

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

11° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 1° FEBBRAIO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione del professor Luigino Bellani, direttore dei servizi veterinari e del professor Luigi Giannico, direttore generale dei servizi di igiene pubblica del Ministero della sanità

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 15 e <i>passim</i>	GIANNICO	Pag. 3, 23, 27 e <i>passim</i>
CONDORELLI (DC)	17	BELLANI	9, 14, 29
LOPRIENO (Sin. Ind.)	19		
MELOTTO (DC)	20, 21		
MONACO (DC)	22		
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.)	21		
PINTO Biagio (PRI)	16		
RANALLI (PCI)	18		
ROSSANDA (PCI)	14, 16, 21 e <i>passim</i>		
SELLITTI (PSI)	19		

Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità Cavigliasso.

Intervengono, a norma dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Luigino Bellani, direttore generale dei servizi veterinari e il professor Luigi Giannico, direttore generale dei servizi di igiene pubblica del Ministero della sanità, accompagnati dal professor Filippo Aulenta, direttore della prima divisione dei servizi veterinari.

I lavori hanno inizio alle ore 9,30.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. È oggi in programma l'audizione di rappresentanti del Ministero della sanità.

Vengono quindi introdotti il professor Luigino Bellani, il professor Luigi Giannico e il professor Filippo Aulenta.

Audizione del professor Luigino Bellani, direttore generale dei servizi veterinari e del professor Luigi Giannico, direttore generale dei servizi di igiene pubblica del Ministero della sanità.

PRESIDENTE. Desidero rivolgere un vivo ringraziamento al professor Luigino Bellani e al professor Luigi Giannico per aver accolto l'invito di questa Commissione a partecipare all'odierna audizione.

Do senz'altro la parola al professor Giannico per un'esposizione introduttiva.

GIANNICO. Onorevole Presidente, desidero ringraziare la Commissione per l'opportunità che c'è stata data di esporre le nostre impressioni e le nostre considerazioni che in fin dei conti si rifanno all'esperienza quotidiana del nostro lavoro. Sono riflessioni però che, evidenziate in una così qualificata sede, danno effettivamente l'occasione di richiamare l'attenzione sugli aspetti positivi e su quelli

che invece in un certo qual modo gettano ombra sulla riforma sanitaria.

La mia esposizione si riferirà al settore di mia competenza, vale a dire quello dell'igiene e sanità pubblica, poichè dirigo questo servizio del Ministero della sanità. Partirei da un'analisi di come l'igiene pubblica è stata collocata nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Come dicevo, ci sono aspetti positivi che vanno sottolineati: per esempio, la valorizzazione degli interventi preventivi. La sanità pubblica è basata sulla prevenzione e si può dire che ha rappresentato l'asse portante, in passato e nel momento presente, di quella prevenzione che è auspicata negli altri settori. La valorizzazione degli interventi preventivi avutasi con la riforma sanitaria è pertanto il primo aspetto positivo, e va sottolineata.

Secondo aspetto positivo è il facilitato raccordo tra i servizi di sanità pubblica e gli altri servizi sanitari; negli ultimi tempi prima della riforma, con lo sviluppo del sistema mutualistico, abbiamo avuto un'organizzazione di tipo verticale tra i vari istituti assistenziali e i servizi di sanità pubblica, per cui non c'era un raccordo e questa separazione non ha favorito nel nostro paese interventi e programmi di prevenzione. Oggi, invece, sappiamo che i servizi di igiene pubblica rientrano nell'ambito delle unità sanitarie locali, dove sono confluiti tutti gli altri servizi sanitari, e ciò ha comportato un raccordo che favorisce certamente gli interventi in questo campo.

Bisogna poi mettere in risalto un altro punto positivo: prima della riforma sanitaria, alcuni settori dell'igiene pubblica sfuggivano alla competenza propria del funzionario di sanità pubblica e intendo riferirmi, ad esempio, all'igiene del lavoro. Gli onorevoli Commissari sanno benissimo che, precedentemente, questo settore era di competenza del Ministero del lavoro; quindi, un settore molto importante non rientrava nelle competenze delle strutture di sanità pubblica: l'ufficiale sanitario si fermava alle porte della fabbrica perchè all'interno un altro organo esercitava la sua competenza e questo frazionamento di competenze si proiettava in maniera negativa. Oggi, nell'ambito dei servizi

di sanità pubblica delle unità sanitarie locali, c'è stato questo ricongiungimento e ciò va visto come aspetto positivo.

Questi, signor Presidente, per sommi capi, sono i fatti salienti che certamente hanno fatto fare alla sanità pubblica un salto di qualità con la riforma.

Le ombre cui facevo riferimento sono invece innanzitutto da riferire al fatto che la collocazione dell'igiene pubblica nell'ambito della legge n. 833 del 1978 non ha avuto molto risalto. Tale processo forse è da riportare al fatto che esso era stato preceduto dall'euforia per il controllo della patologia infettiva attraverso l'impiego degli antibiotici e degli antimicrobici in generale, per cui si è ritenuto che il capitolo delle malattie infettive, caposaldo della sanità pubblica, fosse stato messo sotto controllo. Lo si può anche riferire al fatto che l'igiene pubblica prima della riforma attraversava momenti di crisi, poichè i nostri organi si erano indeboliti per via di un travaso di funzionari dall'Amministrazione sanitaria ad altri organi sanitari che presentavano notevoli vantaggi economici rispetto alla nostra situazione; di conseguenza non è stata richiamata nella maniera dovuta l'attenzione al riguardo.

A mio avviso, la sanità pubblica non ha avuto dunque il risalto che doveva avere nell'ambito della legge n. 833: in effetti se esaminiamo tutti gli articoli di tale legge, e sono parecchi, troviamo unicamente l'articolo 32 dedicato all'igiene pubblica, articolo che si limita a stabilire le competenze del Ministro della sanità per l'emanazione delle ordinanze contingibili e urgenti e a prevedere la delega alle Regioni per l'emanazione di norme per l'esercizio delle funzioni di sanità pubblica. Tutto finisce qui. C'è poi l'articolo 33 che conferisce al sindaco la qualità di autorità sanitaria, riportando cioè tale autorità nell'ambito del Comune, come era precedentemente all'istituzione del Ministero della sanità, allorquando l'autorità sanitaria era appunto il sindaco. In seguito, com'è noto, fu l'ufficiale sanitario ad essere investito di tale autorità; con la riforma si ritorna così indietro.

L'articolo 32 regola dunque il settore della sanità pubblica. Le Regioni, in base a questo

articolo, hanno avuto la delega per l'organizzazione dei servizi di sanità pubblica ed hanno provveduto al riguardo nella quasi totalità; soltanto una o due Regioni debbono ancora emanare norme al riguardo. Il settore è stato disciplinato con l'attribuzione alle Regioni delle funzioni di coordinamento e di indirizzo, attribuendo al sindaco poteri autorizzativi e prescrittivi e assegnando alle USL tutta la parte operativa, cioè la parte applicativa delle funzioni di sanità pubblica. È da rilevare che mancano però rapporti organici tra i diversi livelli operativi e cioè tra il Ministero della sanità, l'amministrazione regionale e gli organi esecutivi rappresentati dalle unità sanitarie locali. In altre parole c'è stato il dissolvimento di quei legami che prima esistevano: il Ministro della sanità, il medico provinciale e l'ufficiale sanitario si presentavano infatti poi con un legame proprio di carattere funzionale. In ventiquattro ore il Ministro della sanità emanava la disposizione che veniva recepita dal medico provinciale, che a sua volta la faceva pervenire all'ufficiale sanitario. Nello spazio di un giorno tutto il paese era coperto da una disposizione riguardante la sanità. La sanità pubblica, non riguarda infatti l'individuo ma la collettività, tutto il paese, ha riflessi e agganci di carattere internazionale, non può prescindere da un'organizzazione di tipo funzionale perchè altrimenti le misure adottate si vanificherebbero.

Al giorno d'oggi, volendo fare un raffronto con il passato, osserviamo che il Ministro della sanità ha la potestà di dare direttive e indirizzi ed esercitare un'azione propulsiva. Le stesse competenze rileviamo a livello regionale nei confronti delle USL, però sono competenze che non comportano una valutazione e un controllo dello svolgimento dei servizi. È indubitabile che sia necessario, a livello superiore a quello operativo, esercitare un'azione di controllo e verifica: non ci si può limitare all'esercizio di coordinamento e di indirizzo.

È assolutamente necessario infatti, nell'ambito della sanità pubblica, che ha bisogno di un'organizzazione funzionale, esercitare anche un'azione di verifica e di controllo per accertare le efficienze dei servizi,

eventuali carenze, e sopperire a queste ultime.

Un altro fatto che va sottolineato, onorevoli senatori, è che si è avuto un distanziamento notevole tra l'autorità sanitaria — che, ripeto, è tornata al sindaco — e la consulenza tecnica, che veniva esercitata una volta a livello di Comune. Prima della riforma ogni sindaco del nostro paese aveva a fianco l'ufficiale sanitario con delle precise responsabilità, con una precisa definizione delle sue funzioni, e quindi se il sindaco era l'autorità sanitaria, di carattere politico-amministrativo e, a fianco c'era il responsabile tecnico delle funzioni di sanità pubblica con una definizione ben chiara e netta dei suoi compiti.

Oggi invece abbiamo l'autorità sanitaria individuabile nel sindaco (ma torno a ripetere che è sempre un'autorità di carattere politico-amministrativo), però la maggior parte dei sindaci del nostro paese non ha più a fianco l'ufficiale sanitario. Infatti, molte USL sono intercomunali e tanti Comuni non hanno in sede il servizio d'igiene della USL. Quest'ultimo in effetti ha sede nel Comune capoluogo e gli altri Comuni si ritrovano completamente sprovvisti della consulenza tecnica che prima esisteva in ogni centro in quanto il testo unico delle leggi sanitarie prevedeva per ogni Comune l'ufficiale sanitario. Se il Comune aveva una certa rilevanza demografica e una certa consistenza, allora c'era un ufficiale sanitario *ad hoc* che svolgeva soltanto tali funzioni e veniva scelto sulla base di un severo concorso. Se il Comune invece era ridotto come numero di abitanti, allora l'incarico veniva dato a un medico condotto o a un medico libero professionista, ma il sindaco era sempre affiancato dal funzionario medico con capacità tecniche. Oggi non c'è più chi lo assiste, lo consiglia, ed egli è quindi costretto ad assumersi delle responsabilità di carattere tecnico.

Loro sanno meglio di me che nel caso di un inquinamento idrico, di un inconveniente igienico, dell'accensione di un piccolo focolaio di malattia infettiva, il sindaco non sa a chi rivolgersi. Deve contattare la sua USL, che però può avere la sede trenta o quaranta chilometri lontano. Non potendo sempre

muoversi, allora si rivolge a noi del Ministero per avere quel consiglio tecnico che prima gli veniva dato dall'ufficiale sanitario presente sul posto.

Devo poi far rilevare che, nell'ambito della riforma sanitaria, alcuni settori della sanità pubblica hanno avuto un trattamento veramente singolare. Intendo riferirmi soprattutto alla patologia infettiva che, come dicevo, è stata sempre l'asse portante della sanità pubblica, poichè la malattia infettiva presenta tutti i suoi rischi non soltanto nei confronti del singolo, ma anche nei confronti di tutta la collettività.

Ebbene, la legge n. 833 ha previsto una spaccatura netta, una dicotomia per le malattie infettive, in quanto in base all'articolo 6 ha lasciato alla competenza dello Stato la responsabilità per le malattie infettive per le quali c'è l'obbligo della vaccinazione o di misure quarantenarie, mentre invece ha trasferito alla competenza dei Comuni — neanche delle Regioni — tutte le competenze riguardanti le altre malattie infettive, e ciò in base agli articoli 7 e 13. Per cui oggi ci ritroviamo in questa situazione: lo Stato è competente per quattro o cinque malattie (tetano, difterite, polio, malattie tropicali); per le altre malattie invece, che hanno un grosso impatto nel paese (come l'epatite virale, l'influenza, la meningite, la salmonellosi, le malattie esantematiche dell'infanzia, eccetera) lo Stato è completamente privato di competenza, perchè questa è stata trasferita — si badi bene, non delegata —, dallo Stato ai Comuni.

Tutto ciò ci pone in grosse difficoltà perchè, mentre abbiamo la possibilità di intervenire e dare le nostre disposizioni per quelle poche malattie che poc'anzi ho ricordato, per tutto l'altro vasto settore della patologia infettiva nulla avremmo da dire, anche se si agisce lo stesso, ma volontariamente, spontaneamente, perchè sappiamo che i Comuni non possono decidere in proprio.

Non so quindi, ad esempio, se sia possibile nel nostro paese imboccare la strada della lotta contro l'epatite virale B, facendo decidere i Comuni. Il Ministero della sanità ha dato tutte le sue direttive, ma è andato oltre ciò che il legislatore ha ritenuto di affidargli.

La sanità pubblica è caratterizzata da alcuni requisiti indispensabili, cioè quelli della globalità degli interventi, dell'uniformità e della contemporaneità. Non è assolutamente possibile, ad esempio, avviare una politica di eradicazione del morbillo nel nostro paese, se non si fa un'operazione che si proietti su tutto il nostro territorio, che interessi in maniera uniforme tutte le regioni.

Oggi come oggi, la vaccinazione antimorbillosa è di competenza dei Comuni, neanche delle Regioni. Le competenze infatti non attribuite allo Stato, in base agli articoli 7 e 13 sono state passate direttamente ai Comuni. Quindi si va avanti sulla base di rapporti preesistenti alla riforma sanitaria ma, se vogliamo fare un ragionamento basato sulle competenze legislative e sui modelli organizzativi, è da rilevare che attualmente non ci sono più quei rapporti organici e funzionali che una volta invece esistevano tra i vari livelli operativi e che regolavano la sanità pubblica.

Devo aggiungere che, siccome le Regioni surrogano il Ministero della sanità in tanti settori, soprattutto in quello dell'igiene ambientale, dovrebbero avere un'organizzazione che richiami — sia pure in maniera limitata — l'organizzazione del Ministero. Invece rileviamo che in molte Regioni non c'è assolutamente un'organizzazione di sanità pubblica.

Infatti le Regioni, sulla base dell'articolo 32 della legge n. 833, si sono date solo dei compiti di indirizzo e coordinamento nei confronti delle USL, ma non direttivi, di controllo e di vigilanza, cosa che è assolutamente indispensabile nella sanità pubblica, che è fatta di organizzazione e non di volontarismo applicativo.

Inoltre, è un fatto rilevante la forte sperequazione esistente tra il trattamento economico dei funzionari medici e veterinari delle Regioni e quello riservato agli stessi operatori sanitari del Servizio sanitario nazionale. Per tale motivo, infatti, quei pochissimi funzionari — *ex* medici provinciali o mutualistici — che prestavano la loro opera nell'ambito delle Regioni, oggi in molti sono transitati al Servizio sanitario nazionale, per cui abbiamo alcune Regioni che non annoverano al loro interno alcun funzionario medico, o ad-

dirittura Regioni in cui i servizi di sanità pubblica sono temporaneamente diretti da funzionari amministrativi, e dobbiamo ringraziare i colleghi veterinari perchè spesso sono loro che dirigono tutto il settore della sanità pubblica.

La regione Lombardia, ad esempio, per non perdere i pochi funzionari che annoverava, e che ovviamente hanno optato per il Servizio sanitario nazionale, ha dovuto approvare un'apposita legge al fine di comandarli presso la Regione, per cui tali funzionari passano al Servizio sanitario nazionale, per poi ritornare comandati alla Regione. In pratica, cioè, si sta realizzando lo stesso processo negativo che si era verificato precedentemente all'istituzione del Servizio sanitario nazionale quando esisteva un forte squilibrio tra il trattamento economico riservato ai funzionari di sanità pubblica del Ministero della sanità e quello riservato ai dipendenti degli ospedali, per cui vi fu un notevolissimo indebolimento della nostra organizzazione a favore di quella ospedaliera, e questo è ciò che sta attualmente succedendo per quanto riguarda le strutture di sanità pubblica a livello regionale.

Come ho premesso, ho voluto mettere a confronto gli aspetti positivi e quelli negativi della riforma sanitaria, e in proposito mi permetterei di dare, per un recupero funzionale della situazione, qualche suggerimento più che altro di carattere pragmatico, in quanto non è corretto formulare delle ipotesi la cui realizzazione si presenta come molto lontana o inattuabile.

Innanzitutto, tengo nuovamente a sottolineare l'importanza della sanità pubblica sotto il profilo della patologia infettiva perchè, se è vero che la mortalità delle malattie infettive è rotolata dal primo al settimo posto, è anche vero che la loro incidenza è sempre al primissimo posto, cioè si è notevolmente ridotta la mortalità, ma non la morbosità e quindi i programmi di prevenzione, di controllo, di profilassi e di contumacia sono sempre necessari e di attualità. Pertanto, dobbiamo tener presente questa esigenza che non è affatto mutata, così come dobbiamo considerare attentamente le aumentate esigenze di sanità pubblica connesse

con l'ambiente in quanto tutti sappiamo quanti fattori di rischio in più, rispetto al passato, oggi si legano all'ambiente: l'inquinamento atmosferico, quello territoriale e delle acque, l'aggressione chimica che ci viene dall'ambiente non sono che alcuni degli esempi più macroscopici.

A questo riguardo, sappiamo che oggigiorno è necessario puntare non soltanto sulle misure di prevenzione di carattere collettivo (che tra l'altro sono le più facili a realizzarsi perchè basta un articolo di legge che stabilisce che un bambino al terzo mese deve fare la vaccinazione antipolio e tutti i genitori portano i figli all'ambulatorio per farli vaccinare, così come è facile prescrivere che quando si ha un caso di malattia infettiva bisogna ricoverarlo in ospedale, contumaciarlo eccetera), quanto piuttosto su delle misure di prevenzione di carattere individuale, ossia far pervenire ad ogni cittadino un messaggio di educazione sanitaria, tenerlo guardingo dei rischi che corre, agire nell'ambito del posto di lavoro, nella stessa società, ben sapendo in che maniera anche i rapporti sociali rappresentano fattori di rischio per la salute della persona.

Ora, tutti questi programmi di prevenzione senza un'organizzazione di sanità pubblica non sono assolutamente realizzabili, per cui, tenendo presente l'importanza, addirittura accresciuta rispetto al passato, del ruolo svolto dalla sanità pubblica, e volendo avanzare alcune proposte di modifica della legge n. 833, sono del parere che tali modifiche devono essere anzitutto di tipo strutturale, vale a dire che è necessario stabilire un maggiore raccordo tra l'Amministrazione centrale e quelle regionali, come pure tra le amministrazioni regionali e le USL che hanno la competenza operativa.

Circa il modo come effettuare questo maggiore raccordo tra i diversi livelli sono possibili diverse soluzioni. Abbiamo, ad esempio, il precedente del Ministero dei lavori pubblici, che ha seguito in un certo qual modo lo stesso destino del Ministero della sanità in quanto si è operata la regionalizzazione di tutti i suoi servizi; ma tale Dicastero, a differenza di quello della sanità, in maniera molto accorta, ha conservato a livello regio-

nale, in ogni capoluogo di Regione, un proprio organo: il provveditorato regionale alle opere pubbliche, che è tuttora un organo del Ministero dei lavori pubblici che opera in ogni capoluogo regionale e che fa da cerniera tra gli interessi dello Stato e le competenze regionali.

Cito quest'organo perchè sono rappresentante del Consiglio superiore di sanità nell'ambito proprio di un provveditorato regionale alle opere pubbliche e quindi seguo il lavoro che lì viene effettuato, e posso dire che in questa maniera c'è un raccordo fra l'interesse dello Stato e quelli regionali e tale rapporto — badate bene — non viene effettuato a Roma, ma nei capoluoghi di Regione.

Ho voluto citare questo esempio perchè potrebbe essere utile, ma — come ripeto — il problema del maggior raccordo tra il Ministero della sanità e le Regioni potrebbe essere risolto anche in modo diverso, ad esempio, individuando, nell'ambito dell'amministrazione regionale, un funzionario delegato ad esercitare le funzioni di sanità pubblica, quindi responsabile nei confronti dell'Amministrazione centrale dell'attuazione dei programmi di sanità pubblica. In questo modo, infatti, il Ministero della sanità, per quanto riguarda la sanità pubblica, che, ripeto, deve necessariamente basarsi su un'organizzazione, potrebbe far riferimento ad un funzionario che naturalmente dovrebbe avere le sue responsabilità, perchè solo quando si è investiti di precise responsabilità si ha l'esercizio di una funzione.

Un'altra ipotesi, anche se poco praticabile, potrebbe essere quella di utilizzare il commissario di governo, il quale — non dimentichiamolo — è sempre un rappresentante dello Stato a livello regionale, che, per l'occasione, potrebbe essere affiancato da un funzionario di sanità pubblica.

In proposito, desidero ricordare che lo stesso Parlamento, a suo tempo, capì la necessità di questo raccordo; infatti, quando vi fu la problematica dell'inquinamento da diossina a Seveso approvò la reistituzione di un ufficio del Ministero della sanità presso il commissario di governo della Lombardia. In presenza di un fatto, sia pure eccezionale, si

capì che non era assolutamente possibile gestire dal centro una problematica così complessa e venne quindi così autorizzata la reistituzione di un ufficio del Ministero della sanità a livello regionale.

Cito questo esempio per dire che effettivamente a volte si è compresa la necessità di un maggiore raccordo tra l'Amministrazione centrale e le amministrazioni regionali; potrebbe, quindi, essere tenuto presente, proprio per ovviare a questi inconvenienti.

Il secondo suggerimento, sempre di tipo strutturale, è quello di potenziare i servizi di sanità pubblica a livello regionale. La Regione, che ha surrogato il Ministero della sanità in tante competenze, deve assolutamente disporre di un ufficio di sanità pubblica, affidato ad un funzionario che eserciti non solo l'azione di coordinamento e di indirizzo nei confronti delle USL, ma anche controllo e di verifica. Le nostre disposizioni non possono arrivare direttamente alle USL; devono essere indirizzate alle Regioni che, a loro volta, le confrontano e le adattano alle esigenze locali.

Per quanto riguarda, ad esempio, la vaccinazione contro l'epatite virale B, le USL non sono in grado di recepire così come sono le nostre direttive, poichè si tratta di tradurre nell'ambito regionale indirizzi operativi che presuppongono anche delle scelte. Se manca un ufficio di sanità pubblica a livello regionale, come è possibile fare questo? Ed ecco che si verificano dei *by-pass*, cioè delle USL che si rivolgono direttamente al Ministero della sanità per avere indirizzi e chiarimenti al riguardo.

L'altra necessità di carattere strutturale è quella di ridefinire, come dicevo, l'organo responsabile della sanità pubblica a livello comunale. Non possiamo lasciare il sindaco da solo, in quanto autorità sanitaria, ad operare nell'ambito della sanità pubblica. Se verranno istituiti i distretti, sarà nell'ambito di questi che verrà individuato il responsabile tecnico, altrimenti bisognerà assolutamente reindividuare, nell'ambito degli operatori sanitari operanti all'interno dei Comuni, il responsabile della sanità pubblica, in modo che ogni sindaco (che è l'autorità politico-amministrativa, non lo dimentichiamo) pos-

sa contare sulla disponibilità di un funzionario responsabile per questo settore.

Parallelamente alle modifiche di tipo strutturale-organizzativo, è opportuno rivedere anche la preparazione professionale degli operatori. Per quanto concerne infatti la patologia cronico-degenerativa è assolutamente indispensabile a livello di base che gli interventi preventivi siano connessi con quelli di diagnosi e cura. Non dobbiamo perciò vedere il funzionario di sanità pubblica come l'unico depositario degli interventi preventivi; è il medico di base oggi a portare avanti i suoi interventi di diagnosi, di cura, ma anche di prevenzione, perchè, essendo a diretto contatto con il cittadino, ha la possibilità di conoscere i vari fattori di rischio connessi con detta patologia. Il primo messaggio di prevenzione deve essere dato dal medico di base, che in questa sua funzione deve essere preparato, aiutato, sostenuto e, se del caso, anche corretto, perchè questi interventi vengano sempre modulati e fatti con continuo aggiornamento professionale. Tale compito spetta al responsabile di sanità pubblica che quindi si colloca ad un livello superiore nei confronti del medico di base. Di qui, la necessità di una adeguata preparazione da conseguirsi presso una Scuola superiore di sanità pubblica, una struttura che non siamo mai riusciti ad ottenere. Le università surrogano a questa esigenza ma in modo parziale, mediante la specializzazione in igiene e sanità pubblica. Questa specializzazione non dà tuttavia una preparazione interdisciplinare completa nel settore; non comporta, ad esempio, il *training*, una esperienza sul campo. La Scuola superiore di sanità pubblica è qualcosa di diverso, perchè insegna ad esercitare le specifiche funzioni. Per avere una conferma, potremmo guardare ai paesi europei che hanno già preso un indirizzo di questo tipo. Sembra strano che il nostro paese, avendo intrapreso la strada delle grandi riforme, in occasione della riforma tributaria (che ha preceduto quella sanitaria) abbia istituito la Scuola superiore tributaria; in occasione della riforma della pubblica sicurezza (che ha seguito quella sanitaria) abbia istituito la Scuola superiore di pubblica sicurezza; in occasione della riforma sanitaria,

12ª COMMISSIONE

11° RESOCONTO STEN. (1° febbraio 1984)

pur essendo stati indicati opportunamente tutti gli obiettivi da raggiungere, abbia invece sottovalutata l'esigenza — secondo me — della preparazione dei funzionari a cui spetta la gestione dei programmi e degli interventi.

Non vorrei andare oltre nella mia esposizione, per non utilizzare tutto il tempo a disposizione. Ho voluto lumeggiare i punti più salienti, sperando che le modifiche che verranno apportate alla riforma possano ridare alla struttura di sanità pubblica quella organizzazione e quel risalto che ha sempre avuto.

PRESIDENTE. La ringrazio professor Giannico per la sua esposizione molto precisa, ricca non solo di critica ma di spunti propositivi.

Do quindi la parola al professor Bellani.

BELLANI. Forse più del collega Giannico, che fa parte di una branca tradizionale della igiene pubblica nel nostro paese, ho motivi di commozione e di gratitudine verso questa Commissione, che per la prima volta nella storia dei servizi veterinari ha voluto ascoltare direttamente un addetto all'arte. Proprio con questo sentimento di gratitudine vorrei ricordare una questione che sta al fondo della veterinaria.

Sin dall'unità d'Italia, con atti politico-amministrativi e legislativi, si è dibattuta la questione se i servizi veterinari dovessero essere una branca dell'assistenza sociale o della difesa sanitaria dell'uomo, ovvero essere supporti importanti per la produzione zootecnica nelle amministrazioni economiche e produttive agricole. Una questione avvertita e discussa in Parlamento fino al momento della istituzione delle condotte veterinarie nel nostro paese, che accompagnarono la nobile battaglia per la istituzione della condotta medica.

Già nel 1881 la questione era risolta, nel senso che la funzione veterinaria è sempre stata vista come concorrente (ancorchè autonoma e ben distinta) rispetto alla più ampia funzione sanitaria. Era irrilevante il fatto che essa si esprimesse nella diagnosi, nella terapia e nel soccorso in caso di calamità

delle grandi epizootie, nel momento produttivo del mondo agricolo. Già allora il Ministro della pubblica istruzione, il senatore Baccelli, diceva, quale uomo di cultura, che la professione veterinaria era «simile» alla professione medica perchè entrambe avevano in comune il metodo logico sperimentale delle scienze biologiche. La evoluzione della scienza e della biologia, dominante nella cultura del terziario e del quaternario industriale, fa capire oggi più di ieri quanto provvidenziale e acuta sia stata nel 1978 la decisione di collocare tutta la funzione veterinaria nel Servizio sanitario nazionale. Nessuna obiezione dunque da parte mia a questa decisione pur discutibile, se è vero che ben centoventi paesi nel mondo, organizzati nella FAO, presenti nella Organizzazione mondiale della sanità, presenti nell'Ufficio internazionale delle epizootie (i tre massimi organi di coordinamento internazionale), continuano a mantenere la funzione veterinaria all'interno delle Amministrazioni agricole, con delle complicazioni di tipo pratico e contingente, come il modo di essere della funzione sanitaria, della tutela della salute pubblica, attraverso l'esercizio della tutela della sanità animale e della sua promozione; alcuni di questi paesi sono presenti anche nella Comunità economica europea, laddove l'organo legislativo primario che esercita l'azione di coordinamento e di armonizzazione legislativa dei dieci Stati è costituito da un Consiglio dei Ministri dell'agricoltura. Soltanto a partire dal 1967 non è più stato il Ministro dell'agricoltura a rappresentare l'Italia ma il Ministro della sanità o un suo rappresentante, nel Consiglio dei Ministri agricolo, per le decisioni relative all'armonizzazione legislativa veterinaria.

Dico questo per spiegare la peculiarità della scienza veterinaria nel nostro paese, che ha sempre avuto il carattere di attivare una funzione autonoma sia nell'ordinamento pubblico, sia nell'attività scientifica e culturale, distinta sì ma indisciungibile dalla scienza medica e dai suoi propositi, che possiamo ricondurre all'articolo della Costituzione che sancisce il diritto alla salute del cittadino. Ho voluto ricordare tutto questo, signor Presidente, per specificare meglio il

modo con cui vediamo la legge n. 833: e cioè come la pienezza dei risultati raggiunta dall'ordinamento legislativo per un corretto esercizio della difesa zooprofilattica nonché indirettamente, ma talvolta anche direttamente, della difesa della salute dell'uomo. I referenti dell'azione pubblica veterinaria sono essenzialmente 58 milioni e mezzo di consumatori nella cui dieta alimentare si ha un valore monetario dell'ordine del 40 per cento della spesa delle famiglie medie; abbiamo 3 milioni e mezzo di allevatori, cioè detentori a scopo produttivo di animali; 3 milioni di famiglie detentrici di animali di affezione. Non parlo del mare, degli specchi d'acqua e delle acque superficiali e profonde. In realtà anche gli enti che esercitano la funzione di tutela del patrimonio faunistico sono ovviamente destinatari della nostra attenzione. Ogni prodotto è fonte potenziale per quella che i dietologi chiamano «la catena alimentare»; è fonte di nutrimento per l'uomo ma anche di potenziali cause di malattia. Malattie metaboliche dunque e malattie di alimentazione perchè l'alimento può presentare agenti patogeni: le malattie infettive possono ad esempio essere diffuse con gli alimenti. Un recente episodio è quello accaduto in Olanda, dove i diciotto anziani che hanno mangiato gamberetti provenienti dal Sud-Est asiatico che sono morti per un germe abbastanza comune, che in quelle condizioni ha potuto esprimere una patologia condizionata fino al livello della mortalità.

Abbiamo 10 milioni di bovini, 700.000 equini, abbiamo allevamenti di pesce (l'acquacoltura è in crescita, la pesca è importante), purtroppo però si registra nel comparto generale zootecnico una incapacità di far fronte al fabbisogno del paese: dal 1914 il paese ha abbandonato l'autosufficienza alimentare. Soltanto fino al 1914 eravamo esportatori di animali da cortile, di carni. Da quell'epoca, anche nella fase autarchica, non siamo mai stati autosufficienti.

L'allevamento delle lumache è elemento importante per chi ha una conoscenza anche minima di certi problemi: basta pensare che la lumaca mangia la cicuta senza morire per rendersi conto che la relazione tra animali e

alimenti è fonte importante per la salute dell'uomo. Questo significa che la funzione veterinaria si colloca all'interno di una parte privilegiata della medicina al servizio del paese, del popolo. Talora con tono retorico, essa è collocata storicamente, culturalmente, scientificamente, da tempi immemorabili, nel cosiddetto settore della medicina preventiva. Quando ci si lamenta che nella legge n. 833 prevale il momento curativo e si denuncia la mancata crescita delle strutture, si dimentica che importante parte della medicina preventiva è espressa ancora oggi, malgrado tutte le lacune, a livello di esercizio della funzione pubblica veterinaria. È una concezione confermata dall'OMS in una conferenza internazionale del 1978. L'animale nella società, nell'ambiente, oggi ha una utilizzazione non più prevalentemente di lavoro meccanico ma è fonte importante di alimenti. La fame nel mondo è caratterizzata dalla incapacità di quasi tutti i paesi sottosviluppati di organizzare una produzione sufficiente degli allevamenti animali, per motivi diversi. In India, ad esempio, per motivi religiosi, parte importante delle produzioni non può essere utilizzata, dal momento che la religione rituale indu vieta la macellazione dei bovini e l'alimentazione con prodotti carnei che comportino l'uccisione di animali.

Quanto all'utilizzazione dell'animale nel campo militare, essa non è più costituita dal cavallo per le famose cariche effettuate anche dalla polizia e da non dimenticare. Oggi si parla dell'uso dell'animale da parte della NASA, della NATO; nel mare si utilizza il delfino come segnalatore e come mezzo bellico. L'utilizzazione dell'animale come mezzo di guerra, e come segnalatore nell'aria e nel mare, è stata sottolineata in un convegno anche in Italia dove ho avuto modo di illustrare questi aspetti. Se si tratta di una questione legata alla conoscenza della biologia animale, vi è la possibilità di utilizzare l'animale nella sperimentazione biomedica. Dai tempi di Galileo l'animale è strumento di misura del fenomeno sperimentale.

Il legislatore ha presente questi aspetti: in Europa sono sorti i cosiddetti «movimenti verdi» contro la vivisezione. Effetti secondari, che spiegano che l'animale serve alla

società nel momento più altamente sofisticato del progresso scientifico, del *fall out* tecnologico. La scomparsa di uno studio sistematico naturalistico e biologico, come si faceva al tempo della prima fase dell'unità d'Italia, tra il 1861 e il 1900, trionfo del positivismo, ha indebolito la cultura della popolazione, la diffusione della conoscenza dell'animale e quindi delle malattie. Inoltre, fatto nuovo, significato anche da Konrad Lorenz a Vienna recentemente, l'uso dell'animale ha degli spettacolari impieghi nella conoscenza dello stato di salute addirittura psicofisico dell'animale e ciò è fondamentale per l'utilizzazione dello stesso nella diagnosi e terapia di sofisticati *handicaps* psicofisiologici dell'uomo.

Ad esempio, i bambini «autisti» sono facilitati nella loro riabilitazione mediante l'uso di diversi animali opportunamente ammaestrati a questo scopo. L'altro uso storico dell'animale come elemento di protezione, è quello relativo all'aiuto dato a favore di *handicaps* fisici, come la cecità, il mutismo, la sordità, o anche per la difesa personale. Si consiglia, infatti, oggi l'equitazione per la cura di *handicaps* psicofisici.

Insomma, l'aver collocato i servizi della scienza veterinaria entro il progetto legislativo della legge n. 833, non è una curiosità internazionale, ma una scelta ampiamente motivata e giustificata. Tanto più che in tutti i paesi del mondo sorge un numero sempre maggiore di unità amministrative di grandi dimensioni di medicina veterinaria.

Tutto ciò a conforto di coloro che pongono la loro attenzione sul problema di riformare la riforma o meno. Da questo punto di vista, malgrado gli inconvenienti che pur si registrano, per me la scelta del legislatore è giusta e va semplicemente realizzata.

Per quanto riguarda la realizzazione, il processo della legge n. 833, attraverso il trasferimento e la delega e anche l'istituto della sub-delega — perchè no — alle unità distrettuali, che non è stato ancora del tutto compiuto, ha trasformato le funzioni di medicina veterinaria in tutto il territorio. Che cosa resta allo Stato? Resta il potere di indirizzo, di coordinamento, di programmazione e di controllo e inoltre l'esercizio di tutte quelle

attività che non sono state delegate o trasferite e che derivano direttamente o indirettamente da impegni o obblighi internazionali.

Infatti, sin dal 1861 il paese ha firmato convenzioni, regolamenti internazionali, e partecipa a strutture internazionali, come ho ricordato, con le quali gli impegni del Governo italiano si estendono alle misure di profilassi e di controllo delle malattie degli animali, di risanamento dei patrimoni zootecnici nonché di comportamento particolare nella tutela della salute degli animali che viaggiano accanto all'uomo. Cito il caso di Elizabeth Taylor che, essendo approdata con un panfilo vicino a Londra e avendo con sé un cagnetto, intendeva sbarcare con questo: la Taylor sbarcò, ma il cagnetto no, perchè non aveva il certificato di vaccinazione contro la rabbia, malattia sicuramente mortale, come dicono i libri.

Questo accenno per dire che allo Stato — dalla legge n. 833 — sono stati riservati due compiti: l'esercizio diretto nelle funzioni che mi sono permesso di ricordare e richiamare alla vostra attenzione, e tutte le misure di polizia veterinaria, cioè il compito di limitare il comportamento del cittadino, e il suo diritto alla tutela del proprio patrimonio, perchè a volte siamo costretti ad ordinare la distruzione di animali, talvolta con indennizzo, talvolta senza. Questi interventi sono possibili tanto più a livello internazionale, perchè a livello di singolo paese esiste una cintura di zooprofilassi identificata negli uffici di confine, nei porti e negli aeroporti, che ha il compito di lottare contro cause di malattie che potrebbero avere conseguenze per l'uomo o contro cause di malattie falcidianti tra gli animali.

Sono obblighi precipuamente statali, perchè difendere a Chiasso il patrimonio zootecnico serve anche alla Sicilia. Quella che si chiama la civiltà del commercio e dei traffici è caratterizzata nel nostro paese da una mobilità enorme, e gli animali sono concentrati prevalentemente in sei regioni del Nord, soprattutto nella Val Padana, dove è maggiormente presente l'industria agro-alimentare. Quindi, tutto converge lì e da lì tutto diverge per il consumo.

In ventiquattro ore, un pesce che proviene

dal Sud-Est asiatico ed è sbarcato ad Anversa si può trovare distribuito in mille posti del paese: ecco la necessità di un organo centrale che possa agire con forza e rapidità e reprimere possibili attacchi alla salute pubblica.

Il legislatore ha correttamente esaminato questo aspetto riservandolo allo Stato con l'articolo 7, comma quinto, della legge n. 833 del 1978. Ma ciò è stato oggetto di una discussione in Parlamento piuttosto agitata e controversa, a causa della presenza di regionalisti spinti. Infatti, allora eravamo nell'epoca dell'infantilismo regionale che si esprimeva nella convinzione che spogliare di poteri lo Stato e gli uffici statali fosse un *test* della raggiunta autonomia regionale. Questi uffici, che sono dislocati su 1.300 chilometri di costa e 800 chilometri alpini, non possono essere trasferiti alle Regioni. La discussione nel 1978, proprio alle ultime battute, si risolse con la vittoria di coloro che credevano necessario non trasferire questi uffici operanti sotto le direttive centrali, anche tenuto conto degli impegni internazionali.

Il controllo degli uffici veterinari di confine è limitato nel tempo e condizionato dalla velocità e dall'entità dei flussi, per cui se non si vuol violare il Trattato di Roma e non si vuole andare contro le convenzioni internazionali con i paesi terzi, bisogna compiere visite accurate, controlli severi e ripetuti, con conseguenti tempi lunghi, soste, danneggiamenti, limitazioni per cause sanitarie del flusso di circolazione. Oppure si può scegliere di affievolire l'intensità dei controlli, come chiede Bruxelles da vent'anni, e ritenere che il presidio della tutela della salute, sia animale che umana, esista solo nelle condizioni di partenza e in quelle d'arrivo. Questa richiesta è avanzata da Bruxelles, dalla Comunità economica europea, in esecuzione del Patto di Roma. Queste insistenze ci portano spesso davanti all'Alta corte di giustizia per la nostra tendenza a mantenere il controllo di confine.

Al momento della riforma, il problema, quindi, era di scegliere se questi uffici, sui quali lo Stato ha poteri non solo di indirizzo, coordinamento, programmazione e controllo, ma anche di ordinazione esecutiva in adem-

pimento ad obblighi derivanti dal diritto internazionale, dovessero appartenere o meno al Servizio sanitario nazionale. Ebbene, si arrivò alla decisione che portò all'articolo 7 della legge n. 833, che vi prego di rileggere attentamente. Stante il fatto che questi uffici erano carenti di personale e di strutture, nonchè poco efficienti, prima di trasferirli al Servizio sanitario nazionale occorreva un tempo di riflessione, fissato dal legislatore in due anni, per ristrutturarli e potenziarli, trascorso il quale sarebbero stati trasferiti alle Regioni. Il sopra citato articolo 7, inoltre, faceva carico al Governo di emanare le misure per la ristrutturazione ed il potenziamento di tali uffici, cosa avvenuta con il decreto del Presidente della Repubblica n. 614 del 1980, la cui attuazione si è conclusa però soltanto con l'immissione di quaranta veterinari nel corso del 1983 su centosessanta previsti, quindi solo un quarto dopo quattro anni, mentre di tutte le altre figure previste nessuna è stata assunta e destinata agli uffici di confine. Quindi, la ristrutturazione è avvenuta solo sulla carta ed il potenziamento è appena iniziato. Abbiamo fondati motivi per ritenere che nel corso del 1984, tramite i concorsi che sono stati banditi, questa lacuna sarà in parte colmata ma, allo stato attuale, dobbiamo constatare che gli uffici in questione non sono funzionali, così come non lo erano al momento del dibattito parlamentare.

Se voi rileggete l'articolo 7, vi accorgete che il trasferimento di questi uffici potenziati sembra avere scarso significato in quanto, in seguito all'abrogazione di alcune norme, gli uffici di confine parrebbero in realtà permanentemente affidati allo Stato.

Dico questo perchè ritengo che la questione meriti una riflessione di chiarimento. Infatti, dal punto di vista della continuità del controllo, sarebbe bene che le competenze di tali uffici fossero trasferite alle USL e però; in concreto, si nutrono dei grossi timori dato che il processo attuativo delle stesse non può certo dirsi concluso. A questo proposito, ricordo solo che le USL in Sicilia non sono state ancora istituite; in Sardegna lo sono sulla carta, ma non risultano funzionanti e qua e là nel resto del paese pure, per cui i

12ª COMMISSIONE

11° RESOCONTO STEN. (1° febbraio 1984)

processi di attuazione delle USL possono definirsi attuati solo per il 25 per cento. La fase di trasmissione, pertanto, si rivela pesante e lenta anche a causa del processo di omogeneizzazione giuridica, economica e funzionale delle differenti figure professionali che la legge n. 833 ha unificato.

Anche questo è un processo su cui si deve riflettere: certamente era inevitabile in quanto l'unificazione dell'azione sanitaria del paese era uno degli scopi della legge di riforma, ma presenta dei tempi che sono contraddittori con l'urgenza di attuare le USL. Pertanto, trasferire alle USL gli uffici di confine in queste condizioni significa trasferire un'impossibilità su un'altra impossibilità, moltiplicandola per due.

Come dicevo, quasi tutte le disposizioni contenute nella legge n. 833 interessano direttamente o indirettamente la funzione veterinaria pubblica del Ministero della sanità e delle USL, ma quelle che ci riguardano più da vicino sono quelle contenute negli articoli compresi tra il 2 e il 16, in sostanza quelli riguardanti i servizi veterinari dal punto di vista pratico. E a questo proposito vorrei ricordare brevemente quali sono i compiti assegnati ai veterinari pubblici: essi devono lottare contro le malattie infettive e diffuse degli animali, ispezionare le carni degli animali da macello ed esercitare una vigilanza sanitaria sugli alimenti di origine animale. Quindi, svolgono un'opera sia di zooprofilassi che di tutela igienica degli alimenti di origine animale nel paese. Non è il caso ora di addentrarsi in valutazioni specifiche sull'argomento, ma sono comunque a vostra disposizione per ogni chiarimento, ed anzi vi informo che alla fine dell'intervento consegnerò dei documenti con dati statistici utili per le considerazioni e il lavoro della vostra Commissione.

Particolarmente importante è l'articolo 16 della legge n. 833, in quanto il legislatore ha avvertito la peculiare natura dell'espletamento, rispetto al territorio ed ai fini, della funzione veterinaria pubblica; egli cioè non si è sentito di inchiodare rigidamente tale funzione nell'ambito territoriale della singola USL.

Immaginate, ad esempio, quale dimensio-

ne dovrà avere il servizio veterinario della USL di Piazza Duomo a Milano. È vero che ci sono anche i piccioni ed i negozi che vendono alimenti di origine animale e per gli animali, ma certamente nessuno vede in quei paraggi stalle o allevamenti all'aperto. Pertanto, è difficile adeguare la quantità dei veterinari necessari allo svolgimento delle funzioni indicate nelle diversità territoriali e socio-economiche, soprattutto a causa della dislocazione differenziata della popolazione. Noi siamo, infatti, un paese che ormai ha concentrato in sette città il 42 per cento della popolazione, il che pone un problema piuttosto rilevante. Il legislatore della legge n. 833 lo ha previsto con l'articolo 16 ed ha dettato i criteri attraverso cui il legislatore regionale, rispettando la legge, avrebbe potuto adeguare la presenza della funzione veterinaria sul territorio in relazione agli effettivi bisogni.

Ebbene, quasi tutte le Regioni, meno la Sicilia e la Sardegna, hanno provveduto nel pieno rispetto dei principi stabiliti dalla legge di riforma e, salvo qualche «perla» proveniente per esempio dal «Dogato di Venezia», il legislatore regionale ha operato con assoluta uniformità. In sostanza, quindi, le leggi regionali ci sono ed hanno operato con omogeneità, coordinatamente e rispettose della legge n. 833.

Vi è poi una parte della legge n. 833 che si riferisce direttamente all'esercizio della funzione di polizia veterinaria, e precisamente l'articolo 32 che riguarda il delicato esercizio della potestà dell'autorità sanitaria che, in alcuni casi, viene a limitare anche i diritti dei cittadini, quale quello ad esempio di uscire da casa se hanno un cane malato, o se esistono topi in numero eccessivo, o fonti di contaminazione eccetera. Ebbene, rispetto alla materia contenuta nell'articolo 32, la Direzione generale ha avanzato a suo tempo delle proposte; però non siamo ancora arrivati alla presentazione di un disegno di legge al riguardo.

L'articolo 62, che riguarda anch'esso più direttamente i servizi veterinari, prevede poi l'emanazione di un testo unico delle disposizioni in materia di profilassi internazionali, ivi compresa la zooprofilassi; qui denuncio la

carezza della mia Direzione generale che non è riuscita a presentare fino a questo momento un documento all'ufficio legislativo del Ministero. Si tratta di due articoli inadempiti per le ragioni che vi ho detto.

Infine, vi è l'articolo 59, sulla riforma del Ministero. Dopo cinque anni, posso anche credere nella saggezza dei Governi, che non hanno voluto provvedere all'attuazione dell'articolo 59, per attendere, forse, che si dispiegasse completamente l'attuazione del Servizio sanitario nazionale, perchè un conto è fare un Ministero della sanità teorico, su presunti fini e intendimenti della legge, un conto è istituire un Ministero della sanità una volta attuata la parte più rilevante del Servizio sanitario nazionale: le USL. Senza dire che su questo campo ha influito il dibattito non solo sulla riforma istituzionale ma soprattutto su quella dei poteri e delle funzioni della Presidenza del Consiglio, del numero dei Ministeri, dei postulati accorpamenti per grandi Ministeri (come nei grandi Stati: nell'Unione Sovietica c'è ad esempio il *club* dei Ministeri: ci sono sei Ministeri che contano e altri quarantotto Ministeri, che non partecipano al *club* del potere decisivo, sono cioè Ministeri esecutivi e non deliberativi). Se il Ministero della sanità deve essere riformato come tale e soltanto perchè tale, la matura esperienza del Servizio sanitario nazionale fornisce elementi sufficienti in proposito. Se, invece, si vuole andare verso l'accorpamento per grandi branche, con l'istituzione di un Ministero degli affari sociali comprendente la pubblica istruzione, gli affari interni, l'agricoltura e le funzioni residue di altri Dicasteri, il discorso è ancora più complesso.

Oggi, gli studi interni del Ministero teorizzano una espansione dei vertici: un maggior numero di Direzioni generali o un consolidamento, in via minoritaria, di quelle già esistenti. Un solo accenno per dire a coloro che hanno la pazienza di ascoltarmi che il ritardo nel presentare questo disegno di legge c'è e non è disgiunto da gravi momenti di dovuta riflessione. Pur avendo delle idee chiare riguardo alla riforma, prendo atto che le obiezioni, i problemi insorgenti sono tali da determinare evidenti difficoltà e carenze.

Nel 1972, in attuazione dell'ordinamento generale, la Direzione generale, comprendente dodici divisioni, è stata ristretta a nove, pur trasferendo gli uffici dei veterinari provinciali alle Regioni, pur restando con gli stessi obblighi, gli stessi doveri e gli stessi impegni operativi. Abbiamo avuto allora una riduzione del 50 per cento degli effettivi, a causa dell'esodo provocato o facilitato dalle leggi e incentivato, enfatizzato dalla disaffezione al lavoro. Le leggi fisiche della vecchiaia e la mancanza di nuovi concorsi hanno poi contribuito al completamento del quadro della situazione, i cui dati sono testimonianza eloquente: una Direzione generale che ha nove divisioni ma che lavora (quando dico lavora intendo che capisce, opera, pensa, agisce, produce e dà a Sottosegretari e Ministri quello che occorre) con cinque persone.

ROSSANDA. Nove divisioni con cinque persone?

BELLANI. Non intendevo dir questo; intendevo che le persone con cui va avanti la Direzione sono cinque, mancando le quali anche le altre (pur laboriose, attente, zelanti), sono assolutamente inutili. Con questo voglio dire — ricollegandomi al professor Giannico — che quando non si fa una riforma di un Ministero e, al tempo stesso, non si fanno i concorsi, vuol dire che non si ha chiara la figura di questo particolare tecnico e di che cosa debba fare. Non si ha la nozione di quale qualifica debba possedere, se amministrativa, tecnica, medica, veterinaria, farmaceutica, biologica. Tutto questo dopo che ad Alma Ata l'OMS ha detto che un funzionario di sanità pubblica deve comprendere che il fattore econometrico e finanziario deve essere noto, in tutte le sue implicazioni, anche dal tecnocrate e dallo scienziato. La medicina sociale quando diventa legge, diritto, dovere, vuol dire spesa, costo-beneficio, giudizi di efficacia e di efficienza, misurazioni derivanti da una cultura oggi specifica, ricca, ardua. Ecco perchè all'interno del Ministero, con la legge n. 833, i legislatori hanno commesso — a mio parere, nella loro buona fede e buona intenzione —

un errore che aggrava la vita della struttura. Hanno creato tre uffici centrali: la Direzione generale dell'attuazione della riforma; la Direzione generale della programmazione sanitaria; il segretario generale del Consiglio sanitario nazionale la cui esperienza non tocca a me riferire essendone solo un membro supplente, in rispetto alla mia «veneranda» età. Sembra che il Consiglio sanitario sia troppo impegnato — stando a quanto dicono i membri — da questioni di contingente amministrazione, ed è poco attrezzato per svolgere le funzioni affidategli dal legislatore, cioè di fare delle proposte, preso atto della situazione sanitaria del paese. Lo stato dell'informazione sanitaria — come diceva il collega Giannico — propone un'attenzione e un coordinamento; ma, prima di tutto, occorre una riflessione di quale tipo di funzionario di sanità pubblica il legislatore voglia, quale cultura debba possedere, quale conoscenza tecnica. Abbiamo segretari tecnici, talvolta anche laureati in sociologia, in economia, in legge. Lo stato dell'occupazione nel nostro paese è quello che è, ma queste figure tecniche portate all'operatività non sono in condizioni nè di comprendere, nè di agire nell'esecuzione dei compiti loro assegnati. Ecco perchè il Ministero della sanità negli ultimi cinque anni tutte le volte che ha voluto operare e rispondere a domande attuali e pressanti ha dovuto delegare la soluzione dei medesimi problemi ad esperti o ad organismi esterni. È una necessità derivante dalla vecchiezza intrinseca di questa struttura, che reclama prepotentemente e urgentemente dei provvedimenti. Esiste una crisi della Direzione generale dei servizi veterinari, che deve essere tenuta ben presente. È inutile avere una Direzione generale, se non si possiede del personale qualificato e in numero sufficiente. Sono un addetto ai lavori, non mi qualifico Direttore generale. Come capo-sezione, nel 1964, avevo una maggiore conoscenza del mio paese dal punto di vista zooprofilattico di quanto non ne possa avere adesso.

C'è una diminuzione di presenza del personale, nessun Ministro può risolvere il problema. Il Parlamento dal 1963 ha riccamente sostenuto la funzione veterinaria pubblica

con leggi che per prime nel mondo hanno tentato di tutelare la salute pubblica attraverso la prevenzione negli alimenti destinati agli animali, perchè questi non favoriscano la presenza di residui di difficile identificazione. Si sa che la patologia emergente della popolazione italiana è concentrata nelle malattie cardiovascolari, nelle malattie respiratorie, nelle malattie tumorali ed anche nelle malattie dismetaboliche o da alimentazione, non prevalentemente da infezioni se non quali indici del degrado ambientale socio-economico. Il legislatore è intervenuto in questi ultimi anni e ha dato spazio all'opera di tutela sanitaria nell'alimentazione degli animali. Teoricamente si può dire, come si dice, che siamo il servizio veterinario più efficiente d'Europa, ma io non mi sento di dirlo. Abbiamo fatto certe cose ma bisogna avere uomini competenti: non il numero ma la qualità è importante.

Concludo scusandomi per la fatica che vi ho inferto col farvi ascoltare le mie parole, augurandomi però che siano state sufficienti e chiare. Il Parlamento, secondo me, dal 1961 ad oggi ha legiferato mostrando sensibilità. Certamente, non tutte le ciambelle riescono col buco, ma si può dire che in generale abbiamo una legislazione che non teme confronti in Europa. Gli Stati Uniti hanno proibito il dietilstilbestrolo nel 1982 mentre noi l'abbiamo fatto molto prima nel 1968. Altro problema riguarda invece l'attuazione di queste leggi.

Consegnerò alla Commissione monografie e studi per quanto riguarda la scienza che sottintende una funzione veterinaria pubblica. È una documentazione che ho raccolto e che vuole essere un'anticipazione della risoluzione votata in Parlamento, in cui venivano fatti molti suggerimenti al Governo.

PRESIDENTE. La ringrazio, professor Bel-lani, per la sua relazione; la documentazione è a disposizione della Commissione. Il nostro, professore, non è un atto di cortesia ma un atto moralmente dovuto: la legge n. 833 ha posto su nuove basi la concezione della medicina veterinaria, con riferimento alla salute dell'uomo; dovevamo pertanto venire a conoscenza dei problemi del suo settore.

Invito quindi i Commissari che lo desiderino a porre i loro quesiti ai nostri ospiti.

PINTO Biagio. Ho ascoltato con interesse la relazione del professor Giannico perchè mi ha riportato ad un'epoca non lontana, a quando abbiamo lavorato per l'elaborazione della riforma sanitaria. Devo dire subito che se i tecnici a quell'epoca ci avessero dato i contributi che oggi il professor Giannico viene a dare per un'ipotetica riforma della riforma, le cose sarebbero andate diversamente. Allora, abbiamo ascoltato soltanto istanze di tecnici che proponevano la difesa d'interessi particolari e non di carattere generale. Affinchè la questione delle malattie infettive rimanesse nella competenza del Ministero, il Partito repubblicano aveva ad esempio fatto una battaglia, poi perduta perchè furono tutti contrari a quella proposta. Come si ricorderà, ci fu — allora — il problema del colera, e la regione Campania operava a poca distanza dalla Lucania in senso diverso da quest'ultima. Purtroppo non siamo riusciti; ad ottenere che il Ministero mantenesse questa competenza, ma mi auguro che tale istanza sia portata avanti, che tutte le forze politiche si rendano conto della sua importanza, e si possa operare in un certo senso.

Dicevamo che era necessario un direttore sanitario ed un direttore amministrativo, che il comitato di gestione poteva essere soltanto consultivo. Oggi, se le norme per la prevenzione delle malattie infettive non vengono attuate, non c'è possibilità di intervenire perchè il coordinatore deve rispondere delle sue azioni soltanto ad un insieme di politici, quindi tutto è su un piano politico. Professor Giannico, faccio presente questa esigenza anche ai politici affinchè si rendano conto che alcune funzioni devono essere sottratte alle competenze delle unità sanitarie locali e riportate a livello centrale.

Se ci sarà la riforma della riforma ci dovrà poi essere la possibilità di mobilità dei dipendenti; si sa benissimo che il Ministero non ha personale, ma è anche vero che ci sono unità sanitarie locali che hanno tanto personale che non fa niente. Bisognerebbe avere il coraggio di dire che il Servizio sanitario è nazionale, non regionale. Se in una

unità sanitaria locale ci sono 800 dipendenti, come pare, questi dovrebbero essere trasferiti dove c'è più lavoro. Mi auguro che i tecnici, in questo riesame della riforma sanitaria, possano essere più presenti e condizionare i politici a prescindere da quella che è la loro rispettiva posizione politica.

ROSSANDA. Vorrei ringraziare vivamente sia il professor Giannico che il professor Bellani per le loro relazioni così ricche di informazioni. Sentiamo un grande bisogno di entrare nel vivo del problema per cui avrei delle domande da fare.

Non credo che il professor Giannico intendesse dare al suo intervento di richiesta di maggiore coordinamento tra i vari livelli una estensione quale è stata interpretata dal collega Pinto, in quanto nelle espressioni del professor Giannico si riscontra la necessità di una integrazione «orizzontale» delle attività periferiche, accanto a un migliore funzionamento del coordinamento «verticale».

I suggerimenti del professor Giannico sono infatti risultati chiari per quanto riguarda le ipotesi di maggior coordinamento verticale; ma esiste anche un rilevante problema di reclutamento di personale esperto nel settore della sanità pubblica.

Ad entrambi i professori vorrei poi domandare se l'ipotesi di una Scuola di sanità pubblica, come abbiamo sentito anche da altri interventi, configuri una formazione post-universitaria di specializzazione. Nell'ambito della formazione universitaria dei medici, dei veterinari, di coloro che entrano adesso nel sistema pluridisciplinare come i biologi, i fisici, non c'è bisogno di accentuare l'orientamento alla sanità pubblica? Ed ancora: è vero che non è definitiva, in Italia, una figura intermedia di tecnico diplomato che funzioni nella sanità ambientale? Avete elaborato delle ipotesi di strutturazione di un corso di diploma ad essa finalizzato? Se discuteremo una riforma degli orientamenti didattici nel settore, dovremo avere dei punti di riferimento per indicare determinate figure e determinati itinerari formativi.

Per quanto riguarda i coordinamenti verticali, non ho compreso perchè è stato fatto poco uso nel passato dei poteri di indirizzo e

di coordinamento da parte del Governo, previsti dall'articolo 5 della legge n. 833 del 1978. È uno strumento che potrebbe essere usato di più e meglio.

Un argomento per me particolarmente interessante concerne poi, per le modifiche che ci si appresta ad elaborare allo stato giuridico del personale, la questione della equiparazione dei medici regionali in termini di diritti e di retribuzione al rimanente personale in servizio.

Il professor Bellani ha parlato infine di piani di profilassi; l'argomento era stato discusso in questa Commissione in occasione della discussione sul disegno di legge di bilancio, quando si è parlato dello stato di previsione del Ministero della sanità. Vorrei pertanto chiedere al professor Bellani prima di tutto se può specificare meglio se sia sufficiente il finanziamento assegnato per i servizi di competenza della sua Direzione generale e quali siano le conseguenze, in termini di salute dell'uomo ed anche in termini di ricaduta economica per il paese, della mancata realizzazione dei piani di profilassi ordinari e straordinari. Inoltre, vorrei anche avere delle delucidazioni su un tema che oggi è stato trascurato. Gli istituti zoonofilattici sono rimasti fino a questo momento separati dal contesto della riforma sanitaria. Vorrei sapere se è una condizione soddisfacente o se vi è qualche iniziativa da prendere per renderli più efficienti, per agire sulla sanità animale che, abbiamo visto, costituisce un problema assai più vasto di quanto immaginavamo.

CONDORELLI. Signor Presidente, innanzitutto vorrei esprimere l'apprezzamento più vivo ai professori Giannico e Bellani per le loro relazioni così ricche di dati e il compiacimento per avere ascoltato ieri e oggi funzionari del Ministero della sanità che hanno dimostrato di possedere veramente un'altissima preparazione. Ritengo un fatto estremamente positivo e di grande onestà intellettuale l'aver esposto sia gli aspetti positivi che le lacune esistenti nel settore che stiamo esaminando. Ho apprezzato moltissimo la relazione del professor Giannico perchè ho sentito in essa tutta la sofferenza che noi

stessi, come medici, proviamo nel vedere la sanità pubblica in questi ultimi tempi non più fiorente come una volta, forse anche per la perdita di potere decisionale del Ministero della sanità. Esiste sempre di più una discrepanza di funzioni, uno scollamento, se vogliamo usare un vocabolo più pittoresco, tra il centro e la periferia, dovuto da una parte al fatto che il Ministero oggi non ha che un compito di indirizzo e di coordinamento certamente insufficiente, e dall'altro al fatto che le Regioni spesso non hanno saputo assumere un ruolo esecutivo nell'ambito della sanità pubblica. Dopo aver ascoltato i funzionari del Ministero della sanità, ho la conferma della necessità che il Dicastero stesso abbia, non soltanto nel campo sanitario pubblico ma anche in altri settori, oltre che un compito di indirizzo e di coordinamento, anche e soprattutto funzioni direttamente esecutive: ovviamente con la consulenza permanente delle Regioni perchè vi sono sempre situazioni locali di cui bisogna tenere conto.

Il professor Giannico ha avanzato delle proposte che poi nel futuro questa Commissione valuterà. Vorrei domandargli ora se non ritenga opportuno che il compito di sorveglianza della sanità pubblica spetti interamente, cioè istituzionalmente, al Ministero della sanità, con un rapporto di collaborazione con le Regioni attraverso funzionari delegati dalle Regioni stesse per un'attività di consulenza permanente. Questa centralizzazione mi sembra ovvia perchè una politica sanitaria pubblica deve essere, secondo me, soprattutto una politica di carattere nazionale.

La mia seconda domanda riguarda il grosso problema dello studio della patologia legata all'ambiente, che presenta aspetti interessanti anche se per molti versi ancora sconosciuti: mi chiedo se il Ministero della sanità non abbia un'apposita divisione o un gruppo di studio dedicati esclusivamente all'analisi di tale importantissimo problema. Si è parlato oggi anche di patologia tumorale e tutti sappiamo che almeno nell'80 per cento dei casi tale patologia è legata ai fattori ambientali. È un problema di estremo interesse e vorrei sapere quali sono le proposte del Ministero della sanità a tal proposito.

Sottoscrivo in pieno gli aspetti sottolineati dal professor Giannico per quanto concerne la prevenzione che deve essere svolta soprattutto dal medico di «frontiera» (o, se preferite, chiamiamolo pure «medico di base»). È necessaria una formazione culturale adeguata dei medici nel campo della prevenzione ed è questa una raccomandazione da fare a tutti, soprattutto al mondo universitario, perchè ritengo che la prevenzione non debba essere oggetto di insegnamento specifico, ma ogni professore deve esaltare ed evidenziare nella sua attività didattica il momento della prevenzione, in modo da creare una «mentalità della prevenzione» in tutti i medici. L'insegnamento della prevenzione come disciplina a se stante potrebbe esistere soltanto come momento di aggregazione culturale di chiunque si occupi di prevenzione. Ritengo inoltre necessari la creazione di una Scuola superiore di sanità, l'affiancamento al sindaco di un funzionario sanitario laddove esso non esista, ed il potenziamento dei servizi sanitari delle USL: naturalmente tenendo conto, come diceva il professor Bellani, delle caratteristiche delle singole USL, perchè è inutile che si potenzi fortemente un settore inutile, per esempio la sezione veterinaria della USL Milano 1; ovviamente tali operazioni devono essere condotte con raziocinio e con una visione globale delle cose.

Dal professor Bellani desidererei sapere se esiste un rapporto di collaborazione tra la sua Direzione generale e le facoltà di veterinaria. In queste facoltà vi sono degli studiosi che si occupano di problemi quanto mai vari, anche in collegamento con le facoltà di agraria; tutte queste esperienze devono essere, secondo me, utilizzate e coordinate.

Altre domande riguardano il problema del controllo del trattamento degli alimenti per animali da macello. Ogni tanto sui giornali vengono riportate notizie di animali trattati con ormoni; ebbene vorrei sapere se esiste un controllo continuo, a chi è affidato e come viene effettuato. Ricordo inoltre la polemica sulle bioproteine, una polemica che è durata molti anni al Consiglio superiore di sanità e che per fortuna si è risolta in modo positivo. Penso comunque che bisogna essere sempre vigili su tale aspetto, che è d'importanza enorme per la salute collettiva.

Un'altra domanda nasce dalla mia attività medica in Campania; non raramente si verificano casi di febbre di Malta e ho appreso con mia grande sorpresa che mentre la vaccinazione contro tale febbre è obbligatoria per gli ovini non lo è per i bovini. Questo mi ha molto meravigliato perchè tutti i casi che ho visto derivano proprio dal contagio da bovini infetti, con danni enormi sia per il patrimonio zootecnico — vi è l'obbligo dell'abbattimento dell'animale — sia della salute dei cittadini.

Non so inoltre a chi porre la domanda sul controllo degli alimenti nei mercati. A chi spetta tale compito, al veterinario? Mi sono state riferite a tal proposito cose incredibili, tanto che penso di presentare un'interrogazione in merito; mi è stato detto che in alcune località vi sono dei mercati generali in cui afferiscono alimenti trattati in modo incongruo ai fini della lunga conservazione. Per esempio, la frutta verrebbe trattata con l'anticrittogamico dopo che è stata raccolta dalla pianta, così che, messa nei frigoriferi, possa durare a lungo. Queste cose mi sono state riferite da persone che si occupano di tale problema e le ho a mia volta riferite proprio per ricordare che esistono ancora mercati generali in cui non vi è un'ispezione adeguata degli alimenti. È un problema estremamente serio che ha conseguenze gravissime per la salute.

RANALLI. Mi associo anche io agli apprezzamenti per le due relazioni che sono state molto interessanti, piacevoli anche ad ascoltarsi e che ci fanno scoprire una radice culturale così viva e profonda in questa legge n. 833. Vorrei manifestare tuttavia l'opinione che dalle valutazioni del professor Giannico — che evidentemente esprimono la preoccupazione per un'ipotesi di dequalificazione, di minore attenzione, di scollamento del servizio di igiene e sanità pubblica — non ho in verità tratto l'impressione che egli tendesse a riesumare posizioni centralistiche e dirigtistiche ai fini di ricomporre un processo uniforme di tutta questa materia da riportarsi sotto il controllo del Ministero della sanità. Considero sacrosante, ad esempio, le proposte che il professor Giannico ha fatto sul potenziamento dei servizi di igiene e sanità

pubblica presso le Regioni. È giusto che vi sia presso gli Assessorati regionali alla sanità un funzionario delegato o un coordinatore del settore — così come si chiamano ormai nella struttura amministrativa — che si occupi, sviluppandolo, del necessario coordinamento con le strutture centrali. Ciò è già avvenuto in alcune Regioni che conosco e comunque mi pare giusto che avvenga in tutte. È da prendere in seria considerazione la proposta affinché vi sia una qualificazione del personale attraverso la costituzione di una Scuola, ma queste proposte — che considero molto opportune per fugare le sue preoccupazioni o comunque per situarle in un tempo medio e in una condizione di forte recupero positivo —, non mi pare che reclamino un sostanziale mutamento dell'attribuzione delle competenze. Vorrei capire meglio questa parte dell'intervento perchè, anche tra colleghi, ascoltiamo contestualmente una relazione e poi ne traiamo opinioni diverse; in questo modo, potremmo ad esempio usare quello che lei ha detto anche per affermare che si deve tornare alla gestione centralistica, che si deve togliere alle Regioni questa competenza, che deve essere ripristinata in capo al Ministero della sanità. Al di là di quello che ognuno di noi può avere inteso, secondo me le sue sono delle buone proposte perchè non smantellano il sistema regionalistico e decentrato che è stato messo in moto e tuttavia reclamano l'esigenza che anche presso le Regioni vi sia una maggiore cura e una maggiore attenzione nei confronti della cultura e della politica di igiene e sanità pubblica, che rappresentano tanta parte delle novità introdotte dalla riforma sanitaria. Quindi, professor Giannico, le chiedo una puntualizzazione relativamente a tale questione.

Al professor Bellani vorrei fare invece alcune domande specifiche che possano consentirgli di darci ulteriori riferimenti. La senatrice Rossanda parlava degli istituti zooprofilattici: ebbene, hanno ricevuto una loro qualificazione, sono stati ristrutturati i laboratori, sono adeguati i piani contro le parassitosi? Bisogna avere qualche notizia più specifica al riguardo. Sono state fatte alcune bonifiche del bestiame? Ad esempio, siamo

indenni dalla brucellosi? Lei può dirci se le varie regioni sono indenni e in quale condizione si trova l'Italia? Siamo predisposti nei confronti della rabbia silvestre? Come si può combattere questa sovrappresenza di volpi, quali sono i provvedimenti su cui indirizzare il lavoro delle Regioni?

Lei, professore, ha fatto infine un fugace riferimento ad un altro problema al quale do molta importanza anche per il futuro economico e alimentare: l'acquacultura. C'è un progetto di stazioni di biologia del mare? C'è un coordinamento tra la Sanità, l'Agricoltura e la Ricerca o c'è solo il «progetto carpa» dell'Enel?

SELLITTI. Vorrei rivolgere qualche domanda specifica al professor Bellani, associandomi alle parole del Presidente per l'enorme mole di lavoro da lui svolta. Innanzitutto, vorrei chiedergli qual è lo stato di efficienza degli uffici veterinari di confine, per la difesa zooprofilattica del paese. Inoltre, vorrei sapere: che cosa si può fare specificamente per questi uffici?

Un'altra domanda: qual è lo stato operativo degli uffici zooprofilattici sperimentali? Ci sono e, se sì, quali sono le loro funzioni?

Infine vorrei sapere con onestà qual è lo stato funzionale della Direzione generale dei servizi veterinari.

LOPRIENO. Pur accettando alcune indicazioni date dal professor Giannico sull'assenza di rapporti organici tra i vari livelli come giustificazione della inefficienza e della mancata realizzazione di alcune strutture (per esempio c'è una circolare emanata dalla Direzione generale in cui viene indicata la necessità di un monitoraggio degli esposti da fare in periferia, poi rimasta senza attuazione credo in mancanza di questo collegamento organico), penso che, nell'ambito del problema della prevenzione, rimanga la possibilità ai servizi centrali e alle Direzioni centrali di affrontare alcuni aspetti fondamentali e vorrei avere qualche chiarimento sulla politica del Ministero.

Mi sembra, per esempio, che non venga utilizzato nessun programma di educazione sanitaria come elemento di prevenzione. Fac-

cio riferimento, per esemplificazione, soltanto all'alimentazione: è stato detto che il maggior numero di cause tumorali è dovuto a fattori ambientali (circa il 30 per cento di malattie tumorali è dovuto all'alimentazione). Su questa linea lo strumento di informazione sanitaria, però, non viene utilizzato. Mi ricordo che ci sono state indicazioni da parte del Consiglio superiore di sanità in questa direzione.

Un altro esempio può essere quello dei contenuti di nitrati e di nitriti in relazione alla non corretta conservazione degli alimenti. Mi pare si rimanga ad una gestione di livello familiare della prevenzione sanitaria.

Altro grosso aspetto è costituito dal fumo. Mi risulta che il Ministero della sanità faccia pochissimo per la prevenzione delle conseguenze patologiche del fumo.

Altra domanda che rivolgo al professor Giannico, e che è molto attuale in questi giorni al Senato, è se alla Direzione generale della sanità pubblica spetti la responsabilità della prevenzione, e quali siano i livelli di conoscenza della Direzione nell'ambito soprattutto dello stato di inquinamento del territorio italiano, che, direi, è la fonte principale di una serie di caratteristiche negative nei riguardi della qualità della vita, anche in conseguenza della mancata applicazione della legge n. 319 del 1976 sulla tutela delle acque. Se andiamo in giro per l'Italia non riusciremo ad acquisire elementi sufficienti per inquadrare correttamente e valutare tutte queste conoscenze, in quanto mancano gli stati di riferimento relativi alle diverse situazioni. Non sappiamo attualmente qual è il livello di attuazione della legge n. 319, che avrebbe permesso un recupero ambientale notevole, e non sappiamo quali sono le situazioni di non attuazione dei programmi di disinquinamento in questo settore, che dovrebbe caratterizzare e rendere operativa la politica di prevenzione.

MELOTTO. Ringrazio cordialmente anch'io i professori Giannico e Bellani per quanto ci hanno esposto, manifestando loro di nuovo la mia già viva stima. Entrando nel merito, non credo che la oscillazione fra centralismo e decentramento migliori la ri-

forma. O rimaniamo ancorati ad una determinata scelta e cerchiamo di rimediare ai punti di debolezza della stessa, oppure non riusciremo a risolvere i problemi attraverso curve «ad U»: rimetteremo sempre in moto tutta quella incertezza, quel degrado dei servizi che si riscontrano largamente e diffusamente nella Pubblica amministrazione, sia al centro che alla periferia. L'articolo 117 della Costituzione prevede che la sanità e l'assistenza ospedaliera siano materie di competenza delle Regioni e bene ha fatto il legislatore, usufruendo dell'articolo 118 della Costituzione, a disporre che le Regioni gestiscano questi servizi non direttamente ma tramite gli enti locali. Se questo è il disegno, credo che la responsabilità sia della periferia e, giustamente, la legge n. 833 ha così previsto e codificato.

Vorrei allora capire, premesso quanto sopra, quale può essere il raccordo fra centro e periferia, perchè indubbiamente vi sono momenti centrali che devono essere gestiti, altrimenti in questo settore, che ha interconnessioni addirittura internazionali, non faremo che erigere reticolati autarchici privi di senso.

La prima domanda è questa: perchè in questi quattro anni e mezzo, nonostante la molteplicità dei Ministri e dei loro orientamenti politici, non si è usufruito del potere di indirizzo e di coordinamento con atti vincolanti, già previsti dalla legge n. 833, al di là e al di sopra delle circolari?

Rispetto alla riforma del Ministero, giustamente il professor Bellani diceva che l'articolo 59 della legge di riforma è stato disatteso; c'è stato uno studio di ristrutturazione e adeguamento, fantascientifico per l'ordinamento italiano, ma poi non abbiamo più avuto nulla di concreto. E allora chiedo: la riforma della dirigenza statale non doveva rendere più autonomi i dirigenti rispetto al potere politico? Vi sono studi per riformare il Ministero, oppure no? Rispetto ad una riforma di tipo cosiddetto globale, vi sono studi che prevedano aggiustamenti, che possano cioè creare momenti di elasticità e di rispondenza al disegno riformatore? Oppure si attende ancora? Perchè il discorso è proprio questo. Ho avuto l'impressione, senten-

12ª COMMISSIONE

11° RESOCONTO STEN. (1° febbraio 1984)

do i Direttori generali, che si sia in attesa che il Ministro possa supplire ad una carenza che qua e là si evince, ma tutto rimane nell'attesa. Vorrei conoscere in definitiva se, allo stato attuale, esistono degli studi che possano adeguare rapidamente il Ministero al nuovo assetto scaturito dalla legge n. 833.

Sul discorso del rapporto tra centro e periferia, credo che sia necessario finire di demonizzare il centro rispetto alla periferia e viceversa, ma invece cercare di ragionare con maggior distacco e quindi con maggior possibilità di incidere coerentemente su questo problema. Allora anch'io sono d'accordo sulla non creazione di uffici inutili, che alla fine sarebbero solo fuorvianti. Perché, in questo settore, non si utilizza di più la figura del commissario di governo, nella duplice funzione di coordinatore delle attività governative locali e di elemento di raccordo delle stesse con l'amministrazione regionale? Il commissario ovviamente ha poteri ben precisi stabiliti dalla legge.

Credo che questo potrebbe darci la possibilità di avere momenti incisivi e abbastanza uniformi nella gestione della legge. Sempre su questo aspetto, perché non si sono previsti i poteri sostitutivi nei confronti delle USL? Indipendentemente dal buio delle informazioni, perché credo che tutti finora andiamo a tentoni, abbiamo capito chiaramente che le USL non funzionano allo stesso modo dalle Alpi alla Sicilia. In alcune zone esistono esclusivamente sulla carta: attendiamo allora pazientemente per l'eternità o ci si fa carico di sostituire l'inattività locale con una attività coordinata?

Questo è il problema di fondo. Rispetto alla salute del cittadino ci sono situazioni che esigono tempestività e coerenza, che non ammettono disattenzioni, bensì solo l'intervento rapido: o si è in grado di farlo o qualcun'altro dovrà farlo in modo sostitutivo, altrimenti le conseguenze le paghiamo tutti.

ROSSANDA. Spero che non vorrà riferirsi ai prefetti, secondo la circolare del Ministro.

MELOTTO. Non parlo dei prefetti. Credo che tutti riconoscano e apprezzino la mia libertà. Sono sufficientemente libero nei miei

orientamenti e nelle mie azioni. Vorrei solo capire se il Ministero ha soluzioni sostitutive laddove le cose non funzionano, altrimenti non possiamo accettare la situazione perché diventeremmo vittime degli ordinamenti e delle carte.

Relativamente al problema del personale (e parla un regionalista ultraconvinto), senza incidere e ledere le autonomie, credo che però per questo servizio occorra indicare alcune cose elementari, ma valide per tutto il paese: indicazione che la legge n. 833 non ha fatto. Per esempio, che le Regioni abbiano un responsabile medico per l'igiene pubblica, credo sia doveroso, se vogliamo rendere coerenti determinate scelte.

Allora, in questo caso, non occorre incidere sull'ordinamento generale attraverso lo squilibrio che si creerebbe tra trattamenti medici ed altre prestazioni professionali, ma basta utilizzare la legge n. 833, che prevede per queste professioni la possibilità da parte delle Regioni di trarre personale con competenze ben specifiche dalle USL. Questo lascerebbe salvaguardato il trattamento e darebbe la possibilità di avere del personale qualificato.

Apprezzo molto il discorso sulla scuola. In Italia, sia sul piano amministrativo che su quello medico, non abbiamo — dopo la laurea — tutta quella preparazione che fa del funzionario non solo un laureato buono a tutte le cose, ma un *manager* chiaramente preparato a gestire un servizio sanitario all'altezza della situazione.

Infine, sul problema degli istituti zooprofilattici, professor Bellani, questa autonomia parziale, per la verità, rende? Potrebbero essere meglio configurati, o la natura della loro dipendenza potrebbe essere rivista? E, da ultimo, questi trenta uffici periferici sono sufficienti ai rapporti internazionali e quindi allo scambio in entrata e in uscita degli animali con tutte le conseguenze?

Ho capito che state facendo dei concorsi, ma questi sono in grado di assicurare seriamente un'attività non solo di certificazione, ma di tutela della salute dell'animale e quindi della salute dell'uomo?

ONGARO BASAGLIA. Vorrei chiedere al professor Giannico se, nell'ambito dell'educazione sanitaria, è prevista un'azione pre-

ventiva sui rischi degli eccessi di consumo di farmaci e di interventi medici, cui stiamo assistendo. Questo non solo a fini economici, per evitare lo spreco, ma soprattutto in un'ottica di tutela della salute.

Vorrei inoltre sapere se è prevista un'azione, da parte della Direzione della sanità pubblica, di prevenzione per determinati fenomeni come quello delle tossicodipendenze.

MONACO. Prendo la parola per ringraziare i graditi ospiti per le relazioni svolte che ci hanno messo al corrente delle molteplici situazioni esistenti all'interno del settore sanitario e da cui la mia avversione per le USL è uscita rafforzata perchè da questa indagine risulta esservi una discrasia totale fra le USL, la salute degli ammalati, i medici, le Regioni e il Ministero. Pertanto, insisto nell'avanzare nuovamente la richiesta di sentire infine anche alcuni rappresentanti delle USL, in quanto, se esse funzionassero come dovrebbero e potrebbero, non avrei alcuna obiezione particolare da fare, mentre è proprio il loro non funzionamento, salvo mi pare nel Veneto e in qualche altra parte del paese, che mi preoccupa.

La situazione generale, così come ci è stata profilata, mi conferma nel mio parere che il Ministero dovrebbe avere un suo rappresentante tecnico-amministrativo o tecnico-sanitario, o l'uno e l'altro, presso ogni Regione per il controllo e il contatto continuo con le USL, che pare si occupino solo della spesa e quindi dello sperpero del pubblico denaro e della sistemazione del personale non medico.

PRESIDENTE. Vorrei innanzitutto rassicurare il senatore Monaco che nel calendario dei nostri lavori è già prevista una apposita riunione con i rappresentanti delle USL: il problema è, caso mai, di limitarne il numero, in quanto potrebbero essere in molti a voler venire!

Vorrei poi rivolgere anch'io alcune domande ai nostri due cortesi ospiti e mi rivolgo innanzitutto al professor Giannico. Già in occasione della discussione della «Relazione sullo stato sanitario del paese per il 1980» questa Commissione manifestò preoccupazione per l'andamento dell'igiene pubblica, po-

nendo l'accento, soprattutto attraverso gli interventi dei senatori Alberti e Condorelli, sui problemi del contenimento delle malattie infettive e della prevenzione in quel settore. Lei, quindi, non ha fatto altro che confermare queste apprensioni, e le sono grato perchè ha sottolineato aspetti di una battaglia continua, che non dobbiamo certamente considerare vinta, ma sempre aperta.

La domanda specifica che le rivolgo riguarda la proposta, che è stata avanzata mi pare con molta intelligenza, di ricostruire in qualche modo le funzioni dell'ufficiale sanitario, sia pure visto in termini moderni. Anche in Gran Bretagna, ad esempio, è stato abolito l'ufficiale sanitario come tale, ma è stato sostituito dal cosiddetto «medico di comunità», che è cosa ben diversa dal medico di base. Il medico di base infatti è — per usare un paragone — vicino al ruolo dell'ex medico condotto, trasformato in rapporto all'evoluzione della medicina moderna, che si occupa cioè della tutela di base della salute. Il medico di comunità, al contrario, dovrebbe essere uno specialista, preparato da apposite scuole di sanità post-universitarie, con funzioni di organizzazione e coordinamento per la tutela dell'igiene pubblica ed altre competenze sul piano sanitario. Dato che su questa questione vi è una grossa diatriba, vorrei conoscere il suo punto di vista; per quanto mi riguarda, sono del parere che sia utile preparare un «medico di comunità» con questi compiti specifici (che potrà essere sia alle dipendenze delle Regioni che delle USL, in un rapporto percentuale che si dovrà verificare, oppure potrà essere alle dipendenze del Ministero della sanità), che comunque potrebbe trovare un largo impiego.

In via subordinata, vorrei conoscere anche lo stato della cosiddetta «medicina scolastica», perchè anch'essa ha grossi riferimenti con la tutela dell'igiene pubblica: sebbene non sia un settore «autonomo» della medicina, però sta di fatto che se ne parla e che essa costituisce anche elemento di conflittualità tra le categorie mediche.

Ringrazio poi il professor Bellani anche per la citazione di Baccelli, che fu non solo un eminente medico, ma anche un grosso

personaggio politico. Fu, infatti, Ministro della pubblica istruzione e come tale svolse attività di umanista e di promotore dell'archeologia — gli scavi del Foro romano e la «Passeggiata archeologica» di Roma li dobbiamo a lui —; fu anche Ministro dell'agricoltura e fu propugnatore della cosiddetta «medicina politica», intendendo egli con questa denominazione la medicina preventiva; a lui si deve inoltre anche la «terapia endovenosa» (come tutti i medici fanno). In definitiva, un personaggio che varrebbe la pena di conoscere meglio anche nelle sue espressioni parlamentari.

Ma, a parte questa breve divagazione, vorrei far mie e riprendere alcune domande poste dai senatori intervenuti nel dibattito. La prima, è quella già posta dal senatore Condorelli, relativa ad un approfondimento delle funzioni e delle strutture degli istituti zooprofilattici nonchè al collegamento tra scuole universitarie e servizi territoriali veterinari e la rivolgo al professor Bellani; un'altra è quella relativa alla preparazione delle figure di tecnici-diplomati a funzioni intermedie, domanda che è stata rivolta anche al professor Giannico e che faccio mia per la sua importanza nel settore del «controllo» dell'ambiente sotto il profilo dell'igiene.

Vorrei poi conoscere in maniera più specifica — sempre dal professor Bellani — qual è, a suo avviso, la «qualità» professionale dei laureati in veterinaria e se essa è idonea ai servizi di sanità pubblica; vorrei sapere inoltre se essi ricevono dall'università una formazione volta solo alla cura delle specie domestiche, ed alla tutela del patrimonio bovino o degli allevamenti in generale, ovvero se tale formazione è connessa anche all'interferenza che il settore veterinario ha con la tutela della salute umana.

Vorrei poi assicurare i colleghi che questa Commissione (anche se certamente non in questa occasione perchè stiamo svolgendo un'indagine su argomenti molto specifici e in tempi limitati) al più presto potrà considerare con più ampiezza i problemi dell'alimentazione umana, anche per non trovarsi ad ogni legislatura a dover discutere solamente sul miele e sul recepimento della normativa comunitaria in materia (cosa che si trascina

da tempo immemorabile) o sui provvedimenti da prendere nei riguardi dell'inquinamento delle acque per l'allevamento dei molluschi eduli lamellibranchi!

Pertanto, ritengo che una valutazione più ampia dei problemi della alimentazione umana, con i suoi molteplici riflessi sulla salute, sia certamente opportuna.

GIANNICO. Il senatore Pinto ci ha opportunamente riportato ai lavori parlamentari che hanno preceduto la riforma sanitaria. Devo ad onor del vero dire che su questi punti basilari il Ministero della sanità (o almeno i suoi organi tecnici) fu puntuale nell'evidenziare la necessità di alcune modifiche, perchè quando nel nostro paese è stata attuata la «regionalizzazione» della sanità pubblica, avevamo già avvertito la necessità di un recupero funzionale del suo sistema organizzativo. Tutto quello che siamo riusciti ad avere è l'aggiunta, alla lettera *b*) dell'articolo 6 della legge di riforma, della competenza statale riguardante gli interventi contro «le epidemie e le epizoozie». Si intendeva cautelare, in tal modo, la collettività con un intervento statale, allorquando si verificasse un fatto eccezionale. Trattasi però di una competenza molto limitata poichè lo Stato non dovrebbe intervenire soltanto per sanare epidemie già in corso, ma anche per prevenirle. Nel caso della profilassi contro l'epatite B ad esempio — scusatemi se torno ancora su questo argomento —, questa malattia non darà mai luogo ad un'epidemia, perchè ha una forma di contagio di tipo chiuso e quindi lo Stato e per esso il Ministero della sanità nulla avrebbero da dire sui programmi vaccinali contro di essa. Ringrazio chi evidenziò allora le nostre esigenze, ma i passi avanti furono molto pochi.

La senatrice Rossanda — come anche altri senatori — si è rifatta all'articolo 5 della legge n. 833, che prevede la funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative dell'organo centrale nei confronti delle amministrazioni regionali. A parte il fatto che questa funzione dovrebbe essere quanto mai snella e, quindi, facilmente esercitabile, è da rilevare che l'Amministrazione centrale ha il dovere di dare delle direttive a

chi deve esercitare per delega statale delle funzioni. Ora, per le materie delegate, l'*iter* procedurale per fornire direttive è abbastanza agevole. Il discorso si complica allorquando si tratta di fornire indirizzi in materie trasferite alla competenza degli organi territoriali. Per la patologia infettiva, ad esempio, la competenza ha scavalcato le Regioni, andando ad interessare direttamente i Comuni. L'articolo 7, quarto comma, della legge è chiaro: «Le regioni esercitano le funzioni delegate, di cui al presente articolo, mediante subdelega ai comuni»; e ancora l'articolo 13 stabilisce: «Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, che non siano espressamente riservate allo Stato e alle regioni». Siccome nessuna norma ha mantenuto globalmente alla competenza dello Stato la politica delle malattie infettive, si deve intendere che buona parte di tali competenze sono state «trasferite» ai comuni. Per le materie trasferite è stato previsto un potere di indirizzo e di coordinamento in base all'articolo 5 della legge di riforma, ma a carattere eccezionale, perchè le procedure da mettere in atto sono quanto mai difficili, lunghe e pesanti. Si immagini che, ove non si provveda con legge, per dare una direttiva è necessaria una deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente del Consiglio, d'intesa con il Ministro della sanità e sentito il Consiglio sanitario nazionale. Con tale *iter*, una direttiva si potrà impartire solo in casi eccezionali ed infatti sinora tale procedura non è stata mai attivata; per la politica corrente di sanità pubblica certamente non è questo il binario da percorrere.

Per quanto riguarda il reclutamento e la qualificazione del personale, sono lieto che tutti abbiano riconosciuto quanto sia delicata ed importante questa questione: gestire la sanità nel 1984 — a sedici anni dal Duemila — non è cosa semplice. L'impegno dell'OMS, ricordato dal professor Bellani (i servizi sanitari a disposizione nel Duemila di tutta la popolazione del nostro pianeta), è davvero grande e non può essere visto con le limitazioni, gli schemi e gli obiettivi del passato. Necessita effettivamente di una nuova mentalità e, perciò, di una nuova preparazione al

riguardo. D'altronde, anche gli orientamenti stessi della sanità pubblica sono mutati; oggi il funzionario di sanità si trova a dover affrontare esigenze nuove, come la droga, l'alcoolismo, le tensioni sociali, le nevrosi. In questo senso, la sanità non sarà terreno esclusivo del medico, ma anche di altri operatori. Dobbiamo a questo proposito considerare — mi fa piacere che l'onorevole Presidente l'abbia ricordata — l'esperienza fatta nel Regno Unito, che ha istituito prima di noi il Servizio sanitario nazionale, o altrimenti l'esperienza dei paesi dell'Est. Personalmente ho tradotto (non dalla lingua cecoslovacca, ma da quella francese) il testo di legge che istituisce il Servizio sanitario nazionale in Cecoslovacchia; appare evidente l'importanza data in tale legge alla sanità pubblica, perfettamente organizzata in modo verticale. Del resto, la sanità pubblica è fatta di direttive e di esecuzioni; una volta presa una direttiva, essa non può poi essere lasciata alla spontaneità applicativa.

Nel Regno Unito, nel 1974, quando è stato revisionato il Servizio sanitario nazionale, è stata istituita la figura di un nuovo tecnico: il medico della comunità. Sono confluiti nel ruolo della *community medicine* gli ex ufficiali sanitari, insieme ad altri medici di sanità pubblica; il requisito essenziale è una preparazione di medicina di base, con una successiva specializzazione che si può conseguire frequentando apposite facoltà. Il medico della comunità accerta innanzitutto le esigenze, sia nel campo sanitario, che in quello sociale; calcola le possibilità di intervento; fa le proposte di allocazione dei mezzi e delle risorse; funge da organo consultivo; valuta i risultati (funzione estremamente importante).

Certamente la *community medicine* non è che abbia dato dei risultati risolutivi, perchè anche nel Regno Unito ci sono state delle critiche. Innanzitutto, quando un tipo di organizzazione è già partito e ci si innesta un nuovo organo, è molto difficile per questo trovare un proprio spazio. Infatti la *leadership* del «medico della comunità» nell'influenzare la pianificazione e l'espletamento dei servizi sanitari è risultata limitata per via di quella resistenza alla quale va incon-

tro ogni nuova funzione quando essa deve inserirsi in un organigramma già avviato; inoltre, il suo ruolo non sempre ha goduto di adeguate risorse e dei dovuti supporti tecnici e ciò a volte ha offuscato il suo prestigio. È stato anche rilevato un preponderante impegno burocratico, commissioni, comitati, eccetera, a tutto scapito di funzioni operative a livello territoriale.

È fuori di dubbio comunque che pur con tali disfunzioni la *community medicine* ha sensibilmente rivitalizzato il Servizio sanitario inglese e ha ridato slancio e qualificazione in particolare ai programmi di medicina preventiva e sociale, in relazione all'estrazione professionale dei suoi specialisti.

È un problema certamente non facile quello della preparazione dei tecnici alle nuove funzioni, tenuto conto dei radicali cambiamenti intervenuti in questi anni in tutto il contesto sanitario. Per tutti i motivi suesposti, ipotizzavo l'istituzione di una Scuola di sanità pubblica ad altissimo livello che potesse in un certo qual modo supplire a determinate carenze e quindi concorrere alla formazione del «funzionario di sanità pubblica». Anche noi che da tanti anni siamo in servizio proveniamo da una dottrina tradizionale dell'igiene, siamo stati preparati per fronteggiare la patologia infettiva, i rischi ambientali, ma non siamo addentro nella maniera dovuta in economia sanitaria, in problemi bio-statistici, demografici, ecologici. Devo confessare che stentiamo a stare al passo con i problemi sempre più complessi che si presentano perchè manca, anche per noi che siamo agli apici dell'Amministrazione, una istituzione cui fare riferimento per un possibile e necessario aggiornamento professionale. Ritengo che vada colmata tale gravissima lacuna, tenuto conto che la legge n. 833 del 1978 non si è posta il problema della formazione dei quadri dirigenti e gerenti la riforma sanitaria.

Nei paesi dell'Europa dell'Est, l'insegnamento della medicina è di competenza del Ministero della sanità che, conoscendo i bisogni, può effettivamente programmare il numero degli operatori sanitari. Nell'Europa occidentale invece i due settori dell'insegnamento e della sanità si sono mantenuti sem-

pre distinti, mentre sarebbe auspicabile una azione congiunta del Ministero della sanità e del Ministero della pubblica istruzione. Desidero nuovamente ricordare che l'università ci aiuta con le scuole di specializzazione in igiene, oramai diversificate in più settori; l'Istituto superiore di sanità prende delle insigni iniziative: ma si tratta di fatti episodici che non rappresentano certo una soluzione organica e razionale del problema della preparazione del personale.

Ringrazio il senatore Condorelli per il suo apprezzamento particolarmente sentito anche in ragione della sua competenza professionale. Alla sua domanda desidero rispondere che il Ministero della sanità non può essere più considerato un organo operativo ed è necessario che sia così; ogni volta che per delle carenze periferiche siamo costretti a riesercitare una funzione operativa, veniamo distolti da un compito molto più importante e delicato cioè quello di esercitare la nostra azione di indirizzo, di direttiva e di coordinamento.

Come il collega Bellani ha ricordato, il Ministero della sanità stenta a gestire alcune appendici periferiche e cioè i servizi sanitari portuali e aeroportuali, proprio perchè oramai non è più un organo operativo come lo sono altri Ministeri, ma è un organo di studio, di propulsione, di indirizzo. Si potrebbe qualificare come un «ministero della programmazione»; per ciò che concerne la parte operativa bisogna fare leva sulle Regioni e sugli organi territoriali, ricercando le condizioni adeguate per il loro funzionamento. Nel tentativo di modificare il meno possibile l'ordinamento attuale ritengo che un miglioramento dei servizi sia a portata di mano: basta individuare nell'ordinamento regionale la struttura di sanità pubblica e farla dirigere da un funzionario di sanità pubblica. Posso citare alcune Regioni nelle quali tale funzionario opera ed in questi casi il discorso è molto più facile e operativo; al contrario in altre Regioni non esiste un medico responsabile a livello di Assessorato regionale alla sanità, senza dimenticare che a volte la sezione igiene e sanità pubblica è retta da un funzionario amministrativo oppure da un veterinario.

Si devono risolvere molte realtà locali e chi è preposto al servizio di sanità pubblica deve assumersi le sue responsabilità, poichè deve considerarsi il corrispondente territoriale del Ministro della sanità nell'ambito della sanità pubblica. In passato l'ufficiale sanitario si attivava subito in casi di epidemia tifoidea o se un acquedotto presentava delle carenze, proprio perchè responsabile davanti alla legge della tutela della sanità pubblica.

Non ritengo ormai conveniente nè possibile un ritorno del Ministero della sanità nel territorio. Siamo stati proprio noi altri, funzionari di sanità pubblica, a preconizzare la riforma sanitaria perchè avevamo compreso che la prevenzione nei confronti delle malattie infettive e di quelle connesse ai rischi ambientali era un'azione incompleta nella sua parte più emergente e cioè nei confronti della patologia cronico-degenerativa: quest'ultima deve riguardare ogni cittadino e quindi deve svolgersi attraverso il medico di base. Tale ultimo settore sfuggiva alle nostre competenze poichè era connesso con l'assistenza a carattere mutualistico.

L'azione che prima era svolta dal Ministero della sanità nei confronti del medico provinciale e poi dal medico provinciale nei confronti dell'ufficiale sanitario, oggi giorno deve essere assunta dalla Regione e nel suo ambito il funzionario responsabile del servizio di sanità pubblica deve coordinare l'attività della sanità pubblica delle varie USL e deve anche vigilare, controllare ed intervenire in episodi carenziali.

In questi giorni si sono evidenziati gravi inconvenienti igienici a livello di alcuni ospedali; anche prima della riforma sanitaria sussistevano inconvenienti di tal genere: gli ospedali sono più di mille ed è difficile controllarli tutti. Prima però si interveniva tempestivamente e posso testimoniare personalmente poichè durante la mia attività di medico provinciale non sono mancate segnalazioni che un ospedale non era in ordine dal punto di vista igienico generale. In tali casi si attirava subito l'attenzione del direttore sanitario dell'ospedale e se ci si accorgeva che ciò non era sufficiente si avvertiva l'ufficiale sanitario, o altrimenti si coinvolgevano

i vigili sanitari provinciali, che erano a disposizione del medico provinciale, in modo che si recassero in ospedale per un sopralluogo: in tal modo si rimediava tempestivamente all'inconveniente. Oggi non sussistono più a mio parere dei punti fermi di responsabilità, in assenza di funzioni chiaramente attribuite.

Il senatore Loprieno ha chiesto di conoscere le iniziative del Ministero in tema di educazione ed informazione sanitaria. Il collega Bellani può testimoniare quante volte ci siamo riuniti in sede di consiglio di amministrazione proprio per evidenziare l'importanza dei programmi di educazione sanitaria del cittadino, che oggi giorno è certamente maturo per recepire un messaggio educativo come è testimoniato dal fatto che abbiamo già raccolto alcuni risultati positivi. Per esempio, il tasso di mortalità per infarto del miocardio dal 1977 al 1982 è sceso del 19 per cento: nel 1977 sono decedute 91.144 persone per infarto del miocardio, nel 1982, invece, 73.283. Nell'ambito di una tale patologia, il riscontrare in sei anni una diminuzione del 19 per cento, rappresenta un risultato rilevante.

Vediamo quali sono i fattori che hanno portato a questa diminuzione: sono appunto alcune norme di educazione sanitaria, vale a dire l'aumento dell'esercizio fisico (che una volta veniva curato di meno), il cambiamento nelle abitudini alimentari, il fumo che da alcuni anni non conosce aumento. Il cittadino oggi giorno è maturo per recepire tali messaggi, però sta di fatto — parlo a livello centrale perchè le Regioni hanno probabilmente più possibilità di scelta nell'utilizzo dei propri fondi — che fino a due o tre anni fa al Ministero della sanità disponevano di appena 80 milioni di lire per programmi di educazione sanitaria; c'è voluto tutto l'impegno del ministro Altissimo per avere un finanziamento straordinario di alcuni miliardi che sono stati utilizzati per la campagna di «Azione donna», che mi pare sia stata finanziata proprio con tali fondi. Quindi vi sono le buone intenzioni, ma purtroppo sono mancati i fondi. Poi — anche questo va detto —, per quanto riguarda l'educazione sanitaria, c'è un frazionamento delle competenze nel-

l'ambito del Ministero perchè ogni Direzione generale porta avanti i suoi programmi, mentre la riforma della sanità dovrebbe puntare ad una omogeneizzazione degli interventi di educazione sanitaria.

Per quanto riguarda l'inquinamento ambientale, ricordo innanzitutto l'importanza e la validità di uno dei primi articoli della legge di riforma sanitaria, precisamente l'articolo 4, che in sostanza ha dato mandato al Governo di stabilire e revisionare periodicamente i limiti massimi di accettabilità delle concentrazioni e i limiti massimi di esposizione relativi agli inquinanti di natura fisica, chimica e biologica. Certamente il legislatore si è reso conto della difficoltà di definire in tempi brevi i limiti di accettabilità degli inquinanti di qualsiasi genere nell'ambiente esterno e quindi non ha stabilito dei termini come invece ha fatto per altre materie delegate. Ci siamo comunque già mossi, abbiamo già approvato ed è stato già pubblicato nel 1983 sulla *Gazzetta Ufficiale* un primo «pacchetto» di inquinanti atmosferici (sono dodici); domani pomeriggio verrà discusso dal Consiglio sanitario nazionale l'altro grosso tema relativo alle caratteristiche igieniche dell'acqua potabile. Esse in Italia a tutt'oggi si rifanno ai concetti dei regolamenti di igiene comunale che stabiliscono solo che l'acqua deve essere potabile senza aggiungere altro; non è stato mai definito quali sono le caratteristiche che conferiscono la potabilità a un'acqua. Pertanto, di fronte al rischio di un inquinamento chimico più che biologico — perchè questo è ormai acquisito nelle sue nozioni scientifiche — è stato necessario fare una serie di studi e di indagini e ora siamo pronti a stabilire in maniera chiara questi limiti di inquinamento chimico anche per l'acqua.

In sede di Consiglio sanitario nazionale è stato già affrontato l'esame dei livelli della rumorosità e ci è stato chiesto un approfondimento per quanto riguarda gli aspetti dei costi per la rumorosità negli ambienti abitativi e nel territorio; inoltre, già stabilito i requisiti igienici per le acque adibite alla balneazione sempre in base all'articolo 4 della legge di riforma. Siamo quindi in cammino, però bisogna anche dire che le leggi-

quadro che ci siamo lasciati alle spalle — innanzitutto la legge n. 615 del 1966 sull'inquinamento atmosferico, la n. 319 del 1976 sulla tutela delle acque, nonché la n. 289 del 1982 che ha recepito la convenzione riguardante l'inquinamento trans-frontaliero da un paese all'altro — sono tutte venute alla luce senza una lira di finanziamento. La legge n. 615 che ha stabilito l'obbligo della rilevazione in tutti i Comuni che sono compresi nella fascia A dell'inquinamento atmosferico non ha previsto alcun finanziamento, quindi i Comuni e le amministrazioni provinciali che hanno voluto istituire un servizio di rilevazione si sono trovati subito di fronte a tale problema. Ho dedicato con i miei collaboratori molto tempo a tali questioni e ritengo che sia stata molto opportuna l'iniziativa, presa proprio dal Senato, di stralciare dalla legge finanziaria per il 1984 già approvata l'articolo 22 per farne un provvedimento a sè, avente proprio la finalità di potenziare i laboratori di sanità pubblica grazie ad un finanziamento direi piuttosto congruo, perchè è stato ipotizzato — mi pare — nei termini di 400 miliardi, sia pure da spendere in due-tre anni. Noi siamo stati interessati a fare delle proposte al riguardo ed è auspicabile che lo stralcio del suddetto articolo 22 possa portare ad una legge organica di finanziamento per le suddette finalità.

PRESIDENTE. Le certifico che il testo di questo stralcio è già stato stampato, e verrà assegnato alla Commissione. Dico questo per confermare la nostra volontà di occuparci del problema.

GIANNICO. In questa maniera, senatore Loprieno, si potrà disporre di strutture adeguate nel territorio perchè se si stabiliscono dei parametri, in base all'articolo 4, e poi non si verifica ciò che succede nel territorio si fa solo un esercizio teorico e non pratico-applicativo.

Il senatore Melotto ha fatto un richiamo all'articolo 117 della Costituzione. A onor del vero, tale articolo ha previsto l'autonomia legislativa e amministrativa delle Regioni in materia di «assistenza sanitaria». Si è molto discusso a suo tempo se nell'ambito dell'assi-

stenza sanitaria dovessero rientrare anche i programmi della sanità pubblica. È fuori da ogni dubbio che l'assistenza sanitaria — nella sua fase diagnostica, terapeutica, riabilitativa — riguarda il singolo e quindi deve trovare proprio nell'autonomia locale la giusta collocazione; invece la sanità pubblica non riguarda il singolo, ma l'intera collettività nazionale e — torno ad aggiungere — molte volte ha degli agganci di carattere internazionale. Si è molto discusso quindi a suo tempo se la sanità pubblica dovesse rientrare in questa autonomia regionale o se dovesse rimanere competenza dello Stato proprio perchè, in quanto riguardante un interesse generale, poteva spettare solo ad un organo centrale. Essa è stata comunque ricompresa nell'assistenza sanitaria e quindi ne ha seguito il processo di decentralizzazione.

Per quanto riguarda l'articolo 5 della legge di riforma, ho già risposto; mi si chiedeva se erano già state prese delle iniziative per l'emanazione di indirizzi a livello ministeriale. Posso ricordare che la prima iniziativa fu presa dal ministro Gui il quale gestì il grosso dramma del colera e si rese conto di persona della necessità di avere una sanità pubblica che fosse strutturata in maniera organica ai vari livelli. Fu pertanto istituita una commissione di studio che fece anche delle proposte, ma poi la situazione ritornò nella normalità e tali proposte vennero accantonate. Oggi come oggi, queste modifiche vanno ricondotte alla riorganizzazione del Ministero della sanità a livello centrale. L'amico Bellani e altri colleghi che ci hanno preceduto hanno già speso i loro interventi per evidenziare la necessità di tale ristrutturazione; personalmente, ho paragonato il Ministero della sanità al palazzo di Montecitorio che ha la sua facciata storica, ossia le nostre Direzioni generali di sempre che tuttora continuano ad operare nei binari tradizionali, e ha poi la facciata moderna, ossia i nostri ultimi tre servizi istituiti da poco che gestiscono la parte innovativa assegnata al Ministero della sanità, cioè il Servizio sanitario nazionale.

Ormai, a distanza di alcuni anni, i servizi sono assolutamente da omogeneizzare. Certamente il palazzo di Montecitorio risulta

collegato e funzionale tra i suoi vari corpi, ma per il Ministero della sanità, anche a causa della distanza fisica tra i vari servizi, questo collegamento non è facile, tenuto conto che le genesi sono diverse e diverse quindi sono le formazioni professionali. Direi che è assolutamente necessario rifare un'unica facciata perchè il Ministero della sanità possa rispondere alle esigenze attuali.

Per quanto riguarda l'utilizzazione del commissario di governo, devo osservare che si tratta di un organo anch'esso politico-amministrativo, espressione del Governo centrale. Egli può forse coprire le competenze dello Stato, operando nell'ambito delle sue prerogative, ma se lo si vuole utilizzare, bisogna porgli *a latere* un funzionario tecnico, come accadeva una volta quando il medico provinciale e il veterinario provinciale erano i consulenti tecnici del prefetto. Però, non sarebbe in sintonia con la riforma sanitaria tornare a questo sistema. Ripeto che è nell'ambito delle Regioni che va trovato il correttivo, con l'istituzione di un apposito servizio di sanità pubblica articolato in più settori, investito di precise responsabilità nei confronti dell'Amministrazione centrale e delle USL.

Per ultimo, vorrei rispondere all'onorevole Presidente il quale ricordava la questione delle funzioni dell'ufficiale sanitario. Non possiamo lasciare il sindaco di un piccolo centro a decidere da solo in materia d'igiene e sanità pubblica senza un ausilio di carattere tecnico (ormai davanti al magistrato rischia di comparire il sindaco, che però ben poco può fare da solo). Una volta aveva a disposizione un medico condotto investito delle funzioni di ufficiale sanitario che lo assisteva quando si verificavano fatti improvvisi (inquinamenti idrici, inconvenienti igienici, segnalazioni di casi di malattia in scuole o asili, eccetera); allo stato attuale, in presenza di tali evenienze i sindaci di molti piccoli capoluoghi veramente non sanno a chi rivolgersi.

Mi è stata poi fatta una precisa domanda dall'onorevole Presidente, relativa al «medico della comunità». Questo istituto di tipo inglese non ha nulla a che vedere con il nostro medico di base. Il «medico della comunità» è un funzionario della sanità pub-

blica che non si limita soltanto alla prevenzione tradizionale, ma è altresì incaricato di svolgere importanti e qualificate funzioni, quali: accertare, quantificare e valutare le necessità assistenziali della popolazione nella sua globalità, cioè sia degli infermi che dei soggetti in buona salute; programmare e organizzare i servizi per soddisfare tali necessità; curare i rapporti tra amministrativi e assistiti; promuovere la ricerca e l'insegnamento sul campo per il migliore funzionamento dei servizi. In sostanza la finalità della *Community Medicine* è quella di fronteggiare l'esigenza oggi maggiormente avvertita nell'ambito dell'assistenza sanitaria, sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, vale a dire: assicurare una più efficiente «gestione» dei servizi sanitari a tutti i livelli.

PRESIDENTE. Vorrei chiederle se il «medico della comunità» riveste in pratica anche le funzioni dell'ufficiale sanitario.

GIANNICO. Esatto, però nella concezione moderna di valutare le necessità di ordine socio-sanitario, la razionale allocazione delle risorse e infine il riscontro dei risultati.

Ovviamente anche il medico di base va visto in maniera diversa da prima, nel senso che, mentre un tempo egli si limitava prevalentemente alla diagnosi e alla terapia, oggi deve fare anche interventi di prevenzione, di quella prevenzione a carattere individuale, ben diversa da quella collettiva. Questa prevenzione di carattere individuale non può essere svolta dall'ufficiale sanitario perchè questi non è in grado di contattare tutti i suoi amministrati, a differenza invece del medico di casa che avvicina prima o poi tutti i suoi assistiti.

Il «medico della comunità» deve invece operare ad un livello superiore per preparare, vagliare ed analizzare i risultati. Quindi, bisogna stare attenti a non confondere le due funzioni equiparando il medico della comunità al medico di base; quest'ultimo, nell'attuale moderna concezione deve essere utilizzato anche per la prevenzione, però non può gestire la sanità pubblica nel senso sopra delineato che è ad un livello superiore e che

richiede una preparazione specifica nel settore, ottenibile attraverso l'auspicata Scuola di sanità pubblica.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Giannico e prego il professor Bellani di intervenire per la sua replica.

BELLANI. Non credo che la mia sarà una replica, ma piuttosto un tentativo di rispondere ai quesiti posti dai senatori a da lei stesso, signor Presidente.

La spesa sanitaria per il settore veterinario incide, sulla spesa per la funzione pubblica del nostro paese, solo per lo 0,4 per cento e nel bilancio 1984, per interventi coordinati, è salita allo 0,8 per cento. Si tratta di una constatazione confortante che giustifica l'attenzione dimostrata dai senatori con le loro domande.

Non credo di dover rispondere a domande generali come quelle sulla riforma in ordine alla questione «centralismo o autonomismo»: in un lavoro edito dalla casa editrice «il Mulino», di uno studioso di estrazione culturale legata al pragmatismo americano, ma profondo conoscitore dei problemi europei, vengono comparati gli ordinamenti amministrativi francese e italiano e viene chiamato quello italiano un autonomismo con il consenso, cioè con la mediazione; quello francese, un centralismo corretto. La conclusione è che in tutti gli Stati centralismo e autonomismo sono una realtà «pendolare» in funzione della realtà politica e sociale.

Ora, non essendo un cultore della materia, dico solo che la legge n. 833 soffre della cultura del provvisorio, si attarda in questo atteggiamento privilegiando il problema — pur importante — della riduzione delle figure molteplici del personale sanitario senza risolvere però tutti i problemi, e le capacità di impedimento a fare le cose necessarie alla rapida funzionalità del Servizio sanitario nazionale. Soprattutto, dico che la crisi della legge n. 833 è una crisi del «fare», una crisi di omissioni centrali e periferiche che arrivano alla inattuazione di determinati articoli della stessa legge (li abbiamo ricordati: per esempio l'articolo 32, l'articolo 59 e l'articolo 62). È abbastanza facile rilevare che stiamo

parlando di un regime sanitario contestato, che da anni viaggia senza legge di programmazione, senza atti di programmazione, senza verifiche di programmazione, cose che invece rappresentano il punto centrale della legge n. 833, che ha assorbito tutte le vecchie esigenze di controllo, di legittimità e di merito, trasformandole in controlli di efficienza, di efficacia, di costi-benefici, di dislocazione delle risorse.

Dicendo questo voglio dire soltanto che non si tratta tanto di impegnarsi in una fatica intellettuale orientata verso modifiche legislative, perchè ci troviamo essenzialmente di fronte ad un problema di attuazione di una legge già esistente. La famosa Eleonora Pimentel de Fonseca, prima di avviarsi al patibolo nel 1799, si stupiva, amareggiata che il popolo la dileggiasse, mentre lei era consapevole di aver fatto, proprio per il popolo, leggi che ne promuovessero l'emancipazione. Ma osserva acutamente il Croce: «Le leggi erano scritte in italiano e il popolo analfabeta parlava il napoletano». Probabilmente, nel campo del «fare», i maggiori problemi sono quelli delle inadempienze. Mi pare esistano argomenti validi per dire che difficilmente tutto questo potrà essere attuato nei tempi stabiliti dal legislatore. È stato scritto (l'abbiamo scritto quindici anni fa), che non siamo di fronte ad una riforma, ma ad una rivoluzione sanitaria che tocca altre inadempienze: la mancata riforma dell'assistenza sociale o quella delle autonomie locali. Si parla di Repubblica fondata sulle autonomie, ma utilizziamo ancora il testo unico della legge comunale e provinciale.

C'è poi la riforma delle facoltà di medicina; perchè non registrare le lacune presenti? Il legislatore, quando ha stabilito all'articolo 39 della legge n. 833 la facoltà della Regione di fare convenzioni con le università, ha «medicalizzato» il suo precetto dicendo che è possibile arrivare a convenzioni per oggetti finalizzati con le sole facoltà di medicina. È una contraddizione stridente. Ci deve essere concorrenza di tutte le specializzazioni, e quindi di molte facoltà, per un unico fine che è quello della promozione della salute per una migliore qualità della vita, mediante integrazione di plurime attività nel territo-

rio. È un sogno illuministico che si possa arrivare alla soluzione di questi problemi facendo funzionare la sola organizzazione sanitaria, esistendo una volontà politica persistente, i mezzi finanziari e le risorse tecnologiche sufficienti. Esprimo solo la modesta opinione di chi da trent'anni si dedica a questi problemi.

È stata fatta una domanda sugli uffici di confine, se possono essere rispondenti al fine di tutelare la salute umana. La risposta è che andiamo avanti da vent'anni con poche persone sui confini mentre dai confini entra il 45 per cento del patrimonio zootecnico bovino, entra il 35 per cento dei prodotti lattiero-caseari, entrano fiumi di prodotti alimentari che controlliamo per eseguire gli ordini con la competenza che abbiamo, nella complessa forma di controlli alimentari che sembrano più attardarsi sulla questione delle etichette e tanto meno sui problemi sostanziali della qualità degli alimenti.

La seconda osservazione che vorrei fare è la seguente: viviamo in un regime che si chiama comunitario. Il Trattato di Roma ha previsto la creazione di un'area di Stati che costituiscono il mercato comune europeo, dove ogni controllo alla frontiera ha bisogno di tempo e di soste. Ciò costituisce, come dice l'Alta corte di giustizia, un'efficace distorsione del mercato. Più volte l'Italia è stata condannata per aver effettuato controlli al confine entro la Comunità. Comincia a diventare un problema giuridico: vale la pena continuare a effettuare questi controlli? Noi li manteniamo perchè si afferma che il processo di armonizzazione legislativa è incompleto. Pertanto, non si possono smantellare gli uffici quando per certe specie animali e per determinati prodotti di origine animale vi è tale armonizzazione e per altri no. Gli equini ad esempio non sono oggetto di armonizzazione comunitaria; i pesci neanche e basta aggiungere il settore ittico per constatare che il 33 per cento della dieta della famiglia media italiana è di fonte proteica animale. Ebbene, questo 33 per cento non è completamente armonizzato. Non si possono pertanto smantellare gli uffici e del resto così fanno gli altri Stati. Bisogna riuscire anche in termini comunitari a sciogliere il

quesito finalistico del Trattato che presupporrebbe l'abbattimento dei controlli intracomunitari.

Il senatore Condorelli si è riferito alla vigilanza sui mercati. Mi sembra che le cose vadano male. Le leggi ci sono e si possono applicare, non si tratta pertanto di una questione relativa al legiferare bensì di un problema di attuazione. Comunque, coloro che non fanno avranno mille argomenti per dire che fanno tutto quello che possono.

Ci si è lamentati del fatto che esistono unità sanitarie locali con molto personale mentre il centro non ne ha. È vero, ma non si deve dimenticare che la mobilità è impedita da ostacoli di natura giuridica, con i famosi diritti di inamovibilità, con la rigidità delle assegnazioni del personale.

Per quanto riguarda gli uffici confinari, secondo il già ricordato decreto del Presidente della Repubblica n. 614, del 1980, il reclutamento del personale avviene su base regionale e per cinque anni non ci possono essere trasferimenti. Nel 1972 è successa una rivoluzione nel campo dell'approvvigionamento annonario della Comunità, e quindi del nostro paese. Prima del 1972 ci approvvigionavamo per il 50 per cento nell'ambito della Comunità europea e per il 50 per cento il traffico era extracomunitario. In seguito, una norma comunitaria, praticamente la legge autarchica comunitaria, determinò la conseguenza che l'importazione annonaria dell'Italia diventasse per il 92 per cento di origine comunitaria; per l'85 per cento dei prodotti di origine animale, di provenienza dalla Francia, dalla Germania e dall'Olanda. L'Olanda aveva nel 1972 un patrimonio di 3 milioni di suini. Oggi, in una superficie grande come la provincia di Mantova e di Cremona ed una parte della provincia di Milano, ha 10 milioni di suini. Questo provvedimento di politica economica ha fatto sì che l'Olanda diventasse la fornitrice principale dell'Italia; non lo era mai stata, dal momento che aveva un tipo di produzione genetica di bestiame selezionato come la Svizzera.

Con sforzi di molte amministrazioni, sono stati rafforzati gli uffici della frontiera orientale che oggi sono tuttavia inefficienti perchè per quella frontiera non passa nulla, dato

che tutto viene importato o esportato attraverso i confini della frontiera occidentale: Monte Bianco, Chiasso, Genova. A Ventimiglia si ha una notevole concentrazione di traffico con pregevole attenzione da parte della Magistratura. Dove c'è traffico, ci può essere frode e connivenza ed i poveri servizi veterinari se non vedono concorrono, se invece vedono e non provvedono «favoriscono» o sono in combutta con i contrabbandieri: quindi si tratta di una posizione difficile e delicata. Di fatto, sulle strade di Ventimiglia passa il 60 per cento dell'importazione occidentale e non consentire al potere centrale una manovra e al potere locale di soddisfare le esigenze, con l'invio di personale, è un errore legislativo. È opportuna e auspicabile la modificazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 614, naturalmente con una riflessione in relazione alla politica comunitaria che il Parlamento e Governo intendono adottare, se si vuole assicurare agli uffici mobilità di personale e un reclutamento rapido. Ho ricordato che su centosessanta veterinari previsti in organico ce ne sono quaranta, entrati in ruolo nel 1983 con un ritardo di trentotto mesi o poco meno. Devo dire che questo è un successo, perchè le altre Direzioni generali non hanno neanche fatto concorsi. Faccio presente anche che i concorrenti che si erano presentati erano oltre novanta, i vincitori quarantacinque ed hanno preso servizio quaranta veterinari.

Quindi, vedete che c'è anche un'offerta sul territorio che è quella che è. Gli uffici di confine, alla domanda se essi garantiscono oggi la tutela vera del consumatore del patrimonio zootecnico, rispondono di no. La tutela del consumatore, sia in relazione agli additivi alimentari, sia agli inquinanti, è legata al fatto che questi elementi sono controllabili solo in laboratori costosi, di capacità operativa limitata.

La raccomandazione viva è di porre attenzione all'articolo 7 della legge n. 833, alla rimediazione della polemica politica che il Parlamento ha fatto al tempo della stesura di tale articolo e — qualunque sia la decisione — alla necessità di garantire la mobilità del personale per esigenze di servizio e la dotazione di mezzi finanziari adeguati per il

funzionamento. Infatti, oggi non serve più il colpo d'occhio, ma il laboratorio alle spalle che lavora, e soprattutto il coordinamento funzionale e operativo tra uffici di confine e USL, perchè è proprio nel territorio — prima che l'animale entri in allevamento o che la bistecca vada sulla tavola del consumatore — che si assicura un efficace controllo.

Infine, ma non da ultimo, diremo che gli istituti zooprofilattici sperimentali sono stati definiti da *sir* Thomas Dalling, esperto internazionale della FAO, nel 1957, come la rete veterinaria mirabile del nostro paese. È una definizione che i medici ricollegheranno alla «rete *mirabilis*» del rene così definita dal Malpighi. Volevo dire che si tratta di un'organizzazione che costituisce il filtro essenziale per la conoscenza biosanitaria dell'ambiente e che assicura agli allevatori assistenza veterinaria, ricerca scientifica, nonché attività industriali pubbliche per la produzione di mezzi preventivi (allergeni, sieri e vaccini, farmaci, eccetera).

La rete degli istituti zooprofilattici è costituita da dieci istituti e da ottantacinque sezioni provinciali, che la tradizione ci ha affidato; tale rete è nata e filiatà dall'università, mediante iniziative di enti locali territoriali o di consorzi di allevatori. Il legislatore statale nel 1970, poi nel 1971 e recentemente nel 1975, con la legge n. 745, ha previsto — nel caso fosse stata fatta la riforma sanitaria e nella constatazione che esistevano le Regioni — un ordinamento che ha «regionalizzato» i controlli «amministrativi», ma ha accollato allo Stato il finanziamento, stante le prioritarie funzioni di ricerca e di assistenza internazionale degli istituti zooprofilattici sperimentali. Essi sono degli enti sanitari di diritto pubblico a carattere regionale e pluri-regionale. Hanno funzionato bene e sono ancora sufficienti? Dobbiamo dire che l'attività diagnostica degli istituti conta ormai 10 milioni e mezzo di diagnosi l'anno. Queste diagnosi coprono tutti i campi della conoscenza medica: dalle malattie infettive, agli inquinanti, ai farmaci. Se avessimo la possibilità di comparare queste diagnosi con quelle effettuate dai centri di igiene e profilassi, potremmo dire che li battiamo 10 a 1, perchè certamente i centri di igiene e profilassi

non superano il milione di diagnosi a valenza di sanità pubblica.

Pur funzionando, però, tali istituti sono in crisi, perchè — su dieci — sei hanno il consiglio di amministrazione e quattro non l'hanno mai avuto. Hanno avuto invece gestioni commissariali governative che hanno perduto dopo l'entrata in vigore della legge, come quella di Palermo, dove c'è ancora un commissario governativo perchè la regione Sicilia non si decide ad applicare la legge n. 745. Abbiamo anche il caso di Napoli, che ha un consiglio d'amministrazione a stralcio, perchè i sopravvissuti si chiamano, in funzione della legge e dell'istituto della *prorogatio*, ancora consiglio d'amministrazione, ma per varare i bilanci chiamano funzionari che vanno a titolo personale, a loro rischio e pericolo, non certo per dovere di legge.

Quindi vi è una crisi della gestione di questi enti da parte delle Regioni. Nella legge n. 833 non vi è alcuna menzione di questi istituti, perchè il legislatore non se ne è ricordato. L'attenta lettura degli atti parlamentari dimostra che — quando fu posta la questione — si rispose che già con la legge n. 745 del 1975 l'ordinamento regionale sanitario era definito, e che quella legge costituiva l'anticipazione della legge n. 833.

Questo fu vero per i legislatori di allora, ma essi ignoravano che la legge n. 833 avrebbe dovuto prevedere espressamente la destinazione di risorse a questi istituti. Per anni non si sapeva chi dovesse trovare queste risorse e per anni è stata una fatica trovarle. Solo l'anno scorso si è giunti alla certezza con la decisione del Consiglio sanitario nazionale di darsi carico del finanziamento degli istituti di zooprofilassi con l'assenso del Ministero del tesoro, che, nell'anno precedente, aveva gestito addirittura in prima persona le risorse di questi istituti, con la crescita a 33 miliardi di lire del contributo annuale per le spese correnti. Ciò costituisce un salto di qualità, oltre che di quantità, nella funzione essenziale del finanziamento.

Bisogna ricordare che senza gli istituti, non esiste una possibilità di difesa sanitaria degli allevamenti e della popolazione. Con gli istituti si può andare dove si vuole, tanto più che hanno una capacità di produzione

12^a COMMISSIONE

11° RESOCONTO STEN. (1° febbraio 1984)

industriale relativamente a quei vaccini che impieghiamo nella zooprofilassi e che sono i più efficaci del mondo, avendo al tempo stesso il più basso prezzo del mondo. Il valore di un vaccino trivalente — chi sa qualche cosa di virologia capisce che cosa intendo dire — è veramente di tre castagne.

Siamo giustamente famosi nel mondo per questi lavori, ma tuttavia questa attività industriale non è stata mai sfruttata come braccio politico di calmierazione del mercato dei medicinali veterinari. Siamo già ad una valutazione di stima, perchè in Italia le cifre parlano e ballano e non si sa mai chi le determina. Abbiamo una spesa di circa 150 miliardi di lire in farmaci che arrivano prima o poi nel tessuto muscolare dei nostri animali.

Questo è il vero e moderno problema della tutela sanitaria dei consumatori. Che cosa facciamo per questi istituti zooprofilattici sperimentali? Innanzitutto, abbiamo cercato di assicurarli, anche con il consenso delle Regioni, dalla divisione pur sempre esistente in Italia tra Nord e Sud. Infatti, gli istituti del Nord sono forti in quanto sono situati in un ambiente industriale in cui la domanda è elevata, mentre per i nobili istituti del Sud — nobili per l'attività di ricerca che svolgono — la domanda territoriale è quella che è, e cioè dispersa e di difficile attivazione perchè l'Italia resta divisa ancora una volta tra Nord e Sud e le leggi non la unificano perchè per poterlo fare devono essere effettivamente operanti, il che implica che vi siano degli uomini capaci che le applichino. Pertanto, gli istituti zooprofilattici sperimentali possono funzionare ed anzi sono ineliminabili. Quello che occorre è una maggiore attenzione del legislatore nei loro confronti, e probabilmente anche un'integrazione dell'articolo 42 della legge n. 833, nel senso di estendere le disposizioni da esso previste per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico agli istituti zooprofilattici sperimentali. Si potrebbe obiettare che questi ultimi non sono istituti di ricovero, e certamente infatti non lo sono, ma potrebbero essere assimilati a quelli di cura, intesa quest'ultima come assistenza tecnica alle aziende, di cui all'articolo 67 del Regolamento di polizia veterinaria;

qualcuno, come il dottor Paderni che è il Direttore della programmazione, ritiene infatti opportuna una parificazione degli istituti zooprofilattici sperimentali agli istituti scientifici di ricovero e cura, ovviamente a particolari condizioni derivanti dalla loro peculiarità. Questa è una possibile soluzione, ma altre ve ne possono essere.

Sempre su questo argomento, ricordo che il Ministro della funzione pubblica ha sollevato un'obiezione secondo cui il personale degli istituti zooprofilattici non fa parte del Servizio sanitario nazionale, per cui si rende necessario un chiarimento al riguardo anche perchè indubbiamente si tratta di istituti che sono sanitari.

Qualcuno, e precisamente il senatore Rannali, sulla base dell'esperienza acquisita come Assessore alla regione Lazio, ha sollevato il problema dell'acquacoltura. Ebbene, in questo settore il legislatore, al tempo della soppressione degli enti inutili, la maggior parte dei quali peraltro è tuttora in piedi, ha soppresso l'istituto di Pescara per il controllo igienico-sanitario dei prodotti ittici, uno dei pochi enti che per fama internazionale e per competenza — anche attualmente in quanto esso continua la sua attività essendo stato assorbito dall'istituto zooprofilattico di Teramo —, permette ancora al Ministero della sanità di poter presenziare in organismi internazionali con relazioni e proposizioni che siano degne, se non di elogi, almeno di cortese attenzione. E non bisogna dimenticare neanche l'istituto zooprofilattico di Torino, dove è nata la ittiopatologia, o quello di Padova, che è stato il primo a fornire l'assistenza, e al più alto livello, agli allevatori ittici per cui adesso siamo diventati esportatori di trote, anguille, eccetera.

Pertanto, l'acquacoltura ha meritato l'attenzione, contemporaneamente alla scarsa applicazione della «legge Merli», anche del Ministero della marina mercantile; però, quando si è trattato di varare una legge organica al riguardo, tutto è caduto nel nulla. A tale proposito, ricordo che è stato proprio il Parlamento, indignato, all'indomani della morte di due biologi romani che una domenica pomeriggio persero la loro vita per aver mangiato delle «code di rospo», a chie-

dere una legge in materia. Il Governo si impegnò a presentarla entro tre mesi ed il Ministro istituì un'apposita commissione presieduta dal presidente di sezione della Corte di cassazione dottor Boschi e di cui era membro anche il pretore Amendola — per ricordare qualcuno che è giustamente famoso per le sue particolari attenzioni verso l'alimentazione —. In sessanta giorni noi predisponemmo il testo del disegno di legge che, dopo aver girato per i cortili e i meandri ministeriali, è però ancora fermo presso l'ufficio legislativo del Ministero della sanità. Sicuramente, noi siamo molto attenti alla tutela sanitaria, ma vi è, come ho detto, una «crisi del fare», non del non saper che cosa fare e la rete zooprofilattica assicura una capacità di controllo anche di fronte a questi eventi che, per fortuna, sono accidentali ed eccezionali, ma comunque sempre possibili.

Mi è stato chiesto che cosa si fa per l'alimentazione animale, ed al riguardo ho già avuto modo di dire che siamo i primi nel mondo ad avere, fin dal 1961, approvato una legislazione che pone una stretta relazione tra la salute pubblica e l'alimentazione animale. Ebbene, siamo arrivati ad un contenzioso con la Comunità economica europea che ci ha penalizzato e impedito persino di effettuare i controlli per verificare l'eventuale presenza dei residui delle sostanze estrogene; in proposito, ricordo solo la polemica con la Francia che ha provocato ben tre incontri di governo sui confini.

Per quanto riguarda la situazione attuale, sono state emanate ultimamente tre direttive comunitarie, tuttora in corso di recepimento da parte del Governo e del Parlamento. Di queste, due riguardano rispettivamente la produzione e l'uso dei farmaci in medicina veterinaria (ho già detto che quintali di farmaci costituiscono i correttivi degli alimenti per il bestiame) e l'uso degli ormoni in zootecnia. È stato vietato, cioè, l'impiego del dietilbestrolo e degli antitiroidei, mentre è stato emesso un giudizio di uso condizionato per altre cinque sostanze ad effetto ormonico o similormonico, che ormoni non sono. Per tre ormoni che sarebbero innocui e non nocivi per la salute pubblica data la loro natura chimica di facile degradabilità, o scomposi-

zione nel metabolismo dell'animale — e che sono i derivati del 17 β estradiolo, il progesterone e il testosterone —, si profila una liceità d'impiego a particolari condizioni.

Pertanto, si è finalmente arrivati ad una legislazione comunitaria da noi sostenuta, voluta ed imposta che ha affermato il principio unico (che tutto il mondo fino a ieri non voleva accettare) secondo cui l'elenco delle sostanze che vengono impiegate nell'alimentazione animale deve superare il livello analitico delle tolleranze dal punto di vista della sicurezza per l'uomo e prima ancora per l'animale. Cioè, la prevenzione è assicurata in tale campo con l'uso dei risultati della cosiddetta farmacocinetica. Occorre misurare il tempo di sopravvivenza del residuo e la sua tossicità, sperimentalmente studiata. In base a tali accurati studi quando vi è tossicità zero, una certa sostanza può essere usata; quando non vi è tossicità zero non può essere usata; nel dubbio, ci si deve astenere dall'impiego e avviare altre ricerche.

La terza importante direttiva riguarda l'impiego delle bioproteine che hanno a suo tempo sconvolto il paese e che sono anche al centro di una errata impostazione di politica economica che riteneva di poter sostituire totalmente l'alimentazione degli animali con proteine ottenute da lieviti coltivati su alcani (derivati del petrolio = paraffina). Diverso è invece il futuro dell'alimentazione degli animali che interessa cereali, leguminose, semi oleosi, eccetera, necessari alla nutrizione delle popolazioni umane: si ricordino le raccomandazioni FAO in proposito. Il grano e il granturco, infatti, oggi vengono usati come mangimi per gli animali sottraendo così questi alimenti a notevoli quote della popolazione umana. Pertanto, la possibilità di ottenere dalle tecnologie di coltivazione delle biomasse, fonti proteiche per l'alimentazione umana, non è solo una possibilità scientifica e tecnologica, ma anche un'esigenza politico-sociale. Noi abbiamo attivato anche a questo riguardo una direttiva comunitaria che stabilisce i livelli di sicurezza che noi, con i nostri organi, abbiamo studiato.

Capisco che a questo punto la domanda che sorge spontanea è: «Ma tutto questo è efficace»? Personalmente, la risposta che mi

12^a COMMISSIONE

11° RESOCONTO STEN. (1° febbraio 1984)

sento di dare è che leggi perfette non significano situazioni ottimali perchè il controllo dell'applicazione di queste leggi si esplica attraverso l'esecuzione continua e fedele di molte analisi, il che comporta un aumento della spesa pubblica nel settore.

Nel territorio, veterinari e coadiutori sono sempre presenti negli allevamenti a controllare che cosa si fa e come si fa. Invece, oggi dobbiamo dire con chiarezza che, non per cattiveria, non per assenteismo, forse per malagrazia, il coordinamento del controllo dal confine all'USL ha un'interruzione, con dei silenzi, dei ritardi, dei tagli dell'informazione circa gli esiti dei controlli, che vanno da tre anni a diciotto mesi. Solo alcune Regioni ci forniscono qualche risposta — spesso tardivamente — per cui siamo costretti a ricorrere al commissario di governo. L'articolo 5 della legge n. 833 stabilisce infatti soprattutto l'obbligo di reciproche informazioni (noi diamo informazioni alle Regioni, le quali danno informazioni alle USL, che a loro volta debbono dare informazioni alle Regioni, così via). C'è, inoltre, la necessità di constatare che chi riceve l'ordine, il telegramma, sappia di che cosa si tratti, perchè non succeda quanto successe ad un generale russo nel 1914: sulla carta risultava che le sue armate marciavano su Berlino, mentre, in realtà, si impantanarono nelle paludi della Prussia. Gli ordini arrivavano, ma alla sede sbagliata. Questo è il pericolo nella situazione attuale: le mancate informazioni fra i diversi livelli del Servizio, per ragioni che vanno identificate — non è il caso qui di affrontarle — sono il punto focale della situazione; prima ancora di pensare a cambiamenti di strutture, occorre realizzare quelle strutture che non sono state mai fatte.

Vicino a me c'è il professor Aulenta: è un funzionario di livello elevato, dirige la prima divisione della mia Direzione generale; è un amministrativo, colto, preparato, e viene da un ente mutualistico. Ebbene, vorrei che vi descrivesse la sua fatica nel capire l'atto amministrativo che contiene questa materia. Ciò è indipendente dalla sua volontà, ma non posso aspettare oggi che lui cresca; ecco perchè gli affianco un ispettore generale veterinario. Occorre riflettere su certe cose.

Mi sono stati chiesti i risultati della bonifica sanitaria. In tema di bonifica sanitaria (legge n. 615 del 1964 e successive variazioni) per la tubercolosi bovina abbiamo sottoposto tutto il patrimonio zootecnico nazionale a controllo: ben 75 province sono già indenni e la persistenza della non indennità è in Regioni fortunatamente a scarsa incidenza tubercolare. È, quindi, vero che non è stata condotta a termine la bonifica, ma è altrettanto vero che laddove ciò non è stato fatto il pericolo non c'era. Infatti nel 1967 mutai la strategia della lotta, dal momento che avevamo iniziato dal Sud (dove la tubercolosi bovina non c'è, come in Sardegna), puntando invece tutte le forze sulla pianura padana, dove la tubercolosi bovina c'era. Oggi la pianura padana è indenne, potendosi tranquillamente dire che la battaglia, dal punto di vista della salute pubblica, contro il bacillo tubercolare di tipo bovino è vinta. Certo, non è completata. D'altronde, quando votate i bilanci, quante volte avete votato l'esercizio provvisorio in questi ultimi cinque anni? Sappiate, allora, che quando si vota un esercizio provvisorio, dal punto di vista della finanza e della contabilità si spendono solo dei dodicesimi; quando si hanno dei dodicesimi a disposizione non si possono fare dei piani. Questo ha pesantemente inciso sulla mobilità, oltre alle altre condizioni organizzative peggiorate, che rendono la spesa poco suscettibile di controlli efficaci.

ROSSANDA. Quest'anno non abbiamo l'esercizio provvisorio; i fondi destinati vi bastano?

BELLANI. La somma accertata è di 25 miliardi, all'interno dello stato di previsione bilancio del Ministero della sanità. Riflessione: è giusto che per il Ministero della sanità sussistano queste risorse quando tutto il resto è decentrato alle Regioni? Chi opera, deve avere la possibilità di gestire il denaro, sul cui impiego poi potrà essere chiamato a rispondere. Il nostro interesse è che vengano raggiunti, nei tempi e con le modalità prefissati, i risultati attesi; questo è il compito del Ministero e nient'altro si deve fare — a mio

avviso — perchè questa è una legge speciale che prima o poi dovrà cessare.

Per quanto attiene alla brucellosi, la epidemiologia brucellare del bovino non è quella dell'ovino; nel bovino, la *brucella abortus* dà un pericolo relativo per la salute dell'uomo, perchè non provoca la melitense (la febbre ondulante), bensì provoca delle forme allergeo-simili. Quindi c'è un certo pericolo per la salute pubblica, ma soprattutto un pressante pericolo per la fertilità animale. Altro discorso è la *brucella melitensis*, propria degli ovini, che colpisce l'uomo, provocando una malattia specifica: la melitense appunto. A chi mi ha chiesto il perchè non facciamo la vaccinazione contro la brucellosi del bovino, rispondo che la facciamo, ma una disposizione comunitaria stabilisce che quelli che fanno la vaccinazione non possono avere la qualifica di allevamento «ufficialmente indenne» ma solo «indenne». Sono piccole polemiche degli addetti ai lavori, che probabilmente non hanno una rilevanza in questa sede, ma che provocano delle difficoltà. È possibile, inoltre, sradicare la malattia mediante la eliminazione degli infetti, mentre l'ovino guarisce dalla malattia brucellare con il fenomeno della autosterilizzazione spontanea. Per queste considerazioni, strategicamente abbiamo scelto la vaccinazione dei giovani agnelli, che continua, e abbiamo per ora sotto vaccinazione 3.500.000 capi ogni anno, e il numero tende a crescere. L'epidemiologia dell'uomo è scesa poi da 12.000 casi nel 1964 a 2.800 casi nel 1980 (i dati di cui alla relazione). È tutto da attribuire al risanamento crescente dell'allevamento ovino? No. C'è un perfezionamento della produzione lattiero-casearia, un diverso modo da parte del consumatore di avvicinare i produttori lattiero-caseari, la diminuita presenza dell'uomo accanto all'ovino (i pastori sono divenuti rari, e spesso vivono isolati, non facendo quindi più parte di comunità contagiabili). Per queste ragioni, la profilassi antibrucellare va avanti, anche con il contributo della Comunità economica europea che versa il 50 per cento delle spese sostenute dagli allevatori a causa della macellazione degli infetti; questo contributo sa-

rà mantenuto se noi entro tre anni finiremo il risanamento.

Per quanto riguarda le vaccinazioni, ci sono le risorse per pagare i vaccini e gli onorari ai veterinari, e tali risorse sono a disposizione delle Regioni presso il Fondo sanitario nazionale. Esse sono contro cinque malattie: rabbia silvestre, afta epizootica, peste suina, carbonchio ematico e carbonchio sintomatico. Per la rabbia silvestre è prevista la vaccinazione antirabbica degli animali domestici. Gli studi procedono sotto la richiesta pressante che si fa in quasi tutto il mondo, dopo la scoperta dei vaccini a cellule diploidi (Pasteur ha insegnato che il virus si coltiva nel midollo del coniglio, mentre ora invece si può farlo su cellule vive).

Un istituto tedesco e un istituto svizzero hanno preparato dei vaccini per via orale per le volpi. I protezionisti infatti non vogliono l'uccisione dell'amica volpe, dell'astuta volpe, e ritengono che uccidere le volpi sia uno sterminio, un genocidio. I «verdi» in Germania sono molto potenti e costituiscono una forza di pressione non indifferente. Tuttavia sorgono mille difficoltà per l'impiego di questa vaccinazione orale poichè bisogna distribuire le esche nei boschi e possono passare altri animali oltre le volpi: potrebbe passare anche il turista; in ogni caso si creano degli inconvenienti.

Nell'Istituto di parassitologia dell'Università di Roma - Facoltà di medicina e nell'Istituto superiore di sanità abbiamo sperimentato che in gabbia si può immunizzare. Il problema pertanto non è se immunizzare o meno nè di stabilire se la vaccinazione orale immunizza, ma quello di verificare se è possibile sia fronteggiare le condizioni e i rischi indotti nell'ambiente con la persistente presenza di un virus vaccinale, sia prevenire i danni che si potrebbero verificare nell'uomo. A tale proposito si pronunceranno i massimi consessi sanitari. Si stanno tuttora conducendo degli esperimenti connessi alla lotta contro la rabbia silvestre che dalla provincia di Bolzano è dilagata fino alla provincia di Sondrio. Non conosciamo al momento altre zone di diffusione anche se la mia affermazione significa ben poco. La rabbia silvestre

dagli Urali si è diffusa in tutta l'Europa sino in Francia. In Italia è penetrata non dalle Alpi occidentali ma dalle Alpi centro-orientali. Il pericolo esiste soprattutto per il turista e per gli escursionisti ed è necessaria ogni collaborazione tra organi forestali, Ministero dell'agricoltura, comunità montane, eccetera. Se c'è solamente una volpe per chilometro quadrato infatti non c'è pericolo di trasmissione della rabbia la quale si arresta autonomamente.

Ho fornito così delle indicazioni generali che possono comunque essere verificate mediante dati precisi esistenti in materia.

Si è parlato poi di collaborazione con le facoltà di medicina veterinaria: sono sorti istituti zooprofilattici che rappresentano la spina dorsale del servizio pubblico. L'articolo 67 del Regolamento di polizia veterinaria del 1954 si limitava a ripetere una norma del 1914, che prevedeva che i servizi pubblici si avvalessero delle facoltà di medicina veterinaria, degli istituti zooprofilattici o dei laboratori di igiene e profilassi per l'attività diagnostica e per ogni consulenza a titolo assolutamente gratuito. È un principio codificato nel nostro ordinamento giuridico che rappresenta una collaborazione di fatto. Nel bilancio del Ministero della sanità, la Direzione generale ha a disposizione 300 milioni per finanziare ricerche su temi scelti e valutati sia dall'Istituto superiore di sanità sia dalla Direzione generale per i servizi veterinari. Ma «il cavallo non beve», anche se la risorsa finanziaria esiste. La mia opinione, che ho espresso in una relazione presentata al Ministero per la ricerca scientifica e tecnologica, è che esiste una sottovalutazione della strategia della ricerca biomedica nel nostro paese, ma non per mancanza di finanziamenti. Spesso i finanziamenti stanziati non possono essere utilizzati a causa della mancanza di personale, per pastoie burocratiche, perchè il personale nominato per l'attività di ricerca dopo dovrebbe essere licenziato, perchè gli studenti universitari non possono essere utilizzati per tali attività. Il problema pertanto non riguarda la quantità ma la selettività e la strategia di ricerca.

Che cosa è oggi il Ministero? Spero che i miei colleghi ve ne abbiano già parlato. L'i-

stituzione del Ministero della sanità fu la trasformazione del precedente Alto Commissariato per l'igiene e la sanità (ACIS) e risale al 1958. Oggi intendo affermare che il Ministero non esiste se per Ministero si intende una organizzazione dotata di persone e di mezzi, per qualità e quantità, idonei e sufficienti ad assolvere alle funzioni di cui alla legge n. 833 del 1978. Funzioni che sono completamente diverse da quelle previste nel 1958. Tali funzioni reclamano una cultura ed una conoscenza differenti. Ieri gli studiosi di malattie infettive ragionavano in base alle denunce dei focolai di malattia mentre oggi si viaggia a mezzo di indicatori di sanità. Ho allegato alcuni studi sugli indicatori di sanità e sui criteri di controllo di efficacia e di efficienza delle azioni sanitarie. Richiamo l'attenzione sui documenti da me forniti riguardanti il costo-beneficio delle profilassi di Stato fino a verso il 1980 nel nostro paese. Abbiamo dimostrato che una lira spesa per la lotta contro la tubercolosi ha provocato una produzione lorda vendibile dell'ordine di quattordici volte la lira spesa; nella brucellosi di ventisei volte e così via.

È necessario utilizzare strategicamente le risorse disponibili catalogando i bisogni in base alla loro importanza economico-sociale ed in relazione alla efficacia organizzativa. È inutile spendere, ad esempio, per la lotta contro le tossicodipendenze nel momento in cui non esistono uomini e strutture organizzative in grado di trasformare i soldi in azioni; i finanziamenti si disperdono nel nulla, è come irrigare un campo che non sia stato livellato. Occorre creare le strutture e gli uomini per l'azione contro le tossicodipendenze. Siamo stati costretti, a causa della nostra miseria, della nostra separatezza e della nostra ghettizzazione culturale, ad assumere una mentalità economica. Il coordinamento e le politiche di investimento nell'agricoltura, ad esempio, non sono mai coordinate con quelle della difesa zooprofilattica. Desidero citare soltanto un caso che ha causato forti inconvenienti a livello regionale oltre che centrale. Conoscete tutti il «piano Quadrifoglio» e gli interventi sulla qualità del latte disposti dal Ministero dell'agricoltura, per la lotta contro l'infertilità animale e

quella contro la mortalità neonatale, voluti dal compianto ministro Marcora. Non si è economizzato sui mezzi perchè sono state stanziati decine di miliardi, ma la tendenza generale è stata di creare organizzazioni autonome senza utilizzare quelle del Servizio sanitario nazionale, causando quindi situazioni di duplicazione di competenze e di spese, una duplicazione organizzativa zoonofilattica ricca di conflittualità, nonché di vanificazione dei risultati.

Un altro aspetto è che con la legge n. 833 del 1978 non si è considerato il necessario coordinamento dell'azione e della strategia sanitaria con le politiche economiche istituzionali.

Ho posto alla vostra attenzione un nostro studio presentato al comitato tecnico-scientifico della programmazione presso il Ministero e presso l'ufficio del programma nel quale abbiamo sostenuto che la formazione dei dirigenti apicali per i settori delle USL deve essere *post-graduate* ed apposita. È stata istituita una Scuola di sanità pubblica presso la facoltà di medicina veterinaria dell'Università di Milano, dove ho insegnato fino all'anno scorso come professore stabilizzato (dovendo optare tra l'università e l'amministrazione dello Stato, ho preferito rimanere nel mio Ministero-ombra, nella speranza che il Parlamento ed il Governo mi consentano di andare in pensione lasciando un Dicastero idoneo alla tradizione italiana e alla legge n. 833 del 1978). In quello studio noi diciamo che oggi abbiamo collocato 2.500 *ex* veterinari condotti, comunali, direttori di macello. A pieno regime il sistema darà occupazione a ben 6.000 veterinari pubblici e vi sarà una convenzione operativa con 3.000 veterinari. Oggi i veterinari iscritti all'albo sono 10.000, le facoltà sono dieci con cinque anni di corso e sessantadue esami e con un numero di 3.000 ore. Siamo quindi in pieno rispetto delle direttive CEE sul diritto di stabilimento. E allora viene la domanda: questa preparazione è coerente con i bisogni delle tecniche, delle formazioni professionali e delle specializzazioni necessarie alle attività veterinarie del Servizio sanitario nazionale? La risposta è nettamente negativa. Questo non deve significare che la qualità del veterinario italia-

no sia pessima, anzi il fatto è che il Ministero della pubblica istruzione persegue una strategia diversa, che vale anche per le facoltà di medicina, dove si privilegia la specializzazione della specializzazione, attraverso la moltiplicazione dei corsi e delle cattedre. Tutto questo è certamente indispensabile per il progresso della professione biomedica, ma si arriva però, talvolta, a risultati contraddittori con l'esigenza sintetica che era presente all'atto della istituzione delle Scuole mediche, cioè il medico al servizio della società e dell'uomo e non al servizio della specializzazione. Per cui tutto ciò si traduce in una domanda enfaticamente differenziata prestazioni che cronicizza la medicalizzazione della società e dell'individuo e non la prevenzione.

Anche la medicina veterinaria — successivamente e purtroppo — oggi è caduta in questo difetto. Ha moltiplicato le cattedre, ha moltiplicato gli istituti e ha soppresso quelli a valenza pubblica. Vi era l'istituto degli approvvigionamenti annonari attraverso i quali il veterinario conosceva come evolve l'approvvigionamento nel paese e nel mondo e quali sono i momenti critici di intervento pubblico per assicurare l'igiene. Ebbene, tale istituto è sparito. Gli insegnamenti di ispezione degli alimenti si orientano verso le tecnologie delle preparazioni alimentari e non verso la difesa del consumatore di fronte alle tecnologie stesse, e potrei citarvi tanti altri esempi. Per dirne una: le zoonosi, che sono ottanta — e ogni tanto se ne scopre qualcuna, — fino ai miei tempi — e non tanto tempo fa — costituivano materia dell'esame di Stato. La domanda su una zoonosi era per noi paradigmatica, era impossibile che non ci domandassero qualcosa sulla rabbia, che cosa voleva dire per l'uomo, che cosa dovevamo consigliare al proprietario del cane che aveva morso un bambino oltre a bloccare il cane. Oggi invece si va a studiare magari la broncopolmonite del cavallo da corsa e simili argomenti.

Una riflessione critica pone la richiesta alle università di attivare Scuole di sanità pubblica affinché almeno queste scuole biennali o triennali, il cui titolo dovrebbe essere obbligatorio per essere inseriti nell'organico

delle unità sanitarie locali e costituire titolo preferenziale per essere dirigenti del servizio, ci mettano in condizione di avere dei «servitori» che intendono la parola del «padrone» e la traducono in atti coerenti di sanità pubblica veterinaria, tralasciando di enfatizzare cose importanti sì, ma che vanno lasciate non alla medicina pubblica bensì alla medicina corrispondente al rapporto paziente-medico, ossia alla medicina «veterinario-proprietario dell'allevamento». Abbiamo pertanto urgente bisogno di nuovi veterinari che si occupino seriamente della sanità pubblica veterinaria.

PRESIDENTE. Vorrei ringraziare il professor Bellani e il collega Giannico per la cortese presenza. Sono emersi tanti problemi di grandissimo interesse nella riunione di oggi. Uno tra questi riguarda la migliore formazione professionale, problema ricorrente che certamente sta a cuore a tutti noi. È mia intenzione — e credo che sia anche nell'animo dei componenti di questa Commissione — sviluppare sempre migliori contatti anche con la Commissione di merito, la Commissione pubblica istruzione, per provvedere ad un esame completo, definitivo, analitico e nello stesso tempo innovativo delle questioni che riguardano la formazione professionale a tutti i livelli: sia della facoltà di medicina che della facoltà di veterinaria o di qualsiasi altra facoltà abbia una correlazione con i compiti di protezione della salute. Questo fa parte dei nostri doveri e anche — lasciatemelo dire — della politica di questa Commissione che vuole essere sempre di più partecipe a tali questioni e nello stesso tempo rendersi anche garante di tante aspirazioni e di tanti quesiti in merito alla tutela della salute che vengono dal paese.

Con questa riunione di oggi e con i vostri interventi si chiude una serie molto interessante di contatti avuti con funzionari di alto

livello del Ministero della sanità e come esprimo a voi due — oggi presenti — l'apprezzamento per la sincerità, la competenza, la chiarezza e lo stile che portate nel vostro lavoro, così vorrei che trasmettete tale apprezzamento ai colleghi che vi hanno preceduto in queste riunioni. Con tale sentimento possiamo ritenere di aver acquisito da questa fase della nostra indagine conoscitiva la sensazione positiva della «qualità» degli uomini che ricoprono posti di responsabilità.

Ora si tratta di superare difficoltà soprattutto di costume, di comportamento reciproco tra poteri centrali e poteri periferici. Ho usato la parola «potere» perchè è emersa anche oggi; preferirei tuttavia «responsabilità e funzioni centrali» e «responsabilità e funzioni periferiche», dalle quali nasce anche il potere in quanto è un atto dovuto alla responsabilità che si assume. Vorrei che già da questa fase venisse chiarito che lo Stato è unitario ed è come un corpo dalle molte membra. Dobbiamo parlare di autonomia e non di autarchia, il concetto di sovranità è collegiale se si intende lo Stato nel suo complesso; non è certo l'enfasi verbale della sovranità che ci può portare una soluzione ai nostri problemi! Inoltre, visto che oggi siamo stati molto «umanisti», vorrei alludere al vecchio apologo di Menenio Agrippa, che su queste cose la sapeva lunga, e che tutti voi ricorderete.

Non facendosi osservazioni, dichiaro pertanto conclusa l'audizione odierna.

Il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 13,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE