

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

597^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 13 SETTEMBRE 1962

Presidenza del Presidente MERZAGORA,
indi del Vice Presidente CESCHI

INDICE

AUTORIZZAZIONI A PROCEDERE IN GIUDIZIO:	
Trasmissione di domande	Pag. 27884
CONGEDI	27883
DISEGNI DI LEGGE:	
Annunzio di presentazione	27883
Approvazione da parte di Commissioni permanenti	27883
Presentazione	27925
« Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963 » (2071-2071-bis) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Discussione):	
ALBERTI	Pag. 27884
BOCCASSI	27912
DI GRAZIA	27902
LORENZI	27891
OTTOLENGHI	27923
PASQUALICCHIO	27896
ZELIOLI LANZINI	27917
INTERPELLANZE:	
Annunzio	27925
INTERROGAZIONI:	
Annunzio	27925

Presidenza del Presidente MERZAGORA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 16,30).

Si dia lettura del processo verbale della seduta di ieri.

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

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

Congedi

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il senatore Massari per giorni 3.

Non essendovi osservazioni, questo congedo si intende concesso.

Annunzio di presentazione di disegno di legge

PRESIDENTE. Comunico che è stato presentato il seguente disegno di legge, di iniziativa:

dei senatori Tartufo e Piola:

« Modifica della legge 12 agosto 1957, numero 757, concernente il regime speciale di imposizione *una tantum* per i prodotti tessili » (2178).

Questo disegno di legge sarà stampato, distribuito ed assegnato alla Commissione competente.

Annunzio di approvazione di disegni di legge da parte di Commissioni permanenti

PRESIDENTE. Comunico che, nelle sedute di stamane, le Commissioni per-

manenti hanno approvato i seguenti disegni di legge:

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

« Modifiche ed integrazioni alla legge 27 dicembre 1953, n. 957, concernente la sistemazione del personale degli Enti locali non più facenti parte del territorio dello Stato » (1524), di iniziativa dei deputati Bologna ed altri;

2^a Commissione permanente (Giustizia e autorizzazioni a procedere):

« Riscattabilità ai fini del trattamento di quiescenza dei servizi resi dai vice pretori onorari reggenti con retribuzione a carico dello Stato » (1952), di iniziativa del senatore Amigoni;

5^a Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Revoca per i segretari provinciali e comunali della facoltà di contrarre prestiti con l'E.N.P.A.S. a norma della legge 25 novembre 1957, n. 1139, ed esonero, per gli stessi, dal pagamento dei relativi contributi » (2079);

« Autorizzazione a vendere a trattativa privata in favore dell'Istituto autonomo per le case popolari della provincia di Modena un'area di circa ettari 5.76.75 dell'immobile demaniale denominato ex caserma Cittadella sito in Modena » (2104);

« Corresponsione ai gestori delle ricevitorie del lotto di un acconto d'aggio per la non effettuata estrazione del 10 giugno 1961 » (2118);

11^a Commissione permanente (Igiene e sanità):

« Sospensione dei termini di cessazione del servizio, di cui al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, a favore dei primari, aiuti ed assistenti ospedalieri » (2139), di iniziativa dei deputati Gennai Tonietti Erisia; Fornale ed altri; Angelini Ludovico ed altri.

Annuncio di trasmissione di domande di autorizzazione a procedere in giudizio

P R E S I D E N T E . Comunico che il Ministro di grazia e giustizia ha trasmesso le seguenti domande di autorizzazione a procedere in giudizio:

contro il signor Barbieri Giorgio, per il reato di vilipendio del Senato della Repubblica (articolo 290 del Codice penale) (*Doc. 99*);

contro il signor Diena Ferruccio, per il reato di vilipendio delle Assemblee legislative (articolo 290 del Codice penale) (*Doc. 100*).

Tali domande saranno trasmesse alla 2^a Commissione permanente (Giustizia e autorizzazioni a procedere).

Discussione del disegno di legge: « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963 » (2071-2071-bis) (*Approvato dalla Camera dei deputati*)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge. « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963 », già approvato dalla Camera dei deputati.

Dichiaro aperta la discussione generale. È iscritto a parlare il senatore Alberti. Ne ha facoltà.

A L B E R T I Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Ministro, approssimandosi la fine di ogni legislatura è

debito delle Assemblee legislative, e in specie per alcuni stati di previsione, procedere ad un bilancio della serie dei bilanci di ugual titolo. Più che mai il dovere ne incomberebbe per un così giovane Ministero qual è questo della Sanità, sorto agli inizi della spirante legislatura, non ancora affermatosi — e per tante difficoltà, pare — quanto occorre nella estimazione pubblica e nella pratica di Governo, a causa anche delle difficoltà incontrate nella concentrazione degli sparsi servizi riguardanti la Sanità stessa.

La vita associata, onorevoli colleghi, progredisce e si complica, i problemi attinenti alla salute pubblica e privata si addentrano sempre più nel meccanismo di funzionamento dello Stato e chiedono che si affrontino in sede dicasteriale unitaria. Gli uomini sempre più possono condizionare il loro ambiente di vita, a loro talento, gli avanzamenti delle scienze permettono la miglior cognizione delle cause nocive e additano le difese, i rimedi e le cautele. Le leggi seguono o dovrebbero seguire, col far luogo a stanziamenti adeguati, le conseguenze delle escogitazioni e conquiste scientifiche. I termini, almeno i termini simbolici, dei bilanci, dovrebbero rivelare questo lavoro incessante di applicazioni consequenziali: i poteri pubblici in tanto progresso igienico-sanitario intervengono talora col ritmo preveduto e prevedibile, tal altra no, disuniti e non concordemente. Quest'anno, di fronte ai bisogni che le scienze biologiche, mediche e sociologiche e le discipline applicative discendenti ci mostrano, siamo di fronte ad un bilancio che riserva all'amministrazione sanitaria la somma di soli 57 miliardi, 4 appena in più dell'anno scorso.

Ci si permetta una riflessione: la rivoluzione industriale, i nuovi fenomeni della vita associata, le comunicazioni moltiplicate, il miglioramento effettuale delle condizioni di esistenza con le complicazioni derivanti, il dovere sempre più emergente di salvaguardare comunque le vite umane, facevano prevedere una influenza, una proporzione diversa rispetto alla cifra di quasi 1.000 miliardi cui ascende la somma globale destinata in Italia alle spese sanitarie gravanti sugli Enti mutuo-assistenziali e su-

gli altri Dicasteri a cagione e ragione di sanità. Si può dire così, anche ad un esame di superficie, che le funzioni tradizionali di tutela e controllo affidate al Ministero della sanità non si attuano a pieno secondo le lecite aspettative dell'uomo della strada e del precetto costituzionale. Più che quattro quinti della popolazione della Repubblica, si sa, risulta oggi assicurata contro le malattie. Ammesso che le prestazioni terapeutiche, le quali risultano ancora assai diverse a giudicare dalle statistiche per le varie categorie di popolazione e per i vari comprensori di erogazione, e ciò contro il contenuto, ripeto, precettivo della Costituzione, ammesso dunque che tali prestazioni siano razionali e sufficienti (dovendosi secondo la retta interpretazione della medicina sociale osservare, come ho accennato, una certa proporzione e interdipendenza tra le erogazioni a titolo profilattico e quelle a titolo terapeutico), v'è anzitutto un grosso quesito da risolvere: portare l'accennata proporzione a rapporti ottimali.

Apparve già questo nesso nelle inderogabili proporzioni a noi costituenti. L'attuale Presidente della Repubblica, Antonio Segni, che al tempo della nascita del Ministero della sanità era Presidente del Consiglio e tanto si adoperò perchè sorgesse questo Ministero, già osservava in sede di lavori preparatori della Costituzione (e mi piace che il senatore Bonadies abbia evocato quelle parole) « come la tutela della salute dovesse considerarsi un impegno complesso comportante una organizzazione sanitaria attrezzata sul piano educativo e profilattico oltre che sul piano propriamente terapeutico », con erogazioni — ne scaturisce — rispondenti ad una certa proporzionalità. Dal che discende come la proporzione, grosso modo, da 1 000 a 57 che intercorre tra compendio delle prestazioni terapeutiche e stanziamento per quelle igienico-profilattiche dovrà in avvenire essere modificata a vantaggio di queste ultime.

La logica, di fronte all'esperienza — anche se talora empirica, ma probativa — che ci offre la storia della medicina in merito, dovrebbe avviarci verso un'altra proporzione, nella quale il gioco delle spese dovrebbe

essere questo: aumentare quelle per l'igiene e la profilassi mentre dovrebbero diminuire quelle per le prestazioni terapeutiche; dovremmo avere cioè le spese preventive in proporzione inversa delle repressive, e l'ideale cui tendere sarebbe — mi si scusi l'ardire sociologico — proprio il contrario.

Ma sgombriamo il terreno da simili malinconie teorico-avveniristiche; potrei essere tacciato di utopista ed accetterei tranquillo la taccia se oggi, specie in questa nuova promettente temperie politico-sociale, che si impone potentemente anche all'attenzione di chi non l'ammette o l'avversa, l'utopia nel campo igienico-sanitario non suonasse nulla di diverso da una lecita ormai ipotesi sociologica: quella, nel nostro caso, di una equiparazione di diritti concreti di fronte alla protezione e al recupero della salute dei lavoratori. Settanta anni di vita di questo Partito socialista italiano, accusato di utopie al suo sorgere e che vede parecchie utopie fatte realtà, ce ne affida.

Esaminiamo ora per ordine di importanza e di attualità alcuni problemi di sanità pubblici, solo alcuni, partendo da quello più spettacolare pertinente alla situazione ospedaliera.

È grave problema questo, reso più grave dai progressi scientifici e dalla evoluzione sociale. Si è parlato dal relatore di un ente di gestione: lo si potrebbe studiare a livello regionale, oppure a titolo di emergenza traendo partito dall'organizzazione mutualistica. L'ospedale socialmente rispondente, ideale, oggi deve essere un punto d'onore dell'azione dei governanti, specialmente, ripeto, oggi. Se poniamo mente ai progressi registratisi negli ultimi cinquant'anni, nel campo scientifico-medico e in quello sociologico, circa il diritto alla salute quale emerge dalle varie Costituzioni, di cui è strumento principe l'ospedale razionale, centro di sanità, dobbiamo concludere che anche Nazioni con maggiori risorse delle nostre sono lontane da un assetto soddisfacente per questo importante settore della vita associata; ma in Italia siamo ancora più indietro.

Basterebbero le statistiche della distribuzione degli ospedali: dagli 8-10 posti letto

circa per mille abitanti in alcune regioni, posti pur da rammodernarsi, dell'Alta Italia, a meno di uno per mille nell'Italia meridionale. Ciò a fronte alla proporzione consigliata dall'Organizzazione mondiale di sanità, del 10 per mille. Anzi, per ciò che si riferisce al ricovero degli acuti, la proporzione è questa: 8,36 per la Liguria, 0,93 per la Calabria. Nè è tutto; le cifre che sto per riferire, ormai pacifiche, sul numero degli assistiti daranno da pensare. Queste cifre dicono che il cammino da percorrere è ancora lungo e che in Italia persistono ancora nel trattamento riservato, per la tristizia dei tempi, ad alcuni cittadini della Repubblica, differenze da rimuovere al più presto. Siamo in Italia qua e là, come direbbe il nostro Nenni, a distanze africane o quasi africane.

Se dividiamo, in ordine alle cure ospitaliere, l'Italia in due zone, dal Piemonte alla Toscana inclusa, la prima, e l'altra comprendente tutte le altre regioni, abbiamo schierata da una parte metà circa della popolazione italiana, dall'altra il resto (grosso modo 24 milioni e mezzo di abitanti per il Centro-Sud, esclusa la Toscana, 25 milioni per l'altra). Orbene, è dimostrato che ogni anno circa 2 milioni di abitanti sono assistiti da parte degli ospedali nella zona Nord, e poco più di un milione nella zona Centro-Sud, di eguale consistenza demografica.

Le cause? Molteplici: deficienza di posti letto, anzitutto, deficienza di comunicazioni, sfiducia o poca fiducia nelle istituzioni ospedaliere, specie là dove è quasi insensibile l'influsso della educazione sanitaria. Quanto cammino ancora da percorrere! Quanti compiti di fronte ad un Ministero della sanità veramente coordinatore, animatore, suscitatore, munito naturalmente dei necessari mezzi e delle necessarie potestà coordinatrici, per legge, se volete, per legge-quadro.

Quanto cammino dunque da percorrere! Ma, intendiamoci: è opera lenta, da intraprendere con l'animo sufficiente. Siamo nell'epoca dei piani, si è detto: dal piano dell'I.N.A.-Casa al Piano della scuola. Ben venga un piano bianco, come si è chiamato questo nuovo piano per gli ospedali. Mancano ancora, per ottemperare alle norme dell'Organizzazione mondiale della sanità, forse

150 mila posti-letto; altrettanti fra gli esistenti, sono da adeguare ai tempi. Occorreranno, ne convengo, parecchi anni, ma bisogna cominciare ad affrontare l'impresa; tanto più che è opinione comune, e giusta, che i lavoratori pagano il loro diritto alla assistenza, quelli del Nord come quelli del Sud; tanto più ancora se l'aumento del reddito nazionale lascia bene a sperare che le condizioni attuali circa il cosiddetto tenore di vita (si deve presumere, ove il clima politico — come si dice — non si deteriorerà) saranno da considerarsi su certi minimi, almeno, stabilizzate. Ciò dico ai fini della formulazione particolareggiata del piano; i mezzi potenzialmente esistono per articolare un piano bianco progressivo.

Dovrei parlare ora, poichè cade a proposito, dell'elemento centrale, perno e fulcro nel funzionamento degli ospedali, dei medici. I medici ospedalieri sono in agitazione: si è giunti anche allo sciopero, arma estrema di richiamo di attenzione per i pubblici poteri. È problema grave quello dei medici ospedalieri: ma non disperiamo possa avviarsi a soluzione completa in qualche anno, salvo l'indilazionabilità di provvedimenti tra i più urgenti, dei quali il Governo ci ha dato l'annuncio. Non è lontano forse il momento in cui si procederà alla sistemazione del medico « a pieno tempo » di quel medico, cioè, completamente dedicato ai suoi compiti ospitalieri, lungi dall'assillo, talora convulso, della clientela privata: è questa la condizione pregiudiziale per un ordinamento — secondo me — delle carriere. Si è già messo alla prova questo istituto del pieno tempo, in Francia, e i risultati non dovrebbero essere stati scoraggianti date le discussioni abbastanza serene, o almeno più serene che non si temesse, atteso l'irritabile *genus* dei medici; e i tentativi continuano.

Così la carriera ospedaliera dovrà essere, e speriamo sia presto, progressivamente riformata. Ci saranno accorgimenti da osservare, ci sarà da far luogo a ruoli transitori, ad esempio di assistenti temporanei o tirocinanti, o a collaboratori dei primari, in più classi, a titolo permanente o con limiti di impegno. Quel che imperta è che si cominci ad affrontare l'impresa e qui il discorso deve

travalicare alcuni limiti formali. Ci si lamenta da molte parti della qualità della prestazione mutualistica: si obietta che il Ministero della sanità è escluso da una tutela che pur gli competerebbe, perchè possa esercitare un controllo mallevadore di fronte all'opinione pubblica della scelta e della carriera dei medici mutualistici.

E se, col progresso dei tempi, medicina ospedaliera e medicina mutualistica dovessero sovrapporsi funzionalmente per una parte più o meno cospicua, non sarebbe ad esempio possibile alle categorie dei medici, diciamo, mutualistici comuni adire alle qualificazioni superiori dell'ente mutualistico? Magari dopo adeguato tirocinio obbligatorio negli ospedali? E se procedessimo a istituire il consulto mutualistico tra medico curante comune e medici consulenti iscritti in determinati albi per consulti a domicilio del malato, prima del ricovero o dopo il ricovero in ospedale?

Tra i rilievi che si fanno all'assistenza mutualistica è quello che non vi è carriera per i medici addetti agli ambulatori delle mutue e a domicilio, onde un tenue o insufficiente impegno diagnostico. Potrebbero essere, con una assistenza preliminare o liminare, con le diagnosi pronte e precise, ridotti gli oneri del ricovero ospedaliero. Non è abbastanza noto che si ritiene possa ascendere anche a un 30 per cento — alla luce della più ortodossa tecnica di ricovero — il supero di ospedalità oltre il necessario. Oggidì il giovane medico spesso affida subito il malato all'ospedale; una volta il medico condottiero sperimentato, anche a condotta piena, stimava punto d'orgoglio il poter guarire l'ammalato affidatogli, a domicilio.

Altro punto dolente è quello delle costruzioni ospedaliere. Il Presidente del Consiglio, onorevole Fanfani, ha proposto l'utilizzazione all'uopo delle aree demaniali da sfruttare, per mutare o vendere. Ne potrebbe derivare la disponibilità di 300, 350 miliardi; non è idea da scartarsi, ma sono da prevedersi quei ritardi che il Presidente del Consiglio stesso implicitamente ammette.

Tuttavia a mio parere vi sarebbe un altro modo di reperire subito alcuni mezzi per le costruzioni ospedaliere. Per esse oggi si sti-

ma che il costo del posto-letto ascenda a circa 3 milioni. Con dieci, dodici miliardi l'anno, si potrebbe in pochi anni provvedere al deficit più grave dei posti letti, cioè a un terzo circa di quel fabbisogno di 130, 135 mila posti letto che ci necessitano per ottemperare alle prescrizioni della Organizzazione mondiale della sanità, e nella metà del tempo se lo Stato si impegnasse per altrettanto. I dieci-dodici miliardi potrebbero provenire da un Consorzio formato dal Ministero della sanità e dagli Istituti previdenziali e assistenziali e sarebbero da destinare alla costruzione ospedaliera i fondi dai detti istituti riservati alla capitalizzazione. Per le costruzioni ospitaliere del Mezzogiorno, dove si riscontrano i minimi di densità ospitaliere, potranno essere adoperati al più presto i venti miliardi messi a disposizione dalla Cassa per il Mezzogiorno col recente provvedimento. Come fissare i luoghi, dove distribuire le costruzioni, e quali dimensioni medie prevedere per i nuovi ospedali? Lo ospedale di 500-600 letti con le principali specialità è quello che risponde meglio alle necessità per i capoluoghi di provincia: lo ospedale a 150-200 letti va bene per i centri minori. L'I.N.A.M. ne ha proposto un tipo, e noi non abbiamo prevenzioni per un siffatto ospedale, che potrà funzionare da vero centro di sanità, dove più necessitano siffatti centri. La dislocazione degli ospedali ha grande importanza e talvolta essa risponde meglio, invece che alla equidistanza geografica, ai criteri di accessibilità e raggiungibilità. Così, ad esempio, tra i centri minori della Calabria, la quale presenta, ho detto, i minimi di densità ospedaliera, come punto strategico della lunga costiera calabra tirrenica si è scelta Paola in provincia di Cosenza, e sta bene. L'ospedale è ivi pronto da circa 2 anni nelle opere murarie; mancano i mezzi per completarlo e farlo funzionare.

Onorevole Ministro, ecco una pratica da sistemare senza indugio, col pronto consenso dei diversi Dicasteri che si occupano di sanità.

Similmente a quella di Paola, è da considerare la scelta di alcune località sulla più lunga costiera jonico-calabra; l'amico senatore Berlingieri mi suggerisce la scelta di

Trebisacce, località costiera su cui gravano le esigenze della montagna retrostante.

Onorevole Ministro, è da mettere allo studio anche questa voce; e per parlare ancora della Calabria, che merita priorità assoluta, aggiungo che sforzi lodevoli si sono compiuti in altre parti della regione, e bisogna farne tesoro; così a Melito Porto Salvo un pioniere, il chirurgo Tiberio Evoli, uomo che svolge una ben nota attività politico-medico-sociale, ha dato il suo nome a un centro ospedaliero nei pressi della punta dello stivale. Molte delle sue soluzioni possono essere additate ad esempio per quelle contrade, perchè ogni regione ha le sue peculiarità ecologiche, anche ai fini della costruzione e del funzionamento degli ospedali.

Il problema ospedaliero ha occupato la mente del Presidente del Consiglio negli scorsi giorni, per cui auspichiamo che il suo intervento valga a scongiurare per sempre la minaccia di altri scioperi del personale medico.

Questo problema deve essere messo tra i problemi indifferibili; lo si affronti pure *in toto* nella prossima legislatura, ma con i mezzi necessari e facendo capitale della esperienza straniera, delle zone sottosviluppate e così via. Ma intanto mettiamo a punto le questioni più urgenti! Confido che il ministro Jervolino continuerà ad affrontare il problema con animo sufficiente e il Parlamento lo coadiuverà. I mezzi si potranno reperire, e senza troppo sforzo, nella nuova temperie politico-sociale; ma occorre una concordia di intenzioni e una estensione di potestà al Ministero specifico, quale merita la gravità dell'alta faccenda.

Questa impresa umanitaria è degna di questi primi lustri della Repubblica e potrebbe essere gloria, in sede di promulgazione, di questo settennato presidenziale.

Altro settore su cui potranno esercitarsi le cure diligenti del Ministero della sanità è quello dell'alimentazione.

È un settore di squisita profilassi. Il nostro organismo è minacciato ogni giorno dai cibi più o meno sofisticati; i cibi genuini, per tante ragioni, naturali e artificiali, ci fanno difetto. L'arte truffaldina dei mercanti si

studia di piegare la chimica più fine, e che ogni giorno diventa più fine, ad ogni più prava intenzione. Occorre potenziare e riformare i servizi che sovrintendono a questo ramo al Ministero della sanità.

Il tempo concedendomelo, io avrei condensato in alcune righe quanto merita una certa attenzione per la riforma dei servizi inerenti alla nutrizione ed all'alimentazione fra gli esistenti nell'attuale Ministero della sanità. Negli ultimi tempi lo sviluppo delle conoscenze nel campo della nutrizione, il progresso della tecnologia alimentare, l'estendersi dell'impiego di additivi chimici nelle sostanze alimentari, hanno reso molto impegnativa l'azione che i servizi di sanità pubblica sono chiamati a svolgere in questo particolare settore.

Pertanto l'attività del Ministero della sanità dovrebbe svolgersi, credo, nelle seguenti tre direzioni: anzitutto potenziare al centro e alla periferia i servizi di vigilanza e controllo della produzione, conservazione e commercio delle sostanze alimentari, al fine di garantirne la salubrità e la genuinità; in secondo luogo promuovere studi e ricerche sulle abitudini alimentari e sullo stato di nutrizione della popolazione, ed intervenire per correggere situazioni difettive o difettose; in terzo luogo infine promuovere l'istituzione di nuove scuole dietetiche e di corsi di dietologia, in modo che gli istituti di cura e ricovero e le altre collettività in genere (colonie, convitti, eccetera) possano disporre di personale qualificato, nonchè potenziare tutte le altre attività suscettibili di miglioramento della educazione alimentare e dietologica della popolazione.

Per quanto riguarda la prima direttiva, bisogna concludere che i progressi della tecnologia e della chimica alimentare, mentre hanno indubbiamente determinato notevoli miglioramenti nella lavorazione, conservazione e presentazione delle sostanze alimentari, hanno tuttavia offerto nuove possibilità di sofisticazioni, fondate su complessi e nuovi procedimenti fisici e chimici.

Per quanto riguarda la seconda direttiva, è nei compiti di istituto del Ministero della sanità svolgere e far svolgere da altri enti qualificati, dando ad essi le opportune di-

rettive, inchieste e studi sullo stato di nutrizione della popolazione e della collettività (come ospedali, orfanatrofi, eccetera) nonché sulla diffusione e sulle cause della malnutrizione.

Per quanto riguarda la terza direttiva, si rammenta come, da un'inchiesta eseguita negli scorsi anni dall'Amministrazione sanitaria, sia apparsa l'esiguità del numero degli istituti di ricovero e cura che si avvalgono dell'opera di personale qualificato nell'acquisto, nella scelta e nella preparazione degli alimenti, nonché nella compilazione delle tabelle dietetiche sia per i degenti a vitto normale che per quelli bisognosi di vitto speciale.

Per assicurare l'attuazione di un così vasto programma e il costante e regolare funzionamento dei servizi, essi al centro dovranno: *a*) essere adeguatamente potenziati nel personale, e di numero e di qualità, con l'inclusione anche di esperti in biologia e chimica bromatologica, allo scopo di dare un più valido contributo alle indagini e richieste che si rendano necessarie nella soluzione degli incessanti problemi che vengono continuamente alla ribalta; *b*) essere affiancati da un corpo di ispettori particolarmente competenti nei vari rami della produzione ed elaborazione degli alimenti.

Per quanto si riferisce ai servizi periferici, occorre far luogo, alle dipendenze del Medico provinciale, ad un'apposita sezione, cui affidare tutti i servizi di polizia alimentare, nutrizione e dietetica; istituire un apposito servizio di vigilanza igienico-sanitaria dei prodotti alimentari in importazione nei luoghi di confine aereo marittimo e terrestre, alle dipendenze del Medico provinciale; potenziare il corpo dei vigili sanitari provinciali; potenziare i laboratori provinciali in locali, attrezzature e personale; svolgere una più concreta opera di organizzazione e vigilanza nel campo della nutrizione in modo da assicurare, negli ospedali, nelle collettività ed alla popolazione bisognosa, un'assistenza dietetica appropriata alle varie necessità.

L'istituzione di un organo centrale, che io auspico (un Ispettorato generale o una nuova direzione generale dell'igiene alimentare

e della nutrizione) oltre che per gli enunciati motivi, si rende ora quanto mai urgente e necessaria a seguito dell'approvazione dai due rami del Parlamento della legge che modifica sostanzialmente le disposizioni contenute nel testo unico delle leggi sanitarie. E faccio grazia all'Assemblea di altre considerazioni, le quali pure sono argomento di attualità, come quelle sull'igiene delle carni. Io do atto al Ministro della fermezza e della lungimiranza con cui ha agito recentemente, specialmente a titolo monitorio; e do atto anche che nel campo degli olii commestibili oggi abbiamo i mezzi per poter scoprire le sofisticazioni sol che i laboratori provinciali siano attrezzati convenientemente in personale e apparecchiature.

L'olio di oliva genuino, infatti, non è più una chimera, tanto che antiche idonee industrie di specchiata fama di onestà hanno concentrato la loro attenzione su questo grasso principe, come proclamano medici e fisiologi e dietologi, mirabilmente adatto per l'alimentazione delle genti mediterranee. Ma non è così, onorevole Ministro, per altro grasso, usato in molta parte d'Italia: il burro. A questo proposito si levano ancora allarmi qualificati da tutte le parti, e c'è un grosso enigma che grava sul burro igienicamente commestibile. Fatti i conti da competenti specializzati si deve concludere che la chimica truffaldina supera ancora, in questo campo, la chimica ufficiale. Rimanderei ad una pubblicazione che affronta i problemi che crucciano i consumatori sull'argomento burro (non ne voglio fare il nome perchè ben conosciuta); il problema vi è stato affrontato con il dovuto animo. Come consiglio igienico-dietologico dovrei dire qui che, finchè si può, è meglio ricorrere all'olio di oliva e, per quei casi in cui occorre il grasso animale tipico, il burro, bisogna aprire bene gli occhi, previo consenso del medico. Onorevole Ministro, commetta all'Istituto superiore della sanità un'indagine *ab imis*, sulla scorta di quanto si denuncia da attendibili fonti, sul burro!

Per le carni, ho ricordato che ottimamente ella si è comportato, ripeto, a titolo monitorio. Ma altre voci sorgono da tutte le parti, in Italia ed all'estero. Si è pubblicata

ultimamente dai giornali una notizia strabiliante: un milione di chilogrammi di carne d'asino sono penetrati in Italia. Non si può seguire il cammino di questa massiccia importazione carnea. Il Ministero del commercio estero tace. Da parte di alcuni organi del Ministero della sanità mi si è comunicato che questa importazione è vietata; ma bisognerebbe risalire al cammino di queste tonnellate di carne d'asino sbarcate a Livorno e, pare, arrivate sino a Firenze. Ecco un tema di esercitazione per i suoi uffici dipendenti. Io non so se, fatti i conti, la carne d'asino, disossata, importata dal Venezuela possa costare meno della carne di vitello in Italia; ed allora penso che altre manipolazioni segrete siano da sospettare. E mi si è detto da alcune parti che taluni raffinati prodotti conservati ed inscatolati possono rinserrare carne asinina. Carne da non sprengersi, se denunciata, poichè Eliano — credo che questo voglia ricordarmi coi suoi gesti l'amico Pasqualicchio, studioso accurato anche della storia della medicina — lo scrittore dell'antica Roma, diceva essere uso di dare carne d'asino ai consunti. Però, come ho detto, questa carne giunge disossata in Italia: forse è da prevedersi una fase preparatoria per ulteriori manipolazioni truffaldine.

Ma lasciamo questa nota saporosa — e di che sapore! — e tocchiamo un altro argomento di attualità: quello costituito dal recente terremoto. Ci sono state polemiche sui giornali, sulle modalità di soccorso alle disgraziate popolazioni colpite, ed il problema si è presentato drammatico, se non tragico, subito dopo l'infierire del sisma che ha devastato i centri dell'Irpinia e del Benevento. Le denunce e le discussioni della stampa quotidiana mi hanno spinto dal lato tecnico ad occuparmi della questione. In effetti, anche in argomento di pronto soccorso nelle calamità pubbliche, si è fatta molta strada. La letteratura medica internazionale proprio quest'anno ci ha consegnato sul problema un notevole contributo di pubblicazioni. In Nord-America, ad esempio, in relazione forse alla psicosi dei possibili bombardamenti nucleari, si va specializzando una certa attività di studi di cautela per il caso,

ad esempio, di cedimenti di dighe, o più semplicemente per alluvioni, o più modestamente per incendi. Le autorità competenti hanno messo allo studio particolari disposizioni circa il ricovero dei senza-tetto, il rifornimento di acqua, viveri e medicinali. In Italia la difesa della popolazione civile per siffatte emergenze non è ancora preparata e studiata in modo adeguato da quegli organi della Sanità, che pure dovrebbero soprintendervi. Si ripetono gli stessi inconvenienti di incoordinazione per ogni nuovo disastro. Ma è debito di lealtà riconoscere che la Croce Rossa Italiana ha fatto il suo dovere. Questo affermo per chiarire certi dubbi affiorati da commenti non del tutto benevoli fatti in occasione del recente terremoto. Già nella notte susseguente al disastro i soccorsi della Croce Rossa, appena giunta agli uffici la notizia, furono avviati sul luogo, secondo la nobile tradizione del sodalizio: tende, viveri e medicinali furono fatti affluire da Roma e da Napoli. Un ospedale attendato fu organizzato al più presto, e cucine mobili furono impiantate dove necessario, e tuttora prestano benefica opera.

Dal punto di vista tecnico-specialistico, ci sarebbe da affacciare un dubbio: se il pronto soccorso alimentare sia stato rispondente alle ultime acquisizioni in argomento. Si sa oggi come in questo campo seri contributi abbiano portato gli studiosi nord-americani. La dottoressa Bush, che ha collaborato con la Croce Rossa americana nell'opera di soccorso per le popolazioni colpite dall'uragano chiamato « Carla », ha proposto misure che meritano ogni attenzione. Il Governo degli Stati Uniti ha pubblicato persino un opuscolo distribuito largamente ai cittadini.

In Italia si sorride o si ricorre agli esorcismi. Così accadde quando un deputato, nei primi anni del secolo, raccomandò la preparazione tempestiva, in tempo di calma, di soccorsi di riserva per eventuali calamità. Ma il problema sussiste in uno Stato ben ordinato e deve meritare la nostra attenzione.

Non si potrebbe, nella nuova organizzazione della Croce Rossa Italiana, provvedere, come è stato fatto negli Stati Uniti d'America con ottimi risultati pratici, studiare e

far preparare pacchi di soccorso da lanciarsi dagli elicotteri, con cibi adatti e già pronti per edibilità, contenuti in sacchetti standardizzati, con la necessaria quantità d'acqua e di calorie sufficienti per due-quattro settimane? Nei capitoli di bilancio del Ministero della sanità si potrebbero, a favore della Croce Rossa Italiana, iscrivere stanziamenti sul fondo, ad esempio, delle malattie infettive, dato che il pronto soccorso in occasione di siffatte calamità ha per principale obiettivo appunto la profilassi immediata per impedire lo sviluppo delle malattie infettive.

Onorevoli colleghi, il tempo concessomi non mi permette di indugiare ancora su tanti problemi profilati dal diligente relatore nella sua tanto commendevole fatica, svolta in un tempo particolarmente e climatologicamente imminente. Lamentiamo ancora la pochezza dello stanziamento globale per la Sanità; ancora valgono le doglianze del compianto collega Benedetti nella sua relazione di tre anni or sono. Egli chiedeva, si ricordi, a gran voce, 28 miliardi di supplemento al bilancio.

Onorevoli colleghi, noi ci asterremo dal voto su questo bilancio, ma a malincuore, se teniamo conto del nuovo corso, del nuovo animo col quale si affrontano determinati problemi. Date al Ministro i mezzi e gli uomini per mettere in azione i meccanismi necessari, diciamo noi; e vorremmo votare davvero a favore. Ma forse lo aiutiamo così il signor Ministro, nel reclamare in questo singolar modo gli aiuti, perchè la sua opera si possa dispiegare nel miglior modo possibile. Ci compenetriamo, onorevole Ministro, delle difficoltà che ella incontra, e vorremmo che i nostri suggerimenti, privi per certo di acrimonia, valessero ai fini di ispirare rinnovata energia e cospirante nuova concordia in tutti i funzionari che la coadiuvano, alcuni dei quali, con loro sacrificio, si sono messi rapidamente al passo dei progressi della scienza. Bisogna spronarli e aiutarli, cotesti funzionari, e bisogna utilizzare meglio gli ispettori generali, chiamati sempre più a spiegare la loro opera con l'aumento dei compiti di tutela e controllo che si sono venuti accumulando con il progresso della scienza e della tecnica e il complicarsi, ho

detto e ripetuto, della vita associata anche in materia di igiene e sanità.

Se la desiderabile concentrazione dei servizi di carattere sanitario sparsi nei diversi Ministeri si verificherà, come si dovrà verificare, spetterà ad un corpo agguerrito di ispettori generali il dimostrare che la misura è ormai da prendere senza indugio. Potrebbe certo, all'uopo, il Ministro della sanità, previ i necessari contatti col Ministro della riforma burocratica, stabilire le categorie di questi ispettori e procedere — come si è fatto per altri Dicasteri, specializzandosi le funzioni — e procedere fin d'ora, dico, a una classificazione *ad hoc* per la Sanità di alcuni ispettori generali prevedendo le categorie di ispettori generali capi o superiori.

Concludo. Noi attendiamo con fiducia, signor Ministro, che il Ministero della sanità faccia le sue prove munito di acconci mezzi e delle necessarie potestà coordinatrici; e non verrà meno la nostra collaborazione tecnica ove possa valere a qualche cosa. Intanto le riconosciamo lealmente la buona volontà corroborata dal tecnicismo acquisito nel passaggio attraverso altri Ministeri.

Ella può dimostrare in questo Ministero della sanità, cui presiede oggi abbastanza sereno anzi per nulla sgomento, quanto possa la buona volontà che rafforza l'animo adeguato in una funzione primaria di governo, quella della difesa del potenziale umano della Nazione, ove sorretta da mezzi necessari. Per la tutela fisica anzitutto dei cittadini lavoratori, cui si deve per tanta parte il cosiddetto miracolo economico, e anche per attuare nel miglior modo quell'impegno d'onore che abbiamo col Paese circa i vari e vitali articoli della nostra Costituzione che toccano la sanità, formuliamo i nostri coerenti e responsabili auguri. (*Vivi applausi dalla sinistra*).

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

L O R E N Z I . Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole Ministro, la relazione dell'illustre senatore Bonadies sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1° lu-

glio 1962 - 30 giugno 1963, pregevole e completa sotto molti punti di vista, mi potrebbe dispensare dal prendere la parola se non fosse per chiarire alcuni punti che mi sembrano nel momento attuale di importanza particolare. Il primo punto riguarda i tumori. Ne ha parlato in quest'Aula lo scorso anno l'eminente collega senatore Monaldi, con quella competenza che gli è propria, derivantegli da una vita destinata totalmente allo studio. La lotta contro i tumori maligni, che noi comprendiamo sotto la denominazione comune di « cancro », impegna tutta l'attenzione dei sociologi e dei medici, perchè la malattia ormai ha assunto proporzioni enormi e le difficoltà, e purtroppo spesso l'impossibilità, di una cura proficua incombono sul destino dei malati e costituiscono una tremenda preoccupazione per la popolazione. L'alta mortalità in questo campo e il più largo aumento constatato negli ultimi anni giustificano pienamente l'allarme e la grave preoccupazione. Seguendo le cifre elaborate dall'Istituto centrale di statistica si hanno in Italia nel 1960, su un totale di 480 mila morti, 73 mila decessi per tumori maligni. Questi ultimi, quindi, incidono sulla mortalità complessiva della popolazione italiana con una percentuale che va oltre il 15 per cento. Il chiarissimo professor Ceccarelli dell'Università di Padova scrive: « Senza tema di smentita si può asserire che in tutti i Paesi di Europa e di America la diffusione e la mortalità del cancro ha superato di molto quella della tubercolosi in genere e della tubercolosi polmonare in specie, localizzazione quest'ultima fino a pochi anni or sono temutissima, cosicchè attualmente possiamo affermare che il cancro rappresenta il nemico numero due della nostra salute, superato di poco soltanto dalle malattie cardiovascolari ».

È interessante, a questo proposito, constatare come in Italia i morti per tubercolosi sono scesi da 1.700 per un milione di abitanti nel 1901 a meno di 200 nel 1957, mentre il cancro nello stesso periodo è triplicato essendo passato dal numero di 500 nel 1901 per un milione di abitanti a 1.400 nel 1957, salendo così dal settimo posto tra le cause di morte al secondo, mentre la tu-

bercolosi è scesa dal secondo posto all'ottavo.

Si potrebbe obiettare che le cifre indicate non tengono conto dell'incremento della popolazione, ma un indice molto significativo che chiarisce in pieno la posizione che stiamo illustrando è l'indice di mortalità per 100 mila abitanti. Essa passa da 52 casi di morte per 100 mila abitanti nel 1901 a 133 nel 1958.

Se così stanno le cose, il problema diagnostico è problema di fondo, essendo la sua soluzione il mezzo per entrare nel campo della terapia. Si deve abbandonare il concetto tuttora profondamente radicato nel popolo che di fronte ad una diagnosi di tumore maligno non ci sia più nulla da fare; si deve invece insistere che con la diagnosi precoce, presa globalmente nelle sue varie sedi e manifestazioni, il tumore maligno è suscettibile di guarigione, con i mezzi terapeutici messi a disposizione dall'odierna medicina, in una percentuale piuttosto elevata, contrariamente a quanto ordinariamente si presuppone, naturalmente quando questi mezzi siano impiegati adeguatamente e tempestivamente in una fattiva collaborazione di tutte le forze curative.

Tale fattiva collaborazione diventa imperiosa quando le cure, non riuscendo a debellare il male completamente, purtroppo ancora in una percentuale rilevante, richiedono una continua assistenza e sorveglianza specialistica per assicurare una sopravvivenza meno dolorosa. Ecco perchè io non posso che plaudire a quanto saggiamente ha scritto il relatore. È evidente la necessità che anche nella terapia dei tumori sorga un'organizzazione specialistica capace di offrire il massimo di rendimento specie nel campo dello studio della diagnosi precoce e nel campo della terapia chirurgica, medica e fisioterapica dei tumori. Il cancro — diceva nella sua precisa esposizione il senatore Monaldi — è il flagello dell'umanità di oggi e lo può diventare ancor più domani per i nostri figli, per i nostri nepoti. Il Governo deve assolutamente intervenire per disporre una rete di servizi adattati allo scopo, che non possono assolutamente esser compresi nelle cifre indicate dal bilancio attuale. Bi-

sogna muoversi, bisogna aver fede nella scienza e nella capacità organizzativa della classe sanitaria. È una battaglia che deve esser vinta, e che sarà sicuramente coronata dalla vittoria.

E, per portare una nota regionalistica, io mi auguro vivamente che, accanto al grande complesso universitario clinico e ospedaliero del Veneto che va sorgendo con immensi sacrifici a Padova, possa sorgere anche un grande istituto per lo studio e la cura del cancro a carattere regionale, completamente indispensabile in una regione ove i morti per il cancro raggiungono, triste primato, una delle più alte percentuali in Italia, il 17 per cento.

Un altro punto sul quale desideravo intrattenermi è l'istituzione dei servizi di medicina del lavoro. La Commissione della Comunità economica europea ha adottato il 20 luglio 1962, conformemente all'articolo 156 del Trattato della CEE, una raccomandazione il cui principale obiettivo è l'istituzione obbligatoria dei servizi di medicina del lavoro nelle imprese. L'evoluzione delle tecniche moderne in tutti i campi, in quanto comporta generalmente nuovi pericoli per la salute dei lavoratori, deve essere accompagnata da uno sviluppo parallelo e sempre più vasto della medicina del lavoro, sia nel suo aspetto puramente scientifico che nelle sue applicazioni pratiche per la protezione dei lavoratori. La raccomandazione tratta appunto dell'applicazione della medicina del lavoro.

Nei Paesi della Comunità europea la situazione della medicina del lavoro nell'impresa è caratterizzata da una notevole diversità sia dei regimi giuridici che delle situazioni di fatto. Si è potuto osservare che la maggiore densità dei servizi di medicina del lavoro ed il numero più elevato di medici specializzati in questo campo si riscontrano nei Paesi ove la legislazione li rende obbligatori. Lo scopo che si vuol raggiungere è che tutti i lavoratori, senza eccezione, possano beneficiare al più presto dei servizi della medicina del lavoro. Ogni impresa, a seconda della sua importanza, deve disporre di un proprio servizio di medicina del lavoro o semplicemente partecipare a un comune servizio tra imprese regionali o professionali.

È ovvio, tuttavia, che l'istituzione obbligatoria di tali servizi può avvenire solo gradualmente.

Si è quindi previsto un sistema di priorità, determinato dal numero dei dipendenti delle imprese, oppure dai rischi speciali ai quali sono esposti i lavoratori di alcune aziende.

Il principale ostacolo alla realizzazione integrale del programma è il numero insufficiente dei medici del lavoro disponibili.

Nella raccomandazione viene pertanto chiesto di aumentare il numero delle cattedre e degli istituti specializzati a livello universitario, in grado di effettuare richieste scientifiche ed insegnare la medicina del lavoro, sia per dare ai medici un minimo di conoscenze in materia di medicina del lavoro, sia per permettere a coloro che desiderano dedicarsi di ottenere il certificato o diploma che sarà in futuro obbligatorio per poter essere medico di fabbrica.

Vorrei a questo proposito ricordare un fatto che ha ottenuto una larga eco sulla stampa; trattasi della situazione igienico-sanitaria industriale del gruppo aziendale di Vigevano, sul quale io ho assunto precise informazioni. A Vigevano nella primavera scorsa si sono avuti casi di intossicazioni acute gravi che hanno portato a morte operai lavoratori in stabilimenti di calzature adibiti all'incollaggio delle suole.

In questi casi il rischio di intossicazione con idrocarburi aromatici (benzolo, toluolo, eccetera) dev'essere rapportato al peso globale di collanti usati giornalmente; nel caso specifico di Vigevano essi raggiungono una quantità piuttosto notevole (da 50 a 75 quintali al giorno).

Evidentemente il rischio globale raggiunge un peso notevole se si pensa che circa il 20 per cento del peso del collante (circa 10-15 quintali) è dato dai solventi che evaporano durante le operazioni di incollaggio.

È intuitivo che in questo caso, come in casi analoghi, si dovrebbe avere una conoscenza perfetta del ciclo lavorativo e dei pericoli che l'operaio va assumendo nella esplicazione della sua opera.

Dobbiamo dire che la legge è carente in materia e le poche circolari toccano problemi singoli senza un coordinamento ade-

guato, e che la stessa organizzazione dell'E.N.P.I. (Ente nazionale prevenzione infortuni), pur esplicando un lavoro encomiabile sotto molti punti di vista, non ha raggiunto ancora l'efficienza auspicata.

Dovrei anche aggiungere che il personale sanitario non sempre è particolarmente competente in materia

Come vede, signor Ministro, anche in questo campo bisogna adeguarsi al progresso dei tempi. Le scarpe, per restare nel campo specifico, ieri venivano cucite od inchiodate; oggi si stanno introducendo metodi nuovi e nuove attività che devono essere controllate per la sicurezza dei lavoratori, così come indica la Commissione della Comunità economica europea.

Passiamo all'ultimo punto: nel mese di luglio ultimo scorso ella, signor Ministro, ricorderà che è stata presentata a nome del collega senatore Moro e del sottoscritto una interrogazione (vedi resoconto sommario n. 590 del 25 luglio 1962), riguardante la situazione in cui vengono a trovarsi i pubblici ospedali in relazione alla nota vertenza con l'I.N.A.M. e con gli altri Istituti mutualistici in merito al riconoscimento delle rette di degenza nella misura di legge e al conseguente pagamento delle rette stesse in misura integrale. Tale interrogazione recita esattamente così: « Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e dell'interno, per conoscere quali urgenti provvedimenti intendano adottare per affrontare e risolvere finalmente l'annosa e grave questione insorta fra gli Istituti mutualistici ed assicurativi e i pubblici ospedali, a causa del mancato riconoscimento delle rette ospedaliere.

« Come è noto, il 75 per cento di tutti i ricoveri ospedaliari è ormai a carico degli Istituti mutualistici e si comprende pertanto come il sistematico mancato riconoscimento da parte di questi Istituti delle rette ospedaliere — rette peraltro autorizzate, a norma di legge, dall'autorità tutoria, nella stretta misura del corrispettivo dei costi dell'assistenza — sottragga agli ospedali la disponibilità di mezzi finanziari, per importi ingenti assolutamente indispensabili al pareggio dei loro bilanci di gestione.

« In particolare, essendo stati contestati gli aumenti delle rette successive al 1959, resi del resto necessari dal generale e ben documentato incremento del costo dei servizi, del vitto, dei medicinali, nonché dalle esigenze dell'incessante progresso dei nuovi ritrovati e delle nuove tecniche terapeutiche, agli ospedali sono corrisposte attualmente dagli Istituti mutualistici in genere e dall'I.N.A.M. in specie, rette, per ogni giornata di degenza, dalle 400 alle 1200 lire, inferiori alle rette debitamente approvate e che gli ospedali sono legittimati ad applicare. La differenza, come si vede, è sufficiente a mettere in crisi qualsiasi bilancio ospedaliero. Gli ospedali pubblici sono pertanto costretti a ricorrere per la necessaria copertura — a molti, molti miliardi di lire si valutano i crediti così congelati — a onerosissime operazioni bancarie che determinano, per l'incidenza degli interessi passivi, ulteriori aumenti delle rette e in definitiva un sensibile danno agli stessi Istituti mutualistici.

« In particolare, la resistenza dell'I.N.A.M. a riconoscere le rette ha costretto gli ospedali a intentare centinaia di cause giudiziarie nelle quali il predetto Istituto è sempre rimasto soccombente in primo e in secondo grado. Ciò nonostante, nessuna soddisfacente sistemazione della questione è stata raggiunta ed il Paese assiste da circa sette anni allo spettacolo veramente sconcertante di una lotta assurda e irragionevole tra due gruppi di enti pubblici altamente benemeriti (ospedali e Istituti mutualistici) i quali debbono essere invece uniti da rapporti di intima collaborazione.

« Anche sotto questo profilo sembra indilazionabile un intervento della Presidenza del Consiglio, affinché, indipendentemente dal futuro riassetto legislativo della materia, gli enti mutualistici ed assicurativi siano richiamati ad un pronto rispetto delle leggi che regolano l'assistenza sanitaria ospedaliere

« Occorre infine tener presente che il perdurare dell'attuale situazione rende ogni giorno più grave e insostenibile la crisi degli ospedali italiani; crisi ben nota e ampiamente denunciata dagli stessi enti interessati, dal Parlamento, dalla stampa e da Congressi altamente qualificati ».

È stata richiesta risposta scritta. Il sottoscritto, senza nessun altro commento, dovrebbe attendere la risposta e nell'eventualità dichiararsi più o meno soddisfatto.

Ma l'interrogazione ha avuto un seguito. È stato nei giorni scorsi inviato al Ministero della sanità e al Ministro del lavoro e della previdenza sociale un esposto a cura degli enti mutualistici, ed è solamente per precisare alcuni punti dell'interrogazione e per fissare alcuni dati che io intendo chiarire ulteriormente le ragioni che mi hanno spinto a firmare l'interrogazione in parola.

Lei, signor Ministro, conosce quali siano le difficoltà economiche finanziarie degli ospedali in tutto il territorio nazionale. Certo la più grossa, la più importante è data dal mancato riconoscimento da parte degli enti mutualistici assistenziali delle rette minime deliberate dai consigli di amministrazione, e che, dopo l'approvazione del Consiglio provinciale di sanità e degli organi di tutela, diventano obbligatorie.

Le leggi attuali attribuiscono infatti ai Comitati provinciali di assistenza e beneficenza e alle Autorità provinciali il controllo di legittimità e di merito delle rette ospedaliere alle quali le Amministrazioni ospedaliere debbono documentare sulla base dei bilanci consuntivi il costo dei servizi per poter ottenere ogni eventuale aumento.

Ora è veramente strano che, dopo l'approvazione dell'autorità tutoria, le rette diventano obbligatorie per i Comuni generalmente e notoriamente dissestati e non lo diventano per i vari enti mutualistici. È detto nell'interrogazione che l'Autorità giudiziaria ha ripetutamente, in primo ed in secondo grado, in centinaia di cause giudiziarie, confermato il principio dell'obbligatorietà del rispetto delle rette ospedaliere per tutti gli enti che si avvalgono dei servizi dell'ospedale.

Ho qui i dati riguardanti i crediti relativi ai conti di spedalità dell'ospedale di Padova maturati a tutto il 30 giugno 1962 e spediti nel luglio successivo; essi ammontano a 958.363.769, dei quali una minima parte è in sospeso per conto dello Stato e dei Comuni (circa 60 milioni). (*Interruzione dell'onorevole Ministro della sanità*) Crediti, questi

ultimi, del resto non contestati, certi, sui quali le Amministrazioni ospedaliere possono sempre contare, mentre gli enti mutualistici hanno un debito di 900 milioni dei quali vengono contestati 368 milioni per differenza di retta. In queste condizioni si trovano quasi tutti gli ospedali italiani.

Non starò qui a contestare punto per punto quanto si dice nell'esposto che ho sopra indicato. Dirò solo che esso è confuso e contraddittorio. Voglio notare infatti che le rette ospedaliere nel territorio del MEC raggiungono cifre doppie di quelle praticate in Italia, e che nel nostro Paese molti ospedali, sotto la minaccia, a volte larvata, altre volte palese, della esclusione dall'invio di malati dagli enti in parola, scendono a compromessi tali che si riflettono automaticamente sui malati.

Gli ospedali presentano sicuramente delle deficienze, ma fra le cause di esse forse la più grave risale a questa caotica situazione economica dipendente dai rapporti fra ospedali ed enti mutualistici. Come debitori gli enti mutualistici non possono pretendere di controllare i loro creditori, i quali agiscono non da privati ma nell'ambito della legge e del controllo delle autorità di Governo.

Si vari al più presto possibile la nuova legge che disciplina gli aspetti giuridici, normativi, funzionali degli ospedali. Si predisponga un piano di finanziamento per potenziare la recettività ospedaliera nazionale; si coordini l'attività degli ospedali e degli enti mutualistici nell'ambito naturale, che dovrebbe essere rappresentato dal Ministero della sanità. Si invitino anche gli enti mutualistici ad impostare una politica sanitaria più aderente alle vere e proprie necessità dell'ammalato. Constatiamo ogni giorno l'eccessivo numero delle spedalizzazioni che non trovano giustificazione in veri e propri motivi sanitari.

Gli enti devono trovare accorgimenti per limitare l'invio di malati in ospedale. Potranno giungere a tale limitazione qualificando i propri servizi diagnostici e incrementando l'assistenza domiciliare.

In altri termini l'economia la si faccia nell'organizzazione mutualistica e non a sca-

pito delle rette ospedaliere. (*Interruzione del senatore Grava*).

Senatore Grava, lei difende, naturalmente, gli interessi degli enti mutualistici, poiché è Presidente della 10ª Commissione; ma ad ogni modo tenga presente quello che sto dicendo; le potrò dare, a parte, ulteriori indicazioni.

Mi auguro che quel coordinamento, o, meglio, accentramento dei problemi sanitari nel Ministero della sanità, che noi abbiamo sempre sostenuto ed auspicato, porti anche in questo settore quei frutti che noi tutti attendiamo. (*Vivi applausi dal centro. Congratulazioni*).

Presidenza del Vice Presidente CESCHI

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

PASQUALICCHIO. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, ormai siamo alla fine della III legislatura; perciò questo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per lo esercizio finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963 è il suo ultimo bilancio preventivo della spesa.

Esso ci viene presentato perchè venga discusso ed approvato. Discuterlo? E su che cosa discuterlo? Sul suo contenuto, che è ben misera cosa, di fronte all'igiene e sanità nazionale? Sulle sue innovazioni? E quali? Nessuna. E invece è canone logico che una discussione viva, critica e produttiva si inizi e si sviluppi, quando l'oggetto da trattare non solo sia visto ed analizzato da differenti punti di vista, ma non si ripeta, non sia una ripresentazione di un precedente, altrimenti non si può non avere una ripetizione monotona, anche se con qualche variazione oratoria, della sua passata discussione. Ciò finisce con lo stancare coloro che si sono assunti il compito di illustrare e discutere l'oggetto in esame, anzi in riesame, ed annoiare coloro che ascoltano.

Perciò anche la necessità di una discussione pone una grande esigenza, anzi fa sua l'esigenza continuamente posta fin dall'inizio della presente legislatura. Questa III legislatura della Repubblica democratica fondata sul lavoro, al suo inizio, è stata guardata con ansia ed amore dal popolo italiano,

che la credeva capace di produrre, attraverso la sua opera legislativa solerte e feconda, grandi trasformazioni non solo nella struttura economico-sociale, ma anche nell'organizzazione di importanti servizi sociali. Certo non ci è possibile fare qui una analisi generale dell'attività politica svolta dalla classe dominante e dal suo Governo, ma anche un esame limitato ad una branca d'attività può mettere in evidenza, attraverso la particolarità, il quadro generale. Perciò noi riteniamo nostro dovere vincere la nostra stanchezza e affrontare il lavoro con pacata decisione e documentazione. Siamo anche sicuri che non sia necessaria una rassegna completa di tutti gli argomenti trattati nella relazione del collega Bonadies, ed elencati amministrativamente nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, ma che sia sufficiente una denuncia generale e l'illustrazione di un singolo fatto, l'analisi di un particolare problema, per avere una rappresentazione esatta della situazione del Ministero della sanità e della sua attività. E la mia esposizione, come si vedrà in seguito, seguirà questo metodo.

Ma prima di trattare questo argomento particolare, è opportuno rivolgere il nostro sguardo e la nostra attenzione, per un momento, all'attività sanitaria che la presente legislatura ha espletato, senza risultati terapeutici salutari, dal suo inizio alla sua fine.

Onorevoli senatori e onorevole Ministro, prima di discutere il bilancio preventivo 1962-63 per il Ministero della sanità, analiz-

ziamo insieme il bilancio dell'attività svolta in questi cinque anni dal Ministero della sanità stesso. Se cominciamo il nostro esame dalla consistenza finanziaria dei vari bilanci annuali, abbiamo questo quadro. Al tempo dell'A.C.I.S., avevamo una spesa preventiva di circa 42 miliardi; nel bilancio 1959-60 avevamo 43 miliardi e 882 milioni; per il bilancio 1960-61 50 miliardi e 990 milioni; per il bilancio 1961-62 52 miliardi e 692 milioni; per il bilancio 1962-63 56 miliardi e 952 milioni. Il confronto analitico dei vari bilanci ci indica un lieve aumento annuale del successivo rispetto a quello precedente, raggiungendosi una variazione globale in più sul bilancio dell'A.C.I.S. di 15 miliardi, i quali sono stati nella maggior parte assorbiti: 1) dalle spese di carattere generale riguardanti il personale e i servizi vari per circa 2 miliardi; 2) dalle spese dell'Istituto superiore della Sanità per un miliardo e mezzo; 3) dalle spese per assegnazioni ad Enti vigilati per 4 miliardi e 125 milioni; 4) dalle spese per igiene pubblica e ospedali per 3 miliardi e 685 milioni; 5) dalle spese per le malattie sociali per 1 miliardo e 969 milioni; in totale 12 miliardi e 988 milioni, cioè circa 13 miliardi. Sicchè i vari incrementi sono stati assorbiti semplicemente da queste voci, che non hanno subito nessuna variazione nella loro struttura e nelle loro funzioni.

Questo è il quadro generale dei mezzi finanziari messi a disposizione del Ministero della sanità. Ora, onorevole Ministro e onorevoli senatori, confrontate i 56 miliardi del presente bilancio con la spesa sanitario-igienica nazionale, che si aggira sui 1.200 miliardi, ed avrete presente l'estrema contraddizione che vi è fra le attribuzioni del Ministero della sanità e la sua reale attività operativa. E se a questi evanescenti mezzi finanziari aggiungiamo la dispersione dei servizi sanitari, che sono rimasti nella stessa costituzione, organizzazione e funzione di prima dell'entrata in vigore della legge 13 marzo 1958, n. 296, non potremo meravigliarci se riscontriamo che il Ministro della sanità non ha quasi nessun potere, nè finanziario nè giurisdizionale, ma ha solo un lieve e generico potere di vigilanza.

Ciò conduce a un'altra grave contraddizione reale fra mezzi di potere e responsabilità pubblica, per cui il Ministro della sanità diventa il bersaglio di tutti i risentimenti e di tutti gli attacchi i cui motivi si devono trovare proprio in quella contraddizione. Il Ministero viene investito dall'opinione pubblica, alle volte esasperata da una pubblicistica interessata ed anche scandalistica, dalla critica scientifica, e infine dalla critica politica. Interrogazioni e interpellanze parlamentari, disegni di legge a contenuto parziale e generale si presentano a getto continuo, ma nessun risultato positivo si ottiene.

Onorevole Ministro, l'anno scorso il vostro predecessore subì un attacco violento, seppure in forma cortese, nei due rami del Parlamento, da parte di tutti gli oratori, prescindendo da ogni aspetto ideologico e politico. Siccome voi non eravate alla direzione del Ministero della sanità, sintetizzare la discussione tenuta nel giugno dell'anno scorso, riferendo alcuni brani dei discorsi pronunciati in quest'Aula, potrà dare una rappresentazione, approssimativa ma chiara, dell'impotenza sociale ed amministrativa del Ministero della sanità. Ecco la documentazione parlamentare. Il senatore Lorenzi, che anche quest'anno ha preceduto il mio intervento, lapidariamente, con queste parole mise in evidenza non dico l'incapacità personale, ma l'incapacità funzionale di struttura del Ministero: « È irrazionale e del tutto improduttivo andare innanzi senza una linea, senza un programma ». Il senatore Monaldi, dopo aver esordito dicendo: « per motivi facilmente comprensibili, mi asterrò da qualsiasi giudizio sulle attuali direttive di politica sanitaria », pure svolgendo il suo intervento quasi unicamente sul problema dei tumori, riferendosi all'esistente organizzazione per lo studio, la ricerca e la terapia dei tumori, non potè fare a meno di osservare che: « Le linee di questa organizzazione sono tanto meschine di fronte all'ampiezza, alla complessità e alla dannosità del problema da gettare l'osservatore in un angosciato stupore ». Il collega Samek Lodovici, riferendosi al problema della politica sanitaria integrale del bestiame, branca importante della produzione

agricola, non potè fare a meno di rivolgersi pacatamente con queste parole al Ministro della sanità: « Onorevole Ministro, che cosa ha fatto fin oggi il Ministero della sanità? Con questo bilancio non si potrà fare nulla. Sono indispensabili leggi nuove, le leggi attuali essendo insufficienti ». Il senatore D'Albora, ricordando che in molti Paesi del mondo l'educazione fisica e lo sport sono affidati al Ministero della sanità (e non bisogna trascurare il fatto che è questo anche il Ministero dell'igiene), citando alcuni Paesi esteri, e tra di essi l'Unione Sovietica, che sono solerti nell'organizzare e nello sviluppare questa organizzazione per l'educazione fisica, pronunciò queste parole: « Cosa ha fatto il Ministero in questo campo? Credo nulla, anzi ha lasciato che la Federazione dei medici sportivi sia retta da un ragioniere », e concluse riconoscendo che è tempo che la confusione e la dispersione dei poteri per tutto quanto risponde alla sanità pubblica abbia a cessare.

Il collega Tibaldi, esaminando il problema degli ospedali, così ebbe ad esprimersi: « Non è compito gradito parlare in questa Assemblea di questo argomento in quanto necessariamente dovrò qui ripetere le stesse cose dette nella prima legislatura e ridette nella seconda, presenti gli Alti Commissari della sanità e poi i Ministri che si sono succeduti. È un argomento posto sul tappeto da tempo e che, come gli altri problemi insoluti, appesantisce la nostra vita nazionale ». E a parte i senatori Alberti e Macaggi (che facevano parte dell'opposizione), simili lagnanze furono fatte anche da tutti gli altri colleghi intervenuti. Persino il consueto enfatico apologeta tradizionale dell'opera del Governo e del Ministero della sanità, il senatore Di Grazia, non mancava di rilevare che: « Certamente le ristrettezze economiche — forse voleva dire: le ristrettezze finanziarie, perchè i problemi economici sono un po' differenti da quelli strettamente finanziari — del bilancio non consentono al Ministero della sanità una più ampia ed adeguata organizzazione ed espansione dei servizi sanitari e convengo con il relatore che l'aumento di 1693 milioni in rapporto al bilancio precedente è ben poca cosa di fronte ai gravi compiti che si prospettano al Ministero ».

Il compianto senatore Benedetti con poche parole obiettivamente dichiarò: « Gli interventi avvenuti finora sono legittimamente orientati verso una critica costruttiva, che non è diretta al Ministro, ma al Governo, il quale deve arrivare finalmente a comprendere che non si va a nozze con i fichi secchi ».

Il senatore Lombardi, dopo una serrata critica alle deficienze del Ministero, concludeva il suo intervento proponendo una Commissione di inchiesta parlamentare con queste parole: « Vi prego di consentirmi di suggerire al Governo di fare un'indagine approfondita, esauriente, globale e non settoriale sullo stato attuale dell'igiene e dell'assistenza sanitaria in Italia ». E il collega Criscuoli, che fu l'anno scorso il relatore sul bilancio del Ministero della sanità, a conclusione del dibattito, ebbe a dire queste parole: « Io ho veramente ragione di ringraziare gli onorevoli senatori Lorenzi ed altri, che, attraverso una critica costruttiva e pur sempre obiettiva e cortese, prescindendo da posizioni politiche e con argomenti dotti e brillanti, hanno tanto bene completato, sviluppato e migliorato la mia esposizione ».

Onorevoli colleghi, dopo questa unisona condanna dell'organizzazione e della esigua consistenza finanziaria del Ministero della sanità, fondamenti da cui deriva anche la sua quasi inesistente attività sociale e sanitaria, è evidente dove sta il difetto originale. Esso sta, ripetiamolo, nella mancanza di potere, e specialmente di quello finanziario. È questo che conduce poi in massima parte alla mancanza di potere amministrativo, per cui si produce un'inversione, nel senso che il potere viene ad essere esercitato effettivamente dalle varie e disperse organizzazioni sanitarie ed assistenziali pubbliche e private e da potenti monopoli produttivi il cui interesse è in contrasto con quello sociale.

Onorevole Ministro, la concretezza dell'oggetto in discussione, l'igiene e la sanità del popolo italiano, è un complesso di fenomeni, di fatti connessi e interdipendenti. Perciò basta anche un solo argomento, un solo fenomeno, rappresentato logicamente, a mettere bene in evidenza tutte le deficienze della nostra organizzazione sanitaria in tutti i

suoi aspetti. Io voglio illustrarlo a conclusione del mio intervento, ricordando alcuni fatti prodottisi nel campo della medicina. mi riferisco in particolare ai mezzi medicamentosi che servono a curare e ad alleviare le sofferenze umane. Giace presso di voi una mia interrogazione al riguardo, a cui non è stata data nessuna risposta. Essa è stata presentata il 18 giugno di quest'anno ed è del seguente tenore: « Al Ministro della sanità, per sapere se sono a sua conoscenza le recenti dichiarazioni scientifiche, pubblicate dalla stampa quotidiana e comunicate anche dalla televisione, sulla malformazione congenita, che va sotto il nome di "focomelia", riscontrata in breve tempo (dal 7 aprile al 16 maggio) in cinque neonati dal professor Guassardo nella clinica pediatrica di Torino. Poichè alcuni casi di "focomelia" sono stati imputati all'azione farmacodinamica di tranquillanti a base di "imide dell'acido N. ftalilglutammico", ingeriti dalle donne gestanti, chiede di conoscere quali accertamenti sono stati effettuati, e quali provvedimenti sono stati adottati presso le farmacie per la discriminazione nella loro vendita al pubblico ».

Onorevoli senatori, il mondo è agitato, inquieto, pieno di paure e di ansie, perciò domanda sempre più perfetti prodotti farmaceutici tranquillanti. La domanda provoca la ricerca e la produzione, i cui agenti si propongono di conseguire lautissimi profitti. Niente di strano! Ci troviamo in una economia di mercato! E poi si cerca di dare la tranquillità, il sonno e quindi il ristoro a tante fragili ed eccitate creature. Benedetti benefattori, questi produttori! Ma quasi improvvisamente un allarme si diffonde nel pubblico, non solo italiano, ma mondiale. Un eccessivo incremento di prodotti umani teratologici, di neonati mostruosi, viene denunciato dai giornali, dai telegiornali, ma prima di questi da congressi di scienziati clinici, che rimangono obliati. La manifestazione teratologica è denominata focomelia (arti come le foche): ossia le estremità degli arti, mani e piedi sono fissate al tronco, perciò con assenza o marcata riduzione del braccio e avambraccio, e della gamba e della coscia. Alle volte si nota la mancanza completa degli arti (amelia).

Fino ad alcuni anni fa tali malformazioni congenite erano rare. Io nel lungo tempo di esercizio professionale di medico-ostetrico non ne ho riscontrato nessun caso, mentre ho osservato numerosi casi di anancefalia e di spina bifida. Ora per noi italiani la segnalazione di cinque casi osservati nello spazio di un mese a Torino, fatta dai professori Gomirato, Sandrucci e Ceppellini, suscita paure e provoca l'indagine per l'accertamento della causa, che in verità all'estero era stata già da due anni ricercata e addebitata a un farmaco tranquillante somministrato alle donne gestanti durante i primi due mesi di gravidanza. L'agente causale di tali malformazioni congenite, che hanno provocato drammatici e tragici fatti, è ormai identificato nella talidomide. Cos'è la talidomide? È un'imide dell'acido N-ftalilglutammico, ossia è una combinazione chimica, prodotta nei laboratori di ricerca scientifica di una fabbrica di medicinali della Germania.

Vi risparmio di rappresentare a voi la combinazione: si tratta di una combinazione quaternaria nella quale vi è l'ossigeno, l'idrogeno, il carbonio e l'azoto, e in cui il contenuto è principalmente dato dall'acido glutammico, che, come sapete, si ritrova in tutte le proteine e quindi nelle sostanze viventi; ma questo acido glutammico, in questa particolare combinazione, dà un effetto tranquillante, producendo i danni di cui ci siamo lamentati. La rivelazione ha cominciato a farsi strada a Kassel, in Germania occidentale (è bene tener presente che nessun caso è stato segnalato nella Germania orientale), al Congresso di pediatria, dove i dottori Kosenov e Pfeifer presentarono due casi di focomelia associata a stenosi duodenale e assenza di cistifellea. Ciò era constatato nell'ottobre del 1960.

Era un quadro patologico che nessuno degli illustri pediatri presenti aveva mai osservato. Ma questa curiosità patologica rimase un problema che fu ripreso l'anno seguente (18 novembre 1961) a un altro congresso di pediatria, e scientificamente discusso e indagato.

Si riscontrò un aumento spaventoso, quasi di tipo epidemico, di neonati mostruosi focomelici, a partire dal 1959. Infatti il pro-

ffessor Lenz in una intervista a una rivista medica (« Tempo Medico ») afferma che: « a partire dal 1959, nella Germania occidentale, vi è stato un indubbio aumento di malformazioni congenite. Si tratta della cosiddetta focomelia ».

Una statistica desunta dal registro eugenico del professor Von Verschner, di Monaco di Baviera, ci dà questi dati per il periodo 1949-1956: 3 casi dismelici su 301.937 nascite (uno per centomila). I dati forniti dal professor Lenz per la regione di Amburgo ci indicano due casi su 212.000 nascite negli ospedali ostetrici, dal 1930 al 1958 (uno per centomila), mentre ci danno 27 casi su 15.776 nascite nel periodo 1960-61 (180 per centomila).

Inoltre, secondo gli autori tedeschi, in alcune cittadine tedesche si sono osservate percentuali fino all'1 per cento (aumento di mille volte). In conclusione si calcola che in Germania occidentale in due anni siano nati almeno 5.000 bambini focomelici.

In questo congresso di pediatri tedeschi, tenuto a Dusseldorf il 18 novembre 1961, il professore Lenz, ordinario di genetica umana all'università di Amburgo, ha riconosciuto che la talidomide è l'agente etiologico specifico di queste malformazioni focomeliche. Nella stessa intervista, sopra accennata, il professor Lenz fa queste importanti osservazioni: « In 22 diverse statistiche, l'anamnesi retrospettiva ha potuto comprovare l'uso della talidomide da parte della madre in almeno il 50 per cento dei casi: risultati di questo tipo, oltrechè in Germania, sono stati ottenuti anche in Australia, Austria, Brasile, Canada, Danimarca, Gran Bretagna, Italia, Olanda, Svezia, Svizzera e Africa Occidentale. Negli Stati Uniti, ove la talidomide non è mai stata messa in commercio, sono stati segnalati solo 4 casi di focomelia. Orbene, tutte e quattro le madri avevano acquistato un tubetto di talidomide durante le loro vacanze in Europa ». Come è stretto il rapporto fra causa ed effetto! Nessun caso di focomelia, gli unici quattro denunciati dipendono dal farmaco acquistato in Europa.

Recentemente, in un convegno tenuto a Merano si è anche indicata ed identificata

l'azione biochimica della talidomide. Il professor Weikel, primario della clinica pediatrica dell'Università di Bonn, ha affermato che ormai non vi sono più dubbi che i casi di focomelia, osservati quasi in forma epidemica, sono dovuti all'uso della talidomide, la quale produce la sua azione deleteria fra il 27° e il 44° giorno della gravidanza, quando nel feto cominciano a formarsi gli arti, distruggendo la vitamina B-2, elemento indispensabile per la regolare formazione dell'organismo del feto.

Perchè, onorevole Ministro, onorevoli senatori, ho fatto questa esposizione piuttosto lunga e documentata? Non certamente per dare un'espressione letteraria od oratoria alle cronache dei giornali; nè per un impulso interno ad esprimere concetti teorico-pratici; ma perchè essa dimostra come, anche partendo da una particolarità specifica pratico-scientifica, da una esperienza sociale e particolare, per il logico principio della connessione della parte con il tutto, il Ministero della sanità non solo non è all'altezza dei compiti che ad esso sono stati assegnati dalla legge della sua istituzione, ma non ha organi scientifici di controllo efficienti, capaci di salvaguardare la salute dei cittadini.

C'è infatti da osservare che questi dati sono stati rilevati dall'Unione congressuale scientifica già da due anni, mentre da parte degli istituti di controllo e del Ministero della sanità italiani niente è stato fatto, non essendosi neppure preso atto delle comunicazioni e valutate le indicazioni di questi congressi. Diversamente sarebbero stati adottati dei provvedimenti.

Infatti, se i quattro casi di focomelia lamentati in America dipendono da acquisti fatti in Europa, questo è dovuto al controllo dell'apposito istituto americano, che ha vietato la licenza di commercio negli Stati Uniti al medicinale in questione. Quei funzionari non erano infatti persuasi dell'azione soltanto tranquillante del prodotto, ed ora il Presidente Kennedy in persona ha solennemente riconosciuto le benemerienze della dottoressa Kelsey che si era particolarmente occupata proprio della talidomide.

Se anche da parte nostra fosse stata condotta un'indagine scientifica della stessa serietà, avremmo risparmiato a tanti genitori lo strazio di avere un figlio non normale.

Dicevo dunque che il Ministero della sanità non ha organi scientifici efficienti, capaci di salvaguardare la salute dei cittadini. Altrimenti dobbiamo ritenere che gli organi governativi siano stati anche complici di coloro che attentano alla salute pubblica pur di ricavare un profitto. Onorevole Ministro, come spiegate il fatto — e vi chiedo una spiegazione — che il Ministero della sanità, dagli ultimi mesi del 1961 fino al 22 giugno del 1962, ha dato il permesso di produzione e di messa in commercio di ben 33 specialità a base di talidomide, quando, come ho dimostrato, fin dal 18 novembre 1961 il professor Lenz aveva individuato l'agente etiologico specifico delle malformazioni focomeliche nella talidomide? (*Interruzione del senatore Di Grazia. Commenti*). Solo il 16 luglio ultimo scorso, dietro le pressioni del Parlamento e dell'opinione pubblica, il Ministero si è deciso a sospendere il commercio di tutti i tranquillanti a base di talidomide e triparanolo. Se tutto ciò non implica complicità, certamente rivela la passività degli organi governativi di fronte alla speculazione... (*Proteste dal centro*). È un fatto notorio, reale, che vogliamo negare ora a parole; ma la speculazione c'è, e lo possiamo dimostrare!

BONADIES, *relatore*. Ma la finisca con le esagerazioni che sta dicendo! Come fa a parlare di complicità in un caso di questo genere? È una disgrazia che ha colpito mezza Europa. Bisogna porsi dei limiti nel parlare di queste cose!

PASQUALICCHIO. Non ha capito! I limiti sono nei fatti, che postulano anche un giudizio; e il mio giudizio corretto e razionale è che, se non si può parlare di complicità, certamente vi è stata una passività degli organi governativi! (*Interruzioni*).

PRESIDENTE. Vi prego di interrompere con ordine, altrimenti non si possono udire le interruzioni! (*Ilarità*).

PASQUALICCHIO. Collega Bonadies, ripeto, io non voglio, diciamo così, ostacolare il suo ufficio di difensore...

BONADIES, *relatore*. Non è che io faccia il difensore!

PASQUALICCHIO... ma lei non può impedire a me di fare le critiche che credo opportune.

BONADIES, *relatore*. Nei limiti, però!

PASQUALICCHIO. Io ho detto e ripeto le precise parole: se tutto ciò non implica complicità, certamente rivela la passività degli organi governativi di fronte alla speculazione, la quale sa di poter contare sulla acquiescenza degli stessi organi governativi. Con ciò ci spieghiamo tutte le altre carenze nell'espletamento delle funzioni social-sanitarie.

Ora, alle insufficienze del Ministero della sanità, derivanti dalla sua struttura finanziaria ed amministrativa cristallizzata — è il termine, diciamo così, prediletto dal collega Bonadies, che l'ha ripetuto anche questa mattina in Commissione di sanità riferendosi alla organizzazione ospedaliera — si aggiungono le deficienti organizzazioni igieniche e sanitarie di controllo e vigilanza, cominciando dall'Istituto superiore di sanità; si aggiunge la deficiente preparazione dei medici, capaci di condurre un controllo scientifico-chimico in istituti sociali, e al di fuori dell'influenza degli interessati produttori farmaceutici, i quali nei loro laboratori si preoccupano di evidenziare principalmente l'effetto farmacologico, che è ben differente dall'effetto clinico-terapeutico. Onorevole Ministro, l'antica farmacologia era opera delle Università, ma oggi più di ieri, per lo sviluppo assunto da ogni branca di produzione, essa richiede che la preparazione dei biochimici, dei farmacologi e dei medici venga fatta con la massima serietà nelle Università e che siano attrezzati adeguatamente i laboratori di ricerca, e che gli ospedali curino gli ammalati

e svolgano accurate ricerche cliniche. Tutto ciò manca.

Ho appreso con dolore da un articolo del professor Buzzati-Traverso che « una grossa casa farmaceutica americana sta per impiantare *ex novo* un ospedale in Italia, organizzato secondo criteri completamente diversi da quelli generalmente seguiti da noi, allo scopo precipuo di poter compiere in quella sede ricerche cliniche attendibili ». Sicchè noi, in Italia, non siamo capaci di fare delle ricerche cliniche attendibili, ed allora gli altri, per eseguire queste in Italia, sono costretti ad impiantare organismi ospedalieri organizzati secondo criteri completamente diversi da quelli esistenti in Italia! Noi non possiamo approvare questo quadro penoso delle attività del Ministero della sanità, e tanto meno il bilancio delle spese, perchè non vi riscontriamo nessun elemento, anche di tendenza, che indichi una volontà di rinnovare la sua struttura. Ma col nostro voto negativo, a conclusione del mio intervento, vi rivolgiamo l'appello scritto proprio dal professor Buzzati-Traverso a conclusione del suo articolo:

« Sarebbe ora che i responsabili della spesa pubblica dello Stato, ed in particolare il Ministero della sanità, aprissero gli occhi e corressero ai ripari. Forse le sfortunate madri dei piccoli mostri prodotti dalla talidomide potrebbero rivolgere un appello al Parlamento ed al Governo per chiedere un sostanziale miglioramento dell'istruzione medica, dell'organizzazione sanitaria e della ricerca biologica e medica. Forse la pietà suscitata dal loro dolore potrà scuotere chi non si lascia convincere da argomenti razionali ».

Ebbene, io condivido questo appello e termino il mio intervento annunciando, come ho detto, il voto negativo del mio Gruppo. Che questo voto negativo sia di stimolo al Ministero della sanità, al Ministro e al Governo affinchè approntino le misure necessarie per garantire l'igiene e la sanità al popolo italiano.

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

D I G R A Z I A . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, desidero anzitutto rivolgere il mio plauso al senatore Bonadies per la sua relazione, non soltanto completa, ma coraggiosa specie nella parte espositiva delle carenze del Ministero della sanità, e per le idee nuove espresse con piena vitalità e coscienza, idee che io apprezzo per la sincerità con cui sono sentite ed espresse, nonostante alcune di esse non siano da me condivise appieno, specialmente quelle riguardanti i suggerimenti proposti per la soluzione dei molti problemi settoriali e per colmare le lacune in campo sanitario, lacune purtroppo conseguenziali al riordinamento della nostra vita sociale.

Desidero quindi ringraziare il collega Pasqualicchio per avermi ricordato nel suo intervento, ma voglio anche fargli presente che un ente esprime la propria attività economica in rapporto alle sue possibilità finanziarie; la sua osservazione pertanto non può essere da me accettata.

Ciò posto, desidero, con chiarezza e senso di responsabilità, esprimere alcune considerazioni sull'organizzazione e sulla funzionalità del Ministero della sanità.

Le molte disfunzioni in campo igienico-sanitario avvertite subito dopo l'ultima guerra, col ripristinarsi della democrazia nel nostro Paese, spinsero i componenti delle due Camere a far presente ai nostri Governi che era ormai impellente la soluzione del problema igienico-sanitario; e si prospettò unanimemente da tutti i settori, come soluzione, la necessaria istituzione di un Ministero a sè stante che raccogliesse l'intera materia igienico-sanitaria, l'organizzasse e la dirigesse con competenza e fermezza.

In questi ultimi decenni, infatti, i compiti in campo igienico-sanitario sono diventati così vasti e complessi da richiedere le riforme più energiche e più tempestive possibili. Ricordo in proposito il vasto compito dell'assistenza sanitaria sociale, devoluta agli enti mutualistici, che sono sorti in numero sempre crescente e con denominazioni complesse, alle dipendenze di diversi Ministeri e non di quello il più tecnicamente

adeguato: enti che in effetti, praticamente, agiscono e vivono autonomamente. Ne deriva un problema quasi nuovo da risolvere, quello del coordinamento, grosso problema, certamente non differibile senza danno per l'assistenza sanitaria stessa. Ricordo poi il vasto campo apertosi più recentemente in questi ultimi anni, quello del controllo sugli alimenti in cui è necessaria una costante ed accurata vigilanza, dato il continuo accentuarsi delle frodi e, quello che è più grave, delle sofisticazioni alimentari che mettono in serio pericolo la salute delle popolazioni. Questo campo, dicevo, è così vasto da far nascere in molti di noi la preoccupazione che, nonostante tutti i nostri controlli ed accorgimenti, difficilmente riusciremo a contenere le frodi e a debellare le sofisticazioni. Il grosso problema dell'inquadramento degli ospedali nella futura organizzazione sanitaria assistenziale e della loro nuova funzionalità rapportata alle crescenti esigenze dell'assistenza sociale è anch'esso importante e vitale, come vedremo più avanti. Seguono il problema riguardante l'assistenza preventiva alle popolazioni scolastiche, oggi riconosciuta da tutti di somma importanza, e che però è da organizzare armonicamente e diffusamente in tutto il Paese; il problema, che da noi è ancora alle sue prime fasi di indagine, riguardante la insalubrità dell'aria delle città e delle zone industriali, il problema dell'igiene delle abitazioni e soprattutto quello inerente all'educazione igienica delle famiglie, specie di quelle il cui grado di cultura è rimasto ancora ad un livello troppo basso per comprendere i pericoli inerenti ad una vita senza il controllo della pulizia della persona e della casa; il vasto problema della difesa preventiva dell'organismo umano da tante infezioni a carattere endemico ed epidemico (campo in cui la scienza ha raggiunto limiti di quasi assoluta sicurezza), oggi divenuto più complesso e più ampio per l'aumentare delle malattie immunizzabili, quali colera, tifo, difterite, vaiolo e più recentemente poliomielite, tubercolosi, eccetera; il vasto problema inerente all'azione di intervento tempestivo e precoce sulle neoplasie maligne, di cui hanno parlato così bril-

lantemente i colleghi che mi hanno preceduto, e ai quadri organizzativi centrali e periferici degli organi preposti a tale funzione, organi ai quali appare necessario imprimere una più valida ed efficiente funzionalità; il vasto campo della sorveglianza e dell'assistenza alla madre e al fanciullo, tanto egregiamente svolto dall'O.N.M.I., organismo che peraltro ha bisogno di maggiori cure e di più validi mezzi finanziari, il grosso problema, che urge in modo veramente impressionante, riguardante l'assistenza ai vecchi, agli invalidi, ai cronici, ai convalescenti (si sta facendo qualcosa, è vero, si sta attuando qualche iniziativa lodevole, e cioè l'istituzione dei cosiddetti reparti geriatrici, ma senza alcun coordinamento, per cui ancora oggi molti cronici finiscono in famiglia gli ultimi anni della loro esistenza, senza ricevere quel complesso assistenziale che è dovere della società apprestare a coloro che con il loro lavoro hanno potenziato l'economia della Nazione); il grande problema che riguarda l'igiene dei locali di ritrovo e di divertimento — teatri, cinematografi, eccetera — la cui soluzione richiede molti sacrifici, purtroppo, ma sacrifici necessari, se si pensi che in questi ambienti chiusi è più facile il contagio delle malattie infettive le più disparate e le più gravi, come la tubercolosi; il problema riguardante il controllo periodico della radioattività dell'atmosfera e delle sostanze alimentari, controllo già bene organizzato in molti altri Paesi e credo ancora ai suoi primi inizi organizzativi sperimentali da noi; l'altro non meno vasto e grave problema riguardante l'igiene del lavoro. Mi domando se è ancora permesso sottoporre dei lavoratori a sicure malattie da esalazioni e da intossicazioni, in molte fabbriche, senza i preventivi dovuti accorgimenti profilattici previsti dalla legislazione del lavoro. Occorre un maggiore e più severo controllo e soprattutto un'educazione igienica da trasfondere ai lavoratori, sì da convincerli ad essere più previdenti nel loro stesso interesse.

Ed ancora, e certamente non ultimo, il problema delle malattie celtiche e in particolare della lue, che nell'era nostra e con

i mezzi preventivi e curativi odierni dovrebbe essere già quasi del tutto debellata e che purtroppo, all'inverso, va notevolmente aumentando e diffondendosi in maniera preoccupante. Tutto ciò avviene per quella mancanza di controlli che la legge vigente non consente se non in casi sporadici e che pertanto non possono garantire alcun risultato favorevole. Ho davanti a me un diagramma che ho tracciato tenendo conto dei dati fornitimi dallo stesso suo Ministero, sullo stato di evoluzione della lue, e comprendente gli anni che vanno dal 1950 al 1960. Da esso è facile constatare che la lue, che aveva raggiunto nel 1954 il quoziente più basso (1824 casi di contagio), è andata man mano aumentando specialmente dal 1958 in poi, epoca in cui ha avuto applicazione la legge Merlin. I dati che il suo Ministero ha potuto ricavare riguardano solo gli infermi presentatisi nei dispensari, mentre sfuggono in maniera evidente tutti gli altri casi di nuove infezioni e di reinfezioni che cadono solo sotto l'osservazione dei medici privati, molti dei quali per evidenti ragioni di riserbo, riguardanti i propri clienti, sono costretti a non denunciarli.

Pertanto gli 8.404 casi registrati nel 1960 dall'Ufficio statistiche del suo Ministero non possono essere se non orientativi e limitatamente a un dato settore. Tuttavia, alla luce dei suddetti dati del tutto parziali, possiamo sempre notare uno spaventoso propagarsi di tale infezione. È stata perciò invocata da parte delle autorità sanitarie responsabili la modifica degli articoli 5 e 7 della citata legge nel senso di ripristinare i controlli sanitari e la relativa terapia a tutte le donne che si dedicano alla prostituzione. È chiaro però che, ripristinando tali controlli e lo schedario delle prostitute, si viene ad annullare uno dei fondamentali obiettivi della legge Merlin, quello della libertà della persona umana tanto strenuamente sostenuto e difeso appunto dalle disposizioni contenute nei citati articoli 5 e 7 della suddetta legge.

Non solo, ma a mio giudizio si verrebbe indirettamente a riconoscere, da parte dello Stato, l'attività della prostituzione. Questo pertanto il motivo per cui, da parte del po-

tere legislativo, si stenta a modificare gli articoli suddetti. Però il susseguirsi sempre più evidente di casi di lue, e quelli ignorati diventati sempre più numerosi a causa dell'uso irrazionale della penicillina per curare altre malattie concomitanti per cui l'infezioneluetica si appalesa con sintomatologia tenue e quindi spesso sfugge alla diagnosi, casi che pur tuttavia sono gravi nelle loro manifestazioni terziarie, costringeranno certamente il potere legislativo a prendere dei provvedimenti che se limiteranno la libertà della persona umana, serviranno tuttavia a dare quell'apporto, per quanto relativo, di sicurezza profilattica per una malattia così grave quale è la lue.

Nel campo farmaceutico mi permetto di segnalare l'urgenza di regolamentazione seria, su basi non solo teoriche ma sperimentali, dei farmaci che vengono messi in commercio secondo la vecchia legislazione.

Quante piccole industrie farmaceutiche nascono con presupposti soltanto commerciali, copiando, e molto spesso male, formule preparate da altre ditte veramente degne di ogni fiducia! Sono forme di pirateria commerciale che devono farci guardinghi nelle concessioni, e soprattutto dubbiosi sulla bontà del farmaco e ancor più sulla continuità commerciale della giusta composizione chimica del farmaco del quale si ebbe il permesso di vendita.

Ma non è solo sulla faciloneria di certe ditte che bisogna vigilare!

Vi sono dei farmaci che rappresentano il frutto di studi apprezzabili, di ricerche condotte su basi scientifiche veramente certe e molto spesso costose e che non solo aprono la via al progresso sperimentale terapeutico, ma dimostrano il volenteroso e continuo sforzo dell'uomo verso nuove conquiste nel campo della biochimica e della fisiopatologia, per strappare alla scienza nuovi mezzi di cura, più efficaci e più rispondenti.

Lo scopo prefisso in questi casi è certamente lodevole e da incoraggiare, ma occorre un più sereno e accorto giudizio nella fase sperimentale, onde evitare che si possa nuocere, anziché giovare.

Certi entusiasmi per le nuove scoperte farmaceutiche debbono avere un loro freno, se vogliamo evitare i casi gravi che si sono verificati, ad esempio, per l'immissione in commercio di quel famoso tranquillante — talidomide — che ormai sembra accertato essere la causa di malformazioni e di gravi anomalie nello sviluppo fetale, quali le focomelie.

Tale freno è l'onorevole Ministro della sanità che deve azionarlo, specialmente sui farmaci che provengono dall'estero. Abbiamo istituti di grande rinomanza e serietà scientifica, quale l'Istituto superiore di sanità, a cui si possono affidare con tranquillità i controlli sperimentali biologici e quindi terapeutici.

Ho profondamente ammirato la saggezza con cui si è pervenuti alla soluzione del problema della utilizzazione o meno del vaccino vivo attenuato antipoliomelitico, alla Sabin. Siamo stati cauti, è vero, ma non increduli, accorti ma non tardivi; siamo stati esempio di saggezza e di oculatezza!

Ma un altro vasto campo si è aperto con la ricostruzione materiale e morale del nostro Paese. Intendo parlare dello sviluppo edilizio, così rapido e così commercializzato, da non dare il tempo non solo di porre le necessarie regole urbanistiche e di regolamentazione edilizia, ma, quel che più conta, il tempo di creare un'organizzazione sanitaria da imporsi al pullulare di edifici quasi sempre eretti a scopo speculativo e in cui si ammassa un ingente numero di persone in un ristretto spazio, che va diventando sempre più piccolo. Sono consentite camere da letto che hanno una cubatura da tredici a sedici metri, piani alti metri 2,80, altezze di palazzi mai sognate, che soffocano le strade e precludono l'azione vitale del sole.

Onorevole Ministro, se dobbiamo continuare su questa via in cui l'igiene è soddisfatta soltanto dalla funzionalità, più o meno discutibile, delle nuove case, lasciando sussistere la libertà costruttiva accennata, noi distruggeremo l'organismo umano, già troppo provato dagli insulti morbigeni a cui lo sottopone la vita moderna. È un

grido di allarme, onorevole Ministro il mio, e voglio augurarmi che sarà da lei raccolto e vagliato.

Ma non ho ancora finito di enumerare i complessi problemi che affollano il suo Ministero. Ve n'è un altro non meno importante: quello cioè riguardante i medici condotti. Quale dovrà essere la sorte dei medici condotti? Debbono essere mantenute le condotte mediche ed ostetriche, oppure no? Al lume della nuova assistenza sociale, la figura del medico condotto può essere considerata un doppione, come da alcune parti si continua ad asserire. Infatti, il medico mutualista ha gradatamente sostituito il medico condotto: ciò è indiscutibilmente vero; esso anzi finirà certamente per sostituirlo del tutto il giorno in cui sarà possibile attuare integralmente la sicurezza sociale in campo sanitario.

Però oggi permane un'aliquota di assistibili, proprio fra i più diseredati, iscritti negli elenchi dei poveri, coloro cioè che hanno diritto alla assistenza gratuita, ed inoltre vi è un'altra aliquota non meno bisognevole, quella dei disoccupati privi dell'assistenza sanitaria sociale, anche se a carattere temporaneo.

Il problema, a mio giudizio, non si pone al momento attuale con urgenza; ma certamente sarà bene iniziarne lo studio sin da ora, per non creare contrasti e sfasature in un prossimo avvenire. Del resto, desidero ricordare agli zelanti difensori dei bilanci, striminziti (è vero) ma quasi sempre al pareggio, dei piccoli Comuni, i quali, nella propria qualità di sindaci, si affannano a dimostrare che la voce del bilancio delle condotte mediche e ostetriche è da eliminare per il diminuito numero di coloro che hanno diritto all'assistenza sanitaria gratuita, perchè in tal modo (asseriscono) si viene ad alleviare il bilancio, vorrei dire, dunque, a questi signori amministratori che, in primo luogo, la spesa per una condotta medica e ostetrica, già troppo tenue, non salverà e non farà prosperare certamente, con la sua cancellazione, il Comune; mentre dall'altra parte sarebbe inumano lasciare senza assistenza i pochi elementi che possono avere bisogno dell'in-

tervento medico, senza poi dimenticare che il medico e l'ostetrica condotta sono obbligati all'assistenza di urgenza per qualsiasi infermo, in assenza degli altri medici liberi professionisti e mutualisti i quali non hanno obbligo di residenza in sede.

D'altra parte, se si vogliono annullare le condotte, bisogna provvedere e garantire la assistenza sanitaria gratuita a coloro che ne hanno il diritto, e ciò comporterebbe indiscutibilmente, da parte dei Comuni, un onere finanziario che, rapportato a quello per il mantenimento delle condotte, forse non sarà inferiore.

Come può constatare, onorevole Ministro, i compiti del suo Ministero sono tanto vasti e complessi che, se non si perviene ad un'organizzazione centrale ben attrezzata e funzionale, con una conseguente organizzazione periferica di tipo capillare, minuta ed efficiente, il nostro popolo finirà col sentirsi privo di tutela sanitaria.

Presumo che lei voglia rivolgermi, a questo punto, un richiamo, chiedendomi se non sia un po' eccessivo questo mio asserito riguardante la mancata tutela sanitaria. Le rispondo subito, onorevole Ministro, dichiarandole che molte carenze in tutte le branche del suo Ministero hanno la possibilità di essere constatate; ma di ciò io non do colpa a lei, come del resto ho precedentemente affermato, ma attribuisco invece la colpa alla lenta organizzazione dei settori igienico-sanitari.

Non do la colpa a lei, onorevole Ministro, quando constato che ancora resta da decidere, dopo quattro anni dalla costituzione del suo Ministero, quali siano i suoi compiti e quali, ad esempio, quelli dei Ministeri dell'interno e del lavoro. Mi piace anzi affermare che, nonostante tutto, il suo Ministero, con i suoi organi periferici e il suo egregio personale, responsabilmente edotto ed intelligente, sta svolgendo opera veramente lodevole, risolvendo con estrema e rapida accuratezza i così vasti problemi che di giorno in giorno si presentano alla sua soluzione, onorevole Ministro. Problemi risolti egregiamente e proficuamente; per cui possiamo affermare con onestà e sincerità doverosa, in questa assise di uo-

mini responsabili, che l'igiene e la salute delle nostre popolazioni sono validamente sorvegliate, ben conservate e ben difese.

Tuttavia, onorevole Ministro, non possiamo vivere di accorgimenti e di tamponamenti. I compiti affidati alla Sanità pubblica sono oggi assai più vasti di quelli di 30 anni or sono, e gli strumenti debbono necessariamente essere nuovi, o rinnovati o completati, certamente rapportati alle nuove esigenze di una società tumultuosa nel suo progresso e vitale nelle sue azioni, e perciò più abbisognevole di cure preventive, che riescano ad attenuare il logorio più intenso imposto per ciò stesso all'organismo umano.

A questo proposito, desidero fare una digressione che spero mi consentirà, onorevole Ministro. In questi giorni si agita da noi il problema riguardante la riduzione delle ore di lavoro e della settimana corta. Sono istanze avanzate dalle organizzazioni dei lavoratori che, a mio giudizio, hanno un fondamento, non solo umano e sociale, ma anche e soprattutto igienico. Il lavoro nel mondo odierno è fondato sul massimo rendimento nel più raffinato tecnicismo, e richiede pertanto uno stato di attenzione e uno sforzo di prontezza alla risposta automatica della macchina, che stancano, riflettendosi sul sistema nervoso in cui producono un tale stato di logorio da tossicosi attentiva da richiedere una necessaria valutazione, e pertanto i naturali, necessari, conseguenti provvedimenti igienico-profilattici.

Mi si potrebbe obiettare che per il lavoro dell'industria ciò è accettabile, mentre è opinabile per il lavoro burocratico. Mi permetta di rispondere che l'ansia di libertà riposante negli ambienti burocratici, che quasi sempre vivono nell'ambito movimentato delle città, non dà meno logorio all'organismo e al sistema nervoso. L'uomo, ormai consapevole delle sue conquiste, e cioè delle macchine che lo possono e lo debbono sostituire, non riesce e non può più accettare un lavoro continuo, snervante, piuttosto lungo, e vuole godere di un maggior tempo libero accettando, all'inverso di cento anni fa, l'ingresso e l'uso della macchina,

quest'ultima come liberatrice e non usurpatrice del suo lavoro.

In questo campo, onorevole Ministro, il suo giudizio non può essere che favorevole perchè scaturente da fattori fisio-patologici, e pertanto provveda alla preparazione delle leggi che in questo caso saranno del tipo sociale e profilattico.

Desidero accennare ad un altro problema a carattere igienico-sociale, quello cioè riguardante lo stato di sanità dei contraenti il matrimonio. So che è un problema che può non trovare consensi in alcuni ambienti e convengo che contrasta con la libertà della persona umana e con i principi della morale cristiana. Epperò, onorevole Ministro, sarà bene che l'azione in questo campo si espliciti con carattere non obbligatorio ma prudenzialmente educativo, facendo risaltare l'utilità di una tale profilassi per la sanità fisica della famiglia che si va a costituire. Sono certo che queste forme educative troveranno comprensione in una società che ci stiamo sforzando di elevare ad un più alto gradino culturale di base.

Non intendo, onorevole Ministro, occuparmi dei molti, moltissimi altri problemi minuti che si prospettano alla sua decisione. Desidero soltanto portare il mio contributo per quanto riguarda qualcuno dei più importanti, nella speranza che il mio modesto apporto possa essere almeno in parte utile, se non impegnativo, e possa servire a richiamare l'attenzione su di essi.

Vorrei soffermarmi innanzitutto su quella che dovrebbe essere, a mio parere, l'organizzazione e la funzionalità del Ministero e dei suoi organi. Vedrei il suo Ministero configurato in una piramide al cui vertice stiano gli organi centrali e alla base gli organi periferici, cioè gli enti mutualistici, gli ospedali, i medici provinciali, gli ufficiali sanitari, i medici condotti, scolastici, sportivi, ospedalieri, mutualisti, specialisti, eccetera. Tutto ciò che è da rapportarsi alla sanità pubblica dovrebbe cadere sotto le dipendenze del Ministero della sanità e dei suoi organi periferici, in modo che si venisse a creare un organo complesso e funzionale che si prospettasse nei suoi obiettivi, nella prevenzione e nella terapia delle ma-

lattie, la sanità del nostro popolo. Da tale concezione deriva che gli enti mutualistici e gli ospedali dovrebbero passare alle dipendenze dirette del Ministero della sanità.

Resta da esaminare, in primo luogo, se gli enti mutualistici e gli ospedali debbano mantenere una propria autonomia e fino a qual punto, se tale autonomia cioè debba essere solo organizzativa o solo economica, oppure debba avere l'uno e l'altro carattere. Certamente sarà bene che le mutue godano di una autonomia funzionale relativamente ampia per evidenti motivi di efficienza e di attività. In quanto agli ospedali, in primo luogo desidero confutare due affermazioni che oggi sono lungamente diffuse, e cioè che gli ospedali italiani siano attualmente in crisi e che tale crisi si possa superare soltanto con la nazionalizzazione degli ospedali e la costituzione di un apposito ente. È invalsa ormai la strana abitudine di gridare alla crisi di un organismo appena si intravede qualche sintomo di ipofunzionalità, molto spesso dovuta, non tanto alla sua organizzazione, quanto al ritmo veloce di nuove esigenze imposte dal tumultuoso progredire della nostra società. Si tratta infatti in molti casi di mancato aggiornamento o di ampliamento organizzativo e non di una vera e propria crisi funzionale.

Al giorno d'oggi qualsiasi senso di disfunzione è bastevole per far reclamare una strumentazione nuova con concetti nuovi di socialità, eccetera. Ciò in effetti sta succedendo per gli ospedali nel nostro Paese. L'insufficienza e la irregolarità di distribuzione dei posti-letto, la mancata stabilizzazione di carriera dei sanitari e la non sempre completa attrezzatura hanno creato un allarme che io trovo esagerato. Nessuno infatti può attribuire ai nostri ospedali qualche carenza nell'ambito clinico-terapeutico o qualche irregolarità o peggio ancora qualche discriminazione nel trattamento dei ricoverati; semmai si può lamentare un eccessivo sacrificio imposto e responsabilmente accettato dai sanitari e dal personale tutto di collaborazione, i quali sono rimasti in gradini molto più bassi rispetto a quelli già raggiunti dagli altri lavoratori

degli altri settori, nell'ambito delle conquiste sociali e delle retribuzioni.

Ciò nonostante possiamo asserire con coscienza che gli ospedali, come sempre per il passato, oggi assolvono assai egregiamente il loro compito, e pertanto non dobbiamo e non possiamo parlare di crisi degli ospedali, ma piuttosto di aggiornamento.

Quanto alla proposta di nazionalizzazione degli ospedali come unico strumento adatto a superare una crisi che non esiste, desidero dichiarare, onorevole Ministro, in primo luogo che mi sembra ormai invalso l'errato concetto di voler risolvere ogni problema, specialmente quando si tratta di soluzioni ardue e contrastate per diversi pareri, con il ricorrere alla nazionalizzazione, dimostrando così la nostra incapacità di rispettare l'autonomia e la libertà funzionale degli organismi ed Enti, anche se pubblici. In secondo luogo, l'ospedale, a mio modo di vedere, è un organismo che ha bisogno di una notevole autonomia funzionale, magari controllata, un organismo che deve essere libero, per quanto possibile, nei suoi movimenti, se si vuole che esso molto più egregiamente di oggi continui ad espletare i suoi compiti nel grande quadro dell'assistenza sanitaria.

In questa visione, onorevole Ministro, mi permetto di indicare quali dovranno essere le riforme di aggiornamento dei nostri ospedali. Nel vasto programma organizzativo della sanità pubblica gli ospedali come debbono essere inquadrati? Debbono continuare a dipendere dagli Enti cosiddetti ospedalieri o devono dipendere direttamente dal Ministero della sanità? Debbono godere di piena autonomia per quanto controllata dal Ministero? Questo è il primo grande quesito che dobbiamo porci, secondo me, poiché lo Stato è il responsabile della salute pubblica che cura attraverso i suoi organismi centrali o periferici, e l'ospedale, essendo strumento di profilassi e terapia, deve direttamente dipendere dal Ministero della sanità.

In tal modo sarà possibile coordinare gli ospedali e sopperire alla deficienza dei letti in sede comunale, provinciale e regionale, evitando doppioni inutili di reparti, e col-

mando le insufficienze di altri mancanti e poco funzionali.

Bilancio autonomo con controllo ed approvazione degli organi provinciali del Ministero della sanità. Una volta approvato il bilancio preventivo, il Ministero dovrebbe mettere a disposizione di ogni ospedale le somme preventivate e necessarie per la sua funzionalità, assumendosi l'onere di esigere direttamente le entrate ospedaliere rappresentate dalle rette di degenza e dai redditi patrimoniali, ove esistano, a titolo di conguaglio.

Ciò comporta, da parte dell'ospedale e quindi degli amministratori, una maggiore responsabilità personale, ed un vigilante controllo da parte dell'ufficiale sanitario ospedaliero, elemento nuovo nell'ambito dello organico e della funzionalità dell'ospedale. L'ufficiale sanitario ospedaliero, alle dipendenze del Ministero della sanità, avrebbe funzione di controllo, soprattutto sugli abusi dei ricoveri di urgenza, sulla durata, a volte ingiustificata, del periodo di degenza, sulle contestazioni di ricovero, contestazioni ormai divenute un vero pretestuoso mezzo per eludere il pagamento delle rette all'ospedale, per sorvegliare l'attività terapeutica, che, se non è tempestiva e diligente, reca qualche volta, un danno assai più grave alla salute del ricoverato, per esercitare un controllo sul personale ausiliario di assistenza, che è non sempre scrupoloso, attento e tempestivo nella somministrazione terapeutica e dietetica. In breve, l'ufficiale medico ospedaliero avrebbe il compito di rappresentare il Ministero della sanità *in loco* ed avrebbe l'obbligo di redigere mensilmente rapporti informativi al medico provinciale e per conoscenza al presidente dell'ospedale.

Compito complesso, se vogliamo essere obiettivi, ma altrettanto necessario per la buona funzionalità degli ospedali. La disponibilità delle somme necessarie per la funzionalità annuale dell'ospedale già predisposte in bilancio, darebbe agli amministratori dei nosocomi la necessaria forza amministrativa, eliminando le incresciose situazioni attuali di sudditanza dal personale e dai fornitori, che ancora oggi causano

sfasature, carenza funzionali e sfiducia verso l'ospedale da parte degli infermi e della popolazione. Tutti gli amministratori conoscono, per dolorosa esperienza, le incresciose situazioni che spesso vengono a crearsi a danno degli ospedali per deficienza di cassa, che vanno dalla mancanza temporanea di farmaci al ritardato pagamento degli stipendi e dei salari al personale, con conseguenziali incomprensioni tra il personale e l'amministrazione ospedaliera, quasi sempre accusata di incapacità amministrativa e di inattività. Frequentemente le amministrazioni ospedaliere sono costrette, per tamponare un pagamento indilazionabile, ad utilizzare le somme e i compensi mutualistici di pertinenza del personale sanitario, commettendo un'irregolarità e causando le giuste lagnanze dei medici costretti non raramente ad attendere parecchi mesi per la esazione delle somme in parola.

Molti altri lati negativi verrebbero eliminati con la disponibilità di cassa, anzi verrebbero a crearsi i presupposti per una fornitura più efficiente del materiale necessario alla funzionalità ed al rifornimento del nosoccomio, perchè il pagamento certo ed immediato invoglierebbe alle gare un maggior numero di concorrenti e li spingerebbe a fare offerte più vantaggiose; senza dire poi che gli amministratori, da parte loro, potrebbero, con maggiore energia, pretendere che i rifornimenti siano corrispondenti alla qualità prevista dai contratti. Maggiore economia, maggiore funzionalità quindi; tutto ciò a beneficio dei ricoverati ed a maggiore prestigio dell'ospedale.

Un altro quesito riguardante l'ospedale nuovo è questo: le amministrazioni ospedaliere debbono mantenere la fisionomia attuale, quella cioè della carta di fondazione oppure dovranno essere modificate?

A mio giudizio, la formula amministrativa attuale degli ospedali dovrà essere anch'essa modificata.

Non occorre mantenere quel complesso di consiglieri che debbono di volta in volta sanzionare o dare mandato esecutivo al presidente circa le delibere proposte. Saranno sufficienti, per una buona amministrazione, un presidente, un vice-presidente e tre

collaboratori a cui saranno attribuite cariche diverse con impegni diversi e comunque senza potere diretto ma solo di controllo.

Non mi pare giustificabile nè necessario un maggior numero di membri nell'amministrazione ospedaliera, in quanto qualsiasi indirizzo nuovo, qualsiasi iniziativa, sia nell'ambito organizzativo, sia in quello di espansione e di ammodernamento dell'ospedale, è subordinata al permesso ed al consenso del Ministero della sanità da cui dipendono gli ospedali, e non occorre quindi, *in loco*, il verdetto decisivo di un consiglio di amministrazione.

D'altra parte, affidare ai pochi elementi la responsabilità dell'andamento dell'ospedale, a me pare che sia più produttiva e più funzionale, perchè meno inceppante; e del resto più responsabile, in questo caso, ne è l'attività dell'amministratore.

Resta un terzo quesito da risolvere, e cioè: dell'amministrazione dell'ospedale dovrà far parte un elemento in rappresentanza dei medici, ed un altro in rappresentanza dei lavoratori, così come si vorrebbe da parte del personale sanitario-amministrativo ed ausiliario?

È questo un quesito assai delicato perchè si pone su principi di collaborazione da una parte e di preventiva difesa di categoria dall'altra, e cioè da parte dei dipendenti ospedalieri; e pertanto nel nostro Paese, che vuole sempre più fondare le sue basi su rapporti di profonda e sentita socialità democratica, non potrebbero non essere considerate giuste queste istanze.

Epperò temo che tutto ciò possa complicare la snellezza amministrativa e quindi inceppare la funzionalità stessa dell'ospedale.

Accederei, invece, più comprensibilmente, ad una consulenza richiesta di volta in volta dal presidente ai rappresentanti, ufficialmente eletti in seno all'ospedale stesso, dei medici, degli amministratori, e degli ausiliari.

Costoro, a loro volta, qualora lo richiedano, possono esporre alla presidenza, le loro istanze, le loro richieste, obiettivamente approvare, in un'atmosfera di reciproca collaborazione, decisioni che li riguardano.

Gli ospedali verrebbero distinti in 3 categorie ed è da stabilire se rapportare la categoria a seconda del numero dei posti letto, od alla funzione espletata.

Gli stipendi ed i salari dovrebbero essere uguali per tutti gli ospedali a seconda della categoria cui appartengono.

I medici ospedalieri: ecco un altro quesito delicatissimo ma urgentissimo.

Si deve continuare a corrispondere lo stesso trattamento di oggi ai medici ospedalieri, oppure istituire un organico con carriera aperta?

Fino ad oggi l'ospedale è stato l'unico ente che ha preteso concorsi regolari per assistenti ed aiuti, senza garantire a questi sanitari alcuna carriera, ma obbligandoli ad accettare, invece, un rapporto di lavoro a tempo determinato, e cioè 2 anni per gli assistenti, 4 per gli aiuti con il cortese compiacimento dell'amministrazione ospedaliera ad una riconferma di altri 2 o 4 anni, trascorsi i quali il sanitario assistente od aiuto viene estromesso dall'ospedale, dopo aver già sostenuto un concorso ed aver speso le energie più fresche e più volenterose degli anni giovanili a pro dell'ospedale.

Incongruenze di un tempo ormai tramontato, fatto di ingiuste sperequazioni!

Sfruttamento del lavoro altrui non giustificabile ieri, quando pure si poteva moralmente considerare come compenso l'apporto professionale che dava l'ospedale alla libera professione; ingiustificabilissimo oggi che la professione libera non esiste più o è assai limitata, e pertanto il compenso che dà l'ospedale all'aiuto e all'assistente, rappresentato dall'esperienza clinico-diagnostica che esso certamente apporta, non è da solo per nulla moralmente bastevole. Senza dire, poi, che tale pratica clinico-diagnostica dovrebbe essere dispensata a tutti i neolaureati che la richiedono, quale complemento agli studi teorici degli anni di insegnamento universitario. Praticamente, pertanto, i sanitari suddetti, estromessi dall'ospedale al quarto o all'ottavo anno, sono costretti ad iniziare una nuova carriera diversa da quella seguita fino ad allora, quale la mutualistica, quella di condotta medica, di ufficiale sanitario, o di medico scolastico,

e così via, con le difficoltà non indifferenti che comporta ogni inizio di carriera.

Quali le istanze dei medici ospedalieri? I primari chiedono di restare in servizio fino al settantesimo anno; gli aiuti e gli assistenti chiedono una stabilizzazione di carriera fino al sessantacinquesimo anno.

Si obietta a tali richieste che, istituendosi la carriera per gli assistenti e gli aiuti, come è da loro richiesto, si viene a togliere all'ospedale una delle funzioni speciali più importanti e cioè quella di addestrare i giovani laureati in campo clinico-diagnostico; addestramento di cui hanno bisogno in quanto, durante il periodo universitario, molti non hanno avuto l'opportunità di addestramento professionale pratico che invece può fornire abbondantemente l'ospedale.

La rotazione che attualmente si compie tra assistenti ed aiuti verrebbe a cessare creandosi la carriera per questi ultimi. Ciò è in parte vero, ma è anche vero che questa è una difficoltà superabilissima sol che non ci si chiuda in un rigoroso riserbo di natura economica.

Onorevole Ministro, noi abbiamo istituito molte borse di studio per aiutare i più bisognosi, ma nel contempo i più volenterosi, nella carriera scolastica. Ebbene, perchè non istituimo delle borse per frequentare i reparti ospedalieri?

Lo stesso ospedale potrebbe, nel suo bilancio annuale, stanziare delle somme per borse di studio da assegnare ai giovani laureati che riescono a superare un piccolo concorso. Naturalmente il numero delle borse dovrà rapportarsi all'entità del nosocomio ed alle varie specializzazioni in esso espletate.

Questi neo-laureati saranno guidati dal primario ed aiutati e controllati con profitto dagli assistenti e dagli aiuti. Si verrebbe a conservare ed anzi a rinsaldare così uno dei compiti tanto importanti dell'ospedale: il perfezionamento professionale dei neo-laureati.

Non entro in altri dettagli sulla funzionalità tecnica ed organizzativa dell'ospedale nuovo, ma desidero discutere un altro quesito non meno importante venuto alla ribalta in questi ultimi tempi. Il quesito è il

seguito: considerato che gli Enti mutualistici rappresentano ormai quasi esclusivamente, se non gli unici, ma certamente i maggiori richiedenti di prestazioni ospedaliere per i propri assistiti, non sarebbe conseguenzialmente conveniente affidare a loro l'amministrazione degli ospedali che, in questo caso, funzionerebbero come strumento clinico e terapeutico, direttamente controllato dagli enti in parola?

Si costituirebbe, in tal modo, un organismo unico, organico, rappresentato dalle mutue con i loro ambulatori, laboratori ed ospedali.

Si verrebbe in tal modo a chiudere il ciclo dell'assistenza sanitaria dalla diagnosi alla terapia ambulatoriale ed a quella ospedaliera.

A prima vista, questa concezione può apparire seducente nella sua organica e completa gamma assistenziale, ma se si passa ad un più attento esame ci si accorge subito che vi sono all'opposto dei motivi non trascurabili ed abbastanza validi che sconsigliano di seguire la strada organizzativa suesposta.

Non bisogna in primo luogo dimenticare che l'ospedale è un organismo a sè stante con compiti molteplici che vanno dalla clinica alla ricerca scientifica, dall'insegnamento alla cultura igienica delle popolazioni e pertanto non può essere adibito al servizio esclusivamente clinico-terapeutico cui sarebbe devoluto se affidato alle mutue. L'ospedale nuovo dovrà, invece, rivestire una funzione più complessa di quella sino ad oggi espletata; dovrà svolgere attività clinico-scientifica con attrezzature di laboratorio tali da consentire le ricerche scientifiche e l'elevazione culturale dei medici ospedalieri, i quali dovranno considerare il loro reparto non soltanto come il posto di lavoro, ma come l'organismo che dà loro una possibilità di potenziamento culturale non meno degli istituti universitari.

Un altro argomento negativo è quello riguardante l'eccesso di autonomia in cui verrebbero a trovarsi gli enti mutualistici col'attribuzione alle loro dipendenze degli ospedali; gli enti mutualistici sono già quasi incontrollati ed incontrollabili. Del resto il

coordinamento tra l'ospedale e l'ente mutualistico sarà rappresentato dagli organi del Ministero della sanità, il quale assicurerà la piena funzionalità e l'assistenza sanitaria sociale, senza annullare l'autonomia dell'ospedale e senza creare contrasti e carenze fra gli ospedali e gli enti mutualistici.

Onorevole Ministro, io sono un grande ammiratore degli enti mutualistici, per la encomiabile attività funzionale che sono riusciti a raggiungere con la scrupolosa e minuta loro organizzazione, ma non posso condividere il parere che tuttora alcuni colleghi vorrebbero sostenere, quello cioè della necessaria dipendenza dell'ospedale dagli enti mutualistici. I motivi che ho sopra esposti a sostegno della mia tesi contraria sono abbastanza evidenti. L'ospedale è strumento di impulso scientifico culturale oltre che clinico-terapeutico, e gli enti mutualistici, per il loro compito prettamente clinico-terapeutico, non possono potenziarlo e sostenerlo negli altri compiti di alto valore culturale-scientifico.

Onorevole Ministro, so che lei ha già esposto, oltre che alla Camera, a proposito dell'approvazione del bilancio di sua competenza, in un'intervista sui problemi della organizzazione sanitaria in Italia, la vastità dei compiti che a lei si prospettano, e che ha avuto la coraggiosa onestà di segnalare, con obiettività ed alto senso di responsabilità, le varie carenze che attualmente sussistono nella nostra vita sanitaria, indicando le vie da seguire e la legislazione adatta a colmare tali deficienze. I suoi proponimenti ci confortano perchè conosciamo la sua tenace volontà realizzatrice, e pertanto non mi resta che esprimere l'augurio che lei possa al più presto raggiungere le mete previste e che non sia ostacolato in questo suo laborioso compito da interessi contrastanti, non certamente apprezzabili e contrari comunque agli interessi del nostro Paese.

Gli sforzi che lei compirà, sicuramente non lievi, per organizzare il suo Ministero, saranno seguiti con ansia da noi e dal Paese. Da parte nostra, onorevole Ministro, avrà, oltre alla doverosa collaborazione, il riconoscimento della sua attività, che sarà certamente improntata al bene ed alla prospe-

rità del nostro popolo. Sarò pertanto ben lieto di accettare l'invito del relatore di approvare il bilancio in discussione. (*Vivi applausi dal centro. Congratulazioni*).

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

B O C C A S S I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, da quando fu istituito il Ministero della sanità, nella discussione di ogni esercizio finanziario di questo Dicastero, mi pare che non si faccia che ripetere le stesse cose. In quasi tutti gli interventi e nei discorsi conclusivi dei diversi Ministri che si sono succeduti, l'estromissione della materia sanitaria dalla sfera di competenza dell'odierno Dicastero continua ad essere denunciata ogni anno. E la denuncia è diventata un coro ormai.

Se andiamo a rileggere il discorso sul bilancio della sanità del ministro Giardina nell'esercizio 1960-61, rileviamo che già in quell'occasione egli così si esprimeva: « Sarebbe opportuno istituire un Comitato di coordinamento, proprio come il Comitato dei Ministri per la Cassa per il Mezzogiorno, perchè effettivamente noi oggi corriamo il rischio di veder sorgere parecchie istituzioni sanitarie laddove non ce ne sarebbe bisogno ». E nell'intervento conclusivo del ministro Jervolino su questo bilancio, pronunciato alla Camera il 19 giugno di quest'anno, noi leggiamo: « Appena iniziai la mia attività mi dedicai immediatamente allo studio del problema del coordinamento di tutta l'attività sanitaria nell'ambito del Ministero della sanità (*Omissis*). Posso ora comunicare alla Camera che il disegno di legge elaborato a tal fine dal mio Ministero è all'esame dei Dicasteri interessati ».

Onorevole Ministro, dal marzo 1958 siamo ancora praticamente nella fase di concerto per il disegno di legge sul coordinamento dell'attività sanitaria del Ministero della sanità con quelle degli altri Ministeri. Mi consenta allora di prendere atto di questa sua buona volontà, come di quella anche dei suoi predecessori, per non far torto a nessuno. E mi permetta di affermare che nel nostro Paese questi concerti fra i vari Ministeri sono, purtroppo, quasi sempre stonati,

e servono per lo più a fossilizzare le iniziative e la buona volontà.

Ciò spiega, onorevoli colleghi, come le leggi di delega emanate a cura del ministro Giardina sulla tutela dell'educazione sanitaria scolastica siano rimaste lettera morta, almeno fino ad ora. Sono stati necessari 50 anni perchè, sotto la spinta dell'organizzazione scientifica del lavoro, sotto la spinta dei mirabili progressi della scienza medica, si facesse strada il principio che la sanità pubblica dovesse far capo ad un'unica Amministrazione autonoma: quella sanitaria.

D'altra parte, l'Organizzazione mondiale della sanità ha additato recentemente ai legislatori di tutti gli Stati del mondo il modo di ampliare l'azione dello Stato tendente alla tutela di ogni cittadino. Così si esprime l'Organizzazione mondiale della sanità, attraverso una definizione che supera il vecchio concetto di polizia sanitaria: « La sanità pubblica è la scienza e l'arte di prevenire le malattie, di prolungare la vita, di migliorare la sanità morale e fisica degli individui a mezzo di un'azione collettiva studiata al fine di risanare l'ambiente, di lottare contro le malattie d'importanza sociale, di insegnare agli individui le regole d'igiene personale, di organizzare i servizi medico-infermieristici per la diagnosi precoce e il trattamento preventivo delle malattie, come pure di mettere in opera tutte le misure sociali idonee ad assicurare a ciascun membro della collettività un livello di vita compatibile con la conservazione della salute, scopo finale essendo quello di consentire a ciascun individuo di godere del suo innato diritto alla salute e alla longevità ».

Dunque, onorevoli colleghi, oggi la salute umana non è più da considerarsi come uno stato della vita presente o assente, perduto o recuperabile per destini non scrutabili, ma è un livello, è un bene strumentale che l'ingegno umano può difendere, può conservare e può anche aumentare. Su questo principio è oggi doveroso fondare la politica sanitaria del nostro Paese, allestire la sicurezza sociale, far funzionare le organizzazioni mediche, fare della salute pubblica il fondamento dello Stato.

Ma per fare questa politica sanitaria nel nostro Paese è necessaria l'autonomia sostanziale dell'azione sanitaria, è necessaria l'autonomia che dal 1958 si cerca invano di dare alla struttura sanitaria del nostro Paese, non più rispondente ai vigenti orientamenti dell'igiene e della medicina sociale. Il nostro sistema sanitario risente ancora, infatti, dell'influsso del passato, risente dell'influsso di un ordinamento amministrativo adattato su quello francese, che considera lo Stato come una piramide con rigido sistema di accentramento di poteri al vertice e con conseguenti rigidi controlli sull'operato degli organi sanitari locali, succubi delle direttive degli organi centrali e sprovvisti contemporaneamente di mezzi tecnici adeguati al progresso dell'igiene, della medicina e della chimica.

Con la legge n. 286 del 1958 si istituiva il Ministero della sanità. Cosa si è fatto con tale legge? Si è affermata l'autonomia legislativa dell'amministrazione sanitaria, ma non si è riformato nulla, sostanzialmente, della vecchia struttura sanitaria. Occorre, onorevoli colleghi, delimitare chiaramente le competenze dei singoli organi del Ministero, occorre che la riforma degli istituti sanitari parta dalla base, comprenda la prevenzione e la cura delle malattie e il riadattamento dei malati nell'ambiente sociale e del lavoro.

Il senatore Di Grazia poc'anzi ha posto una domanda all'onorevole Ministro in merito alla condotta medica, ha chiesto cioè se la condotta medica deve essere soppressa o mantenuta. Io aggiungerò che, se deve essere mantenuta, deve essere anche riformata, almeno fino a quando non sia istituita una efficiente rete di ufficiali sanitari in tutto il territorio della Repubblica, facendo svolgere a questo vecchio istituto una valida opera di medicina preventiva.

Occorre poi chiarire meglio la funzione dei medici provinciali, onorevole Ministro — e credo di trovarla in questo consenziente — risolvendo il problema che non è stato risolto con l'emanazione della legge istitutiva del Ministero della sanità. Gli organi periferici del Ministero della sanità sono due: l'ufficio del Medico provinciale e l'ufficio

del Veterinario provinciale, ciascuno con la sua competenza ma coordinati dal Prefetto. In caso di dissenso sulle controversie giudicherà il Prefetto; il potere di scioglimento degli Enti, il potere di scioglimento dei Consigli, cioè degli organismi di amministrazione, è soltanto del Prefetto. Di qui sorge un conflitto, il conflitto tra due Dicasteri che alla periferia agiscono attraverso uno stesso organo, il Prefetto. A parte poi il fatto che i Medici provinciali sono dotati tutti di mezzi tecnici talmente rudimentali che in pratica, quando sorgono specialmente nei piccoli Comuni, problemi di infrazioni al regolamento di igiene del suolo e dell'abitato, questi vengono risolti dopo anni di attesa, anni in cui si accumulano gli odi tra i cittadini danneggiati (che reclamano il rispetto delle norme di igiene dell'abitato) ed il contravventore alla legge sanitaria. Perché questo? Perché il Medico provinciale è l'autorità sanitaria della provincia senza potere o almeno senza quei poteri che hanno le altre autorità provinciali degli altri Dicasteri, come per esempio il Provveditore agli studi, l'Ingegnere capo del Genio civile, l'Intendente di finanza, eccetera.

Onorevoli colleghi, non mi dilungherò in un esame dettagliato della situazione degli ospedali nel nostro Paese, poichè la questione è già stata qui sollevata da altri oratori e mi porterebbe veramente troppo lontano. Tratterò invece le linee generali della crisi ospedaliera che mette in luce il travaglio di tutto il nostro sistema di sicurezza e di assistenza. Gli ospedali italiani sono, come è noto a tutti, insufficienti nel numero dei posti-letto: la media è, solo in alcune regioni, del 6 per mille. Questa media del 6 per mille dovrebbe essere ritenuta rispondente ai bisogni del Paese, ciò che invece non è; questa media del 6 per mille viene raggiunta soltanto da poche regioni del Settentrione, ma in qualche regione del Meridione è al di sotto dell'1 per mille. La media nazionale è del 3,9 per mille.

L'onorevole relatore, d'altra parte, nella sua relazione, ha riportato dalla rivista « I problemi della sicurezza sociale » il raffronto tra la disponibilità territoriale di posti negli ospedali generali e specializzati e la

frequenza delle spedalizzazioni sempre riferite all'I.N.A.M. L'onorevole relatore ci ha fatto anche notare che molte spedalizzazioni per assicurati meridionali ed insulari si riversano in altre regioni con ospedali e le case di cura di Roma debbono fronteggiare 10 mila spedalizzazioni di malati provenienti dal Mezzogiorno. Ma tutto ciò, onorevoli colleghi, va riferito soltanto all'I.N.A.M., cioè ad un istituto che è certamente il più importante, ma al quale è iscritto soltanto il 55 per cento della popolazione.

BONADIES, *relatore*. È un campione quello.

BOCCASSI. E perchè? Perchè se calcoliamo il 25 per cento degli iscritti in altri enti e il 20 per cento che è esente da vincoli assicurativi, il rapporto in meno tra la disponibilità di posti-letto e la frequenza delle spedalizzazioni, sempre soltanto per gli ammalati acuti, cresce paurosamente. È evidente che questa deficienza è causa sempre più frequente di non accettazioni di malati per mancanza di posti nei nostri ospedali. La stampa riporta ogni giorno vari episodi, episodi incresciosi, che, se non si provvede con urgenza, si ripeteranno con frequenza maggiore.

Onorevoli colleghi, credo che siamo giunti al punto in cui si deve dire: basta! Si deve dire che deve cessare questa cronaca dei cittadini respinti da un ospedale all'altro, che trovano la morte nelle autoambulanze per mancanza di posti letto e non adeguata assistenza. Non sono questi episodi propri del Mezzogiorno, ma sono fatti che ricorrono a Torino, a Milano, a Roma. E se questo capita da Torino a Roma, immaginiamoci cosa può avvenire a chiunque di noi nel Meridione e nelle Isole, quando si pensa ai 120 mila posti-letto mancanti, specialmente di fronte all'evento improvviso e grave.

L'adeguamento ospedaliero alle esigenze del Paese richiede un importante programma di opere pubbliche che consenta l'ampliamento della rete ospedaliera, come bene ha rilevato il nostro relatore, accompagnato da un adeguamento delle attrezzature e del personale. La lacuna dei posti-letto è la pri-

ma da colmare, ma noi non possiamo ignorare che la crisi dell'ospedale non è soltanto crisi di posti-letto ma è anche crisi istituzionale. L'ospedale non può essere considerato un organo di opera pia, ma un'istituzione sanitaria di base per un regime di sicurezza sociale coordinato con altre istituzioni, come, per esempio, gli istituti dell'assicurazione di malattia, che assumano la responsabilità erogativa del più grande numero di prestazioni e di assistenza.

Non possiamo ignorare ancora che la crisi dell'ospedale è anche crisi distributiva gravante su tutta la Nazione, è crisi qualitativa che incide sui servizi fondamentali ai centri minori, è crisi di personale, perchè deve essere risolto il problema del servizio, della carriera dei medici ospedalieri, oggetto in questi giorni di dibattiti e di polemiche. Deve essere risolto poi il problema dell'adeguamento del servizio infermieristico, che nel nostro Paese è assolutamente insufficiente qualitativamente e quantitativamente. È poi crisi economica poichè costituisce una delle più gravi e pesanti strozzature dello sviluppo democratico e civile del Paese.

Ebbene, onorevole Ministro, mi permetto di dubitare delle promesse del suo Ministero, perchè già tre anni or sono il suo predecessore aveva promesso per il 1961 la costruzione di 133 mila posti-letto e la loro completa attrezzatura, confortata dal relativo piano finanziario. Alla fine del 1959 prometteva per l'anno successivo un disegno di legge per la riforma di tutta la legislazione ospitaliera esistente. Sono passati tre anni, ma delle solenni promesse non si è vista nemmeno l'ombra della realizzazione, fino ad oggi.

Siamo ancora lontani, egregi colleghi, siamo lontani dal vedere attuata la promessa di riformare la legislazione sanitaria esistente; ecco perchè con questi precedenti, con il suo permesso, onorevole Ministro, resto dubbioso delle odierne promesse. Comprendo benissimo che per giustificare l'inefficienza del Ministero della sanità si invocheranno molte ragioni, onorevole Santero, non tutte infondate; però, se queste ragioni possono in parte scagionare il Ministero della sanità, di fatto suonano accusa verso il Governo in-

capace di affrontare, in modo organico, i problemi della salute del popolo italiano.

Ella, onorevole Ministro, nell'altro ramo del Parlamento, ha detto che il Ministero della sanità si dibatte tra enormi difficoltà finanziarie. Siamo tutti persuasi che nessuna politica finanziaria possa essere fatta con il suo bilancio, con un bilancio di meno di 57 miliardi, con un bilancio che non ha la possibilità di interventi reali soprattutto nei riguardi della salute pubblica. Con tali stanziamenti non si possono certamente colmare le lacune per rendere efficace la difesa della salute del popolo italiano!

Possibile, io mi chiedo, onorevoli colleghi, che le risorse italiane, in questi anni di congiuntura economica favorevole, di miracolo industriale, di incremento del bilancio dello Stato non permettano di stanziare somme maggiori per la difesa della salute pubblica? Per la difesa della salute pubblica, onorevoli colleghi, si è aumentato il bilancio della difesa nella guerra contro i microbi, in questi ultimi anni, di 15 miliardi; nello stesso periodo di tempo si è aumentato il bilancio della Difesa-esercito di 145 miliardi. Questo è il rapporto tra i due Ministeri, per la Sanità 57 miliardi per l'Esercito 735 miliardi. Cinquantasette miliardi per tutelare la salute italiana contro l'assalto dei temibili nemici che minacciano la salute dei cittadini, 735 miliardi per la difesa della integrità nazionale che nessuno minaccia, onorevoli colleghi, a meno che i nemici onorevole Ministro, non si nascondano tra gli amici e gli alleati atlantici e revanscisti del Governo italiano.

Quali saranno i futuri orientamenti del legislatore italiano sul problema di difesa della salute, non è possibile oggi sapere. Da parte dei deputati comunisti è stata presentata frattanto una proposta di legge per la istituzione di un servizio ospedaliero nazionalizzato. Siamo d'accordo, onorevole relatore, una volta tanto: la proposta vuole attuare un principio di razionalizzazione delle strutture ospedaliere attraverso la formazione di un servizio ospedaliero nazionale che non sia un nuovo ente burocratico accentratore ma che faccia perno ai vari livelli sui vari enti locali, garantendo democra-

ticità e decentramento amministrativo, e una razionale politica di piano a livello nazionale, come prevede d'altra parte la nostra Costituzione.

Intorno a questa proposta possiamo cominciare a discutere: non possiamo infatti chiudere gli occhi di fronte all'urgenza degli eventi che richiedono riforme rapide delle strutture sanitarie. È urgente, onorevole Ministro, coordinare gli organi preposti alla cura della salute, eliminando le disparità di assistenza tra ente ed ente. È necessario adottare identici rapporti professionali nei riguardi dei medici che prestano la loro opera a favore degli istituti assicurativi.

Ma poi non vi sono solo questi problemi, problemi urgenti anche questi da risolvere, ma ve ne sono degli altri, ve ne sono tanti altri, come, ad esempio, l'igiene del lavoro, come la medicina preventiva, come l'organizzazione della lotta contro i tumori. Perché si è parlato qui quest'oggi della lotta contro questo terribile morbo, ma non si è detto una parola sull'organizzazione attuale della lotta contro i tumori, che è meschina, che non ci consente veramente alcuna lotta efficace.

Altro problema importante è quello della igiene e delle frodi alimentari; mi auguro che qualcuno ne parli in quest'Aula dopo di me. È necessaria, quindi, l'istituzione di un servizio ospedaliero nazionale, perché con questa istituzione nazionale noi faremo fare un gran passo avanti alla politica sanitaria del nostro Paese, porremo una premessa indiscutibile alla graduale risoluzione degli altri problemi sanitari e di igiene.

Un'altra materia di fondamentale importanza è l'assistenza farmaceutica, di cui farò un breve cenno, rimanendo, signor Presidente, nel tempo che mi è stato assegnato.

Non parlerò, onorevoli colleghi, della necessità di una riforma concernente la produzione farmaceutica e il commercio delle specialità medicinali. Ho avuto modo di far conoscere il mio pensiero su questo argomento in diversi interventi in quest'Aula nelle legislature passate.

Si tratta, però, in questo campo, di emanare norme per piegare gli assurdi monopoli

dell'industria farmaceutica, che anzichè essere sottoposti ad adeguati controlli rappresentano uno Stato nello Stato. Mi riferisco, però, soltanto agli ordini del giorno che ho presentato durante la discussione dei precedenti bilanci preventivi del Ministero della sanità, ordini del giorno che riguardavano il riordinamento della legislazione sulle farmacie.

Gli ordini del giorno, onorevole Ministro, furono accettati, ma da allora ad oggi è stato approvato soltanto un provvedimento parziale, presentato dal ministro Giardina, che concerne la modifica del rapporto farmacia-popolazione, stabilendo una farmacia ogni 4.000 abitanti anzichè ogni 5.000; un provvedimento, dunque, che è soltanto un palliativo, e rimarrà tale fin quando si manterrà ferma la legge del 1913, la legge Giolitti, con le successive modificazioni, per il conferimento delle nuove sedi, modificazioni tradotte poi negli articoli 105 e 107 del testo unico delle leggi sanitarie.

In questa materia sono state presentate diverse proposte che necessitano di coordinamento; queste proposte sono già state discusse in diverse sedute di Commissione — nella nostra undicesima Commissione del Senato — ma non si è ancora riusciti a realizzare qualcosa di concreto.

La situazione rimane sempre la stessa. Quale è questa situazione? Il numero delle farmacie non si adegua allo sviluppo delle popolazioni; vi sono circa 2.500 Comuni senza farmacia.

In provincia di Alessandria, onorevole Ministro, ben 93 Comuni, sui 128 Comuni che conta la provincia stessa, con una popolazione totale di 83.422 abitanti, sono sprovvisti di questo fondamentale ed essenziale servizio, mentre abbiamo nella Nazione 20 mila farmacisti laureati che non possono esercitare. All'interno degli ordini dei farmacisti è in corso un'aspra battaglia fra proprietari e non proprietari di farmacie; c'è contrasto fra proprietari di farmacie rurali e proprietari di farmacie urbane. Oggi ha ancora fondamento il rapporto fisso stabilito per legge fra popolazione e farmacie, e proprietari di farmacie rurali e non proprietari chiedono che venga abolito. Per i con-

corsi di farmacia, mi domando come mai sia possibile mantenere in piedi una legislazione contraddittoria come gli articoli 105 e 107 della legge sanitaria. L'articolo 105 afferma che le farmacie vanno assegnate soltanto al vincitore di pubblico concorso per titoli bandito dal Prefetto, mentre poi l'articolo 107 prevede la precedenza assoluta (non a parità di titoli, badate bene, ma assoluta) nei concorsi stessi, al figlio o al coniuge del farmacista, la cui farmacia sia stata messa a concorso.

B O N A D I E S, *relatore*. La Commissione ha già deciso di abolire questa norma. È inutile ritornare su di essa.

B O C C A S S I. Ma non c'è ancora la legge, ed io ho già detto che non credo alle vostre promesse. Finchè non vedrò la legge sulla *Gazzetta Ufficiale*, non ci crederò. (*Replica del senatore Bonadies*). Così centinaia di concorrenti forniti dei migliori titoli accademici sono scavalcati dall'ultimo in graduatoria che riesce vincitore esclusivamente per meriti familiari. Badi, onorevole Bonadies, che io insisto su questo punto perchè tre anni fa presentai sull'argomento un ordine del giorno, che fu poi accettato dal Governo, ma che fui costretto a presentare di nuovo due anni fa e ancora l'anno scorso: ecco perchè sono qui a dimostrare che in tre anni non avete neanche potuto varare quella leggina. Ed io parlo appunto perchè questo sconcio finisca.

B O N A D I E S, *relatore*. La leggina sarà approvata in un mese.

B O C C A S S I. Non mi faccia dire parole grosse, con le sue interruzioni!

Dicevo dunque che il farmacista laureato, fornito dei titoli accademici, scientifici e di servizio migliori, viene scavalcato dall'ultimo in graduatoria che riesce vincitore esclusivamente per titoli familiari. Io mi auguro quindi che l'altro ramo del Parlamento approvi presto anche questo disegno di legge e che esso sia inserito al più presto nella *Gazzetta Ufficiale*. L'articolo 107 va infatti abolito perchè non regge più e deve

essere modificato nel senso della concessione della precedenza ai figli ed alla moglie soltanto a parità di titoli, altrimenti il concorso è una beffa.

La farraginoso legislazione farmaceutica italiana è un vero coacervo di contraddizioni e di assurdità giuridiche e indica la necessità di un provvedimento riformatore, di una liberalizzazione delle farmacie urbane, con l'abolizione degli attuali privilegi medioevali sanciti dalla vigente legislazione farmaceutica, e l'istituzione della condotta farmaceutica rurale.

Onorevoli colleghi, rimango fedele alla promessa fatta al nostro illustre Presidente. Per concludere, dirò che ho parlato di alcuni argomenti fondamentali della politica sanitaria del nostro Paese, con la piena comprensione dell'impossibilità di realizzare tutto e subito ciò che si desidera, specie se consideriamo la complessità degli istituti dell'Amministrazione sanitaria italiana, costruiti a poco a poco su dei disegni amministrativi non logici; comprendo infatti che è necessaria una certa gradualità per realizzare gli obiettivi di rinnovamento e di progresso dei servizi sanitari. Ma, onorevoli colleghi, gradualità vuol dire scelta dei tempi nell'ambito di scelte economiche e politiche precise. Gradualità non vuol dire rinvio sistematico *sine die* dei problemi, perchè col sistema del rinvio si aggrava la situazione e non si rinnova mai nulla.

Sappiamo quali sono i nemici di questo rinnovamento, i responsabili che mantengono il bilancio della Sanità e la spesa della sanità pubblica in ristrettezza vergognosa, per cui si spiega il mancato adempimento delle promesse fatte dai precedenti Ministri della sanità. Da parte nostra abbiamo presentato, onorevoli colleghi, una chiara proposta, che intendiamo discutere con tutte le forze democratiche del Parlamento. Con queste forze noi lotteremo per il progresso della sanità pubblica, per lo sviluppo democratico e per lo sviluppo civile del nostro Paese. (*Applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Zelioli Lanzini. Ne ha facoltà.

ZELIOLI LANZINI. Signor Presidente, onorevole Ministro e onorevole Sottosegretario, onorevoli colleghi, vogliate indulgere se, contrariamente alla mia consuetudine, prendo la parola su un bilancio dello Stato. Ma, onorevole Ministro ed onorevole Sottosegretario, le poche cose che dirò penso non saranno di nocumento allo Stato e al Governo, e non daranno a voi la sensazione di essere degli imputati sul banco degli accusati, così come testè ha voluto fare il nostro collega senatore Boccassi. Vi dirò qualcosa a vostro conforto e, scusate, a vostro indirizzo.

PASQUALICCHIO. Tranquillante! (*ilarità*).

ZELIOLI LANZINI. Le difficoltà che sono state denunciate dalle varie parti di questa Camera e le difficoltà che sono state indicate obiettivamente dall'eminente relatore di questo bilancio, senatore Bonadies, corrispondano alla realtà, e sono quelle nelle quali si sono trovati tutti i Ministri. Esse hanno un'origine che non si vuol riconoscere, ma che è veramente determinante, cioè dipendente dal nascere di questo Ministero. Scusate, onorevoli colleghi, alcuni di voi non hanno partecipato all'elaborazione delle norme istituzionali di questo Ministero, ma altri colleghi ed io ci siamo logorati non poco per trovare gli strumenti idonei a dare al Ministero la possibilità di svolgere le funzioni che erano auspicate dalla gran parte dei senatori. Non ci siamo in tutto riusciti.

Ricorderanno i colleghi della prima legislatura la proposta del senatore Silvestrini, che venne poi ripetuta nella seconda legislatura per iniziativa del compianto senatore Caporali, con la firma, mi pare, di circa 150 senatori, che a gran voce reclamavano l'istituzione del Ministero della sanità. E vorrei dire (se è lecito rammentare ancora con il latino i vecchi motivi della nostra erudizione classica), *si licet parva componere magnis*, che ho l'impressione che si sia seguito lo stesso sistema usato per la proclamazione del Regno d'Italia — sovrano Vittorio Emanuele II, e Roma capitale d'Italia — quando si affermò

nel famoso articolo unico, relatore Giorgini, che il grido di entusiasmo degli italiani era diventato legge. L'Italia unita era però ancora da fare. Così è avvenuto per il Ministero della sanità. Si è voluto ad ogni costo il Ministero della sanità e il Ministero della sanità si è costituito. Il grido dei senatori, dirò con espressione simile, è stato attuato dal Parlamento, interprete della volontà del popolo.

Sono venuti fuori gli inconvenienti, le storture che tutti lamentiamo da molti anni perchè l'elaborazione della legge è stata difficilissima. Ricordo che il Ministro della riforma burocratica intervenne con l'aiuto prezioso del suo attuale capo di gabinetto, onorevole Ministro, e dettò quelle norme che non erano chiare per noi giuristi o amministrativisti, ma che si dovevano ad ogni costo dettare e far approvare perchè il Ministero della sanità ad ogni costo doveva essere varato. Vennero quindi le difficoltà di ogni genere, frapposte particolarmente dai Dicasteri interessati ai vari settori sanitari, dal Ministero dell'interno al Ministero del lavoro, al Ministero dei lavori pubblici; e quei poveri Ministri che tennero le chiavi di questo modesto Ministero si trovarono proprio su un braciere ardente, attaccati da tutte le parti ed anche dai propri colleghi di Gabinetto.

Questa è la verità. Ed allora non pretendiamo che il Ministro faccia tutto oggi! Lasciamo il tempo al tempo e vediamo di superare insieme queste difficoltà.

Se non erro, ho letto nella relazione del senatore Bonadies che il Ministro va approntando, o ha già approntato, un disegno di legge che regola tutta la materia relativa alla sua amministrazione. Se questo è vero — e ce lo confermerà l'onorevole Ministro che ha fatto delle dichiarazioni anche alla Camera — penso che ci saremo avviati veramente sulla strada giusta e perverremo ad una meta che è nel desiderio mio e nostro, e che era senza dubbio nel desiderio dei 150 senatori che proposero l'istituzione del Ministero della sanità.

BOCCASSI. Ma un dirigente della sanità per la Provincia si poteva fare. È

stato ritirato il disegno di legge dall'onorevole Gonella, lo ricordi

ZELIOLI LANZINI. Noi conosciamo le interferenze di ogni tipo che si sono verificate in questo settore, dalle Amministrazioni provinciali alle Amministrazioni comunali, alle Prefetture, in ordine anche a delle piccole cose che potevano essere risolte con la buona volontà di un modestissimo funzionario locale. Tutto questo è avvenuto, ed allora possiamo noi imputare al Ministro e ai suoi collaboratori tutte le difficoltà che vi sono oggi e che vanno superandosi a mano a mano che il tempo passa e che si vengono apprestando gli strumenti necessari alla esplicazione delle funzioni? (*Interruzioni dall'estrema sinistra*).

BOCCASSI. Al Governo e non al Ministro.

ZELIOLI LANZINI. Detto questo come premessa, arrivo a qualche argomento di dettaglio.

La politica ospedaliera va affrontata con molta ponderazione; la precipitazione determina alle volte delle preoccupazioni che non possono essere sollevate dall'agitazione dei sanitari che premono in ogni modo ed in ogni settore perchè sia attuata la riforma ospedaliera, in ordine non tanto a quei problemi ospedalieri che interessano tutta la collettività e particolarmente la collettività degli ammalati, ma interessano il proprio tornaconto personale. Alle volte dietro l'orpello dell'assillo per gli ospedali che vanno male si nascondono interessi determinati dall'imminenza del collocamento a riposo o della scadenza del termine contrattuale. Ci sono stati fino adesso gli ospedalieri negli ospedali e si lamentano soltanto oggi perchè stanno raggiungendo i limiti di età e debbono essere dimessi. Ma quando sono entrati nella carriera gli ospedalieri sapevano che vi era un termine, un termine per gli aiuti, un termine per gli assistenti, un termine per i primari e un limite di età.

BOCCASSI. Per la pensione.

ZELIOLI LANZINI. Ora, se tutto questo oggi va bollendo nei cantieri dell'agitazione professionale, anche noi andiamo cauti. Onorevole Ministro, proponga i provvedimenti, ma tenga presente che non è soltanto il Governo quello che deve decidere e proporre, c'è anche il Parlamento il quale ha già espresso varie volte il suo pensiero e in Aula e nelle Commissioni e tante volte ha detto che le limitazioni dell'età, i periodi di tirocinio e il termine di carriera devono essere osservati perchè ci sono anche le esigenze di coloro che si affacciano alla vita professionale, ci sono i giovani che attendono da anni di occupare questi posti che non si vogliono mai lasciare da coloro che stanno bene, perchè chi sta bene non si muove.

Onorevole Ministro, sono anche questioni che non riguardano il settore ospitaliero precipuamente, ma riguardano il settore sociale, riguardano i giovani laureati a 25-26 anni, che sino a ieri avevano aperte le porte dell'ospedale per andarvi ad imparare l'arte e oggi trovano invece la porta chiusa perchè non hanno il modo di essere assunti come assistenti o come aiuti, costretti così a perdersi in quella professione che diventa mestiere e che ha i suoi tentacoli qualche volta di corruzione o di dannazione. Ecco perchè onorevole Ministro invito il Governo ed i colleghi a ponderare sull'argomento.

BOCCASSI. Mancano 20 mila posti letto!

BONADIES, *relatore*. Ma che c'entra! (*Interruzione del senatore Boccassi*).

ZELIOLI LANZINI. Senatore Boccassi, dissento da lei anche nelle ultime sue considerazioni che collimavano un po' anche con le considerazioni del relatore, senatore Bonadies, il quale ha accennato ad un ente di gestione che dovrebbe essere il toccasana. Un ente di gestione fatto qui a Roma, con il sistema del solito carrozzone romano (io parlo chiaro, onorevole Ministro), sarebbe una superstruttura che non farebbe che creare altri inciampi alla vita, sia pure stentata, ma ancora buona e sana

delle amministrazioni ospitaliere dei paesi e delle città italiane.

Onorevole Bonadies, mi permetta: lei ha usato anche la parola « nazionalizzazione ». È vero che lei ha temperato il concetto della nazionalizzazione dicendo che qui vuol significare « l'unificazione sotto un'unica direttiva di organi che fino ad ora hanno agito indipendentemente l'uno dall'altro, secondo un'autonomia che con l'avvento della assicurazione malattia ha significato disordine e talora perfino anarchia, mentre tutto deve rientrare nell'ordine e nella regolarità ». Acconsento anch'io a questa conclusione, ma cerchiamo di non parlare di nazionalizzazione.

Ha già allarmato l'opinione pubblica la nazionalizzazione in un altro settore, quello economico; se parliamo anche di nazionalizzazione degli ospedali, lei capisce a quali difficoltà si va incontro e penso che anche i colleghi socialisti e comunisti non potranno esservi tanto favorevoli, essi che si battono per le autonomie locali e per il decentramento amministrativo.

Volete estromettere le nostre amministrazioni ospitaliere, che vanno avanti ancora con quel senso di onestà e di democrazia che è il vanto della nostra periferia? Penso che non sbaglieremmo se arrivassimo ad un ente di gestione, che fosse però considerato come un organo che avesse a dare delle direttive, ad incanalare la strumentazione ospedaliera e l'organizzazione sanitaria in modo univoco, ad evitare doppioni, specialmente quelli, mai abbastanza condannati, che sorgono per opera degli istituti assicurativi, per cui esistono ospedali di lusso, meravigliosi, costruiti con i soldi dei mutui — e qui viene a proposito l'interrogazione del nostro collega Lorenzi — accanto ai modesti ospedali, pur proprietari di patrimoni cospicui: pensate ai patrimoni dell'ospedale di Milano, di 20 mila ettari, di quello di Cremona, di quello di Mantova, degli Ospizi civili di Piacenza, dei nostri ospedali che vivono non tanto della rendita di tali patrimoni, i quali, perchè terrieri, danno un reddito scarso, ma vivono anche per la forza della tradizione che sta nelle tavole fondamentali, che è la finalità stessa

che anima ancora i loro amministratori, i quali non prendono propine, amici miei, non sono commissari, e stanno ad amministrare a titolo gratuito il bene dei poveri, il vero patrimonio dei poveri...

BOCCASSI. L'opera pia!

ZELIOLI LANZINI. Se interrompe, interrompa almeno se ha cose serie da dire. Parlo di cose che penso anche lei vorrà approvare. Dico questo per mettere sull'avviso l'onorevole Ministro e i suoi collaboratori, onde si eviti quella mancanza di stimolo alla generosità privata che ancora oggi sussiste nella nostra Nazione. Sono di ieri i lasciti cospicui di uomini generosi all'ospedale di Milano. Che questa fonte, che ha alimentato gli ospedali nei secoli passati, non abbia ad inaridirsi, non abbia ad essere ridotta al calderone statale... (*Applausi dal centro*) in cui si soffocano le buone iniziative, si mortifica lo spirito di solidarietà e di carità, che è ancora il significato della nostra lotta e il motivo della nostra esistenza, perchè soltanto attraverso di esso possiamo rieducare una società che va verso la rovina!

Dette queste cose a proposito della nazionalizzazione degli ospedali e dell'agitazione dei medici ospedalieri, la prego, onorevole Ministro, di non distrarre il suo Ministero e le sue funzioni dai problemi che interessano anche il senatore Boccassi: riguardano l'aumento dei posti-letto e l'incremento dell'assistenza ospedaliera, non nelle zone dove gli ospedali sono fin troppi, ma nelle altre.

Lei dovrebbe dare istruzioni, onorevole Ministro, ai suoi medici provinciali perchè non largheggino troppo nelle autorizzazioni ad aprire nuovi ospedali o ad elevare infermerie ad ospedali di terza categoria. Quando si ha la possibilità di avere qualche milioncino da parte di qualche benefattore, si pensa subito a trasformare le infermerie in ospedali di terza categoria, e quando è decretato l'ospedale di terza categoria, le infermerie hanno cambiato denominazione ma sono come prima. Anche su questo punto invito l'onorevole Ministro a prestare la sua

attenzione e a richiamare l'attenzione degli ufficiali sanitari di periferia.

Invece bisogna aumentare l'assistenza ospedaliera nelle zone depresse, nel Meridione d'Italia, ove esistono miserie che denunciavamo sempre e che vorremmo fossero tutte e sempre affrontate dallo Stato, ma che consiglieremmo fossero anche sentite da coloro che vivono nelle loro terre, e constatano le sofferenze di coloro che hanno meno.

Vorremmo davvero che il seme della tradizione che c'è nell'Italia settentrionale e nell'Italia centrale si alimentasse un po' di più anche nel Meridione e particolarmente da quanti hanno beni di fortuna. E sorgano veramente le case della sofferenza, che raccolgano i sofferenti, e non per il lucro che vanno a cercare, ed è naturale, le cliniche private, le quali sia pure lodevolmente si apprestano proprio in quei luoghi ove gli ospedali pubblici non possono esercitare la concorrenza. Comunque ben vengano anche le cliniche della iniziativa privata — se a tutto non può provvedere lo Stato — purchè rigidamente controllate dallo Stato.

Infine, onorevole Ministro, dirò poche cose su qualche altro argomento particolare. Sulla lotta contro i tumori hanno già parlato colleghi eminenti di questa Camera, particolarmente il senatore Lorenzi. Io ho avuto la ventura di proporre il problema nel 1948. Sono le memorie dei vecchi che però hanno ancora l'ardire di coltivare le idee che sono state seminate in un tempo in cui parlare di cancro in Senato era quasi una utopia, mentre oggi è dolorosa attualità. Ricordo che l'ordine del giorno, proposto da me, dal senatore Nitti, dal senatore Bergamini, dal senatore Alberti e da altri fece epoca. Per la prima volta si era parlato della terribile malattia nel Parlamento d'Italia. Da allora di strada se ne è fatta, abbiamo messo qualche pietra, ma l'edificio ancora non è compiuto.

Debbo dar ragione al senatore Boccassi: la lotta contro i tumori è una lotta che deve essere fatta in un modo razionale e cioè non a vanvera, ma in modo ordinato. Non possiamo, noi, pensare che dando il milione

al centro profilattico di una qualsiasi località dell'Italia possiamo arrivare a sanare la piaga e a distruggere la malattia! Dobbiamo agire in modo ordinato, in quel modo ordinato che è già stato proposto dal Centro di difesa nazionale di Milano, attraverso uno schema di disegno di legge che avrà i suoi difetti, ma che comunque rappresenta un tentativo per arrivare ad una soluzione.

Ora ci sono i Centri provinciali cosiddetti di diagnosi preventiva e di cura precoce dei tumori. Certo, in questo campo sono un profano, comunque la mia modesta esperienza mi viene dai continui contatti che ho con i luminari della scienza i quali mi commuovono per l'ardore e la passione che pongono nel pretendere da noi legislatori la risoluzione di quei problemi che essi vorrebbero risolvere subito. Essi vedono le sofferenze, ma possono intervenire a malapena con i pochi rimedi a disposizione e, purtroppo, alle volte senza arrivare in tempo, perchè quando il male è stato diagnosticato più nulla c'è da fare.

Sappiamo che la diagnosi preventiva — lo ha detto anche il senatore Lorenzi — è il primo mezzo per arrivare, non dico a sconfiggere il terribile morbo, ma comunque a tamponarlo. Perchè, vedete, anche prolungare di cinque o sei anni la vita di un uomo in una famiglia vuol dire molto! E se noi, attraverso i rimedi che si propongono dalla scienza in questi ultimi tempi, possiamo dare la tranquillità a una famiglia che vuole crescere i figlioli e portarli alla sistemazione professionale, abbiamo già ottenuto qualcosa. È questo che dobbiamo fare!

Il Congresso di Mosca ha detto una parola; è un Congresso che ha avuto una risonanza notevole, forse perchè si trattava di un congresso oltre-cortina! C'è stato anche il Congresso di S. Paolo del Brasile, ma non ha avuto quella risonanza che dobbiamo riconoscere a quello di Mosca, al quale hanno partecipato anche illustri scienziati italiani.

È stata, comunque, affermata una verità che io ho subito notato; naturalmente non entro nei dettagli, non entro negli argomenti dei rimedi, delle diagnosi e così via, perchè farei ridere i miei colleghi che in que-

sto campo fanno più di me. È stata però affermata ed è risultata chiara la possibilità, anche nello stato attuale degli studi sul cancro, di salvare almeno il 25 per cento dei pazienti la cui affezione sia stata scoperta molto per tempo. E già una constatazione notevole! Dipende da noi evitare che la diagnosi sia tardiva e che i rimedi siano inefficaci.

A proposito della lotta contro i tumori, onorevole Ministro e onorevole Sottosegretario, mi si permetta di esprimere sommessamente una considerazione; dico « sommessamente », ma poi, naturalmente, ne parleranno anche le cronache, è chiaro, perchè noi siamo in luogo pubblico (e con quale pubblicità!) ove anche la sommessata voce viene subito portata sulle ali, non dico della radio, ma dei giornali, particolarmente di quei giornali che raccolgono il pettegolezzo!

Ebbene, la Lega italiana di lotta contro i tumori — lei non lo sa, onorevole Ministro, perchè allora non era responsabile del suo Dicastero — è stata sciolta in un modo un po' strano: hanno dimesso il Presidente e poi hanno dimesso anche il Consiglio di amministrazione, che non aveva alcuna colpa e alcun peccato; se colpa e peccato aveva quel Consiglio d'amministrazione era di voler fare un po' di luce su qualche scorrettezza, piccola o grande, avvenuta nella Lega; si voleva contenere un certo malcostume e rimediare. Ma un bel momento è giunto il decreto di scioglimento e di nomina del Commissario.

Noi pensammo che il Commissario sarebbe stato il benvenuto, qualora attraverso il Commissario si fosse arrivati alla riforma dello statuto o del regolamento, e infine ad un riordinamento degli organi amministrativi, che avrebbero dovuto essere democraticamente eletti dalla periferia. Così pensavamo che il Commissario sarebbe ben presto giunto al termine del suo mandato; invece, proprio pochi giorni fa, abbiamo saputo che il primo Commissario è stato sostituito da un secondo; ed io che, per bontà del Commissario uscente, ero stato nominato consulente e suo collaboratore insieme con altre illustri personalità di Roma ho intuito che la mia previsione di vedere ricostituita entro l'an-

no, su basi democratiche, questa Lega, era solo un'illusione.

Il sistema democratico a nostro giudizio era, se non il migliore, il più idoneo per garantire il funzionamento della istituzione; invece ora ci troviamo di fronte ad un nuovo Commissario. Fino a quando? Onorevole Ministro accolga la mia preghiera (che è la preghiera di un collega amico, non di un senatore) che si faccia presto e che si dia alla Lega italiana per la lotta contro i tumori il modo di riprendere ancora le sue funzioni e la sua piena attività.

In generale, poi, a proposito di commissari, aggiungerei ancora qualche cosa. Il senatore Bonadies ha esaltato gli istituti per la lotta contro il cancro ed ha ricordato quello di Milano, il « Pascale » di Napoli e il « Regina Elena » di Roma. Ma sa lei, onorevole Ministro, che il « Regina Elena » di Roma è retto da un Commissario da 5 o 6 anni?

BONADIES, *relatore*. Non c'è mai stato un presidente.

ZELIOLI LANZINI. La cosa è stranissima. Perché non si attuano gli ordinamenti democratici? Almeno quegli organismi potrebbero essere controllati, e attraverso il sistema democratico potrebbe essere fatta ascoltare la voce di colui che dissente. Invece il commissario è intangibile e, quello che è grave, il commissario è pagato. Egli adempie ad una funzione retribuita, mentre il presidente esercita le sue funzioni a titolo gratuito.

Dico tutte queste cose perché ella sappia provvedere con l'autorità che noi tutti le riconosciamo e soprattutto con quel senso di onestà che io le riconosco da vecchia data, ormai, onorevole Jervolino, giacché sono passati tanti anni dai tempi nei quali insieme combattevamo la battaglia per l'ideale. Anche queste sono battaglie per l'ideale: si tratta della salute dei sofferenti, si tratta di portare, se non la gioia, un piccolo raggio di serenità in coloro che hanno bisogno di conforto e di cure.

Desidero indicarle, infine, onorevole Jervolino, un altro problema, al quale accenno anche per evitare che l'opposizione in-

veisca inutilmente di fronte a constatazioni che facciamo fra di noi, come si usa nella democrazia onesta. Il senatore Banfi ha presentato un progetto di legge riguardante la riforma degli ospedali psichiatrici, sul quale io ero relatore. Mi ero accinto infatti a preparare una relazione secondo lo spirito che era proprio di quel progetto; spirito che (non lo dico certo per togliere merito alla capacità ed alla competenza del senatore Banfi, ma soltanto per la verità) era stato tratto dallo schema preciso che il Centro nazionale di prevenzione e di difesa sociale di Milano aveva proposto, dopo severi studi, fatti nel 1955, che affermarono criteri ribaditi dal caro nostro collega senatore Tessitori già Alto Commissario alla sanità e che ancora oggi possiamo accettare: il criterio, per esempio, che la malattia mentale sia una malattia sociale, come si qualificano oggi quelle a carattere collettivo.

Un secondo criterio è che si debba sostituire il concetto della legge del 1904, secondo cui è preminente l'esigenza della custodia del malato di mente, con l'altro della tutela sanitaria, per cui diviene secondario e subordinato il problema della custodia.

Terzo: la riforma legislativa sarebbe infelice se non prevedesse una nuova attrezzatura dispensariale, perché si possa attuare quella profilassi, prevenzione e cura dell'ammalato che il progresso scientifico ritiene possibile, fino all'assistenza extra-ospedaliera e post-ospedaliera.

Onorevoli colleghi, la legge del 1904 — bisogna riconoscerlo — è una legge un po' vecchiotta, che ha bisogno di essere snellita, ringiovanita, specie in ordine a quella limitazione di libertà che riduce gli ammalati di mente a dei poveri carcerati.

Non c'è niente di straordinario: ricordo che, in una Repubblica del Sud-America, a quanto mi hanno detto in luogo i nostri diplomatici rappresentanti dell'Italia in questa Repubblica, fino a pochi anni fa gli ammalati di mente e specie i bambini erano chiusi nei reclusori, nelle carceri. Ma del resto non diversamente, se non nella forma certamente nello spirito, dispone l'articolo 604 del nostro Codice di procedura penale, per il quale si iscrivono nel Casellario giudiziario

i provvedimenti di ricovero in manicomio. Questa è, purtroppo, dolorosa verità.

CORNAGGIA MEDICI. È l'erastolo senza possibilità di grazia o di liberazione condizionale!

ZELIOLI LANZINI. Ringrazio il senatore Cornaggia Medici per aver portato un altro argomento alla mia tesi. Le cose sembrano chiare, ma purtroppo tutto si è fermato. Gli organi governativi non hanno ancora assunto e dato direttive in proposito.

E finalmente l'ultimo argomento sui cui mi soffermo, onorevoli colleghi, riguarda i poliomielitici e gli spastici. Ho presentato una interrogazione, nel maggio scorso, recante il numero 1429, che penso sarà stata esaminata, se non dal Ministro, senza dubbio dagli uffici ministeriali, e sarà stato preso in considerazione quanto chiedevo, relativamente alla inchiesta eseguita dagli uffici, per conoscere quanti fossero gli infermi affetti da paralisi spastica e infantile, e quanto fosse stato possibile accertare con dati concreti in ordine al loro recupero e alla loro guarigione.

Avviene infatti che qualche volta ci sono dei poliomielitici che vengono assistiti e che non sono poliomielitici, perchè sono minorati fisici fin dalla nascita e non sono più recuperabili, e ci sono dei discinetici e degli spastici che non vengono assistiti perchè si ritengono minorati psichici, per cui non si ritiene di dover intervenire. È un accertamento un po' difficile, d'accordo, ma vorrei invocare l'attenzione dell'onorevole Ministro su questo problema, in vista anche della necessità di assistere i minorati dopo il recupero, perchè altrimenti andranno ancora perduti.

Consento che sono problemi grossi, onorevole Ministro: ci vorrebbe, come diciamo noi, la borsa di Sant'Omobono o il pozzo di San Patrizio per arrivare a tutto. Ci vorrebbe un miracolo economico, ma di natura ben diversa da quel miracolo economico che oggi noi decantiamo. Ed allora dico all'onorevole Ministro: poniamo l'attenzione anche su questo argomento che non è marginale, affinché tutti i giovani che vengono recupe-

rati siano poi avviati alla professione, alla istruzione, all'educazione, alla vita sociale ed abbiano il modo di diventare indipendenti dalla famiglia e di crearsi anche per sé un avvenire che non sia quello del ricovero.

Ecco ciò che desideravo dire, onorevole Ministro, molto familiarmente in questa alta Assemblea.

Al Ministro della sanità, ai suoi collaboratori, il compito di indirizzare la soluzione di questi problemi. Come nel campo economico si studiano e si attuano i mezzi per migliorare le sorti degli umili e per avviarli ad un sistema di vita adeguato alle nuove esigenze della civiltà, così nel campo della salute pubblica siano benedette le fatiche degli uomini che così intendono la politica sanitaria: uno strumento per cooperare, nel bene comune, con la salute del corpo, alla elevazione dell'anima e alla serenità degli spiriti. (*Vivi applausi dal centro. Molte congratulazioni.*)

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

GENCO, Segretario:

« Il Senato

invita il Governo a potenziare il servizio tecnico ispettivo ministeriale, anche allo scopo di poter meglio controllare l'utilizzazione dei fondi erogati dal Ministero a vari enti e di indirizzare e coordinare gli interventi nei vari settori ».

PRESIDENTE. Il senatore Ottolenghi ha facoltà di parlare.

OTTOLENGHI. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, sono veramente mortificato di dover richiamare la vostra benevola attenzione su pochi problemi di carattere pratico che riguardano la organizzazione periferica del Ministero della sanità. Dopo gli elevati discorsi che avete ascoltato, permettete che io vi richiami alle necessità della vita di tutti i giorni e che vi segnali alcuni inconvenienti ai quali si può facilmente porre rimedio

Anzitutto vi è il problema dell'avvicendamento dei Medici provinciali. Io credo che sarebbe bene procedere ad un avvicendamento più frequente perchè ai Medici provinciali incombono sempre maggiori responsabilità e sempre più elevati compiti. Del resto questa è una conseguenza della vita moderna; allo Stato moderno si riferiscono sempre maggiori attività e sempre più gravi compiti; pertanto è ovvio che anche sulle singole branche della attività statale e sui singoli funzionari si riversino maggiori responsabilità. Così accade appunto per i Medici provinciali.

Ora, a parte le esigenze di carriera, per le quali i Medici provinciali hanno effettivamente bisogno di essere trasferiti e avvicendati, nonchè di migliorare sede, sta di fatto che quando essi troppo a lungo rimangono in determinate Province rischiano di essere avviluppati, diciamo così, dall'ambiente, di trovarsi psicologicamente vincolati da amicizie e relazioni, e di non aver più quella libertà di movimento e di iniziativa, quella imparzialità, quella obiettività che sarebbero quanto mai auspicabili in alti funzionari che hanno gravissime responsabilità in sede provinciale.

Passo subito ad un altro argomento perchè so di parlare ad un Ministro quanto mai competente, per il quale non occorrono lunghi discorsi; basta accennare ad un argomento e si può essere certi di essere compresi anche al di là delle pochissime e rapidissime parole che si pronunciano. D'altronde, sul secondo argomento che desidero trattare ho presentato anche un ordine del giorno che non ha bisogno di illustrazione. Con esso chiedo che vengano fatte più frequenti ispezioni in provincia.

Parrà strano, onorevole Ministro, che proprio io vi chieda delle ispezioni, ma in realtà io prospetto soltanto l'esigenza di un maggior contatto tra il centro e la periferia. Invero, ritengo che di fronte ai compiti che il Ministero della sanità è chiamato oggi ad assolvere, in considerazione del movimento di denaro che esso deve fare per distribuire annualmente le somme occorrenti alle singole Province, sia necessario un maggior controllo da parte del centro e sia opportuno che venga dato un indirizzo uniforme in

tutte le Province. È chiaro quindi che sotto questo profilo e unicamente per questi scopi sarebbe utile che ci fossero più frequenti ispezioni e più frequenti controlli da parte dell'autorità centrale: non per cercare, come troppo spesso accade, il pelo nell'uovo, o per fare rilievi burocratici, bensì per dare un indirizzo, per consigliare e sorreggere i Medici provinciali, affinché le autorità mediche provinciali si sentano appoggiate, direi quasi accompagnate, dall'autorità centrale.

Anche questo è un argomento che mi pare sia sufficientemente svolto nell'ordine del giorno che ho presentato; passo quindi oltre, al terzo argomento, che sarà quello finale, perchè debbo rispettare i limiti di tempo che il Presidente giustamente mi ha assegnato. L'ultimo argomento riguarda l'opportunità, che segnalo calorosamente al Ministro, di istituire squadre di pronto intervento per casi di calamità. Intendiamoci, siamo abituati da anni, forse da secoli, a vedere quelle ambulanze che svolgono un servizio medico ambulante. Ricordo ad esempio di aver visto quadri e stampe ottocentesche che riproducono le carovane trainate da cavalli le quali portavano il chinino o altri medicinali nei luoghi dove imperversava la malaria; ed oggi ci sono le ambulanze che fanno servizio anche per conto di vari enti previdenziali, e portano anche nei più lontani paesi l'assistenza medica spesso specialistica. Ma bisognerebbe, secondo me, collettivizzare questi servizi, avere cioè delle squadre che possano intervenire prontamente in caso di calamità; e qui mi riallaccio a quello che ha detto il senatore Alberti molto nobilmente, come sempre con profonda competenza. Abbiamo purtroppo in questo momento un esempio dinanzi ai nostri occhi; c'è stato un terremoto, fortunatamente con conseguenze non gravissime, ma che tuttora ha portato e porta profondo disagio alle popolazioni colpite. Abbiamo visto in questa triste occasione quanto siano insufficienti i nostri mezzi, e come fossimo assolutamente impreparati (e non faccio colpa a chicchessia di questa impreparazione) di fronte a questa calamità. Ora, ciò non dovrebbe accadere; bisognerebbe che vi fossero delle squadre che chiamerei di pronto intervento, le quali potessero accorrere con carovane vere e pro-

prie nei luoghi dove è necessario portare il soccorso immediato, il conforto, i viveri, i medicinali, in sostanza tutto quello che deve essere dato dal Ministero della sanità.

Ho concluso e credo, onorevole Presidente, di essere stato di parola. Ringrazio il Ministro di avermi pazientemente ascoltato, nonostante che questa seduta duri da ben quattro ore ed egli abbia attentamente seguito tutti gli interventi.

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

Presentazione di disegno di legge.

J E R V O L I N O, *Ministro della sanità.*
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E. Ne ha facoltà.

J E R V O L I N O, *Ministro della sanità.*
A nome del Presidente del Consiglio dei ministri, ho l'onore di presentare al Senato il seguente disegno di legge:

« Norme sull'ordinamento e sulle attribuzioni del Consiglio di Stato » (2179).

P R E S I D E N T E. Do atto all'onorevole Ministro della sanità della presentazione del predetto disegno di legge, che sarà stampato, distribuito ed assegnato alla Commissione competente.

Annunzio di interpellanze

P R E S I D E N T E. Si dia lettura delle interpellanze pervenute alla Presidenza.

G E N C O, *Segretario:*

Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro degli affari esteri, per conoscere l'orientamento del Governo di fronte alla situazione gravissima che si sta creando in seguito alla rinnovata minaccia di aggressione contro Cuba.

Dopo la fallita invasione della primavera del 1961, le provocazioni contro la giovane Repubblica socialista non sono mai cessate e hanno contribuito a mantenere tesa la situazione internazionale: oggi, dopo le gravi misure adottate dagli U.S.A., alle qua-

li hanno risposto le gravi dichiarazioni del Governo sovietico, la questione cubana profila un pericolo imminente per se stessa e d'altra parte rende ancora più difficile la situazione internazionale già invelenita dai voli spionistici sulla Cina e sull'U.R.S.S., dall'irrigidimento delle posizioni occidentali su Berlino e dall'acuita minaccia dell'asse oltranzistico Bonn-Parigi.

Vivamente preoccupati da questa situazione gli interpellanti chiedono che il Governo italiano faccia conoscere al Parlamento e al Paese il suo punto di vista e i suoi propositi (594).

SPANO, SECCHIA, MENCARAGLIA, DONINI, VALENZI

Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro dell'interno, per avere informazioni intorno all'attività svolta in Italia dai dirigenti francesi dell'OAS e dai loro complici, in particolare dai Sigg. Bidault e Soustelle.

Gli interpellanti desiderano inoltre conoscere, in relazione alle notizie pubblicate dai giornali, dalle quali si può desumere che è esistita ed esiste intorno ai dirigenti francesi dell'OAS una larga rete di complicità nei residui del fascismo italiano, quali misure intenda prendere il Governo della Repubblica per impedire che il territorio del nostro Paese diventi centro di attività dei residui del fascismo internazionale (595).

SECCHIA, TERRACINI, PELLEGRINI, MAMMUCARI, SPANO

Annunzio di interrogazioni

P R E S I D E N T E. Si dia lettura delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

G E N C O, *Segretario:*

Al Ministro della difesa, per sapere:

quali criteri di competenza o di merito lo abbiano indotto ad annullare improvvisamente e senza motivazione la destinazione di un Colonnello di cavalleria al Comando del Centro ippico preolimpionico di Passo Corese, già disposta dal Capo di Stato Maggiore dell'Esercito con telegramma del 4

maggio 1962, evidentemente in base al riconoscimento delle attitudini e dei meriti dell'ufficiale;

se ritenga che un simile modo di procedere sia confacente alla posizione e al prestigio di un ufficiale superiore, valoroso combattente dell'ultima guerra e della guerra di Liberazione, decorato di medaglia di argento e proposto per l'avanzamento per merito di guerra;

infine, se sia stato informato che l'ufficiale stesso era da tutti considerato, negli ambienti competenti, come il più idoneo e qualificato ad assumere l'incarico di cui si tratta.

L'inconsueta omissione del nome dell'ufficiale troverà motivazione nella replica dell'interrogante a questa interrogazione, per la quale si chiede risposta orale con l'urgenza che il caso richiede (1501).

SOLARI

Al Ministro della difesa, per conoscere se non crede di smentire la notizia che si è diffusa circa il trasferimento da Napoli del Dipartimento militare del Basso Tirreno. E principalmente se non crede di rassicurare Napoli che rimane e rimarrà sede di quel Dipartimento che ha sempre vantato marinai degni di ammirazione e di stima (1502).

SANSONE

Ai Ministri dei trasporti e dei lavori pubblici. Gli interroganti, venuti a conoscenza della decisione di sopprimere la ferrovia Ora-Predazzo, desiderano sapere se intendano riparare il danno causato al traffico delle Valli di Fiemme e Fassa, migliorando con l'allargamento e con correzioni di curve la strada statale delle Dolomiti prima della soppressione della detta ferrovia.

Fanno presente che la strada delle Dolomiti è già insufficiente al traffico enormemente aumentato in questo dopoguerra (in quest'ultimo anno l'aumento è stato del 30 per cento) e che durante l'inverno risulta intransitabile nei giorni di grosse nevicate a causa dell'ulteriore restringimento stradale (mentre la ferrovia funziona sempre), per cui il riversare sulla strada già ingorgata il traffico di persone e merci della ferrovia

che si vuol sopprimere creerà danno insopportabile alle due valli di alta montagna (oltre 20.000 abitanti) e al turismo di tutta la zona delle Dolomiti (1503).

MOTT, ROSATI, DE UNTERRICHTER,
SPAGNOLLI

Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni, per conoscere se non creda di intervenire con opportuna urgenza al fine di far cessare da parte della RAI-TV l'abusivo esercizio di un monopolio di stampa a beneficio del Radio Corriere, edito, come è noto, da una Società che è emanazione della stessa RAI-TV.

E se non creda in particolare che si debba evitare per l'avvenire quello che si è testè verificato, a proposito del programma di « Canzonissima » che è stato, con palese artificio, riservato allo stesso Radio Corriere, ponendo così tutta la stampa periodica interessata, in netta condizione di inferiorità (1504).

SANSONE

*Interrogazioni
con richiesta di risposta scritta*

Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni, per sapere se non creda di eliminare il grave inconveniente del tardivo recapito della corrispondenza ai cittadini di Miglionico, ai quali, con i metodi adottati, è consegnata il giorno successivo al suo arrivo, con vivo malcontento della cittadinanza. Occorre considerare che la posta, specie nei paesi di scarse comunicazioni, rappresenta gran parte della vita delle popolazioni, ed un giorno di ritardo nella consegna dei giornali e della corrispondenza, significa isolarle del tutto.

Urge provvedere venendo incontro ai reclami inoltrati da tempo telegraficamente, anche dall'Amministrazione comunale, trattandosi d'un problema di umana civiltà (3246).

CERABONA

Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste, per conoscere se non ritenga necessario, stante la persistente siccità che ha compro-

messo in molte zone del nostro territorio la produzione dei foraggi, esaminare l'opportunità di assicurare, con i più idonei mezzi, la conservazione della consistenza numerica del patrimonio zootecnico nazionale (3247).

CARELLI

Al Ministro dei lavori pubblici, per sapere se non ritenga doveroso ed urgente dare disposizioni a che siano finalmente realizzate le opere di arginatura della riva sinistra del fiume Pescara, nel tratto Chieti-Scalo-Pescara, già da alcuni anni giudicate necessarie dai tecnici del Genio civile a difesa delle ricorrenti alluvioni e ripetutamente sollecitate dai Comuni e dalle organizzazioni interessate. Il fatto che, nonostante le molte promesse, il Ministero non abbia ancora provveduto appare tanto più deludente, in quanto sulla corrispondente riva destra dello stesso fiume analoghi lavori sono ormai in corso; ciò che determina una sperequazione di trattamento a danno degli agricoltori della riva sinistra, che non ha davvero alcuna giustificazione (3248).

MILILLO

Al Ministro dei trasporti, per sapere il motivo per il quale il Compartimento di Torino — Servizio movimento — è venuto alla determinazione di sopprimere, dal 15 settembre 1962, i quattro posti di verificatori in servizio da decenni nella stazione di Mortara nella quale transitano centoquaranta treni giornalieri compresi quelli di origine mentre a parere del personale competente occorrerebbero almeno sei verificatori permanenti.

La situazione della stazione di Mortara è la seguente: treni di origine per prove dei freni n. 24; treni di transito con prove freno ridotte per cambio locomotore e diversi n. 24; treni da visitare a fine corsa per sosta a Mortara n. 14 di cui 5 treni operai composti da 6 a 9 vetture e n. 6 treni da 20 a 60 carri merci.

I treni operai restano in sosta a Mortara con una media di 28 veicoli viaggiatori. Risulta che le riparazioni eseguite dai verificatori, senza ricorso all'officina, sono in

media 300-400 mensili. Poichè i treni in partenza da Pavia per Vercelli e viceversa sono verificati solo a Mortara, così pure quelli da Milano Porta Genova-Mortara, si corre il pericolo che i treni viaggino senza verifica e se la disposizione assurda del Servizio movimento di Torino non dovesse venire revocata, dalle ore 5 alle ore 7 e dalle 19 in poi i treni operai e viaggiatori sarebbero senza verifica e nessuno potrà provvedere, per soppressione del personale, alla illuminazione e riscaldamento dei treni, tanto più se si considera che i treni sono riscaldati a vapore.

Gli interroganti chiedono al Ministro di ordinare la revoca immediata del provvedimento e provvedere attraverso una severa inchiesta per conoscere le cause che hanno determinato l'inspiegabile provvedimento che creerà disagi per i viaggiatori ed aumenterà le probabilità di incidenti ferroviari (3249).

LOMBARDI, VERGANI

Ordine del giorno

per la seduta di venerdì 14 settembre 1962

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica domani, venerdì 14 settembre, alle ore 9,30, con il seguente ordine del giorno:

I. Seguito della discussione dei disegni di legge:

1. Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963 (2071 e 2071-bis) (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

2. DONINI ed altri. — Istituzione della scuola obbligatoria statale dai sei ai quattordici anni (359).

Istituzione della scuola Media (904).

La seduta è tolta (ore 20,45).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari