese di guardiania e di manutenzione per spontaneo deperimento degli infissi, degli impianti tecnologici speciali, eccetera.

Lo schema di legge riguardante l'organizzazione dei servizi ospedalieri e lo stato giuridico del personale è stato già portato a termine dal Ministero, sentita un'apposita Commissione di esperti e di rappresentanti delle categorie interessate. Gli scopi fondamentali da raggiungere con la nuova legge sono due: restituire la serenità di lavoro al personale medico con chiare e definitive disposizioni ed assicurare che la prestazione assistenziale sia data con eguale larghezza di mezzi qualunque sia il livello regionale, provinciale o comunale al quale viene erogata.

Qui si è parlato di posti letto, ma ormai, quando si valuta un ospedale, si deve guardare più che altro all'efficienza dei servizi e

alla loro completezza: oggi il criterio del numero dei posti letto è veramente superato.

Pertanto l'auspicata gerarchia tra gli istituti di cura deve essere basata sulla loro completezza, cioè a dire sulla loro maggiore o minore autosufficienza nei confronti delle attuali esigenze dell'assistenza ospedaliera. L'ospedale presta oggi i suoi servizi dietro pagamento e chi entra in un ospedale ha il diritto di avere un servizio di elevato livello, un servizio qualificato, il che richiede stabilità del corpo sanitario, preparazione specializzata del personale ausiliario, attrezzature sempre corrispondenti all'ultimo stadio del progresso di una determinata tecnica. Non si possono tenere fino alla massima usura certi apparecchi quando apparecchi migliori siano in circolazione. Così anche occorrono amministratori preparati e pronti, con occhio vigile ed aperto alle novità di ogni giorno, dato l'incessante progresso della scienza e della tecnica. Quindi sollecito, per quanto possibile, l'adozione dei più recenti ritrovati che possano continuamente migliorare le attrezzature e l'efficienza dei nosocomi.

È stato toccato l'argomento dei Consigli di amministrazione: non è peraltro questo problema di competenza del Ministero della sanità, bensì del Ministero dell'interno.

S A M E K L O D O V I C I . Il suo pensiero sarebbe nondimeno prezioso, signor Ministro.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Abbiamo tante questioni su cui la nostra competenza c'impone d'intervenire; forse è preferibile quindi concentrare la nostra attenzione su questi problemi. Ad ogni modo posso dire che la legge sui Consigli d'amministrazione, risalendo al 1890, va senza dubbio rinnovata.

Personale infermieristico. Indubbiamente deve essere di qualità; ma anche il suo numero deve essere aumentato; perciò bisognerà approntare un'idonea organizzazione di scuole per infermiere. A questo proposito aderisco alle osservazioni del senatore Samek Lodovici ed ai voti del senatore Lorenzi. Concordo con il senatore Samek Lodovici anche per quanto riguarda il medico patologo. (*Interruzione del senatore Samek Lodovici*).

Complesso si presenta il problema delle rette ospedaliere; noi desideriamo una retta adeguata al servizio mentre altre esigenze sono sollecitate dal Ministero del lavoro nei riguardi degli enti ospedalieri. Ad ogni modo noi desideriamo, senatore Zanardi, che il lavoro negli ospedali si svolga in un clima di serenità, che è condizione per la migliore assistenza degli ammalati. Un esame più a fondo della questione, però, collega Zanardi, potremmo farlo in separata sede; data la sua complessità, non posso infatti impegnare ora il Senato in una lunga disamina. (*Interruzione del senatore Zanardi*).

Anche al problema delle attrezzature, di cui si è interessato il senatore Zanardi, abbiamo già accennato sia pure in rapida sintesi.

Le osservazioni dei senatori Macaggi, Franzini, Lombardi e Di Grazia, frutto di indubbia particolare esperienza, a proposito degli istituti di cura privati, saranno tenute nella massima considerazione. Il Ministero ha già predisposto un disegno di legge sulle case di cura private. Con tale provvedimento vogliamo garantire sia gli ospedali sia gli istituti privati da forme irrazionali di concorrenza, intendendo favorire e gli ospedali e le cliniche private, purchè l'assistenza che vi si assicura sia seria e reale.

**D I G R A Z I A .** Cosa significa concorrenza?

**G I A R D I N A ,** *Ministro della sanità.* Non ci riferiamo ad un aspetto commerciale della questione; desideriamo soltanto che non vi siano nè case di cura private nè ospedali su cui si debba formulare un giudizio negativo. Infatti, come si è detto giustamente, vi sono case di cura private veramente buone accanto ad altre che non meritano un giudizio positivo, così come vi sono ospedali alla altezza di tutti i loro compiti, ma vi sono anche ospedali che, se non vi fosse carenza di posti letto, dovrebbero essere chiusi. Ecco cosa intendiamo per concorrenza. Noi ci occupiamo di questo problema perchè vogliamo che gli ammalati vadano pure in case di cura o cliniche private, ma abbiano la garanzia di essere veramente curati e di avere tutte le attenzioni da parte di medici esperti. Per questo occorre stabilire dei minimi di

assistenza e di attrezzature anche per le cliniche private. Il Ministero della sanità non può chiudere gli occhi...

**B O C C A S S I .** Bisogna modificare la legislazione sulle case di cura private.

**G I A R D I N A ,** *Ministro della sanità.* Per questo ho detto che vorremmo proporre un disegno di legge che non miri a soffocare l'attività privata in questo campo, che è veramente lodevole, perchè non dobbiamo dimenticare che, soprattutto nell'Italia meridionale (dove vi era un particolare stato psicologico dei cittadini contro l'ospedale, stato psicologico che oggi si sta superando), se non ci fosse stata la clinica privata non so quale sarebbe oggi la situazione igienico-sanitaria del Mezzogiorno e delle Isole. Dobbiamo quindi rinnovare un plauso a coloro che, con rischio personale e dedizione, hanno aperto le cliniche private. Si tratta di un'attività che, dal punto di vista sociale e sanitario, è particolarmente encomiabile.

**P A J E T T A .** Ci vuole il controllo periodico.

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

Per quanto concerne gli ospedali, mi sia permesso di ricordare che colui il quale ha particolarmente denunciato le carenze è stato proprio il Ministro della sanità. Ritengo che nessun problema della sanità pubblica debba essere coperto da veli; il Ministro della sanità, se effettivamente desidera che si faccia qualche progresso, deve dir sempre la verità e non deve nascondere le statistiche.

Io ho qui una statistica recentissima, del 31 dicembre 1960, fatta a cura dei tecnici del mio Ministero: in essa si parte da 0,75 posti letto per mille abitanti a Benevento. Avellino, che se non erro è la provincia che ben conosce il nostro relatore, ha una percentuale dell'1,02 per mille, Reggio Calabria 1,14, Caserta 1,22, Cosenza 1,25, e così via, per risalire fino a Gorizia, dove abbiamo una percentuale di 9,46 per mille.

Non si deve parlare di 10 per mille abitanti, poichè nel 10 per mille, che rappresenta l'*optimum* secondo l'Organizzazione

mondiale, della sanità, sono compresi anche gli ospedali privati e gli ospedali specializzati. Per tale motivo ho proposto, e vedo che tutti l'hanno accolta, la media del 6 per mille, da tener presente come primo obiettivo da raggiungere. Noi vediamo che quasi tutti gli ospedali di tutte le provincie italiane sono al di sotto del 6 per mille; superano tale media soltanto Ancona, Ferrara, Udine, Cremona, Pisa, Siena, Livorno, Genova, Treviso, Varese, Massa Carrara, Trieste, Venezia e Gorizia. Ma c'è il dovere e il desiderio, da parte nostra, che vi siano ospedali, enti pubblici ospedalieri, i quali possano considerare soprattutto certe spese non col criterio di colui che deve ammortizzare il capitale che ha impiegato, così come invece oggi molti di essi fanno, tanto da risultare in stato debitorio. Quindi la legge sulle attrezzature dovrebbe prevedere una partecipazione al pagamento degli interessi e di parte del capitale, appunto per far sì che gli ospedali possano attuare una politica di rinnovamento, nell'interesse degli ammalati, con delle agevolazioni, senza quindi venir soffocati dal credito cambiario.

F R A N Z A . Per la provincia di Avellino speriamo che si raggiunga almeno il 2 per mille.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Forse c'è qualcuno che non vuole neppure quello?

F R A N Z A . È una sorpresa sentirlo dire da lei.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Ieri si è parlato dell'ospedale di Taranto. A Taranto è necessario che sorga un secondo ospedale, soprattutto in vista della nascente zona industriale.

Sono anche a buon punto i lavori delle due Commissioni di studio relative rispettivamente alle professioni e alle arti sanitarie ausiliarie che rappresentano nel dispositivo assistenziale l'indispensabile asse motore. Un decisivo impulso occorre dare alla istituzione di scuole per detto personale, oggi ammontanti a 68 per infermiere professionali, a 23 per assistenti sanitarie visitatrici e a 6 per vigi-

latrici d'infanzia. Lentamente, ma con sicura progressione, le professioni sanitarie ausiliarie vanno guadagnando le simpatie del nostro ceto medio, com'è dimostrato dal numero sempre crescente delle diplomate; nel 1960 esso ha toccato cifre mai prima raggiunte sia per le infermiere professionali (1370) che per le vigilatrici d'infanzia (130).

Il Ministero della sanità ha erogato nel suo primo triennio di vita lire 139.750.000 per l'incremento del numero sia delle scuole che delle allieve, ma confida che gli enti operanti nel campo della sicurezza sociale intervengano in misura adeguata all'interesse che essi hanno alla buona e rapida risoluzione del problema per assicurare ai loro assistiti la opera di personale qualificato sia negli ospedali, di cui oggi costituiscono l'80 per cento e più dei degenti presenti, sia negli ambulatori direttamente gestiti. Ne segue che coloro i quali chiedono l'esclusione delle spese, che le Amministrazioni ospedaliere sopportano per il funzionamento delle scuole per infermiere professionali, dal computo della retta, qualificando tali spese come oneri sociali, ignorano che questa categoria professionale, direttamente o indirettamente, risulta impegnata nella sua quasi totalità dalle crescenti esigenze della assistenza malattia in regime di sicurezza sociale.

Sempre nel settore ospedaliero, un cenno merita l'azione svolta per il miglioramento dei servizi trasfusionali, che nel triennio 1958-1961 hanno fruito di contributi per il complessivo importo di 307 milioni. Questi servizi hanno urgente bisogno di una nuova disciplina adeguata all'importanza terapeutica assunta in questi ultimi anni dal sangue trasfuso e dai recenti progressi della scienza e della pratica trasfusionale. Voi avete già approvato, onorevoli senatori, lo schema di legge da me sottopostovi con la dovuta sollecitudine e di ciò l'Amministrazione sanitaria vi è sommamente grata; mi auguro che il provvedimento trovi altrettanto sollecita adesione da parte della Camera dei deputati.

Nel campo dell'assistenza ospedaliera infine rientra il decreto del Presidente della Repubblica del 20 gennaio 1961, n. 300, che approva il regolamento alla legge 3 aprile 1957, n. 235, concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico.

Credo di dover concludere la mia esposizione sui servizi di assistenza con un breve cenno ai problemi dell'assistenza psichica e della sanità mentale la cui importanza sanitaria, economica, sociale aumenta con l'aumento dell'incidenza delle malattie mentali insediatesi nel quadro nosologico delle morbosità subito dopo le cardiovascolopatie. I problemi relativi all'assistenza psichiatrica e alla sanità mentale rivestono, oggi, alla luce delle conquiste scientifiche, la maggiore importanza. L'incidenza delle malattie mentali si rivela in continuo aumento. E ciò impone un adattamento dei servizi di assistenza alle reali esigenze.

Da una rilevazione effettuata da Fiamberti-Aschieri risulta che il numero degli assistiti ha subito negli ultimi anni il seguente aumento:

1947	risultarono assistiti	93.407	individui
1948	»	99.403	»
1949	»	105.503	»
1950	»	109.560	»
1951	»	115.836	»
1952	»	121.065	»
1953	»	124.471	»
1954	»	131.566	»
1960	(dati presunti) circa	150.000	»

Come è noto i 92.000 posti letto, pari all'1,85 per mille abitanti distribuiti in altrettanti istituti psichiatrici, risultano insufficienti per il ricovero dei 160.000 malati di mente in atto assistiti. Nel programma edilizio ospedaliero da tempo formulato sono previsti da 40.000 a 50.000 posti letto per tale categoria di malati. Il quoziente 1,85 per mille abitanti risulta molto modesto se paragonato a quello registrato nelle altre Nazioni civili. Come loro certamente sapranno, onorevoli colleghi, mentre la media considerata da noi buona per gli ospedali generali e speciali è quella di sei posti letto per 1000 abitanti, invece l'*optimum* per quel che riguarda le istituzioni psichiatriche è il 3 per mille abitanti. Ora abbiamo:

Irlanda	. . . .	7,20	per cento
Nuova Zelanda	. . . .	4,61	»
Stati Uniti	. . . .	4,36	»
Canadà	. . . .	4,35	»

Svezia	. . . .	4,07	per cento
Irlanda Nord	. . . .	4,02	»
Inghilterra	. . . .	3,56	»
Svizzera	. . . .	3,40	»
Australia	. . . .	3,23	»
Islanda	. . . .	3,10	»
Belgio	. . . .	2,91	»
Danimarca	. . . .	2,40	»
Finlandia	. . . .	2,23	»
Francia	. . . .	2,17	»

Non potendo, per le ragioni a tutti note, assumere iniziative nel settore edilizio, il Ministero della sanità ha concentrato i suoi sforzi nel campo della organizzazione interna dei servizi manicomiali e delle carriere del relativo personale, nonché in quello della profilassi delle malattie mentali affidate ad appositi Centri di igiene mentale e Servizi medico-psico-pedagogici che ammontano rispettivamente a circa 100 (Centri) e a oltre 200 (Servizi).

Si è predisposto uno schema di legge per l'aggiornamento integrale delle vigenti disposizioni legislative (legge 10 febbraio 1904, numero 36 e relativo Regolamento approvato con regio decreto 16 agosto 1909, n. 615), le quali, considerando il malato di mente come soggetto di pubblico scandalo e di pericolo per sé e per gli altri, difficilmente curabile e guaribile, ne prevedono il ricovero, più che per scopi terapeutici, per la difesa della collettività. Le attuali concezioni in materia postulano invece il ricovero del malato di mente nel suo preminente interesse e alle stesse condizioni dei malati comuni, salvo le indispensabili provvidenze di legge a favore di coloro che hanno bisogno di temporanea tutela.

Una legge psichiatrica che non voglia correre il rischio di essere giudicata anacronistica fin dalla sua promulgazione, deve, secondo i più autorevoli cultori della materia, prevedere: la libera ammissione e dimissione dei malati nell'ospedale psichiatrico, sia pure temperate con la esigenza del controllo dell'Autorità giudiziaria, l'istituzione di un Casellario sanitario e conseguente abolizione di quello giudiziario, un regime assistenziale ispirato alla curabilità e guaribilità del malato mentale e alla sua recuperabi-



lità sociale; l'istituzione di centri d'igiene mentale con indirizzo squisitamente profilattico, essendo molte le malattie mentali di natura evitabile. Il perfezionamento del testo è attualmente, come è noto, affidato all'esame di un'apposita Commissione da me, nominata e che si è riunita in prima seduta il 13 marzo del corrente anno 1961. I lavori saranno conclusi tra giorni.

Per quanto riguarda, poi, le attività afferenti alla prevenzione delle malattie mentali, da un'indagine compiuta nel 1959 dalla Amministrazione sanitaria è risultato che 61 Province in Italia dispongono dei servizi di igiene mentale, sebbene con diversa efficienza sia per quanto attiene alla strutturazione dei medesimi, sia per quanto ha riferimento al diverso potenziale di funzionamento, all'attività svolta, ai compiti ed alle finalità istitutive.

Presso tali servizi risultano visitati annualmente ed assistiti circa 40 mila individui.

In alcuni capoluoghi, quali quelli di Genova, Torino, Milano, Roma, Varese, Venezia, Padova, Bologna, Firenze, Livorno, Napoli, Trapani, Novara, Como, Mantova, Sondrio, Bolzano, Modena, Pisa, Catania, Siracusa, è stata data ai Centri d'igiene mentale un'organizzazione completa affidando il servizio ad *équipes* composte da psichiatri, psicologi, assistenti sanitarie visitatrici ed assistenti sociali

Per quanto riguarda, infine, più specificamente il problema degli irregolari psichici, esso è stato affrontato, su basi concrete, particolarmente nel dopoguerra, con l'istituzione dei Centri medico-psico-pedagogici.

L'assistenza all'infanzia irregolare psichica è svolta in Italia particolarmente dalla O.N.M.I. e dall'Ente nazionale protezione morale del fanciullo, nonché da alcune Province, Comuni, cliniche universitarie, eccetera.

Dalla data del sorgere dei Centri medico-psico-pedagogici ad oggi si è verificato un progressivo crescendo nel numero degli assistiti e nell'attività svolta, come si può evincere dai seguenti prospetti che si riferiscono ai servizi dipendenti dall'O.N.M.I. e dall'E.N.P.F.:

*Centri medico-psico-pedagogici dell'E.N.P.F.*

Data	Centri medico-psico-pedagogici	N° casi nuovi	Visitati
1951	13	1.070	4.720
1952	17	1.320	5.844
1953	22	1.620	7.304
1954	26	1.980	9.316
1955	33	2.140	10.988
1956	41	3.748	15.349
1957	57	3.322	17.354
1958	59	3.692	17.004
1959	59	3.931	16.048
1960	60	5.149	18.402

*Centri Medico-psico-pedagogici dell'O.N.M.I.*

Data	Centri	Visitati
1951	11	2.173
1952/55	19	5.408
1956	28	5.531
1957	33	6.519
1958	40	7.902
1959	47	9.383
1960	68	13.345
1961 (fino a marzo)	74	3.650

In atto risultano complessivamente funzionanti in Italia circa 200 Centri medico-psico-pedagogici e circa 100 istituzioni varie per l'assistenza agli irregolari psichici (di cui oltre 30 istituti medico-psico-pedagogici).

Per corrispondere alle esigenze create dalla massa degli irregolari psichici nell'età evolutiva, nel nostro Paese calcolata ad oltre 500.000 elementi, necessita potenziare ed incrementare la rete consultoriale in parola.

Il Ministero della sanità ha dedicato, fin dalla sua istituzione, un impegno particolare per predisporre gli strumenti idonei al controllo delle malattie sociali, e proprio in questo settore, che non sempre consente interventi terapeutici risolutivi, si è cercato di tradurre praticamente gli insegnamenti della medicina preventiva, cui con acute osservazioni si sono soffermati gli onorevoli senatori Alberti e Macaggi.

Ho voluto che la « prevenzione », intesa nel senso più ampio, avesse la priorità nei programmi di medicina sociale, sia come prevenzione dell'insorgenza dei fenomeni patologici — mediante il controllo dei fattori esogeni e degli stati di disposizione — sia come prevenzione nello stesso decorso della malattia, mediante la « diagnosi precoce » e quindi la cura, attuata prima che lo svolgimento del processo morboso instauri complicanze irreversibili e cronicizzazioni invalidanti.

Un siffatto indirizzo programmatico ci ha portato a potenziare o ad istituire una rete di « Centri » specializzati nell'accertamento precoce e nella cura delle singole malattie sociali.

Queste istituzioni, diffuse ormai in quasi tutte le nostre Province, rappresentano l'indispensabile coordinamento delle singole iniziative in un'espressione tecnica univoca, altamente qualificata sia per la specifica competenza del personale tecnico, sia per la dotazione di attrezzature.

Con un apposito provvedimento legislativo (11 febbraio 1961) sono state precisate le competenze dei « Centri per le malattie sociali » che la Sanità ha inteso potenziare, sottolineandone il significato di punte avanzate della medicina preventiva, operanti con unità d'intenti alla soluzione di uno stesso problema educativo, diagnostico e terapeutico.

Per quanto riguarda le « malattie sociali » passerò a riassumere brevemente la situazione assistenziale, limitandomi a fornire le cifre più indicative per ciascuna malattia.

Per la preminente incidenza sulla mortalità generale ricorderò in primo luogo le malattie cardiovascolari che nel 1960 hanno causato in Italia il 43,4 per cento di tutte le morti.

La molteplicità dei fattori causali, che avviano con ritmo sempre crescente e in età più precoce i processi patologici degenerativi dell'apparato cardiovascolare, ostacola notevolmente l'azione sanitaria contro tali forme morbose.

Pur nell'incertezza dei diversi momenti etiologici esistono tuttavia alcuni elementi — i fattori alimentari, la sedentarietà e l'obesità, le tossicosi voluttuarie e gli stati di tensione psichica e emotiva — che rivestono

indubbio valore nel divenire delle lesioni degenerative cardiovascolari.

Intorno a questi possibili fattori di malattia fervono gli studi ed il Ministero ha favorito al riguardo, con proprio intervento finanziario, le ricerche sui rapporti tra alimentazione ed arteriosclerosi condotte da alcuni centri (Roma e Bologna) in collaborazione con esperti stranieri.

Per l'accertamento precoce e la cura delle malattie cardioreumatiche operano attualmente 94 Centri specializzati, ed ai più qualificati di essi sono stati concessi anche dei contributi per lo svolgimento di corsi di perfezionamento in cardioreumatologia.

Un particolare interesse è stato rivolto al controllo delle cardiopatie post-reumatiche favorendo con ogni mezzo l'accertamento diagnostico precoce e la ricerca dei casi ignorati fra i bambini in età scolare. Con il riordinamento della medicina scolastica perfezioneremo ancora questo prezioso rapporto tra la scuola e i Centri per le malattie cardioreumatiche.

Per una più completa assistenza ai piccoli cardioreumatici sono stati concessi ulteriori fondi per il completamento di colonie permanenti destinate alla convalescenza che in questi malati richiede delicati controlli e lunghe degenze.

Il reumatismo incide in Italia, sul totale delle forme morbose riscontrate nella sola popolazione assicurata contro le malattie, per il 36 per cento e si calcola che arrechi annualmente una perdita di circa 3 milioni e 200 mila giornate lavorative. Il fenomeno, comunque, è grave anche in altre nazioni. Nei soli Stati Uniti d'America, ad esempio, le affezioni reumatiche colpiscono circa sette milioni e mezzo di cittadini e le giornate lavorative perdute assommano ad oltre 150 milioni all'anno, con una perdita valutata in circa 750 milioni di dollari.

Anche le tavole della mortalità denunciano un crescente numero di decessi, dovuti a malattie reumatiche: in Italia il quoziente della mortalità, che era del 3,6 per ogni centomila abitanti nel 1887, è salito al 4,7 nel 1958, raggiungendo il terzo posto dopo i decessi per tumori maligni e per malattie del sistema circolatorio.

I tumori costituiscono per frequenza statistica la seconda causa di morte in Italia; nel 1960 su 100 decessi 16 sono stati causati da tumori, con un incremento del 4,8 per cento sulla mortalità per tumori registrati nell'anno precedente.

Questo progresso morboso è però, almeno in parte, dovuto al maggior numero di persone che il progresso sanitario ha portato fino alle età anziane, cioè a quella fase della vita in cui i disordini della moltiplicazione cellulare ed i processi degenerativi diventano inevitabilmente più frequenti.

Malgrado questa valida argomentazione gli studiosi ammettono che esista anche un incremento reale del fenomeno, comune a tutti i Paesi a più alta civilizzazione.

La profilassi dei tumori non può ancora contare sull'eliminazione delle cause di malattia, sia per le incomplete conoscenze etologiche, sia per la pluralità e la complessa modalità di azione degli stimoli oncogeni, e pertanto il Ministero della sanità ha cercato di contenere il fenomeno morboso con il mezzo più efficace di cui la medicina dispone al riguardo: la diagnosi precoce ed il trattamento tempestivo.

La nostra organizzazione anticancerosa si articola sull'attività di 82 centri specializzati e si avvale di un'attrezzatura diagnostico-terapeutica certamente tra le più efficienti.

L'Amministrazione sanitaria ha contribuito largamente a questa dotazione stanziando sussidi che tra l'altro hanno portato all'acquisto di 12 acceleratori tipo Betatrone, di 40 « unità cobalto 60 », di una adeguata attrezzatura isotopica diagnostico-terapeutica e di apparecchiature per la terapia cinetica.

Il numero dei nuovi casi di tubercolosi accertati presso i dispensari antitubercolari, che si era mantenuto dal 1953 al 1958 intorno alle 70.000 unità per anno, è sceso nel 1959 a 64.457, con una contrazione di circa il 7 per cento rispetto all'anno precedente. Questa flessione epidemiologica si è ancor più delineata nel 1960 con una ulteriore contrazione di circa il 10 per cento rispetto alle registrazioni del 1959.

A questo confortante andamento della morbosità corrisponde anche una progressiva ri-

duzione della mortalità per tubercolosi che nel 1960 è stata di 8.546 casi.

Le cifre citate confermano l'efficienza della nostra organizzazione antitubercolare e la validità delle iniziative promosse dall'Amministrazione sanitaria per mantenere al più alto livello di efficienza i servizi diagnostici antitubercolari, per prevenire la malattia nei bambini gracili e più esposti al contagio e per diffondere quei mezzi di profilassi che possono validamente contrastare l'epidemia tubercolare.

Posso dire con compiacimento che l'azione futura, oltre a svolgersi sulle direttrici ben note, interesserà ancor più minutamente il settore scolastico avvalendosi della facoltà attribuita al Ministero della sanità dalla recente disposizione di legge sul controllo sanitario nelle scuole.

L'incremento dei contagi venerei ha richiamato da tempo l'interessamento responsabile dell'Amministrazione sanitaria.

Le cifre trasmesse dai dispensari antivenerei e dalle Forze armate, cioè le sole fonti che permettono una buona comparazione nel tempo, concordano nell'evidenziare un aumento della morbosità che dal 1958 al 1960 ha visto più che raddoppiare il numero dei casi di sifilide primo-secondaria.

Anche se il fenomeno, già denunciato da altre nazioni, non si giustifica esclusivamente nella mutata situazione legislativa occorre ricordare che i mezzi a disposizione dell'autorità sanitaria non possono garantire un completo controllo del pericolo venereo.

È necessario incoraggiare questi ammalati a ricorrere al medico. Il diritto alle cure gratuite, riconosciuto dalla legge del 1956, è già a tal fine una forte leva, ma non basta. È indispensabile riconoscere all'ammalato venereo anche il diritto di mantenere l'anonimo e porlo nelle condizioni di non essere identificato. Il desiderio o l'interesse di non farsi conoscere è, in verità, la principale causa che determina il mancato ricorso alle cure mediche della maggior parte degli infermi. Ad uno Stato democratico non deve interessare il nome degli ammalati: l'unico interesse che deve muoverlo è quello che gli ammalati riacquistino la salute perduta.

Per il Ministero della sanità la lotta contro le malattie veneree va tenuta a livello di un problema esclusivamente sanitario.

Contro la lebbra che in forma endemo-sporadica colpisce ancora una ristretta zona depressa dell'Italia meridionale, è stata organizzata una campagna sanitaria imperniata sul rigoroso censimento dei malati (risultano registrati 522 casi), sull'ampliamento dei posti-letto e quindi sul ricovero obbligatorio dei lebbrosi con manifestazioni contagiose in atto. Questo programma, la cui attuazione ha già portato ad un soddisfacente controllo sanitario, verrà integrato con norme profilattiche dirette a preservare i figli dei lebbrosi, allontanandoli precocemente dall'ambiente familiare dove l'esperienza statistica ha dimostrato che si realizza la maggioranza dei contagi.

Anche per il tracoma l'amministrazione sanitaria ha promosso una vasta azione bonificatrice, essenzialmente rivolta alla prevenzione e alla cura della malattia nei fanciulli in età scolare.

Nel primo triennio di attività del Ministero è stato realizzato un aumento di oltre 500 posti-letto per il ricovero di bambini tracomatosi ed è stata sostenuta con appositi sussidi l'opera specialistica dei 26 Enti provinciali antitracomatosi.

Accanto alle malattie di tradizionale interesse sociale vanno poste altre forme morbose, che per fattori diversi interessano ormai la collettività e devono rientrare nella sfera di azione della medicina sociale. In particolare voglio riferirmi alle microcitemie, al morbo di Cooley e al diabete (e con esso agli stati dismetabolici); anche per queste malattie sono state disposte provvidenze speciali e sono in programma ulteriori interventi profilattici da affidare all'azione coordinata di « centri » specializzati, operanti nel quadro di apposite convenzioni da stipularsi col Ministero della sanità.

Tra i compiti più impegnativi della medicina sociale ricorderò infine il vasto settore delle minorazioni infantili ed in particolare quello dell'assistenza agli infermi affetti da lussazione congenita dell'anca e da discinesie encefalistiche.

Per i lussati congeniti dell'anca, la possibilità di ricoverare sollecitamente i piccoli infermi presso qualsiasi clinica ortopedica o reparto ospedaliero specializzato ha permesso, specie quando il trattamento è stato iniziato nell'età più idonea, di ottenere risultati pienamente soddisfacenti; possiamo dire con vero compiacimento che per gli oltre 1.600 assistiti annui il recupero è quasi totale.

Assai più complessa si presenta l'assistenza ai discinetici, sia per la gravità dell'affezione che limita a circa un terzo la percentuale dei recuperabili, sia per le non lievi difficoltà organizzative che il trattamento di questi infermi comporta.

Per aumentare la capacità recettiva (disponiamo attualmente di circa 1.000 posti-letto) e migliorare l'attrezzatura tecnica dei 26 centri per discinetici, il Ministero ha già concesso i necessari contributi.

Altre iniziative sono in corso in questo settore ed al riguardo ho disposto un censimento di tutti gli enti che operano nel settore delle minorazioni, anche per poter affrontare sollecitamente il problema della rieducazione e del recupero di tutte le altre categorie di minorati.

La Direzione generale del servizio farmaceutico, dalla data della istituzione del Ministero della Sanità ad oggi, ha affrontato e risolto numerosi e complessi problemi di organizzazione interna, realizzando un concreto miglioramento dei servizi, particolarmente nel settore della registrazione e del controllo delle specialità medicinali.

Tale perfezionamento è stato unanimemente riconosciuto, anche dagli stessi industriali farmaceutici, che non hanno dovuto più lamentare, come per il passato, ritardi e intralci nella istruttoria delle domande di registrazione delle specialità medicinali.

Alcuni dati statistici riassuntivi sono sufficienti a dimostrare l'enorme lavoro svolto dalla Direzione generale nel settore di competenza:

OFFICINE FARMACEUTICHE	n.
decreti di autorizzazione . . . . .	362
decreti di diniego dell'autorizzazione	10
decreti di revoca dell'autorizzazione	79

SPECIALITA' MEDICINALI	n.	STUPEFACENTI	n.
decreti di registrazione di nuove specialità medicinali . . . . .	3.840	decreti di autorizzazione all'impiego e al commercio di stupefacenti . . .	477
decreti di registrazione di nuove categorie . . . . .	2.348	decreti di revoca dell'autorizzazione .	294
decreti di registrazione di nuove serie	1.369	pratiche concernenti la lotta contro il traffico illecito e denunce di casi di tossicomania . . . . .	776
decreti di registrazione di nuove confezioni . . . . .	878		
provvedimenti di autorizzazione di variazioni di composizione, di confezione e di denominazione, di trasferimento di autorizzazione da uno ad altro titolare . . . . .	4.639	PRESIDII MEDICO-CHIRURGICI	n.
decreti di diniego della registrazione	2.926	decreti di autorizzazione di nuovi presidi . . . . .	917
decreti di revoca della registrazione d'ufficio . . . . .	158	decreti di autorizzazione di variazione di composizione, decreti di trasferimenti di autorizzazione, ecc. . .	63
decreti di revoca della registrazione per rinuncia . . . . .	1.268	decreti di diniego dell'autorizzazione .	61
sequestri di prodotti abusivamente in commercio . . . . .	35	decreti di revoca dell'autorizzazione .	20
		PUBBLICITA' SANITARIA	n.
		decreti di autorizzazione . . . . .	564

## Presidenza del Presidente MERZAGORA

(Segue G I A R D I N A , *Ministro della sanità*). Strettamente connesso con il servizio delle registrazioni è il controllo dei prezzi delle specialità medicinali, cui la Direzione generale provvede, con la fattiva collaborazione di una apposita commissione tecnica consultiva, rinnovata nella sua composizione nel luglio dello scorso anno.

Il controllo sui prezzi è stato particolarmente intensificato fin dal giugno 1959, nel quadro dell'azione intrapresa dal Governo per ridurre i prezzi dei prodotti di largo consumo. Sono stati così ridotti i prezzi di migliaia di specialità medicinali, scelte fra quelle di più largo impiego e di maggiore importanza terapeutica.

Il prospetto seguente offre una eloquente dimostrazione dell'attività svolta in questo settore.

### ANNO 1958 (dal 14 agosto)

Sono state proposte al C.I.P. riduzioni per un totale di 188 prezzi, relativi a:

— specialità medicinali a base di desossicorticosterone (ormonici);

— specialità medicinali a base di idrocortisone (ormonici);  
 — specialità medicinali a base di etililestradiolo (ormonici);  
 — specialità medicinali a base di testosterone e vitamine (ormonici);  
 — specialità medicinali a base di progesterone e vitamine (ormonici).

### ANNO 1959

Sono state proposte al C.I.P. riduzioni per un totale di 1.053 prezzi, relativi a:

— specialità medicinali a base di meprobarbato (tranquillanti);  
 — specialità medicinali a base di ormone adrenocorticotropo;  
 — specialità medicinali a base di gonadotropina serica (ormoni);  
 — specialità medicinali a base di gonadotropina ipofisaria (ormoni);  
 — specialità medicinali a base di penicillina, suoi sali e derivati;  
 — specialità medicinali a base di cloramfenicolo (antibiotici);

- specialità medicinali a base di vitamina B<sub>12</sub>;
- specialità medicinali varie.

## ANNO 1960

Sono state proposte al C.I.P. riduzioni per un totale di 4.238 prezzi, relativi a:

- specialità medicinali a base di tetraciclina (antibiotici);
- specialità medicinali a base di eparina;
- vaccini antipoliomielitici;
- specialità medicinali costituite da antibiotici variamente associati;
- specialità medicinali costituite da vitamine variamente associate;
- specialità medicinali costituite da ormoni variamente associati;
- specialità medicinali varie.

## ANNO 1961 (fino al 31 maggio)

Sono state proposte al C.I.P. riduzioni per un totale di 258 prezzi, relativi a:

- specialità medicinali costituite da antibiotici in associazioni;
- specialità medicinali varie.

TOTALE DEI PREZZI RIDOTTI DAL 14 agosto 1958 al 31 maggio 1961: n. 5.114.

PASQUALICCHIO. Ci sono delle proposte di riduzione, ma queste non sono avvenute.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Sono avvenute, c'è stata la pubblicazione sulla « Gazzetta Ufficiale » e sono state eseguite.

Nel settore della disciplina giuridica delle farmacie ho avuto l'onore di sottoporre alla vostra approvazione il disegno di legge portante modificazioni degli articoli 104, 106, 115 del testo unico delle leggi sanitarie, per la diminuzione del rapporto limite tra popolazione e farmacie.

Altre provvidenze legislative dovranno integrare la disciplina di tale delicato e importante settore; intanto l'amministrazione porrà ogni cura per accelerare l'espletamento dei concorsi e per attuare tutte le misure amministrative idonee a migliorare la funzionalità dell'assistenza farmaceutica.

Si provvederà inoltre a intensificare e perfezionare il controllo sui medicinali per assicurarne la purezza e l'efficacia, al qual fine si è già provveduto a potenziare l'opera veramente notevole dell'Istituto superiore di sanità integrandola con l'attività di alcuni laboratori provinciali di igiene profilattica appositamente attrezzati.

È inoltre imminente la stampa e la pubblicazione del testo già elaborato della farmacologia ufficiale, che risponde ad una esigenza di aggiornamento vivamente sentita e reclamata.

Il Governo ha predisposto infine un testo che riforma l'istituto della farmacia in tutti gli altri aspetti non contemplati dalla legge testè approvata dalla Commissione di igiene del Senato.

BOCCASSI. Lei diceva le stesse cose nel 1959.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Io infatti ho presentato la legge nel 1959 e non è dipeso dalla mia volontà se il Senato l'ha esaminata solo successivamente. Ella, anche se non fa parte della Commissione igiene, avrebbe potuto farsi parte diligente per sollecitare l'approvazione di quel disegno di legge presentato — dico — nell'autunno del 1959.

È inutile che parli di quanto è stato fatto nel campo dell'alimentazione, perchè è noto che il Senato ha terminato in questi giorni l'esame del disegno di legge governativo relativo alla tutela e alla sorveglianza degli alimenti. Tale provvedimento era già stato approvato dalla Camera, ed ora la Commissione competente del Senato lo ha rinviato all'esame della Camera, avendovi apportato alcuni emendamenti.

Si è cercato di restringere i termini delle norme transitorie in modo che questa legge, di cui tanto si sente la necessità, possa entrare al più presto integralmente in vigore.

SCOTTI. Signor Ministro, ha finito la trattazione concernente gli ospedali? Penso che sarebbe opportuno che lei dicesse qualcosa circa quel disegno di legge per cui dei medici sono entrati in sciopero.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*  
Mi sono già intrattenuto su questo argomento dicendo che la Commissione da me costituita, affiancata da funzionari tecnici del Ministero, ha praticamente concluso i suoi lavori, onde tutto il materiale redatto sarà tra giorni diramato ai Ministeri competenti affinché affronti l'iter definitivo.

S C O T T I   La ringrazio

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*  
Con l'emanazione della legge istitutiva del Ministero della sanità i servizi veterinari hanno avuto un giusto riconoscimento dell'importanza dei compiti che svolgono, a tutela della salute pubblica, e a salvaguardia dell'allevamento e dell'industria zootecnica.

Ma soltanto con i recenti decreti legislativi delegati, del febbraio 1961, sono state meglio precisate le competenze proprie dei servizi stessi ed è stato provveduto alla istituzione dell'Ufficio veterinario comunale, affidando al direttore di detto ufficio le funzioni di ufficiale di governo per la polizia, la vigilanza e l'ispezione veterinaria.

Nello spirito di questo rinnovamento i servizi veterinari hanno potuto svolgere, con maggiore ampiezza e intensità, le attribuzioni di competenza, anche agevolati da una maggiore conoscenza dei problemi d'interesse zoonosanitario da parte dell'opinione pubblica, il che ha consentito una più responsabile collaborazione degli Enti locali e delle varie organizzazioni degli allevatori.

Da un sommario consuntivo del lavoro svolto in questi due ultimi anni si può trarre come prima confortante conclusione che, per favorire l'azione di risanamento degli allevamenti, 70 Amministrazioni provinciali hanno chiesto l'integrazione dello Stato, sui fondi assegnati ai servizi veterinari, per attuare organici piani di profilassi contro determinate malattie che rivestono particolare interesse ai fini dell'incremento della produttività, come ha notato il senatore Samek Lodovici.

L'intervento finanziario dello Stato, che per i servizi veterinari è limitato purtroppo a cifre molto esigue, e precisamente a lire

700.000.000 nell'esercizio 1959-60 ed 1 miliardo di lire per il 1960-61, è stato diretto:

1) a potenziare la bonifica sanitaria degli allevamenti dalla tubercolosi, dalla brucellosi, dalla idatidosi e dalla rabbia per un ammontare complessivo nei bilanci succitati di lire 350.000.000, che sono stati spesi per l'organizzazione dei programmi diretti alla ricerca degli animali infetti ed alla successiva eliminazione delle fonti di contagio mediante l'abbattimento dei soggetti ammalati e la disinfezione degli ambienti;

2) a favorire gli accertamenti diagnostici e l'assistenza tecnica gratuita da parte degli istituti zooprofilattici ai quali è stato affidato il delicato compito della produzione di sieri vaccini e di prodotti allergici occorrenti per l'attuazione della profilassi immunitaria contro le malattie a carattere epizootico.

Inoltre, l'amministrazione sanitaria ha dovuto assumersi quasi interamente l'onere per la istituzione di otto nuove sezioni zooprofilattiche in altrettante provincie che ne erano sprovviste.

Complessivamente tale azione ha comportato la spesa di un miliardo e 148 milioni di lire per i contributi ordinari e, soprattutto, per il rimborso delle spese degli accertamenti diagnostici e del materiale immunizzante distribuito gratuitamente;

3) a favorire studi e ricerche sull'igiene delle carni e degli altri alimenti di origine animale e a potenziare il servizio di vigilanza sul commercio dei prodotti stessi e per l'organizzazione dei servizi di controllo delle carni suine per la lotta contro la trichinosi. La somma impiegata in tale settore è stata di lire 60.000.000.

L'opera integratrice del Ministero si è svolta, inoltre, con la concessione di contributi ai Comuni per l'istituzione ed il funzionamento delle condotte veterinarie e con il finanziamento di numerose iniziative destinate al perfezionamento tecnico-professionale dei veterinari, mediante corsi di aggiornamento e di addestramento, borse di studio, gruppi di lavoro, congressi scientifici ed altre manifestazioni culturali.

Per l'avvenire, è necessario incrementare tutte le attività più sopra illustrate, estendendo gradualmente l'azione di profilassi e

di bonifica sanitaria a tutti gli allevamenti nazionali e curando, in particolare, la risoluzione immediata di un problema che in questi ultimi tempi si è dimostrato di una particolare gravità, e cioè la difesa del patrimonio zootecnico dall'infezione aftosa.

A questo riguardo l'Amministrazione sanitaria ha già elaborato un piano di intervento su vasta scala basato sull'impiego sistematico della profilassi immunitaria, che si rende realizzabile con la possibilità di ottenere grandi quantitativi di vaccino da virus aftoso in colture di cellule renali. La premessa indispensabile per attuare tale programma è ovviamente rappresentata dalla disponibilità dei fondi necessari a potenziare gli impianti di produzione del materiale immunizzante.

D'altra parte, anche in questo campo, occorre raggiungere l'allineamento con gli altri Paesi della C.E.E. ed assolvere gli impegni presi in campo internazionale.

È intendimento, infine, del Ministero di promuovere un programma straordinario inquadrato in appositi provvedimenti legislativi riguardanti i seguenti settori: difesa sanitaria dalle malattie esotiche; risanamento degli allevamenti bovini dalla tubercolosi e dalla brucellosi; lotta sistematica contro le epizootie; riordinamento dei servizi di ispezione e di vigilanza delle carni e degli altri prodotti di origine animale, nel quadro delle nuove esigenze sanitarie create dall'impiego delle moderne tecniche di lavorazione e di conservazione dei prodotti dell'industria salumiera e lattierocasearia.

In questi ultimi anni, l'amministrazione sanitaria italiana è stata sempre maggiormente impegnata nelle attività di collaborazione sanitaria internazionale sia sul piano mondiale che sul piano europeo.

Sul piano mondiale il nostro Paese è attivamente presente nella vasta opera che la Organizzazione mondiale della sanità svolge per la promozione del miglior stato di salute delle popolazioni, quale premessa essenziale di ogni miglioramento economico e sociale.

L'O.M.S. è impegnata in un vasto programma destinato soprattutto al rafforzamento dei servizi sanitari dei diversi Paesi, alla formazione del personale tecnico ed alla lotta contro le principali malattie infettive e sociali. Questa politica assume oggi partico-

lare rilievo nel quadro degli aiuti ai Paesi in via di sviluppo, ai quali appartengono quelli che in numero sempre crescente stanno oggi accedendo alla piena autonomia.

Programmi di vasto respiro sono stati lanciati sul piano mondiale per l'eradicazione della malaria, del vaiuolo; per la lotta contro la tubercolosi, la mortalità infantile, le treponematosi, la lebbra; per il miglioramento della nutrizione e dell'igiene ambientale e per lo sviluppo e coordinamento della ricerca scientifica, intesa quale premessa essenziale per il progresso sanitario.

Il nostro Paese con le sue tradizioni e realizzazioni nel campo della sanità pubblica ha dato e continua a dare un apporto importante alla collaborazione sanitaria mondiale, partecipando attivamente con le sue delegazioni alle assemblee mondiali della sanità ed alle altre assise internazionali per la elaborazione e messa in opera dei programmi sanitari, con il contributo dei suoi studiosi chiamati a fare parte dei vari Comitati di esperti dell'O.M.S. e con quello dei nostri istituti scientifici presso i quali sono stati istituiti centri di studio e di referenza internazionali, nonché con l'opera di diversi tecnici che, nelle più diverse parti del mondo, dirigono o collaborano alle *équipes* internazionali per l'assistenza tecnica nei diversi settori della sanità pubblica.

Un ulteriore riconoscimento di questa attiva partecipazione si è avuto nell'ultima Assemblea mondiale della sanità, ove il nostro Paese è stato eletto, per la terza volta, a far parte del Consiglio esecutivo dell'O.M.S., di cui il nostro rappresentante è stato presidente.

Inoltre il nostro Paese viene spesso scelto per l'organizzazione di corsi o di seminari scientifici nel quadro dell'O.M.S.: ricordiamo, particolarmente, nell'anno decorso, un viaggio di studio di pediatri internazionali sull'assistenza materna ed infantile, organizzato dall'O.M.S. e dal *Centre international de l'enfance*; la Conferenza internazionale della malaria organizzata dalla O.M.S. d'intesa col nostro Ministero a Palermo, per mettere a punto i programmi di eradicazione nel bacino del Mediterraneo; il simposio dell'Ufficio europeo dell'O.M.S. sull'epidemiologia delle malattie mentali a Na-



poli, ed infine il corso internazionale di epidemiologia e lotta antitubercolare a cui la O.M.S. invia borsisti stranieri.

Sul piano europeo il settore sanitario è uno di quelli che maggiormente si presta alla volontà di collaborazione dei diversi Paesi e le attività in questo campo, oltre che attraverso l'Ufficio regionale europeo dell'O.M.S., sono svolte in seno al Consiglio d'Europa, al quale sono state recentemente trasferite, con un accordo parziale, anche le attività già esplicate in campo sociale e sanitario, dalla Unione europea occidentale (U.E.O.). La collaborazione assai proficua si esplica attraverso le « Sezioni di collegamento » istituite presso le Amministrazioni sanitarie dei Paesi membri del Consiglio, ed il Comitato di esperti in sanità pubblica, che si riunisce periodicamente a Strasburgo o in altre sedi. Oltre l'istituzione di una zona sanitaria franca, che ha abolito praticamente ogni formalità sanitaria fra i sette Paesi membri dell'U.E.O. e che si sta estendendo ad altri Paesi europei, sono stati pure adottati alcuni importanti accordi in materia sanitaria, fra i quali desidero ricordare l'accordo per la messa in comune delle sostanze terapeutiche di origine animale (sangue e derivati) e quelli messi a punto ultimamente, ma non ancora adottati, sulla messa in comune delle risorse termoclimatiche e di trattamenti specializzati e sullo scambio dei reattivi per la determinazione dei gruppi sanguigni.

Allo studio ed alla redazione di tali accordi hanno portato un attivo contributo gli esperti italiani.

Una intensa attività si è andata sviluppando presso i due organismi nati dal Trattato di Roma, la Comunità europea per l'energia atomica (Euratom) e la Comunità economica europea (Mercato comune).

Per quanto riguarda l'Euratom, la Commissione ha proceduto, secondo il preciso dispositivo del Trattato, alla elaborazione delle « norme fondamentali per la protezione dei lavoratori e della popolazione in generale contro i rischi delle radiazioni ionizzanti ». Lo studio di queste norme è stato condotto con il concorso degli esperti designati dai 6 Paesi; fissate ora le norme generali, prosegue lo studio di diversi problemi, la promozione

delle ricerche e la coordinazione delle attività svolte in ognuno dei 6 Paesi.

Per quanto riguarda la Comunità economica europea, l'applicazione delle norme del Trattato ha interessato con sempre maggiore frequenza l'Amministrazione sanitaria, attraverso la partecipazione di propri rappresentanti a numerose riunioni di lavoro, intese soprattutto a stabilire termini di confronto fra le diverse legislazioni nazionali, ed a giungere ad un coordinamento delle norme più importanti, ai fini del libero scambio dei professionisti, dei lavoratori e delle merci. Da una parte si tratta di eliminare le restrizioni vigenti circa l'esercizio delle professioni sanitarie e dall'altra di riavvicinare le norme sul controllo dei generi alimentari e dei medicinali, per eliminare le differenze esistenti e consentire la libera circolazione.

Il problema dell'industria farmaceutica non è stato fino ad ora affrontato, pure essendo collegato strettamente con quello del controllo sui medicinali.

Nel settore veterinario sono stati compiuti importanti passi avanti per la formulazione di una regolamentazione sanitaria comune per lo scambio di bestiame e di prodotti di origine animale; anche nel campo della fissazione di criteri di definizioni comuni per gli additivi e alcune derrate alimentari, sono state superate notevoli difficoltà legate a profonde diversità legislative fra i sei Paesi. Più complesso appare il coordinamento delle norme relative al diritto di stabilimento per le professioni sanitarie, anche se non sono state avanzate obiezioni di fondo ed unanime è stato il riconoscimento della comunanza di preparazione ed impostazione posseduta dai professionisti dei sei Paesi.

L'atteggiamento di questa Amministrazione è stato sempre improntato a quello spirito di collaborazione europea che del resto ha caratterizzato e caratterizza tutta la partecipazione italiana ai lavori della C.E.E.

Per concludere, onorevoli colleghi, con una serena valutazione della situazione sanitaria del nostro Paese, mi sia consentito ricorrere a un parametro di confronto: la situazione dei Paesi esteri. Vi sono Paesi depressi, ancora lontani da un vero sviluppo civile . . .

D E L U C A L U C A . La Calabria! (Commenti).

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Dicevo, accanto a Paesi non ancora sviluppati, ve ne sono altri ad alto livello di civiltà fra i quali, ai primi posti, come a tutti noto, i Paesi del nord europa ove la politica sanitaria ha raggiunto successi rilevantissimi. Invece io voglio prendere come confronto uno Stato, cui pure spesso si fa riferimento: gli Stati Uniti.

Orbene, nel messaggio del Presidente Kennedy del 30 gennaio 1961 si leggono le seguenti osservazioni: « La ricerca medica ha realizzato nuovi prodigi, ma questi prodigi troppo spesso sono al di là della portata di molte persone a causa di entrate insufficienti, specie fra le persone anziane, della mancanza di posti letto negli ospedali, della mancanza di cliniche e della scarsità di medici e dentisti. Occorre vengano prese quest'anno misure per assicurare l'assistenza medica alle persone anziane, nel quadro del programma di previdenza sociale, e per aumentare la disponibilità sia di attrezzature che di personale ». Questi riferimenti sono relativi agli Stati Uniti, onorevoli colleghi.

A dieci giorni di distanza, il 10 febbraio 1961, il Presidente Kennedy rivolgeva un messaggio al Paese tutto dedicato all'assistenza sanitaria. Anche qua alcuni rilievi interessano per un confronto, non già perchè essi possano indurci ad una politica di immobilismo, ma come mezzo per una valutazione più serena della situazione italiana.

Lamenta il Presidente Kennedy una mancanza di 500 mila letti negli ospedali, soprattutto grave per le case di ricovero destinate ai cronici; rileva la necessità di apprestare speciali servizi a favore dei malati cronici e dei convalescenti, di migliorare i convalescenziari, di perfezionare l'assistenza sanitaria a domicilio, di adeguare il personale sanitario degli ospedali alle esigenze delle ricerche e dello sviluppo dell'assistenza. A proposito della vaccinazione con particolare riguardo all'infanzia, il Presidente Kennedy mette in rilievo il fatto che almeno un quinto dei bambini al di sotto dei 5 anni non sia stato immunizzato contro la poliomielite,

Utile notizia quest'ultima per dimostrare come sempre, nei Paesi democratici dove non si ricorre all'obbligatorietà della vaccinazione, resti una fascia di non vaccinati.

A L B E R T I . Perchè non si ricorre alla propaganda televisiva?

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Abbiamo pensato anche a questo.

S A M E K L O D O V I C I . Non crede il Ministro che sia necessario un numero maggiore di tre vaccinazioni antipolio?

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Certamente. Siamo già alla quarta.

S A M E K L O D O V I C I . Ma per uso orale.

P R E S I D E N T E . Onorevoli colleghi, non interrompano il Ministro, dal momento che è già tardi.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Onorevoli senatori, ho terminato. Vi ringrazio del contributo notevole di pensiero e di esperienza, che avete recato in tema di assistenza sanitaria. Dei vostri consigli terrò massimo conto nella politica che intendo proseguire per lo sviluppo e per il maggior potenziamento dei servizi sanitari del nostro Paese. (Vivi applausi dal centro. Congratulazioni).

P R E S I D E N T E . Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il proprio avviso sui vari ordini del giorno. Il primo ordine del giorno è del senatore Samek Lodovici.

B E N E D E T T I . La Commissione accetta l'ordine del giorno come raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Accettiamo l'ordine del giorno come raccomandazione. Il contenuto di questo ordine del giorno sta molto a cuore anche al Ministero, ma poichè occorre anche l'intervento di altri

Dicasteri non posso accettarlo che come raccomandazione.

PRESIDENTE. Senatore Samek Lodovici, mantiene il suo ordine del giorno?

SAMEK LODOVICI. Le faccio notare onorevole Ministro che il mio ordine del giorno, relativo all'imprescindibilità ed alla urgenza della bonifica sanitaria integrale del bestiame, è stato già approvato e alla unanimità dal Senato nella seduta del 24 maggio 1961, e non implica, in fondo, che l'impegno, l'assicurazione al Senato da parte del Ministro della sanità, che è responsabile dei servizi veterinari, di rendersi interprete, in sede collegiale di Governo, della assoluta necessità di uno stanziamento straordinario al fine di risolvere un problema che è d'importanza vitale per il nostro Paese. Pertanto, se il Ministro non accetta l'ordine del giorno, dovrei chiedere, onorevole Presidente, che venga messo in votazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. In seguito alle parole del senatore Samek Lodovici, il Governo accetta l'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Segue il secondo ordine del giorno del senatore Samek Lodovici.

BENEDETTI. La Commissione raccomanda che l'ordine del giorno venga accettato come raccomandazione, in quanto invita soltanto il Ministro a introdurre nel nostro Paese la vaccinazione per via orale.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Ho già ampiamente esposto il pensiero del Governo su questo punto. Posso pertanto accettare l'ordine del giorno come raccomandazione, con le riserve già esposte in sede di dibattito.

PRESIDENTE. Segue il terzo ordine del giorno del senatore Samek Lodovici.

BENEDETTI. La Commissione accetta l'ordine del giorno come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Molte di queste richieste non dipendono per ora dal Ministero della sanità, ma anche il Ministero dell'interno è competente in qualche parte. Comunque, l'ordine del giorno risponde ai nostri principi, pertanto lo accettiamo come raccomandazione.

SAMEK LODOVICI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SAMEK LODOVICI. Mi permetto di fare osservare al Ministro che non mi sembra che le richieste inerenti all'ordine del giorno interessino altri Dicasteri. Esse interessano anzi esclusivamente il Ministero della sanità in quanto l'introduzione definitiva della figura del medico patologo negli ospedali, l'incremento degli infermieri generici e diplomati, e soprattutto la creazione e l'immissione di tecnici nei ruoli del personale sanitario ausiliario degli ospedali mi sembra rientri proprio nelle funzioni normative spettanti al Ministero della sanità.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Dobbiamo rispettare i limiti di una certa autonomia ospedaliera; quindi non possiamo toccare certi campi quando non sono essenziali. Comunque, accettato l'ordine del giorno come raccomandazione, ci faremo portavoce dei problemi in esso prospettati.

PRESIDENTE. Segue il quarto ordine del giorno del senatore Samek Lodovici.

BENEDETTI. La Commissione prega il Ministro di voler accogliere questo ordine del giorno perchè pone un problema di importanza notevole quale quello della preparazione degli ufficiali sanitari.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. L'unica complicazione è costituita dal testo

unico della riforma della pubblica amministrazione. Quindi, con la riserva che non ci siano contrasti troppo salienti con la legge di riforma della pubblica Amministrazione, siamo favorevoli a questa Scuola.

**PRESIDENTE.** Senatore Samek Lodovici insiste nel suo ordine del giorno?

**SAMEK LODOVICI.** Signor Presidente chiedo che sia messo ai voti perchè un voto, che oso non dubitare favorevole del Senato, darebbe indubbiamente al Ministro la forza per chiedere i fondi necessari e per procedere alla ricostituzione della gloriosa Scuola di sanità.

**GIARDINA, Ministro della sanità.** Ho detto che accettiamo l'ordine del giorno con l'unica riserva che non ci siano contrasti legislativi insormontabili.

**SAMEK LODOVICI.** Signor Presidente non insisto sulla votazione.

**PRESIDENTE.** Segue l'ordine del giorno del senatore Scotti.

**BENEDETTI.** Inviterei il collega Scotti a dire invece di « impegna il Governo » « invita il Governo » e poi pregherei l'onorevole Ministro di accettare quest'ordine del giorno perchè si tratta di un problema troppo importante perchè possa essere ignorato dal Ministero della sanità.

**GIARDINA, Ministro della sanità.** L'ordine del giorno presentato dal senatore Scotti riguardante i pericoli delle benzine contenenti tetrametile di piombo, evidentemente non tiene conto che il decreto ministeriale 28 marzo 1961, che ne consente lo impiego, fissa l'aggiunta di piombo tetrametile ad un livello esattamente corrispondente a grammi 0,85 per litro, pari cioè a quello del piombo tetrametile che alle benzine viene aggiunto in Italia fin dal lontano 1935.

I pericoli maggiori derivanti dall'aggiunta di tali sostanze antidetonanti alle benzine sono legati alle operazioni di distribuzione in ambiente chiuso.

Ora devesi tenere presente che il decreto ministeriale 31 luglio 1934 fa divieto che il rifornimento di benzina delle autovetture possa verificarsi nell'interno delle autorimesse.

Non risulta poi che la Svizzera abbia vietato l'uso del piombo tetrametile; risulta, invece, che Gran Bretagna, Olanda, Danimarca, Germania, Francia, Belgio, Austria, Norvegia e non pochi Stati degli U.S.A. hanno consentito l'impiego del tetrametile. Comunque la sanità italiana sorveglia e controlla. Quindi se certe esperienze possono presentarsi negative noi siamo sempre pronti a porvi rimedio.

**PRESIDENTE.** Senatore Scotti insiste nel suo ordine del giorno?

**SCOTTI.** Signor Presidente, ho esposto ampiamente ieri come stanno le cose a proposito di questo problema. Desidero subito dire che quanto ha testè letto l'onorevole Ministro — della cui gravità dubito si sia ben reso conto — dimostra che ieri non ha ascoltato quanto ho detto, e cioè, che proprio la maggiore pericolosità e nocività del tetrametile di piombo in confronto col tetraetile deriva dal fatto che il primo presenta un grado di volatilità enormemente più elevato, e che libera perciò nell'atmosfera un quantitativo di piombo superiore da 70 a 100 volte rispetto a quello del piombo tetraetile. Così stanno le cose. Coloro che si preoccupano dei danni causati dal saturnismo hanno lanciato l'allarme e hanno dimostrato che lo impiego del tetrametile è qualche cosa di ben più pericoloso di quello del tetraetile, che viene impiegato come antidetonante fin dal 1922.

Non so poi da dove lei abbia preso notizia che la Svizzera non lo ha proibito. Sono certo del contrario. Ho anche sottolineato che si additivano con il tetrametile specialmente le benzine meno pregiate, per ottenerne un numero di ottano-strada maggiore, riducendone il declassamento.

Non devo ripetere ora quanto ieri ho detto ampiamente in proposito. È per questo che ho chiesto al Governo l'impegno di revocare subito quel provvedimento. La Commissione mi ha rivolto l'invito a trasformare la parola « impegno » in « invito », ma quanto

il Ministro ha detto dimostra che le mie parole non sono servite a nulla.

Riaffermo pertanto qui quanto ho già detto e ritengo doveroso lanciare l'allarme nel Paese, tra l'opinione pubblica, perchè le disposizioni di questo decreto ministeriale che autorizza la additivazione delle benzine con tetrametile di piombo, costituiscono un vero e proprio attentato alla salute dei cittadini. Chiedo pertanto che l'ordine del giorno sia messo in votazione.

B E N E D E T T I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

B E N E D E T T I . Vorrei fare una proposta che penso possa conciliare le due posizioni. Vorrei cioè proporre al collega Scotti di accettare che l'impegno sia trasformato in invito, ed al Ministro di impegnarsi a sottoporre immediatamente la questione al Consiglio superiore di sanità.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*  
In questo senso posso accettare la proposta del senatore Benedetti.

P R E S I D E N T E . Senatore Scotti, accede a questa proposta oppure insiste nel chiedere la votazione del suo ordine del giorno?

S C O T T I . Debbo dire francamente che l'accettazione degli ordini del giorno a titolo di raccomandazione o di semplice invito mi lasciano molto dubbioso circa la loro presa in considerazione. Non so quindi come e quando potrà essere mantenuto l'impegno di sottoporre la questione al Consiglio superiore di sanità.

Comunque accetto la proposta del Presidente Benedetti, richiamando nel contempo ancora una volta con forza l'attenzione del Governo, del Senato e dell'opinione pubblica sul grave danno che viene arrecato alla salute dei cittadini additivando le benzine con il tetrametile di piombo. Invito pertanto il Governo a mantenere l'impegno preso di deferire al più presto la questione al Consiglio superiore di sanità.

P R E S I D E N T E . Il Ministro si riserverà poi di comunicare al Senato i risultati di questa ulteriore indagine.

Segue il primo ordine del giorno dei senatori D'Albora e Indelli.

B E N E D E T T I . La Commissione ritiene che si possa accogliere a titolo di raccomandazione.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*  
D'accordo, ma nei limiti delle competenze del mio Ministero, perchè nell'ordine del giorno sono previste questioni di competenza di altri Dicasteri.

P R E S I D E N T E . Segue il secondo ordine del giorno dei senatori D'Albora e Indelli.

B E N E D E T T I . Praticamente quanto è richiesto in questo ordine del giorno è già in via di attuazione in base al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*  
Esatto, quindi non può essere accolto in quanto si tratta di materia già regolata con una legge approvata recentemente.

I N D E L L I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

I N D E L L I . Vorrei pregarla, signor Ministro, di accoglierlo quanto meno a titolo di raccomandazione. Infatti mentre il decreto delega parla di assistenza scolastica a carico di Enti locali, l'ordine del giorno invece vuole porre a carico dello Stato questo tipo di assistenza perchè la salute pubblica deve essere tutelata dallo Stato e non dagli Enti locali i quali già si trovano con dei bilanci deficitari.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*  
D'accordo, lo accolgo come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Segue un terzo ordine del giorno dei senatori D'Albora e Indelli.

B E N E D E T T I . Mi pare che le critiche benevole rivolte da tutti gli intervenuti su questo bilancio possano indurre ad accogliere questo ordine del giorno, il quale invita il Ministro della sanità a far sì che tutti i compiti che sono assegnati dalla legge istitutiva al Ministero vengano effettivamente riconosciuti anche da quegli organi che tuttora svolgono dei compiti in collaborazione con esso.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*  
Per quello che è di competenza del mio Ministero, posso accogliere questo ordine del giorno come raccomandazione.

P R E S I D E N T E . Segue un quarto ordine del giorno dei senatori D'Albora e Indelli.

B E N E D E T T I . La Commissione ritiene che si possa accogliere come raccomandazione.

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

P R E S I D E N T E . Segue un quinto ordine del giorno dei Senatori D'Albora e Indelli.

B E N E D E T T I . Anche questo penso che si possa accogliere come raccomandazione.

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

P R E S I D E N T E . Segue il sesto ordine del giorno dei senatori D'Albora e Indelli.

B E N E D E T T I . Anche questo si può accogliere a titolo di raccomandazione.

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

P R E S I D E N T E . Passiamo al primo ordine del giorno dei senatori Pasqualicchio, Lombardi e Scotti.

B E N E D E T T I . Quest'ordine del giorno si aggancia al secondo ordine del giorno del senatore Samek Lodovici. Anche esso è accettato come raccomandazione.

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

P R E S I D E N T E . Segue il secondo ordine del giorno dei senatori Pasqualicchio, Lombardi e Scotti.

B E N E D E T T I . La Commissione lo accetta come raccomandazione, con le riserve già espresse per l'ordine del giorno del senatore Samek Lodovici.

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

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

P A S Q U A L I C C H I O . Siamo d'accordo. Però noi sappiamo che numerosi ospedali sono stati ultimati nella costruzione e, per non avere nessuna attrezzatura, da parecchi anni non funzionano. Perché dunque non provvedere con mezzi adeguati ed urgenti? Ad esempio, l'ospedale di Lucera è stato costruito da tre anni e non funziona per mancanza di attrezzature. Eppure la Amministrazione locale ha fatto la domanda per il mutuo, il quale non è stato ancora concesso.

P R E S I D E N T E . Segue il terzo ordine del giorno dei senatori Pasqualicchio, Lombardi e Scotti.

B E N E D E T T I . Se è materia di competenza del Ministero, noi ne raccomandiamo lo studio e l'accoglimento.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità.*  
Il problema è stato studiato. Però non è di competenza specifica del Ministero della sanità.

P A S Q U A L I C C H I O . Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PASQUALICCHIO. Si tratta della ripartizione di un compenso sanitario che viene dato ai medici degli ospedali. Noi sappiamo che tale compenso viene ripartito in forma leonina da parte dei primari degli ospedali, che si appropriano della parte maggiore e lasciano una piccola quantità ai col-laboratori.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Accetto l'ordine del giorno come raccomandazione.

PASQUALICCHIO. D'accordo.

PRESIDENTE. Segue l'ordine del giorno dei senatori Pasqualicchio, Zanardi e Scotti.

BENEDETTI. Credo che sia di competenza del Ministero dell'interno e soltanto parzialmente del Ministero della sanità.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Mi interessero dell'argomento.

PASQUALICCHIO. Sta bene.

PRESIDENTE. Segue un ordine del giorno dei senatori Macaggi, Alberti e Barbareschi.

BENEDETTI. Quanto richiesto è previsto ormai dal decreto del Presidente della Repubblica n. 249. Si raccomanda l'accoglimento dell'ordine del giorno, nella particolarità dei due centri in regione ligure.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Accetto l'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Segue l'ordine del giorno dei senatori Lorenzi e Alberti.

BENEDETTI. La Commissione lo accetta come raccomandazione.

PIOLA. Raccomandazione vivissima!

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Per quanto di nostra competenza, accettiamo l'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Segue l'ordine del giorno del senatore Gatto. Il senatore Gatto non è presente.

ALBERTI. Faccio mio l'ordine del giorno.

BENEDETTI. La Commissione lo accetta come raccomandazione.

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

PRESIDENTE. Segue il primo ordine del giorno dei senatori Indelli e Schiavone.

BENEDETTI. È già previsto praticamente dal decreto del Presidente della Repubblica n. 264. Accettiamo l'ordine del giorno come raccomandazione.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. D'accordo.

PRESIDENTE. Segue un secondo ordine del giorno dei senatori Indelli e Schiavone.

BENEDETTI. Anche questo è previsto dal decreto n. 264. Accettiamo l'ordine del giorno come raccomandazione.

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

PRESIDENTE. Segue un ordine del giorno dei senatori Banfi, Alberti, Scotti, Franzini e Samek Lodovici.

BENEDETTI. La Commissione lo accetta come raccomandazione vivissima.

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

**P R E S I D E N T E** . Segue il primo ordine del giorno del senatore Di Grazia.

**B E N E D E T T I** . La Commissione ritiene si possa accettare come raccomandazione benevola.

**G I A R D I N A** , *Ministro della sanità*. Il Governo è d'accordo nell'accettarlo come raccomandazione.

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

**D I G R A Z I A** . Mi dichiaro soddisfatto che venga accolto come raccomandazione, sia pure benevola, ma comunque impegnativa.

**P R E S I D E N T E** . Segue il secondo ordine del giorno del senatore Di Grazia.

**B E N E D E T T I** . La Commissione ritiene che quest'ordine del giorno possa essere accolto, eliminando però le parole « di almeno 2.000 posti letto » lasciando al piano generale il numero dei posti letto che il Ministero vorrà assegnare.

**D I G R A Z I A** . Se mi si consente, vorrei dire che ho usato quella dizione perchè si tratta di un nuovo ospedale in sostituzione di altro che, per l'appunto, ha attualmente 2.000 posti letto; comunque mi rimetto al parere espresso dalla Commissione.

**G I A R D I N A** , *Ministro della sanità*. Il Governo è d'accordo con il parere espresso dal collega Benedetti ed in tal senso accoglie l'ordine del giorno.

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

**B E N E D E T T I** . La Commissione ritiene che possa essere accettato come raccomandazione.

**B O C C A S S I** . Se il signor Presidente me lo consente, vorrei dire che questo ordine del giorno è già stato accolto nella

discussione del bilancio passato; il Ministro non era presente quando l'ho svolto, ma si era impegnato fin dal 1959, per quanto concerne questa materia. Prego pertanto il Ministro di accogliere il mio ordine del giorno e non come raccomandazione, altrimenti torniamo indietro, la cosa diventa ridicola e non sarebbe serio questo comportamento nei confronti stessi del Senato.

**G I A R D I N A** , *Ministro della sanità*. Accolgo questo ordine del giorno, naturalmente se i Comuni sono d'accordo.

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

**B E N E D E T T I** . La Commissione ritiene che si possa accoglierlo.

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

**P R E S I D E N T E** . Segue l'ordine del giorno dei senatori Sacchetti e Mammucari.

**B E N E D E T T I** . Ritengo che a questo riguardo il Ministro debba dare al Senato alcuni chiarimenti.

**G I A R D I N A** , *Ministro della sanità*. Il problema è allo studio del Consiglio superiore di sanità. Alcune questioni di carattere medico-scientifico sono emerse da questo problema, per cui l'esame di tale materia è stato rimesso al Consiglio superiore della sanità. Accetto l'ordine del giorno come raccomandazione, dal momento che il problema è allo studio.

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

**S A C C H E T T I** . Non insisto per la votazione, desidero però sottolineare, onorevole Ministro, che dovrebbe essere, la vostra, una raccomandazione di ferro. Il nostro ordine del giorno contiene due questioni. Il Consiglio superiore di sanità potrà anche suggerire una utilizzazione diversa del personale femminile impiegato in quegli istituti neuro-psichiatrici, ma quello che chiediamo,



onorevole Ministro, è che lei tenga fede ai suoi impegni e faccia rispettare le sue disposizioni, qualunque sia il parere del Consiglio superiore di sanità, perchè non si può procedere al licenziamento di personale femminile infermieristico negli istituti neuropsichiatrici; siccome persistono le delibere, che discriminano le donne nonostante le sue circolari, chiedo a lei che la raccomandazione abbia il significato di dar corso alla circolare ministeriale n. 129. Un altro problema, eventualmente, sorgerà, qualora il Consiglio superiore di sanità suggerisse una utilizzazione diversa in senso tecnico e di lavoro.

Oggi siamo di fronte al pericolo grave del licenziamento di una donna, solo perchè si ritiene, da parte della maggioranza di alcuni Consigli di amministrazione di Istituti neuro-psichiatrici, che tale licenziamento sia opportuno, solo perchè è sposata.

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*.  
Senatore Sacchetti, lei sa come siamo intervenuti in questo problema, ma dati i rilievi sollevati in campo medico, abbiamo sottoposto la questione, come ho detto, al Consiglio superiore di sanità

**S A C C H E T T I**. Per questo ho detto che non insisto nella votazione, ma lei, onorevole Ministro, sa che la sua circolare non è stata comunicata dai prefetti ai Consigli di amministrazione degli Istituti interessati e questo fatto è un comportamento inammissibile.

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*.  
Infatti, la circolare l'abbiamo fermata in seguito ai rilievi sollevati e siamo in attesa, ripeto, del parere del Consiglio superiore di sanità. Ho detto che accetto quest'ordine del giorno come raccomandazione, data la situazione in atto.

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

**B E N E D E T T I**. La Commissione lo accetta come raccomandazione.

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*.  
Il Governo si associa alla Commissione.

**P R E S I D E N T E**. Senatore Cornaggia Medici, insiste per la votazione?

**C O R N A G G I A M E D I C I**. Non insisto, ma vorrei qui ricordare anche i volontari del sangue ed esprimere l'augurio che sulle auto-lettighe ci siano spesso medici specializzati.

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

**B E N E D E T T I**. La Commissione lo accetta come raccomandazione.

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*.  
Mi associo al parere della Commissione.

**P R E S I D E N T E**. Segue l'ordine del giorno dei senatori Mammucari, Donini e Minio

**B E N E D E T T I**. La Commissione lo accetta come raccomandazione.

**G I A R D I N A**, *Ministro della sanità*.  
Mi associo al parere della Commissione.

**P R E S I D E N T E**. Passiamo ora all'esame dei capitoli del bilancio del Ministero della sanità, con l'intesa che la semplice lettura equivarrà ad approvazione, qualora nessuno chieda di parlare e non siano presentati emendamenti.

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

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

**R U S S O**, *Segretario*:

#### Art. 1.

È autorizzato il pagamento delle spese ordinarie e straordinarie del Ministero della Sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962, in conformità dello stato di previsione annesso alla presente legge.

*(È approvato).*

## Art. 2.

Ai sensi dell'articolo 7, n. 1, del testo unico approvato col regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, è stabilito, per l'esercizio finanziario 1961-62, in lire 15.000.000.000 lo stanziamento relativo all'assegnazione a favore dell'Opera nazionale per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

(È approvato).

## Art. 3.

L'onere a carico dello Stato per l'assistenza e la cura degli infermi poveri recuperabili affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta, di cui alla legge 10 giugno 1940, n. 932, è stabilito per l'esercizio 1961-62 in lire 2.400.000.000.

(È approvato).

PRESIDENTE. Passiamo ora alla votazione del disegno di legge nel suo complesso. Ha chiesto di parlare, per dichiarazione di voto, il senatore Greco. Ne ha facoltà.

GRECO. Signor Presidente, non ho partecipato al dibattito...

PRESIDENTE. Male.

GRECO. ...e chiedo scusa ai colleghi. Nei brevissimi limiti di una dichiarazione di voto, dichiaro che approvo il bilancio del Ministero della sanità. Questo voto a favore non vuole essere solo un voto sul bilancio, che in verità mi sembra esiguo (io considero questo bilancio un punto di partenza): questo voto a favore, mi consentirà lo onorevole Ministro di bruciare un granellino di incenso, vuole essere soprattutto di approvazione alla sua opera. Nello stesso tempo non posso tacere la soddisfazione per la relazione veramente coraggiosa del collega Criscuoli che ha inquadrato ed illuminato i problemi sui quali era necessario finalmente si discutesse con chiarezza nel nostro Paese.

Io penso che il Ministero della sanità debba diventare al più presto lo strumento ef-

ficace per lo sviluppo di una vera politica sanitaria nel nostro Paese.

BOCCASSI. Se si cammina sempre con il ritmo di adesso!

GRECO. Sono i primi passi, onorevole collega; diventando più grande camminerà più spedito e sicuro, ma sarebbe meglio che lo aiutassimo tutti invece di dargli lo sgambetto.

E dicendo politica sanitaria voglio soprattutto riferirmi all'aspetto sociale della politica che il Ministero della sanità deve svolgere, aspetto che vale soprattutto per il Mezzogiorno, dove più urgente è l'intervento dello Stato. Infatti (lo ha ricordato un collega poco fa), il problema dell'assistenza medica è un problema che deve essere coordinato, unificato e assunto dallo Stato, perchè i Comuni non possono assumersi questo onere: nel Mezzogiorno sono tutti deficitari, dai più grandi ai più piccoli. Napoli ha un bilancio deficitario di decine di miliardi; ma, se il bilancio di Napoli è deficitario per parecchi miliardi, il bilancio dei piccoli Comuni è deficitario per molti e molti milioni.

Noi sappiamo benissimo — e lo sa benissimo l'onorevole Ministro — che vi è addirittura un'impossibilità pratica, da parte degli enti ospedalieri, a riscuotere le rette loro dovute dai Comuni, piccoli e grandi che siano; sono amministratore di un ente locale, la Provincia, e mi riferisco alla precisa situazione in cui si dibattono gli ospedali psichiatrici.

Ma in questa brevissima dichiarazione di voto non voglio lasciarmi prendere la mano da problemi troppo particolari. Preferisco formulare l'augurio che il Ministero della sanità possa assumere la competenza di tutti i problemi di sua spettanza; sembra che il Ministro si sia messo su questa strada dell'allargamento dei compiti di spettanza di un dicastero sanitario, chiedendo che siano trasferite alla sua competenza materie ora demandate ad altre amministrazioni. Tale allargamento dei compiti deve essere perseguito in vista di una politica di progresso, di coordinamento e, più ancora che di coordinamento, vorrei dire di unità di indirizzi.

Mi consenta a questo punto il senatore Criscoli di ricorrere alla frase conclusiva della sua relazione scritta: voglio considerare infatti questo bilancio proprio « come una tappa necessaria per il raggiungimento delle invocate realizzazioni »; e a questo bilancio voglio attribuire un significato politico più che un significato economico perchè, come ho detto, sul piano economico vi sarebbe solo da rilevare una reale esiguità di stanziamenti.

Con questo spirito, dunque, e formulando questo augurio, signor Ministro, sono lieto di esprimere il mio voto favorevole al bilancio. (*Approvazioni*).

**P R E S I D E N T E .** Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(*È approvato*).

Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica, oggi, alle ore 17, con l'ordine del giorno già stampato e distribuito.

La seduta è tolta (*ore 12,55*).

---

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari