

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

(N. 396-A)

RELAZIONE DELLA II^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITA')

(RELATORE BENEDETTI)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro del Tesoro

di concerto col Ministro del Bilancio

NELLA SEDUTA DEL 28 GENNAIO 1959

Comunicata alla Presidenza il 30 aprile 1959

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

INDICE

PREMESSE GENERALI	Pag.	3
STATO DI PREVISIONE		6
1) SPESE GENERALI		7
2) DEBITO VITALIZIO E TRATTAMENTI SIMILARI		10
3) ASSEGNAZIONI AGLI ENTI VIGILATI		10
4) SPESE PER L'IGIENE PUBBLICA E OSPEDALI		12
5) MALATTIE SOCIALI		16
6) SPESE PER I SERVIZI FARMACEUTICI		20
7) SPESE PER I SERVIZI VETERINARI		24
8) SPESE PER LA PROPAGANDA SANITARIA E LE ATTIVITÀ CULTURALI — CONTRIBUTI ALLE ORGANIZZAZIONI INTERNAZIONALI		26
9) ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ		27
ULTERIORI ESIGENZE EMERSE DALL'ESAME		28
1) OSPEDALI		28
2) ASSISTENZA GERIATRICA		28
3) ASSISTENZA PSICHIATRICA ED IGIENE MENTALE		28
4) MEDICINA SCOLASTICA		29
5) SERVIZI DELL'ALIMENTAZIONE, NUTRIZIONE E DIETETICA		29
DISEGNO DI LEGGE		33

PREMESSE GENERALI

ONOREVOLI SENATORI. — La legge 13 marzo 1958, n. 296: « Costituzione del Ministero della sanità » pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 14 aprile 1958, n. 90, ed entrata in vigore il 15 agosto successivo, affida al nuovo Ministero un compito che, anche se condensato in sole modeste sei parole, è di importanza senza pari e di tremenda responsabilità: « provvedere alla tutela della salute pubblica ».

La legge in parola, assieme al compito espresso così lapidariamente, assegna al nuovo organismo gli strumenti ed i mezzi atti ad attuarlo. Non è detto, naturalmente, che tutti gli strumenti siano adatti e perfetti — anzi ci sarebbero parecchie riserve da fare —; sono però sempre perfezionabili ed è previsto dalla stessa legge chi lo possa, e in che modo, fare.

Questo, in altri termini, significa che tutta la materia in fatto di organizzazione sanitaria può essere soggetta a revisione nell'interesse della salute pubblica.

Il vostro relatore, poi, è del parere che niente sia, più adatto della discussione dello stato di previsione della spesa per un esame sereno ed oggettivo della validità dei mezzi e strumenti a disposizione del Ministero.

Il Ministero della sanità esplica il suo compito in modi e gradualità diversi secondo casi e soggetti diversi:

1) *provvede ai servizi* sanitari attribuiti dalle leggi alle Amministrazioni civili dello Stato;

2) *sovrintende e coordina* i servizi sanitari delle Amministrazioni autonome e degli Enti;

3) *emana istruzioni obbligatorie* per tutte le Amministrazioni pubbliche (anche non civili);

4) *provvede, genericamente, alla vigilanza tecnica* su Organizzazioni, Enti, Istituti che svolgono attività sanitaria.

Vediamo un po' più da vicino questi quattro aspetti diversi del modo di provvedere alla tutela della salute pubblica.

Incominciamo dal primo punto che è quello che contempla il modo più diretto e più completo di tale intervento.

Infatti, il Ministero della sanità provvede ai servizi sanitari attribuiti dalle leggi alle Amministrazioni civili dello Stato. Ne sono escluse le attribuzioni delle Amministrazioni con ordinamento autonomo e quelle esercitate dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale a mezzo dell'Ispettorato del lavoro. Qui forse è bene chiarirci le idee e fissare i due concetti: cioè cosa si intende con le parole provvedere ai servizi sanitari e cosa si intende per servizi sanitari.

Secondo il modesto parere del vostro relatore, provvedere ai servizi significa *gestire in proprio i servizi* e questo non ha ulteriore bisogno di illustrazione, bensì forse di un chiarimento nel senso che il Ministero, per non compromettere la continuità del servizio più che assumere e far funzionare, nel quadro dei propri, i servizi attribuiti dalle leggi alle Amministrazioni dello Stato, farà bene — è un consiglio del vostro relatore — ad attuare soltanto un trasferimento della dipendenza gerarchica nelle forme e nelle modalità preesistenti nei vari servizi senza, per ora, trasformarne la struttura interna e spostarne la sede.

Per servizi sanitari, poi, si dovrebbero intendere tutti i servizi istituiti al fine di promuovere, proteggere, o recuperare la salute. Va inteso, del pari, che fanno parte dei servizi sanitari anche i necessari adempimenti amministrativi, nonché le erogazioni di fondi che permettono il funzionamento di essi servizi sanitari.

Le Amministrazioni civili autonome che restano escluse in quanto provvedono ai propri servizi sanitari sono le Ferrovie dello Stato e l'Azienda delle poste e delle telecomunicazioni.

Le Ferrovie dello Stato hanno un loro Servizio sanitario centrale dal quale dipendono 18 ispettorati sanitari, con medici di ruolo (78) (personale tecnico di ruolo) e numeroso personale tecnico fiduciario, ripartito in consulenti (53), specialisti (90), medici di riparto (1.591). Gli appartenenti al personale tecnico fiduciario non hanno qua-

lità di impiegati bensì di liberi professionisti ai quali sono affidate dall'Amministrazione mansioni ben definite.

Presso gli Ispettorati esistono gabinetti di radiologia, fisioterapia e laboratori di psicotecnica.

Il Servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato dispone anche di un treno schermografico, di un laboratorio centrale di igiene e di un gabinetto di fisiopatologia, per parlare solo delle principali attrezzature scientifiche e tecniche.

L'Azienda delle poste e delle telecomunicazioni per ora opera su due centri sanitari di recente istituzione a Roma e Napoli, ma tende ad imitare l'organizzazione delle Ferrovie dello Stato.

L'altra esclusione è quella dell'Ispettorato del lavoro ed è quella che per il vostro relatore rimane inesplicabile. Come è possibile, infatti, concepire l'igiene del lavoro come qualche cosa di diverso dall'igiene generale? È veramente buffo che il Ministero della sanità debba provvedere all'igiene pubblica al di fuori degli stabilimenti senza poter intervenire direttamente all'interno dove forse sarebbe più utile il farlo nell'interesse della salute, non solo degli operai degli stabilimenti, ma anche delle popolazioni che ne vivono al di fuori.

Basta pensare agli inconvenienti di carattere igienico-sanitario provocati dai residui liquidi o gassosi di certe lavorazioni per rendersi ragione di queste perplessità.

Per quanto attiene al secondo modo di provvedere al proprio compito con il sovrintendere ai servizi sanitari degli Enti pubblici e coordinarne eventualmente l'opera, si pensa che ciò possa avvenire con segnalazioni o raccomandazioni se non addirittura emanando istruzioni obbligatorie a norma di quanto previsto dal terzo modo di intervento del Ministero.

Le istruzioni obbligatorie riguardano tutte le Amministrazioni pubbliche statali, parastatali, locali, sia civili che militari. Infatti anche le Amministrazioni militari dovranno osservare le norme emanate dal Ministero della sanità, ai sensi del secondo com-

ma, n. 3, dell'articolo 1 della legge 13 marzo 1955, n. 296.

Sulla quarta modalità d'intervento, la più generica, non è il caso di spendere molte parole.

Da quanto sopra esposto, e da una retta interpretazione della legge (articolo 1), ne viene di logica conseguenza che, oltre ai servizi sanitari, già dipendenti dall'A.C.I.S., dovranno passare al Ministero della sanità anche i servizi sanitari svolti dal Ministero della pubblica istruzione nei riguardi della popolazione scolastica, il servizio delle colonie per l'infanzia dal Ministero dell'interno, i servizi sanitari del Ministero dell'agricoltura e delle foreste per il risanamento zootecnico di cui alla legge 27 novembre 1956, n. 1367.

Per alcuni di questi servizi, con le competenze, naturalmente, dovranno passare anche i rispettivi stanziamenti iscritti nei relativi bilanci.

Altro importantissimo servizio affidato al Ministero, sia pure a mezzadria con quello dei lavori pubblici, è quello riguardante la approvazione dei progetti per la costruzione di ospedali, istituti di cura in genere ed altre opere igieniche. Settore molto importante che investe in pieno tutta la politica igienico-sanitaria dell'ambiente. Infatti solo una politica igienico-sanitaria dell'ambiente, che sia protesa a creare le condizioni migliori d'igiene del suolo e dell'abitato, attraverso opere come acquedotti e fognature, può portare ad un notevole miglioramento delle condizioni igieniche delle popolazioni e garantire di conseguenza una sempre maggiore tutela della salute. Ne consegue che spetta al Ministero della sanità la programmazione e la determinazione dell'ordine di priorità di queste opere.

Altri strumenti a disposizione del Ministero della sanità sono le varie istituzioni, i vari Enti a carattere nazionale e locale che svolgono esclusivamente o prevalentemente compiti di assistenza sanitaria.

Questi Enti sono sottoposti a vigilanza e tutela del Ministero.

Anche qui è bene intenderci. Cosa significa « vigilanza e tutela ». Per vigilanza e tu-

tela dovrebbe intendersi il *diritto-dovere* di essere informati di ogni provvedimento che l'Ente subordinato adotta e dei motivi che ne ispirano l'adozione stessa, al fine di poter intervenire tempestivamente, per bloccare quelli in contrasto con le direttive della politica sanitaria del Ministero.

Forse è utile anche chiarire il concetto di assistenza sanitaria, intendendolo nel senso più lato: diagnosi, terapia, prevenzione ed assistenza.

Quali sono questi Enti? Ricordiamone alcuni dei maggiori:

- Croce rossa italiana;
- Opera nazionale protezione ed assistenza maternità ed infanzia;
- Lega italiana contro i tumori;
- Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi;
- Associazione volontari italiana del sangue;
- Federazione nazionale pubblica assistenza;
- Istituto Marchiafava (regio decreto 7 settembre 1933);
- I.N.A.D.E.L.;
- Lega per la lotta contro la poliomielite;
- Istituto vaccinogeno antitubercolare;
- Istituto Lazzaro Spallanzani per la fecondazione artificiale animale;
- Istituto nazionale fecondazione artificiale animale di Bologna;
- Istituti zooprofilattici interregionali con finalità d'interesse nazionale;
- Istituti fisioterapici ospedalieri di Roma.

È anche il caso di ricordare almeno i principali Enti sui quali il Ministero esercita la vigilanza tecnica. Ne ricorderemo alcuni, per esempio:

- Il Commissariato per la gioventù italiana;
- Ente nazionale solidarietà giovanile e mutualità scolastica;
- Centro italiano femminile (colonie);
- Unione donne italiane (colonie);
- Patronati scolastici;
- Centro internazionale radio medici;
- Opera nazionale invalidi;
- Opera nazionale invalidi del lavoro;

- Opera nazionale ciechi civili;
- Ente nazionale assistenza sordomuti;
- Cassa nazionale assistenza farmacisti;
- Associazione sanitaria universitaria italiana;
- Varie associazioni fra tubercolotici;
- Ente nazionale previdenza e assistenza per i medici;
- Ente nazionale previdenza assistenza veterinari;
- Ente nazionale previdenza ed assistenza ostetriche;
- Ente nazionale previdenza e assistenza madri.

Nel settore veterinario possiamo ricordare:

- Ente nazionale protezione animali;
- Associazione nazionale allevatori;
- Istituto nazionale coniglicultura;
- Istituto nazionale apicoltura;
- Ente lombardo di potenziamento zootecnico;
- Unione nazionale incremento razze equine.

Non possiamo infine dimenticare gli Enti di carattere previdenziale ed assistenziale sui quali il Ministero della sanità esercita la vigilanza in concorrenza con il Ministero del lavoro. Sono in massima Enti di assistenza con compiti e funzioni sanitarie importantissime quali l'Istituto nazionale della previdenza sociale che svolge una importante funzione nel campo della assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi; l'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro (I.N.A.I.L.); l'Istituto nazionale assistenza contro le malattie (I.N.A.M.) che opera nel settore sanitario su una massa di popolazione, oggi, di 28 milioni di cittadini; l'Ente nazionale previdenza e assistenza per dipendenti statali (E.N.P.A.S.); l'Ente nazionale previdenza per dipendenti da Enti di diritto pubblico (E.N.P.D.E.D.P.); Ente nazionale previdenza e assistenza lavoratori spettacolo; Cassa nazionale assistenza per impiegati agricoli e forestali; Cassa mutua artigiani; Cassa mutua di malattia coltivatori diretti.

A proposito di questi Enti è il caso di richiamare l'attenzione del Parlamento sulla necessità che quanto disposto dal 2° e 3° com-

ma dell'articolo 5 della legge istitutiva del Ministero venga strettamente osservato, essendo infatti inconcepibile che la attività da loro svolta in campo sanitario possa sfuggire al controllo ed alle direttive emanate dal Ministero della sanità nel quadro della politica sanitaria generale, nell'interesse della tutela della salute pubblica ad esso affidata.

Naturalmente l'opera del Ministero avrà tanto maggior valore e inciderà più profondamente a favore della pubblica salute quanto più la sua azione sarà portata capillarmente in tutto il paese. Ne consegue che la organizzazione periferica degli Uffici sanitari provinciali dovrà essere tale da rispondere allo scopo.

Infatti, se noi pensiamo che i medici ed i veterinari provinciali sono diventati gli organi periferici del Ministero della sanità ci renderemo conto quale massa di compiti e di mansioni sia loro affidata.

Alla vigilanza del medico provinciale infatti sono sottoposti:

- Ospedale civile;
- Consorzio provinciale antitubercolare;
- Centro accertamento diagnostico dei tumori;
- Ente per la lotta contro il trocoma;
- Centro per la trasfusione del sangue;
- Centro per la lotta contro i reumatismi e le cardiopatie;
- Centro di igiene dentaria;
- Enti provinciali antimalarici;
- Centro per la lotta contro la poliomielite;
- Centrale del latte;
- Organi provinciali e comunali degli enti nazionali di cui all'elenco n. 1;
- Comuni, provincia e consorzi relativamente all'attività tecnica ed amministrativa nel settore sanitario;
- Uffici periferici degli Enti che si occupano dell'edilizia popolare (I.C.P.; I.N.A.-Casa, I.N.C.I.S.);
- Ente costruzione e prodotti fognature;
- Istituti di protezione materna ed infanzia (U.C.S.M.A.).

Alla vigilanza del veterinario provinciale sono sottoposti:

Comuni, province e consorzi relativamente alle attività tecnica ed amministrativa nel settore veterinario;

Servizi degli istituti zooprofilattici interregionali;

Centro ittico di Pescara.

Naturalmente, ai compiti di sorveglianza sopradetti vanno aggiunti quelli di istituto che sono molto maggiori e che riguardano la salute e l'igiene pubblica in tutta la sua estensione; gli Uffici periferici sanitari, perciò, debbono essere potenziati ed attrezzati in modo adeguato; questo vuol dire sede propria e servizi amministrativi e di collaborazione tecnica autonomi. Se noi pensiamo che presto verrà a mancare ai medici e veterinari provinciali la collaborazione fin qui loro accordata da parte del Ministero degli interni, attraverso la Prefettura, noi ci rendiamo conto della urgenza di procedere a questa riorganizzazione periferica della Sanità. Il potenziamento degli Uffici, naturalmente dovrà avvenire secondo un criterio proporzionato al numero degli abitanti di ogni provincia; ciò vorrà dire aumento dei quadri periferici e creazione dei ruoli amministrativi ad essi assegnati. Questo aspetto della organizzazione periferica dovremmo approfondirlo nel successivo esame dello stato di previsione.

Per ora è solo da mettere in rilievo come i medici ed i veterinari provinciali si debbano servire dei servizi amministrativi della Prefettura, distraendo i funzionari della stessa dai loro compiti istitutivi per avere la possibilità di esplicitare in qualche modo, più o meno perfetto, il loro compito.

STATO DI PREVISIONE

Lo stato di previsione del Ministero della sanità, stando alla nota preliminare e alla tabella riassuntiva per titoli e categorie, denuncia una spesa di lire 43.882.815.000, di cui lire 43.882.765.000 di spese effettive e lire 50.000 di spese straordinarie con un incremento di lire 1.870.115.000 rispetto allo sta-

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

to di previsione dell'amministrazione sanitaria per l'esercizio in corso. Se si aggiungono i 500 milioni destinati alla profilassi della poliomielite iscritti nell'apposito fondo speciale del Ministero del tesoro l'incremento dei fondi a disposizione del Ministero della sanità sale a lire 2.370.115.000.

Praticamente si ripete anche in questo stato di previsione la pesantezza della situazione finanziaria del vecchio A.C.I.S., e non si può certamente affermare che esso sia adeguato alle esigenze del nuovo sviluppo dell'amministrazione sanitaria.

Si è ritenuto necessario, comunque, in armonia a quanto viene praticato dagli altri Dicasteri di ripartire gli stanziamenti secondo la seguente classificazione:

- 1) Spese generali;
- 2) Debito vitalizio e trattamento similari;
- 3) Assegnazioni agli enti vigilati;
- 4) Spese per l'igiene pubblica ed Ospedali;
- 5) Spese per le malattie sociali;
- 6) Spese per i servizi farmaceutici;
- 7) Spese per i servizi veterinari;
- 8) Spese per la propaganda sanitaria e le attività culturali, contributi alle organizzazioni internazionali;
- 9) Istituto superiore di sanità.

Trattandosi del primo stato di previsione del nuovo Ministero, il vostro relatore è del parere che ogni rubrica, se non ogni capitolo, debba essere convenientemente illustrata e sottoposta ad un esame approfondito.

1) SPESE GENERALI

Imputate in 39 capitoli di spesa ammontano a lire 2.785.200.000, con un aumento di lire 251.950.000, rispetto all'esercizio in corso, lire 2.375.600.000 sono stipendi, assegni fissi,

paghe, compensi di lavoro straordinario, etc. al personale; lire 409.600.000 sono spese per i servizi, di cui lire 98.000.000 sono investimenti patrimoniali e lire 110.000.000 sono destinati all'affitto dei locali. Del maggior stanziamento di lire 251.950.000, lire 114.300.000 vanno riferiti al personale e lire 137.650.000 ai servizi.

Dall'esame degli stanziamenti della voce spese generali, viene subito da rilevare come nella preparazione di questo stato di previsione si sia disatteso da un preciso dettato della legge 13 marzo 1958, numero 296, che al secondo comma dell'articolo 8 recita:

« Il Governo della Repubblica è delegato a provvedere nel termine di un anno nei modi previsti dal precedente articolo alla revisione dei ruoli predetti e della carriera, apportandovi tutte le modifiche necessarie per adeguarli alle esigenze dei servizi del Ministero della sanità.

Ora l'anno di cui si parla scade il 15 agosto 1959 e cioè appena un mese e mezzo dopo l'inizio del nuovo esercizio, di modo che i nuovi ruoli che andranno ad essere istituiti dopo tale data non trovano copertura alcuna in bilancio.

E non è che il Governo non se ne sia preoccupato, di questa revisione, tanto è vero che con decreto interministeriale del 4 dicembre 1958 fu istituita una commissione per la revisione dei ruoli organici del Ministero della sanità, commissione che, a quanto risulta al vostro relatore, ha assolto il suo compito e presentato, o sta per presentare, al Ministro una relazione con i risultati del suo lavoro.

Per rendersi conto esattamente della situazione tutt'altro che rosea è utile prendere conoscenza del quadro riportato alla pagina seguente.

Il Ministero della sanità dispone, attualmente dei seguenti ruoli organici tutti di carriera tecniche:

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

1) Ruolo carriera direttiva dei medici	posti n. 317
2) Ruolo carriera direttiva dei veterinari	» » 188
3) Ruolo carriera direttiva dei chimici	» » 10
4) Ruolo carriera di concetto delle Ass. San. Visitatrici	» » 17
5) Ruolo carriera esecutiva delle Ass. San. Visitatrici	» » 200
6) Ruolo carriera esecutiva degli applicati tecnici	» » 19
7) Ruolo carriera esecutiva degli assistenti tecnici	» » 35
8) Ruolo carriera ausiliaria delle guardie di sanità	» » 156
	<u>posti n. 942</u>

Dispone, altresì, dei seguenti ruoli tecnici ad esaurimento:

1) Ruolo aggiunto direttivo dei medici (ex M.A.I.) . .	47
2) Ruolo aggiunto direttivo dei medici (ex R.S.T.) . .	3
3) Ruolo aggiunto direttivo dei veterinari (ex M.A.I.) .	6
4) Ruolo aggiunto direttivo dei chimici	1
5) Ruolo aggiunto direttivo degli ingegneri	4
6) Ruolo aggiunto esecutivo delle assistenti sanitarie	21
7) Ruolo aggiunto esecutivo delle ostetriche	28
8) Ruolo aggiunto esecutivo degli applicati tecnici . .	2
9) Ruolo aggiunto ausiliario delle guardie di sanità . .	4

116

Al personale tecnico di ruolo va aggiunto il personale tecnico non di ruolo, contrattisti, avventizi temporanei in numero di 166.

I ruoli delle carriere amministrative mancano del tutto e, quindi, si è continuato ad utilizzare, per i servizi amministrativi centrali, il personale del Ministero dell'interno,

del quale faceva parte l'antica Direzione generale di sanità pubblica.

Detto personale è così ripartito:

1) carriera direttiva	39
2) carriera di concetto	17
3) carriera esecutiva	68
4) carriera ausiliaria	23
	<u>147</u>

Al personale di ruolo del Ministero dello interno debbono aggiungersi i numerosi impiegati non di ruolo, assunti in Sicilia dal Governo militare alleato, dall'A.C.I.S. al centro, nonchè le unità provenienti dal disciolto M.A.I. Ripartiti in diversi ruoli e categorie assommano a 513 unità.

Riepilogando, esistono presso il Ministero della sanità 25 ruoli organici tecnici ed amministrativi nonchè varie categorie di personale (nuovi direttori generali, impiegati distaccati del Ministero dell'interno e da altre amministrazioni, contrattisti e salariati) con complessive 1.884 unità.

Infine, richiamandoci a quel che abbiamo detto prima, si deve ricordare come in periferia diano la loro collaborazione al medico e veterinario provinciale varie centinaia di impiegati distaccati degli Enti locali, (vigili sanitari, applicati, uscieri); per di più un nu-

mero imprecisato, difficile a valutarsi, ma comunque notevole, di impiegati delle Prefetture, principalmente di carriera direttiva e ragioneria, presta opera esclusiva o parziale per i servizi di sanità pubblica, anche se non direttamente alle dipendenze del medico provinciale.

È comunque logico, e si comprende come occorre dare un assetto organico a tale complesso di eterogenea provenienza, e perciò di difficile e complicata amministrazione, rivendendone l'entità e la composizione dei ruoli e delle carriere e apportandovi tutte le modifiche necessarie per adeguarli quantitativamente e qualitativamente alle esigenze dei servizi del Ministero.

Nei nuovi ruoli dovranno trovare luogo disposizioni transitorie che permettano di inquadrare il personale di ruolo aggiunto non di ruolo e salariato e il personale distaccato, il cui disagio per essersi trovati in posizioni precarie per tanto tempo finisce per ripercuotersi sul rendimento e sui servizi.

Contemporaneamente alla revisione dei ruoli, bisognerà certamente preoccuparsi della riorganizzazione degli uffici periferici, come detto prima.

Dall'esame dei nuovi compiti del Ministero e dall'esame della situazione esistente, la Commissione per la revisione dei ruoli sembra sia arrivata alla conclusione che i ruoli organici dovrebbero essere per lo meno raddoppiati con un modico aumento delle carriere direttive tecniche, con un massiccio aumento dei ruoli direttivi amministrativi che da cinquantanove, come sono attualmente, dovrebbero salire ad oltre trecento. L'aumento maggiore però dovrebbe essere apportato ai ruoli delle carriere di concetto che, unitamente ai ruoli delle carriere esecutive, sono i più carenti.

Ora è giustificata in pieno questa richiesta della Commissione, quando si pensa che gli Uffici sanitari periferici del Ministero, uffici del medico provinciale e veterinario provinciale, se vengono modicamente potenziati dal punto di vista tecnico, debbono essere notevolmente potenziati per quanto riguarda il settore amministrativo.

Naturalmente, gli Uffici amministrativi serviranno in comune tanto all'ufficio del medico provinciale quanto all'ufficio del veterinario provinciale e dovranno perciò, avere a disposizione oltre al direttore di divisione amministrativo dei consiglieri e segretari amministrativi, dei segretari contabili, stenodattilografi, uscieri, in numero adeguato eccetera. Solo potenziando gli uffici periferici del Ministero, sarà possibile quell'opera feconda di capillarità, tanto utile e necessaria all'assolvimento dei compiti istituzionali del Ministero.

Da questo esame, sia pure sommario, ci si rende conto come gli stanziamenti imputati nei trentanove capitoli che interessano le spese generali siano assolutamente insufficienti, e sarà necessario provvedere affinché questo stanziamento venga per lo meno raddoppiato, se non in questo esercizio, in quelli successivi. Intanto, però, in considerazione che indubbiamente già nell'esercizio 1959-60 il nuovo organico, almeno in parte, troverà realizzazione, sarà necessario — a giudizio del vostro relatore — che il Governo provveda ad uno stanziamento di almeno 600 milioni per le necessità di detto esercizio.

Dovendo infatti il Governo provvedere, come si è già detto, al nuovo organico entro il 15 agosto 1959, sarà necessario — pur ammettendo che tra approvazione dell'organico, bando ed espletamento dei relativi concorsi trascorra un certo lasso di tempo, e parte dell'esercizio sarà passato — siano messi a disposizione del Ministero della Sanità, nel modo che il Governo crederà più opportuno, i fondi necessari per quella parte dei nuovi ruoli che entreranno in funzione nello scorcio di esercizio, fondi che il vostro relatore, ripete, crede di poter valutare in 600 milioni circa.

Non è possibile chiudere l'esame di questa rubrica senza ricordare la necessità di dotare i magazzini di materiale profilattico dell'attrezzatura necessaria per la buona conservazione del materiale depositato, pena il suo deterioramento. Ora se si pensa che il magazzino centrale di Roma, costituito di ben 14 padiglioni siti su un'area di 30.000 metri quadrati, custodisce materiale per oltre

due miliardi di lire, e che non è il solo, esistendone altri sei opportunamente dislocati nelle regioni del continente e delle isole, ci si rende conto dell'eseguità della cifra in bilancio per questo scopo (5.000.000).

Anche lo stanziamento del capitolo 20 (4.500.00) per l'indennità per le missioni all'estero è veramente insufficiente, se consideriamo quanti e quali sono i compiti e gli obblighi del Ministero della Sanità in campo internazionale.

Tale stanziamento, molto modesto, consente unicamente la partecipazione a quelle riunioni internazionali di organismi ufficiali quali O.M.S., Comitato Epizoozie, Commissioni stupefacenti, O.N.U., alle quali l'Amministrazione sanitaria è tenuta a partecipare.

Non è possibile per la limitatezza dello stanziamento assicurare la partecipazione di funzionari tecnici ai lavori dei Congressi internazionali che interessano direttamente la Sanità.

Ancora una parola sullo stanziamento di fondi per la biblioteca del Ministero e degli uffici periferici.

Lo stanziamento di 2 milioni è risultato sempre insufficiente per rifornire la Biblioteca centrale dei libri più aggiornati e delle riviste mediche nazionali ed estere più interessanti, nonchè per assicurare la distribuzione agli Uffici dei medici provinciali delle più importanti riviste periodiche di igiene e medicina preventiva.

Pertanto, ci si è dovuti sempre limitare a mantenere intatto quest'ultimo programma, che incide per il 71 per cento dello stanziamento, limitando al massimo l'acquisto di nuovi libri. Con la recente autonomia degli Uffici sanitari provinciali si rende indispensabile fornire gli Uffici periferici almeno delle raccolte più aggiornate di legislazione sanitaria, cosa che con l'attuale stanziamento è materialmente impossibile.

2) DEBITO VITALIZIO E TRATTAMENTI SIMILARI

In tale rubrica si sono comprese le spese relative alle pensioni ordinarie ed assegni di caroviveri, che con la costituzione del nuovo Ministero dovranno far carico al bilancio competente.

Il maggior stanziamento di 58 milioni rispetto all'esercizio in corso, in parte (6 milioni) è attuato in applicazione della legge 15 febbraio 1958, n. 48, concernente le norme sulle pensioni ordinarie a carico dello Stato, in parte (52 milioni) quale previsto maggior fabbisogno.

Le considerazioni fatte per la rubrica precedente, soprattutto per quanto riguarda i nuovi ruoli, valgono *mutatis mutandis* anche per questa.

3) ASSEGNAZIONI AGLI ENTI VIGILATI

La spesa iscritta in questa rubrica (capitoli 43-47) ammonta a lire 12.815.000.000, segnando un incremento di 560 milioni rispetto all'esercizio in corso, incremento ripartito fra l'O.N.M.I. per 500 milioni e la C.R.I. per 60 milioni.

Si deve dare atto al Governo di tale incremento come di una confortante dimostrazione di buona volontà. Tuttavia tale incremento è ancora ben lontano dal sopperire, in maniera sufficiente, alle reali necessità degli Enti iscritti in questa rubrica.

Lo stesso relatore al bilancio del Tesoro ha creduto di dover spezzare una lancia nella sua relazione, in favore dell'Opera nazionale maternità ed infanzia che versa in un cronico marasma economico.

L'attuale critica situazione finanziaria dell'O.N.M.I. rappresenta il problema centrale che domina tutta la vita ed il funzionamento dell'Ente.

Finchè non sarà assicurata tempestivamente all'opera la necessaria sufficienza finanziaria, ogni possibilità di ulteriore sviluppo è destinata a rimanere allo stato di semplice aspirazione, mentre tutte le attività resteranno paralizzate da incertezze e dannose restrizioni.

Il contributo statale, che costituisce la quasi totalità delle entrate dell'O.N.M.I. è stato sempre notevolmente inferiore al fabbisogno, tanto è vero che il Governo è intervenuto con continui contributi straordinari per impedire che l'Opera subisse una involuzione che mal si concilierebbe con i vasti compiti di carattere sociale che le sono stati commessi dallo Stato e che si concretano nell'obbligo di diffondere, sempre più larga-

mente, le sue prestazioni materiali ed i suoi insegnamenti di ordine sanitario, sociale e morale, fino a raggiungere i più lontani strati della popolazione, in modo così da conseguire risultati pratici sempre più efficienti e duraturi.

Ciò che maggiormente influisce sull'attuale critica situazione finanziaria dell'Opera, è rappresentato dall'aumento progressivo ed incontenibile della spesa occorrente per l'assistenza agli illegittimi riconosciuti dalla sola madre, spesa che viene effettuata dalle Amministrazioni provinciali, salvo il rimborso di un terzo da parte dell'Opera.

Tale onere, in questi ultimi anni, ha avuto un incremento assolutamente impreveduto e vertiginoso, essendo passato dai 440 milioni del 1951 a ben lire un miliardo e 800 milioni nel 1957, e supererà certamente i due miliardi nel 1958.

Tutto ciò, naturalmente, va a discapito della vera assistenza diretta che l'Opera deve fare, nè è possibile arginare o controllare tale spesa, in quanto il servizio, come si è detto, è disimpegnato direttamente dalle Amministrazioni provinciali e l'Opera interferisce solo col rimborso del terzo della spesa su presentazione delle contabilità; quindi la sua funzione in questo settore è quella di un semplice cassiere.

L'Opera, inoltre, si trova nella impossibilità di corrispondere alle incalzanti, fondatissime richieste delle Federazioni provinciali le quali, non potendo garantire il funzionamento delle istituzioni già esistenti, si troveranno nella dolorosa necessità di dover adottare drastici provvedimenti di chiusura di consultori, asili-nido, refettori, case madri bambino e di altri centri assistenziali e sanitari, pur tanto utili quando non anche indispensabili.

È d'uopo, pertanto, che la situazione finanziaria dell'Opera, sia affrontata e risolta decisamente con spirito realistico, tenendo ben presenti i compiti che essa deve svolgere e le finalità che deve conseguire, per non compromettere seriamente tutto quanto finora è stato fatto in favore delle madri e dei bambini d'Italia.

Analoga situazione si verifica per la Croce rossa italiana che oltre ai compiti istituzionali svolge attività a carattere eminentemente sanitario di particolare importanza ed ampiezza.

Basti ricordare, oltre al servizio trasporto infermi, il servizio di pronto soccorso con 700 autoambulanze, 114 ambulatori di pronto soccorso e 158 ambulatori scolastici di cui 35 odontoiatrici.

La gestione di questo servizio è particolarmente onerosa in quanto, a prescindere dal periodico rinnovo degli automezzi, ogni ambulatorio, quale più quale meno, richiede la sostituzione periodica di apparecchiature chirurgiche e del materiale di medicazione. Nè si può poi dimenticare il Centro nazionale trasfusione sangue ed i 20 Centri trasfusionali ospedalieri, dislocati un po' dovunque soprattutto però a Roma. (Il Centro nazionale è uno dei due Centri trasfusionali che è dotato, come quello dell'A.V.I.S. di Milano, di attrezzature capaci di produrre plasma liofilizzato).

Altre istituzioni sanitarie della C.R.I. sono sanatori, ospedali, tra cui quello di Malcesine specializzato per la cura degli esiti di poliomielite e forme osteoarticolari, ed i tre centri di educazione motoria per i discinetici di Roma, Firenze e Albino (Bergamo), preventori e colonie in numero di 16, eccetera.

Per quanto riguarda i contributi a favore dell'Istituto « Regina Elena » per la lotta contro il cancro e dell'Ospedale di « S. Maria e San Gallicano » per la lotta contro le malattie veneree, nessuna variazione è avvenuta in quanto fissati per legge (legge 27 marzo 1953, n. 245).

Anche il contributo allo stabilimento termale « Carlo Alberto » di Acqui è rimasto invariato, anche se le previsioni di aumento di ricoveri di ammalati di reumatismo, in conseguenza anche dell'ampliamento dello stabilimento stesso, oltrechè per l'aumento continuo delle infezioni reumatiche, avrebbero dovuto consigliarne la maggiorazione.

Il vostro relatore valuta a 3 miliardi le ulteriori necessità degli Enti vigilati.

4) SPESE PER L'IGIENE PUBBLICA E OSPEDALI

L'importanza di questo settore del bilancio in esame è tale da richiedere di soffermarsi un po' e considerarlo da vicino, magari capitolo per capitolo.

Lo stanziamento totale dei 7 capitoli (dal 48 al 54 incluso) che riguardano i servizi amministrati dalla Direzione generale dei servizi dell'igiene pubblica degli Ospedali, è di lire 3.147.000.000 e segna un incremento di soli 165 milioni rispetto all'esercizio in corso. Vediamone da vicino i dettagli.

Capitolo 48: lire 950.000.000.

Con i fondi di detto capitolo si deve:

1. — Provvedere ad integrare e sussidiare l'opera degli Enti locali nella lotta contro le malattie infettive; lotta alla quale i Comuni sarebbero tenuti, a norma dell'articolo 91, lettera C, n. 15 del regio decreto 3 marzo 1934, n. 383. La necessità di tale intervento deriva da due ordini di fattori: in primo luogo dalla difficile situazione finanziaria in cui attualmente versano molti di detti Enti locali, che si trovano, pertanto, nell'impossibilità di destinare fondi adeguati ai normali servizi di profilassi, le cui esigenze, come ben si sa sono in continuo aumento; in secondo luogo, dal manifestarsi improvviso e purtroppo frequente di necessità eccezionali, che superano le normali previsioni di bilancio, anche di comuni non deficitari, date le notevoli spese che episodi epidemici infettivi comportano, per le caratteristiche epidemiologiche delle malattie contagiose.

Si deve aggiungere che, il verificarsi di tali episodi, esige una tempestività di interventi che non può avere luogo se non con l'immediato pagamento di sussidi da parte dello Stato.

Va tenuto inoltre presente che al Ministero della sanità spetta il compito di organizzare e finanziare attività di portata e di interesse nazionale, nel campo delle indagini scientifiche, volte allo studio della epidemiologia e della profilassi delle malattie infetti-

ve, al fine di perfezionare i mezzi di difesa, come pure di svolgere un intenso e ininterrotto lavoro nel settore della propaganda igienica, con mezzi che non sono alla portata degli enti locali, onde creare nel popolo una coscienza igienica che lo renda consapevole dell'importanza delle misure di profilassi e attivo partecipe della loro applicazione.

In particolare si tratta di intensificare e potenziare la lotta contro le malattie infettive, ancora notevolmente diffuse.

Infezioni tifo-paratifiche, di cui si registrano ancora oltre 20.000 casi all'anno. Per questa malattia sono necessari, oltre che aiuti ai Comitati tecnici per la lotta contro le infezioni, vaccinazioni preventive specifiche per certe categorie di persone; estensione delle ricerche microbiologiche, per la ricerca di portatori di agenti infettivi, fra tutti coloro che possono costituire, in ragione alle mansioni che esercitano, fonti di contagio; la installazione di apparecchi per la depurazione dei molluschi eduli; intensificazione dei servizi di vigilanza annonaria; eliminazione di deficienze igieniche nello scarico dei liquami luridi; obbligo di spedalizzazione di ammalati in particolari condizioni di antiigienicità dell'ambiente domestico; obbligo della contumacia dei portatori in determinate circostanze; propaganda igienica presso le popolazioni; potenziamento e perfezionamento dei servizi di accertamento diagnostico; distribuzione agli aventi diritto dei moderni presidi di terapia antibiotica.

Brucellosi, si registrano circa 8.000 casi all'anno, per i quali è necessario generalizzare la spedalizzazione delle persone colpite, ai fini di assicurare un idoneo trattamento terapeutico di questa infezione a lungo decorso e resistenza alla chemioterapia.

Nei Comuni maggiormente colpiti, poi, si devono creare, previa approvazione del progetto centri di bollitura del latte destinato ad uso alimentare. Per la creazione di tali centri è prevista la concessione di aiuti. Intensificare la disinfezione dei locali e dei materiali che possono venire in causa per la diffusione di tale malattia.

Altra malattia contagiosa che arriva a 10.000 casi all'anno circa è la *difterite*, che presenta la particolarità di uno spostamento

della morbosità verso le classi di età più elevata; fenomeno questo che impone la necessità di attuare il rinforzo dell'immunità, mediante iniezioni di richiamo a varie età, con interventi da attuarsi in occasione della ammissione dei soggetti nella collettività, o con interventi in occasione di manifestazioni epidemiche.

Anche la profilassi del *tetano* rappresenta problema di attualità dato il progressivo aumento delle lesioni traumatiche causate da sciagure ed infortuni sul lavoro, problema che deve essere affrontato senza indugio, mediante la diffusione della vaccinazione preventiva specifica, da praticarsi sia dalla nascita che nei successivi periodi della vita. La media dei vaccinati contro l'infezione tetanica è di circa due milioni per anno.

Non va poi dimenticata l'*anchilostomiasi*, forma infettiva che interessa soprattutto la popolazione rurale dell'Italia meridionale ed insulare, la cui diffusione appare sempre più estesa, mano a mano che si moltiplicano le ricerche in materia, tanto che oggi invece di « malattia dei minatori » si potrebbe chiamare « malattia dei contadini ». La lotta contro la anchilostomiasi, legata essenzialmente al fattore suolo, può essere validamente condotta, oltre che con la disinfezzazione dei portatori, anche con una particolare bonifica del terreno, attuata con idonei disinfestanti.

Qui è il caso di ricordare che se le malattie batteriche sono nel complesso in diminuzione, il contrario può dirsi per le malattie di origine virale, che richiedono, per il loro accertamento, attrezzature e personale specializzato; di qui l'obbligo della amministrazione sanitaria di potenziare le attrezzature necessarie a tale scopo creando in ogni regione un centro per lo studio delle infezioni da virus.

2. — Provvedere all'acquisto del materiale profilattico, potabilizzatori, disinfestanti, vaccini, ecc. Basterà sottolineare al riguardo le sole esigenze in fatto di vaccino antipolio-mielitico. Per far fronte alle richieste di detto vaccino, il Ministero, nel corrente esercizio, esaurita la voce di bilancio corrispondente, ha dovuto richiedere, ed ha ottenuto,

una integrazione di 650 milioni ed ha avanzato richiesta per una ulteriore integrazione straordinaria di un miliardo di lire. La recrudescenza di questa forma morbosa, appalesatasi in questo scorcio di stagione, anche negli stessi Stati Uniti di America dove la vaccinazione antipolio ha avuto una applicazione quasi totale, deve preoccupare, come ha preoccupato, la nostra amministrazione sanitaria tanto da indurla a provvedere il vaccino necessario in milioni di dosi per una più massiccia vaccinazione dei nostri ragazzi. Soltanto che questa spesa è tale da esaurire completamente tutte le disponibilità non solo di questo capitolo di bilancio, ma anche degli altri sei di questa rubrica, e ancora non bastano.

3. — Provvedere a promuovere e sussidiare la istituzione di centri trasfusionali. Di fronte all'importanza sempre maggiore che va assumendo nella terapia l'impiego del sangue umano e dei suoi derivati, sta una situazione dei servizi trasfusionali che, seppure ha subito notevoli miglioramenti negli ultimi anni, è ancora lungi dall'essere soddisfacente. I Centri trasfusionali dal 1950 a oggi sono passati da due a 190. Lo stanziamento per far fronte alle reali necessità di detto servizio è stato portato da 13 milioni nel 1950 a 145 milioni. Si deve però tener presente che il solo Centro nazionale della trasfusione della Croce Rossa Italiana, assorbe più di un terzo di detta cifra. Non è il caso qui di fare la storia della organizzazione del servizio trasfusionale in Italia, merito indiscusso dell'A.V.I.S., che ne dette inizio fin dal 1927.

Non è il caso di ricordare le varie leggi e decreti emanati in proposito.

Quel che bisogna soprattutto tener presente è il fatto, ripetiamolo, del sempre maggior impiego di questa terapia, anche per l'intensificarsi di gravi incidenti dovuti al traffico stradale in continuo aumento.

Oggi esistono due grandi centri trasfusionali che hanno attrezzature capaci di produrre plasma liofilizzato, quello della Croce Rossa Italiana di Roma e quello dell'A.V.I.S. di Milano.

Oltre ai due, bisognerà pensare seriamente a crearne altri; uno nell'Italia meridionale a Bari, uno in Sardegna a Cagliari e uno in Sicilia a Palermo. Oltre a questi centri maggiori, bisognerà promuovere la istituzione di Centri trasfusionali non solo negli ospedali dei capoluoghi di provincia, ma anche negli ospedali di circondario, affinché la materia prima, il sangue, sia sempre pronta e disponibile in ogni contingenza. Questo, naturalmente, presuppone la creazione di una coscienza trasfusionale nella popolazione ed è perciò ammirevole e commendevole l'opera dell'A.V.I.S. che si adopera con scarsissimi mezzi alla creazione di questa coscienza trasfusionale. Bisogna aiutarla in questa sua fatica e metterla in grado di poter svolgere un coordinato lavoro di propaganda per illustrare alla popolazione con tutti i mezzi (stampa, radio, TV, cinema, ecc.), l'utilità, anzi l'assoluta necessità e diremmo la santità della donazione, ai fini di un tempestivo ed utile intervento della trasfusione di sangue. È una lacuna, questa della propaganda, non riempita da nessuna legge. Bisogna provvedere, se vogliamo far sì che, attraverso una coscienza trasfusionale maggiormente diffusa, anche nell'Italia meridionale ed insulare, sorgano i servizi e sorgano soprattutto schiere generose di donatori di sangue.

Un'altra concreta proposta dovrà essere esaminata ed accolta favorevolmente, quella cioè di determinare il gruppo sanguigno degli alunni delle scuole elementari in occasione della vaccinazione obbligatoria. Con questa iniziativa sarà possibile, entro un certo numero di anni, ottenere la classificazione del gruppo sanguigno di tutta la popolazione, gruppo sanguigno che dovrebbe essere tatuato sul corpo, facilitando enormemente il compito dei sanitari. Vanno d'altro canto ancora tenute presenti le necessità assistenziali che sempre in questo settore dei servizi trasfusionali vanno emergendo, a seguito del censimento delle emopatie congenite; la necessità di stimolare la istituzione anche nel nostro Paese di centri di studio per le nuove terapie, per la cura dei colpiti da radiazioni ionizzanti e dei leucemici, e infine la necessità di costituire scorte di plasma ai fini della difesa civile. Tutto que-

sto, naturalmente, non rimarrà che un pio desiderio, dato lo stanziamento veramente irrisorio per questo servizio. Basti pensare che un centro trasfusionale comporta in media una spesa di 10 milioni, spesa che le amministrazioni ospedaliere non sono in grado di affrontare con i soli loro mezzi.

4. — Promuovere e sussidiare l'istituzione di ambulatori odontoiatrici scolastici. La necessità di organizzare sul piano nazionale la lotta contro la carie dentaria che incide dall'80 al 95 per cento sulla nostra popolazione, è stata particolarmente sentita nel dopoguerra dalla amministrazione sanitaria, che fino dal 1949-50 mise a disposizione dell'A.C.I.S. 30 milioni.

La insufficienza dei fondi, data la notevole diffusione della malattia, è palese. Su essa è stata richiamata l'attenzione del Governo dall'onorevole D'Ambrosio con un ordine del giorno svolto nella seduta della Camera dei deputati del 27 marzo 1957. In esso, lamentata l'altissima percentuale dell'infanzia affetta da carie dentaria, si chiedeva che lo stanziamento di bilancio fosse centuplicato. Il Governo accettò l'ordine del giorno predetto; lo stanziamento, però rimase tale e quale.

Il servizio di profilassi della carie dentaria nella popolazione scolastica è da tempo organizzato in modo più o meno efficiente nei grossi Comuni, ma è inesistente nei medi e piccoli Comuni che, come è noto, comprendono circa due terzi della popolazione italiana. Il vostro relatore si esime dall'intrattenersi sull'importanza della cura e dell'igiene dell'apparato masticatorio; nè vuole tediarsi parlando delle complicazioni locali quali ascessi e osteiti dei mascellari, eccetera e delle ripercussioni generali sulla salute, a distanza; processi che vanno sotto il nome di *oral sepsis*.

Infine, sempre in questo capitolo, si deve provvedere a sussidiare il funzionamento delle scuole convitto per infermiere professionali e delle scuole per infermieri generici, nonchè ad assicurare la frequenza delle prime con la erogazione di borse di studio. Per far fronte al complesso delle attività succitate, sotto i punti 1, 2, 3, 4, dovrebbero

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

bastare i 965 milioni stanziati, senza tener conto che 300 di questi sono da considerarsi spese di investimenti per l'acquisto di materiale sanitario, per la attrezzatura di reparti di isolamento, di laboratori profilattici e centri epidemiologici. È evidente che si vuol ottenere l'impossibile.

Capitolo 49: 81 milioni, destinati al finanziamento dei servizi quarantenari, ai quali è affidato il compito della difesa del Paese dalla introduzione attraverso le frontiere marittime, aeree e terrestri di malattie esotiche: peste, colera, febbre gialla, vaiolo, tifo esantematico.

Basta pensare alla posizione dell'Italia situata al centro del bacino Mediterraneo, per comprendere come essa sia esposta da ogni lato al rischio dell'importazione di malattie quarantenarie, dato che sul Mediterraneo si affacciano Paesi ove alcune delle suddette malattie hanno ancora il loro *habitat* (vaiolo nel Medio Oriente, tifo esantematico nell'Africa del Nord).

Per non parlare della rapidità del traffico moderno, con possibilità di spostamento in 24 e 15 ore dall'Estremo Oriente e dall'Africa equatoriale — luoghi dove esistono focolai attivi di malattie infettive e quarantenarie — all'aeroporto intercontinentale di Roma. Comunque, i fondi a disposizione sono ritenuti sufficienti.

Capitolo 50: 450 milioni.

I fondi stanziati per la lotta contro la malaria hanno subito negli ultimi anni una progressiva decurtazione (da più di un miliardo nell'esercizio 1953-54, ai 550 milioni dell'esercizio 1958-59 e ai 450 milioni che figurano nello stato di previsione in esame) senza che si sia verificata una corrispondente riduzione dei costi, tanto è vero che l'amministrazione sanitaria ha dovuto impegnare per ogni campagna di lotta parte dei fondi disponibili nell'esercizio finanziario successivo.

Qui è il caso di ricordare che, se è vero che sono stati eliminati quasi del tutto i casi di malaria contratti nel territorio nazionale, persistono, in larga parte delle zone malariche, le condizioni telluriche e di ser-

batoio di parassiti malarici che rappresentano fattori sufficienti per un rifiorire della endemia malarica qualora i trattamenti disinfestanti e le misure di sorveglianza fossero compressi al disotto di un limite invalicabile.

Capitolo 51: 1 milione.

Coi fondi in parola si dovrebbe provvedere alle spese per le missioni effettuate nelle varie provincie dai medici provinciali e dai radiologi, che, ai sensi dell'articolo 4 del regio decreto 28 gennaio 1935, sono tenuti ad ispezionare ogni biennio tutti gli impianti di radiologia e di radiografia per assicurarsi che l'uso di strumenti e materiale che emettono radiazioni ionizzanti abbia luogo in modo da evitare complicazioni alla salute del personale e dei pazienti. Il numero di tali impianti è andato e andrà sempre più aumentando; ha già superato la ragguardevole cifra di 8.300 impianti per il sempre maggiore ricorso che si fa nella pratica della medicina agli accertamenti radiologici e per il crescente uso della radium-terapia in rapporto all'aumento soprattutto delle forme neoplastiche.

Il controllo naturalmente va esteso anche a tutte le sorgenti di radiazioni ionizzanti. Questo nell'interesse non soltanto degli studiosi o dei professionisti specializzati, ma data l'estensione della applicazione dell'energia nucleare ai fini di pace, nell'interesse di tutta la popolazione.

Esiste infatti la possibilità della contaminazione dell'ambiente in generale e in particolare dell'aria, del suolo, delle acque superficiali e telluriche e di conseguenza degli alimenti stessi. Problema che acquista ogni giorno più larga portata per la pubblica salute. È chiaro ed evidente che per tali ispezioni sono necessari gli idonei strumenti, contatori Geiger che non sono ancora in dotazione del Ministero della sanità. Anche questo capitolo di bilancio va perciò incrementato di almeno 50 milioni.

Capitolo 52. — 300 milioni.

Coi fondi di detto capitolo la sanità pubblica deve rimborsare il Ministero della di-

fesa-marina delle spese sostenute per la fornitura di acque ai Comuni isolani. Ogni anno avvengono contestazioni fra il Ministero della sanità e il Ministero della marina. La cosa però non riveste notevole importanza, anche perchè la fornitura ad alcune isole non avviene più, essendosi provveduto con acquedotti.

Capitolo 53. — 1.300.000.000.

300 milioni in più dell'esercizio in corso. Sono però sempre pochi. Va ricordato infatti che nell'esercizio passato, nel quale si disponeva di un miliardo, è stata concessa un'assegnazione straordinaria di 900 milioni, con la quale è stato possibile sanare quasi completamente la passività venutasi a creare verso gli appositi centri di recupero degli affetti da postumi di poliomielite fino al 30 giugno 1958, e che nell'esercizio in corso, dato lo sfavorevole andamento della malattia, per cui il numero dei casi si è più che raddoppiato nel 1958, il miliardo stanziato è stato già esaurito nel primo semestre, onde si dovrà chiedere una assegnazione straordinaria di un altro miliardo.

È da prevedersi che per l'esercizio di cui al bilancio di previsione in esame, dato il noto fenomeno del cumulo degli ammalati determinato dal fatto che la cura dei poliomielitici non si esaurisce nel corso di un solo esercizio finanziario, sarà necessario provvedere con ulteriori stanziamenti straordinari di qualche miliardo.

Capitolo 54. — 50 milioni. - sufficienti.

Da quanto sopra esposto per questo settore della sanità pubblica emerge chiara la necessità di un incremento ulteriore di questi stanziamenti di almeno 5 miliardi.

5) MALATTIE SOCIALI.

Sotto questa voce, o meglio rubrica, sono previsti gli stanziamenti necessari per il settore più aderente alle moderne accezioni della tutela della salute pubblica, intesa come sicurezza sociale oltre che come assistenza sanitaria.

Gli stanziamenti in essa previsti, iscritti in 15 capitoli (dal 55 al 59) assommano a lire 21.530.000.000, con un incremento di 508 milioni e 800 mila lire rispetto all'esercizio in corso.

Capitolo 55. — lire 740.000.000. - Malattie veneree:

Lo stanziamento di questo capitolo è rimasto invariato; enormemente aumentati sono invece gli adempimenti ai quali, a norma della legge 25 luglio 1956, n. 837, che riforma l'azione per la profilassi delle malattie veneree, è tenuto il Ministero.

L'entrata in vigore poi della legge Merlin per l'abolizione delle case chiuse e la conseguente riforma di tutta la legislazione, anche sanitaria, in materia di meretricio, ha reso necessaria una più attenta ed assidua vigilanza, allo scopo di individuare e stroncare con una azione sempre più specifica le fonti di contagio.

A questo vorrebbe provvedere la legge numero 837 affidando al Ministero della sanità questi compiti:

a) contribuire all'istituzione ed al funzionamento di consultori pre-matrimoniali;

b) stipulare convenzioni ed assegnare contributi alle cliniche dermosifilopatiche, agli Ospedali, eccetera, che ne facessero richiesta (settimo comma articolo 8);

c) istituire reparti spedalieri specializzati per la cura delle malattie veneree (primo comma articolo 20);

d) istituire e gestire dispensari governativi di porto per la profilassi e cura gratuita delle malattie veneree nei marittimi (articolo 11 e convenzione internazionale di Bruxelles del 1924);

e) assegnare premi ai medici condotti particolarmente distintisi nell'opera di profilassi e cura delle malattie veneree (terzo comma articolo 10);

f) spese relative agli esami sierologici ed altri accertamenti di laboratorio (secondo comma articolo 16);

g) visitare e curare gratis tutti gli ammalati di malattie veneree (articolo 3).

Dati questi adempimenti che il Ministero è tenuto ad assolvere, e la recrudescenza delle forme, soprattutto leuciche purtroppo in atto, fa sì che lo stanziamento del capitolo sia largamente insufficiente, e che vada almeno raddoppiato.

Lebbra:

Cap. 56. — Lire 30.000.000 (sussidi a cliniche ospedali, preventori);

Cap. 57. — Lire 170.000.000 (spese di ospedalità malati poveri);

Cap. 58. — Lire 120.000.000 con un incremento di lire 70.000.000 (sussidi giornalieri ad ammalati e familiari).

Malattia nota fin dalla più remota antichità. Diffusa ancor oggi in tutto il mondo (alcuni milioni di ammalati). In Asia 3 milioni; Africa 1.500.000; Australia 300.000; America Meridionale e Centrale 212.000; Europa 15-20.000 casi.

Nel nostro Paese i lebbrosi ammontano a 472, di cui 394 autoctoni. Fino al 1954 si conoscevano solo i pochi individui affetti dalla malattia che erano curati nei lebbrosari, ma solo a seguito della legge 29 ottobre 1954, n. 1047, che istituì il sussidio giornaliero per gli ammalati e per i loro congiunti, fu possibile reperirne altri che prima, anche per un comprensibile ritegno umano, non si erano fatti visitare.

Gli ammalati vengono isolati nei lebbrosari che possono assumere, anzi dovrebbero assumere, la veste di una colonia fatta di piccole casette in cui possono essere accolti quei nuclei familiari i cui componenti, o la maggior parte di essi, risultino affetti di lebbra. Naturalmente, per evitare il contagio si provvede a tenere gli ammalati sotto carica di medicamenti idonei, come i sulfoni o il nuovo derivato della tiourea che sarebbe molto meno tossico dei sulfoni. Il contagio avverrebbe nei primi anni della vita ed all'epoca della pubertà (sembra eccezionale dopo i 30 anni); ragione per cui si impone la creazione di preventori.

Tumori:

Cap. 59. — Lire 1.200.000.000, aumento di lire 300.000.000 (sussidi a Comuni, Province, Enti, Consorzi, per creazione centri diagnosi e cura);

Cap. 60. — Lire 50.000.000 aumento di lire 30.000.000 (corsi di preparazione scientifica ecc. per medici).

La lotta contro i tumori è regolata dall'articolo 336 del testo unico che eroga somme per:

a) favorire l'impianto ed il funzionamento di centri di accertamento diagnostico e di terapia e per l'acquisto di radio;

b) l'attuazione di corsi scientifici e pratici di addestramento per i medici.

La mortalità per cancro è ancora molto elevata, anche se scesa al terzo posto nella scala delle cause di morte con 60.000 morti all'anno.

Anche la morbilità presenta aspetti particolari, in quanto se le neoplasie non portano a rapido esito, richiedono sorveglianza continua e cure periodiche. La malattia di solito colpisce persone nella piena maturità ed attività produttiva, debilitandole in maniera notevole così da ridurne fortemente le capacità di lavoro. Ne deriva, dunque, anche un danno economico che non è solo individuale, ma di tutta la collettività.

È necessario, dunque, arrivare alla diagnosi più precoce possibile in modo da poter intervenire nelle primissime fasi del processo neoplastico per stroncarlo con i mezzi moderni a disposizione della scienza.

Il Ministero, a questo scopo, ha promosso una rete di centri di studio e cura, rete che va sempre più estesa, per assicurare la più larga e completa assistenza ai cancerosi anche oltre il termine concesso dagli enti di assistenza di malattia.

L'istituzione di questi centri è molto onerosa, soprattutto in considerazione dei costi elevati della loro attrezzatura diagnostica e terapeutica.

Qualche esempio:

apparecchi di roentgen-terapia 16-30 milioni;

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

apparecchi di teleterapia, come il beta-trone 100 milioni;

bomba radium fino a 94 milioni;

bomba al cobalto 50 milioni.

A questo va aggiunto il costo del bunker protettivo, ove tali apparecchi vengono installati, che si aggira sugli 8 milioni e mi pare che ciò basti per averne un'idea.

Inoltre, la conoscenza sia pure parziale di molti fattori oncogeni, specie di alcuni prodotti che si sviluppano da cicli di lavorazione industriale, l'aumento delle fonti di energia nucleare ed il loro impiego a scopi pacifici, l'osservazione che determinate cause ambientali sono concomitanti ad una aumentata incidenza delle neoplasie richiedono all'amministrazione sanitaria provvedimenti atti a studiare e prevenire ogni possibile causa, predisponente o favorente la insorgenza delle neoplasie.

Per studiare e prevenire soprattutto in questo campo, occorrono grandi mezzi e se a questo si aggiunge la necessità da parte dell'amministrazione sanitaria di intervenire nella maniera più larga possibile nella assistenza a favore degli infermi, ci si renderà conto come anche questi stanziamenti meritino un incremento proporzionato.

Per la lotta contro le microcitemie, sarebbe il caso di istituire un capitolo a sè, con stanziamento autonomo per il funzionamento del Centro studi di Roma, di sezioni periferiche, nonchè consultori rispettivi.

Tubercolosi:

Cap. 61. — Lire 500.000.000 (contributi per funzionamento dispensari antitubercolari);

Cap. 62. — Lire 15.000.000.000 (contributi per ricoveri degli ammalati di Tbc);

Cap. 63. — Lire 10.000.000, con aumento di 8.800.000 (sussidi per corsi di specializzazione);

Cap. 64. — Lire 2.400.000.000 (assistenza post sanatoriale).

In via preliminare è opportuno osservare che le spese per i servizi previsti ai ca-

pitoli 61 e 62 dovrebbero essere sostenute, essenzialmente per compito d'istituto, dai Consorzi provinciali antitubercolari le cui entrate sono rappresentate dalle quote che versano gli Enti consorziali (Comuni e Province).

Diciamo dovrebbero, perchè in realtà ciò non avviene che in minima parte, cosicchè ne è dovuto derivare un intervento sempre maggiore dello Stato, cui la legge riconosce il compito di intervenire con propri contributi ai servizi di cui trattasi.

Corre l'obbligo al vostro relatore di ricordare qui le benemerite dei Consorzi antitubercolari acquisite nella lotta contro la TBC. È merito loro se oggi la tubercolosi è in continuo regresso. I dispensari antitubercolari istituiti dai consorzi sono oggi in Italia 579, uno cioè ogni 85 mila abitanti, in essi nel 1957 sono stati visitati 2.299.214 individui per complessive presenze 4.165.544.

Secondo gli studiosi l'*optimum* del servizio sarebbe ottenibile con un dispensario ogni 50.000 persone, ciò che vorrebbe dire l'istituzione di altri 340 dispensari. Se si pensa che ogni nuovo dispensario costa attualmente 30.000.000, ci si rende conto quali sarebbero le occorrenze, in aggiunta ai fondi stanziati sul capitolo 61.

Per quanto riguarda lo stanziamento al capitolo 62, è da ritenersi sufficiente anche se la Commissione Finanze e tesoro abbia espresso la sua perplessità a proposito del provvedimento presentato dal Governo al Senato (Atto n. 211) per l'estensione della assicurazione antitubercolare.

Cap. 65. — (Servizi schermografici) lire 100.000.000, di cui 20 milioni per spese di investimenti da impiegarsi per l'acquisto di nuovi apparecchi schermografici.

La schermografia costituisce oggi strumento tra i più validi di cui dispone la medicina sociale per la lotta precoce contro la tubercolosi, la cardiopatia, la pneumoconiosi, le cisti da echinococco, i tumori del polmone, le bronchiectasie, eccetera eccetera.

L'amministrazione ha in programma la dotazione di servizi schermografici di tutte le provincie che ne sono sprovviste. Ne con-

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

segue perciò la necessità di aumentare gli stanziamenti di questo capitolo.

Tracoma:

Cap. 66. — 375 milioni, di cui 100 da considerarsi spese di investimento.

La lotta contro il tracoma viene attualmente condotta attraverso le seguenti istituzioni: Enti provinciali antitracomatosi (in tutto 26), reparti ospedalizzati (14).

L'attività degli Enti provinciali antitracomatosi si espleta principalmente a mezzo dispensari pubblici, scolastici, centri chirurgici, colonie estive temporanee, e colonie estive permanenti. Ai servizi sanitari presiedono 26 Ispettori oculisti, con la collaborazione di 552 medici, con i quali non corre un vero e proprio rapporto di impiego e sono compensati in maniera forfettaria veramente irrisoria (26.000 mensili Ispettori - 6-12 mila medici dirigenti).

Sono in funzione altresì 552 dispensari dove sono stati assistiti 50.000 infermi.

Dalle segnalazioni pervenute dai sanitari il tracoma risulta molto più diffuso di quanto non sembri dai casi accertati.

Non essendo peraltro possibile effettuare un preciso censimento della popolazione tracomatosa per insufficienza di Assistenti sanitarie visitatrici che possano svolgere inchieste domiciliari e convogliare verso i dispensari gli ammalati, si assiste a reinfezioni di soggetti, già guariti in colonie scolastiche, in seguito a contatto con adulti, in famiglia, ammalati.

Sarebbe urgente quindi dotare ogni Ente provinciale antitracomatoso di almeno tre AA.SS.VV.

Le classi per tracomatosi, istituite d'intesa con i locali Provveditorati agli studi, hanno raggiunto il numero di 375, ospitanti 5.000 bambini. Ogni anno, poi, vengono istituite 23 colonie estive della durata di 90 giorni, che accolgono circa 3.000 infermi, tutti appartenenti agli strati più poveri della popolazione.

Le colonie permanenti, invece, sono di numero ridottissimo, 8, con un totale di 800 posti letto.

Anche per questi Enti provinciali antitracomatosi succede quello che capita ai Consorzi antitubercolari. Le provincie ed i Comuni, infatti, che soprattutto in queste zone presentano bilanci deficitari, non versano agli E.P.A. i contributi. In questo momento gli E.P.A. sono creditori di 150 milioni.

In questi ultimi tempi, però, sempre più acuta è divenuta la necessità di un servizio di profilassi delle malattie oculari che, in particolar modo nell'ambiente scolastico non si limitano alla sola azione antitracomatosa. È da segnalare, a questo riguardo, l'iniziativa veramente lodevole della Regione siciliana che, con propria legge del 20 settembre 1957, n. 54, ha istituito dei centri di profilassi visiva per tutte le minorazioni visive fino all'età di 14 anni.

Non è il caso di dire che questo è un esempio che dovrebbe essere imitato, e che i servizi sanitari per la lotta contro il tracoma dovrebbero essere integrati con identici servizi. Ragione per cui, anche per questo capitolo di bilancio, si dovrebbe proporre uno stanziamento almeno del doppio.

Cap. 67. — 85 milioni con un incremento di 50 milioni rispetto all'esercizio in corso per sussidi e premi agli Istituti di puericoltura, dispensari per lattanti, eccetera.

L'importanza che nel quadro hanno assunto i servizi sanitari devoluti alla assistenza della prima infanzia è tale da richiedere sempre più decisamente l'intervento fattivo statale per potenziarli adeguatamente, tenuto conto che nel nostro paese i suddetti servizi sono generalmente deficienti. Tale deficienza è stata anche riconosciuta dalla Organizzazione mondiale della sanità che, tramite l'U.N.I.C.E.F. (Fondo nazionale di emergenza per l'infanzia delle Nazioni Unite) ha consentito ad intervenire in nostro favore nella parte dell'assistenza neonatale stipulando (mercè scambio di apposite lettere) una convenzione nella quale, mentre l'U.N.I.C.E.F. si assumeva l'impegno di fornirci determinato materiale (culle termostatiche), l'allora A.C.I.S. si impegnava ad incrementare, presso ospedali e cliniche pe-

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

diatriche, l'istituzione ed il funzionamento di centri per gli immaturi. Sono nati, così, 13 centri, 2 a Torino, 2 a Milano, uno a Padova, Genova, Bologna, Firenze, Perugia, Roma, Napoli, Bari e Palermo.

È da tener presente che il mantenimento di un immaturo viene a costare oltre 4.000 lire al giorno e che nessun Ente, allo stato attuale delle disposizioni, ha l'obbligo della ospitalità.

Al di fuori dell'iniziativa dell'U.N.I.C.E.F., provengono da parte delle amministrazioni ospedaliere numerose richieste di contributi per il completamento dei servizi nosocomiali, con la creazione di Centri o reparti per immaturi o neonati in genere.

Altre istituzioni di assistenza sociale all'infanzia premono continuamente per avere contributi, come la Banca del latte materno, Gocce di latte, Dispensari per lattanti, Asili nido, Scuole materne, Giardini d'Infanzia ed Asili infantili in genere.

Cap. 68. — 500 milioni di cui 20 milioni per spese di investimento.

La legge 10 aprile 1954, n. 218, in un unico provvedimento legislativo prevede l'assistenza e la cura dei bambini discinetici poveri (paralisi spastiche) e affetti da lussazioni congenite dell'anca.

La legge in questione non fa parola di altre deformità degli arti (piedi torti, etc.) dalla nascita all'età scolastica e questa risulta essere una grave lacuna che dovrà essere colmata con un apposito provvedimento di legge, al fine di ottenere i fondi necessari.

Si ricorda a questo riguardo che nel 1956 fu presentata alla Camera dei deputati dagli onorevoli Bettiol e Sorgi un progetto di legge per l'assistenza ai menomati congeniti degli arti.

È sempre più sentita la necessità della istituzione di nuovi centri e reparti per l'assistenza e cura degli infermi affetti da paralisi spastica, provvedendo, nel contempo, a fornirli di adeguate attrezzature tecniche. È necessario, altresì, procedere ad una rilevazione dei discinetici cerebrali, affinché possa provvedersi alla loro assistenza con persona-

le specializzato, ciò che comporta, naturalmente, la necessità di un incremento dello stanziamento di questo capitolo.

Cap. 69. — 250 milioni con un incremento di 50 milioni.

Malattie reumatiche e cardiovascolari:

Detengono il triste primato di essere al primo posto nella scala delle cause di morte. Si tratta, dunque, di dare il massimo impulso alla profilassi di queste malattie. A tal fine si rende necessario che, almeno in ogni provincia, venga istituito un centro per l'azione di prevenzione e di ricerca di portatori ignorati di lesioni cardiache che, se individuati in tempo, possono essere recuperati alla società. Questo però presuppone la denuncia obbligatoria al medico provinciale di tali affezioni reumatiche.

Appare altresì necessario istituire speciali luoghi di cura per l'assistenza dei bambini non appena essi siano colpiti dalla prima infezione, in modo da consentire ai medesimi una lunga degenza e nello stesso tempo una adeguata istruzione scolastica. È anche necessario che venga dato il maggior incremento ai corsi di preparazione ed aggiornamento culturale del personale sanitario.

Per l'assolvimento degli anzidetti compiti lo stanziamento in atto è veramente insufficiente e bisognerebbe almeno quadruplicarlo.

Da quanto è emerso dall'esame dei 15 capitoli riguardanti il settore delle malattie sociali, ne consegue che lo stanziamento di detto settore dovrebbe essere aumentato di almeno 3-4 miliardi.

6) SPESE PER I SERVIZI FARMACEUTICI

Alla Direzione generale dei Servizi farmaceutici è affidato il compito di autorizzare le officine che producono le specialità medicinali, registrarle e fissarne il prezzo previo controllo della qualità, idoneità, ecc.

Nei 5 capitoli nei quali si divide questa rubrica sono stanziati i fondi per questi servizi — di cui, a parere del vostro relatore, è mi-

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

sconosciuta la reale importanza — nella somma di lire 79.600.000 con un incremento di ben 6 milioni, rispetto all'esercizio in corso.

Ora se si detraggono i 65 milioni di spese obbligatorie riflettenti il capitolo 70, per rimborso ai Comuni delle indennità per le farmacie rurali, i 2.000.000 per la Farmacopea ufficiale, ed i 7.000.000 assegnati *per le ispezioni da parte dei medici provinciali* alle farmacie (art. 127 del *Testo Unico* delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265) ed alle officine di prodotti chimici usati in medicina e di preparati galenici (combinato disposto dell'art. 145 del *Testo Unico* e dell'art. 2 della legge 1 maggio 1941, n. 422), rimane a disposizione l'irrisoria somma di lire 5 milioni 600.000 per le effettive esigenze del servizio farmaceutico centrale

Cap. 70. — 65.000.000 con un incremento di 5.000.000. (Rimborso ai Comuni di parte delle indennità pagate ai farmacisti rurali).

Com'è noto con la legge 22 novembre 1954, n. 1107 è stata aumentata la misura dell'indennità di residenza per le farmacie rurali, prevista dall'articolo 115 del *Testo Unico* delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265 e successive modificazioni, a lire 200.000 annue, elevabile a lire 300.000 per quelle farmacie il cui reddito non raggiunge l'imponibile minimo tassabile agli effetti dell'imposta di ricchezza mobile.

Pertanto, la somma di lire 60.000.000 stanziata al capitolo 290 dell'esercizio 1958-1959 si è rilevata assolutamente insufficiente per i pagamenti relativi all'indennità di residenza.

Infatti, detto fondo di 60 milioni non è bastato nemmeno a pagare l'indennità di residenza relativa agli anni 1957 e precedenti, e la *Commissione Centrale per le farmacie*, di cui all'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 1951, n. 739, ha dovuto forzatamente *ridurre il rimborso dell'indennità alla metà* della somma corrisposta dai Comuni ai farmacisti, non potendo, per mancanza di fondi, rimborsare i 2/3 dell'indennità stessa o *l'intero ammontare* per i Comuni con bilancio deficitario (che sono qua-

si la totalità), giusta l'articolo 3 della legge 20 febbraio 1950, n. 54.

Stando così le cose, poichè bisogna rimborsare l'indennità di residenza anche relativa all'anno 1958 (le farmacie rurali che beneficiano dell'indennità sono oltre 2.000), vien da chiedersi come sarà ciò possibile senza un aumento di tale stanziamento al minimo indispensabile di 200 milioni.

Cap. 71. — 7.000.000 (Spese per le ispezioni alle farmacie ed alle officine farmaceutiche, officine di prodotti chimici, di preparati galenici e di specialità medicinali chimiche e biologiche) (artt. 127, 145, 161 e 189 del *Testo Unico* delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265).

Nella citazione degli articoli che autorizzano la spesa vanno aggiunti gli articoli 161 e 189 delle leggi sanitarie.

Le disposizioni di legge e regolamentari che presiedono a questo capitolo riflettono due distinti servizi:

1) *servizio ispettivo periferico*, di competenza dei medici provinciali:

a) ispezioni alle farmacie (articolo 127 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265);

b) ispezioni *alle officine di prodotti chimici usati in medicina e di preparati galenici* (articoli 144 e 145 testo unico leggi sanitarie);

2) *servizio ispettivo centrale*, disimpegnato da ispettori medici e chimici per autorizzazioni concesse dal Ministero della Sanità:

a) ispezioni alle officine per la produzione di specialità medicinali (combinato disposto dell'articolo 161 del testo unico delle leggi sanitarie e dell'articolo 24 del Regolamento 3 marzo 1927, n. 478);

b) ispezioni alle officine per la produzione di *presidi medici e chirurgici* (articolo 189 testo unico leggi sanitarie).

Ora, tenuto conto che in Italia le farmacie sono circa 11.000, che le officine per la produzione di specialità medicinali sono 950, delle quali 541 producono anche gale-

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

nici e quelle per la produzione di presidi medico-chirurgici sono circa 500, ci si chiede quali controlli possano essere possibili con l'esigua cifra stanziata.

Capitolo 72. — 2 milioni con un incremento di 1 milione (farmacopea).

Capitolo 73. — Spese per l'esecuzione del controllo dei medicinali nell'interesse dello Stato, effettuato dai laboratori di igiene e profilassi.

Allo scopo di esercitare una maggiore vigilanza sulla produzione e sul commercio dei medicinali, la Direzione generale del servizio farmaceutico fece presente fin dal 1950 l'opportunità di intensificare il ritmo dei controlli.

Poichè l'Istituto superiore di sanità, a causa dell'ingente mole di lavoro, non avrebbe potuto eseguire un numero di controlli annuo tale da rispondere soddisfacentemente alle esigenze di una efficiente, oculata e continua vigilanza in detto settore, si addivenne alla determinazione di affidare ad alcuni Laboratori provinciali di igiene e profilassi, opportunamente attrezzati, una parte dei controlli stessi.

Senonchè, soltanto a partire dall'esercizio finanziario 1954-55 venne approvato dal Parlamento uno stanziamento di fondi per il rimborso delle spese sostenute dai suddetti laboratori. Il primo stanziamento fu fissato in lire 5.000.000, ridotto in quelli successivi a lire 4.000.000.

Per l'esercizio in corso è prevedibile il totale assorbimento del fondo posto a disposizione.

Finora i controlli eseguiti nei Laboratori provinciali di Milano, Torino, Genova, Firenze e Parma sono stati limitati, in generale a prodotti di semplice composizione, compatibilmente con l'attrezzatura ed il personale disponibile, anche perchè le relative amministrazioni provinciali hanno ritenuta insufficiente la tariffa per queste analisi approvata con decreto dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità il 15 settembre 1955.

Un'altra difficoltà è derivata dal fatto che spesso i farmacisti hanno negato di possedere i campioni delle specialità da controllare (dato che ogni prelievo comporta la perdita di quattro campioni di ogni specialità) per evitare noiosi carteggi con le Ditte produttrici onde poter ottenere il rimborso del costo dei campioni stessi.

I cinque Laboratori anzidetti di fronte al numero dei medicinali esistenti in commercio, appaiono tuttora inadeguati per numero e per disposizione geografica, essendo necessario istituire controlli anche presso Laboratori esistenti in province dell'Italia centrale e meridionale. È da tener presente che lo stanziamento dei fondi di questo capitolo trova la sua giustificazione nel « Regolamento contenente norme per la produzione ed il commercio delle specialità medicinali », approvato con regio decreto 3 marzo 1927, n. 478, prevedente esplicitamente tale servizio di vigilanza. Infatti, l'articolo 24 recita testualmente:

« Il Ministero dell'interno ha facoltà di procedere all'ispezione delle officine autorizzate a produrre specialità medicinali e a nuove analisi delle specialità medicinali registrate ».

È evidente che se nel 1927 (quando le specialità ammontavano ad un migliaio appena) era già sentita la necessità di effettuare dei prelevamenti di campioni dal commercio per tali analisi, quella che allora era considerata una *facoltà* deve ora (dopo oltre 30 anni, con un numero di oltre 13 mila specialità registrate) essere ritenuto un vero e proprio dovere dello Stato per garantire ai cittadini per lo meno l'innocuità, la purezza e la corrispondenza quali-quantitativa dei prodotti!

Si ritiene pertanto che, per poter conseguire il massimo rendimento da questo importantissimo settore che — come è stato unanimamente riconosciuto dalle competenti Autorità e dagli stessi industriali farmaceutici — deve costituire « il caposaldo » del servizio farmaceutico del Ministero della sanità, occorre:

1) *aumentare la tariffa* per i controlli, adeguandola a quella approvata a favore

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

dell'Istituto superiore di sanità, in modo da consentire una più larga adesione da parte delle Amministrazioni provinciali;

2) aumentare il numero dei Laboratori provinciali che attualmente collaborano con la Direzione generale del servizio farmaceutico;

3) versare il prezzo di vendita, al farmacista o ai depositari, dei campioni di medicinali prelevati per il controllo, in modo da agevolare il reperimento nel commercio.

Capitolo 74. — 4 milioni.

« Spese per la vigilanza ed il controllo sulla fabbricazione e distribuzione degli stupefacenti, spese per la conservazione, custodia e rielaborazione delle droghe sequestrate (articolo 160 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e Regolamento approvato con regio decreto 11 aprile 1929, n. 1086) ».

È subito da osservare che il succitato articolo 160 è stato abrogato con l'articolo 26 della legge 22 ottobre 1954, n. 1041: Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti (infatti con detto articolo 26 sono stati abrogati gli articoli dal 148 al 160 incluso del testo unico sulle leggi sanitarie).

Cio stante la denominazione dovrebbe essere modificata come segue:

Capitolo 74: « Spese per l'istituzione ed il funzionamento dell'Ufficio centrale stupefacenti (articolo 1 legge 22 ottobre 1954, n. 1041) ».

Con la propria adesione alle Convenzioni di Ginevra del 1925, del 1931 e del 1936, ai Protocolli di Parigi del 1948 e di New York del 1953, l'Italia è ormai entrata nel gruppo dei Paesi (circa 80) che si sono impegnati ad un controllo severo e molto esteso degli stupefacenti.

È da porre in particolare rilievo che molti furono gli appunti mossi all'Italia nel dopoguerra da parte degli Organi delle Nazioni Unite, che accusarono il nostro Paese di essere divenuto un centro di traffico ille-

cito mondiale degli stupefacenti ed addebitarono al Governo italiano di non aver preso le misure energiche necessarie per stroncare tale traffico. Nel 1951, da parte della Commissione degli Stupefacenti dell'O.N.U., fu votata una risoluzione che minacciava di applicare nei confronti dell'Italia le sanzioni previste dalla Convenzione del 1925 a carico degli Stati inadempienti.

La Convenzione del 1936 — attualmente in corso di ratifica del Governo italiano — prevedeva, fra l'altro, anche l'obbligo di istituire, nel quadro della legislazione nazionale, un Ufficio centrale stupefacenti, incaricato di coordinare tutte le operazioni indispensabili per prevenire e combattere ogni illecita produzione e commercio di stupefacenti.

In seguito agli obblighi derivanti dalle convenzioni internazionali è stato istituito in Italia — con la legge 22 ottobre 1954, n. 1041 — l'Ufficio centrale stupefacenti.

Allo stato attuale, purtroppo, esso non si trova nelle condizioni più idonee per lo svolgimento dei propri compiti d'istituto, sia per insufficienza di locali, sia per mancanza di mezzi necessari.

Occorrono, in particolare; appositi e distinti schedari per le officine farmaceutiche autorizzate alla produzione, per quelle autorizzate al solo impiego, per i commercianti grossisti, per i trafficanti e per i tossicologi; armadi metallici di sicurezza per la temporanea custodia di stupefacenti sequestrati o confiscati; macchine calcolatrici per effettuare i calcoli relativi al movimento degli stupefacenti (produzione, consumo, rimanenze, importazione ed esportazione) denunziato annualmente da oltre 600 Ditte, per la raccolta e compilazione dei dati statistici trimestrali ed annuali che bisogna fornire alle Nazioni Unite; archivio metallico con schedari di tutti i medicinali contenenti stupefacenti.

Appare, inoltre, evidente la necessità di istituire una Biblioteca specialistica per la raccolta di libri, riviste, bollettini eccetera, che trattino la materia non solo dal punto di vista chimico e medico, ma anche dal punto di vista organizzativo.

Ciò premesso, si ritiene che la somma del Capitolo 74, prevista in sole lire 1.600.000, dovrebbe essere aumentata a lire 7.000.000 per consentire una dotazione veramente efficiente e moderna. Resta inteso che detta somma potrà essere ridotta negli esercizi successivi, dopo che sarà stato acquistato il materiale necessario per l'arredamento e l'attrezzatura.

7) SPESE PER I SERVIZI VETERINARI

Capitolo 75. — 700 milioni incremento di 250 milioni rispetto all'esercizio in corso.

Com'è noto, ai servizi veterinari sono demandate le seguenti attribuzioni:

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

b) lotta contro le malattie infettive diffuse del bestiame per la difesa ed il potenziamento del patrimonio zootecnico nazionale.

A differenza dell'organizzazione amministrativa vigente in quasi tutti gli altri Paesi, dove i servizi veterinari sono divisi tra i dicasteri dell'Agricoltura e della Sanità pubblica o dipendono dal solo Ministero della agricoltura, l'ordinamento italiano prevede invece la dipendenza esclusiva dei suddetti servizi dal Ministero della sanità.

Pertanto, tutte le somme occorrenti per l'attuazione dei compiti di cui alle lettere a) e b) devono essere iscritte nel bilancio del Ministero della sanità.

La duplice azione dei servizi veterinari trae origine, in ogni caso, dall'applicazione sistematica di provvedimenti diretti a combattere le malattie infettive del bestiame in tutti quei casi in cui le forze e le iniziative individuali non sono più sufficienti a contenere la diffusione del contagio. Infatti la presenza di forme morbose a carattere infettivo sconvolge le attività delle imprese agricole, determinando, attraverso l'arresto temporaneo e la diminuzione permanente delle produzioni zootecniche, danni

ingentissimi al reddito agricolo nazionale, che si fanno ascendere a circa 200 miliardi di lire all'anno.

In questo particolare settore è evidente che gli interventi dei pubblici poteri, oltre ad avere finalità sanitarie, rivestono un carattere squisitamente economico, in quanto rivolti a limitare le gravissime perdite finanziarie che tali malattie arrecano alla economia agricola nazionale.

Al riguardo, torna opportuno precisare che lo sviluppo assunto dall'industria zootecnica e dal commercio interno ed internazionale degli animali e dei loro prodotti hanno 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 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 iniziative devono essere dirette, soprattutto, a combattere alcune malattie particolarmente gravi e dannose, quali l'afta epizootica, la tubercolosi bovina, la brucellosi e le mastiti infettive bovine.

In numerosi Stati esteri il problema del risanamento degli allevamenti è stato affrontato da tempo con dovizia di mezzi ed annualmente vengono stanziati nei bilanci statali notevoli fondi per finanziare i piani di lotta contro le malattie del bestiame. Ad esempio, si indicano le cospicue somme destinate per la sola profilassi della tubercolosi bovina all'anno 1954 nei seguenti paesi, ben considerando che in molti di essi l'azione di profilassi trovasi nella fase decrescente di attuazione:

Gran Bretagna:	12.000.000 di sterline
Svizzera:	1.500.000.000 di franchi
Austria:	31.000.000 di scellini
Belgio:	155.050.000 di franchi
Paesi Bassi:	10.000.000 di fiorini
Svezia:	800.000 di corone

La Germania occidentale, nel triennio 1956-58 ha stanziato in bilancio la somma complessiva di 343 milioni di marchi, dai singoli stati federali, dalle casse mutue be-

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

stiamo e dalle associazioni lattiere (il 50 per cento di detta somma è stata spesa sotto forma di premi sul latte). Nel 1958 la Francia, nello stato di previsione del bilancio, ha richiesto oltre 10 miliardi di franchi. La Danimarca nel 1955-56 ha speso per la profilassi della tubercolosi bovina e della brucellosi 1.600.000 corone.

Nel 1958 lo Stato irlandese ha stanziato la somma di lire 15.000.000 di sterline per la lotta sistematica contro la tubercolosi bovina, da cui forte incidenza negli allevamenti locali aveva decisamente contratto la esportazione di bestiame e di prodotti di origine animale.

Il problema del risanamento del patrimonio zootecnico rappresenta in questo particolare momento di crisi dell'agricoltura italiana una esigenza di vivissima attualità, per cui si renderebbe quanto mai opportuno promuovere una serie di coordinati e massicci interventi dello Stato intesi a ridurre i notevolissimi danni dovuti alle malattie sopraricordate.

La permanenza, inoltre, nel territorio nazionale dell'afta epizootica e della tubercolosi bovina, ci preclude l'esportazione di notevoli quantitativi di prodotti dell'industria salumiera, che troverebbero invece larga possibilità di collocamento nei Paesi Esteri, in quanto molto apprezzate le loro tipiche caratteristiche.

Così per esempio, la Gran Bretagna, gli U.S.A. ed il Canada consentono l'importazione dall'Italia soltanto dei salumi previa cottura, a causa della diffusione dell'afta epizootica.

È evidente che tale procedimento modifica completamente le caratteristiche di sapidità dei nostri salumi crudi, per cui viene a mancare la ragione principale che li rende tanto ricercati e ben accetti ai consumatori.

È recentissimo, poi, il provvedimento adottato dalla Germania occidentale, concernente il divieto di importazione del lardo, a motivo della presenza nel nostro Paese dell'infezione aftosa. Per lo stesso motivo lo Stato federale del Württemberg-Baden ha vietato l'importazione anche di tutti i salumi.

Orientamenti analoghi si profilano anche per il commercio internazionale dei prodotti lattiero-caseari, in quanto viene concessa la preferenza a quelli che offrono determinate garanzie sanitarie, prima fra tutte che il latte impiegato per la loro preparazione provenga da allevamenti indenni dalla tubercolosi e della brucellosi.

Sempre in materia di lotta contro la infezione aftosa bisogna tenere presente che il nostro Paese ha aderito alla Commissione europea per la lotta contro l'afta epizootica presso la F.A.O. (legge 28-6-55, n. 768) e, in base alla convenzione sottoscritta, è tenuto ad adottare determinati metodi di profilassi basati sulla vaccinazione e sull'abbattimento degli animali.

Tali interventi, implicando forti spese, non sono stati interamente espliciti e ciò ha formato oggetto di rilievo da parte degli altri paesi che, in maggior parte, sono ormai indenni dell'infezione stessa.

Allo scopo di adeguarsi a tali direttive lo Stato britannico ha speso nel 1958 oltre 800.000 sterline per i soli indennizzi di abbattimento degli animali compresi in 116 focolai infettivi!

Inoltre, la lotta contro le più gravi malattie infettive degli animali è di importanza essenziale nell'interscambio non soltanto di beni, ma anche di persone, previsto dal trattato per il M.E.C..

Già taluni dei paesi aderenti hanno fatto conoscere di non poter consentire alcuna introduzione nel proprio territorio, libero da afta, tbc., e brucellosi, di animali, fieno paglia e di porre ostacoli alla immigrazione della mano d'opera agricola.

Pertanto, la lotta contro le malattie è assolutamente necessaria e indilazionabile nell'interesse, non soltanto della salute pubblica, ma specialmente di un vasto settore economico.

Appare, quindi, più che giustificata la necessità che sul bilancio del Ministero della sanità siano stanziati cospicui fondi da destinare soprattutto alla lotta contro l'afta epizootica, la tubercolosi, la brucellosi e le mastiti infettive delle bovine.

Dall'esame analitico dei diversi elementi è riuscito possibile desumere che la spesa ap-

prossimativa, occorrente per soddisfare le esigenze minime delle diverse attività connesse alla profilassi delle quattro cennate malattie, si aggira sulla cifra complessiva di 4 miliardi e 100 milioni nel primo anno di applicazione dei singoli programmi sanitari.

Tale cifra rappresenta, in ultima analisi la spesa necessaria per realizzare un programma minimo di profilassi, tale da consentire un graduale e sistematico risanamento degli allevamenti nazionali, tenendo presente che gli interventi tecnici, i quali dovranno essere incrementati negli anni successivi, sono stati prescelti sia in base all'esperienza acquisita in tale settore da altri Paesi e sia in relazione alle ridotte possibilità della nostra economia.

A completamento dei fondi occorrenti per la realizzazione dei programmi minimi, di cui si è riferito, occorre prevedere il finanziamento di altre numerose attività profilattiche, quali la prevenzione contro la rabbia, il carbonchio ematico, la morva, il mal rosino e la idatidosi, malattie a carattere tipicamente zoonosico; la lotta contro la peste suina, le malattie del pollame e dei conigli, le diverse forme parassitarie, etc. Inoltre seguono di pari passo le provvidenze intese a conseguire il potenziamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali e delle loro sezioni provinciali mediante l'iscrizione nel bilancio del Ministero della sanità di altri adeguati fondi che, con le precedenti spese, si aggirano complessivamente su 900 milioni di lire per ciascun esercizio finanziario.

8) SPESE PER LA PROPAGANDA SANITARIA E LE ATTIVITA' CULTURALI. - CONTRIBUTI ALLE ORGANIZZAZIONI INTERNAZIONALI

3 Capitoli, dal 76 al 78 - 234.000.000 con un incremento di 7 milioni al capitolo 78.

Solo il capitolo 76 riguarda le spese dei servizi, mentre gli stanziamenti sui capitoli 77 e 78 sono somme che vanno versate ad Enti internazionali.

Capitolo 76 - 45 milioni.

Spese per la propaganda ed educazione sanitaria - Partecipazione a Mostre e Convegni nazionali ed internazionali.

Tale capitolo viene utilizzato per:

a) accreditare somme agli Uffici sanitari Provinciali per la organizzazione di manifestazioni celebrative della Giornata Mondiale della sanità, giornata della polio e per le altre attività propagandistiche.

b) dare contributi ai Comitati provinciali di educazione sanitaria (fra i quali in particolare il centro sperimentale di educazione sanitaria di Perugia ed il centro di cinematografia sociale di Trieste) ed al comitato nazionale italiano di educazione sanitaria;

c) acquistare documentari cinematografici di educazione sanitaria e favorirne la produzione;

d) contribuire alla stampa dei periodici « *Scientia medica italica* », « *Annali della sanità pubblica* » e « *Notiziario dell'amministrazione sanitaria* »;

e) dare minimo contributo per l'organizzazione di Convegni e congressi.

Per tali attività lo stanziamento risulta appena sufficiente, limitando al minimo le contribuzioni indicate al comma e).

Si fa tuttavia presente che le attività sanitarie internazionali, comprendenti oltre alle riunioni periodiche dell'O.M.S., quelle ancor più frequenti del Comitato di sanità pubblica, di sei Sottocomitati sanitari dell'Unione Europea Occidentale, nonché i gruppi di lavoro per l'Euratom, il Mercato comune e del Comitato di sanità pubblica del Consiglio di Europa, sono in aumento continuo. Nella rotazione periodica dei luoghi di riunione quando viene il turno dell'Italia si è costretti per poter organizzare le riunioni stesse a ricorrere all'appoggio di Enti parastatali o di altre Amministrazioni, non essendovi in bilancio una voce che possa giustificare simili spese.

Nel contempo si moltiplicano le visite di gruppi sanitari stranieri (borsisti dell'O.M.S., circa 40 ogni anno, del Consiglio d'Europa 6-7; visitatori stranieri spesso ad alto livello 80-90 ogni anno); risulta mate-

rialmente impossibile organizzare un viaggio di studi sempre per mancanza di fondi e dare quel minimo di ospitalità che si incontra sempre andando in paesi stranieri.

Pertanto, la dizione del capitolo 76 dovrebbe essere perfezionata mediante la aggiunta di « spese per l'organizzazione di riunioni di studio nell'ambito dei rapporti con istituzioni sanitarie internazionali - organizzazione di viaggi di studio per esperti stranieri » e lo stanziamento dovrebbe essere aumentato di 25 milioni e di conseguenza portato a 70 milioni.

Cap. 77. — Contributi all'Ufficio internazionale delle epizoonie in Parigi e Commissione Europea per la lotta contro l'afta epizootica (9.000.000).

Cap. 78. — Versamento quota - dovuta alla Organizzazione Mondiale della sanità: costituisce un semplice passaggio di fondi, stabilito da apposite norme legislative; si ha naturalmente un lieve aumento periodico perchè con la dilatazione del Bilancio dell'O.M.S. crescono le quote che i vari Stati membri sono tenuti a versare secondo criteri particolari di ripartizione che fanno gravare il maggior onere sulle nazioni a livello economico più elevato (180.000.000).

9) ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

La spesa per il funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità è iscritta nel presente stato di previsione del Ministero della Sanità nei 20 capitoli che vanno dal 79 al 98, 5 di cui esistono, però, solo per memoria e sono l'88, il 91, 92, 95 ed il 96.

La somma totale imputata è di lire 2 miliardi 179.965.000, con un incremento di lire 105.000.000.

Una attenzione particolare va rivolta al capitolo fondamentale del bilancio dell'Istituto; quello per le spese di funzionamento e la manutenzione ordinaria (cap. 97).

Riferendoci allo stato di previsione in esame, a questa voce è assegnato lo stanziamento di lire 1.625.000.000. Da questa somma, detratte le spese relative al personale,

quelle per la Biblioteca, ed una piccola aliquota per le necessarie spese di rappresentanza, rimangono lire 969 milioni per le spese di funzionamento vere e proprie.

Questa somma non è sufficiente per lo svolgimento di tutte le attività ed i programmi di lavoro, specialmente per la esecuzione di quelli più urgenti concernenti le attrezzature e l'acquisto di strumenti e materie prime occorrenti per il controllo del vaccino antipoliomielitico e per le ricerche ad esso inerenti, il controllo di Stato dell'insulina, le ricerche sugli antibiotici, l'esame ed il controllo dei prodotti disinfestanti impiegati in agricoltura, la rilevazione sistematica della radioattività dell'aria per la protezione dalle radiazioni ionizzanti e di altri numerosi ed importanti programmi che non hanno potuto essere realizzati che in minima parte per il mancato accoglimento delle richieste.

Ora, affinché l'Istituto possa assolvere in pieno ai vasti e delicati compiti che rientrano nelle sue attribuzioni, occorre un finanziamento più adeguato.

Inoltre, in sede di revisione degli organi, è indispensabile che si creino al personale dell'Istituto condizioni vantaggiose speciali che evitino l'esodo dei migliori verso le altre istituzioni nelle quali essi trovino migliori condizioni finanziarie.

Si tenga presente che l'Istituto, per unanime consenso, ha acquisito altissima reputazione negli ambienti scientifici nazionali ed esteri, sicchè numerosi studiosi di tutte le parti del mondo vengono a lavorare per determinati periodi nell'Istituto.

È ovvio che, se dal punto di vista scientifico culturale l'Istituto va raffrontato alle università degli studi, dal punto di vista strutturale ed organizzativo esso va anche raffrontato, per alcune peculiari funzioni che sono ad esso affidate, ad altri organi, quali, ad esempio, il Consiglio di Stato.

Per quanto sopra, il relatore si augura che si tenga conto delle particolari esigenze di questo grande organismo che è additato ad esempio di tutto il mondo, per metterlo in condizioni di assolvere sempre meglio i propri compiti.

ULTERIORI ESIGENZE EMERSE DALL'ESAME

Fin qui l'esame dello stato di previsione della spesa per l'esercizio 1959-60 del Ministero della sanità nel testo proposto dal Governo.

Il vostro relatore ritiene però di non poter passare sotto silenzio le grandi lacune che tale stato di previsione presenta, lacune che incidono notevolmente, in modo negativo, sulla politica sanitaria del nostro Paese.

Intendo richiamare perciò l'attenzione del Senato prima e del Governo poi su alcuni problemi che non possono assolutamente essere trascurati più oltre, se si vuole veramente e concretamente tutelare la salute pubblica.

1) OSPEDALI

È ben noto come la situazione ospedaliera italiana non sia soddisfacente, nè per il numero dei posti letto, nè per quanto riguarda le attrezzature strumentali dei nosocomi. È ben vero che con la legge Tupini si provvede per la costruzione di nuovi ospedali; mancano invece provvidenze che agevolino le amministrazioni ospedaliere nel migliorare le proprie attrezzature. Il legislatore, creando il Ministero, ha affidato ad esso uno specifico compito di responsabilità a questo riguardo quando ha creato la Direzione generale dell'igiene pubblica e degli ospedali.

Agli ospedali, agli effetti del controllo, vanno equiparate le case di cura. Ciò vuol dire che anche le case di cura vanno regolamentate con disposizioni precise.

Quello che si osserva per gli ospedali vale certamente anche per le attrezzature ambulatoriali periferiche, come gli ambulatori comunali.

2) ASSISTENZA GERIATRICA

I progressi compiuti dalla medicina, sia nel campo diagnostico che nel campo terapeutico, hanno determinato la possibilità di accertare le affezioni cosiddette degenerative nella loro fase iniziale e di trattarle adegua-

tamente, in modo da evitarne l'evoluzione verso la cronicità.

Si è aperto così un nuovo vasto campo della medicina preventiva, che assume sempre maggiore importanza in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione ed al conseguente aumento dei gruppi di età più avanzata.

Le amministrazioni sanitarie di altri Paesi si sono proficuamente già da parecchi anni preoccupate di questo problema. Dobbiamo anche noi metterci in linea. I nostri servizi sanitari si debbono adeguare alle nuove esigenze, promuovendo ed aiutando con contributi iniziative delle amministrazioni locali, intese a creare centri diagnostici e terapeutici specializzati, in un primo momento nei capoluoghi di Provincia e successivamente nei Comuni minori. La struttura organizzativa dell'O.N.M.I. potrebbe essere presa a modello.

Per queste due voci potrebbero bastare, in una fase iniziale, 2 miliardi.

3) ASSISTENZA PSICHIATRICA ED IGIENE MENTALE

Le malattie mentali hanno oggi il triste privilegio di essere al secondo posto nella scala delle cause di morte, dopo le malattie cardiovascolari e reumatiche e prima dei tumori. Nella fattispecie, poi, è da tener presente come la tumultuosa e rumorosa vita moderna sia il terreno di coltura particolarmente adatto all'aumento progressivo di tali affezioni; ne consegue l'esigenza, da parte dell'Amministrazione sanitaria, di non ignorare il problema, ma anzi di intervenire preventivamente nel vasto campo dell'igiene mentale, in maniera molto più impegnativa e più decisa di quanto non abbia fatto, o meglio potuto fare, finora.

Gli Uffici del Ministero che hanno studiato all'estero l'organizzazione di questo delicato settore devono essere messi in grado, assegnando loro i mezzi necessari, di svolgere la loro opera, integrando, controllando, coordinando le varie istituzioni, centri, ambulatori d'igiene mentale sorti in diverse grandi città per merito delle Amministrazioni e degli Enti locali. Bisogna, inoltre,

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

capillarizzare tutto ciò, se vogliamo affrontare concretamente questo problema. I fondi che si presumono necessari per questo scopo, e per quello altrettanto urgente e necessario del potenziamento dell'assistenza psichiatrica, si possono valutare sui 700 milioni.

4) MEDICINA SCOLASTICA

La scuola rappresenta il centro di osservazione igienico-sanitario più importante, in quanto questa osservazione si può esercitare in maniera metodica e prolungata sulla totalità della popolazione italiana dai 6 ai 12 anni e sulla maggioranza di quella dai 3 ai 6 e dai 13 ai 18 anni circa.

L'azione fino ad ora svolta dalla amministrazione sanitaria in questo settore è stata limitata alle malattie infettive. Ora invece sembra utile estendere i compiti della medicina scolastica ad un controllo accurato e continuativo delle condizioni di salute e dello sviluppo fisio-psichico dei fanciulli, in modo da poter scoprire il più precocemente possibile tutte quelle imperfezioni, deficienze, meioragie e stati patologici che l'organismo infantile può presentare in questa delicata fase della vita che corrisponde all'età scolare; ci si rende conto come i fattori etiologici delle varie evenienze patologiche e disfunzionali, possano essere più agevolmente — se scoperti all'inizio — dominati e corretti nei loro effetti nocivi.

L'amministrazione sanitaria ha iniziato da qualche anno opera di stimolo e di incoraggiamento presso le amministrazioni locali perchè si mettano su questa strada, con il risultato di vedersi arrivare dalle amministrazioni locali domande numerose di contributi e di mezzi per organizzare tali servizi. Lo stanziamento necessario per far fronte a questi servizi, che i comuni non sono in grado di finanziare, si aggirerebbe sul miliardo e mezzo di lire.

5) SERVIZI DELL'ALIMENTAZIONE, NUTRIZIONE E DIETETICA

Dovrebbero interessare:

a) il settore della vigilanza e controllo sulla produzione, conservazione e commercio degli alimenti e bevande;

b) il settore degli additivi chimici negli alimenti e delle intossicazioni alimentari.

I progressi della tecnologia e della chimica alimentare hanno indubbiamente determinato miglioramenti nella lavorazione, conservazione e presentazione delle sostanze alimentari, ma offerto, purtroppo, altresì notevoli possibilità di sofisticazioni difficili da scoprire.

Per quanto riguarda gli additivi, è da tener presente come alcune sostanze coloranti siano considerate capaci di provocare l'insorgenza di tumori maligni, mentre certe sostanze che servono per la conservazione, miglioramento, eccetera, sono di elevato potere tossico.

c) le inchieste sullo stato di nutrizione della popolazione, profilassi e cura del gozzo e di altre malattie dovute a carenza alimentare.

Anche qui, però, sono necessari i mezzi finanziari per far fronte ad iniziative della amministrazione centrale e per contributi agli enti periferici. Spesa prevista lire 300 milioni.

Arrivato a questo punto, il vostro relatore sente di dover riepilogare nella annessa tabella le ulteriori necessità di stanziamento che emergono, a suo giudizio, da quanto fin qui espresso; aggiungendo subito che si tratta di una indicazione orientativa per i prossimi esercizi finanziari, salvo quanto il governo crederà di mettere a disposizione del Ministero della Sanità, con nota di variazione per gli organici e per la lotta contro la poliometite, ancora nell'esercizio 1959-1960.

Spese generali	L.	3.000.000.000
Debito vitalizio	»	100.000.000
Enti vigilati	»	3.000.000.000
Igiene pubblica e Ospedali	»	5.000.000.000
Malattie sociali	»	4.000.000.000
Servizi farmaceutici . . .	»	50.000.000
Servizi veterinari	»	5.000.000.000
Rapporti con l'estero . .	»	25.000.000

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

Istituto Superiore di Sanità	L.	1.000.000.000
	»	21.175.000.000
Nuove esigenze	»	4.500.000.000
TOTALE	L.	25.675.000.000

Onorevoli colleghi, il relatore allo stato di previsione dell'entrata e della spesa del Ministero del Tesoro ha molto autorevolmente — a nome della sua Commissione — « espresso la preoccupazione che gli stanziamenti assegnati al nuovo Ministero della Sanità non risultino, alle prove dei fatti, sufficienti ».

La Commissione igiene e sanità, al lume di quanto sopra emerso, non può non far sua questa preoccupazione che si dimostra fondata. In conseguenza, sente l'obbligo di richiamare l'attenzione del Senato e del Governo sullo stato di insufficienza del bilancio della Sanità e pertanto invita il Governo a voler provvedere ad aumentare gli stanziamenti, come meglio crede e può per l'esercizio 1959-60, ed in congrua misura per gli esercizi futuri.

Con queste riserve e con queste richieste, la Commissione — concorde — raccomanda al Senato la approvazione dello stato di previsione delle spese del Ministero della Sanità.

BENEDETTI, *relatore*

ALLEGATO 1.

ORGANICO DEL MINISTERO DELLA SANITA'

	Unità in servizio	N. posti proposti
A) Ruoli delle carriere direttive:		
1) Direttori Generali	5	5
2) Medici	433	566
3) Veterinari	208	258
4) Chimici	14	26
5) Ingegneri	4	38
6) Amministrativi	59	327
B) Ruoli carriere di concetto:		
7) Assistenti sanitarie	268	380
8) Segretari Tecnici	—	296
9) Segretari contabili	93	237
10) Segretari amministrativi	—	176
C) Ruoli delle carriere esecutive:		
11) Aiutanti Tecnici	56	400
12) Aiutanti amministrativi contabili	—	375
13) Stenodattilografi	318	375
D) Ruoli delle carriere ausiliarie:		
14) Agenti di sanità	160	390
15) Uscieri	190	335
E) Salariati temporanei	79	—
	1.887 (1)	4.184

(1) È compreso tutto il personale di ruolo e non di ruolo del Ministero della Sanità, o distaccato presso il Ministero medesimo. Sono esclusi i dipendenti degli Enti locali e della Prefettura che prestano servizio in periferia, il cui numero ammonta a varie centinaia.

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

ALLEGATO 2.

ORGANICO DEGLI UFFICI SANITARI PERIFERICI

UFFICIO MEDICO PROVINCIALE		UFFICIO VETERINARIO PROVINCIALE	
N° 8 con più di 1.000.000 abitanti	N° 27 con più di 500.000 abitanti	N° 8 con più di 1.000.000 abitanti	N° 83 con meno di 1.000.000 abitanti
8 medici provinciali	5 medici prov.	3 veterinari provinciali	2 veterinari provinciali
15 collaboratori tecnici	10 collaboratori tecnici	5 collaboratori tecnici	3 collaboratori tecnici
22 collaboratori amministrativi	16 collaboratori amministrativi	} servono anche per gli uffici del veterinario provinciale	
45 unità	31 unità		
	20 unità		

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 1959 al 30 giugno 1960, 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 1959-60, in lire 12.500.000.000 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 finanziario 1959-60 in lire 1.300.000.000.