

(N. 628-A)

*Urgenza***SENATO DELLA REPUBBLICA****RELAZIONI DELLA 11^a COMMISSIONE PERMANENTE****(IGIENE E SANITÀ)**

SUL

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del Senatore MONALDI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 SETTEMBRE 1949

Comunicato alla Presidenza il 4 maggio 1950

Misure di lotta contro le malattie veneree

RELAZIONE DELLA MAGGIORANZA

ONOREVOLI SENATORI. — Già nel parere sul disegno di legge Merlin che l'11^a Commissione ha inviato alla 1^a Commissione si affermava la necessità urgente, anche indipendentemente dall'abolizione della regolamentazione, di una legislazione sanitaria che provveda ad una efficiente profilassi e cura delle malattie veneree. La gravità del pericolo sociale rappresentato dalle malattie veneree e specialmente dalla sifilide si può rilevare dagli atti del Congresso della Società di Sifilografia e Dermatologia del 1936, in cui figurano dati non recenti ma che sono gli ultimi completi. Secondo questi dati in Italia esistono circa un milione di sifilitici e a sessanta mila all'anno ammontano le perdite di vite umane tra nati morti e morti per sifilide congenita od acquisita. Altrettanto doloroso è il destino degli ereditari sopravvissuti che rappresentano un'alta

percentuale tra i minorati fisici e psichici, moralmente deboli e con tendenze criminali. Il danno economico nazionale per inabilità o diminuita capacità lavorativa di luetici e blenorragici veniva calcolato nel 1936 corrispondente a un miliardo e mezzo di lire all'anno.

La guerra ha causato un aumento delle malattie veneree in tutti i paesi d'Europa ed anche in America.

In Italia dalle denunce fatte, quasi essenzialmente dai dispensari antivenerei, nel triennio 1945-47 risulta:

	A N N I		
	1945	1946	1947
Sifilide	26.864	35.219	44.145
Blenorragia	30.932	34.713	45.371

A tali cifre si può però attribuire soltanto un valore indicativo; nè è possibile allo stato della vigente legislazione avere dati più precisi, poichè la denuncia delle malattie veneree in Italia è attualmente limitata a pochi casi e precisamente (articolo 292 del testo unico delle leggi sanitarie) ai casi accertati negli istituti di ricovero e di cura, negli opifici industriali e in tutte le collettività civili e militari, nei locali di meretricio e in persona delle meretrici soggette a vigilanza; è inoltre obbligatoria la denuncia di qualsiasi caso di sifilide trasmessa per baliatico e di oftalmoblenorrea. Vi è chi crede di poter affermare (De Maria) che il numero dei luetici nei confronti del 1936 sia in Italia triplicato. È certo che vi è una maggior diffusione dell'infezione specialmente in zone rurali dove più difficilmente arrivano efficaci presidi di cura.

Mentre nei Paesi meglio dotati di mezzi (Inghilterra, Svezia ecc.) già da due o tre anni la morbilità per le malattie veneree presenta una parabola discendente, in Italia il miglioramento della situazione incomincia appena ora grazie alle migliorate condizioni di vita e ai provvedimenti presi dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica.

Ancorchè in questi ultimi anni la lotta contro le malattie veneree si sia arricchita di nuovi mezzi di notevole efficacia, il pericolo venereo non è ancora sensibilmente diminuito, come risulta anche dal rapporto che il Comitato di esperti delle malattie veneree ha fatto nel giugno del 1949 in Roma all'Assemblea Mondiale della Sanità e anche dai lavori dell'assemblea generale dell'« Union Internationale contre le peril vénérien » tenutasi in Roma nel settembre ultimo scorso.

Se una nuova legislazione sanitaria per la profilassi e cura delle malattie veneree è in Italia necessità denunciata da tempo dalle classi mediche e specialmente dalla Società Italiana di Sifilografia e Dermatologia, questa necessità diviene anche più urgente oggi che al Senato è stato approvato il progetto di legge per l'abolizione della regolamentazione della prostituzione, in quanto è ammissibile che, almeno in un primo tempo, possa verificarsi un aumento nella diffusione delle malattie veneree. Di questa necessità, già denunciata dall'11ª Commissione del Senato, si sono fatti interpreti il senatore Monaldi che ha

presentato questo disegno di legge, dalla Commissione profondamente modificato, e l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica che allo stesso scopo sta elaborando un progetto di legge.

Del presente disegno di legge il Senato ha riconosciuto l'urgenza a seguito della richiesta, fatta da senatori medici e non medici (ordine del giorno De Bosio), che le provvidenze da esso disposte entrino in funzione, se non prima, almeno contemporaneamente all'abolizione della regolamentazione della prostituzione.

Alla profilassi e cura delle malattie veneree si provvede attualmente (Testo Unico delle leggi sanitarie dall'articolo 291 all'articolo 308): 1° con il periodico controllo sanitario delle prostitute regolamentate e di quelle tesserate e clandestine a mezzo di medici visitatori, sotto il controllo del medico provinciale e dell'ispettore dermosifilografo; 2° mediante il funzionamento di dispensari antivenerei pubblici gratuiti, obbligatori per legge in tutti i comuni capoluoghi di provincia e nei comuni con oltre 30.000 abitanti e con dispensari governativi gratuiti funzionanti nei principali porti per il personale della marina mercantile di qualsiasi nazionalità; 3° con la cura gratuita delle persone affette da manifestazioni contagiose in atto, in appositi reparti di cura (sale celtiche). Inoltre nel 1949 sono stati istituiti, in collaborazione con il Fondo Internazionale per l'assistenza all'infanzia (U.N.I.-C.E.F.), in cinque città dell'Italia centro-meridionale (Roma, Napoli, Palermo, Catania, Messina) dei centri per la profilassi della sifilide prenatale e congenita.

I dispensari attualmente in funzione sono 248 e ricevono dall'Alto Commissariato un contributo pari, di solito, alla metà delle spese di gestione. Le sale celtiche attualmente funzionanti sono 93. Nel 1947 vi vennero ricoverate e curate 17.585 persone, per la maggioranza donne, che erano state riscontrate affette da manifestazioni veneree contagiose in atto. Le spese relative alle spedalità limitatamente al periodo in cui la malattia è contagiosa, sono sostenute per intero dall'Alto commissariato.

Il servizio antivenereo quantunque migliorato in questi ultimi anni (gli stanziamenti

per i servizi venerei da lire 30 milioni e 600 mila del 1944-45 sono saliti a lire 750 milioni nel 1949-50) non è certamente ancora all'altezza di risolvere in modo efficiente il problema sanitario che ci interessa.

DENUNCIA DEGLI AMMALATI ALL'AUTORITÀ SANITARIA PROVINCIALE. — RICERCA DELLA FONTE DI CONTAGIO — OBBLIGO DELLA CURA.

Il disegno di legge che l'11^a Commissione propone alla vostra approvazione, onorevoli Senatori, si ispira al concetto che la società ha diritto di difendersi dalla diffusione delle malattie veneree che non soltanto incidono sulla salute dei cittadini, ma ne mettono in pericolo il patrimonio ereditario con danno delle generazioni avvenire. Viene pertanto considerato l'ammalato, chiunque esso sia senza distinzione di sesso, come portatore di germi pericolosi per la collettività e obbligato a curarsi, pur cercando di ridurre al minimo possibile la limitazione della libertà personale e senza che il provvedimento sanitario abbia alcunchè di mortificante della dignità dell'individuo.

Si è in perfetto ossequio all'articolo 32 della Costituzione che dice che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Nel campo sanitario esempi di limitazione della libertà individuale non mancano, il lebbroso viene isolato, l'alienato viene recluso, contro diverse malattie infettive si ricorre a vaccinazioni obbligatorie. Anche l'assemblea generale dell'« Union Internationale contre les maladies vénériennes », nell'approvare la risoluzione della Commissione sociale dell'O.N.U. che propone che sia abrogata qualunque regolamentazione della prostituzione e qualunque sorveglianza eccezionale delle prostitute, ha affermato che eguale diritto alla difesa della salute hanno i cittadini sani e perciò ha fatto voto che al testo della Commissione sociale dell'O.N.U. si aggiunga l'autorizzazione per ogni Stato di escogitare, seguendo i costumi del proprio Paese, le misure adatte per rintracciare e curare tutti gli individui, uomini e donne, ritenuti contagiosi a seguito di inchieste epidemiologiche.

Del resto già l'articolo 294 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie dà facoltà all'autorità sanitaria, quando abbia fondato motivo di ritenere affetta da malattia venerea con manifestazioni contagiose una persona la quale può diffonderla ad altri per mezzo della professione e del mestiere che esercita, di ordinare che la persona medesima nel termine di tre giorni, si sottoponga a visita gratuita presso un istituto o un medico designato dall'Ufficio Sanitario provinciale. L'Ufficio Sanitario predetto potrà, per altro, attenersi alle risultanze di un certificato rilasciato da un medico di fiducia. Se entro il termine sopraindicato la persona non si presenti alla visita o non produrrà il certificato e se il risultato della visita accerti o il certificato del medico di fiducia non escluda la presenza di malattie veneree con manifestazioni contagiose, l'autorità sanitaria dispone l'allontanamento della persona dall'opificio o dall'esercizio pubblico nel quale lavora e adotta le precauzioni necessarie a evitare la diffusione della malattia. Tali misure cessano di avere effetto appena una visita medica o un certificato medico, come sopra, escludono la presenza di malattia venerea con manifestazioni contagiose.

Non è pertanto giustificata la reazione, invero poco diffusa e non molto autorevole, che sui giornali politici è comparsa all'obbligo della cura delle malattie veneree in fase contagiosa contemplato nel presente disegno di legge.

Per ragioni epidemiologiche il medico curante farà all'Autorità sanitaria provinciale denuncia non nominativa, indicando soltanto il sesso e l'età dell'ammalato, in ogni caso di prima infezione non ancora denunciato. La Commissione non soltanto ha voluto che la denuncia non fosse nominativa per tutti gli ammalati, ma ha voluto ancora che non si denunciassero troppi dati, per esempio la professione e la residenza, per evitare che per chi abita in piccoli centri, la denuncia così ricca di dati equivalesse talvolta quasi a una denuncia nominativa. E questo perchè la Commissione si è preoccupata del pericolo che la denuncia possa far temere all'ammalato la soppressione del segreto professionale e che questa tema costituisca una dannosa remora a ricorrere al medico con fiducia e tempestività.

Il medico curante oltre ad assolvere all'obbligo di rendere edotto l'ammalato della natura e della contagiosità della malattia, dell'obbligo di sottoporsi a cura radicale e delle responsabilità alle quali va incontro nel caso che trasmetta il contagio (come già prescrive l'articolo 293 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie), deve cercare di avere dall'ammalato ragguagli sulla persona o ambiente che è stato presumibile fonte di contagio, ragguagli che comunica all'autorità sanitaria provinciale.

Nel progetto proposto dalla Commissione, contrariamente a quanto stabilisce il progetto Monaldi, non è fatto obbligo al medico curante di rivolgersi direttamente al presunto contagiante, sia perchè è troppo sovente facile cadere in errore, sia perchè potrebbe detto procedimento determinare situazioni incresciose, sia perchè detta azione investigatrice del curante potrebbe contribuire ad allontanare gli ammalati dal medico e quindi dalle cure. Sarà l'Autorità sanitaria che si occuperà, quando lo riterrà opportuno, per esempio, dopo diverse denunce per una stessa fonte, del presunto contagiante con i mezzi più idonei di cui dispone (assistenti sanitarie, vigili sanitari ecc.).

Vi è chi sostiene che vien meno la necessità della ricerca della fonte di contagio qualora si dia a tutti la possibilità di cura gratuita senza umilianti disposizioni. Soltanto un individuo anormale, si dice, può non volere la propria salute e pertanto per colpire questo raro individuo d'eccezione si attuano delle disposizioni vessatorie verso gli individui normali con il pericolo di ottenere l'allontanamento di una parte di essi dai luoghi di cura cioè di ottenere proprio il risultato opposto a quello voluto dal legislatore. La verità è che purtroppo oltre ai veri individui anormali, esistono molti individui che, per ignoranza, non danno la dovuta importanza alle malattie fino a che esse non ne impediscono la capacità lavorativa e vi sono individui ammalati che non hanno il più lontano sospetto di essere ammalati e contagiosi.

La ricerca della fonte di contagio è pertanto da ritenersi una pratica di primaria importanza nella lotta contro le malattie veneree.

Il medico curante è tenuto a fare all'autorità sanitaria provinciale denuncia nomina-

tiva soltanto degli individui che per professione o per ambiente di vita e di lavoro possono costituire pericolo particolare di contagio e degli individui che rifiutano di adempiere all'obbligo della cura. Sia questa denuncia nominativa che la facoltà dell'autorità sanitaria di disporre d'ufficio la ospedalizzazione del malato in fase contagiosa, qualora esso non dimostri di curarsi, non devono avere nulla a che vedere con il neoregolamentarismo, non devono cioè essere una forma indiretta di registrazione delle prostitute.

CERTIFICATO DI VISITA MEDICA PRENUZIALE.

L'utilità dell'intervento medico prima dell'unione matrimoniale è ormai generalmente ammessa. In Italia forse meno che altrove in quanto che si risente ancora l'influsso di venti anni di fascismo che, nel desiderio di non porre alcun freno all'aumento demografico, si era dimostrato poco favorevole all'agitarsi del problema della visita medica prematrimoniale fino a rendere impossibile il sorgere d'un consultorio profilattico prematrimoniale che, primo in Italia, doveva costituirsi a Milano per iniziativa del prof. Emilio Alferi nel 1924.

Lo studio della questione veniva ripreso con particolare interesse dopo la liberazione. A Roma la Commissione Sanitaria del Comitato economico per la ricostruzione nella relazione sull'argomento, redatto dai professori Tomasi e Puntoni, concludeva auspicando che al più presto venisse sancita la visita medica prematrimoniale obbligatoria con semplice finalità informativa personale.

Nel 1946 nel convegno di studi per l'assistenza sociale di Tremezzo il dott. Mantovani relatore sull'argomento: « La visita prematrimoniale » concludeva invocando anche in Italia l'obbligo del certificato sanitario prematrimoniale. Nel settembre 1947 si teneva in Milano un Convegno internazionale per la trattazione dei problemi medico-sociali di profilassi prematrimoniale, tutti gli intervenuti si dichiaravano favorevoli all'intervento medico per una profilassi sanitaria prematrimoniale pur sostenendo diverse modalità di realizzarla.

Nei riguardi del certificato e visita prematrimoniale esistono tre posizioni principali:

La prima sostiene l'obbligo della visita e del certificato prematrimoniale condizionante il matrimonio stesso; il divieto sarebbe temporaneo o perpetuo a seconda del tipo della malattia.

La seconda posizione sostiene l'obbligatorietà della visita e certificato prematrimoniale senza però condizionare al risultato della visita la facoltà di contrarre il matrimonio. Le modalità possono essere diverse: obbligo ai nubendi di comunicarsi reciprocamente o meno i risultati della visita.

La terza posizione riconosce l'urgenza di creare mediante una intelligente propaganda la convinzione della necessità di sottoporsi ad una visita medica, di scambiarsi vicendevolmente i risultati di essa, di tenerne gran calcolo nella decisione del matrimonio ma non riconosce l'opportunità di un intervento legislativo che renda la visita obbligatoria.

La visita e il certificato prematrimoniale condizionante il matrimonio costituiscono una grave offesa al diritto naturale al matrimonio e perciò alla libertà e dignità della persona umana.

Questa disposizione di legge dove è stata in vigore ha favorito il concubinato e la nascita di figli illegittimi talvolta in tal misura da dover essere revocata. Inoltre contro il potere inibitorio della visita medica sta l'incertezza nella quale si potrebbe trovare la giustizia di fronte alla impossibilità di formulare in ogni caso un giudizio sicuro e di provocare sanzioni di equità. Specie per il certificato prematrimoniale ai fini dell'eugenetica l'incertezza è facile per la possibilità di attuazione di espedienti di inganno da parte degli interessati in quanto che in tema di ereditarietà gli elementi di giudizio vengono desunti dalla storia familiare raccolta con minuzia e scrupolo di verità.

Per quanto riguarda l'eugenetica, poichè in questo disegno di legge il certificato prematrimoniale viene preso in considerazione soltanto nei riguardi delle malattie veneree, ci limiteremo a dire che molte affezioni tossinfettive (tubercolosi, alcoolismo ecc.), che rendono indesiderabili al matrimonio gli individui affetti da esse, non avendo un carattere ereditario nel senso biologico della parola, non giustificano il certificato coercitivo. Ma anche

per le affezioni veramente ereditarie (malformazioni, eritroblastosi ecc.) e per le stesse tare mentali e sociali (epilessia, psicosi maniaco-depressiva, schizofrenia) non è ammissibile il potere legalmente inibitorio dell'intervento medico. Infatti individui tarati possono anche non trasmettere ai figli la tara in modo evidente (figli fenotipicamente normali e genotipicamente tarati) se contraggono matrimonio con persone normali.

Inoltre non vale la pena di ricorrere a misure draconiane perchè il fine di far scomparire i tarati (per i tarati psichici la cosa sarebbe particolarmente interessante perchè sono i più nocivi alla società) non è praticamente raggiungibile; infatti secondo le nozioni di genetica con la sterilizzazione dei tarati o con la loro selezione rigorosa si avrebbe la eliminazione della tara soltanto dopo otto o più generazioni cioè dopo parecchi secoli.

Visita e certificato non dovrebbero pertanto mai avere valore coattivo, ma soltanto consultivo (seconda posizione). Il certificato che si limita a dichiarare che il nubendo si è sottoposto a visita e ad esame sierologico del sangue non tradisce il segreto professionale e non condizionando al risultato della visita e dell'esame sierologico la facoltà di contrarre il matrimonio non lede la dignità e la libertà dell'uomo più di quanto la leda qualsiasi altro documento necessario per contrarre il matrimonio.

Nè si può ragionevolmente sostenere che dalla obbligatorietà del certificato ad azione informativa alla obbligatorietà del certificato ad azione inibitoria il passo può essere breve, perchè la distanza tra i principi ispiratori dei due tipi di certificato e pertanto tra le due possibilità è semplicemente enorme.

Tutte le critiche che si fanno al certificato obbligatorio e non inibitorio sono di poca importanza.

Vi è infatti chi obietta che con un numero medio di 300.000 matrimoni all'anno occorrerebbero 600.000 certificati cioè circa 2.000 certificati per ogni giorno lavorativo con notevole dispendio di tempo e di denaro. Non è però un lavoro da considerare enorme se si pensa che può essere suddiviso tra 45.000 medici, anche se il certificato sarà gratuito

per chi ricorrerà ai medici condotti, ufficiali sanitari, medici provinciali o ad istituzioni sanitarie di diritto pubblico.

Più importante è l'obiezione di chi sostiene che non avendo valore coercitivo il certificato spesso non raggiunge lo scopo di evitare matrimoni antigienici. Che non sempre il nubendo tenga in debito conto i consigli del medico è ammissibile, ma è lecito ritenere che la maggioranza dei fidanzati si attenga ai consigli del medico e che l'obbligo della visita costituisca in ogni caso un doveroso richiamo diretto alla coscienza dell'individuo, richiamo che lo obbliga a meditare sulla sua responsabilità nei riguardi del coniuge e della prole.

Anche l'osservazione che molti certificati saranno certificati di compiacenza non infirma il vantaggio ottenuto dai certificati fatti previa seria visita e non toglie valore al fatto che il doversi far fare un certificato, sia pure di compiacenza, obbliga sempre a prendere in considerazione il dovere morale che ognuno ha di non contrarre matrimonio se è affetto da gravi tare ereditarie o da malattie contagiose e per di più idonee a determinare conseguenze dannose alla prole.

Non è mancato chi ha sollevato l'obiezione che nei piccoli paesi l'obbligo del certificato si possa prestare a ricatti da parte del medico. Questa è obiezione da non prendere in seria considerazione sia per l'alto senso del dovere della grandissima maggioranza dei medici sia perchè il nubendo potrà ricorrere a qualsiasi medico anche di altro comune.

Chi (come gli autori che stanno nel terzo gruppo) riconosce la necessità della visita prematrimoniale come garanzia per la protezione dei coniugi e della prole, chi sostiene l'opportunità di creare una coscienza in merito ai problemi del matrimonio e di propagandare la frequenza ai consultori profilattici prematrimoniali non ha serie ragioni per non accettare l'obbligatorietà del certificato prematrimoniale non coattivo. Esso ha infatti un alto valore educativo ed è in armonia con l'articolo 32 della Costituzione che stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'uomo e interesse della collettività e non è affatto in contrasto con il comma dello stesso articolo 32 il quale sancisce che

in nessun caso la legge può violare i limiti imposti al rispetto della persona umana.

Anche i moralisti cattolici sono concordi nell'ammettere che lo Stato può imporre ai candidati al matrimonio la visita medica non escluso l'obbligo di scambiarsi i risultati della medesima. Esiste infatti, essi dicono, l'obbligo morale di manifestarsi reciprocamente e lealmente tutti quei difetti che potrebbero compromettere in modo serio la felicità familiare, non si vede perchè lo Stato non possa darvi una sanzione giuridica.

L'obbligatorietà non può spaventare nè nuocere alle persone equilibrate, coscienziose e desiderose di costituire una famiglia seria, rispettabile, mentre è provvidenza necessaria verso quella parte di popolazione che diseredata, tarata, irresponsabile, costituisce una sorgente perenne di malati e di individui antisociali.

Non mancano sostenitori della necessità della visita e del certificato prematrimoniale dal punto di vista della eugenetica i quali (Commissione per una legislazione di prevenzione matrimoniale del centro nazionale di prevenzione e difesa sociale) negano l'opportunità di introdurre questa disposizione in questo disegno di legge. A nostro avviso invece si deve, per molteplici motivi, dar posto adeguato alla profilassi prematrimoniale nella lotta contro la sifilide.

Se consideriamo la questione dal punto di vista della lotta contro le malattie veneree l'articolo 6 risponde al principio accettato della ricerca della fonte di contagio; infatti l'epoca prematrimoniale costituisce uno dei più importanti posti di blocco profilattico perchè porta al riconoscimento di un buon numero di infezioni ignorate, riconoscimento altrimenti difficile.

Se consideriamo la questione dal punto di vista della profilassi matrimoniale per la difesa dei discendenti, della profilassi che va sotto il nome di puericultura prenatale e che si ispira alla massima del grande ostetrico Pinard « Dobbiamo amare i nostri figli prima ancora di concepirli » si deve ammettere che le malattie veneree e specie la sifilide sono uno dei problemi centrali della profilassi matrimoniale. In molti stati infatti il certificato

prematrimoniale concerne soltanto queste malattie e non di rado la sola sifilide e ciò non deve far meraviglia ove si pensi al danno sociale della sifilide materna e della sifilide congenita.

L'Union Internationale contre le peril venerien nel Congresso tenuto a Roma nel settembre dello scorso anno auspicava l'istituzione del certificato prematrimoniale. Il Direttore del Consultorio Prematrimoniale di Milano, prof. Malcovati riferisce che nella casistica del Consultorio quella luetica occupa un posto preminente. Infine la Commissione speciale nominata dal Centro Nazionale di prevenzione e difesa sociale per l'esame di questo disegno di legge concorda sull'utilità dell'obbligo del certificato prematrimoniale anche se i vari membri tra loro dissentono circa le modalità del rilascio del certificato (per l'uomo soltanto, per uomo e donna, soltanto informativo o temporaneamente inibitorio del matrimonio).

Altro argomento che milita a favore dell'inserzione in questo disegno di legge della obbligatorietà della visita prematrimoniale è questo che, se è vero che l'educazione sessuale dovrebbe essere iniziata dai genitori e continuata nella scuola, è però certo che allo stato attuale di cose è ancora epoca ottima quella della preparazione al matrimonio per istruire ed educare il popolo sui problemi igienico-sessuali. Nè si può escogitare propaganda più efficace di quella che in tal modo si fa presso ogni singolo nubendo e per riverbero presso i suoi famigliari.

La proposta di legge presentata alla Camera dei Deputati di iniziativa parlamentare (Chiesa Tibaldi ed altri) per la istituzione di consultori prematrimoniali per visite gratuite e volontarie cioè non obbligatorie per la profilassi non solo delle malattie veneree, ma anche delle altre malattie infettive e delle malattie ereditarie non può evidentemente sostituire questo articolo del presente disegno di legge. Del resto come è certo che in un progetto per la lotta contro le malattie veneree non potevano essere prese in considerazione altre forme morbose, è pure ammissibile che il medico nel fare questa visita prematrimoniale non mancherà di dar consigli a propo-

sito di anomalie costituzionali, tare ereditarie o altre malattie infettive che venissero eventualmente riscontrate nel candidato al matrimonio.

Molto si è discusso sulla opportunità o meno di rendere anche obbligatorio l'esame sierologico del sangue dei candidati al matrimonio.

A favore dell'esame sta il fatto indiscutibile che spesso non esiste una storia dell'infezione (sifilide ignorata, forme prenatali o puramente sierologiche) e che è generalmente difficile scoprire la malattia con il solo esame clinico.

L'obiezione che si fa all'esame sierologico è che può riuscire negativo in vari casi di sifilide (sifilide in periodo di incubazione, in periodo primario o altri casi eccezionali) mentre può riuscire positiva in casi esenti da sifilide. Questa evenienza per quanto eccezionale è possibile, ma non basta a distruggere il valore dell'esame sierologico. Come nella pratica professionale quotidiana il medico non dà valore assoluto all'esito dell'esame sierologico qualora esso non concordi con la clinica e lo fa ripetere ricorrendo nei casi dubbi a metodi e a laboratori diversi, così con la stessa prudenza si comporterà nei casi dubbi il medico che deve redigere il certificato prematrimoniale.

Si può pertanto affermare che l'esame sierologico assume una primaria importanza nel impedire la trasmissione della sifilide al coniuge ed ai figli. Del resto già oggi sono numerosi gli individui che prima di sposarsi spontaneamente richiedono un esame sierologico del sangue.

Per quanto riguarda la data dell'esame sierologico crediamo opportuno lasciarla tra le norme da stabilire con l'apposito regolamento.

A chi osserva che il nostro popolo non è ancora maturo per la visita prematrimoniale rispondiamo che il legislatore non deve intervenire soltanto a sancire un costume etico, ma a provocare e confermare un costume nuovo ove le condizioni lo permettano. Ci rendiamo perfettamente conto delle difficoltà perchè a tutte le innovazioni si frappongono ostacoli, ma questo avviene soltanto nella fase iniziale poi si crea un'educazione nuova; nel caso specifico il popolo italiano, in cui il senso della

famiglia ha radici profonde, non solo si adatterà presto al costume nuovo, ma ne comprenderà i grandi vantaggi per i propri figli e per la società.

Potrà essere utile conoscere quali sono le singole forme sociali di controllo sanitario prematrimoniale attualmente in uso nei vari Paesi:

1° visita medica prematrimoniale obbligatoria in centri specializzati della sanità pubblica con possibilità di interdizione o di differimento del matrimonio in caso di malattie ereditarie gravi o contagiose in atto, in uso in alcuni Stati nordamericani, ecc.;

2° certificato medico (del consultorio o del proprio medico di fiducia) da presentare all'Ufficio di stato civile da parte di ciascuno dei fidanzati (Svezia, Jugoslavia, Argentina, Turchia, alcuni Stati degli Stati Uniti, Canada, ecc.) con eventuali sanzioni contro gli evasori, annullamento del matrimonio, ecc.;

3° scambio reciproco fra i fidanzati di certificato medico o di informazioni sanitarie (U.R. S. S.) o reciproco impegno d'onore di essere esenti da malattie contagiose (Danimarca);

4° presentazione di accertamenti diagnostici da parte di entrambi i fidanzati (Francia, certificato medico di visita con radiografia del torace ed esame sierologico) oppure del solo maschio (alcuni Stati del nord America). In particolare per la sifilide e talora per tutte le malattie veneree e contagiose in atto, il matrimonio è interdetto in Norvegia, Svezia, Islanda, Turchia, Egitto, Messico, Cuba e in una decina degli Stati Uniti d'America (Tomasi e Puntoni);

5° consultorio profilattico prematrimoniale facoltativo, attrezzato per ricerche cliniche e genealogiche, con consulenze individuali riservate, ad indirizzo educativo-propagandistico sui problemi dell'eugenica e della ortogenesi familiare (Inghilterra, Italia).

GRATUITÀ DELLA PROFILASSI E DELLE CURE.

Ammissa l'obbligatorietà del certificato prematrimoniale, da prodursi prima delle pubblicazioni di matrimonio, ne viene di conse-

guenza che visita, esame sierologico e certificato siano gratuiti quando vengano richiesti al medico condotto, all'ufficiale sanitario, alle istituzioni sanitarie di diritto pubblico.

A maggior ragione dall'obbligatorietà della cura consegue il dovere da parte dello Stato di provvedere al cittadino la possibilità di curarsi dovunque e gratuitamente ove lo desideri. Perciò la Commissione ha creduto bene di sopprimere il 2° comma dell'articolo 13 e l'articolo 14 del disegno di legge Monaldi.

Detti articoli precisano le modalità di pagamento da parte dei non aventi diritto a cura gratuita, in quanto che la proposta di legge del proponente riconosceva soltanto agli indigenti il diritto alla cura gratuita.

Nel disegno di legge viene prevista l'istituzione di un maggior numero di dispensari antivenerei (in tutti i comuni con popolazione non inferiore ai 15.000 abitanti, nei porti di mare) e l'istituzione di più numerosi reparti ospedalieri per malattie veneree, diretti da sanitari specializzati e sufficientemente provvisti dei più moderni ed efficaci mezzi curativi. Viene anche richiamata la necessità di intensificare la profilassi della lue prenatale con la cura delle gestanti con moderni mezzi di terapia. È resa obbligatoria la nomina di ispettori dermosifilografi provinciali a tutt'oggi facoltativa. Nelle località dove non vi sono dispensari le prime cure sono affidate ai medici condotti.

Al fine di togliere alle malattie veneree il carattere infamante che tutt'ora hanno e che costituisce uno degli ostacoli alla cura radicale di esse, si dispone che i dispensari antivenerei, che vengono denominati «Dispensari di profilassi sociale», facciano preferibilmente parte di policonsultori, e che gli ospedali, che non abbiano compito specifico di diagnosi e cura di altre particolari malattie, sopprimano dal loro statuto l'eventuale disposizione di non curare le malattie veneree; si dispone inoltre che i reparti per la cura delle malattie veneree non vengano più denominati sale celtiche ma con altre denominazioni (S. Vincenzo ecc.) o con designazioni numeriche.

Queste innovazioni dovrebbero contribuire a formare una nuova mentalità, una nuova

coscienza igienico-sessuale per la quale dovranno adoprarsi libere organizzazioni e lo Stato. L'ignoranza è il peggior nemico della profilassi: una cooperazione attiva del pubblico è d'importanza capitale per il miglioramento della salute dei popoli. L'educazione sessuale dovrebbe essere iniziata dai genitori, continuata dai maestri e dai medici scolastici, da corsi di istruzione a carattere popolare con films illustranti i pericoli delle malattie veneree. Lo Stato potrà istituire e sussidiare corsi di aggiornamento su problemi di veneologia per medici, per levatrici, per assistenti sanitarie che, dovendo collaborare con i sanitari dei dispensari e con gli ufficiali sanitari e l'autorità sanitaria provinciale, dovranno essere molto aumentate di numero.

Siamo persuasi che i medici sentiranno completamente la loro responsabilità in questa battaglia a difesa della salute, ma, ad evitare che anche eccezionali inadempienze possano rendere meno efficaci le disposizioni di questa legge, sono previste sanzioni contro gli inadempienti.

Nel disegno di legge approvato dalla Commissione è stato soppresso l'articolo 24 del progetto Monaldi perchè in contrasto con gli articoli 5 e 6-bis del disegno di legge Merlin-Boggiano-Pico, che si uniformano alla risoluzione della Commissione sociale dell'O.N.U. la quale propone che sia abrogata qualunque sorveglianza eccezionale delle prostitute e qualunque larvata forma di registrazione. (articolo 5, comma 5°: «Le persone accompagnate all'Ufficio di pubblica sicurezza per infrazioni alle disposizioni della presente legge non possono essere sottoposte a visita sanitaria»). Articolo 6-bis: «Le autorità di pubblica sicurezza, le autorità sanitarie e qualsiasi altra autorità amministrativa non possono procedere ad alcuna forma diretta od indiretta di registrazione neanche mediante rilascio di tessere sanitarie»). L'articolo 24 del testo del proponente darebbe invece ancora all'autorità di polizia, l'incarico di perseguire le malattie veneree mentre debbono essere considerate alla stregua delle altre malattie contagiose.

Per l'ammalato in fase contagiante non vi sono che disposizioni di ordine sanitario (salvo

per chi scientemente trasmette il contagio per il quale provvede il codice penale). Infatti secondo l'articolo 5 se l'ammalato non si cura l'autorità sanitaria provvede d'ufficio a farlo ricoverare. La stessa autorità sanitaria quando abbia, in base a ragguagli, fondato motivo di ritenere che una persona diffonda malattie veneree può sottoporla a visita obbligatoria e se, ammalata, non dà affidamento di curarsi può disporre il ricovero ospedaliero fino alla scomparsa delle manifestazioni contagiose.

Se, come crediamo, i medici curanti e l'autorità sanitaria saranno precisi e tempestivi nell'applicazione della legge dette disposizioni sanitarie risulteranno sufficientemente efficienti. Nulla vieta poi che in sede di regolamento si possa stabilire qualche norma prudenziale per rendere più efficace la ricerca di possibili fonti di contagio, per esempio potrebbe essere disposto che chi risulti reiteratamente recidivo nel contravvenire alle disposizioni di legge per la difesa del buon costume possa essere sospettato fonte di contagio di malattie veneree e denunciato all'autorità sanitaria che si regolerà in conformità a l'articolo 5.

Si può calcolare che secondo le disposizioni degli articoli 7 e 9 ai 248 dispensari attualmente funzionanti verranno aggiunti altri 200 dispensari di nuova istituzione, essendo 415 i Comuni con oltre 15.000 abitanti e dovendo evidentemente averne più di uno i comuni con oltre 250.000 abitanti. I reparti specializzati da preparare per il ricovero dei venerei ammontano a circa 70, essendo le sale celtiche attualmente esistenti soltanto 93 mentre i comuni di oltre 30.000 abitanti, provvisti di ospedale, sono 163.

Gli esami sierologici gratuiti renderanno necessario il potenziamento dei laboratori provinciali ed opportune convenzioni con laboratori di ospedali e cliniche.

Poichè alle spese di istituzione e di funzionamento dei nuovi dispensari e dei nuovi reparti specializzati si provvede con il concorso dello Stato, dei Comuni e degli enti assicurativi e previdenziali si può prevedere che per far fronte ad esse dovrà essere messa in bilancio la somma di un miliardo di lire.

Nell'applicazione della legge si dovrà avere somma cura di utilizzare al massimo le attrez-

zature esistenti, evitando la coesistenza di dispensari comunali e di enti assicurativi e previdenziali o di ospedali o di cliniche qualora il numero degli abitanti del Comune non giustifichi la duplicità dei servizi.

La spesa per attuare i suddetti provvedimenti per quanto onerosa dovrà essere affrontata con tranquilla coscienza in quanto porterà nel tempo una graduale e vantaggiosa economia; infatti con la diagnosi precoce, la cura tempestiva e la conseguente diminuzione di contagi risulteranno in definitiva diminuite le spese di cura e i danni alla produzione per perdita di capacità lavorativa. È pertanto legittima la nostra speranza che la Commissione del Tesoro dia parere favorevole al disegno di legge.

Onorevoli Senatori, l'11^a Commissione di Igiene e Sanità propone alla vostra approvazione questo disegno di legge, di cui il Senato ha già approvato l'urgenza, disegno di legge che vuole richiamare i cittadini a un maggior senso di responsabilità in fatto di igiene e salute, vuol offrire a tutti gli individui la possibilità di una cura tempestiva ed efficace senza umiliazioni, considerando le malattie veneree alla stessa stregua delle altre malattie sociali, vuole concorrere efficacemente alla difesa sanitaria di tutti i cittadini e specialmente di chi lavora ed ha l'unica fonte di reddito nel capitale insostituibile della salute.

SANTERO, *relatore per la maggioranza.*

RELAZIONE DELLA MINORANZA

ONOREVOLI SENATORI. — Il disegno di legge del senatore Monaldi, nel testo uscito dalle discussioni della 11^a Commissione, presenta modificazioni e soppressioni notevoli che rivelano lo sforzo fatto dal relatore onorevole Santero per adeguarlo all'indirizzo abolizionista della grande maggioranza della Commissione stessa, ma anche nella nuova stesura ad un approfondito esame, non appare tale da togliere i motivi di dissenso e le preoccupazioni già suscitate in molti dal testo originale, onde i sottoscritti sentono il dovere di una sia pur breve chiarificazione del loro pensiero.

E sia subito chiaro che anche noi, pur ritenendo che una valutazione esatta del pericolo venereo è difficile essendo poco sicure le statistiche e che ci si deve guardare anche da possibili esagerazioni pessimistiche, non dubitiamo che lo Stato, neppure oggi in cui le statistiche denunciano una effettiva e forte diminuzione delle malattie veneree in tutto il mondo (1), possa disinteressarsene, come non

(1) Si veda, ad esempio, Milano, dove neppure la guerra ha modificato il confortante andamento della curva discendente, come risulta dal seguente specchio sulla frequenza della infezione luetica e gonococcica (in base ai dati dei dispensari, ambulatori, ospedali, cliniche ecc.) dal 1940 al 1946, che riporto da Malcovati.

FREQUENZA DELL'INFEZIONE LUETICA E GONOCOCCICA NELLA CITTÀ DI MILANO (DISPENSARI, AMBULATORI COMUNALI E DELLE MUTUE, OSPEDALI, CLINICHE ECC.) DAL 1940 AL 1946.

ANNI	SIFILIDE			Infezione gonococcica	‰ abitanti
	Con- genita	Contagiosa in atto I-II stadio	Globale ‰ abitanti		
1940	170	4.709	0,38	7.579	0,61
1941	190	2.547	0,20	6.533	0,55
1942	182	2.136	0,17	5.203	0,41
1943	143	1.757	0,14	3.885	0,31
1944	125	2.094	0,16	3.349	0,26
1945	150	1.917	0,11	4.025	0,32
1946	220	1.815	0,10	4.609	0,36

ignora e non deve ignorare le altre non meno temibili malattie sociali.

Per la *profilassi delle malattie veneree* (in realtà non solamente per ragioni sanitarie) i Governi passati hanno dunque escogitato un sistema speciale, *la regolamentazione della prostituzione*, basata come tutti sanno:

a) sulla segregazione di una categoria ristretta di donne in «Case di meretricio»;

b) sull'imposizione di una disciplina sanitaria e di polizia, d'eccezione, alle donne sospette di esercitare o riconosciute ufficialmente esercenti il mestiere di «prostituta» (tesserate).

Essere abolizionisti significa quindi evidentemente essere contrari a tutte queste misure d'eccezione.

Questo «sistema profilattico» delle malattie veneree, prescindendo qui del tutto dalle ragioni pur non obliabili dal legislatore che lo fanno universalmente condannare dalla coscienza giuridica e morale, non ha però conseguito affatto dal lato igienico e sanitario i risultati che se ne attendevano.

Le ragioni dell'insuccesso (o se vogliamo essere coi regolamentisti, per lo meno della sua grave insufficienza (2), ai fini della pro-

La caduta della morbilità è ancora più forte in questi ultimi cinque anni.

Ad esempio, da una statistica del Flarer, riguardante una città media italiana si rilevano questi dati sifilide, da 200 casi di nuove infezioni recenti del 1946 si scende a 150 del 1947, a 120 del 1948 a 22 del primo semestre del 1949;

infezione gonococcica: da 400 e più casi del 1944: si scende attraverso una diminuzione progressiva a 50 casi del semestre 1949;

infezione streptobacillare: divenuta eccezionale negli ultimi tempi.

(2) Anche Crosti, afferma autorevolmente che il sistema, che è quanto di più antisociale, psichicamente degradante e moralmente insopportabile esista nella società moderna, reca forse qualche piccolo vantaggio igienico.

filassi delle malattie veneree e del suo valore assolutamente negativo per quanto riguarda l'educazione sessuale e la prevenzione delle degenerazioni sessuali (Flarer), vanno fundamentalmente ricercate, come è stato messo ripetutamente in evidenza da igienisti e medici insigni:

a) nel fatto che la « sorveglianza sanitaria » non si estende che ad un numero assolutamente esiguo delle persone che trasmettono il contagio venereo (ed esclude tra queste nonchè tutti gli uomini, una categoria delle più pericolose: le donne minorenni);

b) d'altra parte, questa stessa sorveglianza sanitaria, il cui valore per un complesso di motivi è relativo, *inducendo una falsa sicurezza*, moltiplica i contatti sessuali, oltre il bisogno, e quindi le occasioni di contagio.

c) nel fatto che la stessa sorveglianza ed assistenza sanitaria, comportando quasi « ad libitum et nutum », misure amministrative e di polizia (registrazione, ecc.), allontana molte persone ammalate dai luoghi gratuiti di cura, spinge alla dissimulazione delle malattie, contribuendo così gravemente al mantenimento dei focolai di contagio.

In Italia, anche astraendo dalla blenorragia, che, come pericolo sociale preoccupa assai meno, data l'efficacia attuale della terapia, e dall'ulcera molle che sembra voglia quasi scomparire, il numero dei sifilitici, calcolato di un milione circa prima della guerra con 60 mila perdite di vite all'anno tra nati morti e morti per sifilide congenita ed acquisita, secondo il Ducrey sarebbe forse raddoppiato dopo la guerra e addirittura triplicato secondo il De Maria (1).

(1) Può essere utile fare un confronto con la mortalità per tubercolosi e per tumori maligni in Italia. Quest'ultima va progressivamente aumentando, a differenza della mortalità per tubercolosi e per lue contro le quali lottiamo con mezzi terapeutici sempre più efficaci.

Sembra quindi legittimo, anche considerando solo l'aspetto sanitario, il domandarsi se questo nostro sistema di profilassi delle malattie veneree ancora basato sulla regolamentazione della prostituzione, non debba essere riveduto o posto su nuove basi.

Questa esigenza è stata affermata ben autorevolmente, già nella XXXV Riunione della Società italiana di Dermosifilopatia (Firenze 1946) in cui veniva constatato, che *la legislazione vigente in merito, non è più attuale e sufficiente, per mutate condizioni dottrinali e pratiche*.

La maggioranza della vostra Commissione di Igiene e Sanità, come è noto, rispondendo l'11 marzo 1949 alla richiesta di parere avanzata dalla 1ª Commissione del Senato, in riferimento ai riflessi sanitari del disegno di legge Merlin, dichiarandosi favorevole alla abolizione della regolamentazione, riconosceva pure la necessità urgente di una legislazione che provvedesse ad una più efficiente e moderna profilassi delle malattie veneree, chiarendo — e ciò dimostra che il suo abolizionismo non si limita alla chiusura delle case — che: « L'abolizione della regolamentazione (Relatore Santero) deve essere totale, cioè deve

MORTI IN ITALIA PER TUBERCOLOSI E TUMORI MALIGNI
NEGLI ULTIMI 66 ANNI.

A N N I	Tubercolosi	Tumori maligni
1887-1898	120.487	27.868
1899-1914	166.655	62.002
1915-1918	60.186	24.189
	73.944	24.191
1919-1930	55.783	25.382
	54.241	25.103
	40.695	33.041
	35.242	37.612
1931-1942	33.250	38.496
	36.489	39.576
	46.221	40.402
1946	37.573	41.718
1948	36.200	48.000

GIOVANNI LOTTI, *Problema sociale in « Guerra contro il cancro »*

riguardare sia le donne delle case di meretricio che le prostitute libere tesserate. Qualsiasi tessera anche soltanto sanitaria è una neoregolamentazione, significa tenere un registro ufficiale delle prostitute, significa mantenere la losca figura giuridica della prostituta patentata che molto più difficilmente delle altre ritorna a vita regolare.

«La salute pubblica si difende non con una regolamentazione che può allontanare le donne dai dispensari per tema di umiliazioni o di limitazioni di libertà, ma con il considerare le malattie veneree alla stregua di qualsiasi altra malattia contagiosa e perciò per la difesa della collettività, con il prevenirle e curarle gratuitamente coi mezzi più moderni e senza infliggere agli ammalati speciali registrazioni ed umiliazioni, se addirittura non si vuole arrivare a concedere in determinati casi anche un sussidio di malattia».

È evidente anche da queste citazioni che il complesso dei nuovi provvedimenti profilattici non doveva basarsi su disposizioni che prevedessero delle discriminazioni a danno di una categoria di persone o costituissero delle sostanziali limitazioni della libertà personale. Questo indirizzo abolizionista della grande maggioranza dei medici appartenenti alla 11ª Commissione del Senato è stato ribadito anche in una recente risoluzione (1).

Corrisponde il disegno di legge del senatore Monaldi a questo indirizzo?

Prescindendo dall'articolo 24 del disegno di legge, che evidentemente *ristabilisce il*

(1)

Roma, 15 giugno 1950.

I sottoscritti medici, membri dell'11ª Commissione Igiene e Sanità del Senato, dopo attento esame della relazione illustrativa stesa dal prof. C. Ducrey sulla profilassi delle malattie veneree («Atti» del II Convegno Nazionale della Associazione Ispettori Dermosifilopatici, Montecatini 14 maggio 1950) inviata ai membri del Parlamento e degli echi che ha avuto nella stampa, rilevato come dalle relazioni medesime emerge, pur tra deferenze formali, un'evidente accusa, rivolta al Senato e alla maggioranza della sua Commissione medica, di incompetenza sostanziale e di preoccupazioni esclusivamente etico-politiche che ne avrebbero improntato i lavori e forzato le conclusioni in merito al progetto di legge abolizionista Merlin-Boggiano Pico

controllo e il tesseramento di determinate categorie di persone (denunciate dalla polizia alla autorità sanitaria, dall'autorità sanitaria deferite alla polizia, in caso di inadempienza di controlli e accertamenti) articolo che la Commissione ha *amputato*, come si rammarica il prof. Ducrey, il disegno di legge considera le malattie veneree alla stregua delle malattie infettive di alta contagiosità e ne basa la profilassi su un complesso di norme coercitive, indiscriminate, che mirano alla denuncia e alla ricerca delle fonti di contagio, ad accertamenti e cure, *obbligatorie*.

Soppresso dunque l'articolo 24 nel testo emendato ed escludendosi così discriminazioni nei confronti delle misure di profilassi e cura, proposte obbligatorie per tutti senza distinzione di sesso e di persone, la soluzione del problema preconizzata dal disegno di legge Monaldi emendato, potrebbe apparire moderna, rigorosamente scientifica e giuridicamente equa.

Purtroppo però un esame approfondito della questione relativa ai diversi sistemi di cura delle malattie veneree, l'esperienza e testimonianze autorevolissime di esperti, fanno fortemente dubitare che le *misure coercitive* siano tecnicamente applicabili alla collettività e portano fondatamente a ritenere che nella loro pratica attuazione, anche contro le intenzioni dei legislatori, le misure stesse si traducono in nuove forme di regolamentazione.

La *grandissima difficoltà pratica di applicazione alla generalità* delle persone, dei provvedimenti coercitivi del disegno di legge Monaldi, è stata largamente rilevata con dettagliata disamina critica anche dai relatori in

rivendicano la propria responsabilità e preoccupazione per la difesa della salute del popolo italiano, *riaffermando* in piena coscienza di parlamentari e di medici le proprie maturate convinzioni, favorevoli all'abolizione della regolamentazione della prostituzione (case di meretricio e controllo di determinate categorie di cittadini) e ad un sistema profilattico eguale per tutti e fondamentalmente basato sulla larghezza, segretezza, gratuità della terapia e sull'educazione igienico-sessuale.

Senatori: BOCCASSI, SAMEK LODOVICI, MAFFI, LAZZARINO, Giuseppe ALBERTI, CORTESE, CAVALLERA, CASO, BENEDETTI, CERMENATI, PAZZAGLI, TALARICO, SILVESTRINI.

argomento del Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale di Milano (professori Dondina, Ducrey, Crosti) i quali, pur lodando le nobili intenzioni del proponente, da questa inapplicabilità alla collettività, sulla quale conveniamo, deducono appunto - come vedremo ancora - la conclusione pratica, dalla quale dissentiamo, che il controllo sanitario coercitivo delle malattie veneree deve essere limitato a determinate categorie di persone. (Regolamentazione !)

Così in proposito si esprime il Ducrey:

« Il disegno di legge Monaldi, ispirato al concetto che (egli scrive) "la società ha il diritto di difendersi anche se i mezzi che deve adottare possono significare una limitazione della libertà individuale" si risolve poi praticamente in una compressione, esercitata con una serie di vessazioni sugli infermi attraverso articoli di legge che contribuirebbero a raggiungere lo scopo opposto prefissosi dal proponente: si riuscirebbero così ad allontanare gli ammalati dai luoghi di cura anziché favorirne l'afflusso ».

E il Crosti:

« Il disegno di legge allo studio tende all'obbligo di accertamenti diagnostici e delle fonti di contagio, all'obbligo della cura: purtroppo con una legislazione coercitiva difficilissima ed assurda applicazione. Non si può, ad esempio, obbligare ad accertamenti diagnostici chi supponga di essere affetto da malattie veneree ».

E il Dondina:

« Il metodo suggerito dal senatore Monaldi sembra assolutamente eccessivo e praticamente inadatto al conseguimento del fine che si propone ».

Ma ci sia permesso di esaminare un po' più a fondo la grave questione della cura coercitiva o libera delle malattie veneree (1).

(1) La questione non a tutti nota in Italia è in realtà dibattuta da tempo (cfr. CERESATO, *La legislazione sanitaria in Italia*. Tipografia Manuzio, 1910 e prof. ROCCO SANTOLIVIDO, *Le malattie veneree* in « Rassegna di clinica, terapia e scienze affini », anno XVIII luglio-agosto 1929).

Gli esperti elevano contro il sistema coercitivo queste principali obiezioni:

1° *le malattie veneree presentano dal punto di vista sociale, caratteristiche che le distinguono da altre malattie contagiose*. Infatti esse, nella enorme maggioranza dei casi, vengono acquisite a mezzo di atti volontariamente compiuti, non vengono confessate senza esitazione da coloro che ne sono affetti, la denuncia della malattia può esporre i malati stessi a gravi difficoltà di carattere familiare e causare loro danni sociali.

In proposito scrive il Dondina:

« Invero, ovvie ragioni di indole sociale, familiare ecc. possono ostacolare, o, comunque, rendere psicologicamente penosa, la dichiarazione sia delle proprie generalità che delle fonti del contagio. Da ciò deriverebbe un inevitabile ritegno dell'ammalato a sottoporsi a cura presso i medici osservanti le prescrizioni di legge, con la conseguenza: o dell'astensione dell'ammalato stesso dalle cure o del suo avvio a medici disposti a non osservare le prescrizioni di legge ».

E il Crosti:

« Occorrerebbe obbligare tutta la popolazione a periodici indiscriminati controlli (proposta dell'A.C.I.S.).

« Ma è lecito coeercire in siffatto modo la libertà individuale contro infezioni, pur di notevole gravità, *ma che non rappresentano un pericolo pubblico indiscriminato ed imprevisto*? Non bisogna dimenticare che il malato venereo è un pericolo, nella maggior parte dei casi, soltanto per coloro che hanno con esso un deliberato commercio sessuale ».

Riguardo la denuncia obbligatoria osserva il Ducrey con termine felice, che esiste da parte dei medici una vera *idiòsincrasia delle denunce*, che almeno in Italia ne renderebbe ben difficile l'osservanza dell'obbligo generale, come è provato anche dall'esperienza fatta nel 1946 dall'A.C.I.S. che diede risultati così poco rispondenti al vero per evidenti manchevolezze, reticenze ed inesattezze da scoraggiare ad avviarsi verso l'obbligo gene-

rale della denuncia. (Canaperia, Congresso di Tremezzo).

«Dopo sette anni di esperienza di tali denunce in Francia, recentemente Detre in un Congresso di profilassi antivenerea a Nizza («la Prophylaxio Antivénérienne» luglio-agosto 1948, pag. 544) ha affermato: «al medico ripugnerà sempre di farsi denunciatore per segnalare un malato recalcitrante o, solo, irregolare». Dopo altre considerazioni, il Detre continua col dire che la denuncia può sviare dallo studio del medico coscienzioso gli infermi preoccupati innanzi tutto del segreto. Inoltre, egli osserva, le denunce fatte più regolarmente negli ospedali e nei dispensari allontanano molti infermi dagli ospedali e li inducono a dare false indicazioni su sé stessi e le fonti di contagio».

(Riferito da Ducrey).

E per quanto riguarda la ricerca delle fonti del contagio e degli obblighi del medico (articoli 3, 4, 5, 6, 7, 21 del disegno di legge Monaldi) scrive il Crosti:

«Si può pretendere che il medico eserciti tutta la sua opera sanitaria, educativa e persuasiva — lo si punisca severamente se manca a questi suoi doveri — ma non si può trasformarlo in un agente di pubblica sicurezza per seguire l'ammalato che sfugge, fors'anco per la più lecita necessità, o per rintracciare molte volte ipotetiche fonti di contagio.

«In nome dell'igiene e della profilassi non ci si avvia ad una serie di coercizioni senza fine. Come è possibile dare al medico, per legge l'autorità di impedimenti gravi: “devi fare questa cura”, “devi curarti per questo periodo di tempo”, “devi subire questi esami”, “non devi prender moglie”, “non devi prender quella moglie”, “non devi aver figli se non te lo permetto io”, ecc.».

E siamo d'accordo. Ma, come abbiamo già osservato, dissentiamo invece dai Relatori del Centro nazionale di prevenzione difesa Sociale, quando rilevata l'inapplicabilità alla generalità delle misure coercitive stabilite dal disegno di legge Monaldi, ritengono si debba e sia *comunque giusto, opportuno e pratico* (Crosti) *limitare* i vari obblighi della legge (denuncia, ricerca delle fonti di contagio, accertamenti, cure obbligatorie) *a determinate ca-*

tegorie di persone. Questo è per noi «regolamentazione» e non è giustificato neppure dalla duplice finalità — che naturalmente deve essere perseguita — di:

salvaguardare gli innocenti e gli ignari nel nucleo familiare (visita prematrimoniale); sorvegliare lo stato di salute delle persone particolarmente pericolose, quale fonte di contagio per la loro attività sessuale (prostitute) (Crosti).

2° *le misure coercitive costringono il medico alla rinuncia di una delle sue più sacre prerogative: il segreto professionale, potente aiuto nell'esercizio dell'arte sua.*

Se la denuncia generale, lo abbiamo visto, è di ben difficile attuazione pratica, la denuncia limitata dei malati (degli inadempienti alle cure, di chi per professione o per ambiente, ecc. può costituire fonte di contagio), è ritenuta dagli esperti anche più pericolosa in quanto offre a medici poco coscienziosi, la possibilità di compiere atti arbitrari.

E da un altro punto di vista si osserva poi che entrambe, sia quella generale che quella limitata non hanno del resto che un valore relativo ai fini della statistica, in quanto le denunce vengono quasi sempre trascurate dagli specialisti privati (giustamente osserva Ducrey che in questa idiosincrasia delle denunce giocano per i medici considerazioni anche estranee alle esigenze della epidemiologia) e in quanto le denunce degli ambulatori non sono da considerarsi sicure, esistendo la possibilità di denunce ripetute di uno stesso caso di malattia e perchè la frequenza dei malati negli ambulatori pubblici dipende moltissimo dalla situazione economica.

In periodo di benessere i malati preferiscono ricorrere agli specialisti privati.

3° *Le misure coercitive non sono applicabili praticamente senza il concorso della polizia.*

Scrivono il Dondina:

«... non si vuole escludere che l'identificazione delle fonti di contagio non debba costituire una preoccupazione da parte della pubblica autorità. Ma questa identificazione, anzichè essere imperniata sulle dichiarazioni *obbligatorie* degli ammalati sottopostisi a cura, dovrebbe essere compiuta attraverso ap-

positi organi di controllo sanitario, fra i quali particolarmente utile quello delle *Assistenti sanitarie visitatrici* ».

Ma il Ducrey ci dichiara:

«... In Italia (e conveniamo con Ducrey) è indispensabile potenziare questo servizio, e renderlo funzionale, il che per ora non è ».

«Ma nei riguardi delle prostitute l'*Assistente Sanitaria visitatrice non basta il più spesso allo scopo. È indispensabile valersi della Polizia per agire negli ambienti della prostituzione. Di fronte a una prostituta contagiosa, indisciplinata, che costituisce un grave pericolo di danno a terzi occorre ospedalizzare d'ufficio e valersi della Polizia* ».

E il Crosti conferma:

«Gli si dia facoltà (al medico) di *denunciare alla Polizia* casi particolarmente gravi, specie osservati in determinati ambienti, ma non si pretenda che egli debba rompere con facilità il segreto professionale e si temano abusi infiniti in questo campo ».

4° *Il sistema coercitivo attribuisce alle autorità sanitarie poteri discrezionali, che, in quanto tali, sono da ritenersi illegali.*

«... Particolarmente allarmante, scrive il Dondina, giurista, è poi il potere, conferito al medico, di invitare alla visita medica la persona ritenuta fonte del contagio: invero, ciò potrebbe determinare situazioni inaccettabili, anche senza considerare la pur reale possibilità di vessazioni ricattatorie ».

E il Crosti:

«L'obbligo alla cura dell'ammalato in periodo contagioso non può essere praticamente attuato che in un sol modo: ospedalizzazione obbligatoria, *arbitro il medico* della necessità di questa coercizione. Naturalmente il provvedimento non può essere applicato (*con giustizia*) che ad un numero ristretto di persone particolarmente pericolose dal lato sociale come già in atto nella legislazione attuale ».

5° Nella loro pratica applicazione le misure coercitive (denuncia, visita e cura obbligatoria) si rivelano delle *forme nuove e rafforzate di misure di eccezione* che colpiscono quasi esclusivamente le donne e non soltanto

le prostitute, ma tutte le donne che la polizia potrebbe ritenere in situazione irregolare.

Si veda per esempio quanto hanno dichiarato medici eminenti già al Congresso della Federazione abolizionista tenuto in Roma nel novembre 1921:

Prof. Mibelli (Italia):

«Ogni legge che impone la cura obbligatoria delle malattie veneree distrugge una delle prerogative più sacre del medico: il segreto professionale, prerogativa che è anche potente aiuto morale nell'esercizio dell'arte medica. Nella loro applicazione queste leggi tornano a vantaggio dei medici più ignoranti, disonesti o meno coscienti, e sempre a detrimento delle classi più povere. Esse possono autorizzare, ammettendo l'intervento della polizia, la persecuzione delle donne che una classifica non sempre coscienziosa ha definito prostitute, nè più nè meno del sistema regolamentista deplorabile ».

Prof. Valdhuisen (Olanda):

«I diversi sistemi coercitivi, nella loro applicazione (insisto su questo termine) non sono che forme nuove e rafforzate di *misure d'eccezione contro le donne*, misure dirette non soltanto più contro le prostitute, ma contro tutte le donne che alla polizia piace di considerare prostitute clandestine o donne che hanno relazioni illegittime ».

Prof. Heldring (Olanda):

«Saremo sempre contrari al sistema coercitivo per le seguenti ragioni: 1° costituisce un attentato alla libertà individuale, 2° impone alla donna un esame forzato che stimiamo incompatibile col rispetto che le è dovuto e che condanniamo come violenza carnale permessa dalla legge, 3° colpisce quasi esclusivamente le donne, e per questa ragione, è ingiusto, 4° ci rende l'abominio della polizia del costume del tempo della regolamentazione ».

Dottor Wilson (Inghilterra):

«Si sono talvolta proposte misure coercitive. Si è affermato che la campagna contro le malattie veneree doveva cominciare con la *notifica generale dei malati*. Abbiamo subito posto questo quesito: A che cosa deve

servire questa notifica? alla statistica? sappiamo che sarà incompleta, così incompleta da risultare ingannevole. Deve servire a permettere l'isolamento dei malati contagiosi? Impossibile tutti lo sanno! Alla cura coercitiva? Gli stessi regolamentisti la ripudiano come tirannica. In ogni caso, quali che siano le misure che accompagnano la notifica, ci è impossibile di credere che si applicheranno ugualmente a tutte le classi sociali ed ai due sessi. Ci troveremmo senz'altro in presenza di misure d'eccezione, forse non prevedute dalla legge, ma risultanti dalla sua pratica applicazione.

« Per parte mia, ho grande fiducia nell'intelligenza e nello spirito di dirittura e di giustizia dei nostri direttori dei servizi sanitari dei grandi centri industriali. Non temo che questi uomini si presterebbero ad applicare misure così ingiuste, così antiscientifiche, quali sarebbero delle misure di eccezione dirette contro le figlie del popolo. Ma non ho eguale fiducia nei capi dei servizi sanitari di tutte le città e di tutti i villaggi.

« Ecco dunque le nostre conclusioni: la notifica in se, non serve a nulla, non è che il primo passo verso le misure coercitive da prendersi contro i malati. Queste misure, quali che siano, non possono essere applicate con equità ai ricchi e ai poveri, agli uomini e alle donne. Ed ecco dunque nuovamente introdotta la regolamentazione ».

Prof. Von During (Germania):

« La cura obbligatoria è contraria al diritto individuale. Noi medici, non abbiamo il diritto di imporre una cura qualsiasi. Il fatto che molti malati non vogliano saperne di mercurio e di salvarsan, è la causa che induce questi malati a farsi curare dai ciarlatani... La denuncia limitata dei malati è ancora più pericolosa della denuncia generale. Le leggi coercitive prevedono misure speciali per il caso in cui il malato non si presenta dal medico. Ecco il pericolo: il malato è, per quanto riguarda la segretezza, a discrezione del medico. È cosa intollerabile! Se il fatto che il malato non si è presentato il giorno e nell'ora indicata, che ha rifiutato il numero di punture prescritte, dà al medico il diritto di servirsi di una legge di eccezione, di notificare

all'Ispettore di Sanità il nome e l'indirizzo del malato, che fino a quel momento sono rimasti segreti di « punire » il cliente disobbediente, questo « diritto » attribuisce ai medici dei poteri che costituiscono altrettanti abusi, altrettante ingiustizie ».

Dott. Scheven (Germania):

« Un nuovo progetto di legge è stato presentato dal ministro Koch. Esso prevede l'abolizione della regolamentazione della prostituzione, prevede la *denuncia limitata dei malati*, ossia accorda ai medici il potere di denunciare i malati inadempienti che possono rappresentare un pericolo pubblico. Non vi è dubbio che tutte le donne sospette di prostituzione, saranno giudicate « persone che rappresentano un pericolo pubblico », mentre gli uomini, soprattutto coloro che hanno una alta posizione sociale, non saranno mai denunciati. Respingiamo questa legge perchè essa non sarà mai applicata lealmente. La mia inchiesta dimostra (era in vigore dal 1918 un decreto che conteneva disposizioni analoghe a quelle del progetto di legge) che attualmente i pochi malati di sesso maschile che vengono denunciati presentano uno speciale certificato di cura e restano in libertà, mentre tutte le donne sospette di prostituzione vengono internate in ospedale ». Le seguenti cifre che hanno dimostrato l'arbitraria applicazione del decreto furono comunicate all'assemblea:

	DENUNCIATI	
	UOMINI	DONNE
Monaco	0	784
Dusseldorf	4	820
Brema	128	999
Essen	0	458
Halle	0	176
Lubeck	70	300

Ma vediamo anche giudizi più recenti:

Società delle Nazioni. Sessione del 19-26 aprile 1929. In tale sessione fu trattata la questione della cura libera e della cura coer-

citiva. (Estratto dal « Journal de la Société des Nations »):

« Il delegato belga espresse opinione favorevole alla cura libera e segreta. La cura coatta doveva ritenersi lesiva per la dignità umana, ed inoltre non sarebbe stata applicata che alle prostitute più povere ed ai mendicanti. Il delegato olandese espresse la stessa opinione. Il delegato inglese dichiarò che contro la cura obbligatoria si potevano elevare le stesse obiezioni che si erano levate contro la regolamentazione della prostituzione. Fece notare inoltre che talora è assai difficile lo stabilire se la contagiosità è o non è in atto ».

Lord Balfour of Burleigh alla « British Medical Association » il 10 ottobre 1944:

« Ad un *meeting* di ufficiali sanitari due anni fa, udii un ufficiale norvegese esprimere questa opinione: Quando giungo in un luogo qualsiasi con la mia unità, il mio pensiero è questo: Come posso proteggere gli abitanti del paese, in modo che non siano infettati dalle mie truppe? È soltanto un peccato che non tutti gli ufficiali condividano questo punto di vista, perchè la questione potrebbe essere risolta molto più rapidamente.

« ... Coloro che pretendono di detenere negli ospedali le donne fino a che sono guarite, non giungono mai alla logica conclusione, che sarebbe questa: detenerle fino a che si può esser certi che rinunceranno a quel particolare modo di vita. Senonchè, neanche questo sistema assicurerebbe il successo nella profilassi delle malattie veneree perchè resterebbero in libertà innumerevoli uomini infetti, che richiederebbero un nuovo gruppo di donne, che verrebbe infettato, così che voi, alla fine del viaggio, vi trovereste al punto di partenza.

« Sulla ragione per cui l'esame obbligatorio risulta inutile, posso citare le più alte autorità mediche:

« 1° anche con la più accurata visita medica è estremamente difficile di scoprire nella donna i primi sintomi della sifilide o della gonorrea;

« 2° la visita periodica è necessariamente affrettata. A Berlino, che aveva la migliore organizzazione di Europa, questa visita era

compiuta in uno, due minuti incluso il tempo per l'esame microscopico, quando occorreva. Fino a che i sintomi non sono gravi è impossibile, con questo sistema di diagnosticare la malattia sebbene essa sia altamente contagiosa. Oltre a ciò le donne possono con abluzioni antisettiche mascherare i sintomi della malattia;

« 3° una donna sana può essere "portatrice di germi". Questa « infezione mediata » è particolarmente frequente nelle case di tolleranza, frequentate da grande numero di uomini, parte dei quali ammalati, e ricevuti a brevissimi intervalli;

« 4° infine, contrariamente ai regolamentisti, i germi delle malattie veneree non fanno distinzione di sesso. Attaccano egualmente maschi e femmine. È ovvio che un sistema che si occupa delle donne e non degli uomini infetti è un sistema, non solo antiscientifico, ma ridicolo.

« Aggiungo una considerazione non strettamente medica: il sapere che una donna è periodicamente esaminata procura un falso senso di sicurezza, e senz'ombra di dubbio, conduce i giovani ad indulgere a rapporti che, in caso contrario, avrebbero evitato per timore di conseguenze ».

« Association for social and moral Hygiene » (Associazione dotata di voto consultivo all'O.N.U.). Estratto dal *Memorandum* inviato nel marzo 1949 alla Commissione sociale dell'O.N.U.):

« Le malattie veneree non possono essere considerate alla stessa stregua di altre malattie contagiose. La diffusione di esse non dipende soprattutto da cause sociali od ambientali o da cause accidentali: dipende (fuorchè in una minoranza di casi) dalla condotta individuale. Esse vengono trasmesse a mezzo di atti compiuti volontariamente ed a fine voluttuario.

« La denuncia non è che la base di altre misure, che sono tutte misure d'eccezione e che vengono applicate con discriminazione.

« La ricerca delle sorgenti d'infezione non è ammissibile. Nessuno può essere obbligato a rivelare il nome della persona con cui ha avuto rapporti da cui si presume sia derivata l'infezione, neppure se questa persona è il

coniuge, poichè non si può imporre la rivelazione di segreti familiari. L'istigazione alla denuncia conduce alla diffamazione ed alla calunnia, ed alla persecuzione di donne innocenti. L'esperienza ha dimostrato (decreto d'eccezione "B 33" sulla "ricerca dei contatti" rimasto in vigore durante la guerra: furono denunciate complessivamente 19.036 donne, contro 686 uomini, nessuno si preoccupò di sapere chi aveva infettato le donne) che questo provvedimento viene applicato quasi esclusivamente contro le donne. Il fatto che la persona denunciata falsamente non abbia il diritto di conoscere il nome del denunciante e di sporgere querela, rende questo provvedimento particolarmente deprecabile.

«L'esame coatto è assolutamente illegale. La *common law* inglese non ammette l'esame forzato e tanto meno l'esame forzato di organi sessuali, che è considerato violenza carnale. L'esame fatto sotto minaccia di ospitalizzazione è ugualmente illegale.

«L'ospitalizzazione coatta (logica conseguenza della denuncia, della ricerca dei contatti, della visita coatta) rivela chiaramente i pericoli inerenti al sistema coattivo. Chi decide, se una persona deve essere internata in ospedale—luogo di detenzione? Esiste possibilità di difesa per la persona in causa? Esiste il diritto di appello? Se no; risulta evidente che i poteri dei medici e della polizia sono illimitati. È possibile, ed anche probabile, che gravi abusi derivino dal fatto che una persona possa essere detenuta per un periodo di tempo illimitato, senza giudizio di tribunali, senza possibilità di difesa.

«È ovvio che simile trattamento non sarà mai imposto se non a donne in situazione irregolare. Gli uomini non lo tollererebbero, e così pure le donne che hanno possibilità di difesa. Se anche questo procedimento potesse essere applicato senza discriminazione sarebbe ugualmente da repudiarsi, perchè ammette il potere illimitato ed incontrollabile delle autorità, e la detenzione senza preventivo giudizio, e nega il fondamentale diritto umano al controllo sulla propria persona.

«Il fatto che le persone detenute negli ospedali non si trovino in condizioni di opporsi e

che nuovi trattamenti, non ancora garantiti innocui dall'esperienza, possono essere sperimentati sulle loro persone, è di estrema gravità. Il sistema di usare di persone incarcerate negli ospedali al fine di sperimentare nuove terapie, è il sistema usato dai Nazi, e condannato da tutto il mondo civile. È giusto che nuove terapie siano sperimentate, ma non senza il consenso liberamente espresso da malati non detenuti.

«Come John Stuart Mill scrisse, sullo stesso soggetto, nel 1879: "Noi non abbiamo il diritto di adottare un sistema dal quale possono derivare abusi, pretendendo che questi abusi non si verificheranno. Quando si concede un potere di cui si può facilmente abusare e dovere supporre che se ne abuserà"».

Prof. Cottini, direttore della clinica dermatosifilopatica di Catania. (Da ATHENA, luglio-agosto 1949).

«vi invito a considerare ad esempio che bastano pochi centigrammi (20-40) di streptomina, o, non di rado (e tutto questo è stato anche da me controllato in malati ricoverati nella mia clinica) poche migliaia di unità Oxford di penicillina, (da 3000 a 10.000 nelle 24 ore) introdotte per via dermica per osservare la sterilizzazione di manifestazioni cutanee e mucose sifilitiche pullulanti di miriadi di spirochete: siamo qui ben lungi dalle centinaia di migliaia di unità usate fino a pochi mesi fa e tutto questo si allea con l'aumentata produzione ed immissione del medicamento sul mercato e con la riduzione di prezzo a far sì che il prodotto sia messo a disposizione di tutte le borse: tutto ciò sposta in modo quanto mai grande il concetto della coercizione a fine profilattico e sposta altresì il concetto della «reclusione sanitaria» imposta dalla legge alle prostitute affette da malattia: anzi questi nuovi mezzi largamente usati e giudiziosamente applicati potranno non solo garantire maggiormente la comunità, ma dovranno sempre più dimostrare l'inutilità del ricovero obbligato e purtroppo, più o meno giustamente prolungato».

In riassunto, le ragioni per cui la cura coercitiva delle malattie veneree è denunciata da-

gli esperti, come una neoregolamentazione della prostituzione sono le seguenti:

è contraria al principio della inviolabilità personale;

è illegale, in quanto non è possibile applicarla senza attribuire ai medici ed ai poliziotti (di cui inevitabilmente i medici si servono per far eseguire i loro ordini) poteri praticamente illimitati di cui non godono affatto i magistrati.

Le disposizioni legislative che ad essa si riferiscono ammettono assai spesso discriminazioni a danno di una categoria di persone (persone che hanno rapporti sessuali variabili, persone che per « ambiente di vita », per il loro contegno o la loro condotta, per il loro mestiere, la loro professione ecc., possono essere « sospettate » di diffondere l'infezione), ma se pure non ammettono esplicitamente discriminazioni sono sempre applicate con discriminazione.

Permette abusi, arbitri, ricatti, vessazioni, angherie da parte delle autorità, non solo ma assicura alle autorità l'impunità assoluta per ogni abuso visto che chiunque può essere sospettato, visto che la prova negativa di un fatto è impossibile a darsi, visto che le vittime taceranno sempre per paura di scandali.

Permette l'inquisizione della vita privata, incoraggia la diffamazione e la calunnia.

Non è paragonabile alla cura coatta di altre malattie contagiose per due motivi: perchè le malattie veneree vengono acquisite a mezzo di relazioni sessuali volontarie, e non per cause accidentali, e quindi la responsabilità di chi si espone al rischio è da ritenersi altrettanto grande quanto quella di chi involontariamente contagia, e perchè, data l'assoluta insufficienza dell'attrezzatura ospitaliera e data la possibilità e necessità dei malati di guadagnarsi la vita, si sa che l'isolamento non verrà imposto che ad un numero infimo di malati, o piuttosto di malate, o magari di donne semplicemente « sospette » di essere contagiose.

Se si proponesse di isolare esclusivamente un numero infimo di lebbrose o di donne « sospette » di essere lebbrose, e di lasciare in libertà un numero enorme di lebbrosi e di lebbrose, tutti penserebbero che simile proposta non è dettata da preoccupazioni di ordine sanitario:

non vi è nessuna ragione per ritenere dettata da preoccupazioni di ordine sanitario la proposta di ospitalizzare un numero irrisorio di donne malate. Tanto più vi è motivo di escludere l'esistenza di simili preoccupazioni, in quanto nessuna persona malata di malattia venerea costituisce un pericolo, per chi si tiene lontano dai pericoli.

Per le considerazioni esposte non ci sentiamo pertanto di approvare il principio informatore del disegno di legge del senatore Monaldi, basato essenzialmente sul sistema coercitivo di profilassi e cura delle malattie veneree, che gli emendamenti proposti hanno potuto solo attenuare.

Riaffermiamo invece la nostra fiducia, confortata anche dagli innegabili grandi progressi della moderna terapia antiluetica, (Flarer, Cottini, Crosti) (1), in un sistema profilattico basato fundamentalmente sulla gratuità, larghezza, se-

(1) Il prof. Flarer (Direttore della Clinica dermosifilopatica dell'Università di Padova) così si esprime in una radioconversazione del 1949:

« Cosa dicono alcune statistiche sulle malattie sessuali » di cui rileva la fortissima contrazione, « ... Il fattore curativo: esso attraverso la scoperta di nuovi medicamenti, soprattutto alludo agli arsenoni ed alla penicillina, rappresenta il vero elemento nuovo ed a mio parere determinante. [Della diminuzione veramente impressionante della morbilità per malattie sessuali]. Esso infatti ha introdotto un'arma ad azione rapidissima e praticamente senza inconvenienti, *permettendo di rendere nell'ambito di pochi giorni ogni individuo ammalato, praticamente non contagioso*. Il problema della guarigione definitiva o meno di questo soggetto è un altro problema, ma la sua sterilizzazione rapida è un fatto indiscutibile. Ecco dunque che dovunque e non appena si è potuto avere a disposizione largamente e con gravame finanziario lieve penicillina in quantità, si è assistito al precipitare delle statistiche delle malattie sessuali. Questo fatto di grandissima importanza medico-sociale, deve quindi rappresentare il perno vero e sostanziale per la impostazione odierna della lotta che ogni collettività deve intraprendere contro queste stesse malattie... Quello che trenta anni di assiduo intervento profilattico statale e attraverso controlli obbligatori, regolamentazione della prostituzione, istituzioni barbare ed incivili quali le case di tolleranza, non avevano potuto ottenere, è stato raggiunto nelle condizioni sociali e morali più sfavorevoli — quali sono quelle di ogni dopoguerra — dalla diffusione universale di un medicamento di pronta efficacia e di facile uso. Sono evidenti nel campo profilattico collettivo le deduzioni che se ne debbono trarre.

gretezza e libertà della terapia. Ciò non esclude che si debbano mettere in opera provvidenze e misure, — a cominciare da una seria istruzione sul pericolo venereo e da un adeguato incremento della organizzazione delle assistenti sanitarie visitatrici, — che valgano veramente ad illuminare i giovani e gli ignoranti senza spingerli al libertinaggio, a reperire con prudenza e a sollecitare con umanità e con l'opera persuasiva, facendo appello all'interesse personale (che potrà essere incoraggiato anche da opportuni provvedimenti), le persone ignoranti, trascurate o recalcitranti a curarsi, approfittando delle provvidenze dello Stato, — e a reperire con indagini sierologiche estese la sifilide ignorata.

E non escludiamo neppure che casi del tutto eccezionali (dementi, minorati psichici, ecc.) possano giustificare anche altre misure, colle necessarie garanzie di legalità.

In tema di attrezzature, centrali e periferiche (dispensari reparti ospitalieri speciali, cliniche dermosifilopatiche), è per noi di fondamentale importanza, al fine di favorire l'afflusso dei malati, che pur potenziando convenientemente l'assistenza tecnico-specialistica, sia tolto ogni aspetto esteriore che possa denunciare la natura venerea della malattia.

Del tutto contrari siamo anche *alla obbligatorietà* della visita prematrimoniale, rimasta nel testo emendato. Riteniamo invece che essa, pel suo grande valore, debba essere largamente promossa facendo leva soprattutto sulla co-

scienza individuale dei promessi sposi messi di fronte alla responsabilità di creare una nuova famiglia, e che la visita prenuziale non debba riguardare la sola sifilide, ma tutte le malattie trasmissibili o che possono influire ereditariamente sulla discendenza.

«Il problema è dunque ben più vasto di quello contemplato dal progetto Monaldi e non si risolve con una visita specialistica del dermosifilografo e con una reazione di Wassermann», come scrive il Malcovati direttore del consultorio Profilattico della Croce Rossa Italiana di Milano, col quale concordiamo in questo perfettamente.

Per incoraggiare l'abitudine alla visita prenuziale volontaria, noi riteniamo anche che meriti di essere presa in considerazione la proposta fatta da uno di noi (Samek Lodovici) che i Comuni, consegnino in tempo utile a ciascuno dei promessi sposi *quale dono di nozze della collettività*, un buono a madre e figlia con opportuni tagliandi per una visita generale gratuita (con diritto se del caso ad esami speciali) presso un consulente di loro fiducia — visita da retribuirsì al medico. Questi buoni se utilizzati in tempo, dovrebbero concorrere a *premi nazionali per la salute delle famiglie*.

I sottoscritti si riservano di presentare proposte concrete in sede di discussione.

SAMEK LODOVICI, BOCCASSI,
PAZZAGLI, relatori per la
minoranza.

DISEGNO DI LEGGE
TESTO DEL PROPONENTE

Art. 1.

Le malattie veneree alle quali si applicano le presenti disposizioni sono la blenorragia, l'ulcera molle, la sifilide quando sono in fase contagiante. Su deliberazione dell'Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità vi possono essere incluse altre malattie.

Le Autorità sanitarie a cui fa riferimento la presente legge sono quelle designate dall'Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità a cui sono attribuite l'emanazione del regolamento e la supervisione delle direttive di applicazione della presente legge.

Art. 2.

Chiunque sappia o supponga di essere affetto da una malattia venerea ha l'obbligo di sottoporsi a visita di accertamento, e se necessario al trattamento terapeutico, presso un medico o presso un'Istituzione sanitaria. Egli ha l'obbligo di dare le proprie generalità per l'esatta identificazione e ragguagli sulla persona o ambiente che fu presumibilmente fonte di contagio.

I doveri di cui al precedente comma sono devoluti ai genitori, tutori o curatori quando si tratti di soggetti di età inferiore ai 18 anni o di minorati fisici o psichici.

Art. 3.

Il medico, qualora riconosca l'esistenza di malattia venerea allo stato contagiante, ha l'obbligo di rendere edotto il paziente verbalmente, e ove lo reputi opportuno in iscritto, della natura del male; gli ricorda il dovere di sottoporsi alle cure adeguate e di evitare rapporti sessuali sino a quando a giudizio dello stesso medico non sia stato eliminato il pericolo di trasmettere l'infezione.

Tali istruzioni debbono essere date in iscritto ai parenti, tutori e curatori nel caso ricorra una delle situazioni contemplate nel secondo comma dell'articolo precedente.

DISEGNO DI LEGGE
TESTO DELLA MAGGIORANZA
DELLA COMMISSIONE

Art. 1.

Agli effetti della presente legge sono considerate malattie veneree: la blenorragia, l'ulcera molle, la sifilide, quando sono in fase contagiante.

Art. 2.

Chiunque è affetto da malattia venerea deve sottoporsi a trattamento terapeutico presso un medico o presso un Istituto sanitario e dare le proprie generalità e ragguagli sulla persona o ambiente che presumibilmente fu fonte di contagio.

Quando si tratta di persona di età inferiore agli anni 18 o di minorato psichico soggetto a tutela, l'osservanza dei doveri di cui al precedente comma incombe agli esercenti la patria potestà o la tutela.

Art. 3.

Il medico, che visiti od abbia in cura un malato affetto da malattia venerea, è tenuto a renderlo edotto: della natura e della contagiosità della malattia, dell'obbligo e della necessità di sottoporsi a cura radicale, nonché delle responsabilità, anche penali, alle quali si espone nel caso in cui trasmetta il contagio.

Art. 4.

Il medico che constati un caso di malattia venerea, non ancora diagnosticata da altro sanitario, deve farne denuncia immediata all'autorità sanitaria provinciale senza indicare le generalità del paziente ma soltanto il sesso e l'età, comunicando anche i ragguagli avuti per la ricerca della fonte di contagio.

Il medico presenta, invece, all'autorità sanitaria provinciale denuncia nominativa:

a) di chi non adempie e non dà la prova, mediante la produzione di certificato medico, di adempiere all'obbligo della cura;

b) di chi per professione o per ambiente di vita o di lavoro può costituire particolare pericolo di contagio.

Art. 4.

Il medico, qualora dall'interrogatorio del proprio paziente tragga elementi di sicura identificazione della persona che fu fonte di contagio, la invita a sottoporsi a visita fissandone il limite massimo di tempo. L'invito deve essere fatto adottando i mezzi più idonei a mantenere il segreto; dove lo si reputi opportuno può essere trasmesso a mezzo dello stesso contagiato; se necessario viene fatto in iscritto usando carta non intestata. Dove venga riscontrata malattia venerea, diventano immediatamente operanti nei confronti del soggetto e del medico le disposizioni di cui agli articoli 2 e 3.

Art. 5.

Il medico fa denuncia nominativa all'Autorità sanitaria:

a) dei soggetti che non si sottopongono a cure adeguate o che comunque non si attengono alle istruzioni impartite, semprechè gli stessi non abbiano prodotto in tempo utile un certificato dal quale risulti essere in cura presso altro sanitario;

b) dei soggetti che, invitati a visita quali identificati autori di contagio, non si presentano entro il termine prescritto, semprechè non abbiano dimostrato di essersi sottoposti a visita presso altro sanitario;

c) dei soggetti che, presentatisi a visita, rifiutano di sottoporsi ai necessari accertamenti o che danno ragguagli falsi o insufficienti ai fini dell'identificazione della fonte di contagio;

d) dei soggetti che per professione o per ambiente di vita e di lavoro possono costituire pericolo imminente di contagio.

Per tutti i soggetti che si attengono alle disposizioni di cui agli articoli 2 e 3 il medico si limita alla denuncia numerica dei casi di prima infezione che non risultino già denunciati.

Art. 6.

Il medico che in qualunque modo venga a conoscenza sicura o presunta dell'esistenza di fonti ambientali di contagio (case equivoche, ritrovi, alberghi, pensioni, ecc.) senza identificazione di persona, ne fa esposto scritto alla Autorità sanitaria.

Il medico che omette di eseguire quanto è prescritto dall'articolo 3 o alcune delle denunce previste dai comma precedenti viene deferito all'ordine dei medici per i provvedimenti disciplinari. In caso di recidiva sarà inoltre denunciato al pretore e punibile con l'ammenda da lire cinquemila a lire venticinquemila.

Art. 5.

L'autorità sanitaria provinciale invita l'ammalato denunciato nominativamente a curarsi; in caso di rifiuto può disporre il ricovero in un reparto ospedaliero fino alla scomparsa delle manifestazioni contagiose.

La stessa autorità, quando, a seguito di ragguagli sanitari, abbia fondato motivo di ritenere che una persona diffonda malattie veneree, può invitarla a sottoporsi, nel termine di tre giorni, a visita gratuita presso un istituto od un medico designato dall'ufficio sanitario provinciale; potrà però attenersi alle risultanze di un certificato rilasciato da un medico di fiducia.

Se entro il termine sopra indicato, la persona non si presenta alla visita o non produce il certificato sarà disposta visita obbligatoria. Nel caso di accertamento di malattia venerea l'autorità sanitaria provinciale si atterrà a quanto stabilito nel primo comma del presente articolo.

Art. 6.

Chi si appresta a contrarre matrimonio è tenuto a sottoporsi a visita medica con esame sierologico.

Il medico, qualora constati che l'individuo è affetto da malattia venerea, lo rende edotto della natura del male, dei pericoli che incombono sul futuro coniuge e sulla prole, dei doveri stabiliti dalla presente legge, delle responsabilità a cui va incontro se trasmette il contagio.

Il medico rilascia in ogni caso un certificato con la semplice dichiarazione: «n. n. si è sottoposto a visita prenuziale».

Il certificato fa parte dei documenti di rito.

La visita consultiva prenuziale e il relativo certificato sono gratuiti per tutti coloro che ne fanno richiesta a istituti sanitari di diritto pubblico, a medici condotti, a uffici sanitari.

Art. 7.

Il cittadino dell'uno e dell'altro sesso che si appresta a contrarre matrimonio deve sottoporsi a visita consultiva da parte di un medico.

Il medico, qualora trovi il soggetto affetto da malattia venerea, lo rende edotto della natura del male, dei pericoli che incombono sul coniuge e sulla prole, dei doveri sanciti dalla presente legge, delle responsabilità a cui va incontro se trasmette il contagio.

Della visita il medico rilascia un attestato con la semplice dicitura: «... si è sottoposto a visita prematrimoniale».

L'attestato fa parte dei documenti di rito.

Art. 8.

In tutti i Comuni capoluogo di provincia o con popolazione non inferiore ai 15.000 abitanti è obbligatoria l'istituzione di dispensari anticeltici che assumono la denominazione di «Dispensari di profilassi sociale», e che preferibilmente debbono essere costituiti come sezioni di policonsultori o di altre Istituzioni sanitarie.

Il numero dei dispensari nei Comuni con popolazione superiore ai 30.000 abitanti viene fissato dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità sentito il parere delle Autorità sanitarie locali.

Art. 9.

Alle spese di istituzione e di funzionamento dei dispensari di profilassi sociale si provvede con il concorso dello Stato, dei Comuni e degli Enti assicuratori e previdenziali che hanno compiti profilattici o terapeutici. La ripartizione dei contributi è fissata dal regolamento su piano regionale.

Gli Enti assicuratori e previdenziali possono essere esonerati dal contributo di cui al comma precedente quando provvedano direttamente all'istituzione e al funzionamento di dispensari per i propri assistiti, e semprechè il numero di tali dispensari nelle singole località non risulti inferiore a uno per ogni 15.000 unità assicurate.

Art. 7.

Nei comuni capoluogo di provincia e in quelli con popolazione non inferiore ai 15 mila abitanti è obbligatoria l'istituzione di dispensari anticeltici che assumono la denominazione di «Dispensari di profilassi sociale», e preferibilmente debbono essere costituiti come sezioni di policonsultori o di altre istituzioni sanitarie. All'uopo devono venire utilizzate il più possibile le attrezzature ambulatoriali esistenti.

Nei comuni con popolazione superiore ai 30 mila abitanti il numero dei dispensari viene fissato dall'Alto Commissario per l'Igiene e la sanità pubblica, sentito il parere delle autorità sanitarie locali.

Nelle città dove esistono cliniche dermosifilopatiche universitarie, l'esercizio del dispensario può essere affidato a detti Istituti, sia dai comuni, sia dall'Alto Commissario per l'Igiene e la sanità pubblica direttamente, dietro la corresponsione di un contributo annuo da determinarsi convenzionalmente.

Quando le condizioni locali lo richiedano, l'autorità sanitaria promuove il consorzio fra due o più comuni per l'esercizio di un unico dispensario.

Art. 8.

Alle spese di istituzione e di funzionamento dei dispensari di profilassi sociale si provvede con il concorso dello Stato, dei comuni e degli enti assicurativi e previdenziali cui sono affidate mansioni profilattiche e terapeutiche. La ripartizione dei contributi è fissata dal regolamento su piano regionale.

Gli enti assicurativi e previdenziali possono essere esonerati dal contributo di cui al comma precedente quando provvedano direttamente all'istituzione e al funzionamento di dispensari per i propri assistiti e semprechè il numero di tali dispensari nelle singole località non risulti inferiore a uno per ogni 15 mila unità assicurate.

Nei principali porti del territorio nazionale l'Alto Commissario per l'Igiene e la sanità pubblica provvede alla istituzione ed al funzionamento di un dispensario governativo per la cura gratuita e la profilassi delle ma-

Art. 10.

Nei Comuni aventi popolazione non inferiore ai 30.000 abitanti è obbligatoria l'istituzione di sale celtiche che possono essere anche costituite come sezioni degli Ospedali comuni.

Alle spese di istituzione e di funzionamento si provvede con il concorso dello Stato, dei Comuni e degli Enti assistenziali e previdenziali. La ripartizione dei contributi è fissata dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità d'intesa con le Amministrazioni interessate.

Art. 11.

L'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità determina i requisiti dei dispensari di profilassi sociale e delle sale celtiche e le modalità di funzionamento. I sanitari di ogni categoria e grado vengono nominati in base a pubblici concorsi per periodi quinquennali rinnovabili. I dirigenti debbono essere in possesso del titolo di specialità o di titoli comprovanti la sicura competenza nei problemi di venereologia (docenza, servizi prestati in Istituzioni qualificate, ecc.). I bandi di concorso debbono avere la preventiva approvazione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità. La conferma in carica allo scadere di ogni quinquennio è subordinata al giudizio favorevole espresso dalle Autorità sanitarie locali a cui è demandata la valutazione della capacità e diligenza nell'espletamento delle funzioni inerenti al grado.

Art. 12.

Ogni clinica, ospedale od ambulatorio di diritto pubblico, semprechè non aventi fine specifico di diagnosi e cure di altre particolari malattie, e tutti i medici condotti hanno l'obbligo di apprestare la prima assistenza a tutte le persone che si presentino per prestazioni antiveneree.

S'intende per prima assistenza il rilievo dello stato di malattia e il susseguente avviamento ai dispensari e alle sale celtiche ove tali istituzioni esistano.

Nelle località ove non esistano dispensari e sale anticeltiche, la prima assistenza si estende al trattamento della malattia, se necessario

lattie veneree dei lavoratori portuali, nonché al personale della marina mercantile, appartenenti a qualsiasi nazionalità in conformità agli accordi internazionali vigenti.

Art. 9.

Nei comuni capoluogo di provincia e in quelli con popolazione non inferiore ai 30 mila abitanti, provvisti di ospedale, è obbligatoria l'istituzione di un reparto specializzato per malattie veneree, ove già non ne esista nell'ambito del Comune.

Alle spese di istituzione e di funzionamento si provvede con il concorso dello Stato, dei comuni e degli enti assicurativi e previdenziali. La ripartizione dei contributi è fissata dall'Alto Commissario per l'Igiene e la sanità pubblica d'intesa con le amministrazioni interessate.

Art. 10.

L'Alto Commissario per l'Igiene e la sanità pubblica determina i requisiti dei dispensari di profilassi sociale e dei reparti specializzati, nonché le modalità di funzionamento. I sanitari di ogni categoria e grado vengono nominati in base a pubblici concorsi per periodi quinquennali rinnovabili.

I dirigenti debbono essere in possesso del titolo di specialità o di titoli comprovanti la specifica competenza nei problemi di venereologia (docenza, servizi prestati in istituzioni qualificate, ecc.).

Art. 11.

Ogni clinica, ospedale e ambulatorio di diritto pubblico, semprechè non aventi fine specifico di diagnosi e cure di altre particolari malattie, e tutti i medici condotti hanno l'obbligo di apprestare la prima assistenza alle persone che si presentino per prestazioni antiveneree.

Art. 12.

Le visite, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti terapeutici da chiunque richiesti presso i dispensari di profilassi sociale, gli ambulatori medici chirurgici comunali e gli

anche in regime di ricovero, per tutto il periodo contagioso.

In tutte le situazioni contemplate dal presente articolo le funzioni e gli obblighi di cui agli articoli 3, 4, 5, 6 sono demandati ai dirigenti.

Art. 13

Le visite, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti terapeutici richiesti presso istituzioni di diritto pubblico o a medici condotti vengono apprestati senza alcuna preventiva formalità amministrativa.

A prestazione effettuata, coloro che non fruiscono di trattamento gratuito vengono invitati a corrispondere nei modi consueti l'importo delle prestazioni.

Art. 14.

Gli elenchi degli aventi diritto alle prestazioni gratuite vengono redatti dalle Autorità sanitarie comunali all'inizio di ogni anno solare; variazioni possono essere apportate ogni qualvolta le stesse Autorità sanitarie lo ritengano necessario.

Le Autorità sanitarie comunali fissano anche le modalità di esazione degli onorari e spese per coloro che, non fruendo delle prestazioni gratuite, non soddisfano i propri obblighi all'atto della prestazione.

Le richieste di prestazione sanitaria a Medici o Istituzioni private vengono soddisfatte direttamente con le modalità consuete, chiunque sia il richiedente.

Art. 15.

La visita consultiva prematrimoniale e il relativo certificato sono gratuiti per tutti coloro che ne fanno richiesta a Istituzioni sanitarie di diritto pubblico, a medici condotti, ufficiali sanitari.

Art. 16.

In tutti i Comuni ove abbiano sede almeno due dispensari e una sala celtica è nominato un Ispettore sanitario.

altri istituti sanitari di diritto pubblico vengono apprestati senza alcuna formalità amministrativa e gratuitamente.

Art. 13.

Per la vigilanza sanitaria sulla attuazione della presente legge vengono nominati in ogni provincia uno o più ispettori dermosifilopatici alle dipendenze della autorità sanitaria provinciale.

La nomina viene fatta a seguito di pubblico concorso bandito dall'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica.

La nomina è conferita per un quinquennio e può essere rinnovata per quinquenni successivi, escluso, a tutti gli effetti, ogni rapporto d'impiego a qualsiasi titolo.

Art. 14.

L'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica direttamente e, ove occorra, d'intesa con i Ministeri interessati, determina le direttive di profilassi e di assistenza antivenerea per le gestanti, per gli ereditari, per il baliatico, negli istituti di beneficenza, nei brefotrofi, presso le scuole, le forze armate, le grandi collettività di lavoro, i penitenziari, per i marittimi e per gli emigranti.

Art. 15.

L'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica favorisce, ove lo reputi opportuno, anche con concorso finanziario, lo sviluppo di società e iniziative private aventi scopo di propaganda, profilassi e assistenza antivenerea e di educazione sessuale: promuove corsi di istruzione popolare e di aggiornamento teorico e pratico per medici, levatrici, assistenti sanitarie.

Art. 16.

In tutti i casi in cui per legge o per consuetudine viene richiesto il certificato di sana fisica costituzione, le amministrazioni o gli enti devono rendere obbligatorio il preventivo esame sierologico per la lue. In tali casi il certificato medico deve portare la semplice annotazione:

Ove esistano cliniche universitarie è Ispettore sanitario di diritto il Direttore della Clinica Dermosifilopatica.

Negli altri Comuni l'Ispettore sanitario viene nominato per pubblico concorso.

Le modalità di nomina, i requisiti, le attribuzioni, gli obblighi, gli emolumenti dell'Ispettore sanitario vengono determinati in sede di regolamento.

L'Ispettore sanitario fa parte di diritto delle Autorità sanitarie comunali a cui fa riferimento la presente legge.

Art. 17.

Nei Comuni ove esiste un solo dispensario e nelle località ove la profilassi e l'assistenza delle malattie veneree sono demandate agli Ospedali comuni e ai medici condotti è nominato un Consulente venereologo.

Più Comuni vicini possono consorzarsi per il servizio di consulenza. In questo caso il Consulente può essere designato dalle Autorità sanitarie provinciali. Nel caso che il Consulente venga nominato per un solo Comune la nomina avviene sulla base di pubblico concorso.

Le modalità di nomina, i requisiti, le attribuzioni, gli obblighi, gli emolumenti del Consulente venereologo vengono determinati in sede di regolamento.

Art. 18.

L'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità direttamente, e, ove occorra, d'intesa con i Ministeri interessati, determina le direttive di profilassi e di assistenza antivenerea per le gestanti, per gli ereditari, negli Istituti di beneficenza, nel baliatico, nei brefotrofi, presso le scuole, le Forze armate, le grandi collettività di lavoro, i penitenziari, per i marittimi e per gli emigranti.

Art. 19.

L'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità favorisce, con appoggio morale e, ove lo si reputi opportuno, con concorsi finanziari, lo sviluppo di Società e iniziative private aventi scopi di propaganda, profilassi e assi-

... «si è sottoposto ad esame sierologico».

Gli esami di cui al presente articolo vengono eseguiti gratuitamente presso istituti all'uopo autorizzati.

Art. 17.

Chiunque portatore di malattia venerea contagiosa incorra nella denuncia nominativa di cui all'articolo 4, salvi i più gravi provvedimenti di cui ai susseguenti articoli, sino a quando non abbia soddisfatto gli obblighi contemplati dalla presente legge:

a) non può conseguire il permesso di espatrio;

b) è escluso dalle scuole, dagli istituti di educazione e di beneficenza;

c) è sospeso dall'attività lavorativa qualora ricorra particolare pericolo di diffusione del contagio.

Art. 18.

Nei confronti di chi scientemente trasmette il contagio restano inoltre ferme le norme previste dal codice penale e da leggi speciali.

Art. 19.

La spesa occorrente per l'attuazione della presente legge, valutata un miliardo di lire, sarà stanziata nel bilancio del tesoro del 1951-1952.

Art. 20.

Ogni disposizione attualmente in vigore in contrasto con la presente legge sarà abrogata a decorrere dall'entrata in vigore di questa.

L'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica è autorizzato ad emanare il regolamento per l'applicazione ed esecuzione della presente legge. Questa entrerà in vigore sei mesi dopo la pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

stenza antivenerea e di educazione sessuale: promuove corsi di istruzione popolare e di aggiornamento teorico e pratico per medici, levatrici, assistenti sanitarie.

Art. 20.

In tutte le circostanze nelle quali per legge e per consuetudine viene richiesto il certificato di sana fisica costituzione, le Amministrazioni o gli Enti possono rendere obbligatorio il preventivo esame sierologico per la lue. In tali casi il certificato medico deve portare la semplice annotazione: «... si è sottoposto ad esame sierologico».

Gli esami di cui al presente articolo vengono eseguiti gratuitamente presso Istituti all'uopo autorizzati.

Art. 21.

Il medico che si sottrae all'osservanza delle disposizioni della presente legge o non le attua con diligenza e comprensione viene deferito all'ordine dei Medici per i provvedimenti disciplinari.

Art. 22.

Chiunque portatore di malattia venerea contagiante incorra nella denuncia nominativa di cui all'articolo 5, salvi i più gravi provvedimenti di cui ai susseguenti articoli, sino a quando non abbia soddisfatto gli obblighi contemplati dalla presente legge:

non può conseguire il permesso di espatrio;
è escluso dalle scuole, dagli Istituti di educazione e di beneficenza;

è escluso dagli ambienti di lavoro collettivo;

è escluso dalla licenza temporanea o dal congedo se militare.

Art. 23.

Le Autorità sanitarie che ricevono la denuncia per le infrazioni di cui all'articolo 5 invitano il denunciato a soddisfare gli obblighi di legge dando un congruo periodo di tempo. Ove l'ordine non venga ottemperato se ne dispone d'ufficio l'ospedalizzazione.

L'abbandono dell'ospedale senza il consenso dei sanitari ripristina nei confronti del soggetto le sanzioni di cui all'articolo 5 e le susseguenti con tale articolo connesse.

Quando si tratti di soggetti inferiori ai 18 anni o di minorati fisici o psichici, per i quali non si provveda da parte dei parenti, tutori o curatori, l'Autorità sanitaria dispone l'immediata ospedalizzazione.

Art. 24.

Le persone trovate in contravvenzione alle leggi e alle norme del buon costume sono considerate sospette portatrici di malattia venerea contagiante. Conseguentemente, a meno che non dimostrino di essere in osservazione trisettimanale presso un medico o istituzione sanitaria, gli agenti di polizia o del costume o chiunque ne abbia interesse ne fanno denuncia nominativa alle Autorità sanitarie.

Le Autorità sanitarie ne ordinano gli accertamenti, gli opportuni controlli, le eventuali cure.

In caso di inadempienza vengono deferite alle autorità di polizia che, salvi i provvedimenti contemplati dalla legge sulla prostituzione, ne dispongono, a seconda dei suggerimenti dell'Autorità sanitaria, l'ospedalizzazione, la vigilanza, il rimpatrio, l'internamento in appositi Istituti.

Quando si tratti di minorenni e di minorati fisici o psichici le Autorità sanitarie rendono responsabili della esecuzione degli ordini impartiti i genitori, i tutori, i curatori. In difetto subentrano le Autorità di polizia che ne dispongono, sempre su suggerimento dell'autorità sanitaria, l'internamento in Istituti di assistenza, di correzione, di rieducazione, di lavoro.

Art. 25.

Nei confronti di coloro che scientemente trasmettono il contagio sono applicabili le disposizioni di cui agli articoli 554, 583 e 584-85 del Codice penale.

Art. 26.

Ogni disposizione attualmente in vigore in contrasto con la presente legge è abrogata.