

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

(N. 51-A)

RELAZIONE DELLA 11^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITA')

(RELATORE CRISCUOLI)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro del Tesoro

di concerto col Ministro del Bilancio

NELLA SEDUTA DEL 25 LUGLIO 1963

Comunicata alla Presidenza il 5 ottobre 1963

Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità
per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964

INDICE

PREMESSA	Pag. 3
CONSIDERAZIONI GENERALI	» 3
EDUCAZIONE SANITARIA	» 8
OPERA NAZIONALE MATERNITA' E INFANZIA	» 11
MEDICINA PREVENTIVA	» 15
OSPEDALI	» 23
ASSISTENZA MUTUALISTICA	» 33
MEDICINA SOCIALE	» 36
FARMACIE	» 45
BREVETTABILITA' DEI MEDICINALI	» 45
SOFISTICAZIONI DEGLI ALIMENTI	» 46
SERVIZI VETERINARI	» 47
CROCE ROSSA ITALIANA	» 47
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'	» 49
CONCLUSIONI	» 49
DISEGNO DI LEGGE	» 51

ONOREVOLI SENATORI. — Nell'accingerci all'arduo compito di redigere la relazione al bilancio della Sanità per l'anno 1963-64 ci è gradito porgere un ringraziamento alla Commissione di sanità del Senato per l'attestato di stima nell'affidarcene l'incarico.

Speriamo di non deludere, in quanto, sebbene possa sembrare il contrario, le difficoltà che incontriamo questa volta sono notevolmente maggiori di quando redigemmo la relazione al bilancio per l'esercizio finanziario 1961-62.

Saremo costretti, oltre tutto, a ricalcare spesso concetti già espressi, poichè ben poco si è potuto mutare in solo due anni in un campo di tanta vastità ed impegno, e tanto meno sono nel frattempo mutate le nostre idee.

Delle inevitabili ripetizioni chiediamo pertanto venia agli onorevoli colleghi, paghi se riusciremo a ribadire le tesi già esposte, della cui validità siamo, tuttavia, convinti.

Osiamo ancora augurarci che vorranno interessarsi all'argomento, oltre che i senatori della passata legislatura, che già accolsero benevolmente la nostra modesta fatica, anche i nuovi colleghi cui per la prima volta abbiamo l'onore di rivolgerci; così che ne scaturisca un'ampia e approfondita discussione, per la migliore impostazione dei problemi sanitari del nostro popolo.

Siamo all'inizio della legislatura, e il momento è propizio per tracciare un retto binario su cui avviare una più organica ed efficiente politica sanitaria, che sia al Governo ed al Parlamento di indirizzo per il lavoro da svolgere, onde realizzare finalmente, allo scadere dei cinque anni, riforme concrete, aderenti al dettato costituzionale ed alle esigenze di una società moderna.

CONSIDERAZIONI GENERALI

Il bilancio in esame, presentato al Parlamento dal precedente Governo, fu compilato negli ultimi mesi della passata legislatura,

ed è espressione di una politica sanitaria dimostratasi superata ed inefficiente.

Con ciò non intendiamo criticare il Ministro della sanità, lo stesso del precedente Governo, poichè l'impostazione del bilancio non è tanto espressione della linea politica del Ministro, quanto dell'intero Governo, essendo essa strettamente legata ai limiti istituzionali, e allo stanziamento concesso.

Anzi il primo a soffrire delle tante pastoie, è, senza dubbio, il Ministro, per la conseguente impossibilità di ampliare l'azione politica del suo Dicastero.

Inoltre la delicatezza e difficoltà di tale posizione non lo mettono al riparo da critiche e recriminazione del Parlamento, della stampa e dell'opinione pubblica, per le inevitabili manchevolezze.

Nè le osservazioni da noi fatte alla politica della passata legislatura ci impediscono di riconoscere le difficoltà dell'assunto e quanto, d'altra parte, negli ultimi cinque anni Governo e Parlamento hanno realizzato in campo economico e sociale, per il progresso del popolo italiano.

Riconosciamo pure che importanti leggi sono state approvate a tutela della salute dei cittadini (legge Pastore per la costruzione da parte della Cassa per il Mezzogiorno di ospedali nel sud, e legge contro le sofisticazioni e frodi alimentari).

Ma quello che purtroppo è mancato e manca tuttora nello spirito della politica italiana è una visione chiara della funzione del Ministero della sanità; si direbbe lo si consideri ancora un pleonasma, un Ministero che è considerato tale solo perchè fa parte dell'ordinamento dello Stato.

Questo spiegherebbe perchè ancora non lo si liberi dai limiti istituzionali e gli si concedano irrisorî stanziamenti, tanto inferiori a quelli degli altri Ministeri, tenendolo in un persistente stato di dannoso infantilismo. Si veda in proposito la seguente tabella:

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ripartizione, in ordinarie e straordinarie, delle previsioni di parte effettiva per l'esercizio 1963-64, poste a raffronto con quelle iniziali per l'esercizio 1962-63

	PARTE ORDINARIA			PARTE STRAORDINARIA			IN COMPLESSO		
	Previsioni 1962-63	Previsioni 1963-64	Differenze	Previsioni 1962-63	Previsioni 1963-64	Differenze	Previsioni 1962-63	Previsioni 1963-64	Differenze
	(milioni di lire)								
Tesoro	815.080 -	1.095.202,2 +	280.122,2 +	882.431,3	906.159,2 +	23.727,9 +	1.697.511,3	2.001.361,4 +	303.850,1 +
Finanze	475.635,8	567.284,3 +	91.648,5 +	27.857 -	34.556,8 +	6.699,8 +	503.492,8	601.841,1 +	98.348,3 +
Grazia e giustizia	84.196,8	94.284,6 +	10.087,8 +	1.066,5	1.016,5 -	50 -	85.263,3	95.301,1 +	10.037,8 +
Affari esteri	33.893,9	36.152,2 +	2.258,3 +	1.765 -	3.634,7 +	1.869,7 +	35.658,9	39.786,9 +	4.128 -
Pubblica istruzione	601.916,1	746.036,3 +	144.120,2 +	9.853,2	37.718,3 +	27.865,1 +	611.769,3	783.754,6 +	171.985,3 +
Interno	192.662,9	214.664,1 +	22.001,2 +	35.755,3	41.158,3 +	5.403 -	228.418,2	255.822,4 +	27.404,2 +
Lavori pubblici	44.579,4	48.726,3 +	4.146,9 +	244.831,3	315.080,2 +	70.248,9 +	289.410,7	363.806,5 +	74.395,8 +
Trasporti	13.302,1	13.575,5 +	273,4 +	11.557,8	13.432,8 +	1.875 -	24.859,9	27.008,3 +	2.148,4 +
Poste e telecomunicazioni	140,7	151,8 +	11,1 +	-	-	-	140,7	151,8 +	11,1 +
Difesa	696.076,5	762.634 +	66.557,5 +	88.799,3	113.694,3 +	24.895 +	784.875,8	876.328,3 +	91.452,5 +
Agricoltura e foreste	34.355,5	37.555,3 +	3.199,8 +	73.430,6	61.037,3 -	12.393,3 -	107.786,1	98.592,6 -	9.193,5 -
Industria e commercio	9.489,3	10.103 +	613,7 +	27.904,1	18.211,3 -	9.692,8 -	37.393,4	28.314,3 -	9.079,1 -
Lavoro e previdenza sociale	229.356 -	316.742,2 +	87.386,2 +	9.417,4	17.545,8 +	8.128,4 +	238.773,4	334.288 -	95.514,6 +
Commercio con l'estero	9.370,7	9.741,2 +	370,5 +	466,7	616,7 +	150 -	9.837,4	10.357,9 +	520,5 +
Marina mercantile	9.126,8	33.201,8 +	24.075 +	16.663 -	22.146 -	5.483 -	25.789,8	55.347,8 +	29.558 -
Bilancio	129,9	135,5 +	5,6 +	-	150 -	150 -	129,9	285,5 +	155,6 +
Partecipazioni statali	468,1	514,9 +	46,8 +	800 -	800 -	-	1.268,1	1.314,9 +	46,8 +
Sanità	55.952,3	57.958,6 +	2.006,3 +	1.000 -	-	-	56.952,3	57.958,6 +	1.006,3 +
Turismo e spettacolo	7.052,6	7.242,7 +	190,1 +	14.644,3	15.475,3 +	831 -	21.696,9	22.718 -	1.021,1 -
Entrate	3.312.785,4	4.051.906,5 +	739.121,1 +	1.448.242,8	1.602.433,5 +	154.190,7 +	4.761.028,2	5.654.340 +	893.311,8 +
	4.352.248 -	5.145.486 +	793.238 -	129.964,3	119.789,9 -	10.174,4 -	4.482.212,3	5.265.275,9 +	783.063,6 +
Disavanzo (-) od avanzo (+)	+ 1.039.462,6 +	+ 1.093.579,5 +	54.116,9 +	- 1.318.278,5 -	- 1.482.643,6 -	164.365,1 -	278.815,9 -	389.064,1 -	110.248,2 -

Ormai, invece, a sei anni dalla nascita e giunto giusto in età scolastica, dovrebbe camminare spedito verso le prime mete.

Se però un ritardo di sviluppo si nota, c'è da augurarsi che la « programmazione » possa costituire un'efficace terapia, apportando l'ordine nei vari settori della nostra politica, attraverso una visione organica dei problemi, per un'armonica crescita della rinnovellata società italiana.

Ma, purtroppo, a tali rosee prospettive contrasta l'inesorabilità della cifra che condizionerà per l'esercizio 1963-64 l'attività sanitaria del Paese.

La somma a disposizione del Ministero della sanità per l'anno 1963-64 è, infatti, di milioni 57.958,6, soltanto 2.006,3 in più dell'esercizio precedente (milioni 55.952,3).

L'aumento esiguo diviene addirittura fittizio se si tien conto della svalutazione monetaria, determinatasi nello scorso anno finanziario, che taluni economisti calcolano del 5 per cento.

Il 5 per cento di svalutazione su milioni 57.958,6 importa un calo di circa 2.850 milioni in rapporto al potere d'acquisto della moneta; l'incremento è stato di soli milioni 2.006,3 per cui ne risulta che lo stanziamento 1963-64 è inferiore a quello 1962-63 di 850 milioni circa.

Tenuto poi conto che mille milioni sono destinati a compensare il passivo della O.N.M.I. per il passato esercizio, si ricava che l'aumento effettivo è stato di soli 1.006 milioni: poco più della terza parte dei 2.850 milioni che rappresentano la quota di svalutazione.

La politica sanitaria, avendo quindi minori possibilità economiche dello scorso anno, sarà costretta ad un forzato immobilismo, se non interverranno fatti nuovi e straordinari (nuove leggi con nuovi stanziamenti).

Lo strano d'altronde risiede nel fatto che da tutte le parti: Parlamento, stampa, opinione pubblica, viene denunciato il disagio dell'attuale sistema, si invocano riforme, si auspicano innovazioni che lo rendano più agile, più attuale, più rispondente alle esigenze di una sicurezza sociale meglio intesa, più consona ai moderni orientamenti derivanti dalle continue conquiste nel campo

della scienza, e dall'evoluzione della società, che pone l'individuo in una posizione molto diversa rispetto al passato.

Sul concetto, peraltro, di dare un indirizzo nuovo alla politica sanitaria pare che i più siano d'accordo, anche se le soluzioni indicate differiscono.

Un fatto, dunque, è certo, che l'attuale organizzazione sanitaria italiana non soddisfa più, ha fatto il suo tempo, è superata e va quindi spinta verso nuove vie.

Quasi tutti i relatori di maggioranza al bilancio della Sanità degli scorsi anni lo hanno riconosciuto.

Gli stessi Ministri, nei loro discorsi conclusivi sui bilanci (Giardina-Jervolino), sia pure con toni diversi, hanno fatto affiorare la loro insoddisfazione, e nella difesa di ufficio si sentiva spesso il rammarico per non aver potuto svolgere la propria azione conformemente al bisogno, essendosi trovati ad agire tra mille remore di competenza legislativa oltre che economiche.

Pur essendo essi giunti al reggimento del Ministero pressochè profani di materia sanitaria, da uomini di indubbio valore, di cultura e di delicata sensibilità umana, si resero presto conto delle manchevolezze legislative e della non certo giovevole frammentarietà dell'organizzazione sanitaria.

Molte delle attuali carenze, a nostro avviso, sono conseguenti alla mancanza per due legislature (10 anni) del Ministero della sanità, di un organismo, cioè, che potesse negli anni del dopo guerra, quando si gettavano le basi della nuova società democratica, far procedere simultaneamente agli altri settori, economico, culturale, sociale, eccetera, che si andavano rinnovando, anche quello sanitario secondo una visione, un programma congeniali alle conquiste scientifiche, e alle nuove esigenze della società del dopoguerra.

La stessa mancanza per lunghi anni di un Ministro della sanità, ha causato l'assenza in seno al Consiglio dei ministri di una voce autorevole, che, sostenendo i problemi della salute, ne convogliasse le soluzioni secondo una visione organica della materia nello spirito del dettato costituzionale, e in armonia con l'indirizzo economico e sociale della politica del nuovo Stato democratico.

Il vecchio A.C.I.S. e il suo Alto Commissario, pur prospettando i problemi, non avevano, tuttavia, l'autorità sufficiente per far progredire la politica sanitaria parallelamente al progresso che senza dubbio avanzava negli altri campi dell'attività dello Stato, dove invece agivano organi giuridicamente e politicamente più validi.

Per tale situazione la materia sanitaria veniva sempre più ripartita fra i vari Ministeri, i quali attualmente per un malinteso prestigio, o per altri motivi, resistono a restituire al Ministero della sanità quanto, nell'assenza di esso, fu loro provvisoriamente attribuito, provocando disorganizzazione, dispendio, malcontento e ritardi nell'azione sanitaria del Paese, con conseguente danno della salute e dell'economia del popolo.

Da tutto ciò deriva la polverizzazione dell'attività sanitaria italiana fra Ministeri ed Enti:

ELENCO DEGLI ENTI E ISTITUTI CHE SVOLGONO SUL PIANO NAZIONALE ATTIVITA' SANITARIA

AMMINISTRAZIONI CENTRALI:

Ministero della difesa;
 Ministero delle finanze;
 Ministero di grazia e giustizia;
 Ministero dell'interno;
 Ministero del lavoro e della previdenza sociale;
 Ministero dei lavori pubblici;
 Ministero del tesoro;
 Ministero delle poste e delle telecomunicazioni;
 Ministero dei trasporti: Motorizzazione civile - Ferrovie dello Stato;
 Ministero della pubblica istruzione;
 Ministero degli affari esteri;
 Ministero della marina mercantile;
 Ministero dell'agricoltura e foreste;
 Ministero dell'industria e commercio;
 Ministero della sanità.

ALTRI ENTI E ISTITUTI A CARATTERE NAZIONALE:

Associazione italiana della Croce Rossa;
 Opera nazionale protezione maternità e infanzia;
 Istituto nazionale previdenza sociale;
 Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro;
 Istituto nazionale assicurazione contro le malattie;
 Ente nazionale previdenza assistenza enti locali;
 Ente nazionale previdenza assistenza dipendenti statali;
 Ente nazionale di previdenza per i dipendenti enti diritto pubblico;
 Ente nazionale previdenza e assistenza lavoratori spettacolo;
 Istituto nazionale previdenza giornalisti italiani;
 Cassa nazionale assistenza impiegati agricoli e forestali;
 Cassa marittima adriatica infortuni sul lavoro e malattie;
 Cassa marittima tirrena infortuni sul lavoro e malattie;
 Cassa marittima meridionale infortuni sul lavoro e le malattie;
 Istituto nazionale previdenza dirigenti aziende industriali;
 Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni;
 Ente nazionale assistenza orfani lavoratori italiani;
 Cassa nazionale mutualità e previdenza addetti industria della carta e della stampa;
 Cassa nazionale della gente dell'aria;
 Cassa mutua nazionale malattia lavoratori addetti giornali quotidiani;
 Cassa nazionale previdenza impiegati imprese spedizioni e agenzie marittime;
 Cassa mutua nazionale malattia operai della gente dell'aria;
 Cassa mutua nazionale malattie impiegati linee aeree;

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Cassa mutua nazionale tra cancellieri e segretari giudiziari;

Federazione nazionale cassa mutua malattia per i coltivatori diretti;

Cassa per le pensioni ai sanitari e agli ufficiali giudiziari;

Federazione nazionale casse mutue artigiani;

Ente nazionale assistenza agenti rappresentanze e commercio;

Cassa nazionale del notariato;

Cassa nazionale previdenza e assistenza a favore degli avvocati e procuratori;

Cassa nazionale previdenza e assistenza per ingegneri e architetti;

Cassa nazionale previdenza e assistenza a favore dei geometri;

Ente nazionale previdenza ed assistenza medici;

Ente nazionale previdenza ed assistenza dei farmacisti;

Ente nazionale previdenza ed assistenza veterinari;

Ente nazionale di previdenza ed assistenza ostetriche;

Cassa nazionale di assistenza ai musicisti;

Ente nazionale assistenza e previdenza pittori e scultori;

Cassa nazionale di assistenza e previdenza autori drammatici;

Cassa nazionale assistenza e previdenza scrittori italiani;

Centro internazionale radio medico;

Federazione italiana contro la tubercolosi;

Lega italiana per la lotta contro i tumori;

Associazione volontari italiani del sangue;

Lega nazionale per la lotta contro la poliomielite;

Istituto nazionale per il diabete e le malattie di ricambio;

Federazione nazionale pubblica assistenza;

Istituto Marchiafava;

Istituto vaccinogeno antitubercolare;

Istituto Lazzaro Spallanzani per la fecondazione artificiale animale;

Istituti fisioterapici ospedalieri di Roma;

Commissariato per la gioventù italiana;

Ente nazionale solidarietà giovanile e mutualità scolastica;

Centro italiano femminile (colonie);

Unione donne italiane (colonie);

Patronati scolastici;

Opera nazionale invalidi;

Opera nazionale invalidi del lavoro;

Opera nazionale ciechi civili;

Ente nazionale assistenza sordomuti;

Ente nazionale previdenza ed assistenza madri;

Ente nazionale protezione animali;

Associazione nazionale allevatori;

Istituto nazionale coniglicoltura;

Istituto nazionale apicoltura;

Ente lombardo di potenziamento zootecnico;

Ente nazionale incremento razze equine;

Cassa mutua nazionale per impiegati agricoli e forestali;

Cassa mutua per i piccoli commercianti;

208 casse mutue che hanno conservato la loro autonomia non essendo state assorbite dall'I.N.A.M.

Inconveniente grave questo frazionamento, rilevato da tutti e sentito anche dal ministro Iervolino, il quale, per mettere in chiaro la sua posizione di Ministro, nel discorso pronunciato alla Camera a conclusione della discussione sul bilancio per l'esercizio 1962-63, affermava che nell'intento di fare una saggia politica sanitaria, attraverso un organismo con unica ed assoluta responsabilità di iniziativa e di direzione, senza interferenze di altri Ministeri, aveva predisposto un disegno di legge per riunire tutta

la materia sanitaria nell'ambito del Ministero della sanità, al fine di potere, nella disciplina unitaria anche dei mezzi economici imponenti, ma non del tutto utilizzati in modo razionale, potenziare ed estendere i servizi igienico-sanitari necessari all'intera popolazione.

Il disegno di legge ottenne l'assenso dei vari Dicasteri, fatta eccezione di quello del lavoro e comunque non fu mai approvato dal Consiglio dei ministri per l'intervenuto scioglimento del Parlamento.

Pertanto, all'inizio della nuova legislatura, le cose si presentano come prima.

Mentre invitiamo perciò il Ministro della sanità a ripresentare il disegno di legge, rivolgiamo un appello al Governo perchè voglia con premura ed impegno prenderlo in esame, e passare le proposte al Parlamento.

Meglio ancora se, visto che la cosa sta a cuore a quasi tutti i partiti, la riforma sanitaria costituisse oggetto di discussione negli incontri di Governo per la stesura degli accordi inerenti al rilancio della politica di centro-sinistra.

Ci sia sempre presente che nessun impegno sarà mai eccessivo per la difesa della salute, supremo bene dell'uomo, per le tante ripercussioni in campo economico, oltre che politico-sociale.

È questo un fatto reale che sfugge, poco colpisce, ed è ignorato dai più.

Solo studi approfonditi, che non sarebbe inopportuno il Ministro ordinasse ai suoi valenti collaboratori, potrebbero far emergere dati molto interessanti, capaci forse di convincere anche i più ostinati a dare al problema della sanità la importanza che merita.

Ciò visto che, purtroppo, si è spesso più sensibili al fattore economico anzichè a quello umano.

E c'è, pertanto, da augurarsi che il Governo di novembre voglia prendere a cuore il problema sanitario, se non spintovi dall'aspetto umano, almeno da quello economico.

EDUCAZIONE SANITARIA

Dopo queste premesse ci inoltriamo senz'altro nei problemi tecnici da affrontare e risolvere.

È obbligo dello Stato mettere in opera ogni sua facoltà per assicurare al cittadino la salute, la condizione cioè di benessere fisico e mentale, attraverso una serie di attività che prevenga gli agenti morbosi, elevi il livello igienico e sanitario, e ne sviluppi le qualità psicosomatiche.

Non possiamo fare a meno di citare a questo punto le parole del senatore Alberti, Presidente della Commissione di sanità del Senato: « La medicina odiernissima — per statuizione di assisi insigni di studiosi — deve tendere a far raggiungere nel cittadino quel grado di salute che non è solo l'assenza di malattia, sibbene un sicuro avviamento a quella eucrasia dell'organismo — secondo la visione ippocratica — che è il benessere lungi da ogni pericolo di tralignamenti degenerativi soprattutto dismetabolici che più facilmente possono svilupparsi in noxa stabilizzata ».

Partendo dal concetto che è più facile prevenire che curare, e che costa meno prevenire che curare, primo compito di una buona organizzazione sanitaria dello Stato è quello di evitare che una malattia compaia, o di impedirne la diffusione, oppure, se si tratta di malattie la cui eziologia è oscura, diagnosticarle al loro inizio, perchè possano essere curate prima che il male dilaghi o, peggio, divenga poco suscettibile di terapia.

Nel campo delle malattie infettive e diffusibili è stata sempre svolta dall'A.C.I.S. prima, e dal Ministero ora, una notevole attività.

Basti tener conto dei risultati raggiunti per la lotta contro alcune malattie, quali la tubercolosi, la malaria, il tracoma, la difterite, il tifo, la rabbia, eccetera.

Dalle cifre della tabella che riportiamo appare evidente come le principali malattie infettive e diffusive siano in netta diminuzione, tranne le epatopatie acute e primarie e quelle veneree.

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	1952	1959	1960	1° Semestre	
				1960	1961
Tubercolosi	13.681	9.283	8.938	4.625	4.167
Malattie veneree	1.843	2.616	5.285	2.026	3.649
Tifi e paratifi	28.224	21.824	17.401	7.726	6.154
Bruccellosi	8.980	6.663	7.660	5.204	5.301
Difterite	14.583	9.612	6.614	3.792	2.592
Poliomielite	2.708	4.241	3.518	1.066	1.524
Epatopatie acute primitive . .	495	3.011	5.082	2.218	3.621
Rabbia	12	5	2	1	1
Tracoma	1.500	476	306	162	120
Malaria	101	25	25	10	6
Leishmaniosi	891	201	144	88	48
Tigna e scabbia	1.368	880	1.047	669	536

Perchè però si possa giungere a risultati apprezzabili, non è sufficiente l'azione dello Stato, ma si impone una partecipazione cosciente delle popolazioni, che solo potrà conseguirsi mediante una buona educazione sanitaria.

Se a tanto non si perverrà, se le masse non saranno sensibilizzate ai consigli, ai suggerimenti e agli stessi obblighi imposti dallo Stato, i risultati saranno relativi e sproporzionati all'impegno. Come ad esempio: ancora oggi avviene che molti genitori incoscienti non fanno vaccinare affatto i loro figli oppure non ripetono le pratiche profilattiche necessarie per una buona immunizzazione, esponendo i loro piccoli al grave pericolo della malattia e ai suoi terribili postumi, con evidente danno fisico ed economico per l'individuo e per la società.

L'educazione sanitaria, così come oggi è concepita ed attuata, è del tutto insufficiente ed inadeguata.

Essa, allo stato, si articola solo attraverso la diffusione di materiale di propaganda, di scarsi servizi audio-visivi, e di alcuni comitati provinciali, che agiscono isolatamente, e certo assai limitatamente, malgrado tutta la buona volontà, anche per la pochezza dei mezzi di cui dispongono.

L'educazione sanitaria del popolo dovrebbe invece essere vista con altra serietà ed impegno, ed attuata come qualcosa di essenziale e di assoluta preminenza nella vita del Paese, così come lo Stato fa per la pubblica istruzione.

Praticamente l'istruzione sanitaria dovrebbe essere inserita quale materia di insegnamento nella scuola d'obbligo, per fornire nozioni di igiene generale e dell'alimentazione, e di pronto soccorso, conoscenza quest'ultima direi indispensabile nella vita di oggi, in cui l'individuo è tanto esposto ai traumi.

Dal ventesimo Congresso nazionale di chirurgia svoltosi di recente a Roma, è emerso che molti infortunati sono stati danneggiati dagli errori commessi dai primi soccorritori, completamente ignari di ogni norma di pronto soccorso.

Nè per l'insegnamento sanitario può essere valevole la cosiddetta educazione civica, insegnata nelle scuole elementari, perchè in essa la materia sanitaria (ammesso che se ne parli) non ha certo una posizione di preminenza, confusa com'è tra mille altre nozioni.

Importantissimo è che l'educazione sanitaria inizi dall'età scolastica, perchè è nell'età infantile che la mente è più ricettiva

e più atta a tesaurizzare certi concetti, ed è quello il periodo di formazione della personalità.

Certe norme ben radicate fin dall'infanzia accompagneranno l'individuo per l'intera vita.

Meglio sarebbe che tale insegnamento venisse affidato a sanitari, perchè per trasmettere una disciplina, bisogna possederla appieno, e averne una convinzione profonda.

Se poi per motivi organizzativi tanto non potesse realizzarsi, bisognerebbe preoccuparsi di preparare adeguatamente, cioè con serietà, gli insegnanti a questa nuova materia.

Al fine occorrerebbe istituire per essi dei corsi speciali, tenuti da medici, con obbligo di frequentarli.

Ogni altro tipo di propaganda che non sia insegnamento scolastico, produce ben pochi risultati quando trova individui adulti che non siano sensibilizzati sin dall'infanzia a certi problemi.

Prova ne sia che tutta la propaganda non solo teorica, ma di dolorosi fatti appariscenti a chiunque, in conseguenza delle recenti epidemie poliomelitiche, ha trovato le popolazioni tutt'altro che sensibili, al punto che sono ancora moltissimi i genitori che non hanno fatto e non fanno vaccinare i loro figli contro il terribile morbo.

Figurarsi poi per le cose che colpiscono anche meno la mente e la sensibilità delle masse, come la varia prevenzione di tanti altri mali meno spettacolari e appariscenti.

Risulta chiaro che questo assunto di dare al popolo una istruzione e una coscienza sanitaria esige un serio impegno, per il quale non può essere sufficiente la sola opera del Ministero della sanità, ma è necessario il concorso dell'intero Governo e Parlamento.

Dovranno essi stessi sposare la causa, convincendosi della necessità di tale opera, e dell'urgenza di realizzarla in Italia.

A fianco dell'istruzione scolastica, e nel periodo che la precede, sarà molto utile la opera formativa che presso il fanciullo potrà svolgere la famiglia, e principalmente la madre, con il vantaggio di una educazione sanitaria precocissima e particolarmente ef-

ficace, in quanto impartita dalla persona più vicina e più cara, in cui il bambino ripone la massima fiducia.

Preparazione delle madri, dunque, attraverso corsi che esse saranno invitate a seguire, o mediante l'opera capillare di assistenti sanitarie, o delle ostetriche condotte che avvicineranno le giovani spose nelle loro case.

Anche quest'opera si dovrà però attuare non con i vigenti sistemi discontinui e velleitari, a tipo comitato di beneficenza, ma con rigorosa serietà e coscienza.

I corsi pubblici periodici potrebbero opportunamente esser tenuti da specialisti ostetrici e pediatri o, in mancanza, dall'Ufficiale sanitario o dal Medico condotto.

Per la pratica realizzazione di quanto sopra, potrebbe servire che il Comune partecipasse al medico condotto del paese o della zona i nominativi e gli indirizzi delle giovani spose.

Quest'azione educativa sarebbe intesa anche, e molto utilmente, a preparare, secondo i dettami della scienza, le future mamme alla gestazione, al parto, ed al razionale allevamento della prole.

Si impartirebbero loro nozioni di igiene ed alimentazione del lattante, rendendole altresì edotte delle manifestazioni più comuni della patologia infantile.

Premessa importantissima per preparare al nascituro un ambiente favorevole, che lo difenda dai malanni derivanti dai tanto lamentati errori igienico-dietetici, e per assicurargli, in caso di malattia, un tempestivo intervento del medico.

Istruite e convinte le future mamme a seguire i dettami della scienza, le gravidanze procederebbero più facili, i parti più regolari e con certo minore percentuale di complicanze ed esiti funesti.

La prole poi crescerebbe più sana e meglio preparata alla vita, con diminuzione dell'alta mortalità infantile, che ancora persiste in Italia in rapporto agli altri Paesi e alla stessa nostra mortalità generale, denunziata anche recentemente dal Ministro della sanità all'ultimo congresso di pediatria tenutosi a Napoli. Sono indicativi i seguenti dati:

MORTALITA' GENERALE E INFANTILE
IN ALCUNI STATI

1958	Mortalità	
	generale (su 1.000) abitanti	infantile (su 1.000) nati vivi
Israele	5,9	34,9
Olanda	7,5	17,2
Giappone	7,5	34,6
Canadà	7,9	30,2
Norvegia	8,9	20 -
Finlandia	8,9	24,5
Italia	9,1	48,2
Svezia	9,6	15,8
Germania Occ.	10,8	36 -
Francia	11,2	31,5
Jugoslavia	9,2	86,2
Inghilterra	11,7	23,3
Portogallo	10,2	84 -
<i>Italia</i>		
1957	9,7	50 -
1958	9,1	48,2
1959	9 -	44,9
1960	9,4	43,8

Le cifre diverse si spiegano con il fatto che mentre per la mortalità generale operano vari fattori, per quella infantile influisce in sommo grado lo sviluppo igienico ambientale, e l'organizzazione medico-sociale del popolo: che, per l'appunto, sono carenti presso di noi.

E comè nell'indice della mortalità infantile giochi la maggiore o minore idoneità dell'ambiente, è dimostrato dal fatto che nel nostro Paese è molto maggiore al Sud che non al Nord, dove le condizioni ambientali sono molto migliori:

Venezia Giulia	29,8‰
Emilia	32,1‰
Calabria	62,5‰
Campania	64,8‰
Puglia	66,8‰
Basilicata	74,5‰

A fianco all'azione basilare di educazione sanitaria, la quale, secondo il nostro pensiero, dev'essere parte integrante della formazione dei giovani, dovrà collocarsi tutto un sistema di medicina preventiva, che ac-

compagni l'individuo dalla nascita fino all'età matura, utilizzandosi allo scopo i traguardi obbligati della scuola, servizio militare, matrimonio, eccetera.

OPERA NAZIONALE
MATERNITA' E INFANZIA

Nel sistema di assistenza e formazione del bambino nell'età pre-scolastica, massima parte dovrà avere l'O.N.M.I. che, per il suo indirizzo propriamente medico-scientifico, può assolvere compiti che non possono essere demandati alla famiglia.

Le organizzazioni dell'O.N.M.I. maggiormente diffuse e meglio funzionanti, attraverso l'opera di medici specialisti e altro personale specializzato, garantiranno le premesse indispensabili per il buono sviluppo psicosomatico del bambino.

Alla necessità che l'O.N.M.I. svolga una azione più completa e capillare si oppongono, però, le pessime condizioni economiche dell'Ente.

Nello stato di previsione del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1963-1964 lo stanziamento a favore dell'Opera nazionale maternità e infanzia è fissato in lire 15 miliardi, nella stessa misura cioè concessa nei tre precedenti esercizi, e che già allora si manifestò assolutamente inadeguata alla vastità dei compiti dell'Istituto, al crescente costo dei servizi, e allo sviluppo assunto dall'organizzazione tecnico-sanitaria dell'Ente, specie nelle zone depresse del Meridione.

L'insufficienza del contributo ordinario che lo Stato assegna all'Opera annualmente, non è un problema nuovo, avendo costituito oggetto di ripetuti interventi alla Camera e al Senato. Su di esso è stata più volte richiamata l'attenzione degli organi responsabili, particolarmente del Ministero della sanità e del Ministero del tesoro, ma sino ad oggi senza risultati positivi. Cosicché l'O.N.M.I., mentre da un lato deve ottemperare alle tassative disposizioni impartite dal Ministero della sanità, intese ad evitare « nella maniera più categorica » la chiusura delle istituzioni assistenziali (Case della madre e del bambino, Asili nido, Consultori materni e pediatrici, eccetera), non ha ottenuto d'al-

tro canto la benchè minima maggiorazione del contributo ordinario statale. Si è determinata in tal modo una situazione estremamente grave, divenuta ormai insostenibile.

È da considerare, al riguardo, che l'Opera, tenuti presente il generale aumento del costo dei servizi, l'accresciuto onere per il personale, e l'opportunità di far entrare in funzione le nuove istituzioni ultimate, aveva segnalato, *come fabbisogno minimo indispensabile* per l'esercizio 1963-64, la somma di lire 25 miliardi.

È ovvio come tale enorme divario tra fabbisogno e mezzi disponibili non possa ulteriormente protrarsi senza pregiudicare le finalità dell'Istituzione a tutto danno della assistenza alle madri ed ai bambini bisognosi. Al fine di dimostrare le crescenti esigenze dell'Opera si ritiene opportuno riassumere, negli uniti prospetti, i dati concernenti le spese effettive e per movimento di capitali accertate negli ultimi venticinque anni, ponendole a raffronto con i contributi annualmente concessi dallo Stato (vedi tabella A) e quelli relativi all'incremento verificatosi nel numero delle istituzioni (vedi tabella B).

Così pure si ritiene opportuno allegare l'elenco delle spese, sempre più crescenti,

che l'Opera ha sostenuto per rimborsare alle Amministrazioni provinciali il terzo delle spese per l'assistenza agli illegittimi riconosciuti dalla sola madre (vedi tabella C).

Il provvedimento di legge, deliberato dal Consiglio dei ministri e approvato recentemente dalla Commissione XI del Senato per la concessione di un contributo straordinario di lire 6 miliardi, pone in condizione la O.N.M.I. di poter quasi totalmente sanare il *deficit* di bilancio accumulatosi a tutto il giugno 1963.

Tuttavia, è indispensabile ed urgente un altro provvedimento che aumenti lo stanziamento ordinario a favore di detto ente da lire 15 miliardi ad almeno lire 25 miliardi, sicchè l'O.N.M.I. possa essere messa in grado di continuare nella normale sua attività assistenziale, assicurando la vita delle 11.000 istituzioni e dando serenità agli 8.000 suoi dipendenti, i quali — caso unico tra gli enti pubblici — sono retribuiti peggio degli impiegati civili dello Stato, pur essendo a questi equiparati.

Resta aperto comunque il problema dello sviluppo delle prestazioni dell'Opera, specie gli asili nido per le donne lavoratrici, e, quindi, il conseguente graduale costante incremento delle fonti di finanziamento.

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA A

Opera nazionale maternità infanzia
Spese effettive e movimento capitali

ESERCIZIO	Assistenza alla maternità	Assistenza infanzia	sovvenzioni ad istituzioni	Propaganda	Spese generali	Costruzioni arredamenti e straordinari	Totale	Contributi ordinari e straordinari dello Stato
1938	34.964.000	73.484.000	8.164.000	112.000	3.140.000	13.334.000	133.198.000	108.000.000
1939	30.744.000	81.720.000	45.000	155.000	3.408.000	17.628.000	133.340.000	108.000.000
1940	32.745.000	90.854.000	—	—	3.688.000	5.448.000	132.735.000	108.000.000
1941	46.468.000	131.533.000	100.000	206.000	5.613.000	81.106.000	265.026.000	182.000.000
1942	45.493.000	162.570.000	478.000	1.525.000	8.683.000	162.554.000	381.303.000	320.000.000
1943	58.466.000	206.118.000	706.000	9.888.000	15.003.000	67.609.000	357.770.000	399.250.000
1944	59.300.000	202.003.000	21.000	6.017.000	14.373.000	26.131.000	307.845.000	470.000.000
1945	115.751.000	376.280.000	126.000	4.645.000	49.636.000	72.358.000	618.796.000	335.000.000
1946	343.205.000	1.038.643.000	235.000	11.712.000	66.487.000	51.342.000	1.531.624.000	1.700.000.000
1947	612.850.000	1.954.339.000	893.000	445.000	205.258.000	675.036.000	3.448.821.000	3.000.000.000
1948	707.666.000	2.511.524.000	500.000	100.000	270.340.000	585.522.000	4.075.652.000	4.000.000.000
1949	482.783.000	1.615.551.000	15.000	—	107.543.000	949.935.000	3.155.827.000	3.000.000.000
(1° sem.)								
1949-50	1.094.620.000	3.490.769.000	130.000	6.370.000	242.209.000	1.773.614.000	6.607.712.000	4.000.000.000
1950-51	1.432.310.000	4.530.199.000	20.100.000	2.455.000	280.294.000	1.151.150.000	7.416.498.000	6.500.000.000
1951-52	1.714.195.000	5.278.739.000	2.545.000	12.542.000	345.655.000	849.394.000	8.203.070.000	7.000.000.000
1952-53	1.884.064.000	6.415.757.000	15.922.000	17.554.000	377.857.000	1.102.316.000	9.813.470.000	8.000.000.000
1953-54	2.073.123.000	7.148.342.000	10.690.000	18.642.000	426.596.000	574.623.000	10.252.016.000	8.000.000.000
1954-55	2.347.765.000	7.786.105.000	8.582.000	18.787.000	456.616.000	1.179.083.000	11.796.938.000	11.000.000.000
1955-56	2.394.515.000	8.203.868.000	9.280.000	38.930.000	474.320.000	988.943.000	12.109.856.000	11.000.000.000
1956-57	2.648.181.000	9.025.513.000	6.538.000	41.578.000	509.643.000	1.203.767.000	13.435.219.000	12.000.000.000
1957-58	2.701.785.000	9.266.101.000	9.960.000	46.276.000	537.499.000	1.212.767.000	13.774.388.000	13.500.000.000
1958-59	2.839.595.000	9.650.552.000	7.135.000	29.980.000	619.780.000	1.188.801.000	14.335.843.000	13.500.000.000
1959-60	2.947.733.000	9.986.969.000	9.081.000	45.099.000	658.200.000	1.537.821.000	15.184.903.000	13.500.000.000
1960-61	3.252.228.000	11.058.030.000	8.070.000	48.895.000	808.125.000	2.910.114.000	18.085.462.000	16.000.000.000
1961-62								16.000.000.000
1962-63								15.000.000.000

(accertamenti in corso)

LEGISLATURA IV - 1963 - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA B
Opera nazionale maternità e infanzia
Numero delle istituzioni

A N N I	Case della madre e del bambino (comprendenti almeno l'A-refettorio materno ed il Nido ed i consultori mater. e pediatrici)	Centri Assistenziali (comprendenti soltanto il refettorio materno e i consultori mater. e pediatrici)	Asili nido	Consultori Pediatrici	Consultori Materni	Consultori Dermatologici	Centri medico-psicopedagogici	Refettori Materni	Altre istituzioni permanenti (Istituti educativo-assistenziali, ecc.)	Totale
1938	162	—	167	4.347	3.592	—	—	1.080	—	9.348
1939	162	—	163	4.405	3.611	—	—	1.276	—	9.617
1940	170	—	—	3.618	3.773	—	—	1.252	—	9.813
1941	195	—	—	4.832	3.926	—	—	1.209	—	10.162
1942	192	—	239	4.461	3.586	134	—	1.347	—	9.959
1943	196	—	221	4.013	3.099	119	—	1.068	—	8.626
1944	158	—	205	3.673	2.725	113	—	874	—	7.748
1945	145	—	88	3.532	2.369	95	—	685	—	6.914
1946	157	—	125	3.602	2.285	106	—	605	—	6.880
1947	171	—	91	3.673	2.328	72	—	646	—	6.981
1948	190	—	98	3.732	2.213	73	—	751	—	7.057
1949	208	—	62	2.800	2.030	58	—	749	—	6.907
(1° sem.)										
1949-50	217	—	59	3.848	1.995	64	—	736	—	6.919
1950-51	236	—	51	4.018	1.944	65	—	754	—	7.068
1951-52	254	—	56	4.275	2.073	67	—	767	—	7.492
1952-53	265	—	320	4.752	2.388	198	—	1.024	—	8.947
1953-54	278	—	337	4.933	2.417	206	15	1.003	119	9.308
1954-55	311	99	364	5.120	2.490	232	18	840	80	9.544
1955-56	336	110	395	5.285	2.588	239	22	829	70	9.874
1956-57	360	282	422	5.546	2.506	245	32	822	144	10.269
1957-58	381	261	439	5.615	2.521	248	2	749	154	10.410
1958-59	392	253	449	5.796	2.548	258	—	717	144	10.605
1959-60	419 (1)	229 (1)	473	5.932	2.583	258	59	714	337	10.856
1960-61	449 (1)	497 (1)	497	6.085	2.616	265	8	689	319	10.555
1961-62	466 (1)	216 (1)	514	6.190	2.618	273	96	653	173	10.517

(1) Numero escluso dal totale in quanto le singole istituzioni facenti parte della Casa della Madre e del Bambino e dei Centri Assistenziali (Asili, consultori e refettori) sono state già comprese nelle rispettive colonne.

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA C

Spesa per gli illegittimi riconosciuti

NUMERO D'ORDINE	ANNO	SOMME EROGATE	NUMERO DEGLI ASSISTITI
1	1927	—	—
2	1928	8.500.000	12.000
3	1929	10.000.000	15.270
4	1930	10.104.000	27.580
5	1931	24.061.799	38.155
6	1932	29.000.000	53.111
7	1933	29.500.000	69.905
8	1934	27.401.937	117.170
9	1935	28.000.000	101.425
10	1936	30.000.000	122.780
11	1937	26.185.000	144.241
12	1938	28.362.296	152.580
13	1939	28.107.971	163.131
14	1940	29.000.000	172.369
15	1941	36.700.000	177.988
16	1942	36.643.000	185.251
17	1943	41.000.000	157.777
18	1944	41.000.000	156.760
19	1945	46.022.772	154.457
20	1946	147.635.047	158.701
21	1947	270.000.000	160.698
22	1948	322.343.904	158.329
23	1949 (1° sem.)	220.000.000	146.300
24	1949-50	440.000.000	155.878
25	1950-51	496.640.451	151.324
26	1951-52	516.000.000	150.892
27	1952-53	926.458.251	154.502
28	1953-54	1.203.920.161	150.521
29	1954-55	1.343.938.033	158.843
30	1955-56	1.521.112.263	160.154
31	1956-57	1.701.919.000	158.005
32	1957-58	1.800.982.488	160.966
33	1958-59	1.980.878.216	166.124
34	1959-60	2.049.374.647	143.384
35	1960-61	2.172.205.517	139.436
36	1961-62	2.274.104.032	129.964
37	1962-63		(accertamenti] in corso)

MEDICINA PREVENTIVA

Se la famiglia deve provvedere direttamente ad allevare ed educare la prole, tuttavia lo Stato non può esimersi dal fiancheggiarla o sostituirla nel delicato compito che oltre tutto riveste un altissimo dovere sociale.

Compito reso oggi maggiore dalla nuova società, poichè la maggior parte delle donne lavorano e non possono dedicarsi all'educazione dei figli, non solo perchè non hanno più a disposizione il tempo libero di una volta, ma anche perchè quando tornano a

casa sono stanche per poter affrontare con impegno l'altro lavoro di eguale responsabilità, quale quello di educare i loro bambini.

D'altra parte, perchè l'edificio socio-economico dello Stato sia solido, deve poggiare indispensabilmente su due pilastri ben saldi: preparazione fisica, e preparazione culturale dei cittadini.

Se anche uno solo di essi vacilli, ovviamente la statica dell'edificio è compromessa, e lo stesso progresso è minato dalle fondamenta.

Appare evidente pertanto che uno Stato moderno deve porre la massima cura nella preparazione fisica dei cittadini, come pone la massima cura nella loro preparazione culturale, essendone influenzati tutti gli interessi del Paese, etico, sociale, economico e politico.

Nel campo della scuola, bisogna riconoscerlo, molto in Italia si sta facendo per adeguarla alle esigenze della vita moderna, attraverso svariati provvedimenti, non esclusa una razionale edilizia scolastica.

Sono problemi molto grossi, e di cui non si può pretendere ovviamente la risoluzione dall'oggi al domani; tuttavia è necessario impostarli, avendo le idee chiare, e quella ferma volontà che non si arrende ai primi ostacoli, stabilendo dall'inizio gli obiettivi da raggiungere, ed adeguandosi ai mezzi con equilibrio e piena convinzione.

Da quanto detto, appare il dovere dello Stato di intensificare i suoi sforzi per la medicina preventiva, e poichè abbiamo accennato alla scuola, ci sia consentito di insistere ancora sulla estrema importanza che ha la azione sanitaria in fanciulli dell'età scolastica.

Nella scuola d'obbligo, infatti, converge tutta la popolazione infantile di tutti gli strati sociali (sette milioni) ed una buona educazione sanitaria può dare risultati veramente sorprendenti per la salute del Paese, sia per il vastissimo campo d'azione, sia per il momento particolarmente propizio a influenzare la buona formazione psico-somatica dei soggetti.

Tale azione va estrinsecata attraverso lo insegnamento nelle scuole di una materia sanitaria, e una profonda riforma della medicina scolastica.

Per quanto concerne l'insegnamento, è indispensabile impartirlo durante la scuola di obbligo, oltre che per la necessità di fornire precocemente certe nozioni, anche perchè, dopo la scuola dell'obbligo, buona parte della gioventù per ragioni varie è costretta ad abbandonare gli studi, ed è necessario, perciò, che insieme ad un corredo di cultura generale porti con sè nella vita anche il più ampio corredo possibile di nozioni sanitarie, sulla cui utilità credo superfluo soffermarmi oltre.

È ancora da tenersi presente che gran parte dei ragazzi che non prosegue gli studi appartiene in genere a nuclei familiari ed a categorie sociali meno evolute, per cui probabilmente non avrà più l'opportunità di acquisire certi insegnamenti.

Per la medicina scolastica, poi, occorrerà riformare il servizio attuale risultato inadeguato ed insufficiente.

A base anche di questa carenza, purtroppo, sta principalmente il fattore economico, perchè l'assistenza sanitaria scolastica è affidata ai comuni, alla cui consistenza economica resta di conseguenza legata.

Ne scaturisce la grave ingiustizia sociale, inconcepibile in un'epoca civile, che il ragazzo di un comune ricco avrà un'assistenza sanitaria scolastica al cento per cento, quello del comune agiato al 50 per cento, e quello del comune povero al 10 per cento, o ancora meno.

Tutto ciò non va perchè il diritto alla salute e alla vita è uguale per tutti.

Ancora pochi sono in Italia i comuni che hanno istituito il servizio di medicina scolastica, e ciò malgrado il decreto Presidenziale, e i contributi forniti dal Ministero della sanità.

Dove funziona, cosa che avviene in genere in alcuni grandi comuni con bilanci floridi, i risultati ne dimostrano l'utilità.

A conferma di quanto abbiamo detto ed andremo esponendo, e della necessità di una riforma sostanziale dell'assistenza scolastica, riferiamo quanto abbiamo appreso dal Ministero sullo stato attuale dei servizi medico-scolastici:

STATO ATTUALE DEI SERVIZI MEDICO-SCOLASTICI

Popolazione residente (legale) censita al 15 ottobre 1961, 50.623.569;

popolazione in età dell'obbligo scolastico, 7.000.000.

1) *Distribuzione della popolazione scolastica in rapporto al tipo di servizio erogato.*

a) popolazione scolastica che fruisce di un servizio medico espletato da

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

personale appositamente qualificato 728.979 = 12%

b) popolazione scolastica che fruisce del servizio medico scolastico affidato al medico condotto 1.397.210 = 23%

c) popolazione scolastica vigilata limitatamente alla profilassi delle malattie infettive 3.948.639 = 65%

2) *Distribuzione dei Comuni in rapporto alle caratteristiche del servizio.*

a) *capoluoghi (n. 92).*

82 comuni dispongono di un servizio più o meno efficientemente organizzato, fornito di personale qualificato e di attrezzature;

in 10 comuni il servizio è affidato agli ufficiali sanitari, per la profilassi delle malattie infettive, ed ai medici condotti. Tali comuni non dispongono di medici scolastici, nè, in genere, di attrezzature ambulatoriali proprie del servizio medico scolastico, eccezion fatta, in alcuni casi, per l'ambulatorio odontoiatrico scolastico, affidato ad uno specialista.

b) *restanti comuni (7943)*

150 comuni dispongono di medici scolastici, di ambulatori generici di medicina scolastica e talvolta (in circa metà) di ambulatori odontoiatrici.

Negli altri comuni (7793) il servizio è espletato dagli Ufficiali sanitari e dai Medici condotti: mentre le attrezzature ambulatoriali generiche sono presenti in poco più di 640 comuni, quelle specialistiche (prevalentemente odontoiatriche) sono state impiantate in circa 460 comuni.

Per dare un'idea della utilità dell'assistenza sanitaria scolastica possono servire i dati sul funzionamento del relativo servizio nella capitale e nelle città di Milano e di Genova, che vantano la migliore organizzazione di tale settore.

La disamina di essi dimostra come, con una vigile azione di *dépistage*, possono essere individuati tra gli scolari cospicui grup-

pi meritevoli di ulteriori accertamenti presso centri o istituti specializzati, da parte del personale qualificato.

ROMA

(anno scolastico 1961-62)

A) Scuole coperte dal servizio medico-scolastico:

SCUOLE PUBBLICHE

elementari della città 154
e del suburbio dell'Agro romano 151

TOTALE 305

secondarie 145

SCUOLE PRIVATE

elementari e secondarie 433

Alunni iscritti alle scuole elementari pubbliche della città e del suburbio 134.074
dell'agro romano 22.380

TOTALE 156.454

Alunni iscritti alle scuole pubbliche secondarie 98.417

Alunni iscritti alle scuole private elementari e secondarie 104.649

Totale popolazione scolastica scuole elementari e secondarie 359.520

Della popolazione scolastica sopra elencata, quella frequentante le scuole elementari pubbliche (156.454 alunni) è sottoposta a vigilanza sanitaria ai fini della profilassi delle malattie infettive e inoltre fruisce delle prestazioni del servizio medico-scolastico generico e specialistico; la restante popolazione è sottoposta solo a vigilanza sanitaria.

B) *Personale del servizio medico-scolastico*

Medici scolastici generici 54

Medici scolastici specialisti 42

Vigilatrici scolastiche 220

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

C) *Attrezzature*

Ambulatori scolastici generici: per le 154 scuole della città e del su- burbio	154
per le 151 scuole dell'agro	12
Poliambulatori specialistici, con fun- zione zonale	8

D) *Costo del servizio*

Il servizio comporta, in cifra tonda, una spesa per il personale di circa lire 300 milioni annui.

E) *Dati sul funzionamento nel 1961-62*

Visite mediche agli alunni	735.049
Schermografie effettuate agli alunni	2.081
Visite al personale scolastico (insegnanti e altro personale)	4.816
Schermografie effettuate agli insegnanti	1.535
Schermografie effettuate al re- stante personale	535

Alunni inviati a visita speciali-
stica:

dermatologica	847
oculistica	5.238
neurologica	5.302
odontoiatrica	40.667
otorinolaringoiatrica	3.633
ortopedica	1.115

Prestazioni specialistiche ero-
gate:

odontoiatriche	124.793
otoiatriche	4.941
ortopediche	31.023

Malattie infettive riscontrate:

a) *negli alunni:*

dermatosi contagiose	750
oftalmie contagiose	82
difterite	52
infezione tifosa	5
infezione paratifica	8
brucelle	2
tbc polmonare	21

pertosse	302
influenza ep.	45
parotite	443
poliomielite	3
morbillo	277
rosolia	91
scarlattina	245
4 ^a malattia	46
varicella	764
epatite virus	34
varie	2

b) *Negli insegnanti:*

tbc polmonare	3
-------------------------	---

c) *Nel restante personale:*

tubercolosi polmonare	3
Visite ai bambini inviati in colonia	21.306
Vaccinazioni varie eseguite (esclusa l'antipoliomielitica)	98.788

MILANO

(anno scolastico 1961-62)

A) *Popolazione in età dell'obbligo scola-
stico, 189.904.*

*Popolazione scolastica coperta dal servi-
zio, 80 per cento.*

B) *Personale del servizio medico-scola-
stico.*

Medici scolastici

di cui specialisti in igiene	111
di cui specialisti in pediatria	40
Medici igienisti	49
Medici aiuto Ufficio	14
d'igiene comunale	—

Medici scolastici specialisti

odontoiatri	15
otorinolaringoiatri	5
oculisti	3
cardiologi	5
ortopedici	3
neuropsichiatri	3

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

AA.SS.VV. addette al servizio scolastico	52
B) Attrezzature	
Ambulatori scolastici	148
Ambulatori specialistici	23
C) Dati sul funzionamento nell'anno 1961-1962.	
Numero degli scolari visitati	41.979
Alunni inviati a visita specialistica:	
Medica	3.628
Chirurgica	565
Odontoiatrica	4.136
Otorinolaringoiatrica	1.843
Dermatologica	841
Neuropsichiatrica	206
Oculistica	1.308
Centri psico-pedagogici	737
Oftalmoiatrica	1.162
Malattie infettive riscontrate	
Dermatosi trasm.	38
Tracoma	3
Varicella	69
Morbillo	48
Scarlattina	14
Parotite	140
Pertosse	43
Tigna	5
tbc. polmonare	1
Oftalmie trasmissibili	39

Dai dati indicati si deduce che:

su una popolazione scolastica di sette milioni di alunni soltanto 728.979 (il 12%) fruiscono di un servizio medico scolastico espletato da personale qualificato.

Ancora in dieci capoluoghi di provincia manca un buon servizio di medicina scolastica. Degli 8.935 comuni soltanto 232 sono forniti di un efficiente servizio medico-scolastico. 7.803 comuni ne sono invece ancora privi.

Il servizio di medicina scolastica dove funziona bene è di sommo giovamento per la cura di alcune malattie acute o croniche e

per la profilassi di molte altre che prima o poi esploderebbero.

Avere istituito tale servizio è stata senza dubbio opera illuminata e meritoria, ma bisogna, tuttavia, concludere che esso va riformato nel senso che va demandato allo Stato e non ai Comuni, non potendo questi, tranne alcuni fortunati, disporre di mezzi finanziari, e di un'organizzazione adeguata per assolvere al delicato compito.

Non si comprende perchè lo Stato che ha sentito la necessità di assumersi l'onere della pubblica istruzione, togliendone la responsabilità ai comuni, non debba fare altrettanto per l'assistenza medica agli alunni.

Non è questo un servizio di secondaria importanza da essere posposto e trascurato.

Lo Stato che ha sentito altresì il dovere di fornire i libri gratuitamente agli scolari, anche abbienti, dovrebbe ben fornire ad essi l'assistenza sanitaria, perchè l'interesse alla formazione fisica non dovrebbe essere posposto a quello per la formazione intellettuale.

Dopo queste considerazioni non sarà superfluo tracciare uno schema del modo come, secondo il modesto parere del relatore, dovrebbe articolarsi la medicina scolastica.

L'assistenza sanitaria scolastica inizierà con la visita medica generale e i relativi accertamenti fatti su ciascun alunno all'atto della sua ammissione nella scuola.

Tale esame preliminare consentirà di scoprire eventuali imperfezioni fisiche, meiorpragie e cause morbigene minaccianti la salute del ragazzo, ovvero stati patologici che potrebbero anche sconsigliare di inserirlo al momento nella comunità scolastica.

Nè meno evidente appare l'utilità di seguire il fanciullo negli anni scolastici, al fine di controllarne lo sviluppo psico-somatico, attraverso visite mediche periodiche, intese a mettere in luce nuove deficienze e malattie iniziali, o, quanto meno, ad assicurare a ciascuno le condizioni più atte a conservare e difendere la salute.

Il contatto frequente con il medico scolastico avrà anche fine educativo, abituando il ragazzo a seguire il proprio stato di salute, a controllarsi e a difendersi dalle malattie, creandogli uno stato d'animo non ostile al sanitario, che disimparerà a considerare

lo spauracchio armato di siringa, che tante volte la mamma gli ha presentato per tenerlo buono (educazione sanitaria alla rovescia).

Il contatto col sanitario oltre agli altri vantaggi gli darà una coscienza ed una cultura sanitaria che gli saranno certamente utilissime nella vita.

Ogni scolaro avrà, infine, la sua cartella sanitaria, sulla quale verranno annotate tutte le notizie anamnestiche degne di nota.

La cartella o libretto sanitario sarà stato trasmesso alla scuola dall'O.N.M.I., e alla fine del periodo scolastico sarà consegnata nel suo originale o in copia alla famiglia.

Al termine della scuola dell'obbligo, che coinciderà con il 14° anno di età (epoca della pubertà, che causa nell'organismo quelle variazioni ormonali che lo portano allo stato adulto), l'alunno sarà di nuovo sottoposto, se necessario, a quei controlli di cui fu oggetto al suo ingresso nella scuola, per accertarne ancora una volta l'effettivo stato di salute.

Tali controlli saranno inoltre integrati da una visita psico-attitudinale per meglio individuarne le qualità intellettuali.

Le risultanze, unite al giudizio del corpo insegnante e della famiglia, serviranno a meglio orientare il giovane nella scelta del tipo di scuola da seguire, o dell'attività a lui più consentanea.

Allo stato, invece, la scelta del tipo di scuola o dell'attività futura viene fatta spesso irrazionalmente, in base a prospettive economiche o a tradizioni familiari, che, prescindendo dalle qualità del soggetto, possono determinare sfasature e fallimenti di giovani che, orientati diversamente, in attività più congeniali alla loro struttura psico-fisica, avrebbero avuto altro successo negli studi e nella vita.

Durante l'età scolastica sarebbe utile praticare la ricerca del gruppo sanguigno da riportare oltre che sulla cartella sanitaria, anche sui documenti di identità, notizia utilissima in ordine all'eventualità di terapie trasfusionali specie di urgenza, essendo ognuno oggi a qualsiasi età esposto al rischio dei traumi.

La necessità della conoscenza del gruppo sanguigno, benchè limitatamente, è stata ri-

conosciuta dal Parlamento con la legge che fa obbligo ai conducenti di veicoli motorizzati di corredare di tale dato la propria patente di guida; provvedimento utile ma che dovrebbe essere esteso alla maggior parte possibile della popolazione, in quanto, anche a voler considerare il pericolo dei traumi limitato ai soli incidenti del traffico, è da tener presente che in essi non solo il guidatore è esposto, bensì anche gli altri occupanti il veicolo, e spesso, anzi, a subire le maggiori conseguenze dell'urto non è il conducente, ma colui che gli siede accanto.

Per concludere si invoca l'impegno del Governo, e se ne richiama l'attenzione sulla medicina scolastica, sia per una precoce educazione sanitaria, sia per la medicina preventiva da esercitarsi sugli alunni.

L'onere economico non dovrebbe distogliere lo Stato da un assunto tanto più doveroso ed imprescindibile, se si tien conto che non può essere assolto da altri enti (Comuni), come crediamo di aver dimostrato, e tanto meno dalle famiglie, le quali per deficienza di cognizioni, di mezzi e di possibilità ambientali, non possono fornire ai propri figli assistenza ed educazione sanitaria idonee.

D'altra parte la spesa sopportata dallo Stato per l'assistenza sanitaria all'infanzia rappresenterà senza dubbio un'economia futura, perchè preverrà, con un onere certo minore, malattie la cui cura risulterebbe ben diversamente costosa, ciò senza contare l'incalcolabile danno economico che la malattia porta alla società, per la improduttività cui costringe l'individuo.

Concludendo sull'argomento, e per tacere dell'estrema importanza umana di esso, si può affermare che la spesa per la medicina preventiva rappresenta per lo Stato un utile investimento.

Mi è gradito ribadire questo concetto, anche perchè molto sentito e studiato dal Sottosegretario per la Sanità senatore Santero, il quale lo ha sostenuto anche in seno alla Comunità europea.

A dimostrazione, infine, di quanto esposto, ci sia consentito aggiungere alcune considerazioni.

Un semplice calcolo, basato sugli indici statistici sanitari italiani, può offrire un'idea

del valore economico degli interventi di sanità pubblica.

I dati che seguono indicano il miglioramento delle condizioni sanitarie del Paese realizzato in questo secolo, colla diminuzione dei quozienti di mortalità generale ed infantile e con l'aumento della vita media:

ITALIA

Periodi	Mortalità generale (x 1000 ab.)	Mortalità infantile (x 1000 nati)	Vita media (in anni)
1899-1901	23,2	165,4	43
1929-1931	16,5	112,4	55
1959-1961	9,6	46,0	70

Considerando soltanto l'ultimo trentennio (1931-1961) il quoziente di mortalità generale è diminuito da 16,5 per cento a 9,6 per cento, con un guadagno di circa il 7 per cento. Riferito alla popolazione italiana, ciò vuol dire che annualmente, nell'ultimo triennio, si sono avuti 350.000 morti in meno, morti che si sarebbero avuti, ove il quoziente fosse rimasto immutato. Ora se si considera che a ciascun morto corrispondono in media dieci malati, ciò significa annualmente 3.500.000 malati in meno; e considerando una media di degenza di 20 giorni per ogni malato, ciò significa un risparmio di 70 milioni di giornate di degenza. Poichè si può ritenere che, tra danno emergente e lucro cessante, il risparmio per ogni giornata di degenza sia di lire 10.000, il risparmio per l'economia nazionale è stato quindi di 700 miliardi.

Questo risparmio, calcolato sulla riduzione della mortalità generale indifferenziata, è in realtà ancora maggiore, ove si consideri che la maggior diminuzione interessa la mortalità precoce, cioè quella dei giovani, cosa che si può rilevare dalla più forte contrazione della mortalità infantile, e dal notevole aumento della vita media.

Un altro esempio dimostrativo di questo principio è rappresentato dalla malaria, e per rendersene conto basta pensare al rapido e rigoglioso sviluppo che hanno avuto le regioni già malariche dopo la eradicazione della malattia (Sardegna).

Il « consumo sanitario », d'altronde, quello che in termini impropri, ma efficaci, estrinseca e caratterizza l'incidenza di questa spesa produttiva, se razionalmente disposto e controllato (e tale controllo comporta — a sua volta — una spesa a tempo debito ben valutabile), rappresenta in una Repubblica bene ordinata un « indice di saggezza » per il quale si evince che l'aumento dei servizi sanitari aumenta di per sè il reddito nazionale, allo stesso titolo, almeno, di qualunque altro servizio.

Le spese improntate a igiene e sanità nel bilancio dello Stato rappresentano invero il necessario corollario dell'aumentata importanza della sanità nella vita delle nazioni d'oggi, dell'aumento del reddito nazionale: le spese inerenti al « consumo sanitario » debbono essere in proporzione del reddito nazionale. Non sarebbe saggia politica quella che non tenesse conto di questa interdipendenza forzosa, e comprimesse con stanziamenti inferiori al bisogno per un tempo maggiore della sopportabilità i servizi sanitari e i loro organismi di controllo e propulsione e non riformasse infine le istituzioni sanitarie adeguandole all'avanzare della Società.

Altro momento idoneo per un controllo sanitario è rappresentato dalla visita pre-matrimoniale.

Essa dovrebbe comprendere, oltre alla visita generale, opportuni accertamenti; e il certificato medico rilasciato dal medico provinciale o dall'Ufficiale sanitario, attestante solo che il soggetto si è sottoposto a visita medica, dovrebbe far parte dei documenti obbligatori per contrarre il matrimonio.

La visita in effetti non avrebbe in alcun caso carattere preclusivo perseguendo solo lo scopo di porre il nubente, ignaro delle proprie condizioni di salute, di fronte alle responsabilità della propria coscienza, onde poter usare con consapevolezza della propria libertà; infatti, senza conoscenza e possibilità di scelta, non può esservi libertà vera.

La visita pre-matrimoniale così concepita, quindi, non è affatto in contrasto con quella libertà strenuamente difesa dai cattolici.

Molti di essi anzi la consigliano, e in Italia già esistono centri di ispirazione cattolica che la propugnano.

Consigliare ad esempio di rinviare di uno o due anni il matrimonio, per curare una malattia che potrebbe avere riflessi dannosi sull'altro coniuge e sulla prole, non è una calamità, ma potrebbe evitare grossi guai, e concorrere a salvare la salute, la pace, il benessere della famiglia che sorge, rinsaldando in definitiva l'istituto matrimoniale.

OSPEDALI

Passando dalla medicina preventiva a quella curativa, il discorso si sposta agli ospedali, il cui problema riveste vari aspetti, da quello quantitativo e qualitativo, alla disposizione territoriale, alle condizioni economiche, alla situazione giuridico-amministrativa, al personale sanitario, ai rapporti con l'Università, ai convalscenziari, ai cronicari, agli ospedali geriatrici.

Le profonde modificazioni intervenute nella struttura sociale ed economica del nostro Paese, specie dopo la guerra, in rapporto al progresso civile del nostro popolo, alle sue migliorate condizioni economiche derivanti dallo sviluppo della nostra industria ed al suo estendersi a regioni prima ad economia prevalentemente agricola, allo enorme espandersi dell'assistenza mutualistica, ed alla maggiore coscienza delle masse dei propri diritti, hanno reso più acuto il problema ospitaliero.

Esso peraltro si presenta di non facile soluzione, per la gelosa difesa da parte delle amministrazioni ospedaliere della larga autonomia tecnico-amministrativa della quale godono a causa della legislazione attuale, la quale, pur affermando il diritto dello Stato di coordinare, indirizzare ed integrare se del caso l'attività degli istituti di assistenza e beneficenza pubblica, non gli consente interventi che possano menomare l'autonomia degli istituti.

A ciò si aggiunga che l'assistenza ospitaliera dipende attualmente dai seguenti ministeri: Interno, Sanità, Lavoro e previdenza sociale, Tesoro, nonostante la istituzione del Ministero della sanità, che ha dato autonomia all'amministrazione sanitaria ma non ha concesso unitarietà alla materia sanitaria.

A questo proposito non è fuori luogo citare il seguente episodio.

In seguito ad un luttuoso incidente verificatosi in un nostro ospedale, per cui un paziente morì sul tavolo operatorio, poichè il fatto aveva profondamente impressionato la opinione pubblica, il Presidente del Consiglio dell'epoca in una riunione del Gabinetto chiese spiegazioni al Ministro della sanità, il quale non potette che rispondere: « si rivolga al Ministro dell'interno, perchè da lui e non dal Ministro della sanità dipendono gli ospedali in Italia ».

Battuta che, per quanto seria e rispondente al vero, apparve agli astanti umoristica e divertente, e non mancò di suscitare ilarità.

Il fatto che per primo colpisce chi si fermi a valutare la situazione ospedaliera italiana, è l'insufficienza del numero dei posti-letto, poichè i 1.496 ospedali, secondo la ultima statistica del 1958 della Direzione generale dell'igiene pubblica degli ospedali, risultano avere un ammontare complessivo di 334.410 posti-letto, pari al 6,7 per mille così distinti:

198.795 (3,98 per mille) per malati acuti comuni e di specialità;

88.248 (1,77 per mille) per malati di mente;

47.367 per malati di tubercolosi.

Se poi si aggiungono le 1.007 di case di cura private con complessivi 56.762 posti-letto il totale dei posti-letto sale a 391.172 con la media nazionale di 7,83 per mille.

Nonostante però che negli ultimi cinquanta anni il numero dei posti-letto per acuti sia triplicato, e la percentuale raddoppiata, tuttavia la capacità recettiva dei nostri ospedali risulta la più bassa della maggior parte delle Nazioni Europee:

Italia	3,98	per mille
Norvegia	5,08	»
Svezia	4,81	»
Austria	5,95	»
Danimarca	6,22	»
Svizzera	6,35	»
Germania	6,58	»
Inghilterra	11,6	»
Svezia	14,3	»

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

La percentuale dei posti-letto per acuti che nel Nord è del 6,03 per mille e nel Centro 4,82 per mille, scende sensibilmente nel Sud a 2,23 per mille (quasi allo stesso livello dell'Egitto 1,90 per mille) rendendo la situazione

particolarmente grave poichè il quoziente tocca in alcune provincie (Nuoro 0,63, Catanzaro 0,55, Avellino 0,45 per mille posti-letto) livelli incompatibili con ogni forma di civile assistenza.

Ospedali pubblici per acuti: sviluppo della ricettività dal 1938-1958

Posti letto disponibili e quozienti per mille abitanti

	1938	1950	1954	1958
<i>Italia Settentrionale</i>				
postì letto	110.511	110.379	115.550	133.602
indice	(5,75)	(5,32)	(5,46)	(6,03)
<i>Italia Centrale</i>				
postì letto	37.258	37.227	39.198	44.399
indice	(4,88)	(4,33)	(4,52)	(4,82)
<i>Italia Meridionale</i>				
postì letto	35.015	28.792	34.174	42.129
indice	(2,29)	(1,64)	(1,93)	(2,23)
<i>Totale Italia</i>				
popolazione	42.127.000	46.821.000	47.515.000	50.270.000
postì letto	182.781	176.398	188.922	220.130
indice	(4,33)	(3,76)	(3,97)	(4,38)

Peraltro l'indice percentuale non è sufficiente a valutare la recettività della situazione ospedaliera, essendo errato ritenere disponibili posti-letto del tutto inidonei o di ospedali assolutamente da dismettere, come il caso del vecchio ospedale di Taranto, talmente fatiscente e inadeguato, da avere una corsia denominata « La catacomba », e di altri ancora in simili condizioni.

Tale carenza ha provocato il proliferare delle case di cura private, tanto da superare in qualche zona i posti di ricovero degli istituti pubblici.

E il fenomeno ha avuto la massima espansione nel Sud, per la più accentuata carenza di ospedali, al punto che i posti-letto delle case di cura del Mezzogiorno pareggia quasi quello dell'Italia centrale e settentrionale messe insieme.

La situazione dolorosa sarebbe peggiorata ancora, se non fosse intervenuta provvidenzialmente la legge n. 1462 del 29 settembre 1962, che autorizzava la Cassa per il Mezzogiorno a costruire nuovi ospedali nel Sud.

Infatti: 1) la configurazione dell'ospedale come ente di beneficenza va sempre più scadeando; 2) le donazioni e i lasciti già scarsi nel Sud si sono ulteriormente ridotti nel dopoguerra; 3) le amministrazioni ospedaliere (già gravate da mutui con l'I.N.P.S.) si trovano nella impossibilità di contrarre nuovi mutui per la costruzione di nuovi ospedali o per ampliamenti.

Ora con i 27 miliardi circa stanziati dalla Cassa per il Mezzogiorno per costruzioni ospedaliere, la disponibilità per acuti aumenterà di 10.200 posti-letto, elevando la percentuale da 2,3 per mille a 2,77 per mille.

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Percentuale, però, ancora molto bassa, insufficiente e lontana dal 6 per mille auspicato dall'O.M.S.

Le opere che il piano Cassa realizzerà, in conformità alle indicazioni del Ministro della sanità, sono le seguenti:

Ospedali nuovi 24 per 3.710 posti-letto, spesa lire 12.945.000 milioni;

ampliamenti di ospedali esistenti 13 per 1.500 p.l., spesa lire 5.205 milioni;

completamento di opere iniziate in 20 località per 4.990 p.l. con una spesa di 8.910 milioni.

Esse interesseranno infine le seguenti località:

LAZIO

Rieti: capoluogo: nuova costruzione 350 p.l., lire 1.200 milioni;

Frosinone: capoluogo: completamento ospedale, lire 350 milioni;

Latina: Formia, lire 300 milioni.

ABRUZZO E MOLISE

L'Aquila: capoluogo: completamento padiglione in costruzione, lire 250 milioni;

Sulmona: ampliamento ospedale 50 p.l., lire 180 milioni;

Chieti: capoluogo: ampliamento ospedale 100 p.l., lire 350 milioni;

Lanciano: ampliamento ospedale 50 p.l., lire 175 milioni;

Casoli: ampliamento ospedale 50 p.l., lire 175 milioni;

Teramo: capoluogo: nuova costruzione 200 p.l., lire 700 milioni;

Giulianova: ampliamento ospedale 100 p.l., lire 350 milioni;

Campobasso: capoluogo: nuova costruzione 150 p.l., lire 525 milioni.

PUGLIE

Bari: Gioia del Colle: ampliamento ospedale 60 p.l., lire 215 milioni;

Minervino Murge: completamento ospedale 75 p.l., lire 220 milioni;

Canosa: completamento nuovo ospedale 85 p.l., lire 330 milioni;

Foggia: capoluogo: completamento ospedale 65 p.l., lire 235 milioni;

Lecce: Casarano: nuovo ospedale 150 p.l., lire 525 milioni;

Lecce: Galatina: completamento ospedale 58 p.l., lire 200 milioni;

Brindisi: capoluogo: costruzione padiglione traumatologico 87 p.l., lire 300 milioni;

Taranto: capoluogo: completamento ospedale 250 p.l., lire 875 milioni;

costruzione nuovo ospedale nella zona industriale 200 p.l., lire 700 milioni.

Grottaglie: completamento nuovo ospedale 100 p.l., lire 200 milioni.

CAMPANIA

Napoli: capoluogo: costruzione nuovo ospedale Fuorigrotta 200 p.l., lire 700 milioni;

Nola: costruzione nuovo ospedale 150 p.l., lire 525 milioni;

Torre del Greco: nuova costruzione 150 p.l., lire 525 milioni;

Benevento: capoluogo: costruzione nuovo ospedale 200 p.l., lire 700 milioni;

Caserta: capoluogo: completamento ospedale 215 p.l., lire 750 milioni;

Avellino: S. Angelo dei Lombardi: costruzione nuovo ospedale 150 p.l., lire 525 milioni;

Bisaccia: costruzione nuovo ospedale 150 p.l., lire 525 milioni;

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Salerno: Polla: ampliamento ospedale preesistente 50 p.l., lire 250 milioni;

Vallo della Lucania: completamento nuovo ospedale, lire 150 milioni.

BASILICATA

Matera: Policoro: costruzione nuovo ospedale 150 p.l., lire 525 milioni;

Potenza: capoluogo: nuova costruzione 200 p.l., lire 700 milioni;

Venosa: completamento ospedale, lire 150 milioni;

Lagonegro: completamento attuale ospedale solo attrezzature, lire 80 milioni.

CALABRIA

Catanzaro: capoluogo: completamento ospedale, lire 300 milioni;

Crotone: costruzione nuovo ospedale 200 p.l., lire 700 milioni;

Nicastro: ampliamento ospedale 100 p.l., lire 350 milioni;

Cosenza: capoluogo: ampliamento ospedale 200 p.l., lire 700 milioni;

Praia: costruzione nuovo ospedale 150 p.l., lire 525 milioni.

MARCHE

Ascoli Piceno: capoluogo: nuova costruzione 150 p.l., lire 525 milioni.

SICILIA

Caltanissetta: capoluogo: completamento ospedale 100 p.l., lire 350 milioni;

Agrigento: capoluogo: completamento ospedale;

Canicattì: completamento ospedale per complessivi 150 p.l., lire 525 milioni per i due completamenti;

Catania: Caltagirone: completamento ospedale 140 p.l., lire 500 milioni;

Enna: capoluogo: ampliamento ospedale 150 p.l., lire 525 milioni;

Messina: Milazzo: nuova costruzione 100 p.l., lire 350 milioni;

Palermo: capoluogo: ampliamento 100 p.l., 350 milioni;

Palermo: Partinico: ampliamento ospedale 100 p.l., lire 350 milioni;

Ragusa: Modica: costruzione nuovo ospedale 200 p.l., lire 700 milioni;

Siracusa: capoluogo: ampliamento ospedale 250 p.l., lire 875 milioni;

Trapani: capoluogo: costruzione nuovo ospedale 230 p.l., lire 800 milioni.

SARDEGNA

Cagliari: Iglesias: completamento ospedale, lire 525 milioni;

Nuoro: capoluogo: costruzione nuovo ospedale 250 p.l., lire 875 milioni.

Al relatore, figlio del Meridione e purtroppo da medico ben consapevole delle tristi condizioni sanitarie della regione, è assai grato porgere da questa sede, a nome anche dei suoi conterranei, un vivo ringraziamento ai ministri Jervolino, Pastore e ai loro collaboratori per aver concepito la legge, e al Governo e al Parlamento per averla approvata, dimostrando alto senso di umanità verso le popolazioni del Sud e imboccando finalmente la via che porterà alla giusta risoluzione del problema degli ospedali.

Problema che era giunto, specie nel Sud, ad un punto morto, minacciando di aggravarsi sempre più; infatti, mentre nel 1939 il Sud disponeva di 2,29 per mille posti-letto, la statistica del 1958 ne ha registrati 2,23 per mille.

In venti anni tanto vivi di impulso politico, e tanto ricchi di attività economica e sociale, che avevano consentito al popolo italiano di migliorare considerevolmente il reddito e di elevare il tenore di vita delle masse, la situazione ospedaliera non solo

non era migliorata, ma era addirittura peggiorata.

Insistere a voler configurare l'Ospedale come ente di beneficenza, insistere a pensare che lasciti di privati possano contribuire sensibilmente alla soluzione dei problemi, insistere a credere che le Amministrazioni ospedaliere o degli Enti locali già carichi di debiti possano contrarne altri, fruendo della legge Tupini, che pare, d'altronde, non conceda per gli ospedali più di 450 milioni, cifra insufficiente per opere così impegnative, è veramente strano da parte di Uomini di alta capacità politica e amministrativa, che hanno saputo guidare l'Italia distrutta dalla guerra verso il miracolo economico.

È parimenti strano che non si sia visto nella maniera giusta il problema delle costruzioni ed attrezzature ospedaliere, e non ci si sia resi conto che per risolverlo vi è bisogno dell'azione diretta dello Stato, in quanto i mutamenti della nostra società, cui gli stessi uomini di Governo hanno tanto validamente contribuito, richiedono un adeguamento anche in campo sanitario.

È, oggi più che mai, dovere dello Stato, sia costituzionale, che umano e di moralità politica, la tutela della salute dei cittadini, essendosi spostata l'assistenza sanitaria dal piano della beneficenza a quello del diritto.

Dall'errato sistema ancora, purtroppo, vigente deriva che gli ospedali si infittiscono nelle zone ricche e con una percentuale già buona di posti letto, mentre nelle zone depresse e arretrate del paese si rarificano sempre più in senso assoluto ed in rapporto alla popolazione, e decadono sul piano qualitativo, essendo deteriorati, superati nelle strutture ed insufficientemente attrezzati, in rapporto alle maggiori necessità determinate dalla continua evoluzione tecnico-scientifica.

Per tutto quanto deplorato c'è da sperare che la illuminata legge 1462 del 29 settembre 1962 dia inizio a una serie di provvedimenti giusti, e congeniali ai tempi nuovi, perchè l'assistenza tutta venga statizzata come in Inghilterra, ponendosi al centro della riforma gli ospedali, cardini di una assistenza moderna, per dare al popolo tutto

una medicina preventiva, curativa e di recupero consona al progresso.

A noi non sembra si possa risolvere razionalmente il problema, con la legge proposta per le nuove costruzioni ospedaliere alla fine della passata legislatura.

Ci piace a questo punto ricordare quanto è stato detto dall'ingegner Grassini, capo delle costruzioni civili della Cassa, in una relazione che ebbe a presentare l'estate scorsa in un congresso.

A proposito della legge per le nuove costruzioni ospedaliere Egli disse: « se essa dovesse rimanere nello schema attuale, ne conseguirebbe che le nuove opere ospedaliere dovranno realizzarsi con un contributo in capitale da parte dello Stato.

Tale contributo, di norma dal 20 al 50 per cento della spesa necessaria, potrà essere elevato sino all'80 per cento per il territorio del Mezzogiorno, nel quale opera la Cassa e per le aree depresse del centro Nord riconosciute tali in base alla legge del 1950 parallela a quella della Cassa.

Però tutto questo avverrà per iniziativa dei singoli Istituti e se ne avranno certamente al Nord moltissimi dotati di iniziativa che chiederanno ed otterranno quel 50 per cento perchè disporranno del resto, mentre ciò non avverrà nel Mezzogiorno ove nemmeno si disporrà del 20 per cento ».

Osservazioni queste che a noi sembrano molto giuste e sensate, ed assumono enorme importanza, se si considera che l'ingegner Grassini ha studiato a fondo il problema ospedaliere, e per la preparazione della legge 1462 e per la compilazione del piano Cassa per le nuove costruzioni ospedaliere.

Il problema ospedaliere sanatoriale infatti fu possibile risolverlo, e bene, perchè affidato all'I.N.P.S., e non alla pubblica beneficenza o all'iniziativa degli Enti locali e alle loro, non sempre adeguate, condizioni organizzative e di bilancio.

Con ciò non si vuol sostenere la politica di uno Stato accentratore, ritenendosi, al contrario, la necessità del decentramento amministrativo per gli enormi vantaggi che derivano al cittadino da un'economia più agile, e da una burocrazia snellita; ma certi servizi base, istruzione e sanità, le cui man-

chevolezze hanno riflessi molto gravi per i singoli e per la società, non possono essere lasciati all'iniziativa di privati o di enti, ed in balia della loro sensibilità e possibilità, onde evitare il perpetuarsi di deficienze e sperequazioni, e ovviare a quelle già esistenti, che si aggraverebbero con il tempo.

Dare ad esempio l'80 per cento di contributo in capitale per un'opera a chi manchi del rimanente 20 per cento, oltre a rappresentare una beffa, è un po' un volersi lavare le mani di fronte al problema.

Come è dell'uomo civile tutelare la salute propria e della famiglia, è parimenti dello Stato modernamente evoluto affrontare i problemi della salute pubblica.

L'uomo rozzo e incolto infatti, nella sua vita primitiva non sente i problemi della salute, ignorandoli, e li trascura, rivolgendo l'attenzione solo al dolore fisico, o a qualche altro sintomo grossolano che colpisca la sua scarsa sensibilità.

E come per l'individuo, così pressappoco avviene per le collettività.

Ma fortunatamente siamo ormai lontani da tanta arretratezza.

In origine era il singolo a provvedere ai bisogni della propria salute.

In seguito, sotto la spinta di sentimenti umani e religiosi, sorsero organizzazioni di beneficenza, che andarono sempre più estendendosi fino ad essere riconosciute e regolamentate da leggi dello Stato, che contribuiva, talvolta, al loro mantenimento, senza peraltro farsene un obbligo, ma quasi in veste anch'esso di privato benefattore.

Ora finalmente comincia ad impegnarsi, ma solo limitatamente e mediamente, con la costruzione di alcuni ospedali nel Sud, da parte della Cassa.

In seguito, ma chissà quando, questo intervento eccezionale diverrà un vero e proprio indirizzo politico, forse dopo aver notato la inadeguatezza della legge per le nuove costruzioni ospedaliere.

Ma perchè attendere ancora tanto e non anticipare i tempi, onde risparmiare sofferenze e lutti al popolo che tutti amiamo e al cui benessere tendiamo tutti?

Statizzando l'assistenza sanitaria si eliminerebbero le incongruenze istituzionali de-

gli ospedali, cui abbiamo già accennato, che cioè gli istituti ospedalieri da tutti i Ministeri dipendono, tranne che da quello della sanità, inconveniente d'altronde che nessun Ministro della sanità è riuscito ad ovviare: a cominciare dal senatore Monaldi, che per primo si interessò della questione, al senatore Giardina, che lo seguì, e all'attuale ministro Jervolino.

Il loro sforzo è rimasto senza risultati restando vivo un fattore tutt'altro che estraneo alla crisi degli ospedali, la quale però oltre che riguardare il numero dei posti letto, le attrezzature, la loro distribuzione territoriale, la questione istituzionale, investe anche il lato economico, fattore veramente grave, che rende difficile la vita degli ospedali, essendo essi chiamati ad assolvere compiti sempre nuovi e sempre più gravosi, che loro addossa la moderna medicina.

E mentre i costi ospedalieri aumentano, per l'aumento dei salari, l'accrescimento del personale per il migliore andamento ed il moltiplicarsi dei servizi, per il continuo progresso della scienza medica che richiede esami clinico-diagnostici sempre più numerosi e con tecniche più costose, terapie nuove con farmaci e mezzi tecnici di maggior costo, istituzione di reparti specialisti e di servizi trasfusionali eccetera, le mutue, nuovo e quasi unico cliente degli ospedali, fingono di ignorare tutto questo, e agli ospedali concedono un aumento delle rette veramente irrisorio, rifiutandosi di considerare la situazione nei suoi aspetti molteplici e complessi, e solo tenendo conto del tasso di svalutazione della moneta.

Ne consegue che rette sproporzionatamente basse creano agli ospedali un serio disagio economico e ne rendono la vita assai difficile.

Alla inadeguatezza delle rette vanno aggiunte ancora la brevità delle degenze riconosciute, e l'enorme ritardo con il quale le somme vengono corrisposte.

Tutti questi fattori hanno messo la quasi totalità degli ospedali in condizione di contrarre debiti per far fronte alle spese che quotidianamente debbono sopportare.

Auguriamoci che la necessità, cattiva consigliera, non costringa addirittura a lesinare anche l'assistenza agli ammalati.

Il senatore Lorenzi, nel suo intervento dello scorso anno, si è molto soffermato sull'argomento, lamentando le difficoltà causate all'ospedale di Padova per la mancata corresponsione delle rette da parte dell'I.N.A.M.

Pare che, nonostante la sua autorevole voce, la questione non sia stata ancora completamente risolta.

A questo punto il discorso si sposterebbe necessariamente sugli enti mutualistici, ma di questi discorreremo più avanti.

Altro aspetto da considerare nella organizzazione ospedaliera italiana è quello della carriera del personale sanitario.

Infatti, la carriera dei sanitari deve essere adeguata alle nuove esigenze dell'assistenza ospedaliera e alle nuove situazioni di ordine sociale, che oggi condizionano l'esercizio della libera professione.

Al tempo in cui gli ospedali erano intesi come enti di beneficenza, i sanitari vi si adeguavano prestando la loro opera gratuitamente o quasi, ma purtroppo a carattere marginale, prefiggendosi il fine di ottenere un vasto addestramento professionale, da cui far derivare una non meno larga notorietà, valida per una attività professionale privata proficuamente remunerata.

Ora, invece, mutata, come detto innanzi, la fisionomia degli ospedali, che esigono per il loro accorsamento e per le complesse prestazioni ben altra assiduità ed impegno da parte dei sanitari, ed essendo, d'altra parte, profondamente limitata o quasi scomparsa la libera professione con l'avvento della medicina mutualistica, che abbraccia i quattro quinti dei cittadini, ne deriva che anche i rapporti tra ospedale e medico debbono essere riveduti e adeguatamente riformati.

Se i medici, infatti, debbono impegnare nella attività ospedaliera una più larga parte della loro opera e del loro tempo, è pur giusto che abbiano dei riconoscimenti diversi: riconoscimenti concretantisi in una stabilità di carriera ed in equa remunerazione.

Il che, garantendo ai sanitari ospedalieri una tranquillità economica, con conseguente

sicurezza del domani, li metta in condizioni di svolgere in serenità e col massimo impegno il proprio lavoro in ospedale.

Cosa di non poco vantaggio per il buon funzionamento e prestigio degli ospedali, per l'assistenza degli ammalati, e per la stessa dignità della professione medica.

Allo stato, invece, corrispondendosi ai sanitari degli ospedali stipendi insufficienti, e nessuna garanzia del domani, non si può pretendere da essi che si dedichino con totale impegno al delicato compito, essendo costretti a procurarsi altrove i mezzi di vita.

E in questo disagio e allo stesso tempo necessità, risiede una delle maggiori cause di disfunzione dei nostri ospedali.

A tal riguardo il professor Cramarossa in una conferenza su « I compiti attuali della assistenza ospedaliera » tenuta all'Università del Sacro Cuore così si esprimeva: « non dispiaccia ai colleghi se ricorderò che da molti viene attribuita alla loro limitata permanenza in ospedale parte del decadimento qualitativo della assistenza e viene di conseguenza invocato che s'introduca anche da noi il sistema del "tempo pieno" attuato per la prima volta in U.S.A. dopo la prima guerra mondiale ed applicato successivamente in Francia, Olanda e Paesi Scandinavi e in Inghilterra dal 1948 con l'istituzione del servizio sanitario nazionale ».

Il sanitario ospedaliero deve dedicarsi unicamente al suo lavoro in ospedale dal quale è giusto riceva emolumenti sufficienti a garantirgli una tranquillità economica, stabilità e buone prospettive di carriera e un'adeguata pensione.

Il Governo nella passata legislatura si rese conto del problema e presentò un disegno di legge che per essere giunto tardi in Parlamento e per la sua incompletezza, non poté essere approvato.

Ma siccome, se non erro, tutti i settori politici sono d'accordo sulla necessità di provvedere adeguatamente alle esigenze create dai tempi nuovi non vi è dubbio che il Governo ripresenterà il disegno di legge rimaneggiato e ampliato in tempo utile per discuterlo ed approvarlo.

Il problema è grosso, non tanto per la stabilità di carriera dei sanitari, ma specie sot-

to il profilo economico, non essendo possibile (è sempre Cramarossa che parla) « chiedere al medico prestazioni che lo impegnino per la intera giornata se non si è certi di poterli corrispondere una adeguata retribuzione. Non sarebbe onesto modificare profondamente le condizioni di lavoro del medico ospedaliero senza adeguare il trattamento " economico " ».

Un miglior lavoro dei medici ospedalieri, d'altra parte, porterà certamente ad una riduzione delle degenze, e se si considera che ogni anno gli ammalati ammessi negli ospedali ammontano a 3.500.000 circa, riducendo di un sol giorno la degenza per ogni ricoverato, si possono già risparmiare circa 7.000.000.000 all'anno di spese di degenza, senza considerare le 3.500.000 giornate lavorative che andrebbero recuperate.

Automaticamente aumenterebbe la recettività degli ospedali, rendendo più rari i casi dolorosi, dei quali spesso la stampa si è occupata, di ammalati respinti dagli ospedali per indisponibilità di letti.

Attualmente gli ospedali generali hanno 17.869 medici e 25.962 infermieri (includendo nella voce infermieri: le infermiere diplomate, gli infermieri patentati e le ostetriche), e il numero sale a 23.024 per i primi, ed a 50.317 per i secondi, se si aggiunge il personale dei sanatori e degli ospedali psichiatrici:

	Medici	Infermieri
Ospedali generali . . .	17.869	25.962
Ospedali specializzati . . .	2.847	3.494
Sanatori e preventori vigiliati	1.451	2.894
Neuropsichiatrici	857	17.967
TOTALE	23.024	50.317

Ma gli stipendi annui corrisposti dalla maggior parte degli ospedali generali in genere sono:

Primari . . .	da L. 447.600 a L. 736.380
Aiuti . . .	» » 412.000 » » 662.700
Assistenti . . .	» » 387.600 » » 589.080

Le cifre non hanno bisogno di commenti e spiegano tante cose, anche se allo stipendio devono aggiungersi i dividendi dei compensi sanitari fissi corrisposti dagli Enti mutualistici, in base all'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, che oggi variano da lire 7 a 8 mila *pro capite* secondo la categoria degli ospedali.

Da questi dividendi il medico ospedaliero si afferma che ricavi il 65 per cento delle entrate, mentre l'altro 35 per cento è rappresentato dallo stipendio e dalle partecipazioni delle prestazioni a pagamento.

Va tenuto presente però che non tutti i medici sono destinatari dei compensi, basti solo rilevare (senza pensare agli arbitrii sui riparti fra primari, aiuti ed assistenti) le divergenze che sorgono tra medici curanti e non curanti.

I primi hanno la pretesa di escludere i secondi dalla ripartizione di tali compensi, mentre i secondi, consapevoli di partecipare indirettamente alla cura degli infermi, si agitano per affermare il loro diritto.

Il Ministero della sanità, d'intesa con il Ministero del lavoro, ha tentato di dirimere la questione, assegnando l'80 per cento dei compensi fissi ai singoli reparti di cura, in rapporto al numero dei mutuati accolti, il 15 per cento a tutto il personale sanitario a titolo di reciproca consulenza, il 5 per cento ai sanitari addetti ai reparti non aventi funzione di ricovero.

Comunque una riforma della carriera del personale ospedaliero deve *a fortiori* rivedere il problema degli stipendi, adeguandoli alla dignità ed alla delicatezza della funzione, ed eliminando magari i dividendi che invece sarebbero incamerati dall'ospedale.

Nè si dica che la innovazione del sistema annullerebbe nei sanitari lo stimolo a coltivarli ed a migliorare professionalmente.

Tale stimolo, ammesso che solo considerazioni di ordine pratico lo determinino, sarebbe costituito dal desiderio di avanzare nella carriera, come l'esperienza delle nazioni in cui vige un sistema del genere dimostra (vedi paesi del Nord Europa e l'Inghilterra dove la medicina e la professione medica sono tutt'altro che in declino).

Non per questo d'altra parte gli ospedali chiuderebbero i loro battenti a quanti, neo laureati e studenti, volessero frequentarli a scopo di studio, dovendo conservare in pieno la tradizionale funzione di palestra per l'addestramento professionale.

Dopo i medici ospedalieri sarà bene rivolgere lo sguardo alle infermiere professionali in Italia, in tutto 13.130, numero veramente insufficiente in rapporto agli ospedali.

Negli ultimi cinque anni si sono diplomate in tutto 7.488 infermiere professionali così distinte per anno:

Anno 1958	1221
» 1959	1258
» 1960	1533
» 1961	1679
» 1962	1767
	—
Totale	7488

Le cifre sopra indicate non hanno bisogno di un lungo commento per giustificare la necessità di provvedimenti finanziari perchè vengano incrementate le scuole per infermiere.

Le infermiere professionali scarseggiano in Italia per vari motivi: sono mal remunerate, lavorano molto e la loro professione a differenza che negli altri Paesi non è considerata dignitosa.

È necessario, perchè si possa ottenere una maggiore frequenza dei corsi: istituire borse di studio, creare la possibilità di frequentare i corsi da esterne, diminuire le ore di lavoro, diminuire il numero degli ammalati loro affidati ed aumentarne la remunerazione.

Attualmente le poche esistenti preferiscono lavorare presso ambulatori mutualistici, dove sono impegnate meno e pagate meglio, oppure presso cliniche private, disertando l'ospedale che ha tanto bisogno della loro preziosa opera.

Mentre la diminuzione delle ore di lavoro, e del numero degli ammalati da assistere e una migliore remunerazione, serviranno a trattenere negli ospedali le infermiere professionali, le borse di studio e l'ammis-

sioni ai corsi da esterne serviranno ad agevolare le iscrizioni alle scuole, che dalla loro istituzione sono state sempre poco frequentate.

Sarebbe anche opportuno distribuire meglio tali scuole, aumentandole nel Mezzogiorno d'Italia, ove scarseggiano, annettendo, magari, ad ogni ospedale che costruirà la Cassa per il Mezzogiorno nel Sud una scuola per infermiere.

Nel Mezzogiorno, infatti, dove le possibilità di impiego e di occupazione ancora sono scarse, molte ragazze, agevolate dalla vicinanza delle scuole, potrebbero trovare conveniente seguir la professione di infermiere professionali.

Lo stesso discorso va fatto per gli infermieri generici, per i quali esistono appena 108 scuole.

Altra deficienza, infine, da colmare è rappresentata dalla carenza di scuole per la formazione dei tecnici, preziosi collaboratori dei sanitari.

La loro funzione ben si comprende anche dai profani se si tiene presente che nelle fabbriche non vi sono soltanto ingegneri.

I tecnici oggi esistenti si sono formati da soli, preparandosi ai delicati compiti con grandi sforzi.

Ma per la delicatezza della loro funzione sarebbe molto utile formarli attraverso corsi appositi, e con programmi ben congegnati.

Si farebbe cosa molto utile agli ospedali, e quello che più conta agli ammalati, i quali, assistiti meglio, lascerebbero prima l'ospedale con tutti i vantaggi economici e sociali che ne conseguono.

Si favorirebbe infine la dignitosa occupazione di tanti giovani che oggi, invece, sono costretti ad emigrare per trovare lavoro.

Per chiudere il tema degli ospedali, mi limiterò a richiamare l'attenzione del Parlamento e del Governo sulla necessità di liberare gli ospedali per acuti dai convalescenti, dai cronici e dai vecchi, creando una sufficiente rete di convalescenziari, cronici (ospedali per lungo degenti e gerontocomii).

Le ragioni che richiedono una differenziazione degli ospedali sono: per i cronici il

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

bisogno di dare a questi gruppi di ammalati istituti di cura confortevoli al massimo, semplici ed economici nella loro organizzazione tecnica, e con una disciplina interna che agevoli la vita di relazione fra gli stessi ammalati e consenta, altresì, continui contatti con il mondo esterno, cosa che la disciplina degli ospedali per acuti non permette.

Negli ospedali per lungo degenti, poi, una cura particolare andrebbe rivolta ai giovani ammalati, siano essi bambini o ragazzi, attraverso la cosiddetta terapia occupazionale, dotando gli istituti cioè di scuole elementari, medie, professionali e artigianali, eccetera, al fine oltretutto di distrarre, soprattutto di concedere all'infermo cronico o anche al convalescente, la possibilità di utilizzare il periodo di ricovero, sia studiando, sia apprendendo un'arte o mestiere.

Se è vero, infine, che i vecchi sono in progressivo aumento (e i dati statistici sono significativi, in quanto dall'inizio del secolo ad oggi la mortalità è discesa dal 22,9 per mille al 9,3 per mille, e la natalità dal 34 per mille al 18,4 per mille, la vita probabile alla nascita si è elevata da anni 38, a 66,8 e la vita media tende a identificarsi con la vita probabile; e la popolazione attiva si è ridotta dal 49 per cento al 41,7 per cento, mentre quella degli ultrasessantenni si è elevata dall'8,7 per cento al 12 per cento) bisogna cominciare a porsi il problema dei gerentocomi per dare, ai vecchi, ospedali che ri-

spondano dal punto di vista tecnico scientifico ed organizzativo alle esigenze curative e sociali dei ricoverati.

Accenno soltanto per dovere di trattazione al sistema detto dell'« Home Care » proposto in America sin dal 1924 e attuato solo nel 1947 presso l'ospedale Montefiore di New York, perchè allo stato irrealizzabile in Italia per la mancanza negli ospedali italiani di personale specializzato, infermiere professionali, infermieri generici, tecnici, eccetera.

Il sistema, in considerazione del costo elevato delle rette di degenza, e della limitata recettività ospedaliera, si proponeva, per sfruttare il più razionalmente possibile i posti letto, di proiettare all'esterno di essi i mezzi tecnici di cui disponevano in modo da moltiplicare le possibilità di cure a domicilio.

Ma come abbiamo già sopra detto il problema da noi è inattuale.

Anche la rete ospedaliera psichiatrica, come risaputo, è in Italia insufficiente sia per la capacità ricettiva, sia ancor più per la dotazione di attrezzature rispetto alle crescenti esigenze assistenziali dovute da una parte all'aumento della popolazione e dall'altra alla cresciuta incidenza relativa ed assoluta delle malattie mentali.

Nella tabella che segue è riportato il numero dei posti letto nelle relative regioni ed i relativi quozienti per mille abitanti.

REGIONE	Popolazione	Posti letto	Quoziente
Piemonte	3.756.621	9.373	2,50
Liguria	1.671.218	3.333	1,99
Lombardia	7.049.554	16.524	2,34
Trentino-Alto Adige	774.293	1.648	2,13
Valle d'Aosta	100.276	—	—
Veneto	3.902.173	8.607	2,21
Friuli-Venezia Giulia	1.244.820	2.674	2,15
Emilia-Romagna	3.647.975	8.035	2,20
Toscana	3.277.416	10.217	3,12
Marche	1.377.782	2.755	2,00
Umbria	821.149	1.200	1,46
Lazio	3.734.742	4.718	1,26
Abruzzi e Molise	1.689.184	1.861	1,10
Campania	4.736.636	7.649	1,61
Puglie	3.452.485	4.285	1,24
Lucania	633.295	—	—
Calabria	2.156.821	1.650	0,77
Sicilia	4.794.362	6.722	1,40
Sardegna	1.419.863	1.979	1,39

Le cifre di essa confermano quanto innanzi è stato detto: insufficienza assoluta e relativa dei posti letto, causa di dimissioni precoci, a volte molto dannose per gli inconvenienti che generano.

I dimessi peraltro non dovrebbero essere abbandonati al proprio destino, ma seguiti attraverso un'assistenza domiciliare e sostenuti con sussidi in denaro.

Ma il problema degli ospedali psichiatrici, per la sua delicatezza, dovrebbe essere oggetto di maggiore attenzione e studio da parte del Ministero, per porre rimedio da una parte all'anacronistica attuale situazione, e, dall'altra, allo scarso sviluppo dei servizi indispensabili all'igiene mentale: consultori di igiene mentale.

Ci auguriamo che una provvida proposta di legge venga presto presentata, e dopo un approfondito esame del Parlamento, sollecitamente approvata.

Ci sia, inoltre, consentito richiamare l'attenzione sull'importanza delle malattie mentali dell'età infantile, poichè è proprio in tale periodo della vita che sovente si determinano nella sfera psichica quei turbamenti, per cause esterne, che possono, specie se cadono in terreno favorevole, sfociare in vere e proprie malattie mentali.

La scienza moderna d'altronde dispone di mezzi ed acquisizioni adatte a realizzare tale prevenzione, la quale va attuata con competenza e cautela nella scuola, ovvero negli enti preposti all'assistenza dell'infanzia.

Nel chiudere il capitolo « ospedali » vorremmo richiamare l'attenzione del Governo sulla necessità di predisporre una legge regolamentatrice delle case di cura private, affinché diano garanzia di adeguatezza di locali, completezza delle attrezzature e competenza del personale sia sanitario che infermieristico.

ASSISTENZA MUTUALISTICA

Connesso al problema degli ospedali, è il discorso sulle mutue, per i molteplici rapporti esistenti tra gli istituti ospedalieri e quelli mutualistici.

Gli enti mutualistici nel numero di 16 assistono oggi più di quattro quinti della po-

polazione e, tranne l'I.N.A.D.E.L., che dipende dal Ministero dell'interno, tutti gli altri fanno capo al Ministero del lavoro.

Essi non dovrebbero pertanto essere argomento di trattazione del bilancio della Sanità, ma questa nostra esposizione sarebbe veramente troppo incompleta se li escludessimo del tutto, essendo l'assistenza sanitaria del popolo italiano demandata quasi totalmente a loro.

L'organizzazione mutualistica, ne va dato atto, ha acquisito, senza dubbio, molti meriti per le possibilità che ha dato ai lavoratori anche indigenti di poter curare le proprie malattie. E non è poca cosa, se si tien conto dell'alto costo delle cure mediche e dei medicinali; fattore importante che le precluderebbe ai più, se non soccorresse l'assistenza mutualistica.

Ma unitamente a tale doveroso riconoscimento non possono sottacersi alcuni inconvenienti del sistema ai quali è bene accennare.

A causa della molteplicità degli enti che agiscono senza collegamenti fra loro, quasi ignorandosi e a volte in concorrenza, risultano molto elevate le spese generali, raggiungendo o addirittura superando la somma totale a disposizione del bilancio della Sanità.

Altre manchevolezze sono costituite dalla pluralità degli uffici amministrativi e dei poliambulatori, questi spesso condensati nelle regioni dove esistono servizi ospedalieri, di cui economicamente gli enti potrebbero servirsi, mentre si lasciano scoperte vaste zone prive di ospedali e di qualsiasi altra assistenza specialistica.

A tanto va aggiunto il disagio della categoria sanitaria, che è costretta oltrechè ad una regolamentazione amministrativa, anche ad una regolamentazione tecnico-professionale (parametri) la quale abolisce ogni valore qualitativo delle prestazioni, riducendo tutto ad una conta attraverso moduli.

Tale stato di cose ha determinato nei medici un legittimo malcontento, causa, a sua volta, di frequenti e movimentati scioperi, e negli assistiti di lagnanze per l'eccessiva burocrazia che li disorienta, li stanca, e spes-

se volte ne annulla anche il beneficio economico, pei numerosi viaggi e le giornate lavorative perdute.

Scontento che ha avuto talvolta tragici epiloghi; ultimo il doloroso caso dell'uccisione del Dirigente sanitario della sede provinciale dell'I.N.A.M. di Avellino.

Tali disagi, resi più acuti dai conflitti di competenza, creano sfiducia, più che verso la mutua verso il sistema, poichè si richiederebbe un'assistenza più completa, più pronta e più efficiente, intesa più al vantaggio degli assistiti che al proprio.

Non parliamo poi dell'assistenza indiretta, il più delle volte una turlupinatura, per la irrisorietà della somma rimborsata in rapporto alle spese sostenute, per la estenuante pratica e per il lungo tempo occorrente per riscuotere.

In altre parole il sistema attuale non soddisfa i medici e scontenta gli assistiti.

Non è nuova la tendenza dei lavoratori a riunirsi per sorreggersi negli eventi difficili e nelle malattie.

Ad iniziare dal secolo scorso fu un fiorire di casse mutue, tanto che nel 1915 il numero era salito a 6.729.

Ma in seguito prevalse il giusto criterio di fonderle, e così attraverso varie leggi si giunse alla riunificazione definitiva in un unico ente (legge 138 del 2 gennaio 1943) che dal 1947 assunse la denominazione attuale (I.N.A.M.).

Solo duecentoottanta sono rimaste autonome sottraendosi alla legge, e al di fuori di qualsiasi vigilanza tecnico-amministrativa delle pubbliche amministrazioni.

Successivamente anche le categorie di liberi lavoratori spinte dall'onere sempre crescente della cura delle malattie, dalla constatazione degli indiscussi vantaggi dei colleghi assistiti dall'I.N.A.M., dal crescere dello spirito associativo che la nuova società del dopo guerra andava creando per merito delle organizzazioni sindacali, hanno ottenuto una loro assistenza sanitaria, dando luogo alla nascita degli altri numerosi Istituti mutualistici.

Ne risulta che quasi tutta la popolazione italiana ha oggi garantita l'assistenza sanitaria gratuita.

Ne restano fuori soltanto i poveri, assistiti nominalmente dai comuni, ma che in realtà non lo sono da nessuno, e i così detti ricchi.

Essendo, infatti, i comuni generalmente dissestati, ne consegue che i poveri fruiscono di una assistenza quasi nulla. Si giunge, quindi, all'assurdo che quelli che lavorano e guadagnano hanno l'assistenza gratuita, mentre quelli che non lavorano e non possiedono sono esclusi da ogni forma di assistenza, e praticamente abbandonati al proprio destino.

Dalla storia sommaria della nascita e dell'evoluzione dei vari Istituti mutualistici risulta chiaro che essi sono sorti senza un programma, senza una visione unitaria della materia sanitaria, e vivono al di fuori del Ministero della sanità, istituito quando l'organizzazione mutualistica italiana aveva completato quasi la sua superfetazione.

Al punto dove siamo giunti però occorrerebbe mettere ordine oltre che per avere un indirizzo unitario nell'erogazione dell'assistenza (alcuni enti concedono la farmaceutica, altri no, altri assistono i figli fino a 21 anni, altri a 18 eccetera) per diminuire le spese generali, ridurre la burocrazia e rendere più pronta, più completa l'assistenza, ed inserire meglio, infine, l'ospedale, cardine dell'assistenza sanitaria, nell'attuale sistema assistenziale.

L'onorevole Sullo da Ministro del lavoro si rese conto dei danni determinati dalla eccessiva pluralità degli Enti, e costituì un Comitato centrale per la previdenza e l'assistenza, con l'evidente intento di coordinare o addirittura unificare l'assistenza mutualistica.

Ma da quanto mi risulta il Comitato non ha mai funzionato, o almeno non si è avuta alcuna notizia del suo lavoro.

Come egualmente, sempre l'onorevole Sullo, allo scopo di scindere la materia sanitaria da quella previdenziale, presentò un disegno di legge che ottenne anche l'approvazione del Senato, in base al quale l'assistenza ai tbc dall'I.N.P.S. passava all'I.N.A.M., mentre restava alla Previdenza sociale soltanto la parte previdenziale.

Queste brevi citazioni, oltre a voler riconoscere al ministro Sullo il merito, ormai noto, di centrare i problemi, servono a dimostrare come sia da tutti sentita: popolo, Parlamento e Governo, la necessità di porre un po' d'ordine nell'assistenza sanitaria.

Necessità quindi di una riforma.

Quale?

Se la necessità di una riforma ormai s'impone, sarà bene puntare verso una sistemazione quanto più possibile completa e definitiva, onde fare un'opera che non sia già vecchia in sul nascere.

Coordinare o unificare le mutue sarebbe già una buona cosa, ed eliminerebbe indubbiamente vari inconvenienti del sistema mutualistico, ma sarebbe una riforma insufficiente in quanto gli ospedali resterebbero nella situazione attuale con tutti i problemi in piedi: da quello quantitativo a quello economico, da quello istituzionale a quello del personale, e così via.

Nè si pensi che una riforma separata per gli ospedali (Ente di gestione degli ospedali, ad esempio) che lasci inalterati i rapporti con le mutue possa risolvere la crisi che li travaglia, giacchè esistono interessi contrastanti tra mutue ed ospedali; invero le prime cercano di risparmiare nelle rette e contrarre l'assistenza, mentre i secondi hanno bisogno di rette convenienti, pagate in tempo, e di libertà d'azione per dare ai ricoverati un'assistenza degna.

Da una parte insomma vi è il capitale, dall'altra il lavoro.

Perchè si possa perciò raggiungere il traguardo di una visione unitaria dell'assistenza bisognerebbe statizzarla come in Inghilterra.

Sarebbe senza dubbio una grande riforma, da studiarsi molto bene, tenendo conto anche dell'esperienza inglese, per renderla il più perfetta possibile. Ci rendiamo conto tuttavia degli enormi ostacoli determinati anche dagli interessi che tocca.

Ma se al di sopra degli interessi particolari si collocherà da parte di tutti quello del cittadino, si giungerà a superare ogni difficoltà ed a raggiungere le meta prefissate.

Anche la statizzazione avrà senza dubbio qualche suo inconveniente, perchè nessuna

istituzione umana è perfetta, ma siamo sicuri ne avrà assai meno di quelli presentati dell'attuale organizzazione sanitaria, che risente del travaglio di un popolo conscio delle necessità scaturite dalle nuove esigenze di una società moderna, ma che ancora non ha trovato in sé l'energia sufficiente per liberarsi dalle remore e dalle difficoltà che tuttora lo legano ai sistemi del passato.

Con ciò non si vuol disconoscere i meriti dell'Organizzazione che ispirandosi ai principi evangelici fu nel passato altamente benefica, svolgendo per secoli nobilissima opera, con l'ausilio di alta scienza e di grande umanità.

Ma i tempi sono mutati, e bisogna necessariamente adeguarsi, tanto più in campo tecnico scientifico e sociale.

E i cattolici di oggi, continuando le nobili tradizioni del passato, dovrebbero sentire l'impegno e l'orgoglio imprescindibili di attuare essi la completa riforma sanitaria del paese, in aderenza ai progressi della scienza ed all'evoluzione dei tempi.

Si dia al popolo una seria medicina preventiva, un'assistenza pronta, completa ed efficiente, ospedali bastevoli, adeguati e ben funzionanti, che garantiscano a tutti i sofferenti di qualunque tipo e grado un'assistenza pari ai propri bisogni.

L'esempio dell'Inghilterra, nazione delle cui tradizioni democratiche nessuno può dubitare, come nessuno può mettere in dubbio l'alto grado di civiltà e di progresso scientifico da essa raggiunti, sta a dimostrare che la statizzazione dell'assistenza non è attributo di sistemi collettivistici, nè si oppone al progredire della scienza.

Sta di fatto che alcuni servizi base, se si vuole che funzionino veramente, devono essere dello Stato.

Che cos'altro lo Stato deve avere a cuore più che la preparazione fisica e culturale dei cittadini?

E perchè mentre ha sentito la necessità di assumersi il dovere dell'istruzione pubblica, non sente il dovere di assumersi l'assistenza sanitaria ai cittadini?

Realizzato un efficiente servizio statale, non è male che accanto ad esso rimangano organizzazioni private collaterali, case di cu-

ra private (come le scuole private in rapporto alla pubblica istruzione), purchè esse abbiano alcuni requisiti che lo Stato ha ragione di imporre e pretendere per la completezza dei servizi.

La riforma sanitaria agevolerà anche le riforme consigliate dal senatore professor Cassano, che le ha concepite attraverso la sua profonda dottrina e la sua lunga esperienza nel campo clinico e didattico, per aver passato la sua vita nelle Università, fra studenti ed ammalati e avendo avuto modo di constatare in tanti anni di cosciente lavoro le manchevolezze attuali.

Le proposte del senatore Cassano sono:

1) riforma degli studi universitari e post-universitarii che chiami a collaborare gli ospedalieri, richiedendo, pertanto, la creazione degli ospedali di insegnamento strettamente collegati con gli Istituti clinici universitari;

2) miglioramento dell'ordinamento ospedaliero per una più soddisfacente regolamentazione della carriera, dei concorsi, e soprattutto per l'elevazione culturale continua e il perfezionamento tecnico del personale medico, ai fini della migliore assistenza al malato.

Tali proposte non si possono non condividere per i vantaggi che ne verrebbe alla serietà degli studi di medicina, alla formazione professionale dei medici e degli specialisti, alla carriera degli ospedalieri, e al funzionamento degli ospedali, e principalmente per la collaborazione che si stabilirebbe fra ospedali e Istituti clinici universitari, facendo cadere finalmente il diaframma che li ha sempre divisi in passato.

Non si possono però sostanzialmente riformare gli ospedali senza modificare le leggi istituzionali che li regolano (autonomia incondizionata), e lasciando inalterati i rapporti con le mutue.

Certi problemi sono, purtroppo, così collegati fra loro, che non è possibile modificarne uno, restando inalterati gli altri.

In subordinata, se proprio non si volesse accedere alla statizzazione dell'assistenza, si potrebbero in via di adattamento unificare nell'I.N.A.M. le mutue e gli ospedali riformati secondo lo schema del senatore Cassa-

no, facendo ovviamente risalire il tutto al Ministero della sanità.

Parimenti andrebbero nel caso riformate la medicina preventiva scolastica e sociale, sempre nell'ambito del Ministero della sanità.

Non nascondiamo però la preferenza per il sistema della statizzazione, ritenendolo di gran lunga più radicale e più organico.

In medicina infatti ogni divisione è artificiosa, non potendo esistere scissure. Tutto deve avvenire in un collegamento perfetto, così come nell'organismo umano gli organi, distinti anatomicamente, sono collegati in un mirabile equilibrio funzionale, e il cattivo funzionamento di uno di essi, si ripercuote inevitabilmente sugli altri.

MEDICINA SOCIALE

Attraverso i moderni concetti di organizzazione della società e i nuovi indirizzi di politica sanitaria, la medicina individuale si va trasformando sempre più in medicina sociale, conferendo a quest'ultima una portata ed una importanza sempre crescente.

Per questa continua evoluzione non è possibile restringere in un elenco definitivo le malattie sociali.

Pari, dunque, alla vastità di impegno della medicina sociale deve essere l'interesse del Ministero della sanità.

È doveroso riconoscere che molto in verità è stato fatto e si va facendo, pur essendo il Ministero costretto nei limiti imposti sia dalla scarsità dei mezzi finanziari, sia da una legislazione non del tutto ideale.

La medicina sociale, poi, più che la diffusione delle diverse malattie (morbillo, pertosse, eccetera) riguarda i riflessi economico-sociali delle malattie stesse (tumori, tubercolosi, malattie cardiovascolari, reumatiche, eccetera).

Ciò perchè, in realtà, ben diversamente incidono sulla società le seconde che non le prime, segnando un indice di mortalità maggiore, e presentando ben più gravi difficoltà scientifiche, tecniche ed economiche per la loro lotta, la quale è prevalentemente legata alla precocità della diagnosi, da cui, a sua volta, dipende la probabilità di successo.

Ma poichè l'insorgenza di queste malattie è prevalentemente subdola, non richiamando l'attenzione dei soggetti e delle famiglie, e, talvolta, neppure quella dei sanitari, quasi sempre si arriva alla diagnosi quando il male è conclamato, ed è trascorso il periodo utile per l'attuazione di una terapia giovevole.

Da ciò la necessità di diffondere fra le popolazioni una educazione sanitaria che dia a ciascuno la capacità di controllarsi e riconoscere, all'occorrenza, i primi segni del male, presentarsi all'osservazione del medico, ricorrendo, magari, a quei centri specializzati eventualmente presenti sul luogo.

Di essi già esiste in Italia un certo numero, che sta a dimostrare l'impegno del Ministero per la lotta contro le malattie sociali: e sarebbe assai bene poterne contare ancora, per avvicinarli a tutte le popolazioni, anche a quelle periferiche.

Chiunque avrebbe così la possibilità di più agevoli consultazioni specialistiche, facilitanti la diagnosi precoce.

E, inoltre, tali centri diffonderebbero di riflesso quella educazione e maggiore coscienza sanitaria del popolo, di cui abbiamo prima discusso.

Basti ricordare i successi veramente brillanti ottenuti nella lotta contro la tubercolosi, la cui organizzazione perfetta e capillare, attraverso dispensari, preventori e sanatori ben attrezzati e ben distribuiti, con un corpo sanitario di ottima preparazione e opportunamente sfruttando i più moderni mezzi messi dalla scienza a disposizione, è riuscita a ridurre grandemente la morbosità e mortalità del male.

Successo che ha ispirato nelle popolazioni e nei tubercolotici stessi tale un senso di sicurezza nei confronti della malattia, ritenuta benigna e curabilissima, da doverci preoccupare che tale ottimistico stato d'animo non porti ad un rilassamento della vigilanza contro il pericolo del contagio, e al rallentamento della lotta, in genere, alla malattia.

Vigilanza e lotta che vanno, al contrario, sempre più estese e potenziate, per realizzare un vero programma di eradicazione.

* * *

Circa la gravità del problema dei tumori la dimostrazione più dolorosamente eloquente è data dalle seguenti cifre, pressochè stazionarie per ciascun anno: in ogni anno ammalati 50.000, unità da curare 150.000, morti 75.000:

Dati statistici sulla mortalità per tumori

Anno	Morti per tumori	Morti per tutte le cause	% morti tumori
1950	52.578	—	—
1955	64.654	446.689	14,4%
1956	67.641	497.550	13,5%
1957	69.480	484.190	14,3%
1958	70.204	457.690	15,3%
1959	72.659	455.176	15,8%
1960	76.182	480.849	15,8%

Morti per alcuni gruppi di cause

(per 100.000 abitanti)

Anno	Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Malattie sistema circolatorio	Totali morti per 100.000 abitanti
1955	40	132	250	912
1956	35	137	296	1.008
1957	34	140	282	974
1958	33	140	265	914

Morti per tumori per classi di età (anno 1958)

(per 100.000 abitanti)

Fino a 5 anni	12
5-25 anni	9
25-55 anni	76
55-75 anni	502
oltre 75 anni	1.026

Occorre però uno sforzo ben maggiore per aumentare e diffondere in periferia i centri per la lotta contro i tumori; essi debbono essere sempre meglio attrezzati e con personale più qualificato.

Sarebbe forse più pratico creare addirittura dei centri completi di medicina sociale

che interessino contemporaneamente i tumori, le malattie reumatiche e cardiovascolari, quelle veneree, il tracoma e il diabete.

Essi dovrebbero essere distribuiti come quelli per la lotta antitubercolare, per ottenere la massima profilassi possibile della terribile malattia, pur sapendo in partenza che i risultati non potranno eguagliare quelli della tbc che interessa in genere solo l'apparato respiratorio.

Riteniamo che così raggruppate le varie specialità raggiungerebbero meglio le finalità prefissate, facilitando gli ammalati e realizzando anche una notevole economia, specie se i centri fossero situati in zone prive di ospedali.

Ma per essere l'insorgenza dei tumori particolarmente subdola, mancante cioè all'inizio di una sintomatologia che allarmi l'interessato, è difficile aversi la diagnosi precoce che, d'altra parte, è, allo stato attuale della scienza, l'unica profilassi, consentendo una terapia che ha tanto più probabilità di successo, quanto più essa interviene precocemente.

Peraltro una diagnosi precoce presuppone una visita precoce, cui l'individuo che abbia ricevuto una adeguata educazione sanitaria si sottoporrà alle prime avvisaglie del male, assicurandosi, con la diagnosi precoce, una maggiore possibilità di cura e di guarigione.

Sarebbe opportuno, inoltre, avviare a soluzione il problema dei cancerosi inguaribili, che necessitano di appositi reparti dotati di attrezzature speciali, perchè a questi infermi sia assicurata ogni possibile terapia chirurgica e medica, che consenta loro di trascorrere i periodi di sopravvivenza, a volte di alcuni anni, in condizioni di relativo benessere.

Le malattie cardiovascolari occupano il primo posto tra le cause di morte e nell'ultimo decennio hanno dimostrato una tendenza ad aumentare (25 per cento in più, mentre l'incremento della popolazione è stato del 9 per cento).

Esse, a parte le malformazioni congenite a ignota eziologia poco prevenibili, ma oggi abbastanza ben curabili, sono per la maggior parte consecutive a malattie reumatiche

(il 25 per cento delle cardiopatie) e di origine degenerativa.

Le prime (quelle di origine reumatica) possono essere prevenute oltre che migliorando le condizioni di vita del popolo (case, alimentazione, eccetera; cose che si stanno ottenendo) con una medicina preventiva meglio organizzata, e soprattutto con una medicina scolastica e prescolastica più diffusa e più efficiente, intese a scoprire ed eliminare foci tonsillari, dentari, causa di infezioni streptococciche e di quelle forme reumatiche che si dice lambiscano le articolazioni per mordere il cuore.

L'educazione sanitaria, inoltre, sarà di gran giovamento al cittadino, che diverrà un collaboratore del sanitario per la prevenzione e cura dei propri mali, frequentando i dispensari per le malattie sociali di cui abbiamo discusso.

Le seconde, quelle di origine degenerativa o arteriosclerotica, ne rappresentano il 65 per cento e sono in continuo aumento. Esse riconoscono come fattori predisponenti errori alimentari, vita sedentaria, tensione psichica, abuso di bevande alcoliche o di tabacco eccetera e potranno pertanto giovare di una buona profilassi intesa a riportare le condizioni di vita ad un regime più igienico onde eliminare le cause che favoriscono i processi arteriosclerotici.

Per raggiungere tale traguardo occorre una educazione sanitaria di alto livello esigendo dai predisposti per costituzione o ereditarietà un rigoroso controllo di sé stessi, onde imporsi un regime di vita e di lavoro intesi ad evitare o contenere i processi degenerativi lamentati.

Anche per queste malattie a carattere eminentemente sociale il Ministero della sanità si prodiga creando centri per la diagnosi e terapia in molte città italiane.

In ogni provincia di cui all'elenco A), risultano istituiti uno o più centri per la cura delle malattie cardiovascolari che funzionano presso istituti universitari o gli ospedali civili.

Le provincie di cui all'elenco B) sono ancora sprovviste di centri specializzati.

A) *Elenco delle provincie con centri per le malattie reumatiche e cardiovascolari:*

- 1) Alessandria
- 2) Ancona
- 3) Arezzo
- 4) Ascoli Piceno
- 5) Asti
- 6) Bari
- 7) Benevento
- 8) Bergamo
- 9) Bologna
- 10) Bolzano
- 11) Brescia
- 12) Brindisi
- 13) Cagliari
- 14) Campobasso
- 15) Catania
- 16) Catanzaro
- 17) Chieti
- 18) Cremona
- 19) Enna
- 20) Ferrara
- 21) Firenze
- 22) Forlì
- 23) Genova
- 24) Gorizia
- 25) Imperia
- 26) L'Aquila
- 27) La Spezia
- 28) Lecce
- 29) Latina
- 30) Lucca
- 31) Mantova
- 32) Massa Carrara
- 33) Matera
- 34) Messina
- 35) Milano
- 36) Modena
- 37) Napoli
- 38) Padova
- 39) Palermo
- 40) Parma
- 41) Pavia
- 42) Perugia
- 43) Pesaro
- 44) Piacenza
- 45) Pisa
- 46) Pistoia
- 47) Ravenna

- 48) Reggio Calabria
- 49) Reggio Emilia
- 50) Rieti
- 51) Roma
- 52) Salerno
- 53) Sassari
- 54) Savona
- 55) Siena
- 56) Taranto
- 57) Terni
- 58) Torino
- 59) Trapani
- 60) Treviso
- 61) Trieste
- 62) Udine
- 63) Varese
- 64) Vercelli
- 65) Verona
- 66) Vicenza
- 67) Viterbo

B) *Elenco delle provincie sprovviste di centri per le malattie reumatiche e cardiovascolari:*

- 1) Agrigento
- 2) Aosta
- 3) Avelino
- 4) Belluno
- 5) Caltanissetta
- 6) Caserta
- 7) Como
- 8) Cosenza
- 9) Cuneo
- 10) Foggia
- 11) Frosinone
- 12) Grosseto
- 13) Livorno
- 14) Macerata
- 15) Novara
- 16) Nuoro
- 17) Pescara
- 18) Potenza
- 19) Ragusa
- 20) Rovigo
- 21) Siracusa
- 22) Sondrio
- 23) Teramo
- 24) Trento
- 25) Venezia.

* * *

Per le malattie veneree occorre per una buona profilassi poter ricercare il male alla sua origine: individuare infatti gli affetti da malattie veneree che non si curano e continuano a diffondere il contagio è quanto mai indispensabile.

Pertanto, sarebbe necessario almeno un controllo obbligatorio alle meretrici di mestiere per individuare le ammalate e curarle, per l'enorme importanza che esse indubbiamente hanno nella diffusione del male.

In tal modo — lo riconosciamo — non si giungerà alla eradicazione delle malattie (intendo riferirmi in modo speciale alla sifilide, la peggiore per le lesioni gravissime che può provocare), ma si controllerà una delle maggiori fonti di diffusione; il resto va fatto con l'educazione sanitaria.

Essa infatti servirà ad istruire i giovani sulle conseguenze che certi rapporti possono procurare, per cui, anche se indulgeranno ai loro istinti, sapranno servirsi di qualche mezzo profilattico o sapranno riconoscere i primi sintomi di eventuali malattie che, per non ignorarle, cureranno in tempo.

Un aiuto economico poi concesso alle passeggerie di mestiere durante il ricovero in ospedale (una specie di sussidio di disoccupazione), potrebbe forse contribuire a vincere l'attuale ritrosia, e spingerle più facilmente a farsi osservare e curare.

Da alcuni inoltre viene invocata a questo fine una riforma della legge Merlin.

* * *

Il tracoma è tra le malattie sociali quella maggiormente legata alla miseria e al basso livello di vita; essa fortunatamente è in netta diminuzione per le migliorate condizioni di vita del popolo, e mercè l'azione che il Ministero va svolgendo attraverso dispensari antitracomatosi, centri chirurgici e colonie permanenti e temporanee per bambini tracomatosi.

* * *

Anche il diabete va, senza dubbio, considerato una malattia sociale.

Esso colpisce l'1 per cento circa della popolazione.

L'azione preventiva razionalmente organizzata attraverso adeguati centri può riuscire molto utile.

È auspicabile che quanto prima vengano adottate le misure legislative già prese dal Ministero della sanità, e che molto apporto potranno dare alla cura del diabete, che fortunatamente, è una malattia molto controllabile con la terapia; mentre, se trascurata, può dar luogo a gravi complicazioni.

La lotta contro il diabete richiede un potenziamento dei centri così da poter seguire gli ammalati, istruirli sull'alimentazione e vincerne le prevenzioni irrazionali.

Per questa malattia, forse, più che per le altre, si possono raggiungere proficui effetti con una efficace educazione sanitaria.

* * *

Anche nel campo della lotta contro la poliomielite, il cui doloroso incremento di incidenza negli ultimi dieci anni è stato copioso, si è agito con energia e metodo, per la profilassi mediante la vaccinazione di massa (nel 1959, 6 milioni circa di vaccinati), per la cura ed il recupero mediante il potenziamento degli istituti per il trattamento delle manifestazioni acute e dei reliquati.

Tale lotta, nonostante la fortunata contrazione del male, non può né deve essere nemmeno rallentata, trattandosi di malattia da cui residuano postumi invalidanti che spesso accompagnano i colpiti per tutta la vita.

Molto hanno giovato alla profilassi della poliomielite la fine della polemica sui due vaccini Salk e Sabin, e una migliorata disposizione dei genitori verso tale preziosa pratica.

Lode inoltre va fatta al Governo per la azione che compie, oltre che per la profilassi, per l'assistenza e la cura dei poliomielitici recuperabili.

Sarebbe auspicabile, però, che alla lodevole opera svolta per la lotta antipoliomielitica, il Governo unisse quella di assistere con assegno vitalizio gli irrecuperabili.

A questo proposito non va sottaciuto neanche il particolare settore dei discinetici, i quali meritano una speciale attenzione, e per le necessità di una maggiore assistenza, e per un apporto più efficiente di fondi e di mezzi ai centri di cura e di recupero esistenti.

* * *

Il tristissimo caso della tredicenne ballerina inglese morta per idrofobia a seguito del morso di un cane, ha richiamato l'attenzione su una malattia contro la quale, però, la scienza possiede valide armi.

Ma ora che il fatto particolarmente tragico ha preoccupato l'opinione pubblica, conviene spendere qualche parola per richiamare l'attenzione sulla rigorosa applicazione delle misure profilattiche contro il terribile morbo.

L'animale che più comunemente trasmette oggi la rabbia all'uomo è il cane.

Nel Comune di Roma, secondo dichiarazioni dell'Assessore all'igiene, in tre mesi circa sarebbero stati addentati da cani circa 1.000 persone e si sarebbero ammalati di idrofobia 25 cani, 2 gatti 1 scimmia e 2 mucche. La profilassi più valida, pertanto, è costituita dalla vaccinazione antirabbica dei cani, cosa, purtroppo, non facile da ottenersi perchè molti proprietari, per sottrarsi alla denuncia al Comune che comporterebbe il pagamento di una tassa annua, non fanno vaccinare i loro cani e perchè ancora esistono ovunque cani randagi o quasi, cioè di proprietà di nessuno, e che vagano liberamente. A tal proposito qualche dato fornito dall'Assessore all'igiene del Comune di Roma può essere utile per confermare la gravità del fenomeno: dei 100.000 cani che circolerebbero per Roma, soltanto a 11.500 è stata praticata la profilassi antirabbica.

La situazione, delle altre città non è molto dissimile onde la necessità di norme pre-

cise e rigorose per la vaccinazione dei cani e degli altri animali domestici, una vigilanza più attiva per controllarne l'adempimento da parte dei proprietari, un migliore servizio per la cattura dei cani randagi.

Tali misure, se attuate nel nostro Paese, dove già l'idrofobia nell'uomo è rara, registrandosi da alcuni anni soltanto un caso all'anno, potranno portare anche alla eradicazione e alla scomparsa del morbo.

* * *

L'articolo 4 del regio decreto 28 gennaio 1935, n. 145, prescrive che i medici provinciali, accompagnati da un radiologo, ispezionino ogni biennio tutti gli impianti di radiologia e radiumterapia, per assicurarsi che l'uso di strumenti e materiali che emettono radiazioni ionizzanti sia fatto in modo tale da evitare pericoli alla salute del personale e dei pazienti.

Il numero di tali impianti è andato e andrà sempre aumentando (ha già superato la ragguardevole cifra di 14.000), per il sempre maggior ricorso che si fa, nella pratica della medicina, agli accertamenti radiologici, e per il crescente uso della terapia radiante, in rapporto soprattutto all'aumento delle forme neoplastiche.

Se accanto agli apparecchi medici si tiene conto dell'uso del materiale fonte di radiazioni ionizzanti nelle fabbriche, e lo sfruttamento dell'energia nucleare a scopi pacifici, si comprenderà quanto siano aumentate le possibilità di contaminazione dell'ambiente in generale, e, in particolare, dell'aria, del suolo, delle acque superficiali e telluriche, e di conseguenza degli alimenti stessi, problema, quest'ultimo, che acquista ogni giorno più larga portata per la pubblica salute.

La sanità pubblica si trova, quindi, di fronte ad un problema che tutti i giorni diventa più complesso e la cui risoluzione diventa più urgente: è chiaro, infatti, che non solo si debbono intensificare le ispezioni previste dalla legge, estendendole a tutte le sorgenti di radiazioni ionizzanti, ma soprattutto si devono fornire al personale incaricato i mezzi strumentali idonei ad ac-

certare, come la legge vuole, la corretta installazione degli impianti, e la loro buona manutenzione.

È necessario, quindi, porre a disposizione dell'Amministrazione sanitaria fondi adeguati, senza i quali essa non sarebbe in grado di assicurare la difesa della popolazione contro gli effetti deleteri delle radiazioni ionizzanti, che, se non dominate in vicinanza delle fonti di produzione, sono risentite, attraverso le vie sopra indicate (aria, suolo, acque, alimenti), a distanza notevole, e, come è facile immaginare, senza che la popolazione possa neanche sospettarne la presenza.

Se l'entrata in funzione della centrale term nucleare di Latina e il prossimo inizio dell'attività della centrale term nucleare del Garigliano hanno creato qualche preoccupazione circa l'aumento delle radiazioni, tuttavia l'accordo di Mosca sulla moratoria nucleare per la sospensione degli esperimenti atomici in superficie e nell'atmosfera, attenuando il problema, ha tranquillizzato l'opinione pubblica.

C'è da augurarsi che gli accordi tra l'America e la Russia abbiano sviluppi maggiori per l'eliminazione anche degli esperimenti sotterranei, oltre che per il disarmo generale e la pace tra i popoli.

* * *

Il numero crescente degli incidenti stradali, in funzione della sempre maggiore diffusione della motorizzazione, non solo in Italia, ma in tutto il mondo, si va sempre più imponendo all'attenzione degli organi preposti alla tutela della salute pubblica.

Per quanto riguarda il nostro Paese, nella tabella 1 sono raccolte le cifre complessive degli incidenti del traffico, col relativo numero dei morti avutisi nel decennio 1951-1960.

Da essa si rileva come il numero degli incidenti in tale periodo si è quintuplicato, passando dai 54.177 del 1951 ai 271.555 del 1960, mentre il numero dei morti è quasi raddoppiato, passando da 4.474 a 8.444.

Nella tabella 2, le morti per incidenti del traffico sono paragonate a quelle per tutte le cause e ai decessi per malattie infettive, nel decennio considerato.

Da tali cifre si rileva che i morti per incidenti del traffico, rapportati ai morti per tutte le cause, ne costituiscono una quota sempre più crescente, e precisamente dallo 0,93 per cento nel 1951 all'1,76 per cento nel 1960 (cfr. quarto rigo, tabella 2).

Si evince inoltre che il numero dei morti per incidenti del traffico si è andato progressivamente avvicinando a quello dei morti per malattie infettive, peraltro in continuo regresso.

Se oltre a ciò si tiene presente che gli incidenti stradali hanno provocato nel 1960 quasi 200.000 feriti, non occorrono altre considerazioni per comprendere come la prevenzione degli incidenti del traffico vada considerata con particolare cura, e come si renda sempre più impellente dedicare alla stessa mezzi sempre più idonei ed efficaci.

Attualmente l'articolo 474 del regolamento per l'esecuzione del vigente testo unico delle norme sulla disciplina della circolazione stradale prescrive, per ottenere la patente di guida degli autoveicoli delle categorie *D* ed *E*, ovvero quella ad uso pubblico per qualsiasi autoveicolo o motoveicolo, il possesso di determinati tempi di reazione per stimoli semplici luminosi ed acustici, i quali non sempre vengono controllati, o per mancanza di attrezzatura tecnica, o per mancanza di personale sanitario specializzato.

Per accentuare quindi la lotta agli incidenti del traffico, oltre a una maggiore educazione civica del popolo, sarebbe opportuno prescrivere la visita psico-attitudinale per la concessione delle patenti di guida per le quali attualmente è prevista soltanto la rilevazione dei tempi di reazione semplici, luminosi ed acustici; rendendo, per contro, obbligatoria quest'ultima per il rilascio delle patenti di guida degli altri veicoli a motore.

Non si dimentichi che una patente di guida concessa ad un soggetto inidoneo è come un mitra affidato ad un bambino. Si osservino in proposito le seguenti tabelle:

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA N. 1

ANNO	NUMERO INCIDENTI	NUMERO MORTI
1951	54.177	4.474
1952	94.810	5.183
1953	114.571	6.029
1954	126.232	6.895
1955	139.754	8.048
1956	167.574	7.937
1957	188.854	8.116
1958	201.236	8.033
1959	225.116	7.788
1960	271.655	8.444
Gennaio 1960	16.346	450
Gennaio 1961	20.910	588

LEGISLATURA IV - 1963 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA N. 2

CAUSE DI MORTE	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Tutte le cause	481.911	474.526	472.711	441.897	446.689	497.550	484.190	457.915	455.176	480.849
Incidenti del traffico	4.474	5.183	6.029	6.895	8.048	7.937	8.116	8.033	7.788	8.444
Malattie infettive	28.609	21.853	19.249	18.424	17.579	17.307	16.702	16.124	14.410	13.660
Rapporto percentuale tra morti per tutte le cause e morti per incidenti del traffico . .	0,93	1,09	1,27	1,56	1,80	1,59	1,68	1,75	1,71	1,76

FARMACIE

Da tempo il Parlamento è impegnato a risolvere il problema delle farmacie, ma nel lodevole intento di giungere ad una soluzione globale della materia, svolge opera vana, e in definitiva le cose restano ancora al punto iniziale.

Intanto una revisione delle norme relative alla disciplina del servizio farmaceutico si impone, essendo sorte in trenta anni esigenze nuove.

Peraltro le situazioni anacronistiche e i punti critici di cui il settore è ricco, prospettano problemi le cui soluzioni sono tanto diverse, da suggerire nella passata legislatura la presentazione di ben 28 disegni di legge.

Il numero così elevato di proposte di legge, che quasi sicuramente saranno ripresentate, e forse anche in numero maggiore, è più che sufficiente a dare una idea della difficoltà del settore; per cui, se non si vuole correre il rischio di trascorrere la legislatura in corso senza concludere niente, forti dell'esperienza del passato, si farà opera saggia se si affronterà almeno qualcuno dei problemi più urgenti, in attesa di una revisione legislativa generale. Il ministro Giardina, essendo evidentemente dello stesso parere, nella decorsa legislatura presentò un disegno di legge, inteso a ridurre soltanto il rapporto-limite tra popolazione e farmacie, che fu discusso, ampliato ed approvato dal Senato.

Alla Camera dei deputati, dopo una sosta abbastanza lunga, in definitiva con alcune modifiche fu egualmente approvato. Ma, per essere giunto qualche giorno prima dello scioglimento delle Camere, l'11^a Commissione del Senato non fece in tempo ad approvarlo.

Non sarebbe opera saggia riproporre il disegno di legge, nello stesso testo, sicuri di vederlo approvato in poco tempo dai due rami del Parlamento, prima di riaffrontare il problema per una soluzione globale?

A questo punto è necessario soprattutto troncare gli indugi per venire incontro ai bisogni delle popolazioni delle città e delle

campagne, le quali, in attesa delle nuove norme, che non vengono mai, sono le vere danneggiate, insieme con i farmacisti, che attendono per sistemarsi l'ampliamento della pianta organica, in relazione alla diminuzione del rapporto farmacie e popolazione.

Nulla vieta d'altra parte che in un secondo momento, attraverso uno studio più approfondito, che potrà farsi con calma per avere eliminata l'urgenza, si giunga ad una revisione totale della materia.

BREVETTABILITA' DEI MEDICINALI

L'introduzione della brevettabilità nel settore farmaceutico deve essere guardata sotto il profilo del preminente interesse pubblico, cioè della salute pubblica, e fu, senza dubbio, per la tutela di tale preminente interesse che, in passato, il legislatore ritenne opportuno, per la particolare situazione di incipiente sviluppo dell'industria farmaceutica, porre in secondo piano l'interesse dell'inventore farmaceutico, escludendo il regime brevettistico.

Essendo ora sostanzialmente mutata la situazione dell'industria farmaceutica italiana, emerge l'opportunità che il sistema legislativo si adegui alla nuova realtà per la protezione dell'attività inventiva e il mantenimento delle posizioni acquisite, e per l'ulteriore progresso scientifico e tecnico della nostra industria farmaceutica, tra le prime in Europa.

Tale provvedimento, agevolando la ricerca ed il progresso scientifico, raggiungerebbe infine lo scopo della tutela della pubblica salute.

L'adeguamento in tal senso della legislazione italiana si impone, inoltre, in relazione alle prospettive della C.E.E., in quanto il regime di concorrenza su cui si impernia il Mercato Comune, verrebbe falsato dall'attuale divieto di brevettabilità dei medicinali vigente in Italia, mentre in tutti gli altri Paesi comunitari il regime di brevettabilità esiste da tempo.

Abbiamo appreso che di recente dal Consiglio dei ministri è stato inviato al C.N.E.L.,

per il parere, un disegno di legge per il brevetto dei medicinali presentato dal ministro dell'industria Togni.

C'è da sperare che esso possa giungere quanto prima in Parlamento, per essere discusso ed approvato.

Oltre alla brevettabilità, per il migliore andamento del servizio farmaceutico, andrebbe riveduto il procedimento di registrazione dei medicinali, onde evitare certi seri inconvenienti denunciati dalla stampa, e argomento di un noto processo che, agendo come episodi rivelatori, hanno scosso la fiducia che il popolo riponeva nei nostri farmaci.

Fiducia indispensabile in ogni cura, per la componente psichica che accompagna qualsiasi terapia.

Anche per il prezzo dei medicinali, pur riconoscendo i meriti che il Ministero della sanità ha in questo settore, si ritiene opportuno richiamare l'attenzione perchè esso venga contenuto nei limiti minori possibili, perchè l'acquisto delle medicine non gravi molto sull'economia familiare e possa essere alla portata di tutti, per migliorare sempre più la salute del cittadino.

Se sarà necessario, si chieda alle industrie farmaceutiche di economizzare nei limiti del possibile, s'intende, sulle spese generali e sulla propaganda.

SOFISTICAZIONI DEGLI ALIMENTI

L'allarme determinatosi qualche anno fa nelle popolazioni per quanto la stampa rivelò sulle sofisticazioni alimentari, provocò addirittura una psicosi nel paese.

Quasi non ci si sedeva più a mensa senza temere di ingurgitare con i più semplici alimenti gli intrugli più strani, minaccianti pericolosamente la salute.

Nell'ala di pollo si nascondeva l'insidia degli estrogeni, nell'arrosto di vitello le sostanze antitiroidee, nel formaggio la formalina o la plastica, nella frutta gli anticrittogamici, nel latte la soda, e peggio.

Insomma la stampa aveva denunciato che quasi ogni prodotto alimentare era sospet-

to o adulterato; dal pane al vino, dalla pasta all'olio, dai formaggi alle verdure, alla frutta, e così via.

Il Ministero intervenne con provvedimenti opportuni, e l'opinione pubblica si tranquillizzò. A base del fenomeno stavano due fattori: l'estensione del processo di industrializzazione del nostro Paese, e il progresso scientifico.

Mentre però l'uso controllato e contenuto delle sempre nuove acquisizioni scientifiche rappresenta uno dei fattori favorevoli allo sviluppo dell'industria alimentare, consentendo una maggiore conservazione e stabilità di prodotti, le deviazioni possibili, e, d'altra parte, non facili da evidenziare, consentono a industriali disonesti sofisticazioni e frodi, fonti per essi di incalcolabili guadagni.

Ma la denuncia della stampa e la pubblica indignazione, con i provvedimenti che provocarono, riportarono ordine colpendo alcuni e scoraggiando gli altri.

Specie due fatti nuovi dettero un colpo considerevole alle sofisticazioni: la legge approvata dal Parlamento, e la istituzione al Ministero della sanità di un'apposita direzione generale, che, con personale preparato, e con l'ausilio delle forze di polizia, svolgono un buon servizio di repressione, ispezionando i pubblici esercizi, e prelevando campioni.

Anche l'azione intesa a reprimere le adulterazioni del latte (al vino, alla nafta ed alla soda) testimonia che la legge e il nuovo ordinamento dei servizi funzionano bene.

L'azione comunque va estesa ed intensificata a tutela della salute per garantire ai cittadini attraverso la genuinità dei prodotti, una alimentazione sana.

Riteniamo opportuno prima di chiudere, di invitare il Ministero e i suoi organi periferici a seguire con la massima attenzione le centrali del latte, perchè le irregolarità gravi che spesso e da anni vi si verificano sconcertano le popolazioni, dando la sensazione di trascuratezza in un settore di tanto consumo, interessante su larga scala la popolazione, specie infantile.

Cosa che fa guardare con sospetto o addirittura bandire il prezioso alimento.

Si studi infine da parte del Governo la possibilità di presentare una legge che regoli meglio la raccolta e la distribuzione del latte.

SERVIZI VETERINARI

Ai servizi veterinari, come è noto, sono demandate due specifiche attribuzioni svolte nell'ambito dell'amministrazione sanitaria.

Tale duplice finalità si realizza attraverso:

a) la profilassi delle malattie infettive degli animali trasmissibili all'uomo (zoonosi), e la vigilanza igienica sulla produzione e sul commercio delle carni e degli altri alimentari di origine animale;

b) la lotta contro le malattie infettive diffuse degli animali per la difesa e il potenziamento del patrimonio zootecnico.

Le due funzioni igienico-sanitaria e zooeconomica sono strettamente connesse e concatenate tra loro, a tal punto che, realizzandosi l'una, si consegue in pari tempo l'altra. L'ordinamento italiano prevede la dipendenza esclusiva dei suddetti servizi dal Ministero della sanità.

È evidente che in questo particolare settore gli interventi attuali, oltre ad avere finalità sanitarie, rivestono un carattere squisitamente economico in quanto rivolti, anche, a limitare le gravissime perdite finanziarie che tali malattie arrecano all'economia agricola nazionale. Al riguardo torna opportuno precisare come lo sviluppo assunto dall'industria zootecnica e dal commercio interno ed internazionale degli animali e dei loro prodotti abbia determinato, in questi ultimi anni, il superamento di una profilassi di Stato ancorata al vecchio concetto di intervento limitato alla sola repressione dei focolai infettivi, imponendo invece la necessità di provvidenze pubbliche complesse, ed a carattere continuativo, intese a salvaguardare la sanità del patrimonio zootecnico, e, se del caso, a risanarlo.

Tali provvedimenti debbono mirare soprattutto a prevenire e combattere alcune

malattie particolarmente gravi e dannose, quali: l'afta epizootica, la tubercolosi bovina, la brucellosi e la idatidosi, e le mastiti infettive delle bovine.

La permanenza infatti nel territorio nazionale dell'afta epizootica, della tubercolosi bovina e della brucellosi, preclude l'esportazione di notevoli quantitativi di prodotti dell'industria delle carni, che troverebbero invece larga possibilità di collocamento nei mercati dei Paesi esteri.

D'altra parte in Italia la lotta contro la tubercolosi bovina è basata essenzialmente su norme emanate nel 1955, ed attuate mediante interventi profilattici con carattere di volontarietà, per cui la percentuale della infezione risulta ancora molto elevata; 13,20 per cento. Cifra abbastanza eloquente per dimostrare l'inefficienza della profilassi. Profilassi che andrebbe, altresì, intensificata anche contro la rabbia, il carbonchio ematico, la morva, il mal rossino, la trichinosi, la peste suina, le malattie del pollame e dei conigli, eccetera.

Da quanto detto si impone la necessità di svolgere una rapida azione di risanamento del nostro patrimonio zootecnico secondo organici e vasti piani, e nel quadro generale di una rigorosa disciplina collettiva, assolutamente indispensabile in Italia, se si vogliono conseguire gli auspicati risultati.

CROCE ROSSA ITALIANA

La C.R.I. è anch'essa in gravissime difficoltà finanziarie. L'aumentato costo del personale e dei servizi impone la corresponsione da parte del Governo di un contributo annuo per assicurare il minimo di vita della benemerita associazione, perchè i servizi non abbiano ad essere sospesi, e forse in taluni settori aboliti.

Sarebbe ben grave che mentre si celebra il centenario della C.R.I., in Italia la crisi che travaglia l'associazione possa esser fonte di altre agitazioni del personale e di allarme per la collettività, che vedrebbe gravemente disperdersi un patrimonio di tradizioni e di energie. Pertanto si desidera sottolineare i problemi che maggiormente necessitano

di soluzione, e cioè: 1) aumento delle entrate; 2) potenziamento, intensificazione del servizio di pronto soccorso.

Per quanto riguarda l'aumento delle entrate occorre tener presente che la C.R.I. svolge i suoi compiti istituzionali accanto a quelli svolti dallo Stato per la difesa delle popolazioni contro le malattie e le pubbliche calamità.

Trattasi, quindi di un insieme di attività di ordine sociale, e come tale interessante tutta la popolazione e tutto il territorio nazionale, con pari interesse e pari intensità.

L'assolvimento di tali compiti, presuppone un potenziale economico notevole che oggi è raggiunto mediante il contributo dello Stato e la pubblica beneficenza.

Perchè, però, si possa determinare su tutto il territorio nazionale l'organizzazione che ovunque garantisca nello stesso modo determinati servizi di pubblica utilità, occorre sottrarre la organizzazione all'incertezza della pubblica beneficenza, la quale, è più o meno pronta e ricca, a secondo della ricchezza delle diverse regioni italiane, e della maturità sociale degli abitanti.

Talchè la ripartizione dei proventi della pubblica beneficenza su tutto il territorio nazionale determina un livellamento delle possibilità di intervento che è al disotto della effettiva necessità.

Per risolvere tale problema necessitano due soluzioni, e precisamente:

a) aumento del contributo statale a favore della C.R.I. in misura tale da permettere una organizzazione adeguata alle esigenze di sicurezza sociale che aumentano progressivamente con il diffondersi delle migliori condizioni di vita;

b) emanazione di una legge speciale che attribuisca alla C.R.I. un gettito fisso annuo sul quale sicuramente contare, e che sottragga così all'associazione l'assillante problema della fluttuazione delle sue entrate, legate alle incertezze della pubblica beneficenza.

In altri paesi d'Europa le associazioni nazionali della C.R.I. godono effettivamente di una legge che loro attribuisce certi proventi determinati dallo Stato.

Analogo provvedimento potrebbe essere adottato in favore della C.R.I., ad esempio con una percentuale sul gettito delle assicurazioni obbligatorie o facoltative, oppure con una percentuale sulle riunioni sportive, o su altre attività.

Per quanto si attiene alla intensificazione del servizio di pronto soccorso stradale, il problema si presenta da sè, considerando l'aumentato numero degli automezzi circolanti sulle strade nazionali, ed il progressivo aumento degli incidenti stradali.

Non v'è chi non veda come il poter disporre con la rapidità del caso, sul luogo dell'incidente, di automezzi particolarmente attrezzati non solo per il trasporto dei feriti e degli infortunati, ma anche per la prestazione di soccorso di urgenza da parte di personale altamente qualificato fornito di mezzi idonei, possa rappresentare la salvezza di vite umane.

La C.R.I. svolge già sull'Autostrada del Sole e sulle principali strade consolari questo servizio.

I suoi interventi sono ormai nell'ordine di alcune migliaia, e sono stati sempre utili per salvare vite umane poste in pericolo per incidenti della circolazione, recuperando, così, alla società numerosissimi individui, che invece avrebbero potuto essere perduti.

Potenziare tale servizio, quindi, significa aumentare notevolmente la sicurezza della circolazione stradale, e diminuire, in modo altrettanto notevole, le conseguenze di incidenti dovuti alla circolazione.

È necessario perciò una diffusione di tale servizio su tutte le strade, attraverso una organizzazione che si avvalga di tutti i ritrovati moderni, idonei a garantire la rapidità dell'intervento soccorritore, e, soprattutto, il tecnicismo di tale intervento.

Anche questo programma, però, pone due problemi: uno organizzativo, uno di finanziamento, fra loro connessi, e richiedenti una soluzione contemporanea, che nel riconoscere alla C.R.I. l'attribuzione del servizio, le dia i mezzi per potenziare quello già organizzato.

Ma, si noti l'assurdo, mentre gli incidenti del traffico e le relative necessità di soccorso aumentano, lo stanziamento della C.R.I., per

il servizio di pronto soccorso stradale, invece si riduce nel presente esercizio di ben 500 milioni.

La C.R.I., infatti, nei decorsi esercizi per il servizio di pronto soccorso stradale riceveva un miliardo e 100 milioni così distinti: 500 milioni dal Ministero degli interni stanziati su un capitolo speciale, e 600 milioni dal Ministero della Sanità (cap. 47).

La legge n. 1065 del 14 agosto 1962, infine, consolidò questa situazione apportando nel bilancio 1962-63 del Ministero degli interni la variazione in meno di 500 milioni, che trasferì al bilancio della Sanità (cap. 47).

Per l'esercizio finanziario 1963-64 quindi, lo stanziamento per la C.R.I. avrebbe dovuto essere almeno di un miliardo e 100 milioni, come per gli altri esercizi.

Senonchè, la stessa somma di 500 milioni, pur prevista dal Dicastero della Sanità per l'esercizio 1963-64 risultò all'ultimo momento depennata.

Appare evidente come tale situazione metterebbe in crisi grave la C.R.I. che sarà costretta a ridurre in proporzione i servizi del pronto soccorso stradale in un momento in cui, invece, dovrebbero essere notevolmente aumentati di fronte al crescente fenomeno degli incidenti stradali.

Tenuto conto, pertanto, della delicatezza del servizio, le cui manchevolezze costano la vita a tanti cittadini, che viceversa soccorsi in tempo e bene si salverebbero, è necessario che Governo e Parlamento provvedano con urgenza se non concedendo una somma molto superiore come la solidarietà umana richiederebbe, dando alla C.R.I. almeno i 500 milioni sottratti per l'esercizio in corso, oltre i 600 che ricava dal capitolo 47 del bilancio della Sanità.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Per quanto attiene all'Istituto superiore di sanità non possiamo ignorare le polemiche agitate dalla stampa quotidiana e quelle meno rumorose ed evidenti, ma tuttavia di un certo rilievo, agitate nel campo scientifico nazionale ed internazionale.

Occorre pertanto, per non diminuirne la fama acquistata in Italia e all'estero, coordinarne le norme di attività di controllo come organo dello Stato con quelle di ricerca scientifica generale e speciale.

In questa coordinazione, in questo contemperamento di funzioni risiede la formula che potrà soddisfare e l'opinione pubblica e le indicazioni degli scienziati e studiosi versati nei vari settori di pertinenza applicativa immediata o mediata.

Sarebbe desiderabile che un Comitato superiore di coordinazione nel quale figurassero esperti del più alto livello, tracciasse continuamente le linee da modificarsi volta a volta in armonia con i progressi scientifico-tecnici, discriminanti e al tempo stesso cospiranti di ricerca e di sperimentazione, le quali debbono seguire di pari passo gli ultimi progressi delle diverse discipline afferenti all'Istituto Superiore di Sanità: cioè, è bene ripeterlo, di pari passo, per valutare e controllare i suddetti progressi.

Un disegno di legge di iniziativa parlamentare o governativa potrebbe dare rapidamente una sistemazione di compiti, con adeguato riconoscimento di grado e attribuzioni, agli studiosi e ricercatori che l'Istituto ha formato fin qui (e che è suo dovere continuare a formare), con modalità non difformi nell'ordinamento universitario.

CONCLUSIONI

Con questa breve relazione abbiamo inteso mettere, ancora una volta, in rilievo alcune carenze del sistema sanitario italiano, e la ancor troppo limitata funzione del Ministero della sanità, costretto in angusto ambito dalla legge istituzionale, che lascia fuori della sua competenza quasi tutta la medicina curativa, dalla polverizzazione della materia sanitaria tra Ministeri ed enti vari, dalla strettezza del bilancio, dalla scarsità del personale, specie periferico, che costringe i medici provinciali a lavorare con impieghi presi in prestito da altre amministrazioni.

Abbiamo poi portato l'attenzione sulla medicina preventiva con speciale riguardo alla educazione sanitaria, all'istruzione sanitaria scolastica e alla medicina scolastica, mettendo l'accento sulla necessità di adeguarsi ai nuovi bisogni.

Ci siamo soffermati infine sulla medicina curativa, evidenziando le manchevolezze attuali, con particolare attenzione al problema ospedaliero nei vari aspetti, proponendo innovazioni e provvedimenti che collimino in gran parte coi suggerimenti del senatore Casano; e abbiamo segnalato da ultimo la opportunità di rivedere il sistema mutualistico, proponendo di unificare le mutue, ponendole alle dirette dipendenze del Ministero della sanità.

Convinti poi che provvedimenti isolati sarebbero inefficaci a mutare sostanzialmente le cose nel senso di una veramente efficiente organizzazione sanitaria, scevra da tutti gli inconvenienti attuali, che abbiamo tentato di esporre, e che si oppongono al buon funzionamento dei vari servizi, con tanto danno umano, economico e sociale del popolo italiano, abbiamo indicato una riforma radicale del sistema, attraverso la statizzazione dell'assistenza, così com'è in Inghilterra.

Ci onoriamo, pertanto, di sottoporre al vaglio degli onorevoli senatori le nostre modeste osservazioni e proposte, con l'augurio che dalla discussione scaturiscano idee e vedute di cui saremo lieti di far tesoro.

Chiediamo venia di esserci permessi qualche critica o appunto, come di aver avanzato

talune proposte che possono sembrare ambiziose; esse sono in realtà dettate non certo da presunzione, ma, semmai, dalla viva passione per la cosa sanitaria italiana.

Non ci nascondiamo d'altronde le gravi difficoltà da superarsi per attuare certe riforme, e accettiamo anche la necessità che si realizzino per gradi, proponendosi bensì il problema con chiarezza e con sincera volontà di attuazione, secondo un preciso programma.

A questo punto non ci resta che augurarci che Parlamento e Governo sposino la causa del problema sanitario, ed attuino i provvedimenti che il popolo italiano attende a tutela della propria salute.

Fidiamo che il ministro Jervolino, che ha già iniziato una efficace opera per unificare la materia sanitaria alle dipendenze del suo Ministero, prosegua in tal senso con ritmo sempre più alacre, valendosi anche della illuminata e leale collaborazione dell'11^a Commissione del Senato.

Nella speranza infine che la trattazione del bilancio prossimo debba affrontare qualche problema in meno, perchè risoluto, e trovi uno stanziamento più florido, che meglio consenta al Ministro ed ai suoi valorosi collaboratori di espandere la propria azione, si invita il Senato ad approvare il bilancio di previsione del Ministero della Sanità per l'esercizio finanziario 1963-1964.

CRISCUOLI, *relatore*

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

È autorizzato il pagamento delle spese ordinarie e straordinarie del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1963 al 30 giugno 1964, in conformità dello stato di previsione annesso alla presente legge.

Art. 2.

Ai sensi dell'articolo 7, n. 1, del testo unico approvato col regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, è stabilito, per l'esercizio finanziario 1963-64, in lire 15.000.000.000 lo stanziamento relativo all'assegnazione a favore dell'Opera nazionale per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

Art. 3.

L'onere a carico dello Stato per l'assistenza e la cura degli infermi poveri recuperabili affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta, di cui alla legge 10 giugno 1940, n. 932, è stabilito per l'esercizio 1963-64 in lire 3.400.000.000.