

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

(N. 396-A-bis)

Relazione della minoranza della II^a Commissione Permanente

(IGIENE E SANITA')

(RELATORI: PASQUALICCHIO e BOCCASSI)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro del Tesoro

di concerto col Ministro del Bilancio

NELLA SEDUTA DEL 28 GENNAIO 1959

Comunicata alla Presidenza il 12 maggio 1959

Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità
per l'esercizio finanziario dal 1^o luglio 1959 al 30 giugno 1960

ONOREVOLI SENATORI. — Dopo la costituzione del Ministero della Sanità è questo il suo primo bilancio di previsione che a voi viene presentato per esaminarlo e discuterlo non solamente nel suo aspetto organizzativo, nella validità o meno degli strumenti a disposizione del Ministero per provvedere alla tutela della salute pubblica, ma soprattutto per poter ricavare le linee programmatiche della politica sanitaria del nostro Paese, che affrontino il problema di fondo di una sufficiente protezione della salute pubblica.

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

Non vi è dubbio che il problema generale dell'assistenza sanitaria in Italia richiede delle soluzioni nuove che non possono più essere rimandate, perchè la situazione è giunta ad un tale punto di confusione che contrasta inconciliabilmente con le esigenze di una società moderna. Di questa esigenza ci siamo preoccupati, quando in sede di Commissione permanente della sanità abbiamo presentato la seguente lettera all'onorevole Presidente di quella Commissione:

« Onorevole Presidente,

facemmo presente attraverso le dichiarazioni del senatore Pasqualicchio all'inizio della seconda riunione della Commissione, che ella presiede e della quale noi siamo componenti, la richiesta nostra a che il Ministro dell'igiene e sanità facesse alla Commissione stessa una relazione inerente alla impostazione del lavoro e al modo come egli intenderebbe sviluppare l'attività del Ministero; quali problemi riterrebbe necessario affrontare per primi; in quale modo mirerebbe a riformare alcune attività, che oggi sono di pertinenza di Dicasteri diversi e di vari enti di diritto pubblico.

L'ordine del giorno dell'11^a Commissione indetta per il 16 corrente mese ci informa

che la nostra richiesta non è stata ancora accolta dal Ministro, e non sappiamo neppure quando lo sarà.

L'importanza però della funzione che dovrebbe svolgere il Ministero della sanità, costituito dopo lunghe discussioni e vincendo pareri discordi, ci induce ad insistere nella richiesta avanzata. La salute pubblica è elemento determinante del buon andamento della vita della nazione e proprio per questa ragione è necessario che si conoscano gli orientamenti e le linee di azione dell'organismo sorto per salvaguardare la salute dei cittadini in ogni settore della vita sociale.

Troppe sono ancora le cause che mettono in pericolo la salute pubblica e troppo disperso e disorganico è l'insieme degli strumenti e delle organizzazioni, che dovrebbero essere utilizzati ed interessate alla tutela della salute dei singoli e della collettività nazionale, per non preoccuparsi del modo come si intenda superare una situazione non del tutto positiva.

Basta guardare alle condizioni igieniche, che caratterizzano moltissime aziende industriali, agricole, commerciali, molti uffici pubblici e privati, basta esaminare lo sviluppo degli infortuni e delle malattie che colpiscono i lavoratori per i ritmi e l'organizzazione del lavoro e la manipolazione di nuovi prodotti, basta considerare la natura degli alloggi, ove centinaia di migliaia di famiglie sono costrette a vivere, basta prestare attenzione alle proteste, che da ogni parte si levano contro le sofisticazioni dannosissime delle derrate alimentari, basta pensare alle condizioni, che si vengono a determinare a seguito del diffondersi di endemie, pandemie, epidemie, per comprendere quante forze attentano alla pubblica salute. Si aggiungano a queste cause, che mettono in pericolo la salute dei cittadini, l'alto costo dei medicinali, la scarsità di alcuni medicinali essenziali, l'inserimento della speculazione nella produzione e distribuzione specialmente dei vaccini, la disorganicità della legislazione, la fragilità ed insufficienza dell'organizzazione sanitaria pubblica e si avrà così il quadro dell'ambiente in cui deve operare il

Ministero e dei compiti ai quali il Ministero deve assolvere. Riteniamo anche necessario, considerata la preoccupazione ogni giorno più viva della popolazione di alcune grandi città, tra le quali Roma, a causa dell'ancora acuta fase della epidemia poliomielitica, che il Ministro esponga alla Commissione quali misure sono state adottate per infrenare il dilagare della epidemia e per sollecitamente provvedere a che le famiglie possano con facilità e con poca o nulla spesa realizzare la vaccinazione, che oggi si ritiene ormai accertata come necessaria per combattere il dilagare del fenomeno. La stampa cittadina pone ogni giorno in evidenza la insufficienza delle misure adottate, la speculazione che avviene attorno alla distribuzione del vaccino, la scarsa disponibilità del vaccino stesso e la inadeguatezza dell'intervento del Ministero della sanità di fronte alla gravità della epidemia tale da indurre il Ministro a sollecitare per la seconda volta il rinvio dell'apertura delle scuole materne, elementari e medie a Roma e in altre città italiane.

Vogliamo augurarci che la presente richiesta a lei rivolta possa sortire un esito positivo immediato, così che la nazione conosca come si intende affrontare il compito di tutelare la salute pubblica e in qual modo il Ministero della sanità intenda provvedere alla lotta organica, non solo contro l'attuale fenomeno epidemico poliomielitico, ma anche contro eventuali altri fenomeni epidemici, pandemici ed epidemici che dovessero eventualmente insorgere e localmente o su scala nazionale.

Distintamente.

Senatori: MAMMUCARI, PASQUALICCHIO, LOMBARDI, PRIMERANO, SCOTTI ».

Questa lettera fu comunicata dal Presidente in Commissione, malauguratamente però non fu seguita da alcuna discussione. Ciò senza alcun vantaggio della salute pubblica per la situazione creatasi durante il secondo semestre del 1958 allorché, imperversando la epidemia poliomielitica, la

popolazione, con manifestazioni comiziali, scientifiche, politiche, chiedeva l'intervento del Ministro della sanità per far fronte al flagello paralitico. Misure disorganiche e frammentarie si susseguirono, frutto di vedute circoscritte, fenomeniche e non generali, che permettevano a pochi produttori di medicinali specifici, una scandalosa speculazione sulle sofferenze, le lacrime e la morte altrui. Il quadro storico è recente e da tutti è conosciuto. Questa esperienza della importanza dei servizi sanitari e sociali non ha determinato nessuna seria innovazione nella pratica della protezione sociale. L'opera del Ministro non è stata all'altezza dei compiti a lui affidati dalla legge.

Con la sostituzione del Gabinetto Fanfani fu rinnovata la direzione del Ministero della sanità di cui, in data 28 gennaio 1959, fu presentato il primo stato di previsione della spesa dagli allora Ministri del Tesoro e del Bilancio per l'esercizio finanziario 1959-60.

Ebbene, esaminando i diversi capitoli di stanziamento di questo bilancio di previsione, si ha l'impressione di una grande confusione determinata forse dall'aver adottato dei criteri insufficienti nella formulazione delle denominazioni, che rendono possibile una larga discrezionalità nella destinazione dei fondi. Come per esempio per la O.N.M.I. il cui stanziamento ha subito un incremento di 500 milioni, e la Croce Rossa Italiana il cui stanziamento si è accresciuto di 60 milioni. Ma di questa somma quale parte viene erogata in assistenza e a quanto ammonta la spesa di gestione? Tutto ciò non ci è consentito di sapere, queste somme sono sottratte a qualsiasi controllo, perchè la O.N.M.I. opera in un regime burocratico, centralizzato le cui conseguenze incidono sfavorevolmente sul piano finanziario.

Di fronte allo stanziamento del precedente esercizio, che era di 41 miliardi e 741 milioni, l'incremento dell'attuale esercizio è di 2 miliardi e 165 milioni, per un totale di 43 miliardi 882 milioni e 815 mila. Ma non si riesce davvero a intravedere quale nuova politica sanitaria possa svolgere il nuovo dicastero con l'esiguità di un tale bilancio

LEGISLATURA III - 1958-59 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

di previsione, che ripete lo stesso indirizzo dei precedenti bilanci dell'A.C.I.S.

Con l'estendersi dell'assicurazione di malattia a sempre nuove categorie di cittadini, con l'integrazione dell'assistenza sanitaria a categorie che già ne usufruivano, si mette sempre più in evidenza la necessità di adottare sistemi idonei a soddisfare, non soltanto quantitativamente ma anche qualitativamente, l'assistenza sanitaria nazionale. Come visione di insieme infatti le recenti statistiche indicano che in Italia l'assicurazione mutualistica contro le malattie ha il seguente andamento:

Assicurati nell'anno 1958

I.N.A.M.	n. 21.320.000
E.N.P.A.S.	» 3.766.247
E.N.D.E.D.P.	» 556.964
I.N.A.D.E.L.	» 1.179.270
Casse Gente di Mare	» 327.858
Altre categorie	» 210.087
Coltivatori diretti	» 6.176.786
Artigiani	» 1.500.000

n. 35.037.202

La riforma del sistema assistenziale sanitario dunque è oggi l'esigenza più matura nel nostro paese e di questo orientamento oggi è consapevole l'opinione pubblica orientata verso la riforma di tutte le strutture sulle quali poggia la tutela della salute dei cittadini. E opinione comune che l'assistenza sanitaria costa troppo, si spende cioè troppo in rapporto a quello che il cittadino riceve, perchè la dispersione del sistema, la molteplicità degli enti erogatori determinano una serie di interferenze, di compiti e attribuzioni tra istituto e istituto, che oltre ad aumentare i costi dell'assistenza e ad appesantire le enormi bardature democratiche, si ripercuotono negativamente sulla efficacia, sulla rapidità, sulla tempestività dell'assistenza.

Il compiti assistenziali dei comuni per esempio non si esplicano per una serie di malattie per le quali entra in gioco la compe-

tenza della provincia; a sua volta la competenza della provincia deve cedere il passo alla competenza dei ministeri per qualche altra forma morbosa. Un assicurato dell'I.N.A.M. perde diritto alla cura in una serie di malattie infettive la cui assistenza ricade sui comuni. La t.b.c. viene assistita dall'I.N.P.S. per gli assicurati, dai consorzi provinciali antitubercolari per gli altri.

La conseguenza di tutto questo la subisce il cittadino malato il quale molto spesso prima di cominciare a combattere contro la malattia deve a lungo combattere contro la burocrazia estenuante e insopportabile che si esercita nelle interminabili attese delle anticamere, e negli uffici fino alla esasperazione.

In questa situazione tendono ad avere la prevalenza le strutture burocratiche sulle strutture assistenziali, aumenta il peso della carta a svantaggio del peso delle prestazioni effettive, aumenta il numero dei funzionari a spese del numero dei tecnici. A queste cause si deve poi la deficienza delle attrezzature assistenziali esistenti nelle campagne le cui conseguenze diventano qualche volta tragiche.

Nessuna iniziativa tendente a modificare questa situazione si ricava da questo bilancio di previsione, e ciò è tanto più grave quando noi andiamo ad esaminare la « relazione generale sulla situazione economica del Paese » presentata dal Ministro Tambroni. In questa relazione si rileva che nel 1957 la spesa complessiva per l'assistenza sanitaria tra tutti gli enti è stata di 377 miliardi e nel 1958 di 399 miliardi di cui per l'anno 1957 299 miliardi per spesa sanitaria degli Istituti Previdenziali, da 80 a 90 miliardi per spese dei comuni e delle provincie, il rimanente 60 miliardi spesa sostenuta dai privati.

Ciò vuol dire che l'80 per cento della spesa per l'assistenza sanitaria è spesa pubblica.

Per questa spesa che è la più dispersa nel nostro paese in tutti i settori e in tutte le direzioni, proprio attraverso questo bilancio di previsione era naturale attendersi una indicazione che in prospettiva delineasse la futura politica sanitaria del Ministero.

LEGISLATURA III - 1958-59 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Dovremo quindi continuare a constatare che il grosso della spesa sanitaria è costituito dalla spesa per medicinali, quando in ogni paese civile la spesa maggiore nel campo sanitario è costituita dal costo ospedaliero?

Infatti se noi ci riferiamo al maggiore degli istituti assistenziali, all'I.N.A.M., noi vediamo che la spesa per medicinali arriva al 40 per cento della spesa totale, mentre in Inghilterra non supera il 10 per cento.

L'I.N.A.M. deve limitare la spesa relativa al capitolo ospedalizzazione al 32 per cento, mentre in Inghilterra l'assistenza ospedaliera assorbe quasi l'80 per cento del bilancio sanitario.

OSPEDALI

Non possiamo in questa sia pure breve relazione non dare il posto che merita alla questione ospedaliera, questione cardinale di ogni tipo di assistenza. Infatti senza una efficiente rete ospedaliera, nessun passo avanti sarà possibile di fare, perchè il progresso scientifico e sociale ha enormemente allargato il campo dell'attività ospedaliera, e se non saremo capaci di sviluppare una politica di rinnovamento in questo settore la deficienza della nostra organizzazione ospedaliera aumenterà sempre più in avvenire.

Deve poi essere richiamata l'attenzione del Senato sull'insufficienza delle attrezzature tecniche, diagnostiche e di ricerca degli ospedali proprio a causa degli esigui stanziamenti per la lotta contro le epidemie. Il capitolo 48 del bilancio destina solamente 965 milioni, somma che deve servire non solamente per la lotta contro le epidemie, ma a diverse prevenienze le più eterogenee. È un vero capitolo confusionario così da non poter comprendere il criterio usato per la sua formulazione. E con queste attrezzature non si comprende davvero come possa venire attuata l'indagine sulla morbilità delle malattie epidemiche.

Occorre secondo l'organizzazione mondiale della sanità che i posti-letto disponibili siano almeno 10 per ogni 1000 abitanti, che siano uniformemente distribuiti sul terri-

torio nazionale, che siano forniti di adeguata attrezzatura di ricerca e terapia, che uniforme sia la distribuzione dei reparti specializzati, che l'organizzazione ospedaliera poggi su di una fitta rete decentrata di ambulatori, di poliambulanze che portino l'assistenza alla periferia. In Italia siamo alla media del 4,8 per mille inferiore di più della metà delle necessità minime. Si passa da una media del 6,1 per mille nel nord, al 5,5 per mille nel centro, al 2,8 per mille nel mezzogiorno e al 3,5 per mille nelle isole. In Basilicata si arriva alla media del 0,7 per mille.

Ci risulta che 80.000 dei posti-letto sono in allestimento con piano stabilito per una spesa complessiva di 150 miliardi, ma dal 1950 al 1957 non è stato costruito alcun ospedale e nello stesso tempo sono state costruite oltre 280 case di cura private che costituiscono oggi uno degli investimenti privati più redditizi. Infatti in base ai dati I.S.T.A.T. dal 1951 al 1957 sono stati costruiti:

- Ospedali di prima categoria - nessuno;
- Ospedali di seconda categoria - nessuno;
- Ospedali di terza categoria - dodici;
- Infermerie - due;
- Case di cura - 236.

La situazione amministrativa degli ospedali è un esempio senza paragone di disordine e la maggior parte si trova in condizioni fallimentari. L'evasione dei pagamenti dei loro confronti, i ritardi dei pagamenti quando si effettuano sono ormai elevati a sistema nei rapporti tra le varie amministrazioni; e tutto questo marasma si riflette sui malati con gli intralci burocratici per i ricoveri, con i limiti imposti alle prestazioni con la qualità scadente dell'assistenza. È in questa situazione di caos e di deficienza che si sviluppa la cosiddetta iniziativa privata, e le case di cura pullulano con maggior rigoglio là dove la situazione ospedaliera è peggiore. Così l'assistenza ospedaliera anzichè avviarsi a diventare il cardine di ogni forma di assistenza sanitaria, è posta in una condizione di vera e propria concorrenza con il settore privato, speculativo, dell'assistenza a tutto danno di quella pubblica.

MEDICINALI

Il problema della fabbricazione, del controllo, della distribuzione dei medicinali meriterebbe una lunga e particolare trattazione. Avremo modo di intervenire quando verrà in discussione il disegno di legge numero 413 sulla disciplina della produzione e del commercio delle sostanze medicinali che giace in sede referente davanti alla undicesima commissione permanente del Senato e che era già stato presentato nella passata legislatura. Sarà bene discutere a fondo questo provvedimento per dare al Ministero della sanità gli elementi ed i motivi per poter svolgere una nuova politica dei prezzi. È necessario ancora riaffermare che il prezzo dei medicinali rappresenta nel nostro Paese il fattore più negativo per l'efficace sviluppo dell'assistenza sanitaria. Occorre porre un limite alla vergognosa speculazione che il grande monopolio chimico esercita sulle malattie, questa speculazione deve essere troncata con tutti i mezzi a disposizione del Ministero, deve essere stroncata soprattutto con iniziative più pronte. Gli strumenti legali per determinare l'equo prezzo dei medicinali il Ministero li ha nelle mani, se gli mancassero deve soltanto chiederli con urgenza al Parlamento e con urgenza gli saranno dati. Irrisoria è la cifra stanziata in bilancio di 4 milioni (cap. 73) per le esigenze del servizio farmaceutico centrale. Con mezzi così limitati non si difendono gli interessi dei cittadini contro la schiera degli speculatori monopolisti del medicinale. È questa la politica sanitaria del ratto, una politica che non soddisfa l'esi-

genza di provvedere rapidamente e con energia a tutelare la salute pubblica. Noi ci auguriamo che il disegno di legge n. 413 incominci a stabilire l'abolizione del prezzo fisso, principale fonte di speculazione, e ad istituire il prezzo massimo di vendita al pubblico. Solamente in questo modo il Ministero potrà sapere fin dove è rispettata la legge commerciale e dove è superato il limite morale della questione.

CONCLUSIONI

In conclusione, per quanto la nostra esposizione della situazione igienico-sanitaria sia stata volutamente analitico-sintetica, soffermandoci su alcuni punti fondamentali della inesistente attività del Ministero della sanità nel campo della protezione sociale e indicando le pressioni continue esercitate dalle esigenze sanitarie della nazione italiana, riteniamo necessario formulare una conclusione, in cui si esprimono le linee essenziali di una trasformazione della struttura sanitaria, atta a far fronte ai crescenti bisogni. Anzitutto occorre che il Ministero si renda conto della inerzia sistematica nella direzione della Sanità pubblica e con iniziative riparatrici dia una impronta del programma indispensabile di rinnovamento della struttura sanitaria del Paese.

Anche le cifre hanno un linguaggio particolare nel testo di una conclusione a dimostrazione delle tesi sostenute. Se confrontiamo a riguardo i dati della intensità delle varie prestazioni riferite ad un assistibile e ad anno, per il 1955 vediamo che:

LEGISLATURA III - 1958-59 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	ITALIA	GRAN BRETAGNA	CECOSLOVACCHIA
ASSISTENZA MEDICA GENERICA			
Numero medio di visite	4,49	?	5,69
Variazioni percentuali per il 1950 . . .	+ 58	—	+ 8
FORNITURA DI MEDICINALI			
Numero medio di ricette	5,49	5,59	9,70
Variazioni percentuali per il 1950 . . .	+ 60,5	+ 1,8	— 4,6
ASSISTENZA OSPEDALIERA			
Numero medio di giornate di degenza. .	0,68	3,24	4,43
Variazioni percentuali per il 1950 . . .	+ 11,5	—	+ 7

La tabella mette chiaramente in evidenza l'arretratezza della protezione sanitaria italiana, non solo di fronte alla Cecoslovacchia, paese a democrazia popolare, ma anche di fronte al modello del paese a sistema capitalistico di produzione quale è la Gran Bretagna. In Italia c'è un divario enorme fra la spesa della fornitura di medicinali (il che indica anche l'elevato prezzo di essi tanto è vero che nel bilancio consuntivo 1957 dell'I.N.A.M. è registrata l'entrata di tre miliardi e 80 milioni per sconto farmaceutico), che aumenta del 58 per cento su quella del 1950, e la spesa per ospedalità che aumenta solo dell'11,5 per cento. Al contrario nella Gran Bretagna la spesa di medicinali aumenta dell'1,8 per cento e nella Cecoslovacchia si verifica una diminuzione del 4,6 per

cento. Tutto ciò sta a dimostrare che in Italia c'è un problema dei medicinali da affrontare drasticamente sia nella produzione che nel prezzo. Una soluzione iniziale si può attuare subito con la nazionalizzazione di alcuni complessi produttivi chimici e la fissazione del prezzo massimo. Così si può eliminare lo sperpero dei medicinali, con la corrotta erogazione attuale, e l'attuale negazione dei medicinali alla gran massa dei contadini coltivatori diretti, dei braccianti eccezionali e dei familiari di tutti i braccianti. Queste considerazioni vengono ribadite se si osservano i dati che si riferiscono agli oneri per le varie prestazioni sanitarie espressi in dollari U.S.A. 1950 e riferiti a un assistibile e ad un anno.

LEGISLATURA III - 1958-59 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Assistenza medica generica			Fornitura di medicinali			Assistenza ospedaliera		
	1950	1955	%	1950	1955	%	1950	1955	%
ITALIA	0,81	1,73	+ 113,6	1,62	2,70	+ 66,7	1,55	2,08	+ 34
GRAN BRETAGNA .	2,70	2,40	— 11,1	2,21	2,39	+ 8,1	12,23	13,43	+ 9,8

In Gran Bretagna l'onere ospedaliero rappresenta circa l'80 per cento delle prestazioni sanitarie mentre in Italia arriva poco più del 30 per cento. Ma questo 30 per cento si è raggiunto purtroppo attraverso l'affarismo chirurgico che produce una somma di ricoveri di urgenza spedalieri che incide per il 42,7 per cento sul totale delle spedalizzazioni. In alcuni ospedali si sono raggiunte le punte fino al 90-95 per cento di spedalizzazioni di urgenza, come si apprende dal bilancio consuntivo dell'esercizio 1957 dello I.N.A.M. Quest'altro rilievo ci mette di fronte all'altro grave problema dell'ospedale, che si accompagna a quello del medico, ovvero sia la grave insufficienza degli ospedali e la pesante gerarchia feudale medico-ospedaliera.

Bisogna stabilire una equa distribuzione del compenso sanitario fra i medici ospedalieri e favorire l'ingresso dei giovani medici negli ospedali con un adeguato trattamento economico.

Inoltre, onorevoli senatori, un altro rilievo finale. La relazione sulla situazione generale economica del Paese per il 1958 ci indica che il consumo dato da spese sanitarie incide sul totale dei consumi in cifra assoluta per 397 miliardi e in cifra relativa per il 3,6 per cento. La percentuale è uguale a quella del 1957. Il professor Mario Alberto Coppini in una conferenza tenuta presso la Facoltà di scienze statistiche demografiche ed attuariali dell'Università di Roma, il 28 maggio 1958, pubblicata in « Annali della sicurezza sociale, anno XIII, n. 4, luglio-agosto 1958 »,

così si esprime a proposito della quasi assoluta stabilità di detta percentuale: « se per i paesi europei, in precedenza considerati, si pone in rapporto la spesa media per assistibile con il reddito annuo a disposizione di ogni cittadino, si rileva che dal 1950 al 1955 tale rapporto è rimasto nel complesso dei vari paesi all'incirca costante in una misura che si aggira intorno al 3 per cento ». A questa constatazione egli fa seguire una interpretazione soggettiva quando afferma che: « nonostante la dinamica crescente delle spese per l'assistenza sanitaria, il soddisfacimento di questa esigenza non ha richiesto il sacrificio di altri consumi o la riduzione di impieghi produttivi ». Egli ha dimenticato però una legge fondamentale della produzione capitalistica: e cioè che la distribuzione del reddito e il consumo non sono determinati dalla volontà degli uomini ma sono regolati dalla stessa legge capitalistica di produzione; dal modo di produzione derivano la distribuzione del reddito e del consumo. Ciò è affermato e insegnato da sommi economisti. Infatti J. St. Mill, per la distribuzione del reddito nazionale prodotto dal lavoro, ci dice: « oggi il prodotto del lavoro viene distribuito in rapporto inverso del lavoro; la massima parte a quelli che non lavorano mai, la seconda per grandezza a quelli il cui lavoro è soltanto nominale, e così su scala discendente il compenso va sempre più rimpicciolendosi man mano che il lavoro diventa più duro e più spiacevole fino al lavoro fisico più duro ed estenuante, che non può contare con sicurezza neppure di ottenere la soddisfazione dei

bisogni più elementari della vita ». (Principles of political economy - libro secondo cap. 1°).

Karl Marx in rapporto al consumo ha constatato che: « la capacità di consumo della società non è determinata nè dalla forza produttiva assoluta, nè dalla capacità di consumo assoluta, ma dalla capacità di consumo fondata su una distribuzione antagonista, che riduce il consumo della grande massa della società ad un limite che può variare solo entro confini più o meno ristretti » (Il Capitale - libro III pag. 300). Si può mantenere costante il consumo determinato dalle spese sanitarie ed anche diminuirle solo quando di esse si fa una equa distribuzione prima e quando in seguito si è prodotta una società sana e igienica. Ma l'igiene e la sanità, come sono condizioni essenziali dell'attività produttiva, così a loro volta sono condizionate da tutta la natura inorganica e organica e dalla quantità e qualità di tutti i prodotti per

la stessa attività umana. Perchè l'igiene e la sanità non si attuano con la sola produzione sanitaria ma si fondano sulla alimentazione integrale, sulla abitazione di adeguata cubatura e su un vestire che difenda l'organismo dal caldo eccessivo e dal freddo eccessivo.

Questo è il vasto campo reale dell'igiene e della sanità ed in questa sta l'importanza della direzione sanitaria di una nazione civile. Confrontate, onorevoli senatori, lo striminzito e disorganico bilancio del ministero della Sanità con le grandi esigenze sanitarie ed igieniche della nazione e non potete non essere d'accordo con noi nell'esigere una nuova politica della struttura sanitaria del Paese, con decentramento territoriale di potere amministrativo e con un potenziamento finanziario pianificato del Ministero della Sanità.

PASQUALICCHIO e BOCCASSI,
relatori per la minoranza