

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

(N. 1215 e 1215-bis-A)

RELAZIONE DELLA II^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITA')

(RELATORI: BONADIES e CAROLI)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

approvato dalla Camera dei deputati nella seduta del 28 settembre 1960
(V. Stampato n. 1981)

presentato dal Ministro del Bilancio e ad interim del Tesoro

TRASMESSO DAL PRESIDENTE DELLA CAMERA DEI DEPUTATI ALLA PRESIDENZA
IL 29 SETTEMBRE 1960

Comunicata alla Presidenza il 6 ottobre 1960

**Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità
per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1960 al 30 giugno 1961**

INDICE

INTRODUZIONE	Pag. 3
PREMESSA	3

PARTE PRIMA

PROFILI GENERALI DELLO STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA DEL MINISTERO DELLA SANITA' PER L'ESERCIZIO FINANZIARIO 1° LUGLIO 1960-30 GIUGNO 1961	3
AUMENTO DI SPESA	3

PARTE SECONDA

LIMITI DELLA COMPETENZA DEL MINISTERO DELLA SANITA'	4
---	---

PARTE TERZA

ASPETTI TECNICI DELLA SITUAZIONE SANITARIA	5
PROBLEMA OSPEDALIERO	5
MALATTIE SOCIALI	13
SERVIZIO VETERINARIO	18
SERVIZI FARMACEUTICI	20
1. — RAPPORTO TRA NUMERO DELLE FARMACIE IN OGNI COMUNE E NUMERO DEGLI ABITANTI	21
2. — PIANTA ORGANICA	21
3. — ASSEGNAZIONE E TRASFERIBILITA' DELLE FARMACIE	21
OPERA NAZIONALE MATERNITA' E INFANZIA (O.N.M.I.)	23
ADULTERAZIONI E FRODI ALIMENTARI	25
MOSTRA INTERNAZIONALE DELLA SANITA'	25
ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITA'	26
CONCLUSIONE	26
DISEGNO DI LEGGE	28

INTRODUZIONE

ONOREVOLI SENATORI. — Una esauriente relazione sullo « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità » richiede particolare competenza ed esperienza e un complesso di valutazioni, tale da scoraggiare chi si accinga a compilarla, anche se animato dalla migliore buona volontà.

I relatori, però, confidano che gli interventi degli onorevoli colleghi varranno a colmare le lacune della loro esposizione.

PREMESSA

L'importanza dei compiti che il Ministero della sanità è chiamato ad assolvere, la gravità dei problemi che si agitano intorno alla tutela della salute pubblica, i profondi, vivi e palpitanti aspetti che la situazione sanitaria del nostro Paese presenta, postulano un saldo impegno da parte di tutti alla ricerca delle soluzioni più soddisfacenti.

Nel tentativo di offrire un quadro, quanto più è possibile completo, della complessa situazione riguardante la tutela della salute pubblica non possiamo non tener conto di quanto in proposito si è detto e osservato nei precedenti dibattiti al Senato e alla Camera dei deputati, in sede di discussione di questo e del precedente bilancio del Ministero della sanità. Anzi riteniamo che si debba muovere da quanto è emerso in quella sede, per procedere oltre e cercar di esprimere per l'avvenire un proposito concorde, volto al conseguimento di quegli obiettivi che la nostra ansia di miglioramento ci suggerisce.

PARTE PRIMA

PROFILI GENERALI DELLO STATO
DI PREVISIONE DELLA SPESA DEL
MINISTERO DELLA SANITA' PER
L'ESERCIZIO FINANZIARIO 1° LU-
GLIO 1960-30 GIUGNO 1961

È osservazione comune a quasi tutti i bilanci che i mezzi di cui si dispone non sono

adeguati ai compiti assegnati a questo o a quel Ministero. E purtroppo anche noi dobbiamo dire altrettanto per quanto riguarda il bilancio del Ministero della sanità.

Per il momento fermiamo il nostro esame sugli elementi dello stato di previsione della spesa esposti nel disegno di legge di cui ci occupiamo.

Lo « Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1960 al 30 giugno 1961 » presenta una spesa complessiva di lire 50 miliardi e 999.800.000 con un aumento, nei confronti del bilancio precedente, di lire 7.117.000.000.

Va subito osservato che tale incremento è assorbito in parte da maggiori spese per il personale e i servizi, rispettivamente per lire 1.273.160.000 e per lire 402.400.000, in parte, cioè per lire 2.720.000.000, da aumenti di contributi a favore dell'Opera maternità e infanzia (lire 2.500.000.000), della Croce rossa italiana (lire 200.000.000), dello Stabilimento termale di Acqui (lire 20.000.000), ed infine (per lire 234.440.000) dalle maggiori spese (personale e varie) richieste dal funzionamento dell'Istituto superiore di sanità.

In definitiva, quindi, l'incremento della spesa per interventi diretti nel campo della sanità risulta di lire 2.487.000.000.

Infatti lire 7.117.000.000 — (lire 1 miliardo e 273.160.000 + 402.400.000 + 2 miliardi e 720.000.000 + 234.440.000) lire 4 miliardi e 630.000.000 = lire 2.487.000.000.

Questa somma è così suddivisa:

lire 1.717.000.000 sotto il titolo « spese per l'igiene pubblica e per gli ospedali » e lire 770.000.000 sotto quello di « spese per le malattie sociali ».

AUMENTO DI SPESA

Ci sembra opportuno scendere in qualche dettaglio, per porre in evidenza gli aumenti di spesa apportati su alcuni capitoli:

spese per i provvedimenti contro le epidemie e le epidemie da causa infettiva, e altro: lire 535.000.000;

spese dovute a sussidi e contributi per studi e ricerche nell'interesse dell'assistenza sanitaria ospedaliera, ambulatoriale e domiciliare, e altro: lire 280.000.000;

spese per funzionamento, manutenzione, ripristino e potenziamento delle stazioni sanitarie, marittime, degli aeroporti e di frontiera, e altro: lire 3.000.000.

sussidi e contributi per studi e ricerche per la difesa dell'igiene del suolo, dello ambiente e dello abitato, e altro: lire 50 milioni;

sussidi e contributi per studi e ricerche nel campo della idrobiologia medica, della terapia fisica e della medicina nucleare, e altro: lire 49.000.000;

spese per fornitura d'acqua ai comuni isolani: lire 100.000.000;

spese e contributi per l'assistenza e la cura degli infermi poveri affetti da postumi di poliomielite: lire 700.000.000;

cura e mantenimento dei malati venerei contagiosi negli ospedali, e altro: lire 60 milioni;

sussidi per la profilassi e cura della lebbra: lire 10.000.000;

spese per ospedalità per gli ammalati poveri affetti da lebbra: lire 30.000.000;

sussidi a enti vari per favorire l'impianto e il funzionamento di centri di accertamento diagnostico e di terapia per il cancro e i tumori maligni in genere, e altro: lire 250.000.000;

spese per l'attuazione di corsi di preparazione scientifica di medici, e altro: lire 20.000.000;

sussidi per costruzione, sistemazione e arredamento di dispensari antitracomatosi, e altro: lire 25.000.000;

sussidi e premi agli Istituti di puericultura, e altro: lire 115.000.000;

spese e contributi per la assistenza e cura di infermi poveri recuperabili affetti da paralisi spastiche infantili, e altro; e sussidi alle condotte ostetriche: lire 110.000.000.

contributi e spese per la profilassi e la lotta contro le malattie reumatiche e cardiovascolari: lire 150.000.000.

Questi rilievi, limitati alle spese per la igiene pubblica e gli ospedali, e alle spese per le malattie sociali, riportati nella relazione al Senato sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1° luglio 1959-30 giugno 1960 e conseguente discussione, inducono a considerare con soddisfazione che quasi tutte le proposte di incremento di spesa avanzate in quella relazione sono state accolte, (sia pure in misura inferiore a quella indicata); e ciò dimostra che le nostre discussioni in Commissione e in Aula non sono sterili di effetti.

Non abbiamo ancora ottenuto grandi risultati, ma non ci siamo fermati. Formuliamo anzi l'augurio che le mete auspiccate possano essere raggiunte, sia pure con la necessaria gradualità nel tempo.

PARTE SECONDA

LIMITI DELLA COMPETENZA DEL MINISTERO DELLA SANITÀ'

Durante la breve vita del Ministero della sanità si sono rivelate talune incertezze sui limiti della competenza del Ministero in ordine alle diverse articolazioni della attività necessaria all'espletamento del suo alto compito di « provvedere alla tutela della salute pubblica ». Ad eliminarle in gran parte sono valsi i pareri del Consiglio di Stato.

È ormai incontestabile che nella « materia sanitaria » vanno compresi anche i poteri « di natura esclusivamente amministrativa che siano strumentalmente predisposti a un fine sanitario ».

Sono stati altresì trasferiti all'autorità sanitaria tutti i poteri per la emanazione dei bandi di concorso, nomina delle commissioni giudicatrici, approvazione delle graduatorie, ecc. per i concorsi a posti di ufficiale sanitario e di sanitario condotto; così pure per quanto riguarda i concorsi per l'apertura e l'esercizio delle farmacie.

Sono stati, invece, esclusi dalla competenza del Ministero della sanità i poteri attinenti alla disciplina istituzionale degli Enti ospe-

dalieri, concernenti il riconoscimento della personalità giuridica degli Enti stessi, l'approvazione degli statuti, le riforme dell'Amministrazione, la mutazione del fine, onde detti poteri rimangono di competenza del Ministero dell'interno.

Qualche perplessità rimane ancora sulla portata del termine « vigilanza » contenuto nel primo comma dell'articolo 6 della legge 13 marzo 1958 n. 296, in riferimento agli Enti pubblici che svolgono esclusivamente o prevalentemente compiti di assistenza sanitaria. Secondo il Consiglio di Stato quel termine va riferito al controllo di mera legittimità e, quindi, solo a tale controllo verrebbe limitata la competenza del medico provinciale o del veterinario provinciale.

Si persiste, invece, a ritenere di competenza dei predetti organi anche il controllo di merito. E ciò perchè tali controlli di merito, già esercitati dal Prefetto, sono stati trasferiti al medico provinciale o al veterinario provinciale in forza del penultimo comma dell'articolo 6 della citata legge, ove è detto: « Tutte le altre attribuzioni del Prefetto in materia di sanità pubblica sono devolute al medico provinciale ed al veterinario provinciale secondo le competenze dei rispettivi uffici ».

Altra incertezza permane in ordine alla competenza per i poteri di controllo sui consorzi tra comuni per la vigilanza igienica.

Il Consiglio di Stato ha espresso il parere che i suddetti poteri sono accomunati ai poteri di controllo per i consorzi comunali per il servizio di medico, veterinario e ostetrica condotta, e poichè questi consorzi esercitano una attività surrogatoria di quella che avrebbero dovuto esercitare i comuni, nessuna modifica soggettiva sarebbe stata introdotta nei poteri di controllo per detta attività.

Si obietta che per i consorzi di vigilanza igienica l'assimilazione agli altri consorzi non è esatta, in quanto quelli per la vigilanza igienica sono previsti specificatamente come organi periferici del Ministero della sanità (articolo 4, comma 2°, legge 13 marzo 1958, n. 296) e, pertanto, non possono ritenersi come surrogatori di una specifica attività comunale.

Non ci attardiamo alla ricerca di altre divergenze e incertezze, per non appesantire questa esposizione.

È auspicabile, comunque, che ogni dubbio venga al più presto eliminato mediante opportuni chiarimenti o con nuovi provvedimenti atti a meglio ordinare tutta la materia.

Ciò servirà a snellire il lavoro e contribuirà alla maggiore funzionalità del nuovo Ministero, il quale nel contributo di comprensione e collaborazione che ciascuno saprà dare, vede la condizione per un più completo e sollecito espletamento dei compiti che è chiamato ad assolvere.

PARTE TERZA

ASPETTI TECNICI DELLA SITUAZIONE SANITARIA

Vorremmo fare oggetto del nostro esame tutti i problemi tecnici concernenti la situazione sanitaria in Italia, ma preferiamo contenere i limiti di questa relazione, per cui, senza negare importanza a tutti gli aspetti di tale situazione, ci soffermeremo solo su quelli che più richiedono la vostra sollecita considerazione.

PROBLEMA OSPEDALIERO

La vastità e la complessità del problema ospedaliero meritano un cenno particolarmente approfondito. Non vogliamo usare una frase fatta dicendo che l'Ospedale italiano è un *grande ammalato*, ma, d'altra parte, non possiamo non tener conto del grave disagio attuale che investe sia la categoria dei medici degli ospedali, sia le Amministrazioni e sia particolarmente i ricoverati nei luoghi di cura.

Il rapido evolversi delle esigenze diagnostiche terapeutiche e profilattiche, la ancora grave carenza dei posti-letto nei confronti della popolazione, la complessità delle situazioni amministrative ospedaliere ed il grosso problema del personale che fa servizio nei nosocomi, sono di tale entità che porte-

rebbero ovviamente a proporre una soluzione radicale cioè un colpo di spada sull'esempio di quello dato da Alessandro Magno sul nodo di Gordio: ma, cari colleghi, gli ospedali sono una realtà sofferente e un taglio netto e improvviso creerebbe soltanto ferite gravi con conseguente copiosa perdita di sangue, cioè di denaro e porterebbe altre sofferenze, altre amarezze.

Ma d'altra parte bisogna convenire che non è possibile neppure continuare ad adattarsi nello stato attuale: i medici ospedalieri da anni aspettano una adeguata sistemazione della loro carriera, la popolazione italiana che in questi ultimi tempi comincia a riconoscere nell'ospedale non già il lazzaretto o l'anticamera della morte dei vecchi tempi ma un nobilissimo luogo dove si riacquista la salute perduta, l'opinione pubblica messa in allarme da episodi dovuti alla scarsità di posti-letto e di personale sanitario adeguato, ed infine soprattutto il nostro stesso impegno di uomini politici cristiani, ci impongono di studiare e di proporre adeguate misure che, senza turbare rapporti e tradizioni, portino l'Ospedale italiano verso un livello più adeguato alle esigenze della vita moderna. L'interesse dei colleghi per questi problemi e soprattutto l'impegno appassionato dell'onorevole ministro Giardina, ci rassicurano sulla possibilità di una rapida soluzione. In questo senso, anzi, l'annunciata presentazione al Consiglio dei ministri di un progetto di legge d'iniziativa ministeriale sulla concessione di mutui per la costruzione di nuovi ospedali con interessi a carico dello Stato, viene in anticipo incontro ad una precisa richiesta che noi relatori intendevamo porre in questa nostra esposizione.

Ma non mi sembra che sia questo l'unico problema: accanto ad esso un problema ospedaliero che potrebbe venire rapidamente risolto con un po' di buona volontà è quello relativo alla *competenza sui nosocomi*, attualmente suddivisa fra il Ministero dell'interno e il Ministero della sanità. Pur comprendendo le ragioni che militano a favore

del mantenimento della sovranità del Ministero dell'interno e di conseguenza dei Prefetti sulla organizzazione ospedaliera, sulle rette di degenza, eccetera, non possiamo non concludere che la questione deve essere risolta nel senso da tutti auspicato e cioè di affidare tutti gli ospedali, nessuno escluso, alla competenza del Ministero della sanità. Il Ministero della sanità del resto può meglio comprendere la natura dei problemi ospedalieri e mettere mano anche alla riforma degli ospedali che può essere inquadrata nell'ambito dello sviluppo e del riordinamento di tutti i servizi sanitari che riconoscono ormai nell'ospedale il centro profilattico, curativo e didattico.

La competenza del Ministero degli interni sugli ospedali è legata ormai alla famosa legge « Istituzioni di assistenza e beneficenza »; orbene, onorevoli colleghi, l'ospedale non può più essere considerato come centro di ricovero indiscriminato nel quale il problema del ricovero dei poveri e dei vecchi abbia la preminenza. L'ospedale moderno ormai è divenuto un « Centro di salute » e pertanto solo la impostazione generale di un Dicastero che, come quello di sanità, si propone di tutelare la salute della popolazione per mezzo di attività preventive e curative può permettere quella integrazione dell'ospedale nell'ambito dei già esistenti servizi sanitari, quella maggiore utilizzazione per tutta la collettività delle attrezzature altamente specializzate che in genere gli ospedali già posseggono e quella introduzione di un nuovo spirito nelle corsie che sono, poi, i presupposti migliori per una organizzazione efficiente della ospitalità italiana. Ripetiamo: non si tratta di competenza o di passione di singoli uomini ma di orientamenti generali che le diverse amministrazioni non possono non avere per la loro stessa differente finalità sia pure compresa nell'ambito più generale dell'interesse pubblico.

Pertanto, facciamo voti che *tutti* gli ospedali passino sotto la vigilanza del Ministero della sanità, in modo da eliminare ogni collisione fra amministrazioni così strettamente imparentate; che poi soprattutto finisca

l'anacronismo della tutela attuale da parte del Ministero dell'interno su istituzioni ospedaliere come gli Istituti fisioterapici ospedalieri di S. Gallicano in Roma e gli stessi Ospedali Riuniti di Roma che per nulla differiscono da tutte le altre amministrazioni ospedaliere, che devono essere strettamente collegate con tutti i servizi di medicina sociale di Roma e che pure non dipendono dal Ministero della sanità.

L'onorevole Ministro della sanità molto opportunamente tende spesso a sottolineare la perfetta collaborazione che esiste fra la Amministrazione dell'interno e quello della sanità ed ha verso la prima accenti di riconoscimento direi quasi filiali; nè si può negare che, se le strutture periferiche e centrali del neo Ministero hanno brillantemente superato il duro rodaggio dei primi mesi di funzionamento, buona parte del merito va attribuita alla benevole comprensione del Ministero dell'interno e dei Prefetti. Tuttavia, bisogna convenire, che ci sono anche nella vita familiare degli aspetti nei quali madre e figlio ad un certo momento devono avere ciascuna un campo di azione ben differenziato e ben delimitato: ed i nostri colleghi psicologi potrebbero sviluppare ben interessanti deduzioni a questo riguardo.

Un altro grave problema che si pone parlando degli ospedali è quello che si riferisce al personale.

Nell'ospedale possono cambiare più o meno rapidamente le tecniche e le attrezzature sanitarie ma il cardine su cui si svolge il lavoro in questi luoghi rimane sempre il rapporto fra medico e malato, fra medico ed infermiere, fra medico e suore e, fra « gruppi sanitari » e parenti degli infermi: pertanto il fattore « qualitativo ed umano » dovrà avere sempre la massima importanza. A nulla servirebbero i mezzi più moderni di cui fosse fornito un ospedale se mancasse nel personale non solo la idonea capacità professionale ma specialmente morale: il malato finirebbe per trovarsi male ed anche il processo di guarigione e di riabilitazione

sarebbe negativamente influenzato dall'ambiente.

Per comprendere appieno un problema scottante che è quello del personale sanitario e della riforma di carriera degli stessi, riteniamo, cari colleghi, che un breve cenno non sia inutile. Siamo accusati di voler sempre ricorrere alle tradizioni del cristianesimo, ma nessuno può negare che prima della affermazione della dottrina del cristianesimo non vi erano ospedali nel mondo: chi aveva mezzi finanziari si curava al suo domicilio chiamando e pagando medici e schiavi; chi non aveva mezzi moriva miseramente; mentre gli invalidi, quando non si attuava la soppressione violenta, finivano per eliminazione naturale in assenza completa di ogni provvidenza umana. I primi ospedali nacquero sotto l'insegna della carità cristiana ed accolsero sempre, dalla antichità fino ai primi dell'Ottocento, oltre agli ammalati veri e propri, anche i vecchi, gli invalidi, gli indigenti che furono affidati a personale religioso che svolgeva compiti infermieristici ed assistenziali cumulativamente. Fu solo nel secolo scorso che cominciò la distinzione fra mendicicomi, cronicari e nosocomi propriamente detti e questi ultimi a loro volta crearono le varie sezioni di cura: sezione di medicina, di chirurgia, di ostetricia con possibilità di sviluppo e di funzionamento autonomo. In questo momento comincia a delinearci nell'ospedale la figura del medico vero e proprio o del chirurgo o dell'ostetrico e tutto il nosocomio finisce per cadere sotto la direzione di un sanitario, che vigila su tutti i reparti e su tutto il personale medico ospedaliero nonchè sul personale di assistenza.

Quale trattamento, ora ci chiediamo, veniva riservato ai medici dell'ospedale?

L'emolumento di questi medici ospedalieri se vi era, doveva essere molto modesto per poco che si tenga presente che proprio in considerazione di tale tradizione la modestia di stipendio dura tuttora. I giovani, tuttavia, erano lieti di dare la loro opera anche gratuitamente in cambio di una esperienza che essi acquistavano e della chiara fama

di cui venivano a beneficiare, fama che certo influiva in maniera decisiva sullo sviluppo della loro professione nella privata clientela che era veramente cospicua. Infatti, fino all'inizio del nostro secolo risulta che gli assistenti degli Ospedali Riuniti di Roma venivano assunti nel corso dell'ultimo biennio di medicina.

Questa concezione dell'ospedale come « palestra » o come « lustro per il medico » è quella che viene presa in considerazione anche oggi allo scopo di giustificare l'inadeguato compenso che viene dato a tutte le gerarchie sanitarie che operano nei nosocomi. È ben vero che la introduzione dell'assistenza mutualistica attraverso la ripartizione degli utili che da questa assistenza deriva, ha recato un certo beneficio economico; ma si tratta di cifre assai modeste ripartite con criteri non sempre esenti da critiche fra i medici interessati. Pertanto si deve ritenere che la situazione non è migliorata, e rimane tuttora stazionaria.

Accanto a questa inadeguatezza di trattamento vi è un'altra grave situazione ed è quella relativa alla *instabilità della carriera* sia per gli Assistenti e sia per gli Aiuti con effetto negativo sul rendimento.

Come risolvere questa situazione? Questo è un punto cruciale che va esaminato con la più grande attenzione. L'ospedale può essere una « palestra » per lo studente e per il neo laureato ma non lo è più per l'Assistente e tanto meno per l'Aiuto che raggiungono il posto dopo lungo tirocinio e dopo concorsi difficilissimi per cui è da ritenere che le prestazioni professionali che essi effettuano nei confronti dell'ospedale sono di altissima qualificazione. A questi medici è l'ospedale che deve riconoscenza perchè sono essi che fanno il lustro dell'istituzione nosocomiale e non è affatto il contrario.

Le Amministrazioni ospedaliere affermano che i loro bilanci sono in *deficit*: ma domandiamoci perchè mai non si lesina su altre spese che possono anche non essere di primissima importanza e perchè non viene utilizzato al completo il ricco dispositivo di attrezzature diagnostiche e terapeutiche che

costano moltissimi milioni e che richiedono una costosa continua manutenzione? Questo è il punto nodale della questione. Noi riteniamo che l'orario di lavoro dei medici ospedalieri sia scarsissimo rispetto alle necessità. Bisogna abituarsi a considerare la Azienda ospedaliera come una attività industriale. Ora noi ci domandiamo: è concepibile mai una industria nella quale dirigenti, tecnici ed operai lavorano soltanto poche ore al giorno lasciando che i macchinari rimangano fermi ad arrugginirsi per buona parte della giornata? No. Occorre cambiare sistema. Bisogna riformare lo stato attuale del funzionamento dell'ospedale perchè questo si possa definire moderno e cercare di ottenere quel rendimento che è da attendersi imprimendo a tutto il complesso industriale un ritmo adeguato.

Si impone, in definitiva, la introduzione, sia pure graduale, del così detto « tempo pieno » anche nei nostri ospedali analogamente a quanto si fa negli ospedali Nord Americani e in molti ospedali del Nord Europa. È nota la positiva esperienza francese della riforma Debré. In grandi linee si tratta di una trasformazione del lavoro dei medici ospedalieri in lavoro ad « orario completo » con divieto ad essi di esercitare al di fuori dell'ospedale ma con ampie possibilità, in determinati orari, di utilizzare le ricchissime attrezzature del nosocomio per visitare e curare i propri pazienti privati a pagamento sia in ambulatori che in camera a pagamento in speciali reparti.

A chi teme che in questo modo il medico possa diventare un funzionario, facciamo rilevare che, nella maggior parte degli ospedali anglo-sassoni, il sistema già funziona da tempo e non si può certo pensare che i medici o chirurghi Nord-Americani così gelosi della loro indipendenza professionale, ma pure così legati alla vita dei loro ospedali, siano dei burocratici!

Noi riteniamo che il tempo pieno debba essere esteso a tutti i sanitari: Assistenti, Aiuti, Primari, senza nessuna esclusione di categoria.

Senza questa riforma gli Ospedali italiani rischiano di perdere a poco a poco la loro

tradizionale importanza per diventare ricco di cronici senza alcun prestigio.

Sempre a proposito del tempo pieno vorremmo ricordare che esso è già stato inquadrato in Francia nella riforma degli studi di medicina fatta recentemente ed applicata anche in certe sedi dove si svolge l'insegnamento di materie biologiche. In Francia al Primario ospedaliero è riconosciuta ufficialmente una funzione parauniversitaria a cui corrisponde anche uno stipendio apposito che viene dato dalla Università.

Questo stesso sistema noi proponiamo che venga adottato in Italia perchè in tal modo mentre si riesce a far quadrare meglio lo stipendio dei medici ospedalieri, si eleva nel tempo stesso il livello culturale medico degli Ospedali.

Un altro settore sul quale desideriamo richiamare l'attenzione degli onorevoli senatori è quello che si riferisce ai servizi ambulatoriali e dispensariali in senso polivalente ed in connessione con i reparti ospedalieri specializzati.

Per quanto riguarda il miglioramento ed il coordinamento della assistenza ambulatoriale si può dire che oggi in Italia siamo pieni di ambulatori e dispensari: oltre a quelli ospedalieri abbiamo i numerosi ambulatori mutualistici (pubblici o privati convenzionati), gli ambulatori dei Consorzi provinciali antitubercolari o dispensari, gli ambulatori antiveneri, gli ambulatori dei Comuni, e via di seguito: ciascuno di questi servizi, aperti al pubblico, ha in genere una attrezzatura ridotta per cui molto spesso i malati sono costretti a girare da un ambulatorio all'altro, da un dispensario all'altro non solo con grave disagio ma spesso con notevole ritardo nella diagnosi delle malattie. Risulta invece indispensabile che le attrezzature ambulatoriali siano efficienti e siano accentrate nella medesima istituzione, in maniera da permettere l'immediata effettuazione di tutte quelle ricerche diagnostiche specialistiche che sono oggi indispensabili per la formulazione di un corretto giudizio diagnostico. L'ospedale, possedendo già tutta una serie di attrezzature diagnostiche, potrebbe essere il centro naturale della rete

poliambulatoriale. Ma è evidentemente necessario che questi ambulatori che noi chiameremmo più precisamente consultori, siano affidati a personale medico o chirurgico di accertato alto valore e che lavori a tempo pieno per sfruttare al massimo tutte le attrezzature dell'ospedale.

A questi servizi di alta specializzazione vedremmo utilmente aggiunto quel « servizio sociale ospedaliero » che dovrebbe essere opportunamente studiato per rispondere alla esigenza della medicina moderna che richiede coordinamento tra malato ed ambiente sociale.

Da più parti è stato rilevato come negli ospedali italiani il « tempo di diagnosi » e il « tempo di terapia » cioè il periodo che lo ammalato trascorre in corsia prima che venga formulata la diagnosi e il tempo che trascorre in ospedale per la terapia completa, sia eccessivamente lungo rispetto a quanto in media si verifica in altri Paesi. Ciò deriva sia dalla mancanza di quello che abbiamo chiamato tempo pieno dei medici e sia anche dal mancato coordinamento dei vari servizi impegnati nella diagnostica e nella terapia. Occorre rimediare anche a questo grave inconveniente che allunga talora notevolmente la degenza ospedaliera accentuando la deficienza dei posti-letto.

Un buon funzionamento, degli ambulatori ospedalieri, poi, potrebbe permettere di evitare quei ricoveri che al momento attuale vengono etichettati sotto la formula « per accertamento » e dall'altra, di seguire il paziente dopo la sua dimissione dall'ospedale consolidando la guarigione, prevenendo ricadute ed aggravamenti con adeguati trattamenti che possono essere effettuati benissimo a domicilio.

La classe medica conosce bene il gran parlare che si è fatto sulla convenienza economica della cosiddetta « ospedalizzazione extra-moenia » che è stata sperimentata soprattutto presso alcuni ospedali di New York: noi non ci fermeremo a trattare questo argomento che vogliamo lasciare allo studio degli organi della Amministrazione della sanità ma è certo che un rapporto più stretto tra ambiente sociale ed organi ospedalieri si impone di urgenza per avviare a nume-

rosi inconvenienti che si verificano frequentemente.

Del resto occorre tener presente che, anche in clima assistenziale perfetto, il soggiorno in ambiente ospedaliero non è esente da gravi perturbazioni psico affettive, specie nell'età infantile. Noi riteniamo che il servizio sociale, se bene strutturato e ben diretto, può avere una grande influenza nella riduzione delle ospedalizzazioni non indispensabili e per il miglioramento delle condizioni di vita degli ammalati: e in questo senso possiamo citare i primi risultati positivi della collaborazione tra alcuni ospedali romani (fra i quali quello che uno di noi ha l'onore di dirigere) ed un gruppo di assistenti sociali che studiano l'influenza dell'ambiente ospedaliero sulla psicologia del ricoverato.

Riteniamo anche che un primo passo per migliorare l'assistenza al malato anche dopo la dimissione (teniamo sempre conto delle numerose recidive e dell'andamento ciclico di molte affezioni ad andamento cronico e degenerativo che costituiscono una delle cause più frequenti di ricovero) possa essere rappresentato dallo stabilimento di precisi rapporti di collaborazione fra medico curante (medico condotto, medico di famiglia, medico dell'I.N.A.M., ecc.) e ospedale.

L'elenco delle specialità che potrebbero essere rappresentate dagli ambulatori ospedalieri dei grandi centri urbani è veramente imponente e può fare intravedere quanto beneficio possa ottenere l'assistenza sanitaria da una migliore organizzazione ospedaliera. Ma occorre anche spendere qualche parola sui servizi dispensari di riabilitazione cioè di quei servizi dispensari che solo i grandi ospedali possono organizzare a beneficio di una gran massa di popolazione abbisognevole. Abbiamo davanti agli occhi la visione della fervida attività che si svolge nell'Ospedale Maggiore di Milano nel quale è stato allogato un Istituto di terapia fisica dove ai bambini con esiti di poliomielite si alternano malati affetti da reumatismo e soggetti con esiti di paralisi o paresi degli arti.

È tempo che le Amministrazioni ospedaliere di grande importanza siano stimolate a creare nei loro nosocomi questi dispensari

di riabilitazione così indispensabili non soltanto per i pazienti esterni ma anche per i ricoverati. Bisogna ricordare che la *riabilitazione comincia a letto del malato in fase acuta* e che pertanto l'istituzione di un servizio di fisioterapia potrebbe servire per tutti i minorati fisici con la possibilità di venire incontro ad una precisa esigenza della moderna assistenza ospedaliera. Con questi Centri ospedalieri si potrebbero evitare quei centri staccati a specializzazione unica che purtroppo tendono continuamente a moltiplicarsi: e ciò dicendo noi pensiamo ai centri per poliomielitici che speriamo possano rimanere fra pochi anni senza clienti ma la cui riconversione in centri per minorati fisici potrà essere domani non scevra di difficoltà.

Nella valutazione della *retta ospedaliera* bisognerebbe, sia da parte degli Enti pubblici che di quelli mutualistici, prescindere da ogni confronto con il passato o con istituzioni private a specializzazione unica e tener conto non soltanto dell'aumentato costo delle medicine ma anche della necessità di attrezzare gli ospedali, non soltanto dei Pronto Soccorsi che oggi particolarmente assumono una importanza enorme, ma anche con servizi di altissima utilità pubblica come per esempio i servizi di rianimazione, i reparti per ustionati e via di seguito.

Anche le spese per la gestione delle *Scuole convitto per infermiere professionali* non possono non gravare sulla retta perchè la preparazione delle future infermiere costituisce un vantaggio che in ultima analisi si riversa sul buon andamento dell'ospedale e sulla collettività, che di esse si serve.

Dal punto di vista generale riteniamo che l'attuale organizzazione delle Scuole convitto non debba subire notevoli modifiche. È senz'altro auspicabile un aumento del livello medio culturale delle allieve attraverso la richiesta di un diploma di scuola media (ginnasio, magistrale inferiore o titolo equipollente). Ma certamente la grave crisi del reclutamento di questo così prezioso personale ausiliario non è di facile soluzione. Ne fa

fedele del resto la analoga difficoltà che si riscontra anche in paesi più ricchi dell'Italia che possono offrire stipendi e condizioni di vita molto elevate ma che trovano difficoltà a reclutare personale per le scuole convitto. Ciò dimostra che per far l'infermiera occorre una dose notevole di buona volontà per superare i sacrifici che la professione richiede rispetto ad altre attività meno impegnative. Occorrerà un continuo martellamento divulgativo che tratteggi le caratteristiche di questa professione così femminile e si spera che ciò possa portare i suoi frutti in un paese come il nostro che possiede decine di migliaia di insegnanti elementari alla ricerca di una cattedra non sempre reperibile.

Parlando delle infermiere riteniamo opportuno accennare alla continuazione del funzionamento di certe scuole per gli infermieri generici che va a detrimento della infermiera professionale. Il mondo moderno richiede che l'infermiera sia provvista di adeguata formazione culturale ma lo richiede particolarmente il progresso della medicina e della chirurgia che non possono fare a meno di personale che abbia alta qualificazione.

Parlando dell'assistenza ospedaliera le *Casse di cura private* vengono in ballo nella discussione dei motivi di crisi degli Ospedali; pensiamo che attraverso l'adozione di formule di impiego pieno per i medici ospedalieri si venga ad eliminare automaticamente una delle fonti più discutibili di concorrenza con il pubblico Ospedale. D'altra parte, non riteniamo che le Case di cura debbano essere « irreggimentate »; la loro presenza se non altro può servire da stimolo per gli ospedali pubblici. Può essere opportuno studiare una apposita regolamentazione di questa istituzione e, al riguardo, ci sembra che le norme che il medico provinciale di Roma ha di recente emanate possano servire di utile base, perchè, senza alterare il carattere libero-professionistico delle Case di cura, dettano alcuni criteri minimi ai quali è doveroso che le predette si adeguino (specie per le qualificazioni del personale e per la presenza di un medico di turno).

Ospedali psichiatrici

L'attuale bilancio della sanità per la prima volta porta un cenno specifico al problema psichiatrico, essendo previsto al capitolo 50 un articolo (il sesto), intitolato « sussidi e contributi per studi e ricerche nell'interesse dell'assistenza psichiatrica e dell'igiene mentale »; certamente, lo stanziamento è quasi irrilevante, ma è importante che si sia affermato il principio del diretto interessamento della Sanità pubblica italiana nel settore dell'assistenza ai malati di mente. Anche la preannunciata presentazione da parte dell'onorevole Ministro di un progetto di legge che da una parte pone rimedio, sia pure parzialmente, alla anacronistica attuale legislazione e dall'altra favorisce lo sviluppo di servizi indispensabili di igiene mentale, è un fatto positivo, come rilevante è l'attività che il Ministero sta svolgendo attraverso la Divisione di assistenza psichiatrica ed igiene mentale della Direzione generale di igiene dei pubblici ospedali, di recente istituzione.

Due punti vorremmo soprattutto sottolineare:

1) non è possibile proporre legislazioni psichiatriche « liberali » senza che prima si sia verificata nell'opinione pubblica, cominciando dal mondo dei medici, una modificazione delle attuali concezioni circa l'irrecuperabilità delle malattie mentali. Pertanto, il Ministero dovrebbe studiare un apposito piano di educazione sanitaria che dovrebbe cominciare dall'aggiornamento di molti medici sui moderni criteri di terapia e profilassi delle malattie mentali. L'articolo di Bilancio sopraccennato può benissimo essere utilizzato a tal fine;

2) la prima prevenzione delle malattie mentali avviene nell'età infantile. Ora, nel settore dell'igiene mentale infantile, nel quale possiamo vantare illustri tradizioni ed attuali originali impostazioni dottrinarie, esiste un pò di confusione, dovuta alla più o meno affrettata costituzione di consultori medico-psico-pedagogici da parte di svariati Enti. Il Ministero dovrebbe studiare al più presto un piano di coordinamento che pur

rispettando l'autonomia dei singoli Enti promotori, dia uniformità di indirizzi e di coordinamento di competenze.

In conclusione:

La politica ospedaliera del Governo dovrebbe essere impostata sui seguenti punti:

1) favorire con agevolazioni finanziarie e contributi la costruzione di nuovi ospedali specie nelle regioni meridionali ed insulari, ed in questo senso ci riserveremo di intervenire, in sede di discussione dell'apposito progetto di legge presentato dal Governo;

2) stabilire per mezzo di piani regionali l'ordine di precedenza da dare alle nuove costruzioni ed ai miglioramenti edilizi e tecnici delle vecchie. Evitare, in linea generale, di approvare progetti di nuovi ospedali con numero di letti eccessivo (superiore ad esempio a 1.500) per i ben noti motivi della antieconomicità della gestione di simili complessi.

3) coordinare sul piano regionale o provinciale l'attività dei singoli ospedali senza alterare l'autonomia amministrativa dei medesimi studiando particolari forme di pianificazione (ad esempio Comitati presieduti dal Medico provinciale);

4) dare il massimo incremento possibile ai dispensari ed ambulatori ospedalieri, utilizzandoli a pieno regime ed evitando la costruzione di nuovi complessi poliambulatoriali staccati dagli Ospedali e senza coordinamento con i medesimi. Tale politica deve anche tener conto della opportunità di diminuire il periodo di degenza utilizzato per la diagnosi e di ridurre il numero globale dei ricoveri, estendendo in efficacia e specificità i trattamenti ambulatoriali;

5) ridurre il numero massimo di letti nei reparti, in modo che a ciascun Primario non siano affidati più di 50 posti letto. Creare negli Ospedali di 1^a e 2^a categoria un servizio di anestesia indipendente affidato ad un Primario ed introdurre anche nelle denominazioni il concetto di servizio di anestesia e di rianimazione. Stabilire negli organici, almeno degli Ospedali di 1^a cate-

goria, un posto di assistente medico dietista al quale sia affidata anche la direzione della cucina;

6) favorire il miglioramento delle relazioni umane in ambiente ospedaliero, mediante la istituzione di un *servizio sociale* con autonomia di funzioni;

7) studiare, almeno sul piano sperimentale, la introduzione del tempo pieno negli orari dei medici ospedalieri, provvedendo, di concerto con il Ministero della pubblica istruzione a stabilire una precisa funzione didattica degli Ospedali così organizzati, non solo sul piano del tirocinio obbligatorio post-laurea ma anche in quello della indispensabile preparazione pratica degli studenti;

8) studiare un nuovo piano di distribuzione dei compensi mutualistici fra i medici curanti, che eviti le attuali sperequazioni e tenga presente il concetto di compensare le prestazioni effettivamente compiute.

Tutti questi punti, tuttavia per poter essere impostati e sviluppati presuppongono, come punto di partenza, *il passaggio di tutte le competenze ospedaliere dal Ministero dell'interno a quello della sanità.*

Mutualità

Sappiamo che a questo punto molti colleghi e diversi uomini di Governo diranno: si tratta di argomenti di competenza del Ministero del lavoro, discutiamone in quella sede. Vorremmo tuttavia, sempre riservandoci di trattare a fondo il problema nella discussione dell'apposito bilancio, far notare che il Dicastero della sanità oltre ad avere per legge istitutiva una competenza « tecnica » sia pure molto poco specificata sull'andamento dei servizi mutualistici e previdenziali, rimane per definizione e legge il massimo tutore della salute pubblica. Nessuno può negare che al momento attuale nel campo della salute pubblica il maggiore problema qualitativo è costituito dalla generale scarsa fiducia che i mutuati hanno nei riguardi dell'assistenza mutualistica e dal conflitto fra i medici e le Amministrazioni dei maggiori Enti mutualistici. Tale situa-

zione di disagio e tale conflitto crea un diretto nocumento alla salute pubblica soprattutto perchè frapponne fra il medico ed il malato una barriera di moduli che impediscono e rendono difficile lo stabilimento di quel rapporto di mutua fiducia che è la premessa per la guarigione, il recupero e la diagnosi precoce.

Basterebbe scorrere le circolari che emana il Ministero della sanità inglese, paese dove come è ben noto l'assistenza medica è stata « nazionalizzata » per vedere quante volte viene richiamata e sottolineata la preminente funzione che « il medico di famiglia » deve avere nello schema del Servizio sanitario nazionale. Ora ci si domanda; perchè non cerchiamo di arginare la graduale scomparsa del medico di famiglia nel nostro Paese, studiando nuove impostazioni della regolamentazione fra Istituti mutualistici e medici che preservino la caratteristica figura del medico di fiducia? Questo è un compito preciso del Ministero della sanità che deve intervenire nel settore non già per strappare delle competenze al confratello Ministero del lavoro quanto per mettere in primo piano il criterio della necessità di un miglioramento qualitativo dell'assistenza ai fini della tutela della pubblica salute.

In questo senso ci sembra che la imposizione della quota capitaria, ancor peggio se accompagnata dalla lista chiusa, danneggi gravemente le funzioni preminenti di consigliere e di educatore che deve avere il medico di famiglia, ponendolo in una condizione umiliante e favorendo la concorrenza deteriore a tipo commerciale.

Non vogliamo in questa sede articolare precise proposte, ma soltanto richiamare l'attenzione dell'onorevole Ministro sulla imprescindibile esigenza nel campo dell'assistenza mutualistica, con particolare riguardo per i problemi di rapporto fra medici e mutue. Sappiamo bene che tale intervento è stato già in questi ultimi anni effettuato ma vorremmo che avesse non già un carattere episodico di « pronto soccorso occasionale » ma bensì un aspetto strutturale di precisa competenza in tutti gli aspetti fondamentali della pubblica salute in Italia.

MALATTIE SOCIALI

La definizione di malattie sociali non è certo semplice e non può poggiare soltanto sul criterio della grande diffusione, chè altrimenti anche il morbillo dovrebbe essere considerato come malattia sociale e la lebbra non vi dovrebbe (per nostra fortuna) essere inclusa. Va considerato il criterio del legame con fattori economici e sociali che è tipico per la tubercolosi, il tracoma ed il reumatismo, meno evidente ma altrettanto presente per altre affezioni. Non esiste un elenco di malattie sociali, perchè l'evoluzione stessa della epidemiologia da una parte fa scomparire alcune affezioni un tempo predominanti e dall'altro mette in maggiore evidenza altre malattie che un tempo non formavano oggetto di attenzione pubblica.

Nel settore delle malattie sociali si perde quella distinzione fra servizio preventivo e servizio curativo che poteva essere abbastanza netta molti anni fa; giustamente è stato detto e ripetuto soprattutto da parte dei vari Comitati di esperti dell'organizzazione mondiale della sanità che i confini fra prevenzione e cura debbono eliminarsi nel senso che la prevenzione deve invadere il territorio della cura ed informare l'atteggiamento dei clinici a criteri medico-sociali. Ci sembra questo il concetto essenziale che deve sostenere l'azione governativa nel settore. L'onorevole Ministro nel suo intervento alla Camera ha richiamato le funzioni preventive del suo Dicastero in contrapposto ai compiti assistenziali di altri Enti, specie degli Enti locali: orbene, nel campo delle malattie sociali l'azione del Ministero dovrebbe essere soprattutto rivolta a favorire un atteggiamento preventivo ed un intervento medico-sociale da parte della massa dei medici ai quali rimane affidato il compito principale di diagnosi precoce, di cura e soprattutto di educazione sanitaria e riabilitazione. La premessa introduttiva della relazione di maggioranza alla Camera giustamente sottolinea l'importanza dei tre tempi della medicina sociale « prevenzione, assistenza, recupero »; nel concordare in pieno con il collega vorremmo nuovamente sottolineare la necessità che la educazione sanitaria cominci a livello

dei medici e che a questo riguardo, il Ministero della sanità prenda opportuni accordi affinché nell'ambito della riforma degli studi di medicina venga introdotto un apposito insegnamento della Medicina Sociale, soprattutto con fini pratici. Tale insegnamento potrebbe essere comune fra studenti di medicina ed allieve assistenti sociali e certamente contribuirebbe a dare al futuro medico una esatta percezione dell'importanza dei fattori sociali nella genesi e prognosi di moltissime malattie. Vorremmo a proposito citare l'interessante e positiva esperienza che da diversi anni si conduce all'Università di Edimburgo, dove gli studenti di medicina dello ultimo anno seguono come preciso incarico di studio un certo numero di famiglie, non solo come evenienze morbose, ma soprattutto anche in stato di apparente salute.

Il bilancio del Ministero contiene in linea di principio talune premesse interessanti al riguardo perchè prevede la concessione di borse di studio per la specializzazione in vari settori medico-sociali ed una recente disposizione legislativa rende più elastica la concessione di tali contribuzioni; ma vorremmo che fosse posto sempre più l'accento sulla necessità di dare organico sviluppo ad un piano di educazione sanitaria che iniziando dalle Facoltà mediche si sviluppi in vari settori della vita civile.

1) *Malattie veneree*

La esauriente risposta dell'onorevole Ministro alla Camera previene diversi suggerimenti. Si ritiene opportuno insistere sulla opportunità che venga al più presto emanata l'apposita regolamentazione, la quale, pur rispettando le premesse della legge Merlin, fornisca al Medico provinciale armi efficaci per prendere quelle misure di carattere coercitivo nei casi di renitenza e di cattiva volontà. Se si considera l'assurdo di una legislazione che, mentre dà all'autorità sanitaria la possibilità di impedire il rientro al lavoro degli ammalati venerei che rifiutano di farsi curare, fornisce una « vaga » possibilità al Medico provinciale di ordinare il ricovero forzoso per le prostitute, che sono poi le fonti essenziali del contagio, si com-

prende la necessità di un migliore inquadramento legislativo del delicato settore.

L'attività dei dispensari antivenerei è stata certamente posta in serie difficoltà dall'abolizione delle tessere sanitarie; tuttavia è possibile attraverso l'adozione di una opportuna « azione epidemiologica » giungere a buoni risultati profilattici; in tal senso risulta indispensabile rafforzare il personale dei dispensari con un maggior numero di assistenti sanitarie e visitatrici e studiare le possibilità di pratica collaborazione con le assistenti sociali, onde impedire che si venga a creare una situazione di conflitto di competenze fra assistenti sanitarie ed assistenti sociali. Sarebbe opportuno, sin dall'inizio distinguere bene i compiti di queste ultime che dovrebbero intervenire con la tecnica del Casework soprattutto in quei casi di soggetti recidivi per aberrazioni psico-sessuali e di prostitute giovanissime che non rispondono bene alle tecniche meno differenziate impiegate dalle assistenti sanitarie nel loro lavoro.

Anche gli *esami sierologici obbligatori* dovrebbero venir maggiormente utilizzati ai fini preventivi: v'è il rischio che la richiesta della dichiarazione « è stato effettuato esame sierologico » in calce a tutti i certificati di sana e robusta costituzione fisica diventi un obbligo puramente formale. Si dovrebbe condurre una apposita campagna fra i medici che esercitano pubbliche funzioni e fra gli stessi laboratoristi per insegnare loro i metodi e le tecniche di persuasione e dar loro esatta conoscenza delle norme in vigore e delle possibilità che hanno di ricorrere a misure coercitive in caso di renitenza da parte di soggetti sieropositivi. Parlando dell'aspetto tecnico degli esami sierologici vorremmo invitare l'Amministrazione a seguire con particolare attenzione lo sviluppo dei nuovi *tests* che sono ormai largamente sperimentati negli Stati Uniti, come il *test* del valore plasmacritico, i *tests* rapidi alle reagine ecc. che presentano indubbi vantaggi di praticità, costo e specificità rispetto alla batteria classica della deviazione del complemento e dell'agglutinazione.

E parlando degli esami sierologici vorremmo, ma solo allo stato di pura proposta

teorica, invitare l'Amministrazione a studiare la possibilità di utilizzare la necessità di prelievi obbligatori e periodici di sangue per effettuare altre analisi utili al riconoscimento precoce di affezioni medico-sociali (ad esempio glicemia, determinazione del colesterolo ecc.).

2) Tumori maligni

Anche qui ci rifacciamo alla relazione di maggioranza presentata alla Camera per sottoscrivere in pieno quanto in essa contenuto e proposto. In particolare vorremmo far presente alcune considerazioni aggiuntive.

L'aumento verificatosi nella mortalità per tumori maligni è in grande percentuale solo apparente, e ciò è dovuto all'invecchiamento della popolazione italiana come è possibile dimostrare con opportune correzioni statistiche. Solo per i tumori del polmone l'aumento è statisticamente reale ed anche veramente impressionante, specie nel sesso maschile. Nel contempo, considerando l'andamento della mortalità per tumori maligni della sfera genitale femminile in vari Paesi si può constatare come negli U.S.A. ed in Inghilterra l'aumento verificatosi in questi ultimi anni ha avuto ritmo di gran lunga inferiore a quello generale di tutti i tumori ed anzi — negli U.S.A. — la curva ha avuto una tendenza verso la staticità. Segno questo di un buon successo delle provvidenze ed iniziative per la diagnosi precoce; in Italia è ben vero che si è avuto un minimo rallentamento nella velocità di accrescimento ma non paragonabile a quello anglo-americano. Di conseguenza l'attenzione dell'Amministrazione dovrebbe soprattutto essere rivolta a questi due gruppi di neoplasie.

Per i tumori del polmone andrebbe maggiormente favorita la già naturale tendenza dei dispensari antitubercolari a specializzarsi anche nel settore della diagnosi precoce di tali affezioni; a prima vista sembrerebbe semplice perchè in fondo con lo stesso schermogramma si può avere tanto il sospetto di affezione tbc. che quello di neoplasia. Tut-

tavia, va considerato che per arrivare ad una diagnosi pronta è indispensabile praticare oltre ad altri esami radiologici anche la broncoscopia e l'esame istologico del prelievo bronchiale. Anzi questo ultimo esame permette la vera diagnosi precoce in casi ancora radiologicamente dubbi. Pertanto si rende necessaria tutta una nuova attrezzatura, personale specializzato ecc. che — e qui torniamo al problema ospedaliero — solo gli ospedali possono fornire. Ciò significa che la specializzazione dei dispensari antitubercolari in questo settore non può prescindere da un loro preciso collegamento con servizi ambulatoriali ospedalieri (otorinolaringoiatria, laboratorio anatomo-patologico, ecc.); non si può infatti pensare che tutti i Consorzi possano impiantare le attrezzature già funzionanti presso il Consorzio di Milano.

Nel settore dei tumori della sfera genitale femminile è indispensabile intensificare la campagna di educazione sanitaria che richiede, per poter essere specifica uno studio preliminare preciso sulle credenze, superstizioni ed atteggiamenti generali della popolazione femminile nei riguardi del problema. Al riguardo l'Amministrazione sanitaria, favorendo con l'intelligente apporto volontario di propri funzionari lo sviluppo di iniziative tendenti a dare un aspetto « scientifico » all'educazione sanitaria, ha già posto le premesse per simili ricerche. Proprio in questi giorni (1-8 ottobre) a Frascati presso Villa Falconieri si è riunito un seminario europeo per stabilire mezzi comuni di valutazione delle ricerche in campo di educazione sanitaria e per programmare delle ricerche comuni nei settori dei tumori maligni, incidenti ed alimentazione. La promozione, la organizzazione materiale e l'impostazione del Seminario è tutto merito di pochi funzionari del Ministero che hanno lavorato e lavorano con gravi sacrifici personali spinti solo da passione e chiara convinzione del ruolo promotore della loro Amministrazione. Ci sia consentito di rivolgere un vivo compiacimento a questi funzionari che dimostrano col loro stesso lavoro la vitalità della sanità pubblica.

Tornando ai tumori della sfera genitale femminile, buoni risultati hanno avuto negli U.S.A. i sistemi di prelievo periodico e di esame istologico del secreto vaginale; qui da noi ci risulta una lodevole iniziativa a Torino, iniziativa che è partita da un ambiente industriale; certamente non è pensabile che le nostre donne facciano come molte coetanee nord-americane e cioè si praticino da sole lo striscio ed inviino il vetrino ad appositi laboratori. Tuttavia, il lavoro che isolatamente compiono molte Cliniche ostetrico-ginecologiche andrebbe maggiormente coordinato. Ecco un altro settore della medicina mutualistica nella quale il Ministero della sanità può, anzi deve, entrare: si potrebbe perfino studiare una forma di obbligatorietà di esami periodici per tutte le mutue al di sopra di una certa età, pena la sospensione delle prestazioni. Ma senza arrivare a tanto sarebbe sufficiente che il Ministero della sanità facesse presente agli Enti mutualistici la necessità di favorire al massimo le visite preventive periodiche e di attrezzare opportunamente gli ambulatori ginecologici con relativi centri ospedalieri.

Per quanto riguarda la strutturazione generale dei servizi di prevenzione e cura per i tumori maligni, oltre a riferirci a quanto detto dal relatore alla Camera e dall'onorevole Ministro in precedenti dichiarazioni, vorremmo accennare alla questione dell'assicurazione obbligatoria contro i tumori che è stata proposta da diverse parti. Sì, certamente è esatta la constatazione di una mancanza di specifiche provvidenza in questo così importante settore, ma per carità cerchiamo di studiare bene i provvedimenti ed impedire che si vengano a costituire carrozzoni amministrativi, servizi separati, conflitti di competenze ecc. In fondo l'assistenza mutualistica da una parte e quella degli Enti locali dall'altra potrebbero — se intensificate e se condotte senza limiti temporali — rappresentare una ottima base; semmai si potrebbe esaminare l'opportunità di un sussidio post-dimissione, del tipo del sussidio post-sanatoriale, che potrebbe essere amministrato dallo stesso I.N.P.S.

Malattie cardio-vascolari

Riteniamo inutile ripetere i dati statistici già contenuti nella relazione alla Camera ed ampiamente illustrati nella relazione sullo stato sanitario del Paese presentata di recente dall'onorevole Ministro al Consiglio superiore di sanità e distribuita a tutti i colleghi. Senza dubbio la mortalità per tali affezioni continuerà ad aumentare per l'aumento stesso della popolazione in età superiore ai 65 anni. La riunione in un medesimo capitolo delle malattie reumatiche e cardiovascolari può essere giustificata solo fino ad un certo punto;

Infatti:

1) solo un numero relativamente basso di cardiopatie son legate alla malattia reumatica o reumatismo articolare acuto sofferto in precedenza; da numerose statistiche risulta che l'incidenza della malattia reumatica è in grande diminuzione, forse mercè il vasto impiego — spesso anche inconsulto — di antibiotici che arrestano l'azione tossica ed allergica dello streptococco;

2) i reumatismi cronici — che dal punto di vista medico-sociale hanno una importanza enorme e che costituiscono il 14 per cento delle motivazioni di pensioni per invalidità — riconoscono una genesi diversa dal reumatismo acuto e non sono legati a cardiopatie. Si può dire che dal punto di vista sociale il reumatismo acuto comporta come rischio la cardiopatia, quello cronico l'invalidismo;

3) nel settore delle cardiopatie crescente importanza va assumendo l'arteriosclerosi delle coronarie e l'obesità. La prevenzione va attuata soprattutto nel settore alimentare, anche se tuttora non molto conosciamo al riguardo.

Trattasi quindi di aspetti notevolmente diversi, che dovrebbero nella articolazione del bilancio trovare una più specifica esplicazione.

Così, ad esempio, i centri *cardio-reumatologici* sono — quasi tutti — dei centri per le cardiopatie infantili che non hanno niente a che vedere con i centri reumatologici

dove in prevalenza vengono curati artritici ed artrosici (nel reumatismo acuto come si è detto è di prevalente importanza la localizzazione endocardica rispetto alla invalidità mio-articolare di per se). I *centri-reumatologici* andrebbero maggiormente potenziati e provvisti di attrezzature fisioterapiche e di personale specializzato in fisioterapia; nel contempo, la grande risorsa italiana delle terme che già i nostri padri romani avevano saputo ampiamente utilizzare a scopo terapeutico e recuperativo, dovrebbe essere sfruttata in senso medico-sociale.

Sappiamo già che esistono al riguardo gli interventi dell'I.N.P.S., dell'E.N.P.A.S. e dello stesso Ministero della sanità (attraverso le Terme demaniali di Acqui); ma, a parte l'incompletezza di tali interventi risulta opportuno studiare un piano per la utilizzazione delle terme anche « fuori stagione » e per l'allargamento dei criteri amministrativi che limitano nel tempo l'invio gratuito e semi-gratuito o, peggio ancora, fissano un numero arbitrario di cicli oltre i quali viene a cadere il diritto all'assistenza. Si fa un gran parlare anche in sede U.E.O. e Consiglio di Europa di « termalismo sociale »; dia il nostro Paese un primo esempio di utilizzazione integrale e razionale di queste imponenti risorse, che potrebbero anche essere usufruite da malati di altre Nazioni con piani coordinati di reciproco scambio.

Per le *cardiopatie infantili di origine reumatica* bene fa l'Amministrazione a dare incremento all'istituzione di *convalescenziari* a tipo preventivo: infatti il riposo ed il cambiamento di clima sono, insieme ad una accorta terapia antibiotica soppressiva, la prima base per impedire le recidive e gli aggravamenti.

Per i servizi di reumatologia generale, cioè per quei centri che visitano artritici ed artrosici cronici potrebbe essere studiato un opportuno collegamento con altre istituzioni — specie ospedaliere — fornite di attrezzature fisioterapiche. Il Ministero della sanità pur nella mancanza di apposite disposizioni legislative ha già fatto moltissimo favorendo la costituzione di centri di formazione per fisioterapisti. La nostra raccomandazione è di tener conto — nel campo della riabilitazione — della necessità di dare uno sviluppo

unitario e polivalente alle iniziative; crediamo di aver già illustrato il problema parlando dei servizi ospedalieri.

Per le malattie *cardiache in generale* sia di origine reumatiche che arteriosclerotica, neurosica e degenerativa il problema più importante è quello di dare all'assistenza terapeutica un carattere attivo e recuperativo. Troppo spesso lo stesso medico considera irrecuperabile il vecchio cardiopatico affetto da scompenso, con dispnea ed edemi; lo stesso pessimismo finisce per generalizzarsi alla famiglia ed al malato stesso che si abbandona alla malattia senza lottare contro di essa. Giustamente è stato affermato che quando nella borsa dell'assistente sanitaria visitatrice della Sanità pubblica la fiala di digitale sarà assieme alle vecchie fiale di vaccino, si sarà compiuto un passo avanti nella impostazione per il controllo ed il recupero delle cardiopatie. Non dico che si debba avere questo obiettivo come fine immediato, tuttavia, si ripete, è indispensabile che da parte del Ministero della sanità si attui una vera e propria politica divulgativa e persuasiva per sfatare il mito della irrecuperabilità e per introdurre concezioni attive di cura. La istituzione nel Bilancio che discutiamo di un articolo nel capitolo 50 intitolato « sussidi e contributi per studi e ricerche nel campo della gerontologia e geriatria » permette all'Amministrazione di programmare apposite iniziative al riguardo.

Tracoma

Condividiamo l'ottimismo dell'onorevole Ministro circa la graduale diminuzione di questa grave malattia sociale indice di miseria ed ignoranza, diminuzione che non può non accompagnare il progresso generale economico e sociale del nostro Paese. Condividiamo anche l'impostazione data della utilizzazione del relativo capitolo, cioè la premienza alla costruzione di colonie permanenti, perchè vediamo nelle suddette istituzioni un mezzo polivalente per intervenire efficacemente nel processo di elevazione sociale delle aree depresse.

Vorremmo invitare il signor Ministro a tener conto delle recentissime risultanze di

una inchiesta condotta dall'O.M.S. in Marocco circa i metodi di cura del tracoma. Si è visto che la somministrazione endocongiuntivale di colliri e pomate antibiotiche tre volte al mese per sei mesi ha lo stesso effetto della somministrazione a giorni alterni per sei mesi. Pensiamo che tutti comprenderanno l'importanza economica di questi risultati. Ci si potrebbe domandare: occorre allora smobilitare tutta l'attrezzatura dei dispensari oftalmologici degli Enti provinciali antitracomatosi che trovano la loro giustificazione nella necessità di interventi quotidiani nelle scuole e nelle collettività delle zone endemiche? No di certo, anzi sarà possibile utilizzare queste importanti attrezzature per due impieghi:

1) servizio oculistico nelle scuole per il precoce riconoscimento sia dei vizi di rifrazione che dei difetti di convergenza (specie di questi ultimi che vengono in genere trascurati, mentre la diffusione della TV. ha reso facile l'autodiagnosi della miopia e dell'astigmatismo);

2) servizio oculistico — almeno su base sperimentale — per la prevenzione della cecità da glaucoma mediante esami periodici della pressione dei globi oculari in soggetti di età maschile al di sopra dei 50 anni. In verità nel mondo vi sono poche esperienze al riguardo ma questo anche perchè non esistono servizi oculistici pubblici.

Qui in Italia, invece, possediamo le attrezzature dell'E.P.A.; perchè quindi non studiamo fin d'ora una loro migliore utilizzazione con spirito medico sociale polivalente ed unitario, sia in vista della graduale eliminazione da tracoma che del migliore impiego del tempo alla luce dei risultati delle inchieste condotte dall'O.M.S.?

Tubercolosi

Oltre a prendere atto con soddisfazione della diminuzione di mortalità e del mancato aumento della morbosità non si può non esprimere compiacimento per l'attività svolta dall'Amministrazione nel settore preventivo. Malgrado difficoltà finanziarie e malgrado alcune opposizioni dottrinarie che avrebbero

potuto porre gravi difficoltà all'azione della Amministrazione, la Direzione generale servizi Medicina Sociale ha svolto un brillante compito di coordinamento e di promozione delle attività di chemio-profilassi della malattia tubercolare mediante somministrazione controllata di isoniazide a gruppi esposti in età infantile.

Tale prevenzione non significa l'abbandono delle pratiche vaccinali, che purtroppo nel nostro Paese non hanno incontrato il favore della classe sanitaria; sarebbe tuttavia necessario intensificare l'appoggio che già l'Amministrazione dà ai centri di vaccinazione funzionanti con il contributo statale.

Dei Consorzi provinciali antitubercolari si è già accennato a proposito dei tumori: anche per questi strumenti utilissimi della Sanità pubblica è opportuno studiare nuove forme di utilizzazione che tengano conto della realtà epidemiologica; è opportuno ricordare che molti Consorzi sorsero con la denominazione « Consorzi di igiene sociale » e che, quindi un loro maggiore sviluppo è già — come dire — nelle premesse della loro nascita.

Rimane il grosso problema della definizione delle competenze fra I.N.P.S. ed Amministrazione sanitaria rappresentata dai Consorzi; in questo senso riteniamo che la discussione potrà svilupparsi in occasione dell'iscrizione all'ordine del giorno dell'apposito progetto di legge (Monaldi ed altri) che prevede la concessione all'I.N.P.S. di tutti i ricoveri ed il rafforzamento delle funzioni preventive dei Consorzi in senso generale ed anche antitubercolare. In questa sede si può soltanto auspicare che il rafforzamento sia studiato in maniera acconcia e che non si finisca per togliere ai Consorzi quella minima autonomia e diremmo « potere » che i medesimi posseggono attraverso il ricovero dei non aventi diritto all'assicurazione.

SERVIZIO VETERINARIO

Caratteristica fondamentale del servizio veterinario è oggi quello della tutela igienico-sanitaria del patrimonio zootecnico, di conseguirne il risanamento dalle malattie che

lo insidiano al fine di mettere a disposizione della collettività carni, latte, pesce, uova e prodotti derivati, salubri ed in sempre maggiore quantità. In definitiva, quindi, il servizio veterinario contribuisce anche, in modo determinante, alla campagna contro la fame promossa dalla F.A.O. nel mondo.

Per provvedere ai diversi servizi e per finanziarne le iniziative, è prevista, nel bilancio di previsione per l'esercizio 1960-61, la spesa di un miliardo di lire contro quella di 700 milioni di lire stanziati nel precedente esercizio.

L'aumento di 300 milioni di lire è stato proposto per consentire una maggiore possibilità di intervento del servizio veterinario, che nei settori di sua competenza viene chiamato a svolgere un ruolo di crescente rilievo a causa dell'aumentata importanza che nell'opinione pubblica e nell'economia del Paese vengono ad assumere i problemi connessi con lo sviluppo della zootecnia, della alimentazione animale, dell'industria e del commercio delle carni e loro derivati nonché della tutela igienica del consumatore di alimenti di origine animale.

In materia di vigilanza igienico-sanitaria delle carni e degli altri alimenti di origine animale, si rende auspicabile l'intervento dello Stato. Occorre, a questo riguardo, sopprimere tra l'altro, alle deficienze delle attrezzature tecnico-sanitarie dei pubblici macelli ed assicurare un'adeguata azione di vigilanza e d'ispezione sanitaria sulla base già concordata in via di massima tra i Paesi della C.E.E. L'azione del servizio veterinario, in questo settore, non può essere completa senza l'assistenza di un Istituto specializzato per le carni a carattere nazionale, oggi inesistente, di cui, invece, dispone la maggior parte delle altre nazioni. I complessi e numerosi sviluppi delle tecnologie adottate in materia di preparazione e trasformazione dei prodotti carnei nonché le sorprendenti applicazioni della scienza dell'alimentazione animale, coinvolgono delicati e spesso rilevanti aspetti igienico-sanitari per la salute pubblica.

La ricerca applicata, in questo particolare campo, chiama lo Stato a svolgere un ruolo primario, anche mediante la sollecitazione ed il coordinamento dell'opera degli Istituti universitari, per quanto la loro attrezzatura lo

consenta e di quella degli speciali Centri di studio appositamente istituiti.

Gli stessi compiti e quelli di ricerca applicata nel campo della patologia animale sono affidati agli Istituti zooprofilattici sperimentali che sotto la vigilanza diretta del Ministero della Sanità provvedono agli accertamenti diagnostici ed alla assistenza tecnica, gratuitamente offerti ai servizi veterinari dei comuni e dello Stato ed agli allevatori. Opera questa, invero, di imponenti proporzioni, in crescente espansione capillarizzata, assicurata dalla attività di dieci Istituti a carattere regionale e delle Sezioni provinciali dipendenti, ed espressa da oltre 1.200.000 esami di laboratorio insieme ad altre prestazioni fornite nell'interesse pubblico. Il concorso finanziario dello Stato, per tale attività, è stato di 343 milioni di lire, forse neppure sufficiente a coprire le spese sostenute dagli Istituti per il materiale impiegato. Inoltre, nel constatare la utilità delle Sezioni provinciali, si deve rilevare che circa 40 province, prevalentemente poste in zone depresse, ne risultano sprovviste e che, pertanto, lo Stato dovrà provvedere al riguardo con un contributo finanziario corrispondente all'impianto dei laboratori ricordati.

Agli Istituti zooprofilattici l'Amministrazione sanitaria ha affidato, tra gli altri, il delicato compito della produzione del vaccino antiaftoso, il cui prezzo è stato diminuito da 300 a 260 lire a dose, nonostante che, in questo momento, gli Istituti medesimi debbano trasformare gli impianti in relazione alla nuova tecnica della coltivazione del virus.

Per ciò che concerne la difesa igienico-sanitaria degli allevamenti, da più parti ed in autorevoli consessi, specie da parte degli allevatori direttamente interessati, l'Amministrazione sanitaria è stata chiamata in causa per la inadeguatezza dei suoi interventi rivolti alla sradicazione di alcune tra le più gravi malattie, che per il carattere insidioso, come la tubercolosi, la brucellosi e le mastiti bovine, o per il loro eccezionale potere di diffusione come l'afta epizootica, la peste suina e le malattie del pollame, causano perdite rilevanti all'economia agricola.

È necessario al riguardo affermare che la bonifica degli allevamenti non è più un problema tecnico organizzativo, ma è soltanto

un problema di disponibilità di mezzi finanziari adeguati.

L'Amministrazione sanitaria, e per essa il servizio veterinario, ha sino ad ora, cogli esigui mezzi finanziari a disposizione, completato quella che può essere definita la prima fase della bonifica sanitaria; quella cioè costituita dall'opera di *approntamento e di potenziamento delle strutture tecnico-organizzative, dalla scelta dei metodi operativi, dalla determinazione dell'ordine di urgenza e di incidenza delle malattie da sradicare*, secondo un giudizio economico-sanitario, nonché fra un complesso di attività veramente notevole per i risultati, inteso a dimostrare, soprattutto agli allevatori ed alla pubblica opinione, con la collaborazione di diversi Enti, *la possibilità e la utilità* di risanare gli allevamenti dalle malattie avanti citate.

L'Amministrazione sanitaria, può e deve assumere l'iniziativa di dirigere e di coordinare l'azione di bonifica sanitaria, che non può essere assunta dai privati, fornendo l'assistenza tecnica necessaria e l'integrazione finanziaria sufficiente alla collettività dei produttori per lo svolgimento di speciali piani di lotta contro la tubercolosi, la brucellosi e l'afta epizootica in particolare, onde assolvere ai compiti istituzionali di tutela del pubblico interesse.

Devesi però tener presente che l'attuazione della bonifica sanitaria, in modo particolare quella contro la tubercolosi bovina, comporta, così come l'esperienza dei Paesi che ci hanno preceduto in tale opera meritoria ci insegna, l'impiego di somme ingenti per un notevole periodo di tempo. E non è certo pensabile che si possa attuare la tanto richiesta bonifica sanitaria con i mezzi attualmente messi a disposizione del servizio veterinario o con quelli, peraltro in via di esaurimento, resi disponibili dalla legge speciale 27 novembre 1956, n. 1367.

Ciò è detto per chiarire una volta per tutte la natura delle difficoltà che ostacolano la soluzione del problema del risanamento del patrimonio zootecnico; problema che, tuttavia, deve essere affrontato e risolto in questo particolare momento « di adeguamento » della agricoltura italiana alle esigenze dello sviluppo economico e del coordinamento internazionale.

È tempo perciò che si comprenda appieno la necessità innegabile di considerare le spese relative alla bonifica sanitaria come un problema di investimenti pubblici da inquadrare in un piano organico di sviluppo dell'agricoltura nella quale il settore zootecnico assume un ruolo propulsivo.

È poi indispensabile riconoscere che i « tempi tecnici », necessari per l'attuazione del potenziamento del settore zootecnico incluso, come è noto, nel piano quinquennale di sviluppo dell'agricoltura, debbono tener conto dei « tempi tecnici » necessari per l'attuazione degli speciali piani di bonifica sanitaria.

Auspicabile è, perciò, che nello stanziamento generale previsto con il disegno di legge sul « Piano quinquennale per lo sviluppo dell'agricoltura », siano stralciati, per essere iscritti nello stato di previsione del Ministero della sanità i fondi necessari (5 miliardi di lire annui) affinché l'azione di risanamento, compito del Ministero della sanità, proceda di pari passo con quella che, per il miglioramento zootecnico, svolgerà il Ministero dell'agricolture e delle foreste.

SERVIZI FARMACEUTICI

È veramente sentito il bisogno di aggiornare le norme che regolano il servizio farmaceutico. Ne è prova il gran numero di disegni di legge presentati alla Camera dei deputati e al Senato.

Anche uno dei vostri relatori ha presentato al Senato un disegno di legge (n. 925), al quale è naturale che in questa esposizione si faccia riferimento, pur senza trascurare quegli elementi che gli altri disegni di legge offrono per una giusta valutazione della situazione e una chiara determinazione dei provvedimenti da adottare.

Le disposizioni contenute nel testo unico delle leggi sanitarie e nel regolamento per il servizio farmaceutico sono ormai divenute insufficienti e inadeguate al fine di una organica disciplina della materia, specie di fronte alle nuove e accresciute esigenze.

Ma, più che rifare tutto da cima a fondo, cosa che richiederebbe molto tempo e studi

accurati, gioverà ora apportare soltanto alcune modifiche alle norme vigenti per l'adeguamento dei servizi alle nuove situazioni.

Non si può disconoscere, infatti, che l'attuale ordinamento delle farmacie, pur presentando imperfezioni e lacune, ha consentito per lunghi anni un soddisfacente espletamento dei servizi, onde — come è stato già rilevato in altra sede — basterà limitarsi per il momento a proporre qualche modificazione.

Ciò, però, non deve attenuare il compito e l'impegno del Ministero della sanità di provvedere con gli strumenti più adatti ad una organica, chiara e precisa disciplina in tutta la materia, opportunamente inserita nel complesso dell'attività sanitaria.

1. — RAPPORTO TRA NUMERO DELLE FARMACIE IN OGNI COMUNE E NUMERO DEGLI ABITANTI

Le disposizioni vigenti stabiliscono che ci sia una farmacia per ogni cinquemila abitanti e precisano che la determinazione del numero delle farmacie in ogni Comune deve farsi sulla base dei risultati del censimento ufficiale della popolazione.

È apparsa, anzitutto, l'opportunità di diminuire il rapporto tra farmacie e popolazione, tanto per esigenze di carattere tecnico-sanitario, quanto per ragioni di carattere politico-sociale, e principalmente per soddisfare l'aspettativa di un certo numero di laureati circa l'assegnazione della titolarità di una farmacia.

Occorre però che l'abbassamento del rapporto non sia tale da arrecar pregiudizio alla vita di molte farmacie, specialmente di media e piccola importanza, che più risentirebbero il danno della restrizione della clientela.

2. — PIANTE ORGANICHE

Qualche deficienza nei servizi farmaceutici è da attribuirsi, più che al rapporto tra il numero delle farmacie e quello degli abitanti, al ritardo con cui l'istituzione di nuove farmacie segue l'accrescimento della po-

polazione, che ora — come si è detto — deve essere accertato attraverso i risultati ufficiali del censimento. Avviene così che le piante organiche non si adeguano tempestivamente all'aumento della popolazione, con conseguente incidenza sulla funzionalità dei servizi. A conferma di ciò valga il rilievo che le piante organiche delle farmacie si riferiscono alla popolazione censita nel 1951 e accertata in circa 47 milioni e mezzo di abitanti, mentre oggi la popolazione è salita a oltre 50 milioni.

Al fine di snellire la procedura per la formazione delle piante organiche, si propone:

a) che la pianta organica venga stabilita dal medico provinciale, udito il parere del Consiglio comunale, del Consiglio dell'ordine dei farmacisti della Provincia e del Consiglio provinciale di sanità;

b) che la pianta organica sia sottoposta a revisione ogni due anni in base alle rilevazioni della popolazione pubblicato dallo Ufficio centrale di statistica;

c) che il medico provinciale possa autorizzare il trasferimento di una sede all'altra nell'ambito del Comune.

3. — ASSEGNAZIONE E TRASFERIBILITÀ DELLE FARMACIE

La questione riguardante la trasferibilità delle farmacie si presenta quanto mai complessa. Basti pensare che oggi vi sono ancora farmacie liberamente negoziabili e farmacie non trasferibili; farmacie in proprietà e farmacie per le quali è vietata la proprietà del diritto di esercizio; farmacie appartenenti a società, che in certi casi possono essere trasferite anche a chi non è farmacista, e farmacie che possono essere trasferite per successione al figlio o alla moglie del titolare, purchè farmacisti, e, infine, farmacie che possono trasferirsi a farmacisti sia per successione che per atto tra vivi.

È necessario quindi che le farmacie siano messe tutte sullo stesso piano, ponendo fine ad ogni privilegio, e pare inoltre opportuno stabilire che le farmacie possano essere tra-

sferite solamente tra farmacisti, con adeguate cautele e a determinate condizioni.

Ma prima della trasferibilità delle farmacie conviene regolare l'assegnazione delle farmacie di nuova istituzione.

L'autorizzazione all'apertura e all'esercizio delle nuove farmacie dev'essere data esclusivamente in base a pubblico concorso, da indirsi tempestivamente, per adeguare al più presto possibile il numero delle farmacie all'aumento della popolazione.

È preferibile che il concorso si effettui non per soli titoli, ma per titoli ed esami, perchè questo sistema offre certamente maggiori garanzie e agevola i giovani.

Esso inoltre può servire, con altri accorgimenti, ad accelerare l'iter dei concorsi e a eliminare altri inconvenienti, che appesantiscono l'attuale procedura.

Si pensi che da alcuni dati pubblicati dalla Federazione degli ordini dei farmacisti si rileva che nel 1956 su 379 farmacie messe a concorso ne sono state assegnate solo 138, nel 1957 142 su 357 e nel 1958 solo 83 su 440 sino al 30 giugno di quell'anno.

Perciò è consigliabile stabilire che i concorrenti all'atto della presentazione della domanda di partecipazione al concorso, presentino l'elenco delle sedi cui aspirano, con tassativo ordine di preferenza, in modo che, resasi disponibile una delle sedi indicate secondo l'ordine di preferenza, il concorrente debba, senz'altro accettarla, e, se la rifiuta, non gli sia, per quel concorso, assegnata altra sede, con la conseguenza che la sede rifiutata non potrà essere assegnata ad altro partecipante a quel concorso.

Tutto ciò impedirebbe illeciti accordi tra concorrenti ed eviterebbe le lungaggini dell'interpello ad ogni concorrente per ogni sede per la quale egli ha concorso.

Per quanto riguarda la trasferibilità delle farmacie, va osservato che una tale possibilità gioverebbe certamente a migliorare la situazione, a eliminare privilegi, a favorire una più razionale assegnazione delle farmacie, sempre che, però, la trasferibilità venga opportunamente condizionata, ad evitare che le farmacie finiscano in mano di estranei, ed altri già noti inconvenienti.

È stato proposto a tal fine:

a) che il trasferimento per atto tra vivi non possa aver luogo se non dopo che siano trascorsi almeno cinque anni dal decreto di autorizzazione o di riconoscimento di precedente trasferimento;

b) che il trasferimento possa aver luogo solo a favore di farmacisti che abbiano tutti i requisiti per la partecipazione ai concorsi e che abbiano esercitato la professione in farmacia per la durata di non meno di cinque anni (o di tre, se in farmacie rurali), come titolare, con effettiva direzione dello esercizio, o come collaboratore;

c) che la validità del trasferimento dell'esercizio sia subordinata al contemporaneo trasferimento dell'azienda commerciale;

d) che il trasferimento non possa avere effetto, anche presso terzi, se non risulti da atto pubblico e non sia riconosciuto con decreto del medico provinciale;

e) che il trasferimento non possa essere riconosciuto se non sia stato già eseguito alla Cassa nazionale previdenza farmacisti il versamento di una somma pari ad una annualità dell'imponibile di ricchezza mobile, riferentisi all'anno precedente al trasferimento.

Farmacie rurali

Una particolare considerazione merita il servizio farmaceutico rurale.

Occorre provvedere ad assicurare l'assistenza farmaceutica in tutti i centri abitati, anche se il numero degli abitanti non è elevato. A tal uopo è necessario incoraggiare l'istituzione di farmacie rurali e stabilire speciali condizioni di favore per l'esercizio di esse.

Sono state perciò proposte speciali agevolazioni a favore dei titolari di farmacie rurali, sia per la partecipazione ai concorsi, sia per il trasferimento di farmacie.

Per la stessa ragione si è anche proposto che per le farmacie dei centri abitati inferiore ai duemila abitanti, alcune spese, quali quelle per l'affitto del locale e per il telefono, l'acqua e la luce, siano a carico del Comune.

Si dovrebbe inoltre aumentare l'attuale misura dei sussidi, al che si potrebbe provvedere sia attingendo dal fondo che verrebbe a costituirsi con i contributi da versarsi in caso di trasferimento di farmacie, sia con l'incremento del relativo capitolo di spesa, che nell'esercizio finanziario in esame è fissato in lire 65 milioni.

OPERA NAZIONALE MATERNITA' E INFANZIA (O.N.M.I.)

Riteniamo superfluo mettere qui in rilievo l'importanza dei compiti che l'O.N.M.I. è chiamata ad assolvere e le alte finalità che si propone di conseguire. Non sarà inutile, però, riaffermare ancora una volta che la situazione finanziaria, cui sono legate le sorti dell'Ente e dei risultati della sua attività, va decisamente affrontata provvedendo ade-

guatamente e tempestivamente ai mezzi necessari.

È pur vero che il contributo dello Stato è salito da lire 6.500.000.000 dell'esercizio finanziario 1950-51 a lire 12.500.000.000 dell'esercizio finanziario 1959-60, e che nel bilancio in esame il contributo è stato ancora elevato a lire 15.000.000.000, ma se ciò attesta una indubbia « buona volontà », non è però sufficiente a sopperire ai bisogni più pressanti e alle esigenze più imperiose dell'Ente.

Basta tener presenti il livello cui è assunto l'Ente e gli sviluppi delle sue strutture, per rendersi conto del continuo aumento dei mezzi necessari.

A questo scopo, giova richiamare alcuni dati diligentemente esposti nella relazione Colleselli alla Camera dei deputati, riguardanti la situazione dell'Ente nel 1950 e nel 1959 in ordine ad alcuni aspetti.

Dati dell'anno 1950

Case della madre e del bambino	N.	217
Consultori materni	»	1.995
Consultori pediatrici	»	3.848
Consultori dermosifilopatici	»	64
Centri medico-psico-pedagogici	»	10
Asili nido distaccati	»	59
Refettori materni	»	736
Donne assistite	»	168.000
Minori assistiti	»	1.045.000

Dati dell'anno 1959

Case della madre e del bambino	N.	396
Case della madre e del bambino incomplete	»	285
Consultori materni	»	2.549
Consultori pediatrici	»	5.842
Consultori dermosifilopatici	»	257
Consultori non tipici (ortopedici 4, odontoiatrici 1, otorinolaringoiatrici 2, oculistici 1, pre-matrimoniali 1, per anomalie dello sviluppo 1)	»	10
Centri medico-psico-pedagogici	»	50
Centri di preparazione psicofisica al parto indolore	»	9
Dispensari per latte	»	11

LEGISLATURA III - 1958-60 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Asili nido distaccati	»	452
Refettori materni distaccati	»	616
Asili nido stagionali per la campagna risicola e per le raccogliatrici di olive	»	69
Istituti educativi-assistenziali	»	10
Istituti di educazione professionale	»	4
Asili nido permanenti per lattanti e divezzanti	»	12
Alberghi materni e Asili materni	»	9
Sale parto	»	8
Donne assistite	»	356.339
Minori assistiti	»	1.541.906

Questo sviluppo di strutture e di attività dell'Ente non deve arrestarsi, deve anzi accrescersi continuamente. È necessario che attraverso una ben organizzata rete capillare dei servizi l'assistenza giunga nei luoghi più lontani e più decentrati e che tutti possano regolarmente usufruirne. È occorre altresì maggiore ordine nelle direttive, nei programmi, negli investimenti, attraverso piani preordinati, che oggi invero non possono disporsi, perchè manca la sicurezza dei necessari finanziamenti.

È stata giustamente lamentata la non unificazione dei servizi e del trattamento circa l'assistenza agli infanti legittimi ed illegittimi; e su questo punto pensiamo si possa, senz'altro, portare ordine e chiarezza attraverso opportuni provvedimenti ed adeguati organismi.

Da più parti è stato mosso all'O.N.M.I. l'addebito di non aver curato sufficientemente l'assistenza dei minori da sei anni in su, e si è auspicata la istituzione di altro ente per la protezione e l'assistenza della gioventù.

A questo punto è opportuno un chiarimento.

Nell'ultimo decennio è stata veramente notevole l'attività dell'Ente a favore dei fanciulli e degli adolescenti, come si può rilevare da alcuni dati che qui riportiamo.

Negli anni dal 1950 al 1959 sono stati affidati ad Istituti diversi 450.000 ragazzi, adolescenti e giovani; sempre nello stesso periodo ne sono stati collocati in famiglie idonee circa 150.000 e ne sono stati assistiti saltuariamente in colonie climatiche e presso la loro stessa famiglia circa 2.000.000.

Sono cifre cospicue, ma, purtroppo, molto inferiori a quelle richieste da una completa assistenza di tutti coloro che ne hanno bisogno. Tuttavia la causa di tale carenza non può essere attribuita a l'O.N.M.I., perchè è solo la conseguenza dei limitati mezzi a sua disposizione. L'Ente per altro si è dovuto maggiormente interessare dell'assistenza dei minori d'un anno e particolarmente della mortalità infantile: senza i bambini non vi possono essere i ragazzi e gli adolescenti. E gli effetti, se non in tutto dovuti all'assistenza, sono abbastanza soddisfacenti. La mortalità fra i bambini durante il primo anno di vita, che nel 1925 era indicata dal rapporto 119 su 1.000 nati vivi, nel 1959 è indicata dal rapporto 46,8 su mille nati vivi.

Anche in questo settore occorre ordine e chiarezza, ma non appare proprio necessaria l'istituzione di altro ente che divida i compiti con l'O.N.M.I.

L'istituzione di altro ente importerebbe un grave dispendio, una frammentarietà dei servizi, la mancanza di indirizzi unitari, la visione incompleta della situazione. Cose tutte che bisogna ad ogni costo evitare, essendo evidente il danno che ne deriverebbe.

A prescindere dalla maggiore larghezza di mezzi di cui è necessario che l'O.N.M.I. disponga, bisogna provvedere alla formazione di un programma ben preciso e ben delineato.

Consultori materni, asili nido, scuole materne, e quanto altro è richiesto per la completa assistenza dell'individuo dalla sua nascita fino alla formazione della sua perso-

nalità fisiopsicologica, sino al suo inserimento nella vita sociale con tutti i diritti, i compiti e le responsabilità che gli spettano, devono costituire il fondamento di un programma la cui esecuzione attesterebbe la volontà di assolvere il dettato della Costituzione: « La Repubblica protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo ».

Vi sono proposte d'istituzione di nuovi enti, suggerimenti per la riforma dell'O.N.M.I., inviti a provvedere a particolari situazioni; da ogni parte si rivolgono incitamenti, consigli, preghiere, ma urge soprattutto un piano tecnico organico, completo, rispondente alle nuove istanze sociali.

Il Governo certamente provvederà, ma occorre anche far presto; ed è quello che noi chiediamo e ci attendiamo.

ADULTERAZIONI E FRODI ALIMENTARI

Un capitolo che merita tutta la nostra attenzione è quello che si riferisce alle frodi e adulterazioni alimentari di cui largamente si è parlato al Senato qualche mese fa. In quella circostanza da tutti i settori fu riconosciuta la necessità inderogabile di esercitare un controllo, il più largo e il più oculato possibile, su tutti i generi alimentari messi in vendita nel territorio della Repubblica da parte degli organi competenti.

Ora quali sono gli organi competenti per esercitare il detto controllo?

Evidentemente non si può trattare che dei laboratori di igiene e profilassi che però ricevono i fondi per il loro funzionamento dalla Provincia. Ma i controlli, noi siamo convinti, non possono esercitarsi con la dovuta ocularità e precisione se i laboratori di igiene e profilassi non vengono attrezzati in maniera adeguata, cioè se non si mettono in grado di gareggiare con le industrie alimentari in modo da seguire la loro ascensione in tutti i campi della chimica merceologica. Occorre perciò dotare i laboratori di tutte le attrezzature idonee e moderne e affidare queste attrezzature a personale specializzato e che sia ben pagato per

evitare deviazioni facili a determinarsi quando un servizio di particolare importanza sul piano finanziario viene affidato a impiegati mal pagati e poco preparati.

E poichè i laboratori provinciali di igiene e profilassi difficilmente potranno ricevere i fondi necessari dai Comuni, così noi riteniamo che il Ministero della sanità debba provvedere con opportuni sussidi da dare non una volta tanto ma a carattere continuativo perchè ogni giorno si scoprono adulterazioni alimentari e tutti i giorni è necessario far fronte adeguatamente alle minacce che possono presentarsi per la popolazione italiana.

Questo è un argomento che non ha bisogno di ulteriori delucidazioni: e del resto non fa che richiamare quanto già il Ministro della sanità, onorevole Camillo Giardina, ebbe a dichiarare agli Onorevoli Senatori a conclusione del dibattito sulle frodi alimentari.

Laddove non è possibile provvedere ai controlli in Sede provinciale può essere richiesto l'intervento non solo dell'Istituto superiore di Sanità, che è in condizioni di provvedere adeguatamente, ma anche dagli organi del Ministero dell'agricoltura e foreste che in questo particolare campo ha strumenti di alta precisione diagnostica.

MOSTRA INTERNAZIONALE DELLA SANITA'

Una iniziativa da segnalare nel campo dell'Educazione sanitaria delle popolazioni è la Mostra internazionale della sanità, che si terrà in Roma nel prossimo mese di novembre.

Promossa dall'Associazione italiana per la igiene e la sanità pubblica, ne fu data la Presidenza ad uno di noi (Bonadies) che ha fatto ogni sforzo per la sua realizzazione.

Questa Mostra, che ha ottenuto l'alto onore del Patronato del Capo dello Stato, e che ha nel suo Comitato Ordinatore i nomi più illustri della medicina italiana (da Frugoni a Marotta, da Valdoni a Petraggiani) si sta organizzando in modo da far sperare in un grande successo.

Essa vuol documentare come le malattie, l'ignoranza, la povertà e le condizioni ambientali incongrue costituiscono gli ostacoli più gravi al progresso civile della comunità umana; e mostrare come le condizioni ambientali e le situazioni sanitarie frenano lo slancio naturale delle popolazioni verso gradi superiori di vita.

Vincere tali stati avversi è la premessa fondamentale per lo sviluppo delle opere di tutela della sanità dell'uomo: opere per le quali si dispone ora di strumenti tecnici di immenso valore.

La Mostra sarà un panorama vasto, scientifico e didattico, dei progressi che la medicina ha compiuto dalle epoche più lontane fino ai giorni nostri, a servizio del benessere individuale e collettivo.

Per la attuazione di questa nobile iniziativa, cui hanno aderito tutti gli uomini che governano oggi il nostro Paese, il Ministro della sanità ha dato il più grande appoggio ed i mezzi finanziari indispensabili. Ci incombe l'obbligo, perciò, di esprimere al ministro Giardina il nostro ringraziamento più vivo e la nostra riconoscenza, promettendo di prodigarci ancora, perchè questa iniziativa realizzi i postulati per i quali è stata, con tanto entusiasmo e con tanti sacrifici personali, organizzata.

Ad essa hanno aderito numerosi Paesi stranieri e quasi tutti gli Enti che in Italia svolgono attività sanitaria, il che consente di far prevedere un successo che farà onore sia agli organizzatori e sia al Ministero della sanità, il quale, per la realizzazione, ha fornito anche dei funzionari di ogni grado, che hanno dato prova della loro alta preparazione culturale ed alta competenza scientifica in ogni campo del sapere.

E, del resto, questa lode al personale del Ministero della sanità deve essere tributata in ogni campo delle organizzazioni sanitarie e dell'Educazione sanitaria. I funzionari del Ministero della sanità, con quei pochi mezzi che il bilancio assegna al Dicastero, pur dovendo fare a meno necessariamente di personale tecnico (interpreti, traduttori, eccetera) sono degnamente rappresentati all'estero nelle riunioni internazionali, svolgendo una attività, in ogni settore, che sono lieto di met-

tere nella dovuta evidenza e di segnalare agli onorevoli senatori, nella trattazione del bilancio della Sanità.

ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITA'

È noto al Senato che l'Istituto superiore di sanità ha acquistato rinomanza mondiale per le attività varie da esso esplicate nei campi più diversi: dai controlli alla ricerca scientifica, ai corsi di insegnamento, alla consulenza.

In quest'anno, su richiesta degli Stati Uniti d'America, è stato tenuto nell'Istituto un Symposium internazionale sulle fermentazioni, con l'intervento di 23 Nazioni e con grandissimo successo.

L'Istituto dovrà affrontare molti problemi: la possibilità di adottare il vaccino SABIN, per esempio, impone all'Istituto di attrezzarsi per il controllo del vaccino, onde la necessità di nuovi locali con speciali stabulari, di un notevole corredo di scimmie, di personale specializzato.

Altri importanti problemi sono quelli riguardanti il controllo della radioattività atmosferica e degli alimenti irradiati, il controllo dei disinfestanti con conseguenti continue ricerche e costante vigilanza. Inoltre è sempre vivo il problema dei grassi e degli oli commestibili e tanti altri che investono l'attività dell'Istituto nel campo della parasitologia, della chimica biologica, della chimica terapeutica.

Abbiamo voluto accennare ai meriti dell'Istituto e all'importanza dei suoi compiti per mettere in evidenza la considerazione che meritano tutte le sue esigenze, e il nostro dovere di provvedere ai mezzi necessari.

Sarebbe veramente deplorabile se per mancanza di mezzi finanziari l'Istituto dovesse limitare la propria attività con tutte le dannose conseguenze che ne deriverebbero.

CONCLUSIONE

Il pensiero conclusivo di questa nostra relazione rispecchia uno stato d'animo di inquietudine e di preoccupazione causato dalla

poco soddisfacente situazione generale della sanità pubblica.

Sia ben chiaro, però, che non vogliamo ignorare e tanto meno disconoscere i meriti dei Governi democratici, dell'attuale titolare del nostro Ministero e dei suoi collaboratori nello sforzo di elevare il livello della situazione sanitaria in Italia, ma noi pensiamo a quanto vi è ancora da fare, che è molto, e non a quanto è stato fatto.

In alcuni settori vi è una profonda arretratezza che bisogna ad ogni costo risalire. In altri occorre rafforzare ed affinare tutte le strutture per adeguarle alle nuove ed accre-

sciute esigenze e all'incessante progresso scientifico. In tutti i settori, poi, occorre un cospicuo incremento di mezzi, onde assicurare il più soddisfacente espletamento di tutti i servizi.

È pur vero che non si può far tutto in breve tempo, ma occorre mantenersi sulla buona via e superando incertezze e perplessità che appesantiscono lo spirito d'iniziativa dare l'avvio a soluzioni radicali, predisponendo piani organici che tendano verso gli obiettivi che civiltà e progresso postulano.

BONADIES e CAROLI, relatori

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 1960 al 30 giugno 1961, 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 1960-61, in lire 15.000.000.000 lo stanziamento relativo all'assegnazione a favore dell'Opera nazionale per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

Art. 3.

L'onere a carico dello Stato per l'assistenza e la cura degli infermi poveri recuperabili affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta, di cui alla legge 10 giugno 1940, n. 932, è stabilito per l'esercizio finanziario 1960-61 in lire 2.000.000.000.